GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef

DEUXIÈME SÉRIE — TOME XXXII — 1895



PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

BULLETIN

La loi sur l'exercice de la pharmacie.

Nous avons attentivement lu au *Journal officiel* les observations échangées devant le Sénat avant le vote en deuxième lecture de la loi sur l'exercice de la pharmacie. Si nous ne publions pas dès aujourd'hui le texte de cette loi nouvelle, c'est que nous ne le considérons pas comme définitif. Il sera, nous l'espérons bien, modifié par la Chambre et reviendra une seconde fois en discussion devant la Chambre haute.

Hâtons-nous de reconnaître cependant que, si toute satisfaction n'a pas été accordée aux vœux du corps médical, plusieurs articles de la loi ont cependant été modifiés en seconde lecture dans un excellent esprit. C'est ainsi que les justes critiques de M. Maxime Lecomte ont fait admettre que les médecins exerçant dans une commune où il n'y aura pas d'officine de pharmacien pourront porter des médicaments simples ou composés aux personnes près desquelles ils seront appelés. La Commission a consenti à supprimer la distance de 6 kilomètres qu'elle prétendait établir entre le domicile du médecin et l'officine du pharmacien. Nous applaudissons à une mesure qui rendra plus facile, dans l'intérêt des malades, l'exercice de la médecine par les praticiens de campagne.

Nous applaudissons aussi à la rédaction des articles 13, 14, 15, ayant pour objet de préciser dans quelles conditions devront être rédigées les ordonnances médicales et dans quel cas le pharmacien pourra délivrer des médicaments non inscrits au Codex. Les observations présentées par M. Morellet et la réponse de M. Brouardel, commissaire du gouvernement, ont nettement établi que, dans tous les cas, l'ordonnance d'un médecin ou de toute personne ayant le droit de signer une ordonnance médicale devra être rédigée de façon à pouvoir être exécutée dans toutes les pharmacies. Il en résulte que désormais tous les médecins qui prescriront « de l'eau argentine ou de l'eau dorée », des potions ou des pilules n° 1, n° 6, etc. ; des solutions ou des dilutions indiquées par des hiéroglyphes que seuls des pharmaciens spéciaux sont aptes à déchiffrer, tomberont sous le coup de l'article 24 qui les condamne à l'amende et, en cas de récidive, à des pénalités plus sévères. Nous ne pensons pas que la loi excepte de ces prescriptions tutélaires les formules homéopathiques, dosimétriques ou autres. Mais, à ce point de vue, il importerait de rétablir, sauf à le modifier si on trouve son texte primitif inacceptable, l'article 17 que le Sénat a supprimé et qui est relatif à l'inspection des pharmacies. Il ne suffit point, en effet, de prescrire que toute fiole, toute boîte de granules ou de pilules devra porter une étiquette indiquant explicitement le nom et la dose des substances actives qui entrent dans leur composition. Il faut encore que l'on puisse s'assurer que les granules ou les potions vendues sous une dénomination ou avec une marque de fabrique spéciale renferment bien les médicaments actifs qui s'y trouvent annoncés. Que l'on fasse saisir un certain nombre de spécialités pharmaceutiques et qu'on les analyse. Cette simple expertise démontrera mieux que tous les arguments opposés à M. Brouardel la nécessité d'une inspection des pharmacies permanente, rigoureuse, et faite par des hommes consciencieux et autorisés. Tous les pharmaciens honnêtes s'associeront à nous pour protester contre les abus que nous ne voulons aujourd'hui qu'indiquer. Au moment de la discussion que soulèveront devant la Chambre les amendements à la loi qui vient d'être votée par le Sénat, nous citerons, s'il le faut, des faits qui démontrent la nécessité d'une réforme aussi énergique que permanente des errements contre lesquels protestent en vain les praticiens des villes et des campagnes. L'avenir de la pharmacie dépend de la rigoureuse observation des règlements qu'édictera la loi nouvelle. Si l'on abuse tant aujourd'hui des spécialités, c'est qu'on n'est pas toujours assuré d'obtenir dans toutes les pharmacies les préparations que l'on veut prescrire. Si quelques spécialités ne renferment point les médicaments qu'elles annoncent, c'est que l'on ne surveille ni les fabricants ni les débitants. Et puisque l'on juge utile de voter une loi nouvelle, le moment paraît venu de la faire appliquer et d'indiquer comment et dans quelles conditions elle devra l'être.

L. L.

REVUE GÉNÉRALE

Le bacille du chancre simple.

Découvert par *Ducrey* en 1889, l'agent pathogène du chancre mou est un bacille spécifique qui, dans le pus et surtout dans les coupes, présente fréquemment une disposition en chaînettes, d'où le nom de *strepto-bacille* que Unna lui a donné.

Historique. — Connu des anciens, le chancre mou fut, depuis le xve siècle, considéré comme une manifestation de la syphilis jusqu'au moment où Bassereau différencia ces deux affections par la clinique et l'expérimentation (1832). Les dualistes ou partisans de l'opinion de Bassereau ont vu leurs opinions confirmées et par les études cliniques ultérieures et par les découvertes bactériologiques. On doit admettre aujourd'hui, malgré l'opinion contraire de Kaposi à Vienne et d'Hutchinson en Angleterre, que la chancrelle et la syphilis n'ont de commun que leur origine vénérienne ; elles sont aussi distinctes l'une de l'autre qu'elles le sont toutes deux de la blennorrhagie. Les trois grandes affections vénériennes sont dues à des agents spécifiques différents de l'une à l'autre. La découverte du *gonocoque* et du *bacille de Ducrey* a rendu cette proposition évidente aujourd'hui, bien que le principe virulent de la syphilis soit encore inconnu. Les travaux de Ducrey, Unna, Krefting, Nicolle, Dubreuilh et Lasnet, Colombini, etc., ont, en outre, démontré que le chancre simple n'est pas, comme le croyaient et le croient encore (Congrès de Rome, 1894) Finger (Vienne), Campana (Rome) et Bumstead (Amérique), le résultat de l'inoculation de substances septiques banales, et qu'il ne saurait être considéré comme une inflammation locale pouvant être produite par des microbes pyogènes divers.

Dès le xviiie siècle, Deidier, Hausmann, Adam signalaient des parasites animaux ou végétaux dans le pus des chancres; mais leurs découvertes, comme celles de Wood (1868), de Hallier (1868), de Salisbury (1873), ne furent pas confirmées.

Après les travaux de Pasteur et de Koch, les recherches bactériologiques portèrent sur le produit de sécrétion des chancres simples comme sur tous les liquides septiques. Sans parler des recherches de Leistikow (1882), Morison (1883), Mannino (1885), Sturgis (1887), rappelons seulement que, en 1885, Petro Ferrari (Genève) vit, à la surface des ulcérations chancreuses, un bacille qui n'est probablement, d'après Nicolle, qu'un saprophyte vulgaire. L'année suivante, de Lucca (Catane) crut pouvoir incriminer un micrococque que Gibert démontra être le staphylocoque.

Les découvertes vraiment importantes commencent, en 1884, lorsque Straus, examinant le pus des bubons, le trouve stérile. Ducrey (Naples), en 1889, présente au Congrès international de dermatologie un mémoire intitulé : *Recherches expérimentales sur la nature intime du principe contagieux du chancre mou.* Dans ce mémoire, Ducrey décrit le bacille pathogène, les procédés de coloration de ce bacille, le moyen, par des inoculations en séries, de le recueillir à l'état de culture pure ou du moins presque pure ; il montre de plus que, dans le pus du chancre primitif, son bacille est associé à des microbes divers; enfin il démontre la spécificité de ce bacille.

Welander et Krefting ont surtout confirmé les idées de Ducrey ; Jullien (1892) n'a obtenu que des résultats négatifs. Unna, de Hambourg (1892), montra dans les coupes de tissus chancreux des bacilles en chaînettes qu'il eut, tout d'abord, le tort de croire différents de ceux décrits par le bactériologiste napolitain. Krefting Petersen, Quinquaud et Nicolle, Colombini ont démontré l'identité du bacille de Ducrey et de celui d'Unna. Cette opinion a été confirmée par les travaux ultérieurs de Colombini, Audry, Ch. Nicolle, qui trouvent les mêmes chaînettes dans le pus des chancres et des bubons. Rivière et les deux Nicolle perfectionnent la technique des colorations. Dubreuilh et Lasnet (de Bordeaux) démontrent que le bacille de Ducrey peut exister dans le bubon, même avant l'ouverture de la collection purulente (1893). Dans une série de publications (1893 et 1894), Colombini a confirmé la plupart des recherches précédentes et en particulier la spécificité du bacille, l'impossibilité de le cultiver et de l'inoculer aux animaux. Citons encore la revue critique très complète de Mermet (1893), celle de H. Vincent et le mémoire de Cheinisse, de Montpellier (1894).

Le bacille de Ducrey peut être recherché : 1° dans le pus, à la surface de l'ulcération chancreuse; 2° dans le bubon ; 3° dans les tissus ulcérés par le chancre.

1° *Recherche du bacille dans le pus du chancre.* — Pour le rechercher dans les produits exsudés à la surface du chancre, toutes les substances colorantes peuvent être utilisées (Ch. Nicolle). Ducrey, après avoir constaté la difficulté qu'on éprouve parfois à reconnaître le bacille perdu au milieu des microbes banals et des éléments divers dont est tapissée la surface du chancre primitif, ne le recherchait que dans le contenu des pustules d'inoculation et le colorait, sur lamelle, avec une solution aqueuse de fuchsine, de violet de méthyle ou de violet de gentiane. Unna employait le bleu de méthylène en solution alcaline et décolorait par le styrone (éther de glycérine dilué). Krefting se servait du bleu boraté.

Les procédés les plus simples et les plus pratiques sont, d'après M. Ch. Nicolle, les deux suivants :

Après un nettoyage préalable de la surface du chancre avec un tampon d'ouate hydrophile imbibé d'eau stérilisée, on gratte, à l'aide d'une petite curette, la surface du chancre en évitant de le faire saigner. Pour recueillir l'exsudat, H. Vincent conseille d'*exprimer* le chancre en le comprimant entre le pouce et l'index et de toucher la surface avec un scalpel flambé. Une gouttelette du liquide recueilli est déposée sur une lamelle sèche, préalablement nettoyée par un bain d'acide sulfurique, puis par un lavage avec un mélange d'éther et d'alcool absolu. Une deuxième lamelle, préparée comme la précédente, est déposée sur la première : la goutte s'étale en couche très mince et uniforme. Il faut alors les séparer par glissement en évitant (Nicolle) de les frotter l'une contre l'autre. Après séchage et fixation par la flamme, ou mieux par le liquide de Mayer (1 gr. d'acide acétique cristallisable et 7 gr. de sublimé pour 100 gr. d'eau distillée), on pratique la coloration simple ou double.

Coloration simple. — Pendant trois quarts de minute plonger la lamelle dans la solution de violet de gentiane (1 gr. de violet pour 10 gr. d'alcool et 100 gr. d'eau anilinée) pure ou, suivant le conseil que donne M. Nicolle, additionnée de son volume d'eau distillée. Après lavage à l'eau, tous les microbes restent colorés en violet foncé ; les autres éléments du pus sont plus clairs.

Coloration double. — *Le bacille de Ducrey se décolore par la méthode de Gram* qui se pratique comme il suit : plonger d'abord la lamelle dans la solution de violet de gentiane pendant deux à trois minutes ; puis, pendant une minute au moins, dans la liqueur de Gram (iode, 1 gr. ; iodure de potassium, 2 gr. ; eau distillée, 100 gr.) ; enfin décolorer à l'alcool absolu. Après cette décoloration du bacille, on fait agir la fuchsine de Ziehl pendant quel-

ques secondes. Les microbes décolorés par le Gram, en particulier le bacille de Ducrey, seront colorés en rose-rouge ainsi que le fond de la préparation, tandis que les autres microbes resteront violets.

Sur l'une ou l'autre de ces deux préparations, le bacille de Ducrey se montre soit isolé, soit en amas, soit en chaînettes. Isolé, il a la forme d'un bâtonnet court et trapu, arrondi à ses extrémités. Sa largeur varie de 0 µ 3 à 1 µ; sa longueur de 1 µ 1/2 à 2 µ 1/2; ses dimensions sont donc très variables. Ducrey lui avait décrit deux encoches latérales qui lui donnaient la forme d'un ∞; Krefting compara son aspect à celui d'une haltère. Dubreuilh et Lasnet ont trouvé cet étranglement assez marqué pour donner au bacille l'aspect d'un diplocoque à grains un peu allongés. Petersen, au contraire, n'a jamais vu cet étranglement bien prononcé; Nicolle n'en a jamais vu le moindre indice et l'attribue à une déformation du bacille par des procédés défectueux de fixation; mais Cheinisse a varié ces procédés sans arriver à produire les encoches latérales et, par suite, est porté à croire que ceux qui les ont décrites ont été victimes d'une illusion d'optique.

Le bacille de l'ulcus molle, sur lamelle, se comporte d'une manière un peu spéciale (bien qu'elle ne lui soit pas absolument propre) vis-à-vis des réactifs colorants: il ne fixe la matière colorante qu'à ses extrémités; la partie centrale reste incolore et on n'en voit que les bords sous la forme de deux lignes droites très fines. Le bacille a donc la forme d'une navette de tisserand.

C'est à l'état isolé qu'on trouve le plus souvent ce bacille dans le pus du chancre. Le groupement en amas serait dû, d'après Ch. Nicolle, à des frottements exercés en étalant le pus sur la lamelle et ces amas ne seraient que des chaînettes dissociées. Les chaînettes ou chapelets sont ordinairement courtes et droites dans le pus, formées seulement de deux à cinq éléments. Exceptionnellement on peut en voir d'assez longues; alors elles sont repliées, parfois contournées ou même enchevêtrées. A côté d'une chaînette on peut en rencontrer une ou plusieurs autres, parallèles entre elles et à la première. L'amas ainsi formé est en réalité un *faisceau de chaînettes*. Dans les chapelets les caractères de chaque bacille sont à peu près ceux des éléments isolés; les extrémités paraissent seulement un peu moins arrondies, taillées carrément.

En résumé: bacille petit, court, de forme ordinairement trapue, arrondi à ses extrémités quand il est isolé, présentant au centre un espace clair, fréquemment groupé en amas ou en chaînettes parfois fasciculées, voilà, avec la décoloration par la méthode de Gram, les caractères essentiels que présente le bacille de Ducrey dans le pus des chancres simples.

Pour colorer uniformément le bacille dans toute son étendue, il suffit, soit, avant la coloration, de plonger la lamelle, pendant deux ou trois minutes, dans l'acide acétique au tiers, soit, plus simplement, de prolonger le contact de la lamelle avec la matière colorante (Nicolle).

En examinant une préparation, on trouve parfois un très grand nombre de bacilles; d'autres fois, au contraire, on en trouve à peine deux ou trois dans toute l'étendue d'une lamelle; dans ces cas la recherche en est difficile; ils peuvent même passer inaperçus.

Les bacilles se rencontrent et dans les leucocytes et en dehors d'eux. Il est des cas où presque tous les bacilles sont englobés et d'autres où la plupart sont en dehors des globules de pus. Dans les leucocytes le bacille est ordinairement isolé, mais il peut aussi y former des amas ou des chaînettes.

Associations microbiennes. — En même temps que le bacille de Ducrey, on trouve, dans le pus, d'autres microbes. Les uns sont des microcoques, staphylocoques blancs ou dorés, tétragènes, streptocoques, gonocoques; il sera facile de les reconnaître. Les autres sont des bacilles; l'un d'eux, presque aussi constant que le strepto-bacille spécifique et souvent en plus grande abondance, a été étudié par M. Ch. Nicolle, sous le nom de « bactérie commune de la peau ». Il est facile de le distinguer du bacille de Ducrey, car il se colore uniformément dans toute son étendue et reste coloré par la méthode de Gram. On peut également rencontrer le bacterium coli commune, si fréquent dans toutes les affections ano-génitales; il se décolore par le Gram; mais prend ordinairement la couleur d'une manière uniforme (les formes en navette ne sont pourtant pas rares), ne forme pas de chaînettes et pousse sur tous les milieux de culture. La spirille de la balanite érosive circinée peut se rencontrer dans les chancres du gland, le vibrion septique de Pasteur dans les chancres gangréneux (Mermet). Dubreuilh et Lasnet ont trouvé parfois des bacilles disposés en longues chaînes, présentant les réactions colorantes du bacille de Ducrey dont ils ne diffèrent que par l'abondance de leurs amas. Lorsqu'ils existent, on les retrouve en abondance dans les séries de chancres d'inoculation. Ces auteurs ne se prononcent pas sur leur signification.

Pour isoler le strepto-bacille, pour le séparer des microbes vulgaires, isolement qui peut être très utile si le bacille est rare dans le pus du chancre primitif, le seul procédé, étant donnée l'impossibilité où nous sommes de le cultiver, consiste à pratiquer des inoculations successives sur le sujet porteur du chancre primitif. En aseptisant préalablement la région, on peut ainsi obtenir une culture presque pure. Une fois seulement, Cheinisse a vu, dans ces chancres d'inoculation, le tétragène augmenter d'abondance pendant que le bacille de Ducrey disparaissait. Il ne faut pas oublier cette cause d'erreur quand on examine le pus des chancres d'inoculation.

Le bacille de Ducrey n'a jamais été rencontré dans une lésion autre que le chancre simple malgré les nombreuses recherches qui ont été faites dans ce sens. On peut le retrouver dans tous les chancres non infectants dont il ne disparaît qu'à la période de réparation, lorsque la lésion cesse d'être contagieuse. Il est donc spécifique.

2° *Recherche du bacille dans les bubons.* — Dans le pus des bubons non ouverts, Straus, en 1884, n'avait trouvé aucun microbe; il en concluait qu'avant d'être infecté, le pus du bubon était stérile. Cette assertion fut combattue par Diday et par Horteloup. Les examens bactériologiques de Krefting, Audry, Nicolle, ont montré que l'opinion de Straus était vraie le plus souvent; mais qu'elle était trop absolue. Les travaux de Dubreuilh et Lasnet, les plus importants qui aient été publiés sur ce sujet, s'appuient sur l'examen de 136 cas. trois de ces bubons se montrèrent virulents d'emblée; 43 devinrent secondairement virulents, alors qu'ils ne l'étaient pas au moment de l'ouverture.

D'une manière générale, le pus des bubons, au moment où ils s'ouvrent, peut donc être stérile ou contenir des microbes qui sont les pyogènes vulgaires seuls, ou, exceptionnellement, associés au bacille du chancre mou. Les bubons stériles seraient dus à l'action des toxines sur les leucocytes.

Lorsque le bubon devient secondairement virulent, il est probable que l'incision est, le plus souvent, la porte d'entrée par laquelle le bacille vient l'infecter. Toutes les fois que le pus de l'abcès ganglionnaire contient le strepto-bacille, la transformation chancreuse de la plaie est inévitable (bubon chancreux). Lorsque le bacille du chancre n'arrive pas dans le bubon, celui-ci guérit plus rapidement et mérite le nom de bubon inflammatoire.

3° *Recherche du bacille dans les tissus.* — Pour rechercher le bacille dans les tissus qui entourent l'ulcération, il faut d'abord pratiquer l'extirpation du chancre (dans les cas de chancres du gland ou de chancres volumineux ou confluents, cette extirpation est contre-indiquée). D'après M. Ch. Nicolle, avec un bistouri très pointu et à lame très mince, on transfixe la base du chancre au niveau d'une extrémité et on fait sortir la pointe à une petite distance de l'autre. Avec une pince à dents de souris, on saisit la portion soulevée et, d'un coup de ciseaux courbes, on achève de détacher le chancre. La pièce est immédiatement portée dans un liquide fixateur. Le meilleur, pour Nicolle, est le liquide de Mayer pur ou dédoublé en l'additionnant de son volume d'eau distillée; elle y reste 24 heures. Ensuite, elle est lavée pendant le même laps de temps dans de l'eau courante, déshydratée par l'acétone (l'alcool durcit trop les coupes de peau), traitée par le xylol, incluse dans la paraffine et finalement coupée avec le microtome à bascule. Les coupes, qu'il faut faire très fines, collées ou non sur une lame, sont colorées après action du xylol et de l'alcool.

Plusieurs méthodes de coloration peuvent être employées. La plus simple et la plus rapide est celle de Nicolle. La coupe est plongée dans le bleu phéniqué de Kühne pendant trois minutes, ou plutôt dans l'un des deux colorants suivants de M. Nicolle pendant cinq minutes : 1° bleu de méthylène, ou mieux : 2° bleu de toluidine, 0 gr. 50; faire dissoudre dans alcool absolu 10 gr., ajouter peu à peu une solution de 1 gr. d'acide phénique dans 100 gr. d'eau distillée. Après l'action du colorant suivie de lavage à l'eau distillée, il faut faire agir la solution de tannin (tannin à l'éther 1 gr.; eau distillée 10 gr.) pendant quelques secondes; puis décolorer avec l'alcool absolu.

Les microbes et les noyaux des cellules sont bleu foncé; le protoplasma cellulaire est bleu clair.

On pourrait aussi employer la thionine, le picro-carmin, l'hématéine, l'hématoxyline. Unna met les coupes pendant deux minutes dans le bleu de méthylène boraté, lave à l'eau distillée, sèche, déshydrate, puis décolore pendant deux minutes avec l'éther de glycérine (styrone) dilué. Krefting emploie la même méthode; mais décolore par l'huile d'aniline xylolée de Quinquaud.

Rivière emploie la méthode suivante : après coloration avec un mélange de : 1° solution de carbonate d'ammoniaque à 1/200, 4 cm.c., 2° solution concentrée de bleu de méthylène, X gouttes, il lave à l'eau, puis décolore avec une solution acide (acide chlorhydrique V gouttes, eau 500 gr.) ou avec deux ou trois gouttes de fluorescéine dans de l'alcool absolu, pendant quelques secondes.

Dans les coupes ainsi apprêtées on peut voir des microbes très nombreux et très différents : A la surface il y a de nombreuses bactéries vulgaires, pyogènes ou saprophytes, parmi lesquelles il est difficile parfois de reconnaître le bacille de Ducrey. Dans les couches plus profondes, au contraire, on le trouve seul. Il y est disposé en longues chaînettes, groupées elles-mêmes en nombre variable pour former des faisceaux. Assez épais et serrés au voisinage de la surface à laquelle ils sont en général parallèles, ces faisceaux envoient des prolongements qui s'enfoncent dans les tissus en serpentant entre les cellules et en se ramifiant et se divisant. Les chaînettes peuvent être très longues, contenir jusqu'à cent bacilles. Même lorsque, à première vue, ceux-ci semblent disposés sans ordre, un examen attentif permet de reconnaître les séries longitudinales parfois recourbées et comme pelotonnées qu'ils forment.

Ces strepto-bacilles ne pénètrent pas dans les cellules fixes; on n'en trouve pas dans les vaisseaux, ni dans le sang; mais ils peuvent être englobés par les phagocytes (Krefting, Nicolle), surtout dans les couches les plus superficielles et dans les couches les plus profondes, et, plus spécialement, lorsque commence la période de réparation : la phagocytose est alors active.

Dans les couches superficielles, d'après Ch. Nicolle et Colombini, on trouverait des bacilles navettes identiques à ceux du pus; mais dans la profondeur des tissus ils se colorent uniformément dans toute leur étendue. Les autres caractères des bacilles qu'on trouve dans les tissus sont identiques à ceux des bacilles du pus.

L'examen de ces coupes montre de plus que le mode d'action de l'agent pathogène est un processus nécrobiotique qui résulte d'une action locale et non d'une infection générale de l'économie. Cette nécrobiose des tissus explique la présence de fibres élastiques dans le pus. M. Balzer, avant la découverte du bacille spécifique, accordait à leur existence dans le pus une grande importance pour le diagnostic; mais on les trouve dans la plupart des ulcérations nécrotiques.

Rôle pathogène du bacille de Ducrey. — Inoculé à l'homme, ce bacille ne produit que deux accidents : 1° le chancre simple, 2° le bubon; encore ce dernier n'est-il qu'une complication du précédent : complication inconstante puisqu'aujourd'hui on ne l'observe guère que dans un cas sur cinq. Nous avons dit que la spécificité du bacille de Ducrey, niée par Finger et Bumstead, est démontrée par : 1° son existence constante dans les chancres simples virulents et inoculables; 2° son absence non moins constante dans toutes les lésions non chancrelleuses; 3° sa disparition de la chancrelle lorsque celle-ci cesse d'être inoculable; 4° enfin parce qu'en inoculant une culture pure de ce bacille (obtenue par des inoculations en séries) on obtient un chancre typique, et parce que la virulence d'une culture impure (pus d'un chancre primitif par exemple) est proportionnelle à l'abondance des bacilles de Ducrey.

Les rôles respectifs de ce bacille, des micro-organismes pyogènes ou saprogènes auxquels il est associé, du terrain sur lequel évoluent ces organismes, dans les allures de chaque chancre (normal, avorté, serpigineux, gangréneux), sont encore mal déterminés. De nouvelles recherches seront nécessaires à ce sujet.

La pathogénie du bubon paraît être complexe. Lorsque le pus est stérile, les auteurs admettent que les toxines produites au niveau du chancre, agissant sur les leucocytes du ganglion lymphatique, déterminent la formation d'un pus dépourvu de microbes. M. Mermet se demande si les microbes ne vont pas dans ces cas jusqu'au ganglion où ils seraient plus tard détruits par les phagocytes. Lorsque le bubon renferme des bacilles de Ducrey ou des microbes pyogènes divers, son mode de formation est celui de tous les abcès ganglionnaires.

Le bacille de Ducrey ne détermine pas d'infection générale de l'économie; la formation du chancre est le résultat d'un processus nécrotique local et l'absorption des toxines qu'il sécrète ne confère à l'individu aucune immunité. D'après MM. Du Castel et Montilier, le chancre simple s'accompagnerait parfois de symptômes généraux, de douleurs articulaires. Ces déterminations d'une infection générale de l'économie par le bacille ou plutôt par ses toxines sont encore trop peu connues pour qu'on puisse en tirer aucune conclusion. Il faudrait, en particulier, montrer quel rôle jouent dans leur pathogénie les associations microbiennes et les affections intercurrentes.

Tentatives de culture. — Toutes les tentatives faites jusqu'à ce jour pour cultiver le strepto-bacille sont restées infructueuses. Ducrey, avec un virus presque pur, a essayé tous les milieux de culture connus en son temps,

au contact de l'air et à l'abri de l'oxygène (aérobies et anaérobies), mais sans aucun résultat. Dubreuilh, Nicolle, Colombini n'ont pas eu plus de succès; aussi révoquent-ils en doute la valeur des expériences de Petersen qui prétend avoir cultivé un bacille reproduisant le chancre simple par inoculation de sa culture pure.

Tentatives d'inoculation aux animaux. — Elles ont prêté matière à de nombreuses discussions. Hunter, Ricord, Puche, Cullerier, échouèrent dans toutes leurs tentatives. Auzias-Turenne, Robert de Weltz, Diday, Melchior Robert, Basset, à les en croire, furent plus heureux, Basset n'échoua même jamais dans ses inoculations aux animaux. Mais à ces expériences il manque le contrôle de la bactériologie, et leurs contradicteurs ont admis que les pustules obtenues étaient produites par les microbes pyogènes; les bacilles de Ducrey conservaient leur vitalité dans ce pus sans avoir d'ailleurs aucune action pathogène. En inoculant à l'homme le contenu de ces pustules on pouvait donc produire un chancre mou, bien que l'animal n'eût eu qu'une pustule vulgaire. Depuis la découverte du bacille de Ducrey, Quinquaud et Nicolle ont fait de nouvelles expérimentations : « Nous » l'avons inoculé, disaient-ils, à des cobayes, à des » lapins, à un singe (*cercolebus fulisinodus*); nous l'avons » injecté dans les veines de l'oreille des lapins sans » déterminer aucun trouble appréciable (1) ». Jusqu'à ce jour, il n'est donc pas démontré que le chancre simple puisse être inoculé aux animaux et jusqu'à plus ample informé on peut dire : le chancre mou est absolument spécial à l'espèce humaine, comme la syphilis.

Propriétés biologiques. — La virulence du streptobacille peut se conserver longtemps en dehors de l'économie, Ricord a conservé du pus chancreux pendant 8, 15 et 17 jours dans des tubes fermés sans lui faire perdre de ses propriétés virulentes.

Il résiste très longtemps à la dessiccation, si on en croit l'expérience de Sperino (1853) : « Une lancette, raconte- » t-il, dont je m'étais servi pour une inoculation n'avait » pas été essuyée et se trouvait encore couverte vers la » pointe d'une légère couche de pus concret. Sept mois » après je l'humectai avec de l'eau et je fis trois piqûres » qui donnèrent lieu à trois chancres dont on reconnut la » virulence. »

Ainsi que l'a démontré Ricord, le pus du chancre mou perd sa virulence par l'addition d'un acide ou d'un alcali puissant. Le bacille de Ducrey est très sensible à l'action de la chaleur. Les expériences d'Aubert (1883), de Martineau et Lormand, de Welander, de Mannino, de Dubreuilh et Lasnet, montrent qu'il résiste assez bien à une température de 38°; mais 38°5 et surtout 40° à 42° lui font rapidement perdre sa virulence; ce défaut de résistance à la chaleur a été la base d'une méthode thérapeutique. Elle explique, d'après Aubert, l'abolition de la virulence du chancre pendant les maladies fébriles, l'hyperthermie agissant comme le chauffage *in vitro*. Cet auteur prétend aussi que la température plus élevée des régions centrales du corps est la raison qui empêche la généralisation du virus chancrelleux; de même si les chancres mous de la portion sus-diaphragmatique du corps et surtout de la tête sont rares, évoluent vite et restent petits, c'est que la température de ces régions est trop élevée pour favoriser le développement du virus. Finger s'est appliqué à confirmer ces hypothèses.

(1) Mernet et H. Vincent font dire aux auteurs que leurs inoculations ont été positives; ils ont évidemment mal compris la signification de cette phrase; d'ailleurs, la température normale du cobaye, trop élevée, ne permet pas le développement du bacille du chancre mou dans les tissus de cet animal. Enfin, Ch. Nicolle (thèse 1893) n'a jamais obtenu de résultats positifs et déclare le chancre simple non inoculable aux animaux.

Conclusions. — Si la découverte du bacille spécifique du chancre mou n'a apporté jusqu'à l'heure actuelle aucune modification à la thérapeutique de ce chancre (l'influence de la chaleur et des antiseptiques était connue avant 1889), en revanche elle en a démontré d'une manière irréfutable la spécificité. De plus, la clinique a trouvé dans le *strepto-bacille de Ducrey-Unna* un précieux moyen de diagnostic qui, dans un grand nombre de cas, remplacera avantageusement la méthode des inoculations dont l'emploi n'est pas toujours sans inconvénients. Cette découverte a nettement différencié le chancre simple de l'herpès que Diday et Doyon considéraient comme des degrés divers d'une lésion de même nature. Dans l'herpès génital on n'a jamais trouvé le bacille du chancre mou. Enfin, elle a apporté une preuve de plus contre l'unicité de la syphilis et du chancre simple : si certains chancres présentant les caractères cliniques (auto-inoculabilité, etc.) du chancre mou sont souvent suivis d'accidents syphilitiques, c'est qu'il y avait dans la lésion initiale superposition des deux virus chancrelleux et syphilitique, le chancre était *mixte*.

P. Le Damany.

TRAVAUX ORIGINAUX

De la mastite traumatique chez l'homme, par MM. Joseph Huguet, médecin aide-major de 1re classe, et Maurice Péraire, ancien interne des hôpitaux de Paris.

La mastite traumatique de l'homme, du mot grec μαστος qui signifie mamelle, nous semble n'avoir encore été l'objet d'aucune étude particulière.

Si l'on compare les affections du sein chez la femme à celles de l'homme, il est évident que les premières nous paraissent, à tous points de vue, mériter la place prépondérante dans le cadre nosologique. S'ensuit-il qu'on soit en droit de négliger les unes au profit des autres? Nous ne le croyons pas. En clinique, l'interprétation des faits même d'importance secondaire mérite attention, et il est très souvent utile d'analyser chacun d'eux d'une façon précise.

Aperçu historique. — Aussi Velpeau, à l'encontre de la plupart des auteurs, a-t-il cru devoir, dans son traité des maladies du sein (1), consacrer la deuxième partie de son remarquable ouvrage à l'étude des affections de la mamelle chez l'homme. Le professeur Lannelongue, dans la monographie très complète parue dans le dictionnaire de Jaccoud, et M. Peyrot, dans le Manuel de pathologie externe (2), ont, eux aussi, réservé un chapitre à part aux lésions de cet organe. Dans le Traité de chirurgie (3), M. Delbet « *n'a pas cru devoir consacrer un chapitre spécial aux maladies du sein chez l'homme* ». Mais cet auteur s'en explique en ces termes: « *La gynécomastie*, qui seule est spéciale à l'homme, trouvait sa place naturelle dans les anomalies; quant aux autres affections du sein chez l'homme, elles ne sont remarquables que par leur rareté. J'ai pensé que ce n'était pas une raison suffisante pour les étudier à part; on trouvera indiquée dans chacun des chapitres la fréquence ou plutôt la rareté relative de ces diverses affections chez l'homme. »

En dehors des traités ou monographies classiques que

(1) A. Velpeau. *Traité des maladies du sein et de la région mammaire*, 2e édition, Paris, 1858, p. 684.
(2) Paris, 1894, 4e édit., 3e vol. p. 399.
(3) Tome 6, p. 316. *Traité de chirurgie*, Paris, MDCCCXCII.

nous venons de mentionner, assez rares sont les publications où l'on trouve des documents sur ces questions; il convient notamment de citer le mémoire de Hoffmann (1) 1855, et celui de Bertherand (2) 1856; la thèse de concours de Horteloup (3), 1872; la thèse de Chenet (4), 1876; et celle de Poirier (5), 1883.

Quel que soit le plan adopté par les auteurs dans leurs ouvrages, et la place qu'ils ont accordée à la description des maladies du sein chez l'homme, il n'en est pas moins vrai que celles-ci *présentent quelques différences que le praticien a besoin de connaître*. Telle est du moins l'opinion de Velpeau (6) dont le nom fera toujours autorité en la matière. La mastite traumatique notamment nous paraît mériter d'attirer l'attention à cause de sa physionomie parfois si particulière. C'est à elle que nous avons cru devoir consacrer le présent travail.

Fréquence. — On comprend sans peine que l'histoire clinique des traumatismes du sein chez la femme ne puisse être faite isolément. En effet, la mamelle peut chez elle réagir de mille façons différentes sous l'influence d'un trauma, témoin les phlegmons et abcès du mamelon, du tissu cellulaire sous-cutané, les phlegmons et abcès sous-mammaires, etc., etc. Même pour le galactocèle, l'origine traumatique semble admise (7). Pour étudier la mastite traumatique chez la femme, il faudrait donc embrasser la pathologie du sein presque dans son ensemble.

Chez l'homme au contraire, cette étude est possible, logique même; en effet, la mastite d'origine traumatique nous paraît devoir être la forme relativement la plus fréquente qu'il soit permis d'observer; il est bien entendu que c'est le type morbide évoluant chez l'adulte que nous aurons seulement en vue.

Plus rares, toutes choses étant égales d'ailleurs, nous paraissent devoir être les autres affections, telles que les tumeurs malignes, les tumeurs bénignes, la tuberculose, la syphilis, etc... Ainsi qu'il résulte de notre expérience personnelle, nous avons observé trois fois la mastite traumatique de l'homme, alors que, pendant un long séjour dans les hôpitaux de Paris et les hôpitaux militaires, nous n'avons observé que deux exemples des autres affections; dans un cas, il s'agissait d'un fibrome lacunaire de la mamelle, qui fut publié par le professeur Le Dentu (8). L'examen histologique fut pratiqué par MM. Balzer et Ménétrier.

Dans un autre cas, il s'agissait d'un homme que nous avons opéré cette année (mars 1894) d'une tumeur adénoïde du sein, à la consultation chirurgicale de l'hôpital Bichat, service du professeur F. Terrier.

Des statistiques ont été faites pour établir la fréquence du cancer chez l'homme. Celles de Schultthess et de William sont bien connues; ainsi qu'il résulte des recherches de ce dernier (9), vingt-cinq hommes pour 2,397 femmes, en seraient atteints (10).

Les maladies bénignes (adénomes, fibromes, lipomes kystes) sont rares et mal connues (1). La tuberculose a été notée deux fois: les cas de MM. Poirier et Thiery ont été rapportés par M. Delbet (2). La syphilis du sein a été observée quatre fois (3). Pour la mastite traumatique, les statistiques ont jusqu'ici fait défaut. Pourtant Velpeau avait ouvert la voie en cherchant à déterminer exactement la part contributive du traumatisme dans certaines lésions du sein chez l'adulte; la preuve en est dans l'observation VI, citée plus loin, et dans les commentaires qui la suivent. Les réflexions du savant chirurgien méritent d'attirer l'attention; nous reviendrons en temps et lieu sur ce point.

Enfin, en traitant de l'étiologie de l'affection, nous rechercherons pour quelles raisons les traités classiques sont vides d'observations cliniques de mastite traumatique de l'homme, et pourquoi, même dans le traité de Velpeau, la mention de semblables faits est restée exceptionnelle.

Etiologie, pathogénie. — La mastite traumatique chez l'homme est occasionnée par un seul choc ou des heurts répétés qui atteignent la glande et la contusionnent sur une certaine étendue. Il est évident que cette affection doit se rencontrer le plus souvent chez les personnes qui, de par leur profession, sont exposées à des traumatismes nombreux.

C'est précisément parce que la maladie trouve sa cause initiale chez des hommes exerçant des professions pénibles et, par suite, appartenant au milieu ouvrier, que celle-ci paraît beaucoup plus exceptionnelle qu'elle ne l'est en réalité. La catégorie sociale des individus qui y sont le plus fréquemment exposés, explique très suffisamment pourquoi l'affection est rarement constatée. Les manouvriers, chacun le sait, ne cessent leur travail que quand ils y sont absolument obligés, ils ne vont consulter le chirurgien que quand le mal, au lieu de guérir spontanément, a pris des proportions assez considérables, ou revêtu certaines formes complicatives.

Ce qui précède suffit encore largement à expliquer pourquoi, dans les observations relatées, c'est le sein du côté droit qui est le plus souvent traumatisé. Dans l'observation de Velpeau et dans nos trois observations personnelles, la maladie a toujours évolué dans le sein droit; il est en effet compréhensible que celui-ci soit infiniment plus exposé à subir des chocs que le sein gauche. Pourtant, dans les observations IV et V, c'est le sein gauche qui est affecté.

Le mécanisme du traumatisme peut être très variable; le malade de Velpeau fait une chute, et tombe de telle façon que son sein droit vient heurter violemment un tonneau. Dans notre observation I, c'est une barre de fer qui, mal étayée, tombe et vient contusionner le sein droit d'un ouvrier. C'est un coup de poing qui, dans notre observation II, devient la cause et le point de départ de la maladie. Enfin, le malade dont l'histoire est relatée dans l'observation III est très intéressant à cause de la façon particulière dont s'est effectué le traumatisme : il reçoit sur le sein droit un coup de tête de cheval. Dans l'observation IV, c'est un coup d'anspect; dans l'observation V, c'est encore un coup de barre d'anspect.

L'action du choc peut être essentiellement différente, suivant la forme, l'étendue et la vitesse de l'agent vulnérant, mais il est un fait sur lequel nous reviendrons en étudiant la symptomalogie, et dont nous devons dire un mot ici, à savoir que les contusions de la mamelle, qui ont été le point de départ d'une mastite, n'ont pas, la

(1) HOFFMANN, *Zur Pathologie der mænnliche Brustdrüsen*, Giessen in-8°, 1855.
(2) E. L. BERTHERAUD, Tumeurs du sein chez l'homme, *Ann. méd. de la Flandre Occid.* 1855, IV, p. 513.
(3) HORTELOUP, *Tumeurs du sein chez l'homme*, Paris, 1872.
(4) CHENET, *Etude sur le cancer du sein chez l'homme*, in-4°, Paris, 1876.
(5) P. POIRIER. *Contribut. à l'étude des tumeurs du sein chez l'homme*. Paris, 1883.
(6) *Loc., cit.*, p. 684.
(7) Voir sur ce sujet DELBET, *loc., cit.*, p. 198.
(8) *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, Paris, séance du 23 décembre 1885, p. 900-902.
(9) WILLIAM, *Lancet*, 1889, t. II, p. 261.
(10) Le cancer du sein chez l'homme se développe de préférence dans le sein gauche que dans le sein droit, 23 fois sur 37 cas d'après POIRIER. PEYROT, *loc., cit.*, p. 400.

(1) PEYROT, *loc., cit.*, p. 399.
(2) *Traité de chirurgie*, t. VI, p. 208.
(3) *Traité de chirurgie*, t. VI, p. 219.

plupart du temps, été compliquées de plaies. Dans les cas par nous observés, il n'y a jamais eu la moindre solution de continuité apparente des téguments au niveau du point traumatisé. Les plaies traumatiques du sein chez l'homme sont d'ailleurs extrêmement rares, et lorsqu'on les observe, c'est le plus souvent dans les cas de plaies pénétrantes de poitrine (1), mais alors la blessure de la mamelle devient secondaire et sans intérêt à côté des symptômes bien autrement graves que présente le malade.

Le traumatisme, pour déterminer une contusion de la glande, n'a pas besoin d'être très violent. Dans certains cas, la moindre contusion peut suffire à produire l'inflammation de l'organe; souvent même, il est impossible de retrouver l'accident initial.

Chassaignac rapporte un cas (Obs. CCCCLI) de mammite suppurée chez un homme, et dont la cause lui échappa. Il faut signaler les mouvements répétés amenant une compression de la glande, comme pouvant devenir le point de départ d'une mastite, notamment chez les menuisiers, chez les serruriers et autres ouvriers qui souvent appuient leurs outils contre le thorax pour leur donner une force de pénétration plus considérable. Il suffit de consulter le traité de Velpeau pour se rendre compte que les inflammations du sein se produisent plus particulièrement chez les menuisiers et les ébénistes (2).

La façon dont agit le traumatisme pour déterminer la mammite chez l'homme est difficile à apprécier. Nous ne pouvons guère que constater le fait, sans songer à l'interpréter d'une manière quelconque. Cependant, en comparant les effets du trauma à ceux observés dans l'évolution physiologique normale de la glande mammaire chez la femme, il nous semble que, sous l'influence du trauma, tous les éléments du sein restés jusque-là à l'état torpide, ainsi que cela se passe d'habitude, subissent tout d'un coup une sorte de poussée, d'évolution anormale analogue à celle que la puberté amène chez la jeune fille; cette poussée se traduisant dans les deux cas par une hypergénèse portant sur les parties constituantes de la glande mammaire et des tissus qui l'englobent.

Anatomie pathologique. — Dans le sexe mâle, la glande mammaire, avec ses annexes, reste un organe atrophié, à l'état infantile, sans accroissement pubère, et, par conséquent ne pouvant se développer que par une évolution anormale. « Elle nous présente, quoique avec des dimensions fort réduites, les mêmes parties fondamentales que celle de la femme (3). »

Cependant, les acini sont peu développés chez l'homme d'après Luschka (4); ils sont à épithélium polygonal. Le stroma conjonctif sert de charpente à cette glande rudimentaire parcourue par des vaisseaux sanguins et constituant l'origine de nombreux vaisseaux lymphatiques. C'est précisément ce défaut de développement, cet état rudimentaire, tant au point de vue anatomique qu'au point de vue fonctionnel, qui rendent très rares chez l'homme les altérations bénignes ou malignes, les néoformations, au contraire si communes chez la femme, surtout à une certaine période de la vie.

Chez l'homme, les lésions de la glande mammaire, à la suite des traumatismes, sont naturellement en raison directe de l'intensité de ces derniers. Ce que l'on constate le plus souvent, c'est l'ecchymose.

Il peut se faire cependant que la contusion de la glande soit assez considérable sans que pour cela les téguments portent la trace d'une ecchymose. Dans nos trois observations nous relevons deux fois l'existence de l'ecchymose (obs. I et II). Dans les observations IV et V, l'ecchymose n'est pas signalée.

Il ne faut pas oublier que la situation anatomique de la mamelle rend celle-ci d'autant plus sensible aux violences extérieures. Quand elle subit une contusion, l'action nocive sur ses éléments est doublement active, puisqu'ils sont comprimés entre deux plans résistants constitués, l'un par la cage thoracique, l'autre par l'agent vulnérant lui-même.

Les téguments, quand il y a production d'ecchymose, sont le siège d'une légère hémorrhagie produite par la rupture de quelques petits vaisseaux; dans d'autres cas, il peut y avoir production d'une bosse sanguine. La peau et le tissu cellulaire sous-cutané dans les cas de traumatismes légers, présentent seulement les lésions banales de l'inflammation subaiguë, la simple contusion occasionnant le minimum de désordres anatomiques : cependant, la couche cellulo-graisseuse sous-cutanée est souvent épaissie, ainsi que nous le relatons dans les observations I et IV, et cette hypertrophie graisseuse peut subsister *très longtemps.*

Tous les éléments de la mamelle ne participent au processus inflammatoire que quand l'inflammation aiguë s'établit franchement, et que la mastite proprement dite va se compliquer d'abcès.

Dans le cas où la contusion est de faible intensité, les éléments propres de la glande présentent de la tuméfaction et une légère induration, mais quand la mastite se termine par suppuration, on trouve alors toutes les lésions de l'abcès intra-glandulaire, lobes augmentés de volume, indurés, rénitents et bosselés. L'abcès à siège sous-cutané avec ou sans décollement est une forme clinique que l'on peut aussi rencontrer; Chassaignac et Velpeau en ont cité plusieurs exemples. Alors les lésions anatomiques sont celles de l'abcès vulgaire. L'abcès sous-cutané, au même titre que l'abcès intra-glandulaire, reconnaît d'ailleurs pour cause l'inflammation de quelques lobes de la glande.

Le tissu propre de la glande mammaire peut subir, soit partiellement, soit dans sa totalité, l'action du traumatisme.

Le plus souvent, la lésion initiale n'atteint que quelques lobes et le tissu conjonctif interstitiel qui les unit; mais la généralisation, soit de l'inflammation subaiguë (obs. I), soit de l'inflammation phlegmoneuse franche (obs. II), peut rapidement s'effectuer.

Dans d'autres cas, au contraire, la tuméfaction inflammatoire, qui au début était localisée aux lobes atteints par le traumatisme, y reste cantonnée pendant toute l'évolution de la maladie, et n'envahit point par propagation les autres lobes restés sains. Ces lésions localisées à une partie de la mamelle ne se rencontrent que dans les formes de la maladie à marche subaiguë.

Dans notre observation III, le sein droit a été contusionné seulement en haut et en dehors, et la maladie a évolué sans qu'à aucun moment il y ait eu de généralisation dans les autres éléments de la masse glandulaire.

L'irritation du tissu conjonctif péri-acineux, probablement purement congestive au début, devient ensuite prolifératíve, ce qui explique l'augmentation du volume de la glande.

Il nous reste à parler néanmoins des lésions anatomiques que l'on pourrait constater dans le cas, non plus d'abcès mammaires, mais de collections purulentes sous-

(1) Nous avons cependant vu, à la suite d'un duel, en 1890, une blessure du sein droit, sans production de plaie pénétrante de poitrine; mais les cas aussi heureux sont vraiment exceptionnels.

(2) Velpeau, *loc. cit.*, pages 685 et 686.

(3) L. Testut, *Traité d'anatomie humaine*, tome III, 3e fascicule, p. 1149.

(4) Luschka, *Die Anatomie der mœnnlichen Brustdrüsen*, dans *Muller's Arch. für Physiologie*, 1852. Luschka dit même qu'il n'y a pas d'acini proprement dits, mais simplement de petites excavations formées d'une fine membrane.

mammaires. Nous savons que la glande mammaire est séparée des couches musculaires par les aponévroses, puis par le fascia superficialis auquel elle adhère intimement. Entre le fascia superficialis et l'aponévrose sous-jacente, est une couche de tissu cellulaire, qui, suivant qu'elle est très serrée ou excessivement lâche, fixe solidement la mamelle à la paroi thoracique, ou au contraire lui permet de jouir de mouvements étendus. Cette séreuse, que Chassaignac appelait rétro-mammaire (1) est très lâche chez les femmes multipares. C'est chez elles que le phlegmon sous-mammaire traumatique peut se développer dans toute son intensité. Chez les jeunes femmes (2), l'espace sous-mammaire est déjà plus resserré à cause des lamelles qui le divisent et le cloisonnent. Aussi les inflammations y sont-elles presque toujours circonscrites; on conçoit aisément que chez l'homme il en soit de même, puisque chez lui l'espace rétro-mammaire est en quelque sorte virtuel. Le siège de la suppuration est dans ces cas entre la mamelle et le grand pectoral; elle peut s'étendre par propagation au tissu sous-mammaire; mais c'est l'exception.

Dans la mastite traumatique, les lésions des lymphatiques restent limitées aux ramifications cutanées et glandulaires. Chez les malades que nous avons observés, en aucun cas nous n'avons constaté des troubles concomitants ou consécutifs, soit des ganglions de l'aisselle, soit au niveau des troncs qui se dirigent en dehors de la mamelle, contournent le bord inférieur du grand pectoral pour rejoindre les ganglions du creux axillaire; cependant, chez le malade de l'observation II, la mastite s'était terminée par suppuration.

Quand la mastite traumatique se termine par induration, il faut supposer qu'il y a une rétraction du tissu conjonctif sous-cutané infiltré par les produits inflammatoires. Dans l'intérieur de la glande, la pression produite par le tissu conjonctif intéracineux qui se rétracte, doit avoir pour conséquence une série d'altérations dont l'atrophie des acini doit être considérée comme le dernier terme.

Symptômes et évolution. — Consécutivement au traumatisme, il se développe une tumeur de volume variable au niveau du tissu de la glande, ainsi que nous l'avons déjà dit en étudiant l'anatomie pathologique. Nous y reviendrons plus loin. De plus, on peut constater une ecchymose au niveau des téguments et à l'endroit même où le coup a porté. Mais l'absence d'ecchymose n'indique pas qu'il y ait absence de rupture vasculaire; elle prouve simplement que l'épanchement sanguin est plus profond qu'on ne le croit ou bien qu'il n'est pas très considérable. Si la rupture porte sur les vaisseaux profonds, cette ecchymose n'est pas immédiate, elle ne se montre sous la peau que quelques jours après que l'accident s'est produit.

Quoi qu'il en soit, que cette ecchymose soit immédiate ou tardive, elle se présente tantôt sous forme d'une tache bleuâtre (obs. I) ou jaunâtre, tantôt sous forme d'une zone ombrée, zébrée par places de petites ecchymoses linéaires (obs. II), tantôt elle est d'une teinte gris cendré ou ardoisé, demi-circulaire, à convexité inférieure. L'apparition de l'ecchymose initiale est un indice que le coup a été porté avec une certaine violence. Cette ecchymose que nous trouvons souvent chez l'homme ne présente pas la moindre analogie avec ce que les anciens auteurs et notamment Astley Cooper décrivaient chez la femme sous le nom d'ecchymose du sein (3). Cette ecchymose d'origine spontanée coïncidant « avec la névralgie de la mamelle consiste dans une tache semblable à celle que produirait une contusion; elle survient à chaque menstruation, elle est le siège d'une vive douleur et d'une sensibilité exquise à la pression ». Quelles que soient les lésions constatées du côté de la peau, celle-ci conserve le plus souvent, en dehors de l'ecchymose, son aspect ordinaire et sa mobilité par rapport aux tissus sous-jacents.

(1) Testut; *loc. cit.*, p. 1143.
(2) Velpeau, *loc. cit.*, p. 55.
(3) Astley Cooper. *Œuvres chirurg.*, trad. Chassaignac et Richelot. Paris, 1837, p. 535.

Les autres signes de la mastite traumatique au début sont : la douleur et la tuméfaction.

La douleur paraît en général dès le début de l'accident. Elle varie suivant que la contusion a été légère ou grave; quelquefois elle est inappréciable dès le principe, comme dans l'observation V. Parfois elle peut être très vive au début, comme dans l'observation IV, puis s'atténuer et consister en une simple gêne des mouvements du tronc et des bras. Dans d'autres cas la gêne est tellement grande que les frottements des vêtements suffisent à l'exaspérer; elle peut continuer à exister même après la disparition de toute lésion anatomique appréciable. Nous avons remarqué que la persistance des phénomènes douloureux ne pouvait être notée chez les malades dont l'affection s'était compliquée de phénomènes suppuratifs, et avait nécessité une intervention chirurgicale; au contraire ils peuvent pendant longtemps garder une intensité notable chez ceux dont la lésion mammaire est passée à l'induration chronique ou dont la guérison s'est effectuée par résolution lente. La raison de semblables faits nous paraît devoir être donnée non plus comme au début de l'inflammation par la tension du tissu de la glande, lequel de par sa structure anatomique est très peu extensible; mais par la rétraction du tissu conjonctif intra-glandulaire attirant les cloisons du tissu conjonctif sous-cutané vers la glande et aussi par la pression produite sur les filets nerveux par le tissu conjonctif interacineux qui se rétracte.

La tuméfaction peut se développer soit sur un seul point de la glande mammaire, soit sur plusieurs points à la fois (forme inconscrite de l'affection); ou bien encore envahir d'emblée tous les éléments de la glande, c'est alors *la mastite interstitielle diffuse*. Le corps vulnérant peut influer par sa forme sur ces deux modalités cliniques et donner lieu à l'une ou à l'autre variété de mastite, suivant que sa surface est lisse, unie ou au contraire irrégulière.

Nous avons noté dans l'observation III que le gonflement était resté limité à une partie de la glande. Dans l'observation I, au contraire, il s'est étendu de bonne heure à tout l'organe sans que, pour cela, la maladie se soit orientée vers l'inflammation aiguë.

Dans la forme diffuse de l'affection, la glande présente un empâtement de tous ses éléments sans qu'il soit possible de délimiter ses lobes. Au contraire, dans la forme circonscrite, les lobes de la glande sont tuméfiés isolément; on a à la palpation la sensation de petits noyaux bosselés, à consistance rénitente, mobile, sur les parties profondes (1). D'autres fois c'est surtout la couche cellulo-graisseuse sous-cutanée qui est singulièrement épaissie et qui forme la majeure partie de la mamelle anormale. Mais, où le gonflement devient le plus considérable, c'est quand l'inflammation va tourner à la suppuration; dans ce cas, il y a un accroissement considérable du volume de la mamelle qui peut atteindre le volume d'une orange, et ressembler alors à un petit sein de femme. Il se produit une accentuation marquée des phénomènes douloureux : les tissus sont tendus, la peau devint luisante, les dou-

(1 Dans le cas de Velpeau, que nous relatons plus loin, la tumeur semblait faire corps avec les parties, sous-jacentes du thorax; mais « en examinant de près on voyait qu'elle en était distincte ».

leurs spontanées, de sourdes deviennent lancinantes; à un moment donné, un point de la surface du sein présente une coloration particulièrement rougeâtre; si on y exerce une pression avec le doigt, celui-ci y laisse son empreinte en godet. L'état général peut réagir en certains cas, la fièvre s'allumer à la suite d'un frisson initial, monter à 39 ou 40°. Cependant, chez le malade de l'observation II, malgré un état inflammatoire accusé et une suppuration précoce, il n'y eut pas de mouvement fébrile bien établi. Les complications ganglionnaires se rencontrent rarement, contrairement à ce que l'on observe chez la femme; nous en avons déjà dit un mot à l'anatomie pathologique, et nous y insistons de nouveau ici pour rappeler qu'aucun de nos malades n'a eu de lymphangite ni d'adénite axillaire; ceci nous paraît tenir à deux causes : 1° le réseau lymphatique du sein est infiniment moins développé dans cette région chez l'homme que chez la femme; en second lieu, on n'observe pas chez lui, à la suite des suppurations de la mamelle, de ces fusées purulentes si fréquentes chez la femme, et dont les complications ganglionnaires sont une conséquence toute naturelle.

La mastite traumatique peut se terminer par résolution lente, par induration hypertrophique, enfin par suppuration ; mais ces deux dernières formes cliniques peuvent très bien se trouver, dans certains cas, réunies chez le même malade ; en effet on a constaté qu'une tumeur de nature hypertrophique peut suppurer à un moment quelconque de son évolution, si un élément pathogène intervient. Nous trouvons un exemple frappant de ce fait dans l'observation de Velpeau, dont le malade vit sa tumeur suppurer vingt mois après l'accident initial, et alors que la mastite avait évolué sous la forme d'induration hypertrophique, sans autres complications, du reste. En général cependant, la terminaison par suppuration s'effectue hâtivement dans les quinze jours qui suivent l'accident; chez le malade de notre observation II, le pus était formé dès le 8e jour.

Le passage à l'état d'induration hypertrophique est la terminaison habituelle de la mastite traumatique chez l'homme. L'hypertrophie porte souvent non plus sur la mamelle, mais sur le tissu cellulo-graisseux sous-cutané. Le malade de Velpeau constata, 15 jours après son accident, « l'existence d'une tumeur du volume d'un œuf qu'il négligea complètement pendant 20 mois, jusqu'à ce que, par suite de l'inflammation survenue, elle devint du volume de la tête d'un adulte.

La tumeur du malade de l'obs. I, revu un an après le traumatisme, gardait encore à peu près le volume d'un œuf de pigeon; chez un autre, au contraire, dont le sein était du volume d'une mandarine, à la suite d'un traumatisme, la lésion se présentait au bout de trois ans sous la forme d'une noix à surfaces légèrement irrégulières; enfin chez notre dernier malade observé depuis le 18 juillet 1894, il persiste une induration chronique, partielle de la glande, mais cependant volumineuse, ainsi que nous avons pu nous en rendre compte.

Nous n'avons jamais observé la terminaison par induration et atrophie. Il semble que chez l'homme la persistance hypertrophique soit la règle (1), puisque, même dans les cas de guérison par résolution lente, la disparition de la tumeur n'est jamais absolument complète.

La résolution lente peut mettre des mois à s'effectuer, les phénomènes douloureux disparaissent d'abord, et ce n'est qu'en dernier lieu que l'induration caractéristique effectue sa marche régressive, après un laps de temps toujours long ; il est bien entendu que tant que l'organe reste malade, même pendant le cours de l'évolution régressive, les récidives inflammatoires peuvent survenir sous l'influence d'une cause traumatique quelconque, arrêter le processus de résolution, et même donner lieu consécutivement à des accidents de suppuration.

Nous n'aurons garde d'oublier de mentionner que, dans certains cas de traumatisme de la région du sein, l'inflammation initiale peut se développer, non point dans les tissus de la glande, mais en dehors d'elle et en arrière, dans l'espace rétro-mammaire. Nous avons déjà expliqué à l'Anatomie pathologique pour quelle raison de structure cette localisation s'effectuait plus rarement chez l'homme que chez la femme; cependant le professeur Lannelongue (1) mentionne avec raison que « le baron Larrey a vu plusieurs fois cette dernière variété ».

Dans cette forme rare, à la suite d'un coup violent, il se produit un épanchement de sang qui s'étend dans l'espace sous-mammaire; une douleur vive, continue et profonde s'établit, et l'on voit, après quelques jours, se développer autour de la mamelle et particulièrement en bas une ecchymose verdâtre, de forme circulaire.

Cet épanchement sanguin peut disparaître par résolution, ou se transformer en pus; dans ce dernier cas apparaissent des symptômes particuliers qui permettent de diagnostiquer le siège exact de la lésion. En effet, outre l'ecchymose circonférencielle qui est un signe déjà suffisant, la palpation vient donner des résultats confirmatifs : si on exerce une pression d'avant en arrière sur la collection, « on dirait que la mamelle repose sur une éponge (2); le sein refoulé en avant paraît augmenté de volume. Quelquefois même, quand l'inflammation se propage aux parties profondes de la glande, celle-ci peut être le siège d'une tuméfaction réelle qui contribue à augmenter encore son volume apparent. Quand la suppuration sous-mammaire est en voie d'évolution, les douleurs augmentent, la fièvre s'allume, souvent précédée de frissons et de tout le cortège des phénomènes inflammatoires ordinaires sur lesquels nous n'avons pas à insister ici.

Nous intercalons ici nos observations, dans lesquelles on retrouvera, au point de vue clinique, les différents symptômes que nous venons de bien mettre en lumière.

Voici ces observations :

Observation. I.— M... Charles, ouvrier serrurier, âgé de 18 ans, est blessé le 20 mars 1891 par une barre de fer de 3 m. 50 environ de longueur qui, mal appuyée contre un mur, vient frapper le jeune homme dans la région du sein droit. Surpris par la chute de cette barre, M... cherche instinctivement à reculer et tombe par terre en voulant éviter le choc. Il s'examine immédiatement, se rend compte qu'aucune plaie n'a été produite et, n'éprouvant aucune douleur profonde, il continue son travail malgré une certaine gêne éprouvée dans les mouvements de l'épaule et du bras droit.

Le lendemain et les jours suivants, la gêne ayant augmenté, M... se décide à nous demander avis, à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, où il vient fréquemment.

A ce moment (5e jour) nous constatons que le sein droit est assez notablement augmenté de volume; il présente les dimensions d'un gros œuf de pigeon, et une teinte ecchymotique bleuâtre de la région se constate du côté sternal sur une étendue d'environ 2 centimètres carrés. Le traumatisme s'est donc produit sur une surface limitée ; les téguments de la périphérie ne sont pas modifiés sur le pourtour du mamelon, la peau est seulement un peu plus tendue et au-dessous on sent les lobes de la glande, durs, augmentés de volume, également bosselés, légèrement rénitents. La pal-

(1) Aussi Horteloup avait-il déjà décrit, « d'après les observations de Velpeau et de Larrey, une mammite chronique de l'adulte caractérisée par un gonflement douloureux de la glande, gonflement dont le volume peut devenir très grand, comparable à celui d'un sein ordinaire ». Lannelongue, Maladies du sein chez l'homme, *In Dict. de méd. et chirurgie prat.*

(1) Lannelongue, *loc. cit.*

(2) Velpeau.

pation est douloureuse sur toute la surface recouverte par l'aréole. Au repos, il ne se produit aucune irradiation douloureuse dans l'aisselle, où aucune manifestation ganglionnaire n'est constatée. La douleur est augmentée quand on fait faire une grande inspiration au blessé, ou un mouvement du bras; une exploration minutieuse permet de reconnaître qu'il n'y a aucune lésion concomitante des arcs costaux sous-jacents.

Les débuts de l'affection ont été si soudains et si nets chez ce jeune homme bien portant, robuste et sans tare apparente, que nous posons, après examen détaillé, le diagnostic suivant : mastite traumatique par choc direct, avec généralisation des phénomènes inflammatoires à tout le corps de l'organe. En effet, dès le 5e jour, toute la glande est uniformément douloureuse et la tuméfaction également prononcée sur tous les points de l'organe.

Nous prescrivons comme traitement des onctions mercurielles et des applications d'emplâtre de Vigo, renouvelé tous les deux jours, avec pansement ouaté compressif et immobilisation du membre supérieur au moyen d'une petite écharpe.

A dater du 12e jour, les phénomènes s'amendent, l'ecchymose commence à s'effaçer, il n'y a toujours pas de retentissement ganglionnaire, le malade demande qu'on lui rende la liberté de son bras. Nous acquiesçons à sa demande, mais à la condition qu'il passera au moins trois semaines sans se livrer à aucun travail.

Un mois après l'accident nous revoyons M... ; il ne souffre plus et peut, sans la moindre gêne, faire exécuter d'amples mouvements à ses muscles pectoraux ; mais il lui reste une certaine sensibilité au niveau de la glande, quand il produit sur elle un contact direct avec la paume de la main ou avec un corps dur. D'autre part, l'organe est notablement hypertrophié et l'induration des lobes persiste.

Cette induration, nous avons pu la constater encore un an après le traumatisme, c'est-à-dire à une époque où le malade ne souffrait plus aucunement et où on pouvait le considérer depuis longtemps déjà comme absolument guéri.

Cette observation nous paraît intéressante pour les raisons suivantes: l'inflammation, au lieu de rester localisée à une partie de la glande, s'est rapidement communiquée à tout le reste de l'organe. Malgré leur généralisation, les phénomènes ont gardé un caractère subaigu au point de vue des manifestation symptomatiques. Il n'y a pas eu de suppuration consécutive; l'état général est constamment resté bon. A aucun moment il n'y a eu de frisson, de fièvre, de manifestation fâcheuse quelconque. La guérison s'est effectuée par résolution, mais il faut noter que la régression a été incomplète, et qu'il a persisté au-dessous de l'aréole un noyau d'induration du volume d'une grosse noisette qui modifie un peu l'aspect général du sein droit, en le faisant paraitre plus saillant que celui du côté opposé. Les téguments ont gardé leur aspect normal et il n'est resté aucune trace de l'ecchymose initiale qui n'était déjà plus visible dix-huit jours environ après l'accident.

(*A suivre*).

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Un cas d'acromégalie (A case of acromegaly with remarks on the pathology of the disease), par Howel T. Pershing (*The Journal of nervous and mental diseases*, nov. 1894, n° 11, p. 694). — Les premiers signes ont consisté en une céphalée très intense, suivie, à bref délai, de troubles de la vue. Peu après, sont apparus seulement les symptômes acromégaliques aux mains et à la face. Les orteils sont moins élargis que les doigts. Il existe en particulier une cécité complète de l'œil droit, et de l'hémianopie temporale à gauche. Les réactions pupillaires sont conservées. L'examen montra de plus une névrite optique double. Une rétention d'urine prit ensuite chez le malade une gravité telle qu'il succomba dans le coma. Pas d'autopsie.

A propos d'un cas de staso-basophobie (Intorno alla cosi della staso-basophobia (Debove), par G. Mingazzini (*Bollettino della R. Accademia medica Roma*, 1894). — L'auteur combat, dans cet article, la création d'un mot nouveau pour désigner ce trouble et admet que la staso-basophobie doit être rangée à côté de l'agoraphobie. Il rapporte l'histoire d'un malade qui a présenté, à l'occasion d'une émotion, de l'impossibilité de déglutir les aliments qu'on a introduits dans sa bouche (régurgitation orale). Il ne peut d'autre part ni se tenir debout, ni marcher. Néanmoins, il n'est permis de constater aucun trouble au repos des membres inférieurs : de plus, d'autres modes de progression sont exécutés. Il fait rentrer cette observation dans le cadre de l'astasie-abasie ; le sujet guérit, du reste, sous des influences suggestives.

Deux cas de syndrome de Weber, par Souques et Londe (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, nov.-déc. 1894, n° 6, p. 306). — Deux observations sont rapportées; la première concerne une femme âgée de 27 ans, présentant une hémiplégie gauche avec paralysie du facial inférieur du même côté, concurremment avec une paralysie de l'oculo-moteur commun droit. Il existait en outre de la névrite optique. Le second malade est un homme de 21 ans, qui offre une hémiplégie droite respectant le facial supérieur avec paralysie totale du moteur oculaire commun gauche. Il a présenté de l'anesthésie de la main droite. Il existe du tremblement et de l'embarras de la parole, comparable à celle de la paralysie générale. Dans ces deux cas, il s'agit du syndrome typique de Weber. La lésion principale intéresse le pédoncule cérébral et le nerf de la 3e paire.

Shock nerveux. Astasie-abasie. Guérison, par Vilcocq (*Union médicale du Nord-Est*, 1894, n° 11, p. 302). — Jeune homme de 18 ans, pris à la suite d'une frayeur d'attaque de nerfs. Il offre, quelques jours ensuite, de la faiblesse apparente des membres inférieurs, et les jambes se dérobent sous lui un matin en sortant du lit. L'examen des membres inférieurs au lit ne présente rien d'anormal, ni paralysie, ni troubles de la sensibilité, ni incoordination. Il s'affaisse immédiatement lorsqu'on essaye de le mettre debout, et tomberait si on ne le soutenait. On ne relève aucun autre stigmate hystérique, sinon du tremblement à l'occasion des émotions; les divers appareils sont indemnes. La guérison survint au bout de quinze jours.

Polynévrite aiguë spontanée, par L. Dorville (*Journal des Sc. médic. de Lille*, 1894, n° 48, p. 337). — Début par une phase de fièvre et de malaises généraux vagues, avec prédominance de troubles gastriques. Parésie des quatre membres, paralysie des muscles de la face, de la phonation et de la déglutition, paralysie des muscles respirateurs. Réflexes tendineux affaiblis, contractions fibrillaires, intégrité des sphincters, marche rapide, mort. Pas d'autopsie.

Mouvements rhythmiques de la tête associés à du nystagmus chez des enfants (Rythmic head movements associated with nystagmus occurring in enfants and young children), par E. Lewy (*Medical News*, 1894, n° 1129, p. 512). — Le nystagmus associé à des mouvements rhythmiques de la tête est une affection rare, dans l'enfance. Le phénomène le plus constant dans ces cas, celui qui attire immédiatement l'attention, est le mouvement oscillatoire de la tête dans la direction horizontale et verticale. Ces cas se rapprocheraient de ce que Hénoch a appelé *eclampsia nutans*. Ils se rapportent tous à des enfants rachitiques âgés de 7 à 11 mois.

Sur l'ataxie héréditaire (Maladie de Friedreich), Ueber hereditaere Ataxie (Friedreich'sche Krankheit), par H. Sénator, *Zweit. Art.* (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1894, n° 28, p. 639). — Dans un premier article, S. a attribué l'origine de la maladie de Friedreich à une affection du cervelet : Schülze s'est élevé contre cette opinion dans un travail critique, dont ce deuxième article est la réponse. Il relate une nouvelle observation, et maintient son opinion : néanmoins il pense que la question ne trouvera sa solution que par une confirmation nécropsique.

Symptômes des aphasies fonctionnelles, avec remarques sur la migraine ophthalmique (Zur Symptomatologie der fonctionellen Aphasien, nest Bemerkungen zur Migraine Ophthalmique), par A. Pick (*Berliner klinisehe Wochenschrift*, 1894, n° 47, p. 1060). — Observa-

tion d'un médecin; âgé de 27 ans, dont le premier accès est survenu il y a 12 ans; ceux-ci ont tous les caractères de la migraine ophthalmique dite accompagnée.

Note sur un cas d'hémorrhagie bulbo-protubérantielle, par C. Regaud (*Lyon Médical*, 1894, n° 45, p. 421). — Un sujet âgé de 42 ans, alcoolique invétéré, entré à l'hôpital dans le coma, à la suite d'un ictus; en bonne santé auparavant, ne présentant d'autres troubles que de l'insensibilité des pupilles, qui sont de plus contractées et de l'exagération des réflexes tendineux avec épilepsie spinale aux membres supérieurs, qui se généralisait, de même aux membres inférieurs. A l'autopsie on trouve des ecchymoses sous-piales, le long des vaisseaux sur l'hémisphère gauche; du sang s'échappe par l'aqueduc de Sylvius. La nappe hémorrhagique remplit le quatrième ventricule, détruit la partie inférieure de la protubérance et la partie supérieure du bulbe. Les reins présentent des lésions de sclérose diffuse ancienne, et d'hémorrhagies interstitielles, qui auraient été déterminées par une augmentation réflexe subite de la tension artérielle, due à l'hémorrhagie bulbo-protubérantielle.

MÉDECINE

Traitement de l'angine diphthéritique par les badigeonnages du fond de la gorge avec une solution concentrée de sublimé dans la glycérine, par Goubeau et J. Hulot (*Arch. gén. de méd.*, sept. et oct. 1894, p. 289 et 418). — Quarante-quatre observations personnelles dans lesquelles l'angine diphthérique a été traitée par les badigeonnages de glycérine renfermant 1/20 de sublimé, répétés généralement 2 fois par 24 heures; ces badigeonnages ne doivent porter autant que possible que sur les fausses membranes, qu'on ne doit jamais chercher à détacher, et qu'on doit débarrasser de l'excès de sublimé par le passage immédiat d'un pinceau sec. Ces badigeonnages ne sont pas douloureux dans la plupart des cas. Les fausses membranes semblent se dessécher sur place et tomber sans se reproduire; les infections secondaires et l'adénopathie disparaissent très rapidement, l'état général se relève très vite, et il ne survient aucun accident d'intoxication mercurielle, même chez les très petits enfants. La mortalité a été de 4,7 0/0.

Des anévrysmes des valvules sigmoïdes de l'aorte, par E. Sergent (*Arch. gén. de méd.*, nov. 1894, p. 547). — Un cas personnel. Les anévrysmes des sigmoïdes aortiques sont la conséquence de l'aortite; l'aortite aiguë prédispose plutôt à la distension en masse de la valvule, l'aortite chronique à l'anévrysme vrai à cause de la localisation plus limitée de l'inflammation. La principale cause est l'athérome. Les anévrysmes provoquent par leur présence, s'ils n'existent pas déjà, le rétrécissement ou l'insuffisance de la valvule, ou les deux à la fois, ou l'un et l'autre alternativement. La rupture de l'anévrysme est fréquemment suivie d'un bruit de souffle à timbre musical, dont l'apparition succédant à l'alternance et à la mobilité des bruits de souffle préexistants est en faveur du diagnostic d'anévrysme valvulaire. L'anévrysme d'une valvule sigmoïde peut se compliquer d'anévrysmes des autres valvules ou des valvules d'un autre orifice. Il peut donner lieu à des embolies par suite de la production de caillots à sa surface ou dans sa cavité, ou de sa rupture elle-même.

De la glycosurie alimentaire dans la colique saturnine, par J. Brunelle (*Arch. gén. de méd.*, déc. 1894, p. 688). — La glycosurie alimentaire existe au moins dans 55 0/0 des cas de colique saturnine; elle est généralement peu prononcée. Elle n'est pas en rapport avec l'intensité de la colique et apparaît aussi bien dans les coliques moyennes et faibles que dans les coliques fortes. Elle se montre surtout chez les ouvriers cérusiers travaillant depuis longtemps les préparations de plomb et chez ceux qui ont des habitudes alcooliques. Elle dure ordinairement autant que la colique, disparaît parfois avant celle-ci, mais chez les alcooliques elle se prolonge et se retrouve pendant la convalescence. Elle s'accompagne souvent d'urobilinurie. C'est un signe de plus à ajouter à ceux de l'insuffisance hépatique dans la colique saturnine.

Rôle des staphylocoques dans l'étiologie du rhumatisme articulaire aigu, par J. Sacaze (*Arch. gén. de méd.*, nov. 1894, p. 513). — Une observation personnelle de rhumatisme articulaire précédé d'une plaie septique du pied renfermant le staphylocoque blanc; l'auteur en rapproche cinq observations d'angines avec manifestations articulaires plus ou moins caractérisées, dans lesquelles il n'a pas été fait de recherches bactériologiques. Il conclut de ces faits que le rhumatisme articulaire aigu est très souvent précédé d'une lésion infectieuse qui semble constituer la porte d'entrée des germes, et dans laquelle on peut trouver assez fréquemment le staphylocoque.

Recherches sur l'élimination de l'azote urinaire au cours et dans la convalescence de la colique saturnine, par H. Surmont et J. Brunelle (*Arch. génér. de médec.*, avril et août 1894). — Le volume des urines est généralement diminué pendant la colique, il augmente à la fin; l'azote total et l'urée diminuent pendant la colique et reviennent à la normale au moment de la guérison soit progressivement, soit plus rarement d'une façon brusque; l'acide urique est quelquefois diminué, le plus souvent normal ou augmenté, il est augmenté surtout chez les vieux saturnins; la courbe de l'acide hippurique est très irrégulière, ces substances subissent une augmentation absolue, mais surtout relative.

Sur un cas d'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique traitée par des injections de liquide pneumique, par Demons et Binaud (*Arch. génér. de médec.*, août 1894, p. 129). — Homme de 35 ans, ayant eu neuf ans auparavant une pleurésie purulente consécutive à une plaie pénétrante du thorax; début de l'ostéo-arthropathie neuf à dix mois plus tard; symptômes caractéristiques. On pratique vingt-neuf injections de liquide obtenu par la macération dans la glycérine de 20 grammes de poumon de mouton. Amélioration de l'état général, augmentation de la force musculaire qui était très diminuée.

Des frictions mercurielles, par Cathelineau (*Arch. génér. de médec.*, juillet et août 1894, p. 38 et 148). — Contrairement à l'opinion soutenue par quelques auteurs, la voie pulmonaire n'est pas la seule porte d'entrée du mercure employé en frictions et il y a pénétration par la voie cutanée, car les urines éliminent plus de mercure que la quantité de préparation mercurielle employée ne peut en émettre dans le même temps.

Les bains sulfureux tels qu'ils sont administrés dans la pratique courante, en dehors des stations thermales sulfureuses, ont une action neutralisante sur le traitement mercuriel pratiqué au moyen des frictions. Une certaine quantité de mercure est transformée en sulfure insoluble au plus haut point.

Etude anatomo-pathologique et clinique des artérites cérébrales syphilitiques, par Klippel et Charrier (*Revue de médecine.*, septembre 1894, p. 771). — Outre les lésions de voisinage et les lésions spécifiques (gommes et sclérose), les artères cérébrales peuvent présenter, sous l'influence de la syphilis, des lésions d'artério-sclérose ne se distinguant par aucun caractère anatomique de l'artério-sclérose vulgaire, et se rapprochant par là des lésions du tabes et de la paralysie générale d'origine syphilitique. Cliniquement les lésions syphilitiques des grosses artères de la base se caractérisent par l'apoplexie et la mort produites par la thrombose du tronc basilaire ou par une hémorrhagie méningée, les lésions des artères de moyen volume par une hémiplégie grave parfois incurable, celles des petites artères avec oblitération peu étendue par des troubles légers, c'est-à-dire par l'aphasie syphilitique; lorsque la lésion porte sur l'ensemble du système artériel, on observe d'abord des paralysies à forme hémiplégique et plus tard l'ensemble des troubles intellectuels et psychiques qui constituent la paralysie générale et qui doivent être distingués de la pseudo-paralysie générale due à la présence de méningite en plaques de nature gommeuse.

CHIRURGIE

Kyste hydatique du foie simulant une ascite et communiquant avec les voies biliaires, par L. Queyrat (*Rev. de méd.*, juin 1894, p. 544). — Homme de 22 ans, présentant l'aspect d'une ascite considérable; en 1885, trois

ponctions successives donnant 12, 10 et 8 litres de liquide vert de plus en plus foncé et renfermant de la bile; après les ponctions, il persiste une tumeur dans la région du foie. En 1892, cette tumeur a augmenté de volume; on pratique la laparotomie, on ponctionne la tumeur d'où il s'écoule un litre de liquide épais un peu filant et jaune verdâtre; incision de la poche, qui renferme 54 hydatides du volume d'un pois à celui d'une mandarine, lesquelles sont remplies de liquide non épais et légèrement jaunâtre; drainage de la poche; guérison.

De la cause de la mort à la suite de brûlures étendues de la peau, par KIANICINE (*Arch. de méd. expér.*, sept. 1894, p. 781). — Elle est due aux ptomaïnes qui se forment par suite de l'activité vitale anormale des éléments cellulaires des tissus et même du sang, transformés par la brûlure, et non aux troubles apportés aux fonctions de la peau.

Recherches expérimentales sur la transmissibilité de certains néoplasmes (épithéliomas cylindriques), par N. MORAU (*Arch. de méd. expér.*, sept. 1894, p. 677). — Les épithéliomas cylindriques de la souris blanche sont inoculables par greffe à des animaux de la même espèce. L'hérédité joue un rôle considérable dans le développement de ces néoplasmes en préparant le terrain de leur évolution. Ces néoplasmes possèdent une virulence variable qui peut amener la déchéance de l'organisme. A mesure qu'ils évoluent dans des organismes nouveaux, mais d'espèce animale semblable, ils deviennent moins inoculables et moins virulents. Ces néoplasmes non ulcérés ne renferment pas de bactéries; ulcérés, ils renferment toutes les bactéries de la suppuration.

Recherches expérimentales sur l'influence de la laparotomie sur la péritonite tuberculeuse, par N. STCHÉGOLEFF (*Arch. de méd. expér.*, sept. 1894, p. 649). — La péritonite tuberculeuse des chiens au début du processus peut guérir par la laparotomie: à une période avancée, la laparotomie n'amène pas la guérison, mais simplement une amélioration et une survie plus longue. Le rôle principal dans le processus de régression revient à la réaction inflammatoire, caractérisée par l'infiltration de cellules embryonnaires, la phagocytose et le développement actif de tissu conjonctif; ce processus réactionnel est trop faible chez les animaux non opérés pour arrêter le processus morbide, il devient plus accusé sous l'influence de certains agents physiques par l'intermédiaire desquels la laparotomie agit (traumatisme mécanique du péritoine pendant l'opération, influences thermiques, pénétration d'air dans la cavité abdominale, et, peut-être, action de la lumière). Contrairement à l'opinion de Vierordt et de Riva, l'évacuation complète de l'exsudat n'est pas la cause exclusive de la guérison, car, dans les expériences de l'auteur, la guérison, à la suite de la laparotomie, s'observait précisément dans les cas où on ne trouvait pas de liquide dans le péritoine.

Occlusion intestinale par hypertrophie congénitale de l'S iliaque (Kongenitale Uebermaessige Entwicklung des S romanum), par EISENHART (*Centralb. f. innere Med.*, 1894, n° 49, p. 1153). — L'observation se rapporte à un homme de 35 ans sujet depuis son enfance à des constipations opiniâtres avec troubles gastro-intestinaux secondaires, qui un jour est pris de phénomènes d'obstruction intestinale. On opère au troisième jour et à l'ouverture de l'abdomen, après ponction au bistouri du gros intestin extrêmement distendu, on trouve que l'obstacle à l'écoulement des matières est constitué par une flexion du côlon descendant au niveau du coude du côlon transverse. De plus, au même endroit, étranglement d'une anse à travers le mésentère. L'obstacle est levé et le ventre fermé. Mort quelques heures après l'opération.

A l'autopsie on trouva que ce qu'on avait pris pour le côlon était l'S iliaque extrêmement hypertrophié qui mesurait 65 cm. de longueur. Au niveau du rectum, qui avait des dimensions normales, l'S était coudé et formait obstacle à la progression des matières.

BIBLIOGRAPHIE

Fibroid diseases of the lung including fibroid phthisis, par ANDREW CLARK, W. HADLEY et ARNOLD CHAPELAIN. 1 vol. in-8° de 199 pages avec 8 figures en couleurs. Londres, 1894. Ch. Griffin et Cie, éditeurs.

Ce livre, paru après la mort de sir Andrew Clark, a été revu par cet éminent clinicien avant d'être imprimé: c'est donc avec justice que les deux collaborateurs survivants ont écrit son nom dans le titre.

Les affections fibreuses du poumon, les scléroses pulmonaires, suivant l'expression plus généralement usitée en France, et leur conséquence fréquente, la dilatation bronchique, y sont étudiées en détail. La question a été l'objet de travaux assez nombreux pour qu'il soit difficile d'apporter quelque note originale dans la description clinique et étiologique des scléroses pulmonaires; les auteurs ont eu surtout pour but de résumer et de coordonner les nombreuses observations cliniques qu'ils ont recueillies sur ce sujet; aussi leur œuvre se caractérise-t-elle surtout, comme la plupart des monographies anglaises, par la personnalité des descriptions cliniques. Au point de vue étiologique, les auteurs sont très éclectiques: ils croient que les scléroses pulmonaires sont dues, comme celles d'autres organes, à la tendance de l'organisme à produire du tissu fibreux (diathèse fibroïde), que la broncho-pneumonie, la pneumonie aiguë et la bronchite en sont les causes les plus habituelles, et que l'abus de l'alcool peut exercer quelque action sur leur production.

Il n'est pas question des diverses variétés pathogéniques des scléroses pulmonaires, telles que les ont fait connaître les recherches de Charcot, que les auteurs ne citent pas.

Après avoir étudié les scléroses pulmonaires indépendantes de la tuberculose, les auteurs décrivent les scléroses pulmonaires associées à la tuberculose; cette association peut se faire de deux manières: ou bien la sclérose se développe au cours et au voisinage de lésions tuberculeuses (variété tuberculeuse fibroïde), ou bien la tuberculose vient compliquer les lésions scléreuses du poumon et en précipiter la marche (variété fibro-tuberculeuse).

La reproduction d'un travail publié par Andrew Clark en 1868 sur le même sujet termine ce volume, où on puisera d'importants documents sur les scléroses pulmonaires et que huit belles planches chromo-lithographiques viennent heureusement compléter.

GEORGES THIBIERGE.

VARIÉTÉS

Nécrologie. — Tous les médecins qui, de 1865 à 1870, ont passé par l'hôpital militaire ou par l'Ecole du service de santé de Strasbourg me sauront gré de saluer d'un souvenir respectueux et reconnaissant la mémoire du Dr A. Haspel, qui vient de s'éteindre à l'âge de 84 ans. Successeur de Sédillot comme médecin en chef de l'hôpital militaire de Strasbourg, médecin principal de 1re classe, auteur de travaux justement remarqués sur les *maladies du foie*, M. Haspel était non seulement un médecin sagace, érudit, de la plus scrupuleuse honnêteté, et d'une remarquable conscience dans l'accomplissement de tous ses devoirs, c'était encore un esprit fin, lettré, causeur charmant, écrivain élégant et spirituel. S'il n'avait pas les allures, non plus que les goûts du soldat, il avait su prouver en Algérie et en Crimée qu'un médecin digne de ce nom peut en toute circonstance se montrer à la hauteur de toutes les tâches. Celle qu'il eut à remplir à Strasbourg fut souvent laborieuse et délicate. Ses anciens subordonnés, qui en ont connu les difficultés, lui ont rendu en estime et en attachement ce qu'il avait dépensé en leur faveur de courtoise affabilité et de bienveillant intérêt.

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

BULLETIN

Les remises des frais de scolarité dans les lycées et les facultés.

L'application aux médecins des lycées d'une circulaire ayant pour objet de réglementer les dispenses des frais de scolarité a provoqué une certaine émotion. Une pétition adressée à M. le Président de l'Association générale n'ayant pas été immédiatement suivie d'un arrêté conforme aux désirs de ceux qui l'avaient signée, des journaux peu au courant des affaires qui intéressent le corps médical ont critiqué cette procédure. Conformément à leurs conseils, la réunion parlementaire des médecins sénateurs et députés a été saisie d'une requête analogue. Une entrevue a été demandée à M. le ministre de l'Instruction publique et celui-ci a renvoyé ses interlocuteurs à la Commission du budget. Nous souhaitons, sans l'espérer, que les amendements à la loi des finances réclamant une augmentation de crédit en vue d'accorder quelques faveurs aux fils de médecins, soient acceptés par nos législateurs. Mais nous craignons qu'il n'advienne de cette question ce qu'il est arrivé pour beaucoup d'autres. Mal posée dès le début, elle sera mal comprise. On protestera contre les exigences de ceux qui sembleront demander un privilège et l'on passera à l'ordre du jour. C'est pourquoi nous voudrions, en signalant ce qui a été fait jusqu'à présent, engager nos confrères à s'abstenir de trop bruyantes récriminations, sauf à se défendre, au moment voulu, par des arguments de nature à mieux frapper l'attention des pouvoirs publics.

Un mot d'abord sur l'historique de la question. L'administration universitaire confère le titre de médecin titulaire et de médecin adjoint des lycées à ceux qui sollicitent cet emploi. Il est peu rétribué. Les médecins titulaires touchent des honoraires absolument dérisoires en raison de la haute situation professionnelle qu'ils ont d'ordinaire et du nombre relativement considérable des visites qu'ils sont appelés à faire. Les médecins adjoints ne reçoivent point d'honoraires et cependant, dans un grand nombre de circonstances, ils sont appelés, soit de jour soit de nuit, à suppléer les médecins titulaires et à payer largement de leur personne. Pourquoi, dans ces conditions, trouve-t-on, lors de chaque vacance, un nombre de concurrents assez considérable pour rendre très embarrassant le choix d'un nouveau médecin ? C'est que d'une part un titre officiel avec l'espérance des distinctions honorifiques qu'il laisse entrevoir est toujours de nature à séduire la majorité de nos confrères ; c'est d'autre part que jusqu'à ce jour l'Université offrait de plus, comme compensation, la gratuité des frais d'étude pour les fils de médecin.

Cette gratuité se traduisait, il est vrai, par une allocation relativement minime ; on y comptait cependant. Elle vient d'être supprimée, parce que le nombre des dispensés augmentait chaque année dans des proportions notables et grevait ainsi de plus en plus le modique budget de l'Instruction publique. Il résulte, en effet, des renseignements officiels qui m'ont été donnés personnellement à l'occasion des démarches que j'avais faites au nom de l'Association générale, que le ministère accorde par an 1,500,000 francs de remise de frais d'études, alors que la Commission du budget n'en autorise que pour 900,000 francs. De tous côtés et pour divers motifs, des fonctionnaires, des officiers, des magistrats, des hommes politiques demandent à être exemptés de la contribution modique réclamée aux externes de nos lycées. Le proviseur donne un avis favorable — il s'agit de si peu de chose! — le recteur approuve ; le ministre accorde et, à la fin de l'année, c'est par des centaines de mille francs que se chiffre ce manque de recettes prévues au budget. Il fallait donc intervenir. Un règlement a été établi fixant au prorata des heures données au service du lycée le chiffre des dispenses de scolarité. Ce règlement a été appliqué aux fils des médecins dans des conditions qui les lèsent plus encore que les professeurs. Nous en avons demandé, nous en réclamons la revision. Mais par quels arguments arrivera-t-on à l'obtenir, c'est ce qu'il importe de bien préciser.

« La vérité et la justice nous engageraient, m'a-t-il été répondu, à donner des émoluments convenables à tous ceux qui rendent des services à nos établissements et à n'accorder à personne, pas même aux professeurs qui au fond n'y ont pas plus de droit que les fonctionnaires de n'importe quelle administration, la remise *de principe*

en faveur de leurs enfants. Les remises ne seraient accordées qu'aux élèves qui les méritent et dont les familles ont des titres particuliers et un réel besoin à faire valoir. »

Nous serions très disposé à applaudir à une mesure générale prise en conformité avec ces principes. Du haut en bas de l'échelle administrative et dans l'Université surtout, on abuse singulièrement de ces sortes de faveurs accordées sous prétexte de droits acquis. Pourquoi les fils des professeurs de facultés, des fonctionnaires attachés de près ou de loin à l'Université, etc., etc., ne paient-ils ni leurs frais d'inscription, ni leurs droits d'examen? Pourquoi dans les lycées y a-t-il un nombre de boursiers de faveur infiniment plus grand que celui des boursiers de droit qui ont justifié de leur insuffisance de fortune, qui ont subi un examen spécial, qui ont obtenu de bonnes notes à tous leurs examens? Un professeur de faculté de droit ou de médecine, lorsqu'il possède, ce qui arrive quelquefois, une fortune suffisante et que sa haute situation lui permet d'acquérir très légitimement des revenus professionnels considérables, a-t-il besoin de l'exemption des frais de scolarité qui seraient si utiles à tant de familles qui font de grands sacrifices pour élever leurs enfants et leur faire obtenir le diplôme d'avocat ou de médecin?

Nous pensons donc qu'il serait bon de supprimer de réels abus et de n'accorder qu'aux seuls boursiers la gratuité des frais d'études. Si cette mesure était prise, les bénéfices matériels qu'elle procurerait permettraient sans doute de mieux rémunérer les médecins titulaires et d'allouer des appointements aux médecins adjoints des lycées.

Mais il est à craindre que l'on hésite à adopter une réforme aussi radicale; aussi, dans le cas où le ministre de l'Instruction publique ne voudrait pas en prendre l'initiative, il conviendrait, croyons-nous, de demander que la remise des frais de scolarité soit accordée aux fonctionnaires de l'Université qui ne touchent aucun émolument. Ainsi serait réglée à leur satisfaction la situation des médecins adjoints. Quant aux médecins titulaires, on demanderait en leur faveur le traitement accordé aux proviseurs, censeurs, surveillants généraux, etc., etc., des lycées qui n'ont pas un nombre d'heures de classe ou de service déterminé, mais qui, pour les besoins du service, peuvent être dérangés à toute heure du jour et de la nuit. Procéder autrement, demander pour les médecins des lycées ce que le Ministre refuse d'accorder aux fonctionnaires de l'Université, réclamer à la Commission du budget des subsides nouveaux en vue d'assurer un privilège quelconque aux médecins, serait s'exposer non seulement à ne rien obtenir pour ceux qui font valoir en ce moment de justes doléances, mais encore à voir supprimer dès aujourd'hui la tolérance qui maintient, dans un grand nombre de lycées où les proviseurs et les recteurs sont moins susceptibles que dans l'ouest de la France, une faveur dont jouissent depuis longtemps les médecins aussi bien que les professeurs.

L. Lereboullet.

CLINIQUE MÉDICALE

Des relations entre l'embarras gastrique, la fébricule et la fièvre typhoïde, par le docteur J. Feltz, médecin de l'hôpital de Saint-Denis.

Quand dans le courant de l'année, généralement vers le mois de septembre, le nombre des fièvres typhoïdes augmente subitement, j'ai toujours observé, en même temps que l'augmentation des fièvres typhoïdes, l'apparition des embarras gastriques fébriles et des fièvres désignées sous le nom de fébricules, que je désigne volontiers sous le nom d'états muqueux. Il est intéressant de rechercher s'il y a entre ces différentes affections une simple coïncidence, si par exemple la cause, assez banale, de la température, de la saison explique l'apparition des embarras gastriques fébriles et des fébricules, tandis que la fièvre typhoïde serait due à un agent spécifique, ou si une même cause produit ces diverses variétés. Y a-t-il, en un mot, corrélation entre ces différents états morbides? A cet effet, je ferai tout d'abord la relation d'une épidémie de fièvre typhoïde de maison, très intéressante, datant de loin, mais dont j'ai conservé des notes très détaillées. Il y a à Saint-Denis un orphelinat de garçons dont la moyenne des enfants est d'environ 45. Le 7 janvier 1879, époque à laquelle je ne voyais pas un seul cas de fièvre typhoïde en ville, 3 enfants tombent malades; le 8, j'en vois 3 autres; le 10, 5; le 11, 2; le 12, 3; le 14, 3; le 15, 3; le 16, 1.

Par conséquent, 23 enfants sur 45 tombent malades en quelques jours. De ces malades 3 sont guéris et ont quitté l'infirmerie le 4e jour, 3 autres n'ont plus de fièvre au 4e jour, mais restent encore à l'infirmerie pendant 2 jours pour se remettre tout à fait; 5 autres ont de la fièvre pendant 6 à 8 jours et sont en état de quitter l'infirmerie du 8e au 12e jour.

Les 12 autres ont eu tous les symptômes classiques de la fièvre typhoïde, et, à l'exception de trois, ils étaient convalescents vers le 3 février, c'est-à-dire vers le commencement du quatrième septenaire.

Des trois derniers, deux ont été convalescents vers lat fin de la quatrième semaine; l'autre, dont l'état s'était aggravé à la suite d'une hémorrhagie intestinale, fua envoyé à l'hôpital. Il y mourut; à l'autopsie on trouve une perforation intestinale, et les lésions ordinaires ds la fièvre typhoïde. — La date d'apparition n'a eu aucune influence sur la marche de la maladie. Il y a eu des forme bénignes et des formes graves, aussi bien chez les enfants malades dès le premier jour, que chez ceux atteints un peu plus tard ou vers les derniers jours, c'est-à-dire vers les 14, 15 ou 16 janvier. Le dernier atteint n'a été malade que 3 jours.

Au début de leur affection, tous ces malades présentaient les mêmes symptômes, ceux de l'embarras gastrique, avec une fièvre assez modérée, 38°5 à 39°. Cinq de ces enfants sont guéris complètement au bout de 3 à 4 jours; chez quatre autres, la fièvre dure de 6 à 8 jours: langue blanche au milieu, rouge sur les bords, pouls en moyenne 100, température de 38°5 à 39°3 la plus élevée, diarrhée plus ou moins abondante, mais pas de taches rosées lenticulaires, pas d'épistaxis, pas de complications pulmonaires. Guérison complète du 8e au 12e jour. La marche de la maladie et les symptômes observés étaient tout à fait ceux de la fébricule.

Enfin 12 enfants font la fièvre typhoïde classique avec taches lenticulaires et rate grosse.

Au début de l'affection, il était impossible de prévoir chez quels enfants la maladie serait bénigne, chez lesquels elle serait grave. Au point de vue de l'étiologie, je ne suis arrivé à aucun résultat certain.

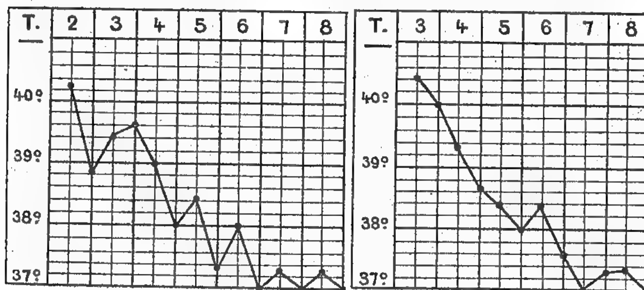
En 1879, il n'y avait d'autre eau à Saint-Denis que l'eau de Seine, mais j'ajouterai aussitôt qu'au moment de cette épidémie de maison, il n'y avait pas de fièvre typhoïde en ville. Les aliments étaient de bonne qualité et bien conservés, d'autant plus qu'on était en hiver. L'eau de Seine était prise directement au tuyau de conduite et ne séjournait pas dans un réservoir. On trouvait donc à l'orphelinat la même eau que celle distribuée dans toute la ville. Six semaines auparavant, on avait opéré la vidange des fosses d'aisances, et beaucoup de matières fécales avaient été répandues dans la cour.

Depuis 3 ans que j'étais médecin de l'orphelinat, il n'y avait pas eu de cas de fièvre typhoïde dans l'établissement et, pendant au moins six ans après, il n'est pas survenu de nouveau cas.

L'invasion a été brusque, car la veille du jour où la maladie a éclaté, tous les enfants étaient en sortie chez leurs parents ou amis et aucun ne ressentait de malaise au moment de la sortie. Aucune sœur n'a été atteinte, quoiqu'elles fussent toutes occupées alternativement à soigner les malades. La maison n'a pas été évacuée. Les malades se trouvaient tous dans un dortoir dont l'accès était défendu aux enfants bien portants. Consécutivement aucun enfant n'a été atteint.

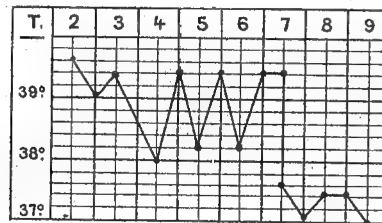
Les faits précédents démontrent clairement que c'est une même cause, une cause unique qui a agi sur tous les enfants malades, produisant chez les uns le simple embarras gastrique, chez d'autres la fébricule ordinaire, ou ce que j'appellerai un état muqueux, chez le plus grand nombre enfin, la fièvre typhoïde.

En 1882 et en 1884, il y eut à Saint-Denis une forte recrudescence de fièvre typhoïde pendant laquelle j'ai observé des embarras gastriques et des fébricules en très grand nombre. Mais la fréquence de ces deux affections et leur coïncidence avec l'apparition de la fièvre typhoïde ont surtout été remarquables vers la fin de l'été de l'année dernière, 1893, pendant les mois de juillet et septembre. Il y eut à cette époque une petite épidémie de fièvre typhoïde; les entrées à l'hôpital, surtout dans le service des hommes, furent nombreuses, et en ville aussi, contre l'habitude, j'eus à soigner un assez grand nombre de fièvres typhoïdes A l'hôpital comme en ville, j'observai en même temps de l'embarras gastrique et des fébricules en assez grand nombre, différant, surtout ces dernières, des affections gastro-intestinales survenues dès les grandes chaleurs et présentant les mêmes symptômes que ceux de l'épidémie de l'orphelinat relatée plus haut.

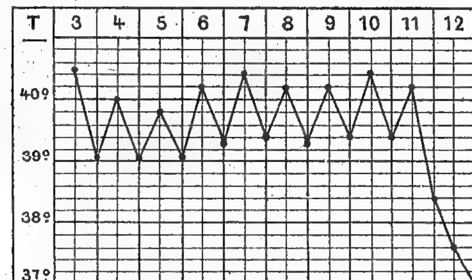


L'embarras gastrique aigu à la suite des chaleurs survenait brusquement et cédait à un vomitif ou à une purgation. La fièvre, très violente le premier jour, disparaissait au bout de deux jours, et généralement le malade reprenait son travail le 3e ou le 4e jour. Au contraire, l'embarras gastrique fébrile, pendant la période typhique, exigeait généralement 8 jours de repos avec 4 à 5 jours de fièvre. La défervescence n'était pas brusque comme dans l'embarras gastrique ordinaire, ainsi que le démontrent les nombreux tracés thermiques que j'ai recueillis.

Dans la fébricule, la fièvre a duré ordinairement de 7 à 10 jours et le tracé thermique se rapproche de celui de la fièvre typhoïde. Dans beaucoup de cas, la défervescence est presque brusque. Les symptômes sont ceux du premier septenaire de la fièvre typhoïde.



J'aurais beaucoup d'observations à rapporter à l'appui de ces tracés thermiques, mais ces affections sont si connues que je m'exposerais à des redites inutiles.



De tous ces faits observés avec beaucoup d'exactitude, il est permis de conclure que l'embarras gastrique, la fébricule et la fièvre typhoïde reconnaissent une même origine, qu'ils sont les différents degrés d'une seule et même maladie. L'embarras gastrique serait à la fièvre typhoïde ce qu'une varioloïde très discrète est à la variole plus ou moins confluente. La varioloïde peut donner par contagion une variole confluente. L'embarras gastrique ou la fébricule peuvent-ils également produire la fièvre typhoïde?

L'observation clinique plaide en faveur de cette opinion, qui, si elle est confirmée par les recherches bactériologiques, aura une grande influence sur la prophylaxie de la fièvre typhoïde. En effet, bien des épidémies locales de fièvre typhoïde ont eu pour origine l'infiltration de matières fécales typhiques dans les eaux servant à l'alimentation, et on a retrouvé le ou les cas de maladie qui ont été la cause première de l'épidémie. Ne peut-on admettre que dans les épidémies où l'étiologie n'a pu être affirmée d'une manière certaine parce que le cas primitif de fièvre typhoïde cause de l'épidémie n'a pu être découvert, ce cas primitif n'ait été qu'un embarras gastrique ou une fébricule?

Les recherches bactériologiques peuvent seules éclaircir cette question; mais ces recherches sont d'une nature si délicate, si discutées encore, qu'elles ne peuvent être entreprises que par les maitres en bactériologie.

Si le bacille d'Eberth ou ses toxines ne peuvent être révélés dans les embarras gastriques ou dans les fébricules, je suis amené à adopter une des conclusions d'un article de notre très distingué confrère le docteur Chan

temesse, article publié dans le n° 27 de la *Semaine médicale* : « Au point de vue de l'étiologie générale de la dothiénenterie, à moins que les bacilles typhiques ne dominent dès l'abord l'organisme par leur virulence ou par leur nombre, on peut admettre que les causes secondes assurent, dans la majorité des cas, la réalisation de l'infection spécifique. Ce sont elles qui engagent la lutte en faveur du bacille d'Eberth et qui décident de sa victoire, c'est-à-dire de sa pénétration et de son développement dans l'organisme humain. »

Si, dans l'épidémie de maison que j'ai relatée au début de cet article, plusieurs enfants n'ont été que légèrement atteints quoique soumis à la même cause infectieuse que les autres atteints gravement, c'est que les causes secondes ont fait défaut chez ces enfants, et que le principe infectieux a été arrêté dans son développement.

On peut ainsi expliquer pourquoi la maladie reste bénigne chez certains individus. Mais il reste à démontrer si dans ce cas la maladie perd en même temps ses propriétés infectieuses, et comment elle pourrait les perdre.

En résumé, je crois pouvoir conclure que :

1° L'embarras gastrique fébrile, la fébricule et la fièvre typhoïde ont la même origine.

2° Il serait utile, en vue de la prophylaxie, de rechercher si l'embarras gastrique et la fébricule peuvent donner la fièvre typhoïde.

3° Si ce caractère infectieux n'est pas démontré, il faut arriver à spécifier quelles sont les causes secondes qui empêchent le développement de la fièvre typhoïde.

4° Il faut admettre l'embarras gastrique ordinaire d'origine non infectieuse, et l'embarras gastrique fébrile, d'origine infectieuse.

TRAVAUX ORIGINAUX

De la mastite traumatique chez l'homme, par MM. Joseph HUGUET, médecin aide-major de 1re classe, et Maurice PÉRAIRE, ancien interne des hôpitaux de Paris.

(*Suite et fin.*)

OBS. II. — Le nommé T... Alfred, âgé de 15 ans, se présente, le 9 février 1893, à la consultation chirurgicale de l'hôpital Bichat.

Il a reçu, il y a huit jours, un coup de poing dans la région thoracique du côté droit. Tout d'abord ce traumatisme, qui n'avait pas été très violent, ne l'a pas inquiété; mais le surlendemain il a remarqué que le sein droit augmentait de volume. En même temps, les douleurs, qui avaient été très supportables au début, étaient devenues très vives; et c'est surtout pour calmer celles-ci et faire fondre sa boule, comme il le dit, qu'il vient nous consulter.

Ce qui frappe au premier abord, c'est le volume du sein droit. En effet, cet organe est de la grosseur d'une orange. Il est d'une consistance régulièrement rénitente, sans trace de fluctuation en aucun point, sans bosselures d'aucune sorte. Pourtant, au-dessous du mamelon, il y a un point d'empâtement laissant l'empreinte du doigt en godet; ce point présente une coloration rougeâtre. Il est impossible d'exercer une pression sur ce point sans déterminer de la douleur.

Autour de la zone tuméfiée et empâtée, la peau présente une teinte ecchymotique jaunâtre, ombrée par places de petites raies violacées. Etat normal du mamelon et de l'aréole.

Pas de ganglions dans l'aisselle correspondante.

Le malade est robuste, bien constitué. Il est d'une bonne santé habituelle; il est employé et ne se surmène pas habituellement. Pas de tare héréditaire; pas de féminisme apparent.

En présence de ces phénomènes, nous nous demandons si nous n'avons pas affaire à un simple engorgement mammaire déterminé par le traumatisme, à un abcès du sein au début, à un hématome de la paroi thoracique, ou bien à une ostéomyélite costale.

Nous écartons d'emblée l'idée de tuberculose costale. Nous nous basons pour ce fait sur le bon état de santé antérieur du malade, sur la marche aiguë des accidents et sur l'absence de tare héréditaire. Une ostéomyélite costale pourrait être incriminée; le malade est en effet à l'âge où se produisent de pareilles lésions.

Mais son état général est resté bon, il n'a pas d'état fébrile accusé; et puis, cette détermination locale est exceptionnelle.

Nous écartons aussi l'idée d'un hématome de la paroi thoracique; car à la palpation, c'est toute la glande mammaire qui nous paraît engorgée, ainsi que le tissu cellulo-graisseux péri-mammaire; il n'y a pas de décollement de la peau, pas de fluctuation manifeste.

Reste l'idée d'une mammite traumatique et d'un abcès mammaire consécutif. Nous nous arrêtons à ce diagnostic, tout en étant loin d'être fixés sur la cause intime de la production de cet abcès, le malade présentant une peau absolument indemne de tout furoncle, de tout bouton acnéique.

Nous prescrivons un pansement antiseptique légèrement compressif. Des compresses trempées dans une solution boriquée seront appliquées en permanence sur la région douloureuse.

Le 11 février, le même état persistant, le malade vient nous demander de l'opérer.

Après lavage de la région, nous faisons de l'anesthésie locale, au moyen de chlorure d'éthyle pulvérisé. Nous incisons ensuite les téguments parallèlement à la direction des canaux galactophores au-dessous du mamelon, sur une longueur de 2 cent. 1/2 à 3 centimètres. Il s'écoule un pus jaunâtre phlegmoneux : drainage ; compresses boriquées humides.

Le 18 février, suppression du drainage, pansement sec au lint boriqué.

Le 23 février, la plaie résultant de l'incision est guérie; mais la glande mammaire est encore légèrement tuméfiée quoique indolore.

Pansement ouaté compressif qui sera renouvelé tous les huit jours.

Nous avons eu l'occasion de revoir le malade au mois d'avril : la guérison était complète. Le sein droit paraissait absolument revenu à son état normal. Il persistait cependant un peu d'empâtement du tissu glandulaire non manifeste à la vue, mais facilement perceptible à la palpation.

OBS. III. — Le nommé P..., âgé de 23 ans, cavalier de remonte, conduisait, le 18 juillet 1894, son cheval à l'abreuvoir, lorsque celui-ci, tirant violemment sur la longe, s'échappe après avoir d'un violent coup de tête renversé son conducteur.

P... perd la respiration pendant quelques instants; puis, une fois revenu complètement à lui, il se rend compte qu'il a été contusionné violemment par le front du cheval au niveau du sein droit, un peu en haut et en dehors du mamelon. A la suite de cet accident qu'il considère comme un peu imputable à sa négligence, P... ne se fait pas porter malade. Ayant cependant passé une mauvaise nuit, il se présente à la visite médicale le 19 au matin. Cet homme se plaint d'une douleur très vive, à l'endroit même où il a reçu le choc; mais il accuse aussi des irradiations dans la poitrine qui lui rendent la respiration pénible.

Nous faisons une exploration minutieuse du thorax et particulièrement au voisinage de la région malade ; nous ne découvrons aucune lésion du côté du squelette. En revanche, le sein droit est considérablement tuméfié ; la peau est très tendue, plus lisse et légèrement luisante. Les téguments, quoique présentant un peu d'empâtement, sont cependant mobiles par rapport aux parties molles sous-jacentes. La palpation de l'organe glandulaire permet de constater que les lobes de la zone supérieure et externe sont tuméfiés, durs, bosselés, et que, grâce à cette lésion partielle, la mamelle présente le volume et les dimensions d'un œuf de poule. La tumeur ne se limite pas facilement, et, sur ses bords, les lobes indurés se confondent avec les autres éléments glandulaires restés sains. Nous avons donc affaire à une mastite traumatique du côté droit avec inflammation localisée à une partie de la glande. Pendant une semaine, la région malade est pansée journellement avec des compresses antiseptiques humides au sublimé à 1/1000, maintenues au moyen d'un

pansement ouaté. Nous faisons une compression modérée pour ne pas augmenter les irradiations douloureuses, nous demandant d'ailleurs si, à un moment donné, ces lésions ne deviendront pas le point de départ d'accidents suppuratifs. Le bras est immobilisé dans une écharpe. Grâce à ce traitement, les souffrances cessent et la tumeur diminue un peu de volume. Il est important de noter qu'à aucun moment P... n'a présenté, dans la région traumatisée, d'ecchymose, si peu accentuée fût-elle. La raison de ce fait est probablement dans ce que le choc n'a pas été produit par un corps en métal ou en bois à extrémité saillante, mais par une masse assez régulièrement aplatie, frappant sur une certaine surface et avec une égale violence une zone relativement étendue du thorax. Comme dans cette zone se trouvait un organe faisant saillie, celui-ci a pu être atteint assez profondément sans que les tissus tégumentaires aient présenté les lésions habituelles dont l'ecchymose est la résultante à un moment donné. Quoi qu'il en soit, l'absence de lésions superficielles n'a pas empêché l'élément glandulaire de devenir le siège d'une altération pathologique très notable.

A la fin de la première semaine (25 juillet), l'amélioration ne s'affirmant pas d'une façon assez nette, et la crainte d'un abcès nous paraissant définitivement écartée, la médication est modifiée. Les compresses antiseptiques sont remplacées par des applications journalières d'onguent napolitain, et le pansement ouaté est appliqué de façon à exercer une compression méthodique.

La compression est bien supportée; mais dès le 31 juillet, le malade présentant quelques signes de saturation mercurielle (salivation et légère stomatite), nous cessons les applications d'onguent napolitain. A ce moment, P... ne se plaint plus de douleurs spontanées ou éveillées par les mouvements communiqués du membre supérieur droit. Mais comme le sein reste toujours volumineux, que la régression ne semble pas s'effectuer, et que la disparition des phénomènes douloureux ne nous paraît pas un résultat suffisant, nous songeons à pratiquer une médication révulsive sur l'organe malade. L'emploi des ventouses nous paraît tout indiqué; leur application étant rendue possible par l'étendue de la surface d'induration, dont les dimensions n'ont pas subi de diminution sensible. Chaque matin trois ventouses sont posées avec des verres du plus petit modèle, en ayant soin de ne pas faire le vide sur le mamelon même. Immédiatement après cette application, une compression énergique est pratiquée à l'aide d'un bandage ouaté prenant le thorax, les deux épaules et l'aisselle droite.

Grâce à ce traitement continué jusqu'au 6 août, on obtient une diminution assez nette de la tumeur supéro-externe du sein.

Le malade, ennuyé d'être inactif à cause d'une affection qui ne lui occasionne plus aucune souffrance, ni aucune gêne, demande instamment à reprendre son service. Malgré tout, nous ne faisons pas droit à sa requête; le pansement ouaté et les ventouses sont supprimés, et, du 6 au 18 août, nous laissons sur le sein droit une cuirasse d'emplâtre de Vigo, destiné à le maintenir et à faciliter le travail de résolution.

P... a graduellement repris son service qu'il fait intégralement depuis le 25 août. Malgré tous les moyens employés, et quoi que l'on puisse dire, le malade est complètement guéri. Ce militaire présente encore une hypertrophie assez considérable du sein droit. A la palpation profonde, on trouve une masse indurée qui refoule en bas les éléments sains de la glande, et qui accentue en haut et en dehors la saillie du sillon thoraco-mammaire, lequel, à l'état normal, n'existe pas à proprement parler. Ainsi se trouvent expliquées les modifications dans la morphologie de l'organe. Actuellement, et depuis quelque temps déjà, les troubles pathologiques n'existent plus à l'état d'activité; des lésions préexistantes, on trouve seulement le reliquat sous forme d'induration persistante chronique de la région atteinte par choc direct; de ce fait, le mamelon droit se trouve refoulé en bas.

L'aspect général du thorax reste très modifié: le sein droit est non seulement plus en relief, mais aussi plus abaissé par rapport à son congénère, la ligne bi-mammaire n'étant plus perpendiculaire à l'axe médian du corps.

Au cours de cette observation, nous n'avons fait aucune allusion à l'état général du malade, par cette raison simple qu'il n'a présenté, à aucun moment, la moindre complication digne d'être mentionnée.

Pas de frisson, pas de fièvre; l'appétit est toujours resté excellent. P... a même engraissé par suite de l'inaction prolongée à laquelle il a dû se soumettre.

Voici deux autres cas de mastite traumatique chez l'homme, ayant déterminé de l'hypertrophie mammaire. Ces deux observations ont été relatées par le professeur Léon qui en a fait le sujet d'une leçon clinique; celle-ci a été recueillie dans le service du professeur, par M. Dufourgq, aide-médecin, le 17 décembre 1878 (1).

Nous les résumons:

Obs. IV. — Il s'agit d'un nommé Bertrand, couché au n° 26 de la salle de clinique chirurgicale. Ce jeune marin a 22 ans et porte tous les attributs de la force et de la santé. C'est un adulte de tempérament sanguin, de développement complet, avec un système musculaire bien accentué, un système pileux abondamment fourni, le teint brun, les cheveux presque noirs, n'ayant aucune trace de lymphatisme, aucune tendance au féminisme.

Dans les premiers jours du mois de mai 1878, il faisait l'exercice du canon sur le vaisseau le *Suffren* et, dans la manœuvre de sa pièce, il reçut un coup d'anspect sur le sein gauche.

Il ressentit une douleur vive au point touché; mais, pendant les premiers jours qui suivirent l'accident, il ne vit pas survenir sur sa poitrine les teintes variées et successives de l'ecchymose; il continua même son service, malgré la gêne qu'il ressentait dans les mouvements du tronc et des bras.

Une semaine plus tard, il commença à s'apercevoir d'une tuméfaction manifeste de la région mammaire gauche, sans changement de couleur à la peau, sans sensation de chaleur.

Ce développement se produisit lentement et graduellement et, deux mois après l'accident, ce matelot fut envoyé à l'hôpital pour y être soumis à un traitement. A cette époque, le sein gauche est globuleux, hémisphérique, en tout semblable à celui d'une femme dont les mamelles seraient moyennement développées.

Le mamelon occupe la partie la plus saillante de l'hémisphère dont le diamètre mesure 16 centimètres à sa base et dont la saillie est d'environ 7 centimètres en avant du plan thoracique. Le mamelon est plus développé que celui du côté droit; l'aréole est plus pigmentée et plus étendue que du côté sain. Le reste de la peau a sa coloration normale.

La couche cellulo-graisseuse sous-cutanée a singulièrement épaissi; c'est elle qui forme la majeure partie de cette mamelle anormale; enfin au centre de l'hémisphère, directement en arrière du mamelon, on sent plusieurs nodosités réunies en une masse assez bien limitée, de la grosseur d'un œuf de pigeon, et dont la consistance rappelle exactement celle des globules glandulaires d'une petite glande mammaire. En somme, les éléments constituants et rudimentaires du sein paraissent avoir subi, sous l'influence du traumatisme, une évolution analogue à celle que la puberté amène chez la jeune fille.

Cette mamelle n'est actuellement le siège d'aucune douleur, d'aucun élancement, d'aucune sensation anormale. La pression sur le mamelon ne fait suinter aucune espèce de liquide. Le sein du côté droit n'a subi aucune modification; les ganglions axillaires ne sont pas hypertrophiés.

L'état général est satisfaisant. Toutes les fonctions s'accomplissent avec régularité; mais le malade est légèrement hypochondriaque. Est-ce crainte de railleries ou bien appréhende-t-il un mal sérieux? Toujours est-il qu'il désire beaucoup être débarrassé de ce qu'il appelle sa tumeur.

Le professeur Léon ajoute qu'il n'est personnellement nullement disposé à lui accorder les chances d'une opération que lui réclame son malade.

Nous verrons plus loin, au chapitre traitement, que nous ne partageons pas sa manière de voir, et que si la tumeur devient gênante ou douloureuse, ou bien si le malade demande à en être débarrassé, nous n'hésiterions pas à lui accorder satisfaction, sans avoir à craindre pour

(1) Professeur Léon, Hypertrophie traumatique du sein chez l'homme (*Archives de médecine navale*, Paris, 1879, tome XXXI, p. 213-217).

lui aucune espèce de complications. Quoi qu'il en soit, le professeur Léon institua un traitement consistant en applications de teinture d'iode sur le sein du malade, en compression locale; il administra aussi l'iodure de potassium à l'intérieur à doses élevées.

Le malade sortit de l'hôpital, sur sa demande, le 1er février 1879. A cette date, le noyau glandulaire avait diminué des deux tiers; mais l'hypertrophie graisseuse subsistait en grande partie; seulement, sous l'influence de la compression, le sein était devenu flasque et tombant, et le mamelon ne correspondait plus à la partie saillante de l'organe.

Donc, dans ce cas, voilà une mammite traumatique dont la marche a été lente au point de vue de la régression des symptômes locaux. Elle peut être comparée au point de vue évolutif à notre observation I.

Le professeur Léon cite ensuite une autre observation qu'il compare à la sienne et qu'il doit à l'obligeance du docteur Dupont. En voici le résumé :

Obs. V. — En 1861, à bord de la frégate la *Pandore*, un chef de pièce, âgé de 24 ans, homme vigoureux, manœuvrant l'affût avec une barre d'anspect, reçut, dans une fausse manœuvre des servants, le bout de cette barre au-dessous du sein gauche. Il y eut un peu de douleur au moment de l'accident, mais l'homme y prêta peu d'attention et continua son service.

Il se présenta à la visite environ trois semaines après l'accident et à cause du développement qu'avait pris la glande mammaire.

Le sein était d'un volume un peu plus considérable que celui d'une grosse orange, parfaitement arrondi, non douloureux au toucher ; la glande était mobile sous les téguments. Ce matelot venait à la visite à cause de la gêne déterminée en cette région par les frottements du linge.

On fit des applications résolutives et quelques badigeonnages de teinture d'iode ; en même temps, l'iodure de potassium fut administré à l'intérieur. Au bout de quinze à vingt jours, la glande avait peu diminué de volume, et l'homme reprit son service portant encore cette lésion qui disparut très lentement.

Il est fâcheux que cette observation ne relate pas les dates exactes de l'évolution de la mammite. Il eût été intéressant de les préciser, de façon à se rendre absolument compte de l'époque de disparition de cette affection.

Diagnostic. — D'une façon générale, « grâce au faible volume de la glande mammaire chez l'homme, le diagnostic des tumeurs est plus facile que chez la femme (1). »

Le diagnostic de la mastite traumatique de l'homme est fort simple à établir quand le malade se présente au chirurgien peu de jours après son accident, et que celui-ci peut analyser la succession des phénomènes morbides dont il détermine la relation avec le traumatisme. C'est ce qui arrive quand la mastite tourne à la suppuration et que huit, quinze, vingt jours au plus tard après le choc initial, le malade vient réclamer des soins. Mais bien autrement difficile devient l'établissement du diagnostic de mastite traumatique, quand les lésions du début ont été minimes ou sont passées inaperçues, et que pendant un certain temps, des mois, des années même, le malade ne s'est plus inquiété de son affection, caractérisée seulement par une tumeur devenue peu douloureuse, et d'autre part peu gênante par suite de l'accoutumance.

A un moment donné, l'induration chronique subit des modifications sensibles par suite de l'action complicative d'un nouveau processus morbide, et le malade, qui souvent même ne se souvient plus du traumatisme initial, vient consulter le chirurgien. C'est alors que l'on éprouve de la difficulté à établir un diagnostic. En effet, combien d'autres maladies peuvent se développer dans la région du sein ! Ce sont les tumeurs malignes, les tumeurs bénignes, solides ou liquides, la tuberculose, la syphilis.

(1) Franz Kœnig, *Traité de pathologie chirurgicale spéciale* (traduit par J.-R. Cointe), t. II, Paris, 1889, p. 112.

Les signes qui permettent de distinguer les inflammations chroniques et subaiguës d'avec le cancer sont souvent « insuffisants ou précaires » (1). Le plus souvent, pour que le chirurgien puisse se prononcer, il faut qu'il ait une connaissance exacte des débuts du mal et de son évolution. L'observation de Velpeau, qui est typique, trouve sa place ici ; elle montre, ainsi que le dit l'auteur lui-même, « que dans la mamelle de l'homme, certaines tumeurs d'aspect cancéreux peuvent être, comme chez la femme, d'un diagnostic embarrassant ».

Obs. VI. — *Tumeur prise pour un cancer et qui n'était probablement qu'un abcès chronique. Extirpation, guérison.* — Teisse, quarante-quatre ans, jardinier, fort bien constitué, n'ayant jamais eu de maladie grave, tomba il y a vingt mois ; le sein droit vint buter contre un tonneau. L'accident passa d'abord inaperçu, mais quinze jours plus tard le malade constata, sur le point qui avait reçu le coup, l'existence d'une tumeur, du volume d'un œuf, qu'il négligea complètement. Entré salle Saint-Côme, à l'hôpital de perfectionnement, en février 1894, il portait, sur la moitié antérieure droite du thorax, une tumeur du volume de la tête d'un adulte. Bosselée, cette tumeur offre en bas quelques éminences qui s'avancent vers les huitième et neuvième côtes. Dans l'intervalle de ces bosselures, la masse est comme ramollie.

La peau qui la recouvre est parfaitement saine et sans adhérence sur aucun point; du côté de l'aisselle, on remarque une saillie fermée par le bord inférieur du grand pectoral, et le sternum, qui est enfoncé, fait ressortir les cartilages, de sorte qu'au premier coup d'œil, on dirait que la tumeur fait corps avec cette partie du thorax. Cependant, en l'examinant de près, on voit qu'elle en est distincte et qu'elle est située tout entière dans les parties molles.

Comme des élancements s'y font sentir depuis quelques jours, et que d'ailleurs la santé générale est parfaite, on proposa l'opération, qui fut pratiquée le 22 février.

La tumeur adhère aux côtes et aux muscles intercostaux, sur lesquels on en laisse quelques parcelles.

Le bras droit qui était gonflé se dégorge bientôt ; le pouls reprend de la force ; l'appétit commence à se faire sentir vers le 12 mars. Le 15, on remarque quelques duretés dans les lambeaux de la plaie qui sont recollés par points et cicatrisés. La suppuration continue d'être abondante Le 24, on aperçoit quelques végétations rougeâtres et molles, indolentes, purement celluleuses, végétations qui s'affaissent peu à peu et finissent par disparaître. Le malade quitte l'hôpital le 24 avril, ne souffrant plus, et très heureux d'être débarrassé de sa tumeur.

Cette tumeur, prise pour un cancer cérébriforme par Bougon, me laissa quelques doutes sur sa nature cancéreuse, car il y a dans mes notes une parenthèse où je dis d'une part :

« La réunion par première intention est tentée. Dans la journée, il y a comme un resserrement de poitrine : le pouls est petit, la figure reste pâle. Le 25, le malade est bien : il n'a pas eu de fièvre. Le 26, on procède au premier pansement : il y a peu de suppuration, et les lèvres de la plaie sont recollées dans une assez grande étendue; une légère teinte érysipélateuse se remarque cependant au voisinage, et se maintient jusqu'au 1er mars. On constate alors que du pus s'est accumulé sous les lambeaux, dont les lèvres deviennent grisâtres sur quelques points.

Le pouls, à peine sensible du côté droit, est très petit aussi à gauche ; cependant, le malade se trouve bien. Le foyer purulent se fait jour entre les lèvres de la plaie d'une manière incomplète jusqu'au 9. Le pus, d'abord

(1) Reclus, Clinique chirurgicale Hôtel-Dieu, *Mastite chronique et cancer du sein.*

séreux et floconneux, devient peu à peu de bonne nature. La tumeur pouvait donc être un abcès dont la matière concrète se serait décomposée, transformée. Si ce n'était pas un cancer, le malade guérira ; si c'était de la matière encéphaloïde, il y aura repullulation dans les viscères et le malade mourra.

D'autre part, on voit dans la description que j'en faisais et que voici : « La tumeur est de nature cérébriforme, du moins; elle en offre la plupart des caractères; mais elle contient aussi de la matière colloïde, fluide dans quelques points, et encore à l'état de crudité dans d'autres », qu'il me restait des doutes. J'ajoutais enfin : « Ne serait-ce pas un vaste abcès? »

Il semble, en effet, résulter de cette observation, relatée méthodiquement, que la tumeur était bien constituée par un abcès développé dans un organe atteint de mammite traumatique restée pendant 20 mois à l'état chronique, sous forme de mammite hypertrophique.

L'observation de Velpeau nous paraît, à ce point de vue, être absolument démonstrative.

Les tumeurs malignes du sein contractent de bonne heure des adhérences avec la peau et les parties profondes. Les téguments ne tardent pas à subir les altérations bien connues. L'adhérence de la peau, qui, dans le cancer se fait en capitonnage, se produit dans les inflammations surtout en surface (1).

Dans le cancer, on ne voit jamais s'effectuer une régression que l'on constate toujours, en partie du moins, dans les mastites dont l'évolution est plus longue que celle du cancer; dans le cancer, le mamelon est toujours déprimé, enfin les noyaux du cancer sont d'une consistance beaucoup plus dure à la palpation que ceux de la mammite chronique.

Les ganglions de l'aisselle sont, particulièrement chez l'homme, rarement envahis au cours des mastites, tandis que, dans le cancer, on trouve généralement l'adénopathie axillaire; celle-ci présente une physionomie toute particulière, puisque, en règle générale, elle est très tardive et qu'elle n'est jamais en proportion avec le volume et l'ancienneté de la tumeur.

C'est ainsi que le plus souvent « un néoplasme vieux de 3, 4, 5 et 6 mois ne s'accompagne pas d'infection ganglionnaire cliniquement appréciable (2) », tandis que celle-ci est considérable et précoce quand elle reconnaît une origine inflammatoire.

Les tumeurs bénignes sont plus faciles à diagnostiquer : l'irrégularité de la tumeur, l'absence de capsule enveloppante, permettent d'éliminer les adénomes, les fibromes et même certaines tumeurs malignes, comme les sarcomes. Le lipome est plus mou et plus bosselé.

Si l'on croit avoir affaire à une tumeur liquide, la ponction capillaire, toujours sans danger, éclairera utilement le diagnostic.

Les lésions tuberculeuses de la mamelle, qu'il est aisé de reconnaître dans la période ultime de la maladie, sont au début parfois impossibles à déterminer. Mais l'envahissement des ganglions et la suppuration de ces derniers sont un signe d'une certaine valeur, surtout quand il y a dans le voisinage (plèvres, côtes, sternum, parties molles) des lésions concomitantes, manifestement tuberculeuses. Parfois les lésions mammaires et les ganglions sont reliés par des cordons noueux que la palpation décèle facilement ; enfin l'ouverture spontanée est la terminaison habituelle de la tuberculose mammaire.

Certaines erreurs de diagnostic peuvent se produire, qui méritent d'être signalées : M. Delbet (3) fait remarquer que plusieurs auteurs ont cité comme exemple de tuberculose mammaire chez l'homme, une observation tirée de la thèse de Horteloup où il s'agit, à n'en pas douter, d'une mastite chronique chez un tuberculeux, mais non de tuberculose mammaire. Nous avons aussi relevé dans la thèse de Fau (1) une observation recueillie dans le service du professeur Duplay de mammite spontanée survenue chez un homme manifestement tuberculeux, dont la lésion du sein paraît être restée indemne de cette infection.

(1) Delbet, *loc. cit.*, p. 184.
(2) *Loc. cit.*, p. 208.
(3) *Loc. cit.*, p. 208.

Les lésions syphilitiques du sein sont difficiles à diagnostiquer, seulement dans la période éloignée de l'évolution de la diathèse. La mastite diffuse syphilitique est précoce, et comme elle débute vers la fin de la période secondaire, il est plus aisé d'établir un diagnostic certain grâce aux autres lésions spécifiques concomitantes, dont la constatation suffit à lever les doutes. Mais il est plus difficile d'affirmer la vraie nature de la mastite gommeuse circonscrite qui paraît beaucoup plus tard. Quand la gomme arrive à l'ulcération, il n'est plus permis au chirurgien d'avoir une hésitation ; c'est donc au début de l'évolution de celle-ci qu'une interprétation est vraiment délicate. L'évolution de la tumeur est beaucoup plus rapide que celle des néoplasmes, les adhérences de la peau se produisent rapidement. En tout cas, si le chirurgien n'est pas assez éclairé par les antécédents du malade et par les caractères cliniques de la tumeur, pour se prononcer soit en faveur de la mastite traumatique chronique, soit pour une gomme, le traitement spécifique et son efficacité constatée pourront l'aider à dissiper les doutes.

Nous ne parlerons pas de certaines affections qui peuvent être, mais au début seulement, confondues avec la mastite traumatique, nous voulons parler notamment de la lymphangite aiguë et de l'érysipèle qui résultent d'affections microbiennes de causes externes (acné, eczéma, folliculites, furoncles, etc.) ; les signes cliniques de ces affections sont trop nets pour que nous ayons besoin d'insister.

L'unilatéralité de l'hypertrophie mammaire dans les cas de mastite traumatique et son mode de production ne permettent pas de ranger les individus atteints de cette affection dans la catégorie des gynécomastes.

De plus, dans la gynécomastie ordinaire, outre la bilatéralité habituelle des lésions mammaires, il y a souvent de l'atrophie des organes sexuels, la voix est grêle, la peau blanche, la barbe peu fournie, le système musculaire peu accentué, la couche cellulo-adipeuse sous-cutanée assez épaisse, et les goûts efféminés.

Une autre variété de gynécomastie (gynécomastie secondaire de Delbet) peut être d'ordre pathologique et être secondaire à une tuberculose ou à une syphilis testiculaire, ou bien à une castration traumatique ou opératoire ; mais c'est surtout à la suite de l'orchite ourlienne qu'on l'a le plus souvent observée.

A côté de cette dernière variété de gynécomastie, il faut citer la gynécomastie primitive ou essentielle, simple hypertrophie, la plus souvent graisseuse, de la mamelle, se produisant sans le moindre symptôme douloureux, et cela chez des gens parfaitement constitués au point de vue génital. Nous n'insisterons pas.

La mammite des adolescents pourrait être confondue avec la mastite traumatique; mais dans la première, « l'âge du malade, la coexistence d'autres modifications de l'organisme à l'occasion de la puberté, la présence au niveau d'une ou deux mamelles d'une tuméfaction chaude et douloureuse, la possibilité de faire sourdre par le mamelon une goutte de sérosité limpide, sont

(1) Thèse de Paris, 1878, *De la mammite interstitielle non puerpérale subaiguë*, p. 54.

autant de signes, qui, réunis, ne laisseront aucun doute dans l'esprit du chirurgien sur la nature de l'affection qu'il aura à soigner (1).

Traitement. — Le traitement varie suivant que le chirurgien est appelé à le prescrire dans la période de début ou dans la période chronique.

Dans la période de début, le chirurgien doit avoir en vue de diminuer, dans la mesure du possible, la réaction inflammatoire, les phénomènes douloureux, enfin et surtout d'éviter la production d'un abcès. La médication pendant les premiers jours sera constituée par l'application de compresses de gaze trempées dans une solution tiède phéniquée au 1/100 ou d'eau boriquée à saturation dont le rôle, à la fois antiphlogistique et antiseptique, sera complété utilement par une compression ouatée méthodique. Cette compression sera obtenue au moyen d'un bandage prenant le thorax, les deux épaules et l'aisselle. Si après quelques jours, grâce à cette médication, les phénomènes s'amendent, on devra faire succéder aux compresses antiseptiques les onctions faites avec la vaseline boriquée dont l'efficacité sera aidée par l'emploi persistant de la compression ouatée méthodique. Si, malgré tout, l'organe reste volumineux, la médication révulsive pratiquée au moyen de ventouses sèches posées autour du mamelon aura sa raison d'être. En même temps, l'immobilisation du membre du côté correspondant sera établie au moyen d'une écharpe pour éviter tout mouvement des muscles pectoraux.

Dès que la résolution de la tumeur est en grande partie effectuée, on peut supprimer la compression ouatée, et pendant la dernière phase du traitement, se borner à des onctions de vaseline boriquée et des compresses de lint ou de l'ouate boriquée interposées entre le vêtement et la peau.

Quand la maladie, au lieu de suivre la marche subaiguë, s'oriente vers l'inflammation phlegmoneuse, le seul traitement consiste dans l'incision et le drainage, et on procède dès lors comme pour les abcès chauds des autres régions. Aussitôt après l'intervention chirurgicale, la compression peut être utilement employée, comme un adjuvant précieux, à condition d'être élastique, c'est-à-dire fortement ouatée.

Mais si la mastite devenait douloureuse, il ne faudrait pas hésiter à en faire l'ablation, comme s'il s'agissait d'une tumeur ordinaire du sein. On ferait ensuite la suture complète ou partielle de la peau, suivant que l'on serait plus ou moins sûr de la complète asepsie du milieu opératoire. Le premier pansement, antiseptique ou aseptique au gré du chirurgien, sera laissé huit jours en place. Au bout de ce temps, on pourra supprimer les sutures et au bout du quinzième jour la plaie devra être entièrement guérie.

L'ablation d'un organe qui, dans le sexe mâle, est physiologiquement appelé à rester rudimentaire, ne peut s'accompagner dans la suite d'aucune conséquence grave; d'où rien qui puisse contre-indiquer cette intervention. De plus, nous savons que l'*antisepsie* et l'*asepsie* assurent l'innocuité de toute manœuvre opératoire.

(1) A. G. WASSAL, *Mammite des adolescents.* Thèse de Paris, 1893, n° 407.

CORRESPONDANCE

Le traitement de la diphthérie.

Après la communication du docteur Roux au Congrès de Buda-Pest, sur le traitement des angines pseudo-membraneuses (diphthéries vraies et fausses diphthéries) par le sérum, j'avais pensé que dans l'avenir le traitement local de ces angines deviendrait inutile. Mais la restriction même du docteur Roux sur la *non-action* du sérum dans les fausses diphthéries, me porte à penser que le traitement complémentaire local est non moins indispensable qu'autrefois.

J'ai la conviction que le perchlorure de fer, antiseptique et microbicide au plus haut degré, est le liquide qui doit être employé de préférence au badigeonnage dans ces formes pseudo-diphthériques.

Pratiquant depuis bientôt vingt-cinq ans le traitement des angines pseudo-membraneuses par les attouchements au perchlorure de fer pur, mettant une dernière main à un long mémoire sur cette question, je vous serais obligé de vouloir bien publier dans la *Gazette hebdomadaire* le traitement tel que je le comprends et le pratique avec succès.

Je tiens d'autant plus à cette publication, qu'en ce moment, les Allemands viennent par des publications successives d'éveiller à nouveau l'attention sur cette médication. Lœffler, au Congrès de Buda-Pest, Ruehn en 1892, Feige (*The Monatsch.*, juillet 1894) recommandent le perchlorure de fer comme un microbicide puissant (dix secondes), comme un spécifique remarquable, plus merveilleux même que le sérum.

Je tiens à bien préciser que c'est en France, il y a bientôt quarante ans, que le perchlorure de fer a été employé en badigeonnage dans la diphthérie, pour la première fois.

Dès 1858, *Gigot de Levroux* publiait un article dans l'*Union médicale* sur l'action topique du perchlorure de fer pur ou coupé avec moitié eau. *Gendron*, en 1860, publiait également une note dans l'*Union médicale*.

Leroi, en 1860, cité dans la thèse de Noury sur le perchlorure de fer à l'intérieur, dans le traitement de la diphthérie, parle d'une épidémie qu'il soigna à Château-du-Loir.

« Il faisait lui-même trois applications *coup sur coup* avec
» la solution de perchlorure de fer pure ou coupée par moitié
» avec eau. Sur 8 cas traités de cette façon, 8 succès. »

En 1862, *Jodin* présente un mémoire à l'Académie des sciences *sur la nature parasitaire* de la diphthérie et le traitement par le perchlorure de fer pur.

« Il tue, dit-il, le parasite, et modifie les fausses membranes et l'état hémorrhagique qui accompagne presque toujours la diphthérie. »

En 1862, *Courty* (Montpellier), dans un mémoire à l'Académie des sciences (*Recherches sur les conditions météorologiques du développement du croup et de la diphthérie*, dit : « que le perchlorure de fer est à la fois *caustique, hémostatique et tonique, agissant sur les fausses membranes qu'il momifie : caustique pour le derme dénudé, mais ayant pour les parties saines recouvertes d'épiderme ou d'épithélium* un respect que n'a aucun autre topique de *la même énergie.* »

Personne n'a mieux vu, ni mieux dit que Courty, dans cet intéressant mémoire qu'on croirait écrit d'hier.

En 1876, *Brétheau* publie une thèse remarquable (*Du traitement local de l'angine diphthérique par le perchlorure de fer*), que je conseille de lire.

Et vers la même époque, *Gubler*, dans ses *Commentaires de thérapeutique*, déclare que le perchlorure de fer « est un des meilleurs cathétériques à opposer aux accidents primitifs de l'angine maligne, parce qu'il ne cautérise pas profondément, et ne fait pour ainsi dire que tanner et momifier les pellicules couenneuses et les eschares. »

Je ne connaissais que cette note de Gubler, lorsque pour la première fois, en 1872, je commençai à traiter les enfants par ce moyen.

Dès 1879, je faisais une communication sur ce traitement, le 19 juin à la Société des médecins des bureaux de bienfaisance, communication reproduite dans le journal *La Policlinique* du 18 octobre 1879. Ma conviction est telle sur la valeur de cette médication, que dans toutes les consultations avec des maîtres comme Potain, Labric, Archambaut, Cadet de Gassicourt et autres, je n'ai jamais consenti à faire un autre traitement. Je me retirerais plutôt que de céder.

Tour à tour vanté et discrédité, on se demande pourquoi le perchlorure de fer n'a pas donné les mêmes résultats satisfaisants à tous les médecins qui l'ont expérimenté. Cela tient-il au génie épidémique? à la veine des séries heureuses à forme bénigne?

Je ne pense pas.

Cela tient uniquement à deux causes :

1° A la façon de pratiquer les badigeonnages, qui doivent être faits par le médecin lui-même, à leur répétition plus ou moins fréquente suivant la gravité;

2° A la façon de préparer la gorge, par une hygiène particulière, à recevoir le médicament.

C'est à ces conditions réunies et que je crois avoir bien vues et signalées le premier, c'est à la bonne réceptivité du perchlorure de fer, que j'attribue les nombreux succès que j'ai eus dans la diphthérie de 1872 à 1894. — En 1879, en 1881, les épidémies à Paris furent très meurtrières; malgré le génie mauvais et la gravité des cas, je n'ai perdu que 2 enfants sur 21 cas.

J'arrive au traitement que j'intitule : « Association des injections de sérum et des badigeonnages avec le perchlorure de fer dans le traitement des angines pseudo-membraneuses, (diphthériques vraies, à bacille de Loeffler, dipthériques fausses, angine à streptocoques et à staphytocoques, à petit coccus) ».

Dans toutes les angines pseudo-membraneuses j'accepte franchement d'emblée le traitement par les injections de sérum. A la rigueur, si d'emblée on avait la certitude que l'angine est diphthérique pure, je pense que l'injection de sérum doit guérir sans le secours d'aucune autre médication.

Dans les angines pseudo-diphthériques où souvent se rencontre concurremment le bacille de Loeffler, je veux bien encore du sérum, mais je veux également, les badigeonnages avec le perchlorure de fer; j'attache même à ces cautérisations une plus grande importance qu'au sérum.

J'adopte donc comme pratique de l'avenir, pour toute angine pseudo-membraneuse, injection immédiate de sérum, cautérisation immédiate avec le perchlorure de fer.

Je continue donc ma pratique d'autrefois : j'y ajoute l'injection de sérum.

Traitement local, par les badigeonnages au perchlorure de fer pur. — *a.* Toutes les fois que je me trouve en présence d'une angine douteuse, mais présentant cliniquement quelques caractères de la diphthérie (fausses membranes, légère douleur, léger gonflement du cou, etc.), je n'hésite pas à pratiquer de suite un badigeonnage en masse du fond de la gorge avec un pinceau aseptique imbibé de la solution normale de perchlorure de fer *pur*.

Dans les formes peu graves, ayant peu de tendance à l'extension des fausses membranes, je pratique deux badigeonnages par jour.

Dans les formes graves (engorgement ganglionnaire volumineux et rapide du cou, odeur fétide, extension rapide des fausses membranes), je pratique les attouchements trois et quatre fois dans la même journée.

Je dis *je*, parce que j'estime que, dans l'immense majorité des cas, ces badigeonnages ne peuvent être bien faits que par le médecin.

Le plus souvent, je ne constate guère d'amélioration locale notable, c'est-à-dire la non-extension des fausses membranes, avant la fin du cinquième jour, mais à partir du sixième jour, jusqu'au huitième, la gorge se déterge, l'enfant rend des paquets pseudo-membraneux noirâtres; les fausses membranes se reproduisent à peine; elles sont minces, peu adhérentes; un petit liséré d'élimination, absolument comme pour les eschares superficielles de la peau, se fait à la limite des parties saines et des parties malades; bref dans l'immense majorité des cas, dès le sixième jour je suis maître de la situation, et je diminue chaque jour le nombre des cautérisations, pour m'arrêter dès que le fond de la gorge a repris *sa coloration normale, ce qui existe toujours le huitième ou le neuvième jour.*

Lorsque l'angine se porte vers les arrière-fosses nasales, envahit le nez, je fais faire des irrigations dans les narines avec eau bouillie additionnée d'une cuillerée à café de perchlorure de fer pour un litre. Lorsque les fausses membranes tapissent les cornets, je n'hésite pas à pratiquer directement les attouchements avec le pinceau.

Ces attouchements, très douloureux, suppriment, presque instantanément, l'écoulement séreux si abondant dans la diphthérie nasale.

Une remarque très importante :

Dans tous les cas, j'ai toujours soin de faire précéder les cautérisations d'un grand lavage, avec eau bouillie et perchlorure de fer, aussi bien pour la gorge que pour le nez.

Cette précaution rentre dans une des conditions dont je parlais tout à l'heure, pour faire utilement ces cautérisations.

b. — Comme adjuvant et dans le seul but de provoquer une sécrétion abondante de la salive, je donne à l'intérieur le chlorate de potasse à dose qui varie suivant l'âge de l'enfant.

1 gr.	chez les enfants de	1 à 3 ans.
2		3 à 5 ans.
3		5 à 10 ans.
4		au-dessus de 10 ans.

c. L'alimentation dans ces maladies joue un grand rôle. Il faut nourrir les malades, leur donner des boissons alcooliques. Mais il est *des aliments et des médicaments* qu'il faut absolument proscrire si on veut compter sur l'action bienfaisante du perchlorure de fer.

Je proscris absolument *le vin rouge* et au même titre *les boissons astringentes, les gargarismes astringents, les mucilages, les gommes, l'albumine* à cause de l'incompatibilité qui existe entre ces différentes substances et le fer.

Ces substances forment avec le perchlorure de fer des tannates insolubles qui neutralisent complètement l'action du perchlorure de fer.

De ce qui précède, il faut retenir ceci : si certains expérimentateurs n'ont pas reconnu au perchlorure de fer les propriétés curatives qu'il possède, si les uns, comme Bouchut, ont dit que le perchlorure de fer masquait les lésions, d'autres qu'il colorait en noir tout le fond de la gorge, coloration qu'ils prenaient pour de la gangrène! c'est que les enfants qu'ils traitaient buvaient du vin rouge, buvaient des tisanes d'orge miellé ou de feuilles de ronces, se gargarisaient avec du borax et du sirop de mûres, etc.

Pour me résumer, le traitement tel que je le pratique depuis de longues années consiste :

1° A laver tout d'abord la gorge, les fosses nasales avec de l'eau bouillie additionnée de perchlorure de fer dans la proportion d'une cuillerée à café pour un litre d'eau;

2° A toucher indistinctement le fond de la gorge avec un gros pinceau à blaireau aseptisé au coton hydrophile, imbibé de vingt à trente gouttes de solution de perchlorure de fer normale et pure.

Répéter les attouchements chaque jour, autant que le mal paraît le comporter. La reproduction sur place, l'extension plus ou moins rapide des fausses membranes est cette indication, et cette reproduction est très facile à constater, les nouvelles fausses membranes n'ayant pas la couleur gris-noirâtre des anciennes qui ont été déjà imprégnées de perchlorure de fer.

Dans les formes ordinaires, une cautérisation matin et soir.

Dans les formes graves, trois et quatre cautérisations, de 8 heures du matin à minuit.

De minuit à huit heures du matin, je laisse l'enfant se reposer, et cet intervalle de huit heures sans cautérisation me permet de mieux juger de l'état d'amélioration de la gorge.

3° A ne jamais employer, pour les lavages, ni acide borique, ni acide phénique, même très faible.

4° A faire prendre à l'intérieur une potion avec chlorate de potasse, très peu sucrée, à doses variables suivant l'âge des petits malades;

5° A soutenir les forces par une alimentation tonique : viandes blanches, soupes, jaunes d'œufs; vin blanc sec, vin de Champagne;

6° A supprimer, d'une façon absolue, toutes les tisanes vulgairement employées : orge, feuilles de ronces; tous les gargarismes astringents au borax; tous les sirops, sirop de gomme, de groseilles, de cerises, de mûres, les vins rouges, les vins liquoreux (Alicante, Malaga, Frontignan).

A supprimer, en un mot, tout liquide ou tout aliment incompatible avec le perchlorure de fer.

C'est là tout le secret de la guérison des angines avec le perchlorure de fer.

Les résultats de cette médication se chiffrent, pour moi, par une statistique, de 1872 à 1894, de 12 morts pour 92 malades. Je la publierai intégralement, avec les observations, sans retouches, prises au jour le jour, au lit du malade.

Dr Watelet.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Epidémie de paralysie chez les enfants (An epidemic of paralysis in children, with a report of one hundred and twenty cases), par A. MACPHAIL (*Medical News*, 8 décembre 1894, n° 23, p. 619). — Il ne s'agit pas dans les observations rapportées de poliomyélite antérieure aiguë, mais d'une forme particulière se rapprochant de la méningite cérébro-spinale. Un garçon de sept ans est pris depuis deux semaines de fièvre avec délire. Il a de l'hyperesthésie et des paroxysmes convulsifs. La paralysie atteint les extrémités supérieures, puis les inférieures, persistant seulement au bras gauche. Au bout de quinze jours, de l'aphasie apparaît. Il existe dans des cas un début brusque, avec répartition différente de la paralysie. Chez des adultes âgés de 24 à 30 ans, l'affection se caractérise par un début céphalique ; il n'est pas rare de rencontrer de plus des troubles de rétention d'urine. La mort est survenue dans 13 0/0 des cas.

Histoire d'une épidémie de maladie nerveuse aiguë de type rare (History of an epidemic of acute nervous disease of unusual type), par S. CAVERLY (*Medical Record*, 1 décembre 1894, n° 1256, p. 675). — L'auteur a observé une épidémie de paralysie des extrémités précédée de phénomènes de fièvre sévissant sur 126 cas, dont plusieurs mortels, sur lesquels les membres inférieurs ont été atteints ensemble 66 fois.

Arthropathie tabétique avec mal perforant (A case of Charcot's joint disease, with perforating ulcer of the foot), par H. WALDO (*British medical Journal*, 1894, n° 1770, p. 1235). — Le malade, âgé de 48 ans, a souffert, avant son entrée, des signes ordinaires du tabes : douleurs fulgurantes, troubles pupillaires. Il est remarquable par les arthropathies qu'il présente aux deux genoux, considérablement augmentés de volume, et déformés. Les cavités articulaires contiennent du liquide, et les jointures ont des mouvements anormaux. Le pied gauche est atteint en même temps d'un mal perforant qui siège au niveau du point externe de la plante du pied.

Application de l'électricité statique à l'étude de l'excitabilité neuro-musculaire (L'electricita statica applicata allo studio del excitabilita neuro-musculare), par RONCORINI et G. VAENA (*Giornale del R. Accademia de medica di Torino*, 1894, n° 9-10, p. 485). — Recherches entreprises sur des sujets sains et sur des malades atteints de diverses affections nerveuses, épilepsie, pellagre, ayant pour objet de comparer les réactions de l'excitabilité neuro-musculaire au moyen de l'électricité, statique, faradique et galvanique. Les conclusions sont que le Franklinomètre réalise par sa sensibilité et par sa faculté de localisation un procédé précieux pour évaluer les territoires neuro-musculaires doués d'une grande excitabilité ; il servirait aussi à contrôler les autres courants.

MÉDECINE

Torticolis et lumbago d'origine articulaire et rhumatismale, par ALBERT ROBIN et P. LANDE (*Rev. de méd.*, oct. 1894, p. 837). — Le torticolis et le lumbago vulgaires sont le plus souvent la conséquence d'une affection rhumatismale, articulaire ou péri-articulaire. Quoique la localisation exacte de la maladie soit encore obscure, il est certain que le maximum de douleur est au niveau des articulations, que l'attitude vicieuse ne s'explique pas par une contracture musculaire primitive ; que la contracture musculaire est un phénomène réactionnel secondaire destiné à immobiliser les articulations douloureuses, que c'est le traitement dirigé contre la localisation articulaire qui réussit le mieux. Cette similitude de symptômes et de thérapeutique permet d'établir un parallèle entre ces deux affections.

Arrêt de développement des parois thoraciques avec pointe de hernie du poumon, par SABRAZÈS (*Rev. de méd.*, nov. 1894, p. 1010). — Deux observations personnelles : dans l'une (garçon de 5 ans), interruption des 2e, 3e et 4e côtes droites depuis le bord interne du creux axillaire jusqu'à un travers de doigt du sternum, sans autre déformation ; dans l'autre (fille de 2 ans), absence de la 6e côte gauche et d'une partie de la 7e, spina bifida latéral de la région sacrée, anus vulvaire.

La syphilis tertiaire, sa fréquence, etc., par ED. EHLERS (*Nordiskt medic. Arkiv*, 1894, n° 16). — Ehlers a collationné les observations de 1501 cas de syphilis tertiaire observés de 1864 à 1881 à l'hôpital de Copenhague. Il résulte de ces observations que la syphilis tertiaire se développe chez 12,4 à 22 0/0 des syphilitiques, que le tiers des manifestations tertiaires se développe dans les quatre premières années qui suivent l'infection, qu'au delà de la vingtième année elles deviennent d'une rareté extrême, que la véritable cause de la syphilis tertiaire est l'absence ou l'insuffisance du traitement mercuriel : 43,64 0/0 des malades n'avaient subi aucun traitement mercuriel, 40,38 0/0 n'y avaient été soumis qu'une seule fois, 8,86 0/0 seulement avaient été soignés plusieurs fois.

Lithiase pancréatique, par NIMIER (*Rev. de méd.*, sept. 1894, p. 741). — Nimier résume 9 observations de lithiase du pancréas. Les calculs sont ordinairement multiples, parfois très nombreux, pouvant former une véritable incrustation des canalicules de la glande ; ils occupent habituellement le conduit principal du pancréas et en obturent plus ou moins complètement l'orifice ; parfois ils sont incrustés dans le tissu même de la glande ou contenus dans des cavités qu'ils remplissent incomplètement. Ils sont formés surtout de phosphate de chaux, parfois de carbonate de chaux. Ils ne s'accompagnent pas toujours de glycosurie ; celle-ci peut même apparaître longtemps après la lithiase ; les selles graisseuses sont également inconstantes et peuvent être simulées par d'autres troubles ; la colique pancréatique manque souvent et son diagnostic est des plus embarrassants. Aussi le seul signe qui permette d'affirmer l'existence de la lithiase pancréatique est-il la présence de calculs pancréatiques dans les selles. Cette affection n'est, par elle-même, qu'un incident de médiocre importance au point de vue vital ; ce qui tarit la sécrétion de la glande et cause le diabète, c'est la sclérose pancréatique consécutive.

Etude sur les formes éruptives de la dengue, par H. DE BRUN (*Rev. de médec.*, juin 1894, p. 477). — L'auteur revient sur les éruptions de la dengue, qu'il avait déjà étudiées en 1889 et montre leur variabilité. Il décrit une forme éruptive fébrile, une forme éruptive apyrétique et une forme exclusivement éruptive. L'éruption n'est ni un phénomène critique ni un phénomène alarmant, elle apparaît à une époque variable de la maladie, peut affecter le type scarlatineux ou le type rubéolique. Néanmoins elle appartient bien en propre à la maladie et se distingue des rashs des autres maladies infectieuses par sa grande fréquence, sa desquamation, le prurit violent qui l'accompagne et surtout par ce fait qu'elle peut survenir au moment de la convalescence.

Note sur la coexistence de deux cancers primitifs du tube digestif et sur le cancer du duodénum, par LANNOIS et P. COURMONT (*Rev. de médec.*, avril 1894, p. 291). — Homme de 77 ans, cachectique, constipation opiniâtre, signes de rétrécissement très serré de l'œsophage, pas d'ictère. A l'autopsie, cancer de la partie inférieure de l'œsophage (épithélioma pavimenteux) et cancer de l'ampoule de Vater (épithélioma cylindrique).

Hémorrhagies du pancréas, par NIMIER (*Rev. de médec.*, mai 1894, p. 353). — Nimier a réuni 20 observations d'hémorrhagies spontanées et 10 observations d'hémorrhagies traumatiques du pancréas. Les hémorrhagies spontanées s'observent ordinairement chez des sujets obèses et se traduisent par une vive douleur survenant sans cause appréciable dans l'abdomen, avec maximum habituel à l'épigastre, accompagnée de tympanisme plus ou moins accusé, de nausées, de vomissements et généralement de constipation, et signes généraux des hémorrhagies internes ; la mort survient en quelques heures, en quelques jours, après des alternatives de mieux et de pire ; parfois elle n'arrive qu'après plusieurs crises. Elles peuvent être liées à l'artério-sclérose ou accompagner la nécrose graisseuse du pancréas ; dans le premier cas, le tissu glandulaire est respecté, le sang se collecte dans

le tissu cellulaire sous-péritonéal voisin. Dans les hémorrhagies traumatiques, le sang se collecte ordinairement dans l'arrière-cavité des épiploons. Elles peuvent être la conséquence directe et immédiate du traumatisme, ou s'accompagner d'épanchement de suc pancréatique qui se mélange au sang; chez les sujets dont le pancréas est malade, un traumatisme même léger peut les produire; elles se traduisent par des vomissements et de la douleur.

Pleurésie survenant au cours de la péritonite généralisée aiguë (Ueber Pleuritis im Zusammenhang mit acuter generalisirter Peritonitis), par Tilger (*Virchow's Arch.*, 1894, vol. 138, p. 499.) — En compulsant les relations d'autopsies à l'Institut pathologique de Genève, l'auteur a trouvé 122 cas de péritonite généralisée aiguë où 30 fois, c'est-à-dire dans 24.59 0/0 des cas, il existait en même temps une pleurésie. Cette pleurésie siégeait 19 fois à droite, 1 fois à gauche, 10 fois elle était double. La prédominance de la pleurésie droite dans ces conditions a déjà été notée par Heckel, et dans la statistique de l'hôpital de la Charité de Berlin l'auteur a relevé 15 cas de péritonite généralisée avec pleurésie qui siégeait 8 fois à droite, 1 fois à gauche, et était 6 fois double.

Pour expliquer la fréquence des pleurésies droites l'auteur admet que le processus inflammatoire se propage par la face supérieure du foie et que l'espace capillaire qui se trouve entre la convexité du foie et le diaphragme favorise l'accumulation des produits infectieux.

Tuberculose des amygdales et tuberculose des ganglions cervicaux (Ueber die Beziehungen der Tuberculose des Halslymphdrüsen zur der der Tonsillen), par Krückmann (*Virchow's Arch.*, 1894, vol. 138, p. 534). — Sur 25 autopsies de tuberculeux faites à l'Institut pathologique de Rostock, l'auteur a trouvé 12 fois une tuberculose des amygdales. Dans ces 12 cas, il s'agissait 1 fois de tuberculose des amygdales sans tuberculose concomitante des ganglions cervicaux; 3 fois de tuberculose des amygdales avec tuberculose des ganglions cervicaux, seulement les rapports entre les deux tuberculoses étaient difficiles à préciser; 2 fois de tuberculose primitive des amygdales, 1 fois de tuberculose ancienne des amygdales (cicatrices) avec tuberculose cervicale.

L'auteur se rattache aux conclusions formulées l'année dernière par Schlenker dans un travail analogue, à savoir la fréquence et l'importance de la tuberculose des amygdales.

CHIRURGIE

Plaie pénétrante de l'abdomen guérie par la laparotomie (Penetrating wound of the abdomen with wound of the intestines, fecal extravasation, suppurative peritonitis, cœliotomy, suture of the intestines, recovery), par Taylor (*Pacific med. Journ.*, novembre 1894, p. 660). — Un garçon de 8 ans 1/2 tomba sur une paire de ciseaux rouillés qui lui perfora l'abdomen un peu au-dessus de la partie moyenne du ligament de Poupart, du côté droit. La plaie fut agrandie, et comme on ne trouva aucune lésion du péritoine, on se contenta de désinfecter et de drainer la plaie. Tout alla bien pendant deux jours, lorsque la mère eut l'idée d'administrer un purgatif à l'enfant. Comme suite presque immédiate, on vit apparaître les symptômes d'une péritonite. On fit la laparotomie qui permit de constater l'existence d'une perforation intestinale avec matières fécales dans le péritoine. Suture de la plaie par 3 points de Lembert, drainage et, finalement, guérison.

Le traitement des tumeurs adhérentes à l'intestin par leur exposition au dehors et leur excision consécutive, par Jaboulay (*Lyon méd.*, 11 novembre 1894, p. 851). — Les tumeurs abdominales ayant contracté des adhérences avec une partie de l'intestin sont traitées comme les néoplasmes malins primitifs intestinaux par l'entérectomie. Mais l'entérectomie est une opération grave; aussi l'auteur propose-t-il la mise au dehors de l'abdomen les tumeurs greffées sur l'intestin et leur isolement de la cavité péritonéale qui permet leur excision plus ou moins tardive. On agit ainsi par des opérations successives et peu graves. Ces tumeurs adhérentes à l'intestin sont le plus souvent des fibromes utérins sous-péritonéaux en coïncidence ou non avec des fibromes interstitiels; ce sont encore des tumeurs solides de l'ovaire ordinairement de nature bénigne. L'auteur a appliqué cette méthode qui consiste à exposer au dehors les organes malades et il s'en est bien trouvé.

Phimosis avec rétention d'urine et pyonéphrose (A case of retention of urine due to phimosis leading to cystitis and pyonephrosis; necropsy), par Roberts (*Lancet*, 8 décembre 1894, p. 1346). — L'observation se rapporte à un homme de 20 ans, sujet, depuis son enfance, à des troubles de miction et entré à l'hôpital pour une rétention incomplète d'urine. L'examen montra que le malade, dont l'état général était franchement mauvais, présentait un phimosis extrême. Les urines renfermaient du pus. On pratiqua donc l'opération du phimosis, qui eut pour résultat de faire disparaître la rétention d'urine. Le malade succomba pourtant avec des phénomènes hectiques et à l'autopsie on trouva une hypertrophie de la vessie, une dilatation des uretères et une pyonéphrose double.

Elimination totale de l'intestin (Zur totalen Darmausschaltung), par Obalinski (*Centralb. f. Chir.*, 1894, n° 49, p. 1193). — Il s'agit d'une femme de 21 ans entrée à l'hôpital pour une fistule située au-dessous et à droite de l'ombilic. Une première intervention qui a consisté à gratter et à cautériser la fistule, ayant échoué, on fit la laparotomie qui montra que la fistule se terminait dans le cæcum. Après la résection du cæcum il fut impossible d'aboucher l'intestin avec le côlon ascendant à cause de la brièveté du mésentère de ce dernier et à cause des adhérences. L'abouchement n'étant possible qu'au niveau du coude droit du côlon transverse, l'auteur sectionna à ce niveau le côlon ascendant, ferma ses deux bouts par des sutures, aboucha l'intestin avec le côlon transversal et ferma le ventre. La malade guérit et ne présenta dans la suite aucun trouble.

C'est cette opération, qui consiste à mettre hors fonction une portion de l'intestin que l'on laisse dans le ventre, que l'auteur désigne sous le nom d'élimination totale.

Pour l'auteur, l'élimination totale peut porter aussi bien sur des parties malades que saines et trouver des indications dans certains cas d'anastomose intestinale.

BIBLIOGRAPHIE

Les micro-organismes et la fermentation, par Alfred Joergensen, traduit de l'allemand par P. Freund. Paris, Société d'éditions scientifiques, 1895.

Dans ce livre comprenant « l'exposé de la morphologie et de la biologie des micro-organismes qui se présentent dans les fermentations », l'auteur, élève de Hansen, a eu pour but de résumer les nombreuses recherches du savant danois sur ce sujet. Tout en rendant justice aux découvertes des savants français et de Pasteur principalement, il s'est surtout attaché à montrer les résultats des nombreux travaux sortis du laboratoire de Carlsberg. Après un exposé de la technique mise en œuvre pour les recherches microscopiques et physiologiques, pour l'analyse de l'air et de l'eau, M. A. Joergensen étudie successivement les bactéries, les moisissures, enfin et surtout les ferments alcooliques; c'est à eux qu'il consacre la plus grande partie de son ouvrage et c'est dans cette partie qu'il fait ressortir l'importance des travaux de Hansen. Enfin dans un dernier chapitre, il expose les applications pratiques à l'industrie, surtout à celle de la bière, de ces connaissances scientifiques. Une bibliographie fort complète, au point de vue notamment des travaux danois et allemands, termine cet ouvrage qui, ainsi qu'on le voit, peut être fort utile à consulter.

P. L.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses des Facultés.

Quelques nouveaux faits de grossesse après hystéropexie abdominale, par Fraip.nt. Broch. in-8°, p. 8. Liège, 1894.

Quatre observations d'hystéropexie abdominale chez des femmes qui plus tard sont devenues enceintes et ont accouché à terme.

L'intubation du larynx chez l'enfant et l'adulte, par P. Ferroud, thèse de Lyon, 1894. J.-B. Baillière édit. Paris, 1894.

L'intubation du larynx est une intervention plus rapide, moins difficile et moins dangereuse que la trachéotomie; c'est en outre une intervention exsangue que tous les parents accepteront facilement.

Elle peut être pratiquée par tout médecin et avec des aides quelconques, et peut se faire aussi bien dans la clientèle qu'à l'hôpital.

L'amélioration produite est absolument comparable à celle de la trachéotomie, la dyspnée est soulagée tout aussi rapidement.

L'intubation n'exige pas une surveillance et des soins aussi attentifs, aussi intelligents que la trachéotomie.

Avec le tubage la respiration continue à se faire par les voies naturelles et l'air arrive aux poumons chaud et humide; avec la trachéotomie il y arrive plus froid et moins pur.

Le tube, contrairement à la canule, laisse au malade la possibilité de s'exprimer en langage articulé. Bien que sa parole ne soit qu'un chuchotement, il est dans de meilleures conditions pour signaler ses besoins que le trachéotomisé avec sa mimique.

Dans le croup, au-dessus de 4 ou 5 ans, l'intubation balance à peu près la trachéotomie; au-dessous de cet âge, elle lui est bien supérieure, car elle guérit des enfants de deux ans et d'un an, chez lesquels la trachéotomie est *presque toujours mortelle*.

A côté du croup, le tubage peut s'appliquer avec succès, chez les enfants, à la laryngite striduleuse, à la laryngite rubéolique, à l'œdème de la glotte, et en général à toute dyspnée grave dont le diagnostic est incertain.

Le tubage a de nombreuses indications chez l'adulte et il est supérieur à la trachéotomie dans la plupart des laryngo-sténoses.

Il ne fera jamais disparaître la trachéotomie qui gardera des indications spéciales soit chez l'enfant, soit chez l'adulte; toutefois il en réduira considérablement le rôle et l'importance thérapeutiques.

Le tubage ne laissant pas de reliquats, pas de séquelles comparables à ceux de la trachéotomie, il est rationnel de prévoir que ses résultats éloignés seront supérieurs.

Les coupes du système nerveux central, par le Dr A. Mercier. Paris, Rueff et Cie édit., 1894.

On trouvera groupés dans ce petit volume les procédés de la technique microscopique et des préparations relatives au système nerveux, tels que l'auteur les a vus employer et les a appliqués lui-même. Il décrit d'abord successivement la nomenclature des instruments, puis des réactifs usités, enfin de l'enrobement et du durcissement des pièces; il s'étend sur l'importance qu'il convient d'apporter à ces soins préliminaires. Les méthodes de coloration des coupes remplissent ensuite, indiquées selon leur sélection sur les divers éléments des tissus, toute la seconde partie. Nous citerons seulement la méthode de Ranvier et de Mathias-Duval, au carmin; celles de Nissl, d'Adamkiewicz, de Martinotti, aux couleurs d'aniline; celles de Weigert, de Pal, de Sahli, de Flechsig, de Golgi, de Kolliker, pour les doubles colorations.

VARIÉTÉS

Les cessions de clientèle. — A maintes reprises déjà nous avons prévenu nos jeunes confrères des dangers auxquels ils s'exposaient en acceptant de signer un traité pour cessions de clientèle. Alors qu'il s'agit d'une clientèle urbaine, il peut arriver que le contrat établi entre deux confrères honorables aboutisse parfois à un résultat également utile à tous deux. C'est l'exception. Dans la clientèle des stations hydro-minérales il est infiniment plus rare que la recommandation d'un médecin puisse être de quelque avantage pour son successeur. Nous pensions même qu'il était sinon illégal du moins incorrect de faire imprimer des circulaires pour annoncer une cession de clientèle. Le jugement suivant, dont nous reproduisons les principaux considérants, s'il excuse un semblable procédé, aura au moins pour résultat non seulement de prémunir les médecins qui voudront s'installer dans une station hydro-minérale contre les promesses qui leur seront faites, mais encore de leur montrer le danger de certains contrats :

Attendu que les médecins ne peuvent céder à prix d'argent leur clientèle qui n'est pas dans le commerce, puisqu'elle dépend de la confiance qu'ils inspirent et de leurs qualités personnelles;

Mais qu'il ne leur est interdit par aucune loi de vendre des objets qui se rattachent à l'exercice de leur profession;

Attendu que par acte en date du 9 septembre 1891, qui sera enregistré en même temps que le présent jugement, le docteur B... a vendu au docteur A... son mobilier et le droit au bail d'une maison sise à Cauterets et appartenant au sieur F...;

Que ce contrat est licite;

Attendu que si le docteur B... s'est de plus engagé à présenter le docteur A... dans sa clientèle par voie de prospectus et à se rendre avec lui à Cautere s, au mois de juin, pendant une quinzaine de jours, cette stipulation n'est point par elle-même contraire aux lois et aux bonnes mœurs;

Qu'elle est d'ailleurs accessoire à la vente et à la cession de bail contenues au même acte et en tous cas inséparable de ces conventions, à la validité desquelles elle participe nécessairement;

Attendu en effet que la somme promise par le docteur A... est de 17,600 fr., mais que 2,600 fr. qui y sont compris forment le prix de loyers avancés, par le docteur B..., pour l'année 1892, pendant laquelle le docteur A... a eu la jouissance de la maison ci-dessus mentionnée;

Que le prix des autres avantages concédés au docteur A... se réduit donc à 15,000 fr.;

Attendu que la valeur du mobilier vendu est au moins de 2,032 fr, de l'aveu du docteur A... lui-même qui en a fait faire un état et une estimation non contradictoire;

Que la cession du bail de la maison occupée depuis longtemps par le docteur B... constituait un avantage certain et sérieux pour le docteur A... qui n'était pas connu des habitants de Cauterets ni des malades fréquentant cette station thermale;

Que le contrat d'entre les parties obligeait certainement, quoique implicitement, le docteur B... à cesser l'exercice de la médecine à Cauterets;

Que ces trois avantages réunis seraient une cause suffisante et constituent en tous cas la cause principale de l'engagement pris par le docteur A...;

Qu'il n'est pas possible du moins de déterminer la somme à laquelle correspond, dans l'intention des parties, ce qui pourrait être considéré comme une cession de clientèle;

Que le contrat susvisé est donc valable en son entier et doit recevoir exécution;

Attendu que vainement le docteur A... demande subsidiairement la résiliation de ce contrat;

Qu'il n'établit pas que le docteur B... ait manqué à ses engagements;

Que celui-ci représente un exemplaire d'une lettre circulaire adressée aux membres du Corps médical et appelant leur attention sur le docteur A...;

Qu'on ne saurait exiger la preuve de l'envoi de cette pièce à tous les médecins;

Qu'il appartenait au docteur A... d'en assurer l'envoi en le surveillant ou en le faisant faire avec le concours de son confrère;

Que celui-ci n'a pas dû manquer à sa promesse à cet égard, la circulaire dont il s'agit contenant des passages écrits dans son propre intérêt;

Que si le docteur B... paraît n'être resté à Cauterets que huit ou dix jours, il n'est nullement certain que ce temps ait été insuffisant ni que le docteur A... eût intérêt au séjour du docteur B... dans cette ville d'eaux pendant le délai fixé par le contrat en termes qui excluent l'idée d'une précision rigoureuse;

Par ces motifs, le docteur A... est condamné à payer au docteur B... ce qu'il lui avait promis.

Sur appel, la Cour de Paris a confirmé ce jugement.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le Dr Bailly, professeur agrégé de la Faculté de médecine, accoucheur autrefois très répandu et très estimé; de M. le Dr Malécot; de M. le Dr Comont (de Longuyon), l'un des médecins les plus honorables et les plus justement considérés de Meurthe-et-Moselle; de M. le Dr Sichel, médecin oculiste; et de M. le Dr Guibout, médecin honoraire des hôpitaux.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

Nécessité de créer des maisons de convalescence pour les enfants atteints de maladies contagieuses.

J'ai su récemment que dans la gorge d'un enfant convalescent d'une diphthérie grave traitée par la sérothérapie, il y avait encore au bout de 5 semaines des bacilles de Lœffler. A ce propos je me suis informé auprès des internes chargés à l'hôpital Trousseau du pavillon de diphthérie, et ils m'ont déclaré que semblable constatation était fréquente, si même elle n'était la règle.

Or, que fait-on, à l'hôpital, de ces enfants guéris, puisqu'ils vont survivre, mais encore contagieux? On les rend tout simplement à leur famille, et dans l'état actuel des choses il est impossible de faire autrement.

L'administration, en effet, ne dispose, pour les enfants qui sortent de ses hôpitaux, que de deux maisons de convalescence, une pour les garçons, une pour les filles. Le règlement formel, *et excellent*, est que dans ces maisons on ne peut pas envoyer les sujets qui relèvent d'une maladie contagieuse, sans quoi les salles seraient vite contaminées, car il n'est pas possible de déterminer avec une rigueur absolue à quelle date précise un enfant, qui peut sans inconvénient quitter l'hôpital, cesse de pouvoir semer autour de lui scarlatine, rougeole, coqueluche ou diphthérie. Une seule erreur aurait des conséquences déplorables — et fort longues à réparer — dans un endroit où des enfants sont agglomérés.

Mais de là résulte que ces enfants, dont quelques-uns sont encore dangereux, deviennent en ville des foyers de dissémination. Le danger est moindre qu'à l'asile de convalescence : il est réel toutefois, et on a trop tendance à croire qu'il est nul sous prétexte qu'en l'éparpillant, on l'a rendu moins évident. Raisonnement administratif, mais médiocrement scientifique.

A cela les esprits simplistes vont trouver immédiatement le remède : garder les enfants plus longtemps à l'hôpital. Or, ce moyen est irréalisable.

Revenons à la diphthérie, et cette fois pour ne plus nous occuper que d'elle, car c'est par elle que la démonstration est éclatante, surtout depuis l'emploi de la sérothérapie.

A l'hôpital Trousseau, le pavillon Bretonneau se compose théoriquement de 36 lits, auxquels sont adjoints des brancards supplémentaires, en nombre variable.

Au mois de décembre 1893, le mouvement a été :

Chiffre total des entrées,	92	
Guérisons	35	avec un séjour moyen de 18 jours
Morts	57	— 4,5 —

Au mois de décembre 1894, le mouvement a été :

Chiffre total des entrées,	160	
Guérisons	144	avec un séjour moyen de 7,3 jours
Morts	16	— 3 —

Que signifient ces chiffres, en dehors de leur éloquence à démontrer l'efficacité de la sérothérapie? Ils montrent que le séjour moyen des malades guéris est tombé de 18 jours à 7,3. C'est que la poussée des entrants est grande depuis quelques mois, au pavillon Bretonneau : de 92 nous voici à 160. Et comme les malades se décident de moins en moins à mourir pour faire place à leurs successeurs, il faut bien qu'après guérison ils déguerpissent aussitôt que cela n'est plus dangereux pour eux.

Mais quand ils partent, en moyenne au 18e jour, *tous* ont encore une salive virulente. Maintes fois, pour étudier les faits scientifiquement, les internes ont fait revenir les malades à l'hôpital pour ensemencer à plusieurs reprises leur salive : toujours il a fallu *plusieurs semaines*, souvent cinq et six, pour arriver à l'ensemencement définitivement négatif. Serez-vous maintenant étonnés si vous apprenez que les frères et sœurs, les voisins de ces enfants ont été bientôt atteints à leur tour par la diphthérie? Je sais que des cas de ce genre se sont produits dans ces derniers temps.

Un progrès serait accompli si on était en mesure de conserver les enfants à l'hôpital, comme autrefois, pendant une vingtaine de jours. Avec le mouvement actuel, cela exigerait, toutes proportions gardées, une centaine de lits, au lieu d'une quarantaine.

Or, il y a un projet par lequel, désireux d'accorder

un séjour de convalescence, l'administration propose d'aménager en une salle d'une quarantaine de lits l'ancien gymnase de l'hôpital Trousseau. Mais avec l'aide d'un peu de mathématiques, l'administration comprendra peut-être que cela permettra de porter le séjour moyen au double à peu près, soit environ quinze jours : temps au bout duquel il est de règle que l'enfant soit encore apte à transmettre le mal.

Le seul remède consiste à créer, *hors de l'hôpital* et hors de Paris, un asile spécial et isolé pour les convalescents de diphthérie; non pas pour eux, à vrai dire, mais pour la sécurité de la population parisienne. Cela coûtera cher, mais ce sera de l'argent bien placé, si on songe que, d'après les calculs des économistes, une vie humaine vaut en moyenne plus de 3,000 francs, et que naturellement plus le sujet est jeune et plus la perte sèche occasionnée à la société par sa disparition est grande. La diphthérie, je le veux bien, n'est plus l'horrible maladie que nous connaissions encore il y a quelques mois, mais, malgré les progrès récents de la science, elle a conservé une gravité notable, et fût-elle même devenue très bénigne, qu'on devrait chercher à la prévenir plutôt qu'à la guérir.

Quant à doubler l'effectif des lits dans le service de diphthérie à l'hôpital même, si je viens de dire que la mesure est inutile *pour la convalescence*, je crois qu'elle s'impose néanmoins.

D'abord, il n'est pas indifférent de porter le séjour hospitalier moyen des malades à une quinzaine de jours; ce qui implique qu'on pourra aisément conserver pendant trois semaines à un mois les quelques sujets qui demandent à être surveillés de près.

Ensuite, et surtout, parce que le service de la diphthérie a besoin d'être élastique. Chacun sait que la diphthérie procède par poussées. Aujourd'hui, 11 janvier 1895, il n'y a pas au pavillon Bretonneau un seul lit supplémentaire; il y a des jours d'été où, sur les 14 lits d'une salle, 3 ou 4 seulement sont occupés. Mais, par contre, il y a eu l'an dernier des moments où, une salle a contenu jusqu'à 30 malades, soit 16 brancards contre 14 lits réguliers. Comme encombrement, c'est assez coquet, et je n'ai pas besoin de dire combien pour les maladies de ce genre l'encombrement est nuisible.

Cela prouve que le service, pour que les malades soient hospitalisés en moyenne pendant une semaine, doit comprendre une soixantaine de lits, dont une trentaine, démontés pendant l'été, constitueront en hiver comme une soupape de sûreté. Mais supposez même qu'on ait 100 lits, vous voyez qu'on serait loin de pouvoir donner aux malades le séjour de convalescence utile pour eux, indispensable pour leurs voisins.

Il m'a semblé que ces quelques chiffres méritaient d'attirer l'attention et mes collègues médecins me pardonneront sans doute cette incursion statistique dans leur domaine.

A. Broca.

REVUE GÉNÉRALE

Des infections de la peau et par la peau en pathologie infantile.

I

Le 16 novembre dernier, M. le docteur Chauffard faisait à la Société médicale des hôpitaux une communication sur l'origine exogène de certains abcès survenant dans la convalescence de la fièvre typhoïde. Il incriminait avec raison l'eau chargée de bacilles pyogènes virulents dans laquelle on baigne le plus souvent les typhiques, et admettait que ces micro-organismes pénétraient dans l'épaisseur du derme et dans les voies lymphatiques à l'aide de petites excoriations ou simplement du ramollissement hydrique de la peau pour produire soit de simples furoncles, soit des abcès plus volumineux et même des phlegmons.

Cette origine exogène des infections cutanées, point de départ possible et fréquent de toxémies graves et d'infections généralisées quelquefois mortelles, joue un très grand rôle en pathologie infantile, surtout quand ces infections se produisent au milieu d'une agglomération plus ou moins considérable de jeunes enfants, comme cela se voit dans les hôpitaux.

Notre maître M. le docteur Hutinel professe depuis longtemps dans son service de l'hospice des Enfants-Assistés cette idée de l'origine exogène des infections secondaires au cours des maladies, et il nous a fortement engagé, au début de l'année que nous avons l'honneur de passer chez lui comme interne, à nous attacher à la démonstration de cette vérité que la pratique d'une antisepsie rigoureuse et d'une hygiène hospitalière bien comprise lui avaient déjà rendue absolument évidente.

Aidé de ses conseils, nous croyons être arrivé à des résultats intéressants et nous avons fait de cette étude le sujet de notre mémoire de médaille d'or et y reviendrons-nous plus longuement encore dans notre thèse inaugurale.

Il nous a semblé qu'il ne serait pas sans intérêt de rapporter très succinctement les conclusions auxquelles nous sommes arrivé, puisque cette question de l'origine exogène des infections vient d'être posée.

II

De même que dans les services de chirurgie et les salles d'accouchement, le grand ennemi dans les hôpitaux d'enfants, c'est l'infection secondaire par les bacilles pyogènes vulgaires, les staphylocoques et les streptocoques virulents. La source pour ainsi dire unique, le réservoir de tous ces germes banaux, c'est la peau.

A l'hospice des Enfants-Assistés, où il n'entre pour ainsi dire jamais que des enfants de familles pauvres, sales, débilités pour la plupart par une alimentation mauvaise ou insuffisante, couverts de croûtes impétigineuses, d'abcès multiples ou de lésions de la peau de toute sorte, les exemples de ces infections cutanées banales ne sont pas rares. Nous avons pu en recueillir une trentaine d'observations depuis le commencement de l'année, encore que ces cas deviennent de plus en plus rares à mesure que l'on pratique avec plus de rigueur la désinfection de la peau, le pansement antiseptique des moindres plaies, l'isolement des malades infectés.

Ces infections cutanées sont donc relativement fréquentes. Elles peuvent donner lieu à des accidents redoutables, soit qu'elles arrivent à se généraliser par les voies sanguines ou lymphatiques, soit qu'elles soient le

point de départ d'une toxémie grave plus ou moins rapide.

Elles peuvent aussi, par la débilitation profonde qu'elles produisent dans l'organisme d'enfants incapables de résister, favoriser l'éclosion d'une autre maladie, compliquer une affection en général bénigne ou devenir la cause d'infections viscérales secondaires, telles que la broncho-pneumonie ou les infections intestinales aiguës, sans intervention des voies sanguines ou lymphatiques, par simple inhalation et absorption des germes qui pullulent à la surface de la peau.

Ces enfants, en effet, atteints de suppurations multiples, vivent dans un milieu chargé de germes pyogènes. Suppurant de tous les côtés, ils souillent leurs draps, leur linge; leurs doigts sont couverts de germes et on comprend avec quelle facilité ces germes pénètrent dans le nez, la bouche, et de là dans le poumon et les voies digestives.

III

La peau, à l'état normal, est couverte des microbes les plus divers : saprophytes dans la plupart des cas, pathogènes quelquefois, surtout quand on en fait la recherche sur des personnes vivant dans un milieu hospitalier ou en contact avec une personne atteinte de suppuration quelconque. Enfoncés profondément dans les sillons de la peau et l'embouchure des glandes, ils résistent aux lavages faits avec les liquides antiseptiques les plus variés, à moins que le contact soit suffisamment prolongé, ce qui est presque impossible à réaliser en pratique. Aussi faut-il être très circonspect dans la recherche des microbes du sang quand on le recueille par piqûre du doigt ou à l'aide d'une ventouse stérilisée. Dans toutes nos recherches, nous avons toujours pris le sang directement dans une des veines du pli du coude à l'aide d'une seringue stérilisée, comme l'a fait récemment Zitmann. Nous en prélevons cinq centimètres cubes environ que nous ensemençons sur divers milieux. Très rarement nous avons eu un résultat positif; aussi en sommes-nous arrivé à conclure que le sang n'est que très exceptionnellement l'habitat des microbes pathogènes et que ceux-ci, dans le cas d'infection, n'y font que passer rapidement pour aller s'arrêter dans la profondeur des organes. A la moindre écorchure, la moindre excoriation de la peau, ces germes, plus ou moins virulents, pénètrent dans le derme, en suivent les lacunes lymphatiques, envahissent une étendue souvent considérable et s'enfoncent jusque dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Les nouveau-nés qui ont un épiderme très mince et qui présentent souvent, surtout au niveau des fesses, des érythèmes et des excoriations, sont plus exposés que les autres enfants à ces infections, et, pour peu qu'ils soient soignés par une nourrice peu propre, atteinte d'abcès du sein ou simplement de galactophorite, ils font rapidement des abcès multiples.

Aussi les infections cutanées sont-elles fréquentes chez les nourrissons, et il n'est pas de crèche où l'on n'observe souvent des cas d'abcès multiples chez ces enfants. A l'hospice des Enfants-Assistés nous en avons eu de nombreux exemples.

Nous avons pu ainsi pratiquer de nombreuses coupes histologiques de la peau de ces enfants. Toujours nous avons retrouvé un nombre considérable de staphylocoques ou de tout autres germes, suivant les cas, dans les conduits excréteurs des glandes et dans les lacunes lymphatiques du derme, souvent très loin des endroits abcédés.

Nous avons recherché ces mêmes germes dans le sang des nourrissons atteints de ce que Hervieux appelait la « diathèse purulente des nouveau-nés » et jamais nous ne les y avons rencontrés, alors que leur peau en était remplie. Nous admettons par conséquent, contrairement à l'opinion de MM. Budin, Chavanne, Couder, Marfan, Damourette, etc., que ces abcès multiples profonds ou superficiels des nourrissons sont, à de très rares exceptions près, d'origine exogène. Si l'enfant, en effet, tette le lait d'une nourrice atteinte de galactophorite ou d'abcès du sein, il est aussi changé, nettoyé par cette même nourrice qui n'est pas sans avoir sur les doigts du pus ou du lait chargé de germes, et qui non seulement peut lui infecter la peau directement, mais encore souiller les linges dans lesquels elle l'enveloppera.

D'ailleurs, à l'autopsie d'enfants ayant succombé à ces abcès multiples, nous n'avons jamais pu retrouver, même immédiatement après la mort, dans le foie, la rate ou les ganglions mésentériques les germes qui auraient dû être absorbés après ingestion, au niveau de l'intestin dans lequel on le retrouve en effet quelquefois; et, à moins d'admettre qu'ils aient traversé tout ce réseau de capillaires veineux et lymphatiques sans laisser la moindre trace et sans qu'il en reste aucun, on est bien forcé de penser que l'infection est venue du dehors.

En général, ces cas d'abcès multiples ne sont pas très graves et les enfants guérissent le plus souvent avec des soins bien compris, des pansements bien faits, des bains antiseptiques. Dans son service de l'hospice des Enfants-Assistés, le docteur Hutinel se sert pour baigner ces enfants infectés d'une solution de sublimé à 1/15000, un litre de liqueur de Van Swieten pour quatorze litres d'eau. Cette solution n'est pas irritante et a donné jusqu'à présent les meilleurs résultats. Quelquefois cependant les enfants succombent à la longue, souvent au bout de plusieurs mois, à une sorte de toxémie lente. Amaigris d'une façon effrayante, cachectiques, les traits tirés, des adénopathies multiples dans les aines, les aisselles, ils offrent tout à fait l'aspect de petits tuberculeux.

Il n'en est rien cependant. A l'autopsie on ne rencontre le plus souvent pas trace de tuberculose et il n'y a quelquefois pas de lésions macroscopiques suffisantes pour expliquer la mort.

A côté de ces abcès multiples, il faut placer toutes les affections parasitaires de la peau : l'impétigo, le pemphigus, la gale, etc., qui peuvent aussi dans certains cas, rares il est vrai, être le point de départ de complications graves.

IV

Débilités à la longue par une sorte de résorption purulente, ces enfants suppurants peuvent succomber rapidement à une affection intercurrente telle qu'une diarrhée qui prend rapidement une allure cholériforme, et à côté du coli-bacille on retrouve dans l'intestin et l'estomac les mêmes staphylocoques qui existaient à la surface de la peau.

Ingérés en quantité plus ou moins considérable, ces germes restent inoffensifs jusqu'au jour où, un trouble dyspeptique changeant le milieu intestinal, une infection coli-bacillaire ouvrant la marche, leur permettent de se développer à leur tour et de donner lieu à une infection secondaire suraiguë. Il est, en effet, à remarquer, et ces faits s'expliquent maintenant par cette notion des infections secondaires, combien sont toujours graves les diarrhées chez les enfants atteints de ces abcès ou simplement d'impétigo ou de gale. Sans dire que tous succombent infailliblement, on peut admettre que la mortalité par diarrhée est deux fois plus considérable chez ces enfants à peau infectée que chez les enfants indemnes.

La mort peut survenir aussi par broncho-pneumonie. Ces broncho-pneumonies ont alors une allure un peu spéciale. Ce ne sont à proprement parler que des infections bronchiques d'une marche plus ou moins rapide et dans lesquelles on trouve à l'autopsie le poumon farci de vacuoles purulentes développées au niveau des bronchioles. Ces infections se font très certainement par inhalation des germes.

V

Ces infections cutanées peuvent rester localisées, ne donner lieu qu'à une cachexie lente, à une débilitation profonde de l'organisme. Elles peuvent aussi se généraliser et faire périr l'enfant avec des complications viscérales purulentes, C'est ainsi que nous avons vu un enfant mourir de pleurésie purulente et de broncho-pneumonie à staphylocoques, un autre de péricardite purulente à la suite d'impétigo ulcéré généralisé et d'abcès multiples. Chez ces enfants il y eut des micro-organismes dans le sang, mais pas d'endocardite infectieuse. Un autre a succombé à une thrombose des sinus. Dans ce dernier cas l'infection s'était faite de proche en proche, du cuir chevelu couvert d'impétigo ulcéré jusqu'aux sinus, par l'intermédiaire de la veine mastoïdienne. Dans le caillot qui remplissait le sinus latéral se trouvait le même micro-organisme qu'au niveau des croûtes impétigineuses : le staphylocoque doré. Mais ces infections par la voie sanguine sont rares, car nous n'en avons rencontré que cinq sur toutes nos observations.

VI

Les enfants un peu grands sont moins aptes que les nourrissons à faire des abcès multiples; mais chez eux il arrive fréquemment qu'une éruption bulleuse ou vésiculeuse comme la varicelle ou le pemphigus devienne rapidement pustuleuse et même gangréneuse et soit le point de départ d'infections mortelles par généralisation.

Nous avons pu recueillir de ces faits cinq observations : trois ayant trait à des varicelles, deux à du pemphigus. De ces cinq enfants, quatre sont morts. Le cinquième, atteint de varicelle gangréneuse et de coqueluche, a survécu. Bien que les points de gangrène localisée fussent très étendus et très nombreux dans ce dernier cas, l'infection ne s'est pas généralisée, et à l'aide de bains et de pansements antiseptiques on a pu arriver à sécher rapidement et à faire cicatriser tous les points sphacélés.

Quoiqu'il y ait eu dans ces cas envahissement de tout l'organisme, nous n'avons jamais rencontré de localisations purulentes du côté des jointures comme on en a publié des exemples (1).

VII

A côté de ces cas que nous venons de citer et qui concernent les infections se propageant directement de la peau aux viscères par les vaisseaux sanguins ou lymphatiques, il faut faire une large place pour les complications viscérales causées par les mêmes pyogènes de la peau pénétrant cette fois dans le poumon ou les voies digestives par simple inhalation ou ingestion.

C'est encore dans ces cas la même origine exogène des accidents, la même pathogénie. Il s'agit toujours d'enfants présentant une peau souillée par des abcès, par un impetigo confluent, un eczéma suintant, qui malgré des bains répétés, des pansements aussi propres que possible, finissent par souiller leurs draps, leur oreiller, l'air ambiant lui-même et inhalent ces germes qui les entourent de toutes parts.

Nous avons déjà signalé la gravité des diarrhées chez les enfants à peau infectée; il nous reste maintenant à dire un mot des broncho-pneumonies survenant dans le cours de la rougeole qui sont, dans la grande majorité des cas, causées par un microbe pyogène vulgaire: staphylocoque ou streptocoque.

Nous avons souvent ensemencé, immédiatement après la mort, le pus des petites bronches et le parenchyme pulmonaire d'enfants qui venaient de succomber à une broncho-pneumonie survenue au cours d'une rougeole et nous y avons retrouvé le staphylocoque qui existait au niveau de croûtes d'impétigo alors que le sang pris dans le cœur restait stérile.

C'était donc bien du dehors que venait cette infection broncho-pulmonaire. D'ailleurs, en dehors de cette constatation anatomique et bactériologique, les résultats obtenus par les mesures de propreté et d'hygiène hospitalière que notre maître le Dr Hutinel a instituées à l'hospice des Enfants-Assistés le prouvent surabondamment.

Tous les enfants sont baignés au sublimé; toutes leurs plaies, abcès, croûtes d'impétigo, etc., sont pansés soigneusement; le nez, la gorge sont lavés plusieurs fois par jour à l'eau boriquée faible ou simplement à l'eau bouillie. Tous les enfants infectés sont immédiatement isolés.

De plus, ces mesures de propreté sont étendues aux salles elles-mêmes. Tous les pavillons sont lavés tous les quinze jours, trois semaines au plus, avec une solution de sublimé. La literie est passée à l'étuve.

De cette façon, on est arrivé à supprimer presque complètement les complications broncho-pulmonaires de la rougeole. On peut dire à l'heure actuelle que tout enfant qui entre dans le pavillon de rougeole avec une rougeole normale fera sa maladie sans complications. Et si l'on ne peut arriver à supprimer complètement ces broncho-pneumonies, c'est que souvent les enfants en sont atteints avant qu'ils ne nous soient confiés.

VIII

De tous ces faits, il ressort, il nous semble, un grand enseignement: c'est que l'antisepsie est tout aussi indispensable en médecine et surtout en médecine infantile qu'en chirurgie et en obstétrique. Déjà débilités par une mauvaise hygième ou parfois par une maladie antérieure bénigne en elle-même, les enfants sont incapables de résister aux infections secondaires; et dans la plupart des cas ces infections viennent du dehors. On devra donc non seulement leur prodiguer les soins de propreté les plus minutieux, mais encore les mettre à l'abri des contaminations en isolant les suppurants, source intarissable de germes pyogènes; car c'est dans ces cas qu'est surtout vérifié le vieil adage: « *Homo homini lupus.* »

Pour nous résumer en quelques lignes, nous dirons:

Les infections exogènes par les microbes vulgaires de la suppuration sont fréquentes chez les enfants.

C'est de la peau qu'elles partent presque toujours.

Bénignes le plus souvent, elles sont quelquefois très graves et peuvent entraîner la mort.

Dans les cas mortels, les enfants succombent tantôt à une toxémie lente par une sorte de résorption purulente;

Tantôt à une généralisation par les voies sanguines ou lymphatiques;

(1) Nous venons justement d'observer ces jours derniers un exemple d'arthrites purulentes multiples. Il s'agissait d'un enfant atteint d'abcès de l'ombilic et qui mourut avec de l'hyperthermie. Au niveau de l'épaule et du coude existait un foyer purulent.

Tantôt à une maladie intercurrente qui serait à coup sûr bénigne chez d'autres enfants non infectés.

Ces infections peuvent compliquer de certaines maladies qui, comme la varicelle, le zona, le pemphigus, l'eczéma, etc., déterminent l'apparition sur la peau de bulles de vésicules.

Elles peuvent être aussi la cause de broncho-pneumonies, sans infection généralisée préalable, par simple inhalation des germes répandus à profusion sur toute la surface du corps. J. Hulot.

TRAVAUX ORIGINAUX

Cancer hépatique avec glycosurie alimentaire, par le Dr J. Sacaze, chef de clinique médicale à la Faculté de Montpellier.

Dans toutes les maladies du foie, il est important de connaître l'étendue et la gravité des lésions, de préciser jusqu'à quel point surtout la cellule hépatique est capable de remplir ses nombreuses fonctions. C'est que le plus souvent les accidents qui peuvent les compliquer, leur évolution, l'avenir du sujet, dépendent manifestement des modifications anatomiques de l'élément noble.

Or, les travaux de M. Brouardel (1) et de Murchison sur le rôle de cet organe dans la formation de l'urée, de MM. Hayem (2) et Tissier (3) sur les rapports constants de l'urobilinurie avec ses diverses altérations, de MM. Roger (4) et Surmont (5), touchant la glycosurie alimentaire, l'hypertoxicité urinaire et leur coexistence remarquable dans plusieurs de ses affections, ont mis au jour une série de moyens cliniques dont l'application assez facile permet de résoudre le problème.

Mais ces divers moyens, de connaissance récente, n'ont pas été appliqués dans toutes les maladies du foie, de telle sorte qu'il est nécessaire, chaque fois qu'on en trouve l'occasion, de combler ces lacunes, afin de savoir exactement les résultats qu'ils peuvent fournir.

Ainsi, pour le cancer hépatique, tandis que son influence sur le taux de l'urée, l'urobilinurie, la toxicité des urines est en grande partie déterminée, celle sur la glycosurie alimentaire est des plus incertaines et, à vrai dire, inconnue.

En effet, le seul fait que nous ayons pu trouver au cours de nos recherches bibliographiques est celui de M. Roger (6); mais la glycosurie ayant été caractérisée alors que le sujet présentait déjà des symptômes d'ictère grave, cet auteur la rattache à la dégénérescence granulo-graisseuse des cellules, démontrée d'ailleurs par l'autopsie, et nullement à la présence du néoplasme.

Il appuie cette opinion par un autre cas un peu analogue; au lieu d'une tumeur maligne, il s'agissait d'un kyste hydatique; la glycosurie alimentaire se trouvait en rapport avec l'altération granulo-graisseuse des cellules. Quand le kyste ne s'accompagne pas de cette complication, il n'y a pas de sucre dans les urines, ainsi qu'un fait lui en a fourni la preuve.

(1) Brouardel. L'urée et le foie (*Arch. de physiol.*, 1876).

(2) Hayem (*Gazette hebdomadaire*, 1887, et *Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux*, 1889).

(3) Tissier. *Essai sur la pathologie de la sécrétion biliaire* (Thèse de Paris, 1889).

(4) Roger. Contribution à l'étude des glycosuries hépatiques (*Revue de méd.*, 1886) et action du foie sur les poisons (Thèse de Paris, 1887).

(5) Surmont (*Arch. gén. de méd.*, 1892).

(6) Roger, *loc. cit.*

En somme, pour M. Roger, le cancer par lui-même n'entraîne pas de glycosurie.

Or, l'observation que nous allons rapporter paraît comporter une conclusion toute différente.

Les quelques particularités qui précèdent démontrent déjà suffisamment son grand intérêt; aussi avons-nous cru devoir les donner.

Il s'agit donc là pour le moment d'un cas unique destiné à compléter, par un nouveau détail important, l'urologie des tumeurs malignes du foie.

Notre malade était un homme de quarante-six ans, domestique, admis à l'hôpital Saint-Eloi le 24 avril 1893, dans le service de M. le professeur Grasset.

Il y a vingt ans, il avait présenté des accidents d'occlusion intestinale qui avaient altéré sa santé durant trois mois.

A son entrée, il nous apprit que, depuis un an, il éprouvait assez souvent des vomissements presque toujours bilieux, se produisant une heure environ après le repas, suivis d'un certain soulagement et ayant causé de l'amaigrissement.

Vers la fin de janvier 1893, il contracta une fluxion de poitrine qui l'obligea à garder le lit huit à dix jours; à peine convalescent, sous l'influence d'une frayeur, il tomba brusquement à terre et se releva avec une parésie du bras gauche qui ne disparut que peu à peu; cette parésie ne semble pas s'être accompagnée d'anesthésie.

Cet homme, quelque temps après, essaya de reprendre son travail; il prit froid de nouveau et une douleur assez vive survint dans le flanc gauche. Ce malaise fut de courte durée; il se remit à ses occupations, mais à ce moment commença à se montrer une sensation de lourdeur à la région épigastrique.

Un mois avant son admission, sa santé s'altéra encore plus; l'appétit diminua beaucoup, il y eut de la toux pendant deux à trois jours; le flanc droit devint le siège de phénomènes douloureux. La peau prit une légère teinte jaune et les urines furent foncées, verdâtres.

Ni l'hématémèse ni le melæna ne paraissent s'être produits à aucun moment.

Quand il entra, nous constatâmes un amaigrissement et même un état cachectique très manifeste; sa peau avait une teinte jaune pâle, rappelant beaucoup celle des cancéreux.

L'appétit était assez bon; il n'y avait pas de vomissements ni de diarrhée. Mais le malade se plaignait d'une douleur à l'épigastre, autour de l'ombilic et dans le flanc droit, douleur exagérée par les fortes inspirations.

Son foie était très hypertrophié; son bord inférieur dépassait les fausses côtes de quatre travers de doigt et touchait la rate par le lobe gauche; la palpation faisait découvrir à sa face antéro-supérieure, au niveau de la région épigastrique, des portions un peu saillantes, bosselées, irrégulières et douloureuses à la pression.

La rate n'était pas augmentée de volume.

Le réseau veineux sous-cutané abdominal n'offrait aucun développement anormal. Rien de particulier à signaler pour le cœur ni pour l'appareil respiratoire.

Il y avait quelques ganglions un peu plus gros que d'habitude dans les aines et l'aisselle gauche.

Les urines étaient diminuées comme quantité et très ictériques; après avoir fait prendre au malade 50 grammes de sirop de sucre, nous les vîmes réduire la liqueur de Fehling même à froid.

En raison de ces signes, on porta le diagnostic de cancer hépatique.

Les moyens thérapeutiques adoptés furent, par suite de l'état du foie, le régime lacté et le salol.

Le 2 mai, cet homme essaya de quitter un instant son lit; un œdème assez marqué envahit les jambes, le scro-

tum; le ventre parut se ballonner et nous pûmes constater l'exagération sur le flanc droit du réseau veineux superficiel.

Le lendemain, la température atteignit presque 39°, les matières fécales devinrent blanchâtres, tandis que les urines, de plus en plus rares, étaient chargées et très verdâtres. Les réflexes rotuliens et crémastériens présentaient une exagération notable; il y avait presque de la trépidation épileptoïde.

Les jours suivants, la température revint bientôt à son chiffre normal; mais la palpation et surtout l'auscultation permettaient de percevoir des frottements dans la portion antérieure de la région hépatique.

Le 18 *mai*, l'urine fut examinée à divers points de vue. Quantité, 1,750 centimètres cubes dans les 24 heures; couleur jaune verdâtre.

Urée par litre, après défécation........	11 gr. 23
Azote à l'état d'urée et par litre........	5 — 24
Azote total par litre.................	5 — 71

Coefficient d'oxydation.. $\frac{5.24}{5.71} = \frac{91.8}{100}$

Ceci nous indiqua donc que, si l'urée était diminuée, les oxydations des matières azotées continuaient à se faire régulièrement; il n'y avait pas beaucoup de corps arrêtés dans leur évolution, tels que la xanthine, l'hypoxanthine, etc.

L'acide nitrique nitreux donna un anneau verdâtre très évident.

L'urobiline recherchée par le chlorure de zinc ammoniacal nous parut être absente; en tout cas, nous ne vîmes pas de fluorescence.

A ce moment, le malade prenait du lait, du salol, et on pratiquait des frictions avec une pommade contenant de la scille et de la digitale, de manière à combattre l'œdème des membres.

Deux jours après, nous donnâmes 50 grammes de sirop de sucre, et nous pûmes voir que les urines réduisaient la liqueur cupro-potassique.

Nous constatâmes, en continuant cet examen les jours suivants, que la réduction s'opérait sans faire prendre au préalable du sirop; ce sucre était fourni par le lait, et par celui qu'on y ajoutait, soit environ 40 grammes par litre. L'analyse de ces urines au saccharimètre nous indiqua qu'elles en contenaient plus de 19 grammes par litre.

Le 27 *mai*, l'état général du malade parut plus grave, à cause peut-être de la diarrhée qui venait de se produire les jours précédents; les selles n'avaient pas la couleur blanchâtre que nous avions notée au début; elles étaient jaunes ou même brunes.

Le foie avait un peu augmenté, et à sa face antérieure, directement au-dessous de l'appendice xiphoïde et des fausses côtes droites, on trouvait une masse faisant une légère saillie, presque fluctuante et douloureuse à la pression.

La rate gardait son volume normal; le réseau veineux superficiel tendait à s'accentuer encore plus.

Diminution de la teinte jaune des téguments.

Sous l'aisselle droite, deux ou trois petits ganglions.

Urines réduisant la liqueur de Fehling, bien que cet homme ne prenne plus que trois petites tasses de lait et sans sirop.

Le 2 *juin*, nous nous préparâmes à rechercher, en outre, la toxicité urinaire; le malade prenait alors un régime composé de divers aliments, avec très peu de lait; les conditions nous semblaient favorables; nous avions hésité jusqu'à ce moment à cause du régime lacté et des antiseptiques intestinaux, deux ordres de moyens qui, comme on le sait, diminuent beaucoup les poisons urinaires. Nos résultats auraient donc été erronés.

Mais la famille, voyant son état très grave, vint le prendre quand nous allions commencer.

Il mourut peu de jours après.

Quoiqu'il n'y ait pas eu un contrôle anatomique, l'existence d'un cancer hépatique, cause de tous les phénomènes présentés par cet homme, nous paraît hors de doute.

Les signes cliniques permettant de l'établir nettement sont certes multiples. D'abord nous trouvons assez bien dessinés les trois grands caractères sur lesquels insiste beaucoup M. Hanot (1) pour faire le diagnostic, à savoir: 1° une tumeur qui croît à vue d'œil; 2° une cachexie galopante; 3° une physionomie typique du sujet constituée par une teinte légèrement jaune et une sorte d'indifférence devant l'effondrement de la vie.

Il y a en outre la série des troubles digestifs, les modifications des urines, l'absence d'hypertrophie de la rate, l'absence d'ascite, la fièvre, les ganglions des aines et des aisselles, etc.

Il est inutile d'insister davantage; le tableau est à vrai dire classique.

Mais ne peut-on pousser plus loin ce diagnostic, et voir s'il s'agit d'un cancer primitif ou d'un cancer secondaire?

Sur cette autre question, la réponse semble encore assez facile. D'après l'ensemble du tableau symptomatique, le premier est plus vraisemblable; en réalité la diminution de l'appétit, les vomissements, la diarrhée, la douleur épigastrique, etc., font partie de son histoire clinique et il n'est pas nécessaire pour les interpréter d'admettre comme antérieur un néoplasme de l'estomac qui aurait très rapidement envahi le foie, y produisant des altérations considérables.

Enfin certains traits cliniques nous portent à croire que ce cancer appartiendrait à la forme nodulaire, et non pas à la forme massive: ce sont surtout les douleurs de l'hypochondre et les saillies remarquées à la face antérieure du foie qui nous font émettre cet avis.

Quant à l'ictère, la coloration ictérique des urines, ce sont là des modifications qui s'observent fréquemment au cours de cette affection; elles ne sauraient nous embarrasser.

Donc notre diagnostic paraît à l'abri de toute contestation.

Ce point établi, il nous faut passer en revue les quelques détails importants qui font l'intérêt de cette observation et sur certains desquels nous nous sommes promis d'insister.

Indiquons d'abord la diminution notable de l'urée, 15 à 16 grammes par 24 heures, au lieu de 25 à 30 grammes qui sont les chiffres ordinaires d'un homme à l'âge adulte. Ce fait démontre une fois de plus que sa production dépend beaucoup, comme l'a soutenu M. Brouardel (2), « de l'état d'intégrité ou d'altération des cellules hépatiques », que leurs lésions importantes, néoplasiques ou autres, font beaucoup baisser la quantité rejetée quotidiennement par les urines.

Indiquons aussi l'absence d'urobiline qu'il nous a semblé constater un jour, en nous servant des procédés chimiques usuels. Ce fait, quoique très particulier, exceptionnel, n'est pas cependant unique. Il a été vu déjà par M. Tissier (3), qui s'est occupé de cette question

(1) HANOT, *Sem. méd.*, 1893, p. 506.
(2) In *loc cit.*
(3) TISSIER, De l'urobilinurie, *Gaz. des hôpitaux*, 1891.

d'une manière suivie; ainsi il a remarqué que si « dans le cancer avec cirrhose, l'urobilinurie est constante et abondante, elle est plus légère dans les autres variétés de cancer, et peut même manquer (on ne trouve alors que son chromogène); dans certains cas (diminution de la partie sécrétante du foie, ralentissement énorme de la destruction globulaire). » Au fond, il s'agit de faits rares, difficiles à expliquer pour l'instant.

La véritable règle, bien établie par les travaux de M. Hayem (1), est que dans les cancers du foie, l'urine renferme de l'urobiline en quantité parfois abondante.

Chez notre malade nous n'avons fait cette constatation qu'une seule fois; nous nous garderons donc d'en tirer la moindre conclusion; nous n'avons voulu ici que l'indiquer et la rapprocher des remarques de M. Tissier. Des conditions spéciales ne nous ont pas permis de poursuivre régulièrement la recherche de cette substance.

Notre attention s'est au contraire portée beaucoup plus sur la glycosurie alimentaire, et nous en avons déjà donné les motifs.

Durant les deux mois que le malade a passés dans nos salles, nous avons pu pratiquer l'analyse des urines à maintes reprises, et y établir la présence du glucose, soit par la réduction de la liqueur cupro-potassique, soit par le saccharimètre. Afin d'éviter toute cause d'erreur, nous avons eu soin, avant de faire agir le réactif de Fehling, de déféquer l'urine, et puis d'opérer à peu près constamment la réduction à froid.

Dès son entrée, il nous a été permis de voir une très légère glycosurie, après lui avoir donné simplement 50 grammes de sirop de sucre; disons qu'à ce moment le réseau veineux superficiel de la paroi abdominale était fort peu développé.

Quelques jours plus tard la même constatation a pu avoir lieu sans faire prendre au préalable du sirop; les matières amylacées de son alimentation contribuaient seules à cette glycosurie.

En poursuivant ainsi ces analyses, nous avons vu un jour, par le moyen du saccharimètre, que la quantité de glycose éliminée était de 19 à 20 grammes par litre; le régime se composait alors exclusivement de trois litres de lait où on mélangeait 40 grammes de sucre environ par litre.

Enfin dans les jours qui précèdent sa sortie, nous trouvons encore des traces de glycose; cet homme s'alimente à peine, ne prenant que trois petites tasses de lait, quelques boulettes de viande, du blanc de volaille, etc. Son foie avait beaucoup augmenté, et la paroi abdominale était sillonnée à droite par un lacis veineux très manifeste. Si nous lui faisons prendre du sirop, immédiatement le sucre excrété augmente beaucoup.

Donc il y a eu chez notre malade une glycosurie légère, mais hors de doute, et que nous avons constatée à peu près toutes les fois qu'elle a été recherchée. Il est pour nous certain que sa cause résidait dans les lésions néoplasiques du foie; des motifs multiples, qu'il est superflu de développer, plaident en faveur de cette opinion. L'hypothèse d'un diabète, d'une affection nerveuse ou pancréatique, susceptibles aussi de la produire, nous paraît insoutenable; nous ne voyons aucune raison solide qui puisse l'appuyer.

Si elle a été plusieurs fois notée sans qu'on donnât du sirop de sucre, c'est que le malade avait déjà une nourriture permettant de comprendre l'apparition de ce phénomène. D'abord il prenait une quantité très appréciable de sucre dans son lait; puis la lactose en se transformant très vite en glycose dans l'intestin sous l'influence du suc pancréatique venait encore l'augmenter. Et cette dose, fournie uniquement par son régime spécial, se trouvait trop forte pour être retenue dans son foie devenu insuffisant.

(1) Hayem, *loc. cit.*

Ainsi il est bien évident qu'il s'agissait chez lui d'une glycosurie alimentaire, produite par la lésion hépatique.

Les diverses particularités que nous avons signalées, montrent encore qu'à mesure que le néoplasme envahissait le parenchyme hépatique, elle apparaissait de plus en plus facilement, avec de très petites quantités de matières susceptibles de se transformer en glycose.

Avant de terminer, nous devons examiner si elle était liée uniquement au cancer du foie, et à l'insuffisance fonctionnelle de cet organe qu'il avait amenée par son développement.

Certains auteurs (Colrat, Couturier, Lépine), guidés par l'expérience célèbre de Cl. Bernard qui vit la glycosurie apparaître en donnant des matières sucrées à un animal chez qui il avait lié la veine porte, ont pensé que cette anomalie relevait, du moins pour les cirrhoses atrophiques, de la circulation latérale qui s'établit à travers la paroi abdominale. Le glycose arrive au rein à dose exagérée parce qu'il ne peut pas pénétrer dans le foie comme d'habitude, et s'y accumuler.

M. Roger a discuté cette pathogénie, et prouvé qu'elle ne pouvait pas rendre compte de ce phénomène dans tous les cas, entre autres ceux où cette circulation complémentaire fait défaut. Aussi rejette-t-il à peu près complètement cette explication pour adopter l'insuffisance de l'organe du foie occasionnée par une lésion plus ou moins profonde de son parenchyme; il invoque à l'appui plusieurs faits cliniques et quelques expériences.

A vrai dire, il semble en effet que les altérations hépatiques ont, dans l'apparition de cet accident, le principal rôle; néanmoins il est légitime d'admettre que la circulation supplémentaire doit avoir aussi une certaine part, et pour preuve l'expérience de Cl. Bernard, dont nous avons parlé.

Mais au sujet du cancer du foie, M. Roger (1) pense que la glycosurie alimentaire, lorsqu'elle se montre, dépend d'une lésion surajoutée, de l'ictère grave venant parfois compliquer cette affection. C'est ce qui a eu lien pour la seule observation qu'il rapporte.

Toutefois, à en juger par ce que nous avons remarqué dans notre cas, une telle condition ne semble pas nécessaire. Le malade n'a pas présenté durant les deux mois que nous l'avons suivi, des signes attestant l'existence d'altérations semblables; d'ailleurs, si les portions respectées par le cancer avaient subi cette dégénérescence, la mort serait survenue à plus court délai.

Donc le cancer primitif du foie, ainsi que le supposait M. Chauffard (2), peut produire par lui-même la glycosurie alimentaire. A quel moment de son évolution se montre-t-elle? Il nous est impossible de le préciser. Quand cet homme est entré à l'hôpital, son foie était déjà très augmenté de volume; il est vrai aussi qu'une petite quantité de sirop (50 grammes) permettait de la déterminer. L'insuffisance était par conséquent déjà considérable. Mais on conçoit, en raisonnant un peu *a priori*, qu'il faut que la tumeur possède un volume notable pour que cette recherche donne un résultat positif. D'autres faits pourront établir cette dernière condition et indiquer plus ou moins approximativement la période où la glycosurie se montre pour la première fois.

Nous conclurons donc que le cancer hépatique primitif, arrivé à un certain volume, peut, par son développement, produire, en même temps que l'urobilinurie, la diminution de l'urée, et l'hypertoxicité urinaire, une glycosurie alimentaire incontestable.

(1) Roger, Contribution à l'étude des glycosuries d'origine hépatique. *Revue de médecine*, 1886.

(2) Chauffard, *Traité de médecine*, T. III.

La sérumthérapie antidiphthérique à la campagne.

Jusqu'ici les journaux médicaux n'ont guère parlé, à propos de la sérumthérapie antidiphthérique, que de cas empruntés à la pratique hospitalière ou urbaine. Il est peut-être bon de faire connaître quelques-uns des résultats qu'elle a déjà donnés dans la pratique rurale.

On pouvait se dire d'avance que là les cas se présentent habituellement avec une simplicité plus grande; que les organismes d'enfants y sont moins étiolés; que le sang en est plus riche et plus sain; que les muqueuses des voies aériennes y sont moins souillées d'avance par les microbes adventices; que les associations microbiennes doivent partant y être plus rares; et que pour toutes ces causes la sérumthérapie appliquée à temps doit donner à la campagne des résultats encore plus avantageux qu'à Paris.

Il semble bien qu'il en soit ainsi, autant qu'on en peut juger par la demi-douzaine de cas qui se sont produits à ma portée dans cette portion ouest de la France, et qui tous ont abouti à des succès.

M. le Dr Monprofit a relaté, dans l'avant-dernier numéro de l'*Anjou médical*, l'observation d'un enfant de dix ans, atteint de diphthérie pharyngée et laryngée, qui paraissait à toute extrémité et que trois injections ont en quelques jours tiré d'affaire.

Mes confrères de Chef-Boutonne (Deux-Sèvres) ont sauvé de même trois enfants.

J'ai eu moi-même trois succès dans des conditions exceptionnelles de gravité. Deux jeunes sœurs venaient de mourir à la campagne d'un croup secondaire à une diphthérie amygdalienne, si subitement qu'elles n'avaient pas eu le temps d'être secourues. Deux sœurs plus jeunes, dont l'une n'avait que dix mois, ont été prises aussitôt de diphthérie pharyngée, dans les mêmes conditions, me disaient les parents, et avec les mêmes symptômes que leurs aînées. Il n'y avait pas apparence, je dois le dire, d'intoxication bien profonde. Chacune d'elles a reçu une première fois, sur les neuf heures du matin, 8 grammes de sérum seulement.

Dans la soirée les parents, gens intelligents, ont remarqué que la fièvre avait baissé, que l'état général était meilleur, que les enfants avaient la physionomie plus gaie. L'aînée, qui n'avait pas sommeillé les dernières nuits, dormit depuis huit heures du soir jusqu'au lendemain matin huit heures. Quand j'examinai alors sa gorge, je trouvai, à ma grande surprise, l'amygdale gauche complètement décapée, et la droite n'avait plus qu'une mince traînée de fausse membrane. L'enfant plus jeune n'avait plus rien. Par mesure de précaution, je fis à chacune d'elles une injection de cinq grammes. Voilà huit jours passés, et la guérison ne s'est pas démentie.

J'oubliais de dire que la diphthérie s'était également mise, chez l'aînée, sur un impétigo suintant du sillon postérieur de l'oreille droite. Dès le lendemain de la première injection de sérum, la fausse membrane paraissait comme usée et laissait voir par transparence la surface grenue et rosée du derme dénudé. Je m'étais contenté pour tout pansement de faire laver à l'eau bouillie l'oreille.

Ce n'est pas tout.

Un enfant de onze mois a été pris d'un croup secondaire, à Champdeniers même, au lendemain du jour où l'enfant de la maison voisine avait succombé à la maladie. Il a reçu l'injection trente-six heures après la première confirmation du mal. L'état général restait bon. Les huit grammes de sérum furent injectés sur les sept heures du matin.

Cette euphorie, cette expression de bien-être que j'ai signalée plus haut, l'enfant parut visiblement la ressentir à son tour. Il fit un sommeil de cinq heures. A deux heures et demie du soir, la respiration n'avait pas changé sensiblement. Nouvelle injection de quatre grammes. A cinq heures, les parents ont entendu nettement un bruit de drapeau à chaque inspiration. Puis une quinte de toux très forte est survenue pendant laquelle ils ont cru que l'enfant asphyxiait; et après un ou deux mouvements de déglutition, la respiration est devenue libre, la voix a repris son timbre. L'enfant était guéri. Probablement, la légère fausse membrane qui tapissait les cordes vocales avait produit en se détachant tous ces symptômes.

Malgré tout, la respiration étant restée quelque peu bruyante la nuit suivante en raison de la tuméfaction probable de la muqueuse, j'ai cru devoir faire une nouvelle injection de cinq grammes. Tout est allé depuis à merveille.

Ces résultats m'ont paru dignes d'être relatés.

On remarquera la gravité des cas qui ont précédé les cas traités et qui ont abouti à la mort. On remarquera la rapidité de guérison de ces derniers, la prompte disparition ou l'expulsion des fausses membranes, soit sur les muqueuses, soit sur le derme, l'euphorie qui après la première injection a fait place à l'abattement et à l'agacement des petits malades, la petitesse des doses injectées, leur répétition peu fréquente, l'abstention de toute autre intervention.

Si la devise des anciens : *tuto, cito jucunde*, doit être la règle de toute intervention thérapeutique, on peut dire qu'elle ne fut jamais mieux réalisée que par la sérumthérapie de Behring et de Roux. On doit savoir infiniment de gré à M. le docteur Roux d'avoir tant contribué à en confirmer la valeur scientifique, et d'en avoir rendu si facile la pratique universelle, au moment même où elle était le plus contestée dans son pays d'origine.

Dr Ricochon.

D'une forme particulière de cancer utérin (cancer diffluent à cellules musculaires lisses du type embryonnaire), par R. Condamin, professeur agrégé à la Faculté de Lyon.

Il nous a été donné deux fois d'observer, dans le service du professeur Laroyenne, une forme particulière de cancer utérin, que nous n'avons pas trouvée signalée nettement par les auteurs qui se sont occupés spécialement de cette question. Cette forme, que nous dénommerons cancer diffluent à cellules musculaires lisses du type embryonnaire, pour rappeler le principal de ses caractères cliniques et aussi sa structure histologique, ne ressemble en rien au cancer ordinaire de l'utérus qui est un épithélioma, pas plus qu'au sarcome de cet organe, qui est assez rare. En nous basant sur les deux observations que nous rapportons plus loin, et en nous appuyant sur quelques autres cas, dont notre maître le professeur Laroyenne a gardé le souvenir, cette modalité du cancer utérin aurait une évolution clinique particulière, répondant à une structure histologique spéciale.

Cette affection surviendrait chez les femmes âgées, tout au moins chez celles qui ont dépassé la ménopause. Elle se développerait surtout aux dépens de la paroi postérieure de l'utérus, sans envahir la cavité utérine et sans donner lieu à ce symptôme à peu près général du carcinome utérin, l'hémorrhagie.

En évoluant, la lésion déterminerait dans le cul-de-sac de Douglas une masse molle, rappelant assez bien, soit certaines collections à contenu séro-purulent, soit plus exactement l'empâtement de l'hématocèle à fracas peu intense. Dans les deux cas dont nous rapportons plus loin l'observation, c'est avec ces affections que la confusion fut faite. Aussi le traitement fut-il d'abord une ponction avec un large débridement suivant les principes de la méthode de Laroyenne pour le traitement des collections pelviennes. Ce qui s'écoula par cette ponction dans les deux cas, ce fut un liquide séro-hématique renfermant quelques caillots et une certaine quantité de fongosité mollasse, gris blanchâtre, granulée, présentant l'aspect de frai de poisson. Dans les deux cas auxquels nous faisons allusion, l'erreur de diagnostic fut complète et cependant l'état cachectique des malades aurait dû nous faire hésiter.

Des débris néoplasiques obtenus par la ponction, puis recueillis à l'autopsie, nous permirent de faire exécuter des recherches histologiques précises : M. Paviot s'est chargé de ce soin et M. le professeur agrégé Bard a examiné ces préparations. Nous tenons également de ce dernier, dont l'autorité en matière d'anatomie histologique est si grande, qu'il a eu à plusieurs reprises l'occasion d'examiner des débris de cancer utérin qui avaient présenté la même structure histologique. Malheureusement nous n'avons pu nous procurer ces observations, qui jointes aux nôtres auraient peut-être permis d'établir d'une façon plus certaine cette nouvelle forme de cancer.

Au point de vue histologique, comme on pourra le voir dans les observations qui suivent, il s'agissait à n'en pas douter, d'après M. Bard, d'un cancer musculaire du type embryonnaire. On trouvait sur la même préparation des cellules musculaires adultes et, à côté, des fibres beaucoup plus jeunes à gros noyau, mais rien qui rappelât la structure du sarcome ou de l'épithéliome.

Au point de vue de l'évolution, signalons la rapidité avec laquelle elle s'est faite et aussi ses tendances à respecter la cavité utérine. C'est dans la paroi postérieure exclusivement que s'est faite l'évolution néoplasique que nous étudions.

Obs. I. — *Néoplasme diffluent de l'utérus pris pour une hématocèle rétro-utérine.*

D... E., âgée de 66 ans, née à Privas (Ardèche), demeurant à Lyon, rue des Capucins, 4.

Jusqu'à ces dernières années a toujours joui d'une excellente santé. Réglée à 16 ans. Ménopause à 55 ans. Trois accouchements; le dernier il y a 31 ans. Depuis l'âge de 21 ans la malade est porteur d'une hernie inguinale droite. Pas de fibromes antérieurs. Au mois de novembre 1892 la malade aurait eu quelques pertes sanguines et de temps à autre quelques coliques qu'elle rattacha à sa hernie. Sa santé générale était parfaitement conservée. Les petites hémorrhagies ont persisté encore quelque temps, quoique très faibles. Le 3 avril 1893, la malade a été prise de douleurs intolérables dans le ventre : les douleurs ont cessé depuis cette époque; mais en même temps sa santé générale s'est altérée considérablement. Elle est devenue pâle, a maigri sensiblement; elle s'aperçut aussi que son ventre avait augmenté sensiblement de volume. Depuis lors les douleurs ont persisté toujours plus ou moins violentes, l'obligeant à garder presque constamment le lit.

A son entrée à la Charité, on constate une tumeur volumineuse dans le cul-de-sac postérieur, molle, fluctuante, remontant dans toute la partie droite de l'abdomen, presque jusqu'au niveau de l'ombilic. On pense, en raison de la brusquerie des accidents, à une hématocèle.

La malade endormie, on fait une ponction du cul-de-sac de Douglas par la méthode de Laroyenne. On fit ensuite un large débridement au métrotome. Il s'écoula une certaine quantité de sang noirâtre, de caillots, avec des débris fongueux, couleur frai de poisson, s'écrasant facilement. On traita la poche rétro-utérine, comme s'il s'était agi d'une hématocèle. On enleva aussi une grande quantité de caillots et de ces grumeaux signalés plus haut. Une éponge d'abord puis des mèches de gaze iodoformée sont placées dans l'orifice de la ponction. Immédiatement après l'opération on constate que la tumeur abdominale a considérablement diminué.

Le 27 mai, la malade sort du service; elle souffre moins, mais son affaiblissement général, non seulement persiste, mais encore a augmenté. La cachexie même semble évoluer rapidement.

On apprend que la malade, rentrée chez elle, a succombé le 15 juin 1893, sans avoir souffert, sans avoir présenté de pertes sanguines, après s'être affaiblie progressivement.

Au moment de l'opération, des fragments avaient été recueillis dans l'alcool et soumis à l'examen de MM. Bard et Paviot. Voici la note qui nous a été remise :

« La tumeur est constituée par des cellules fusiformes, du type musculaire lisse, très embryonnaire, groupées en faisceaux parallèles, entremêlées perpendiculairement les unes avec les autres. Les cellules fusiformes, à noyaux volumineux, paraissent coupées tantôt en travers, tantôt en long. » Il s'agit en somme, d'après MM. Bard et Paviot, d'une tumeur maligne à fibre musculaire lisse.

Obs. II. — *Cancer diffluent de l'utérus (myome malin).*

B. G..., âgée de 54 ans, tisseuse, née à Lyon, demeurant à Coluire, rue Coste, 25. Elle entre à la Charité, salle Sainte-Marie, le 7 juin 1894, pour une affection utérine mal déterminée.

Réglée à 13 ans toujours régulièrement, a eu 3 enfants. Pas de fausses couches. Depuis 2 ans environ, elle a vu péricliter son état général. Depuis cette époque, aussi, elle ressent des douleurs dans le bas-ventre, avec irradiation aux membres inférieurs. Elles s'exaspèrent par la marche et l'effort. Quelques pertes blanches, aqueuses, nullement sanguinolentes. En octobre 1893, elle fait un premier séjour à la Charité ; on constate chez elle une collection rétro-utérine remontant très haut, et faisant nettement corps avec l'utérus: on pense à une suppuration rétro-utérine ou à une hématocèle et on l'opère par la méthode de M. Laroyenne, c'est-à-dire qu'on lui fait après ponction un large débridement du cul-de-sac postérieur. Il s'écoule un peu de sang et des masses blanchâtres diffluentes, que l'on n'examine pas très soigneusement et qui sont prises pour de la fibrine. Traitement ultérieur habituel par les mèches de gaze iodoformée. Depuis son opération, la malade a continué à souffrir. Son état général s'est sensiblement aggravé. L'amaigrissement est extrême et la perte de forces absolue. Cependant, il n'existe pas de douleur extrêmement vive.

Le 16 juin 1894, on constate de nouveau une collection rétro-utérine au même point que précédemment, mais peut-être un peu plus étendue.

Fluctuation assez manifeste.

Nouvelle ponction; nouveau débridement avec les précautions d'usage pour les interventions itératives de cette nature.

Il s'écoule un peu du liquide séro-hématique, ainsi qu'une quantité notable de débris fongueux, mollasses, blanchâtres, s'effritant facilement sous les doigts et ressemblant un peu à du frai de poisson. Quelques-uns de ces débris sont recueillis et mis dans l'alcool pour être examinés au microscope.

La malade ne fut pas améliorée par cette intervention : la cachexie s'accentua de plus en plus sans phénomènes douloureux, et elle mourut le 8 juillet 1894.

Autopsie. — Après l'ouverture de la cavité abdominale et le relèvement des intestins en haut, on tombe sur une masse englobant toute la partie rétro-utérine du bassin. Les parties avoisinantes de la fosse iliaque interne sont également envahies.

La cavité utérine est indemne, mais agrandie. On voit très bien que c'est aux dépens du corps utérin et de sa partie postérieure que le néoplasme s'est développé et a rempli une partie de l'excavation pelvienne. Les uretères, qui ne paraissent cependant pas compromis, sont tout entiers dans ces masses molles qui rappellent celles qui furent enlevées par la ponction. Tous les organes du corps furent examinés, et nulle part on ne trouva de trace de généralisation. Quelques fragments sont conservés dans l'alcool pour être examinés au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté.

Examen histologique. Examen de fragments provenant de l'intervention et de l'autopsie. — Après les préparatifs d'usage, on constate sur les coupes qui furent soumises à l'examen de M. le professeur agrégé Bard, chef des travaux anatomo-pathologiques, qu'il s'agit d'une tumeur constituée par des fibres musculaires lisses. Ces fibres présentent toutes un noyau volumineux très visible, avec un ou deux nucléoles très apparents; leur fuseau de substance musculaire est très diminué de longueur. Quel que soit le point de la préparation qu'on regarde, on constate que les noyaux sont très voisins les uns des autres et les fuseaux musculaires très courts; par places on voit de véritables nids de néoproduction où les fibres prennent un aspect tourbillonnant: ailleurs, au milieu des fibres musculaires encore très reconnaissables, on voit des îlots où les cellules musculaires n'ont plus de fuseaux apparents: leurs noyaux sont devenus ronds et, à la périphérie de ces îlots où la fibre musculaire est presque reconnaissable, semblent avoir, très fragiles, manqué de cohésion, si bien que leur centre dans la préparation est tombé.

Dans un autre fragment examiné, il y a une assez grande abondance d'hémorrhagie interstitielle.

En somme, il s'agit d'une tumeur maligne à fibres musculaires lisses et à caractère très embryonnaire.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Contribution à l'étude de la linite plastique, faits nouveaux tendant à prouver sa nature cancéreuse épithéliale, par BRET et PAVIOT (*Revue de médecine*, mai 1894, p. 384). — Les auteurs rapportent trois observations de linitis plastique avec lésions d'autres viscères; dans la première, publiée par M. Dubujadoux (*Gaz. hebd.*, 1883, p. 108), il y avait une variété anormale de cirrhose hépatique avec noyaux blanchâtres néoplasiques; dans la seconde, lésion du côlon transverse et de son méso, renfermant des îlots isolés de cellules rondes et tumeurs volumineuses des deux ovaires franchement épithélioïdes; dans la troisième, granulations superficielles du péritoine et d'un mésentère épaissis et lardacés, nettement épithéliomateuses avec retentissement sur les ganglions correspondants. De ces faits et des examens histologiques, ils concluent que la linitis plastique est en réalité un cancer à cellules essentiellement métatypiques de l'estomac avec développement considérable du tissu fibreux.

Etude sur les lésions diffuses des membres dans la tuberculose pulmonaire, par PILLIET (*Arch. de médec. expériment.*, septembre 1894, p. 769). — On trouve dans un membre atteint de tuberculose des lésions qui remontent à des distances étendues, quelquefois à peine croyables et qui ne respectent aucun tissu. Elles ont deux formes: la sclérose ou myxo-sclérose inflammatoire et l'adipose inflammatoire. Ce sont là deux formes banales d'infection chronique, mais elles empruntent une certaine valeur à leur fréquence, à leur dissémination et à leur association dans la tuberculose. Leurs caractères généraux, qui leur sont communs avec ceux des dégénérescences produites par les agents toxiques, indiquent qu'elles sont sans doute liées à la présence des toxines sécrétées par les parasites habitant les follicules tuberculeux. L'examen méthodique de la peau, de sa coloration, de son épaississement, celui des réactions des muscles et des nerfs pourra révéler jusqu'à quelle hauteur le membre est infecté et permettre au chirurgien d'évaluer d'une façon précise la résistance des tissus qu'il devra inciser et réunir.

Pathogénie du son tympanique au niveau de l'hépatisation dans la pneumonie du sommet, par PAUL SIMON (*Revue de médec.*, juillet 1894, p. 594). — Il n'est dû ni aux qualités acoustiques du poumon hépatisé lui-même, ni aux vibrations de l'air contenu dans les bronches qui le traversent, mais peut résulter parfois de la transmission des vibrations sonores à l'air contenu dans les grosses bronches et la trachée, et le plus souvent de l'entrée en vibration de l'air contenu soit dans les lobes sous-jacents relâchés par le fait de l'augmentation de volume du lobe hépatisé, soit dans les parties restées indemnes et également relâchées du lobe hépatisé lui-même.

Hémorrhagie ombilicale (Umbilical hemorrhage: etiology, pathology, and treatment. Report of a case), par CRAIG (*Medical News*, 24 novembre 1894, p. 569). — Les hémorrhagies ombilicales qui surviennent chez le nouveau-né sont dues à une ligature insuffisante ou une déchirure du cordon, ou à quelque condition pathologique du sang ou des vaisseaux de l'enfant. Les hémorrhagies dues à cette dernière cause sont rares. D'après les statistiques, on les a rencontrées dans un tiers des cas chez des filles et dans deux tiers des cas chez des garçons; cependant il est peu probable qu'on doive accorder une influence au sexe. Le plus grand nombre de ces hémorrhagies surviennent après la chute du cordon. Dans certains cas la cause de cet incident est l'hémophilie. La syphilis doit surtout être incriminée. Il peut se produire ou un défaut de coagulation du sang, ou un état inflammatoire des parois des vaisseaux. L'ictère des nouveau-nés s'accompagne souvent d'hémorrhagie ombilicale. Ces hémorrhagies se produisent en général sans symptôme prémonitoire. Le pronostic est très sombre, la mortalité étant de 90 0/0. Quand l'ictère et l'hémophilie sont réunis, le cas est à peu près désespéré. Le traitement peut être résumé de la façon suivante: 1° Appliquer sur l'ombilic une compresse de lint ou une éponge trempée dans une solution astringente, comme le tannin. 2° Si l'hémorrhagie ne s'arrête pas, recouvrir la région ombilicale d'une épaisse couche de plâtre et maintenir cette dernière, une fois consolidée, à l'aide d'un bandage. 3° Comme dernière ressource, embrocher l'ombilic par deux aiguilles rectangulairement placées et enrouler autour une ligature en forme de huit. 4° On donne à l'enfant un laxatif et quelques gouttes d'eau-de-vie dans du lait stérilisé.

L'auteur a accouché une femme d'un enfant qui naquit presque asphyxié. On lia le cordon avec soin. Deux jours après survint une hémorrhagie; le sang épanché ne se coagulait pas. Cette hémorrhagie s'arrêta; mais l'enfant vomit du sang à plusieurs reprises. On lui fit prendre à l'intérieur du tannin. Un peu après apparut de l'ictère; puis l'hémorrhagie reparut. On appliqua un plâtre; mais l'enfant mourut quelques instants après. Il n'y avait pas d'antécédent syphilitique.

CHIRURGIE

Otite moyenne purulente (A case of chronic purulent otitis media, with facial paralysis; sequestra from the auditory canal), par BURNETT (*Medical News*, 24 novembre 1894, p. 579). — Une femme de 20 ans vint à l'hôpital pour une affection de l'oreille; à l'âge de 10 ans, elle avait eu la rougeole; elle n'avait jamais eu la scarlatine. Dans les années qui suivirent sa rougeole, toutes les fois qu'elle avait un refroidissement, elle avait des douleurs d'oreille et de l'otorrhée. Il y a trois ans, sept ans après le début de l'otite chronique, elle eut des douleurs d'oreille très intenses; une collection purulente assez volumineuse se forma au-dessus de l'oreille; cependant elle se vida spontanément par l'oreille. Il y a deux ans, nouvelle attaque douloureuse du côté de l'oreille, suivie d'une paralysie faciale qui a persisté depuis. La malade a toujours maintenu dans son conduit auditif des tampons de coton qui s'opposaient à l'issue des matières septiques et favorisaient le processus de nécrose.

Actuellement elle présente, outre sa paralysie faciale, une grosse collection purulente supra-auriculaire s'étendant en avant jusqu'au voisinage de l'artère temporale et en arrière jusqu'à la limite de l'apophyse mastoïde. En pressant cette collection, on ne peut pas faire sourdre le pus dans la caisse du tympan ou dans le conduit auditif. Toute la région auriculaire est très sensible au moindre contact. On endormit la malade et on incisa au niveau de la partie inférieure de l'abcès, au niveau de la partie supérieure de l'apophyse mastoïde. Il en sortit un pus fétide, de couleur foncée. On ne put, par une exploration au stylet, trouver aucune région osseuse dénudée. Pendant 15 jours, on fit deux fois par jour un lavage de la cavité abcédée à l'aide d'une solution de sublimé au 1/5000e et un lavage à l'alcool du conduit auditif et de l'oreille moyenne. L'abcès diminua graduelle-

ment; l'écoulement provenant de l'oreille moyenne diminua aussi. On put alors retirer du conduit une sorte de masse fibreuse à aspect de polype et insérée près du méat; avec cette masse vint un spicule osseux incurvé. On vit alors que la cavité du canal était occupée par un séquestre. On retira, le malade étant endormi, deux séquestres de la grosseur d'un pois. Ces séquestres étaient creusés de petites cavités qui permettaient de penser qu'ils provenaient de la région mastoïdienne. La malade finit par guérir; mais naturellement la paralysie faciale persista.

L'otite moyenne des diabétiques (Ueber Otitis media diabetica), par Davidsohn (*Berl. klin. Woch.*, 1894, n° 51, p. 1157). — Le point de départ du travail de l'auteur est l'observation d'une otite moyenne chez une femme de 49 ans. Il y a vingt ans, la malade a déjà eu une otite moyenne du côté gauche avec mastoïdite qui guérit assez rapidement. Cette fois, l'otite moyenne fut particulièrement grave. Malgré la trépanation précoce, on trouva la mastoïde presque complètement détruite; de plus, l'opération faite aseptiquement fut suivie d'un phlegmon grave du cou. L'examen des urines révéla alors la présence du sucre. La malade fut mise à la diète et finit par guérir.

L'auteur soutient que l'otite moyenne est produite chez les diabétiques par les mêmes causes que chez les non-diabétiques. Seulement chez les premiers l'affection prend des allures graves et aboutit rapidement à la destruction de la mastoïde. Mais cette destruction rapide de l'os n'est pas une raison de supposer, comme le font la plupart des auteurs, que l'otite débute chez les diabétiques par une mastoïdite. Au contraire, l'analyse très détaillée des symptômes présentés par la malade conduit l'auteur à admettre que chez les diabétiques aussi, l'otite moyenne débute par la caisse et est due à une infection s'effectuant à travers les trompes.

L'auteur a opéré sans se douter qu'il avait affaire à une diabétique. Aussi pose-t-il en règle que l'examen des urines, au point de vue du sucre, doit être de rigueur dans chaque intervention sur la mastoïde. Si le temps ne presse pas, il faut constituer le régime rigoureux et opérer quand le sucre aura disparu des urines; dans le cas contraire, opérer en pleine glycosurie.

Adhérence cicatricielle syphilitique de la langue au palais et au pharynx (A case of syphilitic cicatricial adhesion of the tongue to the palate and pharyngeal walls, with notes of operation), par Vansant (*Medical News*, 1er décembre 1894, p. 606). — Il s'agit d'un homme de 45 ans qui huit ans après l'injection fut pris d'accidents buccaux sous forme d'ulcérations du dos de la langue et du voile du palais, qui gagnèrent ensuite les bords de la langue, les gencives et la muqueuse de la voûte palatine et donnèrent lieu à la formation d'adhérences cicatricielles entre la langue, la face interne des gencives et le palais, si bien qu'au bout de six semaines il ne resta plus qu'un étroit passage, ayant une largeur de 1 cm. environ et répondant au milieu du dos de la langue. La section des adhérences fut faite de la façon suivante: On passa des ligatures au niveau des piliers antérieurs et, à l'aide des ciseaux et du cautère, on disséqua le tissu cicatriciel jusqu'à l'épiglotte; on sépara ensuite la langue des mâchoires, on sutura les surfaces disséquées pour les empêcher d'adhérer de nouveau. Malgré toutes ces précautions, les adhérences se reformèrent, et lorsque, le malade revint, au bout d'un an, il ne pouvait plus se nourrir et respirait avec difficulté. Pour obvier à cet état, on fit, après la trachéotomie préventive, une incision semi-circulaire au-dessous du menton, de façon à séparer les tissus mous de la face interne du maxillaire inférieur; la langue fut attirée en avant et en bas à travers cette ouverture. On attaqua alors le tissu cicatriciel et on disséqua les côtés de la langue pour la séparer des gencives; on attira ensuite la langue plus en avant, et après l'ouverture de 4 abcès — abcès qui étaient des gommes des amygdales — deux de chaque côté de la langue, on disséqua le tissu cicatriciel de la langue formant une sorte de gangue, de même que les adhérences qui se trouvaient derrière les amygdales et attachaient la base de la langue aux parties latérales et postérieures du pharynx. Les bords de la plaie de la langue et du palais furent alors unis avec soin par des sutures, on ferma l'ouverture pratiquée sous le menton et on passa un fil à travers le bout de la langue pour empêcher cette dernière de retomber en arrière. La plaie de la trachée guérit en huit jours, seulement les adhérences ne tardèrent pas à se reproduire, si bien qu'après trois nouvelles interventions le malade finit par succomber.

BIBLIOGRAPHIE

Traité médico-chirurgical de l'hépatite suppurée des pays chauds, grands abcès du foie, par L.-E. Bertrand, médecin en chef de la marine, ancien professeur aux écoles de médecine navale, membre de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, et J. Fontan, professeur de chirurgie navale et de chirurgie d'armée à l'école de médecine navale de Toulon, membre correspondant de la Société de chirurgie. In-8° raisin de 732 pages, avec tracés et figures. Prix: 16 francs. *Société d'Éditions scientifiques, place de l'École de Médecine*, 1895.

Le livre que MM. Bertrand et Fontan présentent au public médical est la plus complète des monographies de l'*hépatite suppurative*.

Officiers supérieurs du corps de santé de la marine, professeurs aux écoles de médecine navale, chefs d'importants services de médecine ou de chirurgie dans les hôpitaux maritimes et, plus particulièrement, à l'hôpital Saint-Mandrier, lieu principal, sinon unique, de débarquement pour les malades rapatriés par les transports de l'Extrême-Orient, établissement nosocomial aussi riche en sujets d'étude, pour la pathologie coloniale, que n'importe quel hôpital du plus malsain des pays intertropicaux, MM. Bertrand et Fontan possédaient l'autorité scientifique requise et les éléments matériels voulus pour écrire un livre qui, comme le leur, fût tout à la fois une œuvre personnelle et la synthèse des meilleurs travaux que compte, sur ce sujet, la littérature médicale de tous les temps et de tous les peuples.

Le livre comprend onze chapitres: Le premier est une étude *historique générale*, avec citations et commentaires. Le second traite de la *distribution géographique* de l'hépatite suppurative. Pour apprécier la fréquence relative de cette maladie sur les divers points du globe, les auteurs se sont, comme ils le disent, efforcés de substituer des chiffres aux formules conventionnelles de la plupart des traités. Ce n'est pas leur faute si les statistiques qu'ils produisent à cet effet ne sont pas, absolument toutes, récentes et inédites. Le troisième est relatif à l'*anatomie pathologique*. Un grand nombre de nécropsies, d'examens histologiques et d'expériences sur les animaux ont permis à MM. Bertrand et Fontan de contrôler sur ce point les travaux antérieurs, de les confirmer, de les compléter ou de les rectifier au besoin. Le quatrième est un exposé analytique et critique des *causes* présumées ou certaines de la maladie dont ils s'occupent. La dysenterie est, pour eux comme pour tous les médecins versés dans la pathologie coloniale, le grand facteur étiologique des suppurations du foie. Le cinquième est une étude de *pathogénie*. Le sixième se rapporte à la *symptomatologie générale*. Les formes type, fruste, larvée et de l'hépatite y sont soigneusement étudiées. Le septième consacre aux *migrations* des abcès tous les développements que comporte cette intéressante question. Le huitième traite de la *symptomatologie analytique*. Il compte plusieurs paragraphes absolument neufs. Les *complications et suites* font l'objet du neuvième chapitre. Le dixième est une étude à fond du *diagnostic* et du *pronostic*. Au onzième et dernier appartiennent la *prophylaxie*, le *traitement médical* et le *traitement chirurgical* avec ses complications et ses suites. Cette partie du livre de MM. Bertrand et Fontan est destinée à faire marcher la thérapeutique des abcès du foie dans une voie féconde. Cette maladie, peu connue et peu opérée dans les grands centres scientifiques, n'avait pas bénéficié, dans une assez large mesure, des progrès de la chirurgie antiseptique. Les auteurs, en multipliant les preuves statistiques, les détails de technique opératoire et les exemples tirés en grand nombre de leur pratique personnelle, ont tenu à prouver que la chirurgie du foie est aussi légitime et doit être aussi heureuse que toute autre chirurgie des viscères, celle des organes

génitaux de la femme, par exemple. Les médecins de l'armée, de la marine, des colonies, trouveront dans ce chapitre assez de faits et de descriptions pour se familiariser définitivement avec toutes les manœuvres opératoires que comportent les diverses variétés d'abcès du foie.

L'ouvrage se termine par une série d'*observations* cliniques choisies, dont un grand nombre inédites, et un riche répertoire bibliographique *non copié*.

En dernière analyse, le livre de MM. Bertrand et Fontan est une œuvre originale, fortement documentée. S'il n'était convenu qu'en ces questions, « le temps ne fait rien à l'affaire », nous pourrions ajouter qu'il représente un travail assidûment poursuivi, pendant trois ans, sur des matériaux tirés, non seulement des bibliothèques, mais encore, et surtout, de l'observation clinique et anatomique directe.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses des Facultés.

ETUDE SUR LES INFECTIONS URÉTHRALES NON GONOCOCCIQUES, par BARBELLION.

Les infections uréthrales non gonococciques, très fréquentes chez l'homme, le sont encore plus chez la femme. Elles sont primitives ou secondaires. Les infections primitives sont rares et peu graves. Les infections secondaires se produisent pendant l'uréthrite gonococcique (infections mixtes), ou bien après la blennorrhagie (infections post-gonococciques). Elles ont une évolution particulière, différente de celle de la blennorrhagie. On y rencontre les microbes les plus divers. Ces microbes sont les agents des complications de la blennorrhagie. Les uréthrites non gonococciques sont contagieuses et intéressent à ce titre, non seulement l'individu, mais aussi l'espèce. A ce point de vue, elles se présentent sous deux aspects différents. Si elles sont superficielles, elles sont facilement curables, mais récidivent souvent. Dans ces conditions, elles ne constituent pas une contre-indication absolue au mariage, à la condition que le mari et la femme suivent un traitement régulier qui les protège contre leurs dangers réciproques. Si, au contraire, elles sont profondes ou extra-uréthrales, elles sont pour l'individu un danger très sérieux, à cause des complications possibles et doivent l'empêcher de se marier jusqu'à la guérison; si celle-ci est possible. Le traitement est subordonné à l'extension de la maladie, à ses localisations, à son intensité.

VARIÉTÉS

Légion d'honneur. — M. le Dr Lorey (de Paris) est nommé chevalier.

Décorations académiques. — Sont nommés officiers de l'instruction publique : MM. les Drs Balestre (de Nice), Barbaud (de Paris), Beurnier (de Paris), Blondel (de Paris), Bouchut (de Paris), Bourgeois (de Reims), Broussin (de Marly-le-Roi), Bütterlin (de Baume-les-Dames), Dubois (de Villers-Bretonneux), Dubousquet-Laborderie (de Saint-Ouen), Emery Desbrousses (médecin principal), Frébault (de Paris), Grenier (de Paris), Lalesque (d'Arcachon), Laselle (de Lermont), Le Blond (de Paris), Lecerf (de Valenciennes), Lécuyer (de Beaurieux), Marcellin (de Sausses), Miquel (de Paris), de Soyre (de Paris), Surre (de Saint-Cloud), Tachard (de Colombes), Vendrand (de Villers-Cotterets), Vigier (de Paris), Wassermann (de Paris).

Sont nommés officiers d'Académie : MM. les Drs Amirault (de Londres), Bach (de Concots), Bardet (d'Anet), Bernard (de Paris), Billot (médecin-major), Binet de Jassonneux (de Meymac), Brohon (de Paris), Capitrel (de Vimoutiers), Cassagne (de Soueich), Catrin (du Val-de-Grâce), Caudron (de Paris), Chaudony (de Mézel), Chavane (de Paris), Chevalerias (de Paris), Chevalier (de Paris), Colin (de Paris), Collonges (de Bagnères), Delage (de Paris), Deléage (de Paris), Delmas-Marsalet (de Bordeaux), Doillon (de Vesoul), Dubarry (de Condom), Dupain (d'Alençon), Fayes (de Paris), Foubert (de Saint-Savinien), Froger (de Paris), Girat (de Paris), Granjon-Rozet (de Saint-Etienne), Gripouilleau (d'Amboise), Hudellet (de Bourg), Imbert (de Vendôme), Jean (de Paris), Jaziewiez (de Paris), Jeanton (de Paris), Klein (de Paris), Kortz (de Paris), Kuhn (de Paris), Lacaille (de Paris), Lanos (de la Haye-Pesnel), Lebreton (de Lessay), Lefèvre (de Paris), Lutel (de Troyes), Magnien (de Beauvais), Malbec (de Paris), Marevery (de Paris), Marty (de Lasméjouls), Mesnard Aron (de Paris), Moulinet (de Bourg), Perchaux (de Paris), Picquet (de Chatillon-de-Michaille), Plausen (de Touset), Pollet (de Douai), Puech (de Bozouls), Ramadier (de Rodez), Mayer (des Andelys), Ribard (de Meudon), Richer (de Paris), Richard (de Paris), Riocreux (de Paris), Sailly (de Paris), Saint-Hilaire (de Paris), Sallefranque (de Saint-Maur-les-Fossés), Salomon (de Savigné-l'Evêque), Soula (de Pamiers), Vedel (de Lunel).

Bureau central de médecine. — Un concours pour trois places sera ouvert le lundi 18 février 1895, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, 3.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au Secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le vendredi 18 janvier 1895, et sera clos définitivement le samedi 2 février, à trois heures.

Société de médecine de Toulouse. — Siège : Rue des Lois, 30. — PROGRAMME DES PRIX POUR 1895. — *Prix Jules Naudin.* — Des angines à fausses membranes. Valeur du prix : 1,000 francs.

Prix de Mme Adrien Gaussail. — Etude chimique des eaux minérales salines françaises, pyrénéennes et sous-pyrénéennes. Valeur du prix : 1,000 francs.

PROGRAMME DES PRIX POUR 1896. — *Prix de Mme Adrien Gaussail.* — Les infections intra-utérines du fœtus, excepté la syphilis. Valeur du prix : 2,000 francs.

Prix Couseran. — Valeur du prix : 500 francs. Le prix Couseran sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire adressé à la Société sur la pharmacie ou les sciences accessoires à cet art. Pour être admis au concours, les auteurs devront être Français et étudiants en pharmacie. Ils devront joindre à l'envoi de leur travail les certificats authentiques de quatre années de stage officinal, dont deux années au moins dans la même officine.

Médailles d'encouragement. — Indépendamment des prix ci-dessus, la Société peut décerner chaque année quatre médailles d'encouragement : vermeil, argent ou bronze, aux auteurs des meilleurs mémoires ou observations, à leur choix, pourvu que ces ouvrages n'aient pas été imprimés ou communiqués à quelque autre Société savante (art. 31 des statuts).

Conditions générales des concours. — Les mémoires écrits *lisiblement*, en français, sont seuls admis à concourir ; ils devront être adressés *franco* à M. le secrétaire-général, au siège de la Société, *avant le 1er janvier* de l'année dans laquelle le prix doit être décerné, terme de rigueur. Ils seront accompagnés d'une épigraphe ou devise qui sera répétée sur une enveloppe cachetée contenant le nom de l'auteur.

Les mémoires dont les auteurs se seraient fait connaître directement ou indirectement, ceux qui auraient été déjà publiés ou présentés à une Compagnie savante ne seront pas admis à concourir.

Les mémoires manuscrits sur divers sujets, destinés au concours des *médailles d'encouragement*, devront parvenir *franco* à M. le secrétaire-général *avant le 1er mars* de chaque année.

Suivra-t-on cet exemple? — La municipalité de Sydney (Australie) a décidé qu'une amende d'une livre sterling (25 francs) sera payée par toute personne qui crachera par terre, soit dans les édifices publics, soit dans la rue.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON 12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

La déclaration obligatoire des maladies épidémiques.

Il y a un peu plus d'une année que le gouvernement a édicté la déclaration obligatoire des maladies épidémiques, prescrite par l'article 15 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine. Il ne semble pas que les difficultés aient été bien grandes dans la pratique, à moins que l'arrêté ministériel n'ait été accueilli, dans la plupart de nos départements, avec une indifférence qui serait restée jusqu'ici singulièrement discrète. Nous croyons savoir, d'ailleurs, que des renseignements ont été demandés récemment à tous les préfets, de telle sorte qu'on saura bientôt à quoi s'en tenir à cet égard.

L'accord paraît, en tout cas, s'être fait presque unanime sur les avantages de la déclaration; le syndicat médical de la région de Montpellier les reconnaît en principe dans sa dernière délibération, au point de vue de la prophylaxie des maladies infectieuses; l'Union des syndicats, dans son assemblée générale du 9 décembre dernier, s'y associe. Les oppositions assez vives du début sont tombées; on ne discute plus que sur les détails d'application. Nous aurions mauvaise grâce à nous en étonner, car nous avons été de ceux qui ont, tout d'abord, pensé et écrit qu'il y fallait une grande prudence et qu'on y devait, avant tout, tenir compte des justes susceptibilités du corps médical. Il n'est pas douteux que des modifications devront être introduites dans les errements adoptés; doit-on les attendre du vote du projet de loi pour la protection de la santé publique, actuellement soumis à l'adoption du Sénat, en arrivera-t-on à les faire à une date moins aléatoire et plus rapprochée? La seconde alternative paraît, à tous égards, préférable.

La déclaration obligatoire par le médecin des maladies épidémiques a soulevé, pour son application, trois principales critiques s'adressant à la liste établie, au mode adopté pour la transmission de la déclaration à l'autorité, et enfin à ses conséquences pour les malades et leurs familles.

La liste comprend actuellement douze maladies ou groupes de maladies : la fièvre typhoïde, le typhus exanthématique, la variole et la varioloïde, la scarlatine, la diphthérie (croup et angine couenneuse), la suette miliaire, le choléra et les maladies cholériformes, la peste, la fièvre jaune, la dysenterie; les infections puerpérales lorsque le secret de la grossesse n'aura pas été réclamé, l'ophthalmie des nouveau-nés. Cette énumération, essentiellement revisable d'ailleurs, pourrait être débarrassée sans inconvénient de quelques affections, telles que la dysenterie, et augmentée de quelques autres qui sévissent bien plus encore à l'état épidémique et dont la prophylaxie se trouve trop souvent entravée par ce silence. La facilité avec laquelle on s'est, en général, prêté à l'application de la loi autorise l'Académie et le Comité d'hygiène à tenter cette revision, maintes fois déjà demandée.

Le corps médical s'est montré moins disposé à approuver le procédé administratif choisi pour faire la déclaration à l'autorité publique. La complication du double numérotage, celui de la maladie à dénoncer et celui du médecin et surtout l'embrigadement apparent de celui-ci par suite de ce numérotage, n'ont pas été sans provoquer certaines difficultés. Le Syndicat médical de la région de Montpellier estime que « le secret médical ne paraît pas suffisamment sauvegardé par la réalisation matérielle des carnets de déclaration actuellement distribués aux praticiens. Les cartes que l'on expédie au maire et au sous-préfet sont des cartes ouvertes, en sorte que le nom et l'adresse des malades sont exposés à la connaissance de tous ceux qui les manient. Certainement, la maladie n'y est désignée que par un numéro; mais, étant donné le petit nombre d'affections dont la déclaration est obligatoire, il devient facile à chacun de se renseigner sur la nature des cas ». Aussi demande-t-il « de remplacer, pour une plus grande sauvegarde du secret professionnel, les cartes de déclaration ouvertes par des cartes fermées ». Nous n'y voyons assurément aucun inconvénient, sans nous dissimuler que les maladies pour lesquelles la déclaration est faite sera tout autant et tout aussi vite connue des personnes auxquelles on pense

pouvoir la cacher. Elles sont, en effet, de celles dont tout le monde est bien vite informé dans l'entourage et dans le voisinage, et l'article 15 de la loi de 1892 a précisément pour but de dégager le médecin de l'obligation d'un secret qu'il était le seul à devoir garder et qui n'existait en fait pour personne.

Il est plus difficile de savoir s'il y a avantage à ce que la déclaration incombe au médecin seul, ou bien aux ayants-droit, ou encore à tous les deux. Une grande partie du corps médical a toujours demandé et persiste à demander que le chef de famille, le patron de l'établissement ou les personnes appelées pour soigner le malade en soient seuls chargés; cependant l'Union des syndicats ajoute que « cette formalité ne saurait dispenser le médecin, l'officier de santé ou la sage-femme de la déclaration à laquelle ils sont personnellement tenus. » La question sera posée de nouveau devant le Sénat, dont la commission admet, comme la Chambre des députés, la double déclaration. Y verrait-on une garantie nouvelle pour assurer à l'autorité des sources d'informations, ou bien plutôt pense-t-on que la famille ou les proches du malade pourront ainsi peu à peu en dispenser le médecin? Nous avons toujours été d'avis que la déclaration ne pouvait être utilement faite que par celui qui en constate la nécessité et dont le diagnostic entraîne les conséquences qu'elle doit avoir. Il faut aussi reconnaître, comme nous l'avons montré autrefois, que dans les pays où les villes où la déclaration médicale est pratiquée le mieux et sans difficultés depuis de longues années déjà, le médecin seul en est chargé, afin d'éviter toutes complications fâcheuses et surtout tous retards dans l'application des mesures prophylactiques.

C'est en effet ce dernier point qui domine toute la question, tout le monde le reconnaît aujourd'hui. A cet égard le Syndicat médical de la région de Montpellier vient de présenter certaines objections, dont la plupart méritent qu'on s'y arrête.

« La nouvelle loi, dit-il, ne reconnaît et ne sauvegarde pas assez l'initiative du médecin traitant. Absolue dans sa forme et trop égalitaire dans ses conclusions, elle identifie toutes les espèces et ne considère que le principe d'ensemble, le but général à remplir, à savoir: l'atténuation maxima des risques de contamination. Or, en pratique, il est des distinctions qui s'imposent. Dans certains milieux, rebelles à toute innovation ou incapables de faire face aux exigences matérielles d'une désinfection sérieuse, il est juste que les pouvoirs publics prennent sous leur responsabilité et à leur charge la réalisation des mesures prophylactiques. Mais, d'autre part, en des sphères plus éclairées sur la nécessité de la prophylaxie et plus en mesure de la poursuivre matériellement, cette réalisation, personnelle, assurée et dirigée par le médecin traitant, paraît au moins équivalente (pour ne pas dire supérieure) à l'intervention officielle, forcément limitée aux mesures indispensables... N'est-il pas à craindre, enfin, qu'en pratique, sinon en droit, le médecin de la famille, rassuré par la perfection des mesures prises et la conscience désormais à l'aise, ne s'expose volontairement à une irrégularité en ne faisant pas sa déclaration?

« De l'opportunité d'une intervention administrative, le médecin traitant peut et doit, à notre avis, être seul juge et nous objectiverons notre opinion dans la formule suivante : il serait désirable de laisser au médecin traitant une certaine initiative dans l'exécution des mesures de prophylaxie. Toutes les fois que les mesures prophylactiques prises sous sa direction lui paraîtront assez complètes pour qu'il estime en pouvoir accepter la responsabilité, il devrait suffire que sa déclaration porte en note la mention « prophylaxie assurée » pour que les pouvoirs publics s'abstiennent désormais d'intervenir. Si, au contraire, le milieu est suspect d'inexécution des prescriptions requises, la déclaration sera faite purement et simplement, et, règlements en main, le médecin officiel remplira sa tâche. Il y aurait à cette combinaison plusieurs avantages : tout d'abord, les déclarations seraient bien plus régulièrement effectuées pour le plus grand bénéfice des statistiques municipales. Il y aurait aussi économie du temps, toujours précieux, des médecins municipaux, économie enfin des deniers administratifs. »

On peut convenir qu'il s'agit là de conditions locales qu'il est assez malaisé de définir dans un texte législatif; car celui-ci ne peut viser que des mesures générales, dont l'application raisonnée peut parfois être abandonnée aux initiatives privées lorsque celles-ci sont à même de pouvoir utilement s'exercer. Sans doute, lorsque la prophylaxie est directement assurée par les intéressés, les services publics auraient mauvaise grâce à s'imposer; mais on voudra bien reconnaître que ce seront toujours là des cas exceptionnels, au fur et à mesure surtout de la généralisation des services administratifs de prophylaxie.

L'Union des syndicats de la région de Montpellier a voulu dire, avec la plus grande raison, qu'il ne fallait pas toujours tout attendre de l'intervention de ceux-ci, surtout dans les campagnes et dans les petites villes, et qu'il était toujours préférable que le médecin traitant fasse appliquer par la famille du malade les précautions les plus faciles et les plus indispensables. « Que la mesure précédente soit ou non prise en considération, ajoute-t-il, il y aurait utilité à ce que le Comité consultatif d'hygiène publique rédigeât et adressât officiellement à tous les médecins de France et aux municipalités des prescriptions minutieuses relatives aux mesures prophylactiques à prendre en face des maladies infectieuses réputées contagieuses. L'antisepsie du malade, de l'entourage, du milieu, pendant et après l'évolution morbide, y serait étudiée en détail et expressément réglée. Tout médecin pourrait de la sorte, dès le diagnostic établi, prévenir efficacement la transmission du mal, en attendant l'intervention du médecin de la municipalité aux termes de la loi actuelle, ou en place de cette intervention dans les cas prévus par la première conclusion si elle est adoptée. »

Le Comité, qui revise en ce moment les « Instructions pour empêcher la propagation des maladies transmissibles », est très préoccupé de définir les moyens les plus simples et les plus pratiques afin que des mesures prophylactiques puissent être appliquées dès le début de ces affections et dans les conditions les plus diverses. Dans les grandes villes, cela est relativement aisé; de même dans les campagnes, pour peu que l'on imite l'exemple si heureusement et si remarquablement donné M. le Dr Jeanne dans le canton de Mantes; mais, en attendant qu'on ait pu agir ainsi, ou de toute autre manière équivalente, sur tous les points du territoire, il

n'en est pas moins utile de préciser les mesures qui, dans l'état actuel de la science, peuvent le plus efficacement être mises à exécution par les familles elles-mêmes. Si c'est là ce que demande le syndicat de Montpellier, tout le monde y souscrira d'autant plus volontiers que le médecin traitant s'y prêtera plus aisément et permettra, lorsque l'intervention administrative sera néanmoins nécessaire, de s'exercer plus aisément. Ainsi la déclaration médicale obligatoire aura tenu toutes ses promesses.

A.-J. Martin.

REVUE GÉNÉRALE

La suture des veines.

I

Il est certain que les procédés d'hémostase que nous avons actuellement à notre disposition, la ligature totale ou latérale, le pincement temporaire, le tamponnement, etc., suffisent largement dans l'énorme majorité des cas. Mais dans certaines hémorrhagies veineuses, ces procédés deviennent insuffisants ou ne peuvent même être appliqués. Prenons pour exemple les plaies de la veine fémorale. On sait que dans ces cas la situation du chirurgien est des plus critiques si bien que parfois on a conseillé la ligature simultanée de la veine et de l'artère.

C'est un fait connu, et, malgré les recherches expérimentales de Trzebicki et Karpinski (1), malgré le succès relatif que la ligature de la veine fémorale donna récemment à v. Bergmann (2), le chirurgien hésitera souvent à jeter une ligature sur cette veine. La plaie de la veine porte, à laquelle succomba le Président Carnot, est un autre exemple, exceptionnel il est vrai, de l'insuffisance de nos moyens ordinaires d'hémostase.

Il faut donc savoir gré à Schede (3), le très connu chirurgien de l'hôpital de Hambourg, d'avoir récemment insisté sur un procédé d'hémostase méconnu ou plutôt peu apprécié, la suture des veines. Dans son travail, Schede rapporte, entre autres, une observation tout à fait suggestive. Au cours d'une néphrectomie pour cancer du rein droit, il avait par mégarde ouvert la veine cave inférieure. Pour arrêter l'hémorrhagie, il eut recours à la suture de la plaie veineuse, puis termina l'opération comme d'habitude. Le malade succomba à la cachexie quinze jours après l'opération. L'autopsie montra que la suture avait parfaitement tenu, que la plaie de la veine cave était remplacée par une cicatrice linéaire et que le vaisseau était perméable dans toute son étendue.

Dans les considérations qui suivent cette observation, Schede ajoute qu'il a fait plus de trente fois la suture des gros troncs veineux dans les plaies accidentelles ou opératoires de la fémorale, de l'axillaire, de la jugulaire, etc., et s'en est toujours bien trouvé. La suture des veines semble donc être pour Schede un procédé d'hémostase normal, courant, qui, dans les plaies des veines, vaut bien les procédés classiques, s'il ne leur est pas supérieur.

Schede fait à la ligature latérale et au pincement les objections suivantes.

(1) *Arch. f. klin. Chir.*, 1893, vol. XLV, p. 642.
(2) *Centralb. f. Chir.*, 1893, n° 17, p. 369.
(3) *Arch. f. klin. Chir.*, 1892, vol. XLIII, p. 338.

Contre la première, préconisée par Braun, il relève la mortalité considérable (50 à 75 0/0) pendant la période pré-antiseptique, la fréquence des hémorrhagies secondaires, le glissement du fil pendant l'époque moderne. Contre le second, le pincement temporaire, Schede fait valoir l'incertitude des résultats pour certains cas. Comme la pince ne peut être laissée en place plus de vingt-quatre à trente-six heures, on n'est jamais sûr d'avoir au bout de ce temps une réunion complète de la plaie ou un caillot protecteur suffisamment solide; et dans ces conditions retirer une pince appliquée sur la jugulaire ou la veine cave inférieure, c'est courir au-devant d'une hémorrhagie, qui peut se déclarer à la suite d'un effort, d'un mouvement brusque, d'une quinte de toux, etc. Comparée à ces deux procédés, surtout quand il s'agit de vaisseaux particulièrement importants ou lorsqu'il faut compter avec les chances de la circulation collatérale — la suture des veines constitue un procédé d'hémostase sûr et définitif, n'exposant à aucune surprise.

On voit qu'avec Schede nous sommes loin des conclusions de Nicaise (1) qui, en parlant de la suture des veines à l'occasion de l'observation de Gensoul (suture de la jugulaire chez un cheval), soutenait qu'il n'y avait pas lieu de songer à cette opération dans le traitement des plaies des veines chez l'homme. C'est aussi du reste, mais moins ferme, la conclusion de Vinay (2) qui dans un travail récent consacre quelques lignes seulement à la suture des veines pour engager le chirurgien à recourir plutôt à la ligature ou à la forcipressure. De même Niebergall (3), qui a récemment publié un travail très intéressant sur l'hémostase dans les plaies des veines. Cet auteur arrive notamment à conclure que sur les trois procédés d'hémostase dans les plaies des gros troncs veineux — la ligature latérale, la suture et le pincement — le pincement est le procédé le plus sûr, le plus commode et le plus efficace.

Le désaccord est donc complet entre Schede et Niebergall qui a pour lui, il le semble du moins, la majorité si ce n'est pas la totalité des chirurgiens. Inutile de dire que là où une pince ou une ligature peut être placée sans inconvénient, Schede ne fait pas de suture. Mais dans les circonstances spécifiées par Schede, ou bien encore dans les cas que nous avons choisis pour exemple — plaies de la veine porte, plaies de la fémorale — ou enfin dans les conditions où le prompt établissement de la circulation collatérale est de toute importance, la suture est un procédé utile que le chirurgien aurait tort de négliger. Pour ce qui est plus particulièrement de la dernière catégorie de faits — prompt établissement de la circulation collatérale — on ne pourrait citer rien de plus démonstratif que l'observation de Heinecke (4). Au cours de l'extirpation d'une tumeur du cou, il ouvrit la veine sous-clavière, et pour arrêter l'hémorrhagie par la ligature, il fut obligé de réséquer préalablement l'extrémité interne de la clavicule. Le malade eut dans la suite un œdème de la face, un épanchement pleural, des phénomènes congestifs du côté du cerveau, et finit par guérir. D'après Heinecke, si les suites de la ligature n'ont pas été plus graves, c'est que le malade avait déjà subi antérieurement une résection partielle de la jugulaire interne, laquelle résection eut pour résultat le développement d'une circulation collatérale très accusée. Mais n'est-il pas évident que tous ces accidents auraient pu être évités par la suture de la veine?

(1) Thèse de Paris, 1872.
(2) Art. Veines, in *Dict. encyclop. des Sc. méd.*, vol. 38, p. 705.
(3) *Deut. Zeitschr. f. Chir.*, 1892, vol. XXXIII, p. 540.
(4) *München. med. Wochenschr.*, 1888.

On peut donc admettre avec Schede que la suture des veines rendra de grands services dans tous les cas où la suppression brusque de la voie principale peut provoquer des accidents pendant le développement de la circulation collatérale ; dans les cas où l'hémostase d'une veine importante ne peut être assurée par la ligature ni abandonnée aux hasards d'une ligature latérale ou d'une pince laissée en place pendant vingt-quatre heures ; dans les cas enfin où au cours de l'extirpation d'une tumeur on se trouve en face d'un envahissement des parois veineuses qu'il faut alors réséquer. Schede insiste tout particulièrement sur ce dernier point.

II

En admettant que la suture des veines soit, dans certaines conditions, un excellent procédé d'hémostase, on peut se demander si cette suture est possible au point de vue anatomique ou plutôt histologique, si elle n'expose pas à des accidents, si enfin elle rétablit réellement l'intégrité du vaisseau.

La réponse à ces questions est donnée en partie par les cas de Schede et les observations que nous aurons à examiner plus loin. Les recherches expérimentales faites sur le cadavre et les animaux ne sont pas moins démonstratives en montrant que la suture des veines est anatomiquement possible, rationnelle, et qu'elle assure l'hémostase en amenant la cicatrisation de la plaie.

L'étude expérimentale de cette question a été abordée par v. Horoch, par A. Mayr et par Tikhoff.

Les expériences de v. Horoch (1), faites sur trois chiens, comprenaient la section transversale ou longitudinale de la jugulaire ou de la fémorale, suivie de suture et d'examen de la pièce trois ou quatre semaines après l'opération. Cette étude, incomplète en ce sens qu'elle ne s'occupait que du résultat final de la suture, a montré qu'au niveau de la suture existait toujours un rétrécissement de la lumière du vaisseau, rétrécissement imperceptible quand la section a été faite parallèlement à l'axe du vaisseau, passablement accusée dans les sections transversales. Mais même dans ces cas, on pouvait aisément passer une sonde de moyen calibre. Toujours est-il que dans aucun de ces cas on n'a trouvé d'oblitération du vaisseau. Sur la face interne de la paroi veineuse, les bords de la plaie, la tunique interne étaient accolés et la ligne de réunion renforcée par la cicatrice linéaire des tuniques musculaire et adventice. Les fils de soie dont on s'était servi pour la suture étaient en place.

Les expériences de Mayr (2) ont été faites sur le cadavre. Cet auteur coupait transversalement et longitudinalement une grosse veine, la jugulaire ou la fémorale, réunissait la plaie par une suture, puis faisait passer dans le vaisseau un courant d'eau sous pression, en regardant si le liquide injecté ne passait pas à travers la plaie réunie. Ces expériences ont montré que la suture rétablissait la continuité du vaisseau, si bien que le liquide injecté sous une pression supérieure à celle sous laquelle le sang circule dans les veines, restait dans le vaisseau, ne rompait pas la ligne de sutures et ne sortait pas à travers la plaie.

Les expériences de Tikhoff (3), plus nombreuses et plus variées, aboutissent au même résultat, c'est-à-dire à la possibilité d'assurer l'hémostase d'un gros tronc veineux par la suture du vaisseau.

Comme v. Horoch, Tikhoff a choisi pour ses expériences le chien. Il faisait des sections transversales ou longitudinales des grosses veines, ou bien encore il taillait une fenêtre dans la paroi de la veine en en enlevant une partie, puis suturait la plaie. Les animaux (au nombre de 16 avec 30 sutures) étaient ensuite sacrifiés de 1 à 33 jours après l'opération et les pièces soumises à l'examen microscopique. Dans ces conditions, on pouvait suivre pas à pas les phases successives de la cicatrisation de la plaie.

Le premier phénomène que provoque la suture, la présence d'un corps étranger à l'intérieur du vaisseau, est la formation d'un thrombus pariétal qui isole la ligne de sutures, du sang qui continue à circuler dans le vaisseau. Dès les premières vingt-quatre heures on constate du côté des tisus sectionnés et surtout du côté du tissu conjonctif péri-vasculaire, des phénomènes réactionnels qui se manifestent par une infiltration de petites cellules rondes passant entre les tissus sectionnés et s'insinuant entre les sutures et le thrombus pariétal. De cette façon, très rapidement la suture ne se trouve plus à l'intérieur du vaisseau, isolée qu'elle est par le thrombus et les cellules embryonnaires. Les jours suivants, la suture paraît, sur les petites préparations, repoussée entre les segments de la musculaire et de l'adventice, et cette véritable élimination se continue les jours suivants, de sorte qu'au bout de quinze jours la suture se trouve reportée dans le tissu cellulaire péri-veineux.

Sur les mêmes préparations, on peut constater un autre phénomène fort curieux. A côté de l'infiltration inflammatoire, on voit notamment une prolifération de l'endothélium dont les cellules passent peu à peu sur le thrombus pariétal qu'ils arrivent au bout d'une dizaine de jours à recouvrir complètement, en l'isolant ainsi du sang qui continue à circuler dans la veine. De cette façon, le thrombus qui, les premiers jours, jouait le rôle d'une soudure temporaire de la paroi vasculaire, fi par en faire partie intégrante.

Les phénomènes ultérieurs de la cicatrisation consistent dans la résorption avec diminution progressive du thrombus pariétal et dans la transformation fibreuse et la vascularisation de l'infiltration. A la fin, la plaie est représentée par une étroite bandelette de tissu conjonctif cicatriciel réunissant les segments des tuniques et se continuant d'un côté avec le tissu cellulaire péri-vasculaire, de l'autre avec le thrombus pariétal. A la longue, la cicatrice en se rétrécissant finit par diminuer de volume, sans toutefois jamais disparaître complètement. Elle n'aurait aucune tendance à la distension.

En résumé, les phénomènes qui interviennent dans la cicatrisation de la plaie suturée sont : 1° la formation d'un thrombus nettement pariétal rétrécissant à peine la lumière du vaisseau ; 2° la réaction des tissus sectionnés se manifestant par une infiltration cellulaire qui s'insinue entre les segments des tuniques coupées en entourant la ligne de sutures; 3° l'organisation et la vascularisation du thrombus pariétal; 4° la prolifération de sa tunique et de son endothélium dont les cellules arrivent à recouvrir le thrombus organisé de façon à le transformer en partie intégrante de la paroi vasculaire; 5° l'élimination progressive de la suture vers la gaine du vaisseau; 6° la transformation du tissu embryonnaire en une cicatrice fibreuse solide qui réunit les segments des tuniques sectionnées.

C'est dans ces conditions que s'effectue la cicatrisation normale. Mais dans d'autres cas, quand la veine, par exemple, a été trop malmenée pendant l'application de la suture, la cicatrisation de la plaie s'effectue autrement.

Dans certains cas notamment, le thrombus pariétal prend des dimensions considérables de façon à rétrécir notablement la lumière du vaisseau. Le processus de

(1) *Allgem. Wien. med. Zeit.*, 1888, nos 22 et 23.
(2) *Ueber die Venennaht*, Dissert. Inaug., Erlangen, 1890.
(3) *Annales de chirurgie (russe)*, 1894, vol. IV.

cicatrisation marche alors plus lentement, mais on en retrouve encore les phases successives que nous avons notées plus haut. Les cellules endothéliales proliférées arrivent tout de même à recouvrir le thrombus, ce dernier subit également les phases successives d'organisation et de vascularisation. La cicatrice finit par se constituer, mais le vaisseau reste plus ou moins rétréci.

Dans d'autres cas encore, les préparations montrent la formation d'une thrombose totale avec oblitération complète du vaisseau. Dans ces conditions, le processus de cicatrisation n'a pas lieu : la portion pariétale du thrombus reste à sa place, l'endothélium ne prolifère pas, les sutures ne sont pas repoussées vers la gaine et la cicatrice fibreuse fait défaut. Dans certains cas enfin, avec formation d'un thrombus nettement pariétal, la prolifération des cellules endothéliales de la tunique interne dépasse les limites pour ainsi dire normales, et forme de véritables bourgeons qui arrivent au contact de la paroi opposée et s'y soudent en formant des brides épithéliales qui divisent la lumière du vaisseau en plusieurs compartiments dans lesquels la circulation s'effectue librement.

Un autre point qui découle des expériences de Tikhoff, c'est que dans aucun cas la plaie veineuse ne s'est réunie par première intention, par simple accolement des bords de la plaie. Sur certaines préparations, le thrombus pariétal était très réduit et la cicatrice figurée par une bande linéaire de tissu conjonctif; le processus de cicatrisation complexe était donc réduit au minimum, mais il existait et ne permettait pas d'affirmer l'existence d'une réunion par première intention.

A ces faits de laboratoire, nous pouvons en ajouter deux autres qui montrent que chez l'homme les choses ne se passent pas autrement, ou se passent encore mieux que chez les animaux. En effet, le malade auquel Schede avait fait la suture de la veine cave inférieure succomba 15 jours environ après l'opération. La suture en question a été faite au niveau de l'embouchure de la veine rénale droite.

L'examen de la pièce montra qu'au niveau de la suture la veine cave était légèrement rétrécie, mais parfaitement perméable. La tunique interne présentait une dépression linéaire lisse. Le catgut était résorbé, et nulle part on ne voyait trace de thrombose.

Dans un autre cas où Schede avait suturé la veine jugulaire interne, l'autopsie du malade, qui a succombé quelques mois après l'opération, a été faite en l'absence du chirurgien. Le prosecteur qui faisait l'autopsie n'a même pas cru devoir examiner le vaisseau d'apparence normale, croyant à une erreur de l'assistant de Schede qui affirmait que la veine avait été suturée quelques mois auparavant.

III

Les faits que nous venons de citer montrent que la suture d'une veine coupée ne présente rien de hasardé, n'expose à aucune surprise et aboutit à la reconstitution immédiate et presque intégrale du vaisseau. Disons encore que, d'après Tikhoff, la suffisance du vaisseau est pour ainsi dire complète dès que la suture est faite. Les premiers moments, un peu de sang suinte à travers les sutures, mais ce suintement ne dure pas plus de quelques minutes. Vient-on après la suture comprimer le bout central de la veine, on la voit se gonfler et les sutures résister malgré cette élévation de la pression intraveineuse. Par contre, la veine s'affaisse aussitôt qu'on comprime son bout périphérique. L'hémostase est donc complète et définitive aussitôt qu'on a noué le dernier fil.

Il y a un point dans les expériences de Tikhoff, sur lequel nous tenons à revenir. Nous avons vu en effet que dans certains cas la suture donne lieu à la thrombose totale du vaisseau. Cela suffit-il pour enlever à la suture tous ses avantages? Nous ne le croyons pas. Tout d'abord on peut affirmer que cette thrombose consécutive à la suture doit survenir plus rarement chez l'homme que chez l'animal en expérience. M. Tikhoff n'est pas chirurgien, et il est certain qu'une suture faite par un chirurgien de profession sera mieux faite que par un physiologiste, si habile qu'il soit. Du reste, Tikhoff dit lui-même que la thrombose avait lieu dans les cas où pendant la suture le vaisseau a été malmené. Or il n'y a pas de chirurgien qui ne sache dans ces conditions traiter un vaisseau avec la douceur, la délicatesse nécessaires en pareil cas. En second lieu, les conditions du traitement post-opératoire de la plaie sont tout autres chez l'homme et chez l'animal. Tikhoff dit du reste que, chez ses chiens, les plaies ont assez souvent suppuré, et bien qu'il n'indique pas les relations entre la suppuration de la plaie et la thrombose du vaisseau, tout porte à croire que cette relation devait exister.

Mettons même les choses au pis : la suture d'une grosse veine *peut*, chez l'homme, être suivie de thrombose totale du vaisseau. Il nous semble que même dans ces conditions le chirurgien n'a pas le droit d'hésiter dans le choix entre deux procédés, dont un, la ligature, produit fatalement la thrombose. Puis nous ne craignons pas d'y revenir — il existe des cas où la ligature est grave, peut-être même physiologiquement impossible. Tels les cas de plaies de la fémorale, de la veine cave inférieure ou supérieure, de la veine porte.

On peut enfin objecter les difficultés opératoires quand il s'agit d'une veine profonde. Mais cette objections n'en est pas une, et on peut dire que si Schede a pu faire aisément la suture de la veine cave inférieure, il n'y a pas de raisons pour que les autres chirurgiens n'en fassent pas autant. Pour toutes ces raisons, nous ne craignons pas de soutenir que, *dans certains cas et certaines conditions*, la suture de la veine constitue le procédé d'hémostase de choix.

Deux mots sur la technique de cette suture.

L'hémorrhagie du vaisseau ouvert est tout d'abord arrêtée par la compression digitale exercée de chaque côté de la plaie ou par une double ligature temporaire ou par des pinces à pression douce. On fait ensuite la suture comme s'il s'agissait d'une plaie ordinaire. Mayr conseille d'affronter très exactement les diverses tuniques du vaisseau et considère cet affrontement comme très important au point de vue du résultat final. Ces précautions paraissent inutiles à Schede qui fait la suture sans s'occuper de la disposition des tuniques, et à Tikhoff qui a vu le cicatrisation s'effectuer fort bien dans les cas où l'affrontement exact et respectif des tuniques sectionnées n'a pu être réalisé. Cet affrontement est du reste, d'après Tikhoff, fort difficile : souvent les bords de la plaie se plissent, forment des pochettes pour lesquelles on est obligé d'avoir recours à des sutures supplémentaires. La cicatrisation de ces plaies s'effectuerait pourtant d'une façon normale.

La suture qui conviendrait le mieux serait la suture continue. C'est du moins la conclusion qui découle des expériences de Mayr et de Tikhoff, qui ont étudié comparativement la suture continue et la suture à points séparés. C'est encore à la suture continue que Schede donne la préférence.

D'après v. Horoch, la suture doit être faite avec une aiguille ronde qui a l'avantage de creuser un canal dont les parois s'appliquent plus exactement contre le fil que lorsque la suture est faite avec une aiguille à arêtes.

Dans ses expériences v. Horoch a notamment constaté que le suintement initial de sang par les points de suture était moins marqué dans le premier que dans le second cas, tout en étant insignifiant dans les deux.

V. Horoch préfère pour cette suture la soie fine au catgut. C'est aussi l'avis de Tikhoff pour lequel le catgut se gonfle et se résorbe trop rapidement; dans ses deux premières expériences où il employa le catgut, il est même survenu une hémorrhagie secondaire, complication qui a fait défaut dans les autres expériences où la suture a été faite à la soie. Pourtant Schede n'emploie que le catgut auquel il reconnaît l'avantage de remplir, en se gonflant, plus exactement le canal creusé par l'aiguille.

Pour mieux assurer l'hémostase, Mayr conseille de suturer, par-dessus le vaisseau fermé, les tissus voisins, fibreux, aponévrotiques ou musculaires. Niebergall, qui adopte aussi cette suture complémentaire, cite à cette occasion un cas de plaie de la veine fémorale où l'hémorrhagie a été arrêtée par la seule suture des tissus sus-jacents à la plaie.

IV

La clinique montre également que la suture des grosses veines, loin d'être dangereuse, présente des avantages considérables et donne des résultats excellents. Nous avons cité les deux observations de Schede (suture de la jugulaire et de la veine cave inférieure) et la « trentaine » de cas sur lesquels il ne donne pas de renseignements. La statistique de Schede mise à part, la suture des veines a été faite une douzaine de fois : deux fois il s'agissait de la veine axillaire (Lister (1), Heinlein (2); une fois de la saphène interne au niveau de son embouchure dans la poplitée (Heinlein (3), six fois de la fémorale (Schede (4), Heinecke (5), Kummel (6), Tansini (7), Postempski (8), Lange (9), deux fois de la jugulaire interne (Czerny (10), Schede (11). Sur tous ces cas, un seul a échoué : celui où Czerny a suturé la jugulaire au milieu d'un foyer phlegmoneux consécutif à l'œsophagotomie pour corps étranger. Deux jours après la suture survint une hémorrhagie qu'on arriva à arrêter par la transfixation du vaisseau et le tamponnement. Il est pourtant certain que ce cas, qui est en même temps le premier cas de suture veineuse, ne peut entrer en ligne de compte.

Il nous semble inutile de rapporter en détail les observations que nous venons de signaler : elles paraissent calquées les unes sur les autres. Tous les auteurs notent expressément le rétablissement rapide de la circulation, l'absence de troubles circulatoires dans le domaine du vaisseau suturé, la cicatrisation de la plaie sans la moindre complication. En face de ces cas il nous semble intéressant de résumer brièvement la récente observation de Bergmann (12) où la ligature de la veine fémorale réussit fort bien, en ce sens qu'on n'a pas été obligé de recourir à la ligature simultanée de l'artère ni à l'amputation. Le malade guérit, mais non sans peine.

Il s'agit dans cette observation d'un garçon de 21 ans qui avait reçu un coup de couteau dans la cuisse, ayant ouvert la veine fémorale sur une étendue de 1 centimètre et demi, un peu au-dessus de l'embouchure de la saphène. L'hémorrhagie profuse une fois arrêtée par la ligature de la saphène et de la fémorale au-dessous de la plaie, le malade fut porté à l'hôpital. Lorsqu'on défit le pansement provisoire, l'hémorrhagie se déclara incoercible. En conséquence, on fendit le ligament de Poupart et on lia la fémorale tout à fait en haut. La nouvelle intervention n'eut aucun succès et l'hémorrhagie ne fut définitivement arrêtée que lorsqu'après avoir posé une nouvelle ligature sur le bout périphérique du vaisseau, un peu au-dessous de celle posée en ville, on excisa la portion intermédiaire de la veine, c'est-à-dire un tronçon de 5 centimètres environ. Dans la suite, le membre devint tuméfié, froid, bleuâtre, mais cet état alarmant se dissipa au bout de 24 à 36 heures et le malade guérit.

En rapportant cette observation, Bergmann fait observer que le danger de gangrène après la ligature de la fémorale est moins grand qu'on ne le suppose et que sur les 9 cas de ligature réunis par Chmolzow, la gangrène n'est survenue qu'une fois.

De notre côté, nous ferons observer que dans les 6 cas de plaie accidentelle ou opératoire de la veine fémorale avec suture, il n'y eut de complications d'aucune sorte et que l'hémostase définitive n'a pas nécessité quatre opérations sur un malade profondément anémié comme dans l'observation de Bergmann.

Ce qui se passe pour la veine fémorale se reproduit avec plus ou moins d'intensité quand on lie une autre veine volumineuse. L'observation de Heinecke (ligature de la veine sous-clavière), que nous avons reproduite au début de notre travail, en fait foi. Nous croyons donc inutile de multiplier les exemples destinés à mettre en lumière, par voie de comparaison, la supériorité incontestable de la suture des veines.

La clinique et les expériences sont d'accord sur ce point et justifient, croyons-nous, les préférences de Schede pour la suture dans les plaies accidentelles et opératoires de certains gros troncs veineux, lorsque ces plaies ont une étendue telle que la ligature latérale devient impossible.

R. Romme.

(1) Cité par L. Championnière in *Chirurgie antisep.*, p. 233.
(2-3) Cité par A. Mayr, *l. c.*
(4) *L. c.*
(5) Cité par A. Mayr.
(6-10) Cités par Nibergall.
(11) *L. c.*
(12) *Centralb. f. chir.*, 1893, n° 17, p. 369.

TRAVAUX ORIGINAUX

Inflammations typhoïdiques du squelette; ostéomyélite et chondrite à bacilles d'Eberth, par Ch. Achard, médecin des hôpitaux de Paris, et A. Broca, chirurgien des hôpitaux de Paris.

La question des ostéomyélites à bacilles d'Eberth a été traitée, il y a plus d'un an, devant la Société médicale des hôpitaux, par MM. Chantemesse et Widal (1), dont l'intéressant travail a rassemblé les observations connues et fait ressortir les particularités qui, dans la majorité des cas, distinguent des autres ostéomyélites infectieuses cette manifestation relativement peu commune de l'infection typhoïdique. Ces particularités consistent dans l'évolution froide, torpide, prolongée, dans les caractères anatomiques de la lésion, plutôt circonscrite que diffuse, plus ulcérative que nécrosique et plus fongueuse que purulente : d'où une certaine ressemblance avec les ostéopathies tuberculeuses et syphilitiques.

(1) Chantemesse et Widal, Des suppurations froides consécutives à la fièvre typhoïde. Spécificité clinique et bactériologique de l'ostéomyélite typhoïdique. *Bull. et mém. de la Soc. médic. des hôpitaux*, 24 nov. 1893, p. 779. — F. Widal, Ostéomyélite costale ayant évolué dix ans à la suite d'une fièvre typhoïde. *Ibid.*, 15 déc. 1893, p. 867.

A l'occasion de cette communication, nous avons rapporté un cas d'ostéomyélite costale à bacilles d'Eberth qui avait aussi présenté cette allure torpide ou tout au moins subaiguë (1).

Depuis cette époque, d'autres faits ont été publiés. Les uns sont dépourvus du contrôle bactériologique [Capersohn (2), Dardignac (3)] et pour cette raison, nous ne saurions y insister. D'autres ont fait l'objet d'un examen qui a révélé la présence du bacille d'Eberth associé à d'autres microbes. Klemm (de Riga) a observé le mélange du bacille d'Eberth au staphylocoque doré (4); il est évidemment impossible de décider lequel de ces deux microbes a pris la part principale au développement de la lésion osseuse. Dans un second cas, le même auteur (5) a trouvé dans un foyer de suppuration putride dû à une ostéite superficielle, corticale, du grand trochanter, le bacille d'Eberth uni au coli-bacille (6); dans ce cas on peut, avec la plus grande vraisemblance, conclure que c'est le bacille d'Eberth qui a joué le plus grand rôle dans la genèse de la lésion osseuse, car l'aspect des lésions, le caractère superficiel de la nécrose, sont bien en rapport avec les attributs ordinaires des ostéomyélites typhoïdiques; d'autre part, le coli-bacille n'a jamais passé jusqu'à ce jour pour capable de produire une ostéomyélite; il semble n'être intervenu ici que pour imprimer à la complication une gravité particulière et pour provoquer la putridité et la production de gaz dans le foyer. Rappelons à ce sujet que l'un de nous a observé la coexistence du staphylocoque doré et du coli-bacille dans un cas d'ostéomyélite à marche foudroyante et compliquée de septicémie (7).

Enfin, un fait qui mérite de nous arrêter parce qu'il nous montre le bacille d'Eberth à l'état de pureté dans une lésion osseuse, a été publié par Sultan (8). Il concerne une femme chez qui, dans la convalescence d'une fièvre typhoïde, s'étaient formés deux foyers de suppuration au niveau d'une clavicule et d'une côte; six ans plus tard, les lésions subsistaient et l'examen du pus claviculaire y révélait la présence du bacille d'Eberth à l'état de pureté. C'est là un exemple des plus remarquables de la longue persistance du bacille d'Eberth dans l'organisme humain.

Nous avons observé deux nouveaux cas de ces complications typhoïdiques, imputables au seul bacille d'Eberth. A ces deux observations nous en joindrons une troisième à laquelle manque l'examen microbiologique, mais qui semble bien, par l'ensemble de ses caractères, se rattacher à cette origine.

Observation I. — *Ostéomyélite aiguë, à bacilles d'Eberth du tibia droit* (A. Broca).

Par..., Jules, âgé de 10 ans, est entré le 5 avril 1894 à l'hôpital Trousseau, dans le service de M. le Dr Sevestre, et le 6 avril il a été amené à la salle Denonvilliers, dans le service de chirurgie.

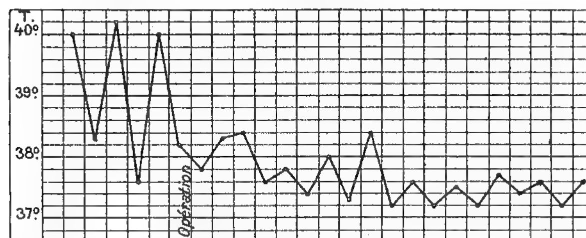
Cet enfant, né d'un père syphilitique et d'une mère bien portante, a eu autrefois des abcès multiples aux jambes. Sa santé habituelle est bonne.

Il y a six semaines il a été atteint d'une affection que l'on a qualifiée de fièvre typhoïde, et qui dès le début s'est accompagnée d'une douleur dans la jambe droite, avec impotence partielle du membre et difficulté de la marche. La mère dit qu'il y a eu peu de fièvre: mais depuis que l'enfant est à l'hôpital, il a une température élevée.

L'enfant m'est adressé parce qu'il porte au niveau de la jambe une lésion que mon collègue Sevestre croit d'ordre chirurgical. En effet, le tiers inférieur de ce membre est tuméfié, un peu œdémateux, quoiqu'on ne puisse pas y déterminer de godet par la pression d'un doigt. La peau n'est pas rouge, mais présente une coloration rosée diffuse, sans être sillonnée de grosses veines. Nulle part on ne trouve de fluctuation dans les parties molles, ni de région empâtée. La palpation révèle avec certitude que le gonflement est osseux: le tiers inférieur du tibia est manifestement hyperostosé. Par la pression sur la face interne, on éveille une douleur notable sur presque toute la hauteur de l'os. Cette douleur devient de plus en plus intense à mesure qu'en descendant on se rapproche de la ligne dia-épiphysaire, au niveau de laquelle elle est exquise.

L'état fébrile est manifeste. La langue est saburrale.

Le diagnostic d'ostéomyélite s'imposait; mais on n'était pas en droit d'affirmer la nature typhoïdique de la lésion, car on



sait avec quelle fréquence on attribue par erreur à une fièvre typhoïde les accidents infectieux plus ou moins adynamiques qui accompagnent l'ostéomyélite aiguë ordinaire. Je fis toutefois des réserves expresses sur la possibilité d'une infection à bacilles d'Eberth, car cette ostéite aiguë évoluant en six semaines sans désorganisation grave de l'os n'est pas dans les allures habituelles des infections osseuses à staphylocoques. Aussi fis-je recueillir du pus, que M. Achard examina, lorsque je pratiquai l'intervention.

Le 8 avril 1894, je fis sur la face interne du tibia une incision longue de 10 cm.; après avoir écarté à la rugine le périoste épaissi, je trouvai sous lui une couche d'os jeune, d'apparence encore cartilagineuse, sans trace de pus. Je l'enlevai à la gouge, puis je creusai en gouttière l'os ancien ainsi mis à nu sur toute la hauteur de l'incision. J'arrivai de la sorte dans le canal médullaire, où je trouvai en abondance un pus épais. Je curettai avec soin les parois de ce canal et je terminai par un tamponnement à la gaze iodoformée.

Rien n'est à noter dans les suites opératoires. A partir de l'opération, la température, auparavant à 40° le soir, tomba aux environs de 38°, puis au cinquième jour elle descendit à 37° et y resta définitivement.

La gouttière osseuse se combla avec une grande rapidité relativement, les pansements ayant été faits d'abord tous les deux jours, puis espacés jusqu'à n'être plus renouvelés qu'une fois par semaine.

Le 12 août, l'enfant quittait l'hôpital entièrement guéri. L'os est de volume normal; il est indolent à la pression; la marche se fait sans aucune gêne. Il persiste une dépression en gouttière, profonde de 1 cm., au fond de laquelle s'enfonce la peau.

Le pus, recueilli avec les précautions d'usage, a donné des cultures d'un bacille offrant tous les caractères du bacille d'Eberth et notamment l'absence de la réaction de l'indol, de la fermentation de la lactose, et de la coagulation du lait, même après chauffage des cultures. Injecté dans le péritoine

(1) Achard et A. Broca. *Ibid.*, 15 déc. 1893, p. 863.

(2) C. Capersohn, Beitrag zur Klinik der typhœsen Knochenentzündungen (anal. in *Centralbl. f. Bakteriol.*, 1893, Bd XIV, p. 769.

(3) Dardignac, Abcès froids osseux typhoïdiques, *Gaz. hebd.*, 28 juillet 1894, p. 362.

(4) P. Klemm, Die Knochenerkrankungen im Typhus, *Arch. f. klin. Chir.*, 1893, Bd XLVI, h. 4.

(5) P. Klemm, Ein weiterer Beitrag zur Lehre von den Knochenerkrankungen im Typhus. *Arch. f. klin. Chir.*, 1894, Bd XLVIII, p. 792.

(6) Au sujet de cet examen bactériologique, nous devons signaler la conclusion d'un travail tout récent de M. Nicolle (*Ann. de l'Institut Pasteur*, déc. 1893, p. 854) qui considère comme impossible d'isoler par les méthodes actuelles le bacille typhique en présence du *Bacterium coli*.

(7) *In* Pl. Mauclaire, *Ostéomyélites de la croissance*, Paris, 1894, p. 168.

(8) G. Sultan, Beitrag zur Kenntniss der posttyphœsen Eiterungen. *Deut. med. Woch.*, 23 Aug. 1894, p. 675.

des cobayes, le bouillon de culture a provoqué des péritonites avec exsudats fibrino-purulents.

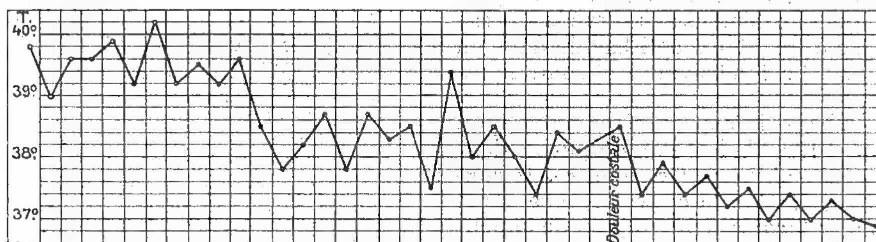
OBS. II. — *Chondrite costale à bacilles d'Eberth, développée dans le cours d'une fièvre typhoïde* (CH. ACHARD).

Rivoal... (Yves), marin, âgé de 26 ans, entre le 14 juillet 1894 à l'hôpital Cochin, salle Trousseau, n° 26, dans le service de M. Achard. Malade depuis une huitaine de jours, il se plaint de céphalalgie, d'insomnie; il a eu une épistaxis; le ventre est météorisé, il y a un peu de stupeur; la température monte le soir à 39°8; l'urine contient un peu d'albumine. On porte le diagnostic de fièvre typhoïde, bientôt confirmé par l'apparition de taches rosées lenticulaires. Le traitement par les bains froids (à 25°) est institué, et la maladie évolue sans incident jusqu'au 19 juillet. A cette époque, la fièvre est en défervescence, la température oscille entre 38° et 38°5; mais le malade se plaint d'une douleur qu'il ressent au-dessous du mamelon gauche; cette douleur l'empêche de se coucher sur le côté et se manifeste surtout dans les fortes inspirations. On constate par le toucher qu'il existe en dedans du mamelon, au niveau de la 8e côte, un point douloureux très sensible à la pression, mais très limité; les espaces intercostaux voisins ne sont le siège d'aucun autre point douloureux; la douleur est exclusivement limitée à un point de la côte. Pour cette raison, on pense qu'il existe un foyer d'ostéite costale au début, bien qu'on ne trouve sur le point douloureux aucune trace de tuméfaction. Des applications de teinture d'iode sont faites sur la région douloureuse.

qu'elle est constituée par un tissu très lâche rappelant beaucoup par sa structure les bourgeons charnus. On y voit surtout des cellules arrondies, souvent volumineuses, de forme assez variée, ovoïde, en raquette parfois; certaines de ces cellules renferment deux noyaux; la substance unissante est presque nulle, il y a seulement quelques fibrilles. En outre, ce tissu est traversé de très nombreux vaisseaux, larges, gorgés de sang, sinueux, sans paroi propre et limités seulement par quelques fibres conjonctives très fines. Ces vaisseaux friables ont été la source d'hémorrhagies dont on trouve des traces sous forme d'infiltration d'hématies qui dissocient le tissu embryonnaire.

Les coupes du cartilage costal montrent qu'en certains points où une mince couche de tissu cartilagineux sépare le périchondre de la cavité suppurante, la réaction inflammatoire de ce tissu est assez peu marquée. A la surface du cartilage, sous le périchondre, les capsules sont aplaties et allongées; plus profondément, ces capsules aplaties sont mélangées de capsules arrondies dont plusieurs renferment un certain nombre de capsules secondaires. Le bord de l'ulcération cartilagineuse est marqué par une zone où la substance fondamentale est moins transparente et se colore assez vivement en rouge par le picro-carmin; presque sans transition apparaissent dans cette couche des cellules rondes, encastrées dans les restes de la substance fondamentale, puis ces cellules sont tassées les unes contre les autres, et toute trace de substance fondamentale disparaît.

En d'autres points, la couleur rouge de la substance fondamentale apparaît assez loin de la surface suppurante, et



La défervescence s'accentue les jours suivants, et le malade est envoyé en convalescence à Vincennes, le 6 août. La douleur a beaucoup diminué, mais le malade est invité à surveiller attentivement le point douloureux et à revenir s'il y survient de la tuméfaction.

Le 27 août, le malade revient nous voir. Il souffre davantage de son côté; il y a remarqué, depuis le 18 août, l'existence d'un gonflement qui est en voie d'accroissement. On sent en effet une tuméfaction aplatie, étalée, large comme une pièce de 2 francs environ, de consistance assez ferme sans être dure, et ne présentant de fluctuation en aucun point.

Le malade est opéré le 1er septembre par M. A. Broca. Résection d'environ 2 cent. 1/2 du cartilage costal malade. Drainage. Sutures. Pansement sec. Suites opératoires des plus simples. Les fils sont enlevés le 8 et le malade sort guéri le 14 septembre.

La tumeur forme une masse aplatie, à contours arrondis, du volume d'une amande; sa consistance est mollasse; elle est très adhérente au cartilage costal. Incisée, elle laisse échapper quelques gouttes seulement d'un liquide séro-purulent, dans lequel l'examen histologique permet de constater la présence de globules de pus granuleux et de globules rouges. La masse mollasse est formée d'un tissu très lâche, mou, rosé avec des parties foncées d'aspect hémorrhagique, rappelant les fongosités des abcès tuberculeux, mais s'en distinguant néanmoins par la couleur plus rouge. Il n'y a pas dans cette masse de cavité formant une poche d'abcès; ce ne sont guère que des aréoles plus ou moins larges contenant un peu de liquide.

Une coupe totale, portant à la fois sur la tumeur et le cartilage adhérent, montre que ce dernier est creusé de pertes de substance remplies de pus sanguinolent; ces ulcérations forment de petites cavités diverticulaires qui s'enfoncent dans son intérieur et lui donnent un aspect vermoulu.

L'examen histologique de la masse fongueuse montre

elle affecte une disposition en cercles entourant les capsules primitives qui sont arrondies et volumineuses; certaines d'entre elles contiennent une douzaine de capsules secondaires. En ces points, la réaction cellulaire est bien plus vive; la substance fondamentale est striée et a de la tendance à se détacher en feuillets; elle est creusée de cavités renfermant des cellules rondes et résultant sans doute de l'ouverture de capsules cartilagineuses à la surface de l'ulcération. Nulle part on ne trouve de traces de tissu osseux.

Le pus recueilli aseptiquement au milieu des fongosités, ensemencé sur divers milieux, a fourni des cultures d'un bacille très mobile offrant les caractères du bacille d'Eberth. Il ne liquéfie pas la gélatine, forme sur pomme de terre une mince couche glacée, ne donne pas d'indol dans la peptone pancréatique, ne dégage pas de bulles gazeuses dans le bouillon additionné de lactose et de carbonate de chaux; le lait ensemencé n'est pas coagulé à la température de l'étuve ni à l'ébullition.

Des fragments de fongosités ont été inoculés à un cobaye; ils n'ont provoqué aucun accident et ont été promptement résorbés.

OBS. III. — *Ostéomyélite typhoïdique prolongée de la clavicule* (A. BROCA).

Mil..., Henri, âgé de 9 ans, a eu en août 1893 la fièvre typhoïde, dont il a bien guéri, en conservant toutefois quelques palpitations cardiaques, quelques douleurs articulaires erratiques.

Au commencement de décembre 1893 apparut sur la clavicule droite une grosseur indolente qui fut ouverte le 31 décembre par un médecin; il en sortit du pus peu abondant.

Le 16 février 1894, l'enfant fut amené à l'hôpital Trousseau. Je constatai sous le bord antérieur de la clavicule droite, à la partie moyenne, l'existence de deux orifices fistuleux violacés, avec de petits bourgeons fongueux, donnant peu de pus. Le

stylet ne trouve aucun décollement et, parvenu à la clavicule directement, entre dans une cavité où aucun séquestre n'est senti. A ce niveau la clavicule est hyperostosée, bosselée.

Je fis une incision parallèle à la clavicule, et circonscrivant la fistule, dont les tissus infectés furent ainsi excisés, et je trouvai sur l'os un trou large comme une lentille, conduisant dans une cavité osseuse grosse comme une petite noisette, pleine de bourgeons charnus violacés. Après abrasion de ces fongosités à la curette, j'évidai l'os tout autour, puis au ciseau j'abattis les bords de la cavité pour avoir une surface à peu près de niveau; je mis un drain et je suturai.

La réunion immédiate fut obtenue. Ablation au huitième jour du drain, qui ne contenait pas une goutte de pus.

Le 9 mars, guérison.

J'ai revu l'enfant en octobre 1894 : la guérison se maintient.

Les deux premières observations, les seules sur lesquelles nous voulions attirer l'attention, parce que seules elles possèdent le complément de l'examen bactériologique, offrent deux exemples d'ostéomyélites très différentes, quoique produites par le même agent.

Dans la première, le foyer siégeait sur le tibia, l'os le plus fréquemment atteint; mais la lésion s'était développée chez un enfant de 10 ans, ce qui est rare; elle avait donné lieu aux premiers symptômes dès le début de la fièvre typhoïde, circonstance tout à fait exceptionnelle et qui était de nature à rendre bien difficile le diagnostic entre la fièvre typhoïde compliquée d'ostéomyélite et l'ostéomyélite compliquée d'état typhoïde. De plus, le foyer siégeait dans la profondeur de l'os : c'est dans le canal médullaire que se trouvait le pus; il n'y en avait pas sous le périoste, alors que les ostéites typhoïdiques du tibia sont d'habitude principalement sous-périostiques et respectent en général le canal médullaire. Néanmoins, malgré cette anomalie, cette lésion osseuse se distingue encore des formes communes de l'ostéomyélite à staphylocoques par la bénignité locale des lésions qui se sont réparées intégralement après l'intervention et qui n'ont donné lieu ni à la formation d'un séquestre, ni à une hyperostose immédiate ou consécutive, ce que n'eût pas manqué de faire une ostéomyélite ordinaire avec suppuration du canal médullaire. Enfin, malgré l'acuité du début, contrastant avec le faible degré des désordres osseux, cette lésion a duré longtemps, et c'est seulement quatre mois après l'intervention, près de six mois après le début, que la guérison a été obtenue.

La deuxième observation rentre, au contraire, dans la règle des ostéomyélites typhoïdiques et en particulier de celles qui siègent sur les côtes. Sauf cette circonstance que le malade, âgé de 26 ans, est un peu plus jeune que les sujets ordinairement atteints de cette complication, puisque Helferich ne l'a rencontrée qu'à partir de 31 ans. Nous retrouvons ici l'apparition des accidents non au début, mais dans le cours et vers le déclin de la maladie; nous retrouvons aussi l'évolution apyrétique de la lésion. Contrairement à ce qui a lieu d'habitude, le diagnostic a été fait d'une façon précoce; c'est, en effet, avant toute tuméfaction que, nous fondant sur la localisation précise de la douleur au niveau de la côte et non dans un espace intercostal, nous avons aussitôt songé à cette complication. L'opération a donc pu être faite de bonne heure et nous a montré une lésion jeune, presque sans pus, constituée surtout par des fongosités assez analogues à des bourgeons charnus. Cette lésion siégeait en plein cartilage; en général c'est plutôt à l'union de la côte osseuse et du cartilage qu'elle se développe, mais on sait aussi que le cartilage peut être seul intéressé comme dans notre cas.

Il y a lieu à ce sujet de se demander si le point de départ de la lésion est sous le périchondre ou dans l'intérieur du cartilage. Il nous semble difficile, dans notre cas, de rapporter à une lésion exclusivement périphérique à l'origine cette destruction profonde du cartilage qui était perforé et comme vermoulu; cet aspect donne plutôt l'idée d'un foyer primitivement profond et ayant atteint consécutivement la périphérie, après s'être ouvert une issue à travers le cartilage. Ce qui rend encore cette manière de voir plus plausible, c'est le long intervalle de temps écoulé (un mois environ) entre l'apparition de la douleur costale révélatrice et celle de la tuméfaction superficielle, caractéristique de la lésion périchondrique. C'est donc vraisemblablement au niveau des vaisseaux qui existent chez l'adulte au centre des cartilages costaux, et que l'on constatait facilement à l'œil nu sur les coupes pratiquées au voisinage de la partie malade, que la lésion a débuté. Ce point sert de centre à l'ossification toujours plus ou moins tardive qui envahit avec une grande lenteur les cartilages costaux; il y a là comme un rudiment de la moelle cartilagineuse qu'on trouve dans le squelette de l'embryon. Aussi pensons-nous que le même mécanisme qui préside au développement des ostéomyélites en général peut être invoqué ici pour expliquer cette lésion du cartilage : c'est sans doute une sorte de chondromyélite, engendrée par des colonies microbiennes venues par la voie sanguine, et ce qui ajoute encore à la ressemblance, c'est que nous retrouvons aussi dans cette localisation spéciale, comme dans les ostéomyélites proprement dites, la prédilection si remarquable pour les points qui sont le siège d'une nutrition plus active par le fait de l'accroissement ou de l'ossification, et qui occupent dans le squelette les limites extrêmes du champ d'irrigation sanguine.

Les caractères anatomiques de cette lésion offrent quelques particularités qui méritent d'être relevées. Les fongosités se distinguent par certaines nuances des bourgeons charnus ordinaires : elles sont moins franchement rouges; au microscope, les éléments qui les constituent sont plus volumineux, plus granuleux, ils ont une apparence épithélioïde qui les fait ressembler aux fameuses « cellules typhiques » : il y a là, en d'autres termes, une réaction cellulaire un peu différente de celle que provoquent en général les microbes ordinaires de la suppuration. Ces fongosités se distinguent aussi, mais par des caractères beaucoup plus tranchés, des fongosités tuberculeuses, dont elles n'ont pas l'aspect blafard et dont rien ne rappelle en elles la structure histologique. D'ailleurs l'inoculation au cobaye a montré l'absence du virus tuberculeux, ce qui élimine l'idée d'une tuberculose associée à la lésion typhoïdique, hypothèse à laquelle on aurait pu songer en présence de ces formes torpides d'altérations osseuses, d'autant plus que Kraske aurait vu se tuberculiser des trajets fistuleux d'ostéomyélites dont la nature microbienne n'a d'ailleurs pas été déterminée.

Ces observations montrent, en somme, une fois de plus que le bacille d'Eberth est capable de produire des suppurations et qu'il peut déterminer ce genre de lésion dans le squelette. Ce pouvoir lui a été pourtant contesté. On a pensé que le bacille d'Eberth ne faisait que se surajouter à un autre microbe pyogène qui serait le véritable agent de ces lésions osseuses; mais les faits dans lesquels ces foyers osseux sont dépourvus de tout autre microbe deviennent vraiment trop nombreux pour qu'on puisse s'arrêter à cette hypothèse. On a aussi objecté que, suivant les constatations de Quincke (1), le bacille d'Eberth existe dans la moelle osseuse sans qu'il y ait pour cela de suppuration, — comme l'avaient déjà noté, bien avant cet auteur, MM. Chantemesse et Widal (2), dans leurs

(1) H. Quincke, *Berlin. klin. Woch.*, 9 avr. 1894, p. 351.
(2) Chantemesse et Widal, *Arch. de physiologie*, 1887.

expériences. Mais ne trouve-t-on pas aussi le pneumocoque dans divers organes, dans des séreuses en particulier, sans qu'il y ait pour cela de suppuration? Ne voit-on pas encore des septicémies dans lesquelles on rencontre dans bien des organes des streptocoques et même des staphylocoques sans qu'il y ait pour cela de foyers purulents aux points où se trouvent ces microbes, pyogènes par excellence, et dont le pouvoir de déterminer des ostéomyélites ne saurait être contesté? Cela revient à dire que la seule présence d'un microbe pyogène dans un tissu ne suffit pas pour qu'il s'y forme du pus. Mais c'est là une proposition générale qui concerne également le bacille d'Eberth et les autres microbes pyogènes. Au surplus, la constatation, faite à l'autopsie, de ces microbes dans des organes relativement peu altérés et exempts de toute suppuration, résulte peut-être simplement, dans certains cas, d'une généralisation agonique, sinon cadavérique, de l'infection.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Pathogénie de l'ictère consécutif à l'emploi de l'extrait éthéré de fougère mâle (Ueber die Bedeutung des Ausstretens von Icterus nach dem Gebrauche von Extractum Filicis, etc.), par GRAWITZ (*Berlin. klin. Woch.*, 1894, n° 52, p. 1171). — L'auteur a étudié le sang de 9 individus qui ont présenté de l'ictère après avoir pris de l'extrait éthéré de fougère mâle. Dans tous ces cas, il existait une diminution du nombre d'hématies, tandis que le sérum avait conservé sa coloration normale et ne contenait pas d'hémoglobine dissoute. L'auteur en conclut que l'extrait de fougère agit d'une façon destructive sur les globules rouges, mais que cette destruction s'effectue non pas dans le sang même, mais dans le foie. En effet, dans quatre cas de cirrhose du foie, l'administration de l'extrait de fougère mâle avait provoqué l'exagération de tous les symptômes hépatiques, et, chez l'un de ces malades, l'apparition d'une ascite.

Hémoptysies prémonitoires dans les anévrysmes de l'aorte (Ueber habituelle præmonitorische Lungenblutungen im Verlaufe des Aortenanevrysmus), par HAMPELN (*Berlin. klin. Woch.*, 1894, n° 52, p. 1177). — Il s'agit d'un homme de 48 ans qui entra à l'hôpital pour des hémoptysies ayant tous les caractères des hémoptysies tuberculeuses. L'examen des crachats reste pourtant négatif. Dans la suite le malade est pris d'hémothorax et au bout d'un certain temps apparaissent les signes d'une compression du côté du plexus brachial, une paralysie unilatérale de la glotte, etc. Malgré l'absence des phénomènes auscultatoires du côté du cœur, on fait le diagnostic d'anévrysme de l'aorte, qui est confirmé à l'autopsie.

C'est le second cas de ce genre que l'auteur a l'occasion d'observer, c'est-à-dire l'existence des hémoptysies prémonitoires, habituelles au cours de l'anévrysme de l'aorte, ne se révélant à l'examen par aucun autre signe. Dans la littérature, il n'existe que deux cas de ce genre (Fürbringer, Wintermantel) et dans les deux le diagnostic de tuberculose, fait pendant la vie, ne fut rectifié qu'à l'autopsie.

Méningite tuberculeuse (Zur Diagnose der Meningitis tuberculosa), par DENNIG (*München. med. Wochensch.*, 1894, n°s 49-50). — L'observation de l'auteur, qui se rapporte à un enfant de deux ans et demi sans antécédents personnels ni héréditaires, présente deux particularités intéressantes à noter : 1° une erreur de diagnostic, la méningite ayant été prise pour une pneumonie de la base droite; 2° la présence de bacilles tuberculeux dans le liquide céphalo-rachidien retiré pendant la ponction; l'inoculation des animaux avec le liquide confirma les données de l'examen microscopique.

En rappelant à cette occasion l'observation de Freyhan qui dans un cas de diagnostic difficile ponctionna la colonne lombaire et trouva des bacilles tuberculeux dans le liquide céphalo-rachidien, l'auteur insiste sur la grande valeur diagnostique de ces ponctions lombaires dans les cas difficiles.

Souffle veineux intra-abdominal dans l'hépatite interstitielle (Ueber ein intra-abdominales Venengerausch im Verlaufe der chronischen interstitiellen Leberentzündung), par R. v. JAKSCH (*Prag. med. Wochenschr.*, 1895, n° 2, p. 13). — Observation d'un cas de cirrhose du foie chez un homme de 22 ans, probablement syphilitique, chez lequel à l'auscultation du creux épigastrique apparaît un souffle fort analogue au bruit que produirait une machine. Comme le souffle avait tous les caractères d'un souffle vasculaire, l'auteur supposa qu'il devait se produire dans les veines dilatées de la région.

L'autopsie a confirmé ce point en montrant que l'œsophage était entouré d'un réseau de veines variqueuses. Du reste, toutes les veines du système porte étaient considérablement dilatées.

CHIRURGIE

Rétrécissement du pylore; pyloroplastie (A case of spasmodic stricture of the pylorus; pyloroplasty; recovery), par MILLER (*Lancet*, 1er décembre 1894, p. 1270). — Une femme de 48 ans, nerveuse, avait depuis cinq ans des symptômes dyspeptiques avec des vomissements; il y eut des périodes d'accalmie presque complète. En 1892, l'état général devint si mauvais qu'on craignit un cancer. Finalement, on fit l'opération décrite par Pearce Gould; on ouvrit l'estomac, on trouva le pylore rétréci; on le sectionna et on le traita par la méthode de Pearce Gould. L'état de la malade s'améliora rapidement, et actuellement, 15 mois après l'opération, on peut la considérer comme guérie.

Extirpation d'un kyste séreux congénital situé dans la fosse ischio-rectale; ouverture du péritoine et issue de l'intestin grêle, par BASTARD (*Nouveau Montpellier médical*, 8 décembre 1894, p. 978). — Il s'agit d'un enfant de 4 ou 5 mois amené pour une petite tumeur de la partie postérieure du bassin, en arrière de l'anus, dans l'espace situé entre le coccyx et l'ischion. La tumeur était ovalaire, grosse comme 3 œufs de poule et paraissait divisée en 2 portions, l'une inférieure plus petite, située tout à fait en dedans près de l'anus, l'autre débordant le coccyx, s'étendant en dehors jusqu'à l'ischion. On fit le diagnostic de kyste séreux multiloculaire, diagnostic confirmé par la ponction, qui eut pour résultat d'amener la rétraction de la partie inférieure de la poche. L'extirpation de la tumeur différée à cause de l'âge du nourrisson, ne fut faite qu'un an plus tard. La dissection montra que la tumeur était pourvue d'un pédicule implanté assez haut sur la face antérieure du sacrum. L'isolement du pédicule terminé, on trouva une anse intestinale herniée, mais, comme la durée de l'opération avait mis l'enfant dans un état alarmant, on sectionna le pédicule entre deux ligatures et on bourra la poche de gaze iodoformée. Le lendemain, en retirant la gaze et en inspectant la région, on trouva que l'anse intestinale herniée avait disparu. Les suites opératoires furent troublées par un sphacèle de l'ampoule rectale avec formation d'un anus contre nature qui finit par se réduire à une petite fistule stercorale qui guérit spontanément.

La narcose par l'éther (Zur Aethernarkose), par BRUNS (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1894, n° 51, p. 1147). — L'auteur, partisan de la narcose par l'éther, soutient que les accidents pulmonaires, bronchites et broncho-pneumonies, que l'on observe après l'administration de l'éther, tienne à ce que l'éther qu'on emploie n'est pas très pur. Sous l'influence de la lumière et de l'air, l'éther, quand il reste dans des flacons à moitié pleins, se décompose partiellement et donne naissance à des produits irritants. L'éther doit être livré dans de petits flacons de verre colorié et n'être débouché qu'au moment de l'opération. A l'appui de cette thèse, l'auteur cite le fait suivant. Il y a quelques années, il eut une série de bronchites et introduisit dans son service la modification en question. Les bronchites disparurent. Un an après elles revinrent et l'enquête montra que l'éther était livré par une nouvelle maison dans les anciennes conditions. On revint à la réforme, et les bronchites disparurent de nouveau.

Etiologie de l'appendicite (Further observations upon the etiology, diagnosis and treatment of acute and chronic appendicitis, with the report of 61 chronic cases operated upon, with one death), par Deaver (*Medical News*, 1er décembre 1894, p. 591). — Les corps étrangers constituent la cause de l'appendicite dans une forte proportion des cas aigus et dans une moindre proportion des cas chroniques. La plus forte proportion de ces derniers relève de l'inflammation catarrhale. Cette dernière est produite par le bacterium coli commune. Même dans les cas de corps étrangers, cette inflammation joue un rôle. Les concrétions de matières fécales sont souvent en cause. Le plus souvent, le diagnostic de l'appendicite n'est pas difficile; le point douloureux de Mc Burney a une importance capitale. Dans les cas chroniques, la palpation de l'appendice donne de très bons résultats, même quand l'appendice est situé en arrière du cæcum. La palpation est plus facile chez la femme. Le diagnostic avec l'abcès du psoas n'est pas toujours aisé. Dans le cas de psoïtis, l'aspect général du malade est celui d'un tuberculeux, la cuisse est fléchie; cette dernière attitude peut aussi s'observer au cours de l'appendicite chronique. La palpation permettra de trancher le diagnostic. Dès qu'on soupçonne une appendicite, il faut donner un purgatif; si après le purgatif les symptômes continuent, il faut opérer immédiatement.

Dans certains cas de catarrhe intestinal chronique, l'appendice joue un rôle important et on ne peut obtenir une guérison permanente qu'en le réséquant.

Dans tous les cas, il faut insister sur la nécessité d'une intervention hâtive. Les risques de l'opération sont à peu près nuls.

Traitement opératoire des myomes pendant la grossesse et l'accouchement (Zur operativen Behandlung der Myome wæhrend der Schwangerschaft und Geburt), par Appelstedt (*Arch. f. Gynækol.*, 1894, vol. 48, p. 131). — Voici les conclusions de ce travail fait à la clinique du professeur Runge : En cas de myomes volumineux constatés pendant la grossesse, il vaut mieux se borner à l'expectation. Tout d'abord, il arrive souvent que l'utérus gravide, quand il quitte le petit bassin, fait remonter les myomes. En second lieu, les résultats fournis par l'intervention ne sont guère encourageants. Ainsi l'accouchement provoqué et la myomotomie donnent une mortalité de 18,8 0/0 pour la femme et de 53,1 0/0 pour l'enfant; l'amputation sus-vaginale, une mortalité de 30 0/0 pour la femme, de 100 0/0 pour l'enfant.

Si le myome est constaté pendant le travail, il ne faut intervenir qu'après l'échec des tentatives de réduction et lorsque l'accouchement ne peut se terminer spontanément. On tentera alors l'énucléation par la voie vaginale et au besoin on fera l'opération de Porro.

Cancer de l'utérus (Das von des Epithel der Chorionzellen ausgehende Carcinome des Uterus), par L. Frænkel (*Arch. f. Gynækol.*, 1894, vol. 48, p. 80). — Il s'agit d'une femme de 25 ans qui, deux ans environ après un curettage pour môle hydatiforme, arrive à la clinique pour une tumeur qui occupe la moitié droite du bassin. A l'ouverture de l'abdomen, on trouve un cancer de l'utérus que l'on extirpe. Récidive rapide et mort d'épuisement dix semaines après l'opération. A l'autopsie, métastases multiples dans le bassin et la rate.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un carcinome primitif de l'utérus, dont le point de départ a été les cellules épithéliales des villosités du chorion.

Les résultats de la castration dans les myomes (Ueber die Erfolge der Castration bei Myomen), par Hermes (*Arch. f. Gynækol.*, 1894, vol. 48, p. 103). — Le travail est basé sur 68 cas de castration pour myomes observés à la clinique de Fehling et Kaltenbach. Quatre femmes ont succombé. La ménopause est survenue dans 78,4 0/0 des cas, les métrorrhagies irrégulières ont persisté dans 17,6 0/0 des cas, les époques menstruelles dans 4 0/0 des cas. La tumeur a considérablement diminué dans 94 0/0 des cas, augmenté dans 4 0/0.

La castration, qui semble n'avoir aucun effet dans les myomes sous-muqueux, réussit fort bien dans les myomes interstitiels ne dépassant pas l'ombilic. La condition essentielle du succès, c'est que l'opération soit totale. Quant au reproche de mutiler la femme que l'on adresse à la castration, il n'est pas fondé, car presque toujours on trouve les trompes et les ovaires malades.

BIBLIOGRAPHIE

Thérapeutique des maladies de la peau, par Georges Thibierge. 2 vol. in-18 de 417 et 374 pages. Paris, 1895, O. Doin, éditeur.

Chargé d'écrire, pour la Bibliothèque de thérapeutique Dujardin-Beaumetz et Terrillon, la thérapeutique des maladies de la peau, M. Thibierge a résumé en 2 volumes les notions indispensables au médecin pour traiter ces maladies.

Dans un chapitre de généralités, l'auteur montre la nécessité de traiter les affections cutanées, et de les traiter tantôt par les moyens externes, tantôt par les médicaments internes, plus souvent en associant ces deux ordres de moyens, suivant les préceptes auxquels tendent de plus en plus à se rallier les dermatologistes contemporains.

Puis il aborde l'étude du traitement des dermatoses en particulier. Celles-ci sont rangées suivant leurs affinités étiologiques, mode de groupement (nous ne dirons pas classification, car M. Thibierge se défend de vouloir en augmenter la liste déjà trop longue), qui permet de rapprocher les unes des autres bien des dermatoses dont le traitement présente des points communs. A propos de chacune d'elles, il donne un résumé clair et précis de ses caractères cliniques et étiologiques, en insistant plus particulièrement sur ces derniers qui peuvent seuls mener à une thérapeutique rationnelle. Ces résumés, suffisamment développés pour n'avoir rien de comparable à un manuel, permettront au praticien de se remettre rapidement en mémoire les symptômes de l'affection qu'il a à traiter, d'en porter avec exactitude le diagnostic et le pronostic : ils font en somme de ces deux volumes un traité élémentaire de dermatologie pratique. La thérapeutique proprement dite est traitée avec plus de détails; l'auteur y entre dans l'exposé des modes de traitement qui conviennent aux diverses formes cliniques de chaque dermatose : pensant avec juste raison que la multiplicité des formules et des modes de traitement ne peut qu'embarrasser le lecteur, obligé de faire un choix au milieu de formules parfois contradictoires, M. Thibierge ne cite que les médicaments qui ont fait leurs preuves et dont il a reconnu lui-même les effets favorables; il élimine les autres sans pitié et sans regrets.

Dans une deuxième partie, M. Thibierge réunit l'exposé de tous les modes de traitement utilisés en dermatologie : médicaments plus particulièrement adoptés en dermatothérapie, formules des divers topiques, manuel opératoire et indications des opérations dermatologiques, tout cela est passé en revue, exposé avec clarté, et les détails dans lesquels entre l'auteur sont justifiés par la nécessité qui s'impose au médecin, dans la plupart des dermatoses, de formuler ses prescriptions avec détails, voire même avec minutie.

Cette deuxième partie, la plus neuve par sa forme, constitue en réalité à la fois un formulaire, un précis de matière médicale et de manuel opératoire appliqués à la dermatologie : elle rendra les plus grands services au médecin désireux de trouver rapidement des renseignements précis et sûrs concernant les modes de traitement qu'il veut ou doit employer.

En dehors du caractère pratique de cet ouvrage, il est deux points que nous nous plaisons à y louer. D'abord, le soin scrupuleux avec lequel l'auteur a éliminé l'indication des spécialités pharmaceutiques, dont trop d'ouvrages récents recommandent plus ou moins chaudement l'usage, au détriment de leur caractère scientifique. Puis les tendances de l'auteur à appliquer à la thérapeutique dermatologique les méthodes antiseptiques contre lesquelles les médecins commettent journellement les fautes les plus graves dans le traitement des maladies de la peau : celles-ci ont trop d'affinités avec les affections dites chirurgicales, ou mieux avec des traumatismes, pour que l'antisepsie et l'asepsie ne doivent pas trouver dans leur traitement les mêmes indications que dans le pansement des traumatismes.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

MÉDICAMENTS CARDIO-MOTEURS (Medicacion y medicamentos cardio-motores), par A. ESPINA. Madrid, administration de la Revista de medicina y cirugia practicas.

Nous avons signalé l'an dernier ce petit livre, qui appartient à une « Bibliothèque » analogue à celles qu'on publie actuellement en France. Ce qui démontre sa valeur, c'est que nous annonçons aujourd'hui la deuxième édition.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES TÆNIAS DE L'HOMME, par le Dr L.-J.-B. BÉRENGER-FÉRAUD, directeur du service de santé de la marine en retraite. 2e édit. avec 51 figures dans le texte. Paris, O. Doin, 1894. 1 vol. in-8°, 550 pages. Prix : 12 francs.

Il nous suffira d'annoncer l'apparition de ce volume : c'est une seconde édition, ce qui prouve l'utilité de la première, ce qui prouve aussi que M. Bérenger-Féraud a réussi dans la tâche qu'il s'était imposée; ce qui prouve enfin que, malgré les apparences, la question des tænias n'est pas aussi simple qu'on le croit souvent. Depuis 1888, l'auteur s'est instruit sur bien des points relatifs à son sujet, et il a grandement amélioré son œuvre.

VARIÉTÉS

Monument Charcot.

Listes communiquées par le trésorier.

21e *liste.*

Souscriptions recueillies à Vienne (Autriche) *et transmises par M. le professeur Nothnagel.* — Le conseiller de Cour professeur Nothnagel, 300 fr. — Dr Th. Beer, 20 fr. 10. — Professeur Benedikt, 40 fr. — Dr Carl Bettelheim, 20 fr. 10. — Dr Josef Breur, 50 fr. 25. — Von Clarwill, 25 fr. — Professeur Chrobak, 40 fr. 20. — Mme de Ephrussi, 100 fr. — Dr de Frankl-Hochwart, 40 fr. 20. — Mme Ida de Gutmann, 100 fr. 50. — Dr Josef Hoffmann, 20 fr. — Dr Hollænder, 201 fr. — Le conseiller de Cour professeur de Krafft-Ebing, 40 fr. 20. — Dr Maunaberg, 20 fr. 10. — Mme Ludwig Mauthner, 200 fr. — Dr Mittler, 20 fr. — Dr Obermayer, 20 fr. 10. — Dr Tugendhat, 10 fr. 05. — Dr Wahrmann, 10 fr. 05. — Dr Heller (Teplitz), 50 fr. 25. — Dr Hosana (Græfenberg), 40 fr. 20. — Dr Kalinoyu (Marienbad), 20 fr. 10. — Dr Margulies (Franzensbad), 40 fr. 20. — Le conseiller impérial Dr Schreiber (Aussée), 20 f. 10. — Dr Schuber (Hall), 20 fr. 10. — Dr Thomas (Reichenau), 20 fr. 10. — Le Cercle des médecins de Baden (Autriche), 50 fr. 25. — Dr Weiss (Modling), 20 fr. 10. — Total, 1,559 fr. 25.

Hôpital Saint-Louis. — M. Hallopeau : tous les dimanches, à 9 heures et quart (à partir du 27 janvier), leçon clinique sur les maladies cutanées et syphilitiques.

L'éloge de L. Le Fort par M. Monod. — Il y a 5 ans déjà que M. Ch. Monod a été nommé secrétaire général de la Société de chirurgie; tous les ans il a lu, à la séance annuelle, l'éloge d'un des anciens présidents décédés et nos lecteurs n'ont pas oublié l'intérêt considérable qu'il a su donner à ces tableaux si difficiles à tracer. C'est du dernier de ces éloges que nous avons à parler aujourd'hui, puisque M. Monod quitte le secrétariat général pour prendre la vice-présidence de la Société. Le sujet de cet éloge est le professeur Léon Le Fort, mort il y a dix-huit mois, et il a bien inspiré M. Monod, honnête homme écrivant sur un honnête homme. La fermeté des convictions de Le Fort, son indépendance de pensée, son honnêteté professionnelle et privée, voilà qui est bien mis en relief par M. Monod. Nous croyons inutile d'insister sur la carrière scientifique de Le Fort : la disparition du maître est encore trop récente pour qu'il soit utile de rafraîchir les souvenirs de nos lecteurs. Nous emprunterons à l'éloge de M. Monod quelques lignes intéressantes sur les débuts du futur président de l'Académie de médecine.

« Léon-Clément Le Fort est né à Lille le 5 décembre 1829. Il était l'aîné d'une famille de quatre enfants. Son père, honorable commerçant, désirait l'avoir pour successeur. A 17 ans, son instruction primaire achevée, le jeune Léon entrait comme employé dans la maison paternelle. Ce fut un dur moment. Passer de longues journées derrière un comptoir à mesurer ou à vendre des étoffes était, pour ce garçon au tempérament impétueux, et qui se croyait appelé à de hautes destinées, une corvée intolérable; disons le mot, une vie d'enfer.

Il se soumit toutefois; mais, au bout d'un an, il fallut bien reconnaître que le sacrifice était au-dessus de ses forces. L'enfant dépérissait. Il se mourait d'ennui.

Ses parents, avec une sollicitude éclairée, le laissèrent libre de choisir quelque autre occupation plus en rapport avec ses goûts.

Le Fort ne se hâta point. Soit qu'il n'osât pas encore se prononcer, soit plutôt que, prévoyant l'avenir, il eût compris qu'il importait avant tout d'être préparé pour la lutte, il demanda seulement la permission de compléter ses études.

Il entra au collège de Lille, et, grâce à un travail assidu, fut en état, au bout de dix-huit mois, de se présenter au baccalauréat ès lettres. Il en subit les épreuves à Paris, où une assez singulière circonstance l'avait conduit.

On était en 1848. Paris, aux prises avec la formidable insurrection de juin, avait sollicité l'appui des gardes nationaux de province. Lille répondit à cet appel. M. Le Fort père, désigné pour faire partie de l'expédition, en fut empêché; il put se faire remplacer par son fils.

Ce fut donc en uniforme et le fusil sur l'épaule que notre futur collègue fit son entrée dans la capitale. Rien ne pouvait flatter davantage ses vœux secrets. Son rôle dans la lutte contre les insurgés eut sans doute quelque relief, car, le combat terminé, il fut proposé pour la croix. Son père ne lui permit pas de l'accepter, le considérant comme trop jeune pour une pareille distinction.

Le Fort ne retourna pas immédiatement à Lille; il prolongea son séjour à Paris, où il fut reçu bachelier au mois de septembre suivant.

Le moment était venu de prendre une décision. Il n'hésita plus à faire part à ses parents de son désir de s'enrôler, L'opposition de son père fut d'abord formelle. Ensuite, par une sorte de concession, il proposa à son fils d'entrer dans le corps de santé de l'armée et de devenir chirurgien militaire.

Lille possédait alors un hôpital militaire d'instruction, une École de santé, où l'on était admis au concours. Le Fort se présenta et fut nommé. Mais il jouait de malheur. Un an plus tard, l'École était supprimée par décret.

. . . .

Il avait alors définitivement renoncé à la carrière militaire. Mais jusqu'à la fin de sa vie il s'est intéressé aux choses de l'armée.

Un jour même, il eut l'occasion de reprendre le fusil du garde national de 1848. C'était en décembre 1851. Il était externe à la Pitié. Le bruit du coup d'Etat se répandit dans la ville. Esprit ardent, libéral, Le Fort crut de son devoir de se mêler aux rares défenseurs de la loi; il se précipita dans la rue pour y faire le coup de feu. Peu s'en fallut qu'il ne fût pris et déporté. Il racontait qu'il dut rester trois jours caché dans une maison amie, jusqu'à ce que la trop facile victoire des troupes du Président eut ramené la tranquillité dans Paris.

Plus tard, toutes les fois qu'une guerre européenne ouvrait aux médecins civils les ambulances militaires, Le Fort fut des premiers à se mettre sur les rangs.

. . . .

J'ai dit que jusqu'à sa mort Le Fort garda le souvenir de ses débuts. En voulez-vous une preuve touchante? Ceux qui ont suivi son cercueil ont pu remarquer sur le drap mortuaire, à côté des nombreuses décorations qui témoignaient de l'estime en laquelle le chirurgien français était tenu à l'étranger, un modeste uniforme et une épée. L'un et l'autre dataient de l'époque où Le Fort était élève de l'école de santé de Lille. Il avait demandé que ces restes d'un temps heureux, précieusement conservés par lui, l'accompagnassent dans la tombe. »

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

BULLETIN

La vente du sérum antidiphthérique.

Nous avons reçu et la plupart des journaux politiques ou scientifiques ont reproduit l'avis suivant :

Institut Pasteur. Service du sérum antidiphthérique, 18, rue Dutot.

Le sérum antidiphthérique de l'Institut Pasteur sera délivré aux pharmaciens et droguistes à partir du 10 février prochain. Toutes les demandes devront être adressées au *service du sérum antidiphthérique, 18, rue Dutot*, et les signataires de ces demandes sont priés d'indiquer leur qualité, l'Institut Pasteur ne pouvant, conformément à la loi, délivrer le sérum au public. C'est *exclusivement* aux pharmaciens que devront s'adresser le public et les médecins.

Le sérum nécessaire aux indigents sera distribué gratuitement : à Paris par les soins de l'Assistance publique, et en province par l'intermédiaire des services d'assistance, conformément aux règlements élaborés par l'administration et le comité consultatif d'hygiène publique de France.

La loi nouvelle sur l'exercice de la pharmacie ayant nettement spécifié que seuls les pharmaciens seraient autorisés à vendre les sérums antitoxiques *autorisés*, aucune autre mesure ne pouvait être prise pour indiquer au public médical la manière d'obtenir du vaccin antidiphthérique. Une question cependant se pose et mérite d'être officiellement tranchée.

Le laboratoire de l'Institut Pasteur, seul autorisé jusqu'à ce jour, nous l'espérons tout au moins, à fabriquer et à mettre en vente du sérum antidiphthérique, le fournira-t-il aux pharmaciens moyennant une rétribution déterminée ou le leur livrera-t-il gratuitement? Un prix de vente quelconque sera-t-il imposé aux pharmaciens ou bien ceux-ci resteront-ils libres de vendre à leur gré un médicament qui presque toujours sera réclamé d'urgence?

Aujourd'hui où l'on voit un gramme de sulfate de quinine qui coûte douze à treize centimes vendu trois francs, un litre de liqueur de van Swieten qui revient à quinze centimes vendu 2 fr. 50 ou 3 fr. 50 suivant les pharmaciens, on est en droit de se demander ce qui va être décidé pour les sérums antitoxiques.

A notre humble avis, le laboratoire de la rue d'Ulm pourrait et devrait, comme nous l'avons dit, *vendre* à un prix modéré le sérum qu'il fabrique et assurer, par le prix de cette vente, le fonctionnement indéfini des services organisés à grands frais grâce à une souscription à laquelle nous avons applaudi.

Certes, nous aurions préféré qu'un pharmacien spécial, attaché au laboratoire de la rue Dutot, se chargeât de l'empaquetage et de la mise en vente du sérum antidiphthérique. Ainsi toute difficulté serait écartée. Le flacon ou la boîte contenant les tubes de sérum porterait toutes les indications d'origine et un prix de vente qui pourrait d'ailleurs être majoré de façon à permettre aux pharmaciens détaillants les combinaisons multiples qui leur sont habituelles.

Si l'on n'admet pas cette combinaison, au moins conviendrait-il, d'une part, de ne pas donner gratuitement aux pharmaciens un produit dont la vente leur est réservée, et, d'autre part, de fixer le prix de vente approximatif de chaque tube de sérum de façon à éviter de scandaleuses spéculations. Il importerait enfin de bien indiquer les pharmacies où l'on sera assuré de trouver toujours et à toute heure un médicament d'urgence dont aujourd'hui tout médecin doit pouvoir se servir.

L. L.

Tours, le 31 janvier 1895.

Persistance et dangers du bacille diphthéritique.

C'est une question des plus importantes que soulevait M. Broca dans le bulletin de la *Gazette hebdomadaire* du 19 janvier.

Elle nous intéresse vivement. Tours a toujours eu un stock plus ou moins important de diphthéritiques. Situation qui date de loin, les études de Bretonneau en font foi.

Actuellement les cas sont plus nombreux qu'à l'ordinaire, les succès incontestables du sérum antidiphthérique augmentent le chiffre des guérisons et rendent beaucoup plus vite à la liberté nos malades, de sorte

qu'en tenant compte du fait bien constaté de la persistance du bacille dans la gorge des guéris, on peut dire sans exagération que chez nous la diphthérie court les rues.

Voici quelques faits qui viennent prouver la persistance du bacille de Lœffler pendant un temps plus ou moins long et qui font voir sous un jour nouveau la nécessité d'un isolement sévère joint aux mesures de désinfection.

Enfant B... (docteur Grasset), atteint de diphthérie, le 1er janvier, injecté, guéri le 5 janvier; mucus prélevé, le 14 janvier; la culture et l'examen démontrent la présence de nombreux bacilles de Lœffler; nouvelle prise faite le 20 janvier : bacilles tout aussi abondants.

Enfant P... (docteur Grodvolle), atteint de diphthérie, le 18 décembre, injecté, guéri le 24 décembre; prise de mucus, le 17 janvier : bacilles très abondants.

Enfant B... (docteur Bezard), diphthérie, le 12 janvier, mucus prélevé, le 21 janvier : nombreux bacilles.

Dans une famille de 5 enfants soignés par mon confrère le Dr Bodin, le 27 octobre, un 1er enfant, Pierre, est atteint de diphthérie, injecté et guéri; le 1er décembre, sa sœur Antoinette est prise de diphthérie, injection, guérison, désinfection complète des appartements et des vêtements; le 22 décembre, malgré ces mesures, un des frères, Jacques, est atteint de diphthérie, injection, guérison.

Le 17 janvier, une de ses sœurs, Emma, est prise à son tour; injection, guérison.

Toutes ces diphthéries avaient été constatées par l'examen bactériologique.

Les enfants étaient restés dans la même maison. L'isolement avait été fait d'une façon peu sévère. En dehors des mesures de désinfection, des lavages antiseptiques de la gorge avaient été prescrits, mais faits d'une façon irrégulière.

Le 5e enfant, Jean, avait été immunisé par une injection de 10 grammes de sérum.

Le 17 janvier, une prise de mucus est faite dans la gorge des 5 enfants, y compris Jean qui n'avait pas été atteint de diphthérie.

La culture et l'examen donnent comme résultats :

1. Pierre, 2 mois après sa diphthérie, bacilles de Lœffler.

2. Antoinette, 47 jours après sa diphthérie, plus de bacilles.

3. Jacques, 25 jours après sa diphthérie, bacilles.

4. Emma, en pleine diphthérie, bacilles sans association.

5. Jean, immunisé depuis 15 jours, bacilles très nombreux.

En outre des mesures de désinfection, on prescrit à nouveau des lavages, gargarismes et pulvérisations antiseptiques de la gorge faits avec plus de soin. Jean reçoit une nouvelle injection.

Le 25 janvier, une nouvelle prise de mucus est faite sur les 5 enfants.

Résultats de la culture et de l'examen.

1. Pierre. Diphthérie datant de 85 jours, plus de bacilles.

2. Antoinette. Diphthérie datant de 47 jours, plus de bacilles.

3. Jacques. Diphthérie datant de 34 jours, quelqu rares bacilles.

4. Emma. Diphthérie datant de 8 jours, bacilles nombreux.

5. Jean. Immunisé, n'a pas été atteint, les bacilles on disparu.

La désinfection d'une maison ne met donc pas à l'abri de la contagion.

Il faut y joindre l'isolement sévère du malade et du convalescent et l'antisepsie quotidienne de sa gorge.

Voyons ce qui se passe habituellement. L'enfant guéri sort, retourne parfois à la pension, parcourt la ville, visite les magasins, les églises, crachant, secouant son mouchoir, embrassant toutes les personnes de sa connaissance qui le félicitent de sa guérison. On ne doit après cela ne s'étonner que d'une chose, c'est de ne pas voir la diphthérie encore plus commune.

A Tours, l'asile de Clocheville est entré dans la voie qu'indiquait M. Broca. Les guéris sont isolés et leur exeat ne leur est donné que lorsque l'examen du mucus de la gorge et du nez a démontré l'absence de bacilles.

Dr Boureau,
chirurgien-adjoint de l'hôpital de Tours.

CLINIQUE CHIRURGICALE

L'indolence des néoplasmes, par le Dr J. L. Faure, prosecteur des hôpitaux.

Il n'est aucun néoplasme, quelle que soit sa nature, qui ne présente, au cours de son évolution, une période, courte ou longue, d'indolence complète. Si bien qu'il n'est pas téméraire d'émettre cette proposition, en apparence paradoxale, que, *parmi les caractères communs unissant tous les néoplasmes, l'indolence est peut-être le plus constant.*

L'indolence est un fait si universel que je ne pense pas qu'il y ait une seule observation de tumeur où il soit impossible de la rencontrer ; on la retrouve partout, à des époques variables, il est vrai, de l'évolution de la maladie, mais toujours. Dans les observations prises sans idée préconçue, sans que l'attention soit, en aucune façon, éveillée sur ce point, on trouve à chaque instant notée cette indolence. A plus forte raison, la rencontre-t-on chaque fois, lorsqu'on s'attache à la rechercher, comme je l'ai fait chez un grand nombre de malades.

D'ailleurs, il est toute une classe de tumeurs dans lesquelles l'indolence est un fait tellement connu, tellement banal, qu'on ne songe même plus, quand on se trouve en face d'elles, à y rechercher la douleur, étant certain d'avance de ne l'y point rencontrer. Tel est le cas de la plupart des néoplasmes bénins ou prétendus tels, des lipomes, des fibromes, des kystes de toute nature, qui, à part quelques cas exceptionnels, évoluent sans douleur aucune et, n'était leur volume, resteraient presque toujours ignorés du sujet même qui les porte.

Il n'en est pas de même, en revanche, pour les tumeurs malignes. Le mot sinistre de cancer traîne après lui l'idée de souffrance, et il est si fréquent de voir les cancéreux en proie à de vives douleurs, que peu à peu l'idée de cancer et celle de souffrance sont devenues inséparables. Et cette erreur est générale. Non seulement, depuis longtemps, elle a cours dans le public, mais les médecins eux-mêmes ont une tendance regrettable à se

laisser guider par elle. Il n'est que trop fréquent de voir des malades qui portent quelque tumeur maligne et auxquels l'opération a été déconseillée par un médecin prenant pour prétexte l'absence de douleur.

Pourquoi les médecins agissent-ils ainsi, si ce n'est parce qu'ils sont intimement convaincus que la tumeur, n'étant pas douloureuse, n'est point une tumeur maligne?

Il est en effet de toute évidence que l'idée qu'on se fait en général de la douleur dans le néoplasme, douleur qui serait nulle dans les néoplasmes bénins, constante au contraire dans les tumeurs malignes, est fausse de tous points. Il n'est pas rare de voir des tumeurs absolument bénignes provoquer des douleurs intenses. Il est moins rare encore de rencontrer des tumeurs des plus dangereuses évoluer jusqu'à la fin sans aucune réaction douloureuse.

Ce n'est pas tout, et il y a dans tous ces phénomènes une irrégularité constante. Certains malades peuvent souffrir un jour cruellement d'une tumeur maligne ou bénigne qui peuvent ne plus souffrir le lendemain.

La constitution anatomique du néoplasme paraît aussi n'avoir qu'une importance tout à fait secondaire dans l'évolution du phénomène douleur, puisque tel épithélioma, par exemple, sera douloureux chez un malade, alors que chez le voisin une tumeur de type histologique identique évoluera sournoisement.

On peut donc émettre ces diverses propositions, d'ailleurs d'observation courante, mais dont il n'est pas mauvais de poursuivre d'un peu plus près l'examen :

1° Tout néoplasme, quelle que soit sa constitution anatomique, sa marche et le degré de son évolution, peut être indolent ou provoquer de la douleur.

2° Le même néoplasme, chez le même sujet ou chez des sujets différents, peut être ou n'être pas douloureux.

3° L'indolence et la douleur ne sont donc pour les néoplasmes que des symptômes contingents, indépendants de leur structure.

Ce n'est pas cependant que ce soit là chose inconnue. Il suffit d'ouvrir au hasard un livre où il est parlé des tumeurs, de lire une observation entre mille, pour voir qu'à chaque instant il est fait mention de l'indolence. Mais personne, que je sache, n'insiste nettement sur elle, et tous la regardent comme plutôt exceptionnelle, au moins dans le cancer qui fera plus particulièrement l'objet de cette étude.

Pour les tumeurs bénignes, en effet, la situation est inverse. C'est de la douleur qu'on ne parle pas, tant son absence paraît naturelle, et c'est seulement à propos de certaines complications, comme la compression d'un cordon nerveux ou le développement de la tumeur aux dépens de ce cordon lui-même, qu'on vient à signaler sa présence.

On parle peu de l'indolence, ai-je dit. A peine trouvet-on sur cette question quelques mots perdus dans les traités classiques. Ils peuvent être tous résumés dans les lignes qu'y consacre Quénu au cours de son très remarquable article sur les tumeurs, dans le *Traité de chirurgie* (1). Il dit plus et mieux que les autres, et il faut reconnaître que les quelques lignes qu'il consacre à ce sujet pourraient servir de préface à de plus amples développements : « Les phénomènes douloureux manquent souvent au début et pendant une période assez longue : il n'est pas rare de voir des malades atteintes depuis plus d'un an d'un cancer du sein ou de l'utérus et qui, en raison même de l'indolence de leur lésion, n'ont pas voulu consulter un chirurgien. Les douleurs éclatent à l'occasion de l'ulcération, de la propagation aux filets nerveux voisins ou encore de l'infection ganglionnaire ; tantôt ce sont seulement des souffrances locales..., tantôt il s'ajoute des douleurs irradiées, signes d'une névrite cancéreuse..., etc. »

(1) Quénu, *Traité de chirurgie*, t. Ier, p. 391.

Dans la plupart des ouvrages qui traitent des tumeurs, dans le magnifique livre de Broca (1), dans celui de Virchow (2), la question n'est pas même effleurée. Une foule de thèses et de travaux divers viennent inconsciemment apporter à mon dire des arguments nouveaux. Mais nulle part la question n'est traitée avec quelque détail.

Il est cependant un livre, celui de Lebert (3), où j'ai trouvé, plus que dans tous les autres, mais disséminés un peu partout, de précieux documents.

Et voilà tout, ou à peu près. En 1886, au Congrès de Nancy (4), le professeur Verneuil a fait sur l'indolence et la douleur dans les néoplasmes, une très courte communication. Elle contient en germe ce travail tout entier.

L'indolence dans les tumeurs bénignes. — Je n'insisterai pas longuement sur l'indolence absolue que l'on rencontre dans les tumeurs bénignes. Cette absence complète de douleur éclate à tous les yeux, personne ne la conteste, ni ne songe à la contester, et l'on peut dire que les tumeurs bénignes sont normalement indolentes.

Il est cependant des cas, et qui sont loin d'être rares, où ces tumeurs s'accompagnent de phénomènes douloureux. Mais c'est alors par un mécanisme tout particulier, par la compression directe de quelque tronc nerveux, du plexus sacré, par exemple, écrasé par quelque fibrome utérin. On en voit d'ailleurs tout autant sous l'influence de l'utérus gravide. Les tumeurs, en rapport direct avec les nerfs, soit qu'elles se développent le long de leur gaine, soit qu'elles prennent naissance dans leur intérieur aux dépens de la névroglie et du tissu conjonctif interfibrillaire, myxomes, fibromes et tubercules sous-cutanés douloureux, éveillent la douleur par un mécanisme analogue. Mais la compression des tubes nerveux est ici, en général, plus directe, ces éléments étant en contact immédiat avec la tumeur qui peut se trouver parfois dans l'axe même du cordon nerveux, et écarter tout autour d'elle les éléments nobles qui l'enveloppent en les distendant plus ou moins.

Il n'en est pas autrement dans les varices des nerfs qui, sans rien avoir de néoplasique, écartent, elles aussi, compriment, disjoignent plus ou moins les fibrilles nerveuses, et s'accompagnent de névralgies terriblement rebelles. Le néoplasme n'entre donc pas en ligne de compte en tant que production pathologique; il agit exactement comme pourrait le faire quelque corps étranger passif, inorganique, absolument inerte, nuisible seulement par son volume, par la place qu'il tient et par l'irritation mécanique incessante qu'il provoque tout autour de lui.

Aussi, qu'une tumeur intra-nerveuse apparaisse en un point où le cordon sensible, entouré d'une grande quantité de tissu cellulaire, peut laisser écarter quelque peu ses faisceaux sans rencontrer sur sa périphérie d'organe dur qui vienne le blesser, que la tumeur soit de petit volume, de consistance molle, et ici, comme partout ailleurs, on la verra évoluer sans la moindre douleur, sans même que le malade y prête une attention quelconque. Mais qu'on vienne à presser sur elle, à créer, pour ainsi dire, l'obstacle résistant qui faisait jusqu'ici défaut, et la douleur apparaîtra. Témoin ces malades porteurs de

(1) *Traité des tumeurs.*
(2) *Pathologie des tumeurs.*
(3) Lebert, *Traité des maladies cancéreuses*, Paris, 1851.
(4) *Association française pour l'avancement des sciences*, Congrès de Nancy, 1886, p. 205.

névromes multiples, parfois innombrables, assez développés pour qu'on puisse les sentir sous la peau, et qui n'accussent de souffrances que lorsqu'ils viennent, par hasard, à heurter l'un d'entre eux. Les névromes en massue des moignons d'amputés sont par eux-mêmes tout à fait indolents et, n'était leur situation particulière qui les expose à tous les chocs, logés qu'ils sont d'ordinaire à l'extrémité d'un moignon plus ou moins conique et pressés entre l'os et la cicatrice, les mutilés qui les portent n'auraient guère à s'en plaindre.

Les néoplasmes nerveux eux-mêmes rentrent donc dans la loi commune.

Mais il n'y a pas que les cordons nerveux qui puissent être comprimés ou blessés par des néoplasmes de structure bénigne, il y a aussi les centres. Qu'une tumeur vienne à se développer aux dépens des méninges crâniennes ou rachidiennes, ou des plans ossseux qui les protègent, et qu'elle vienne, ne pouvant s'accroître du côté des parois osseuses, à déprimer la substance cérébrale ou les cordons postérieurs de la moelle, et l'on pourra voir survenir des douleurs très variables, parfois même extrêmement violentes, localisées ou rayonnant au loin.

Et c'est ainsi que certaines tumeurs bénignes par elles-mêmes, et non envahissantes, peuvent faire souffrir, peuvent même faire mourir, non pas par leur nature même, mais à cause des lésions qu'elles impriment sur quelque organe particulièrement sensible, ou nécessaire à la vie, situé dans leur voisinage immédiat.

Mais ce sont là des cas relativement fort rares. Ils n'infirment d'ailleurs en rien ce que j'ai dit plus haut, car il n'y a dans ces faits rien de particulier au néoplasme, une luxation non réduite, un enfoncement du crâne comprimant le cerveau, un cal vicieux enserrant quelque nerf peuvent donner lieu à des phénomènes identiques. Il s'agit donc là de douleurs par action purement mécanique, il ne s'agit en aucune façon d'une influence particulière du néoplasme, d'un envahissement se communiquant de proche en proche au cordon nerveux qui devient malade à son tour, ce qui est le cas des tumeurs malignes, des cancers et de certains sarcomes à allure rapidement funeste.

Cependant, parmi les tumeurs bénignes, il en est qui, plus souvent que les autres, provoquent des douleurs. D'une manière générale, les tumeurs dures, résistantes, placées à proximité de cordons ou de plexus nerveux, rapidement limitées par les parois fibreuses ou osseuses des cavités qui les renferment, deviennent plus souvent et d'une façon plus précoce, le centre de douleurs d'intensité variable. Les fibro-myomes de l'utérus, par exemple, aussi inoffensifs par eux-mêmes que les plus bénins des lipomes, à tel point que nombre de femmes, un cinquième peut-être, en portent sans jamais s'en douter, peuvent devenir, par suite du volume énorme qu'ils acquièrent parfois, par suite des tiraillements et des compressions qu'ils exercent sur les plexus nerveux voisins, le siège de vives souffrances.

Parfois aussi, des fibro-myomes pédiculés, faisant saillie dans l'intérieur de l'utérus, font violemment souffrir les malades. Mais ce sont là des douleurs ayant le caractère de douleurs expulsives, des douleurs dues à des contractions utérines analogues à celles de l'accouchement, si bien qu'on voit les malades « accoucher » véritablement d'un fibrome plus ou moins gros, et le néoplasme, encore une fois, n'agit ici pas autrement qu'un corps étranger de même volume, comme un fœtus mort, par exemple.

En revanche, la plupart des fibromes purs, qu'ils se développent dans le tissu cellulaire sous-cutané, ou aux dépens de quelque aponévrose, comme les fibromes des parois abdominales, du périoste ou d'une gaine tendineuse, restent parfaitement indolents.

Il en est de même pour une foule d'autres tumeurs, enchondromes de la face, polypes naso-pharyngiens, kystes énormes de l'ovaire. Certaines de ces tumeurs peuvent acquérir un développement monstrueux, parfois même dans des points ordinairement fort sensibles, dans la sphère du trijumeau lui-même, sans déterminer aucune douleur et sans gêner autrement que par leur volume et les obstacles qu'ils peuvent apporter à l'accomplissement de certaines fonctions.

Il est à peine besoin d'insister sur certains néoplasmes bénins, les adénomes, les myxomes et surtout sur les lipomes, sur les goîtres qui sont, pour ainsi dire, le type des tumeurs indolentes.

Je pourrais multiplier les exemples à l'infini, ma conclusion n'en serait point modifiée, et l'on peut dire que les tumeurs bénignes, en dehors de certaines conditions particulières de siège et de volume, sont normalement en état d'indolence parfaite.

L'indolence dans le cancer. — J'ai vu bien des cancers, et, parmi eux, depuis que je la recherche, j'ai pu, à chaque pas, rencontrer l'indolence. Et je l'ai rencontrée non seulement au début de leur évolution fatale, non seulement dans les cancers de petit volume ou de nature relativement clémente, mais partout, dans les tumeurs les plus anciennes, les plus volumineuses et les plus horriblement funestes, non seulement à l'époque où le mal commençait à paraître, mais chez des malheureux qui le traînaient déjà depuis longtemps, chez des cachectiques, chez des moribonds; non seulement chez des languissants et des déprimés, qui semblent parfois, tant est grand le marasme auquel ils sont tombés, trop faibles pour pouvoir souffrir, mais chez les sujets les plus magnifiquement robustes, et les plus prompts à toute réaction. Je l'ai, en un mot, rencontrée partout et toujours.

Mais il est ici nécessaire d'établir une distinction fondamentale. Il y a l'indolence complète, constante, absolue, et l'indolence temporaire, relative, qui s'observe seulement pendant un certain temps, soit à la fin, soit au milieu, soit surtout au début de l'évolution du mal.

En outre, un grand nombre de malades ne peuvent être suivis jusqu'à la mort et, par conséquent, l'état de sensibilité de leur tumeur ne peut être noté que depuis l'origine du néoplasme jusqu'au moment où on les observe. Il est donc très possible, sinon très probable, que bon nombre de tumeurs qui sont notées comme ayant été le siège d'une indolence absolue, sont devenues par la suite plus ou moins douloureuses. Il n'en est pas moins vrai que pendant une période variable de leur évolution, elles ont présenté cette indolence complète dont je m'attache à démontrer ici la constance.

Dans bien des cas, il existe au niveau de la tumeur quelques douleurs, mais tellement vagues, tellement indécises, que les malades eux-mêmes ne savent où les rapporter, ni comment les qualifier. C'est plutôt une sorte de gêne, une tension que les malades ne remarquent en général que parce que l'inquiétude les tient en éveil, qu'ils se préoccupent sans cesse de leur tumeur et analysent méticuleusement tous les phénomènes qu'elle peut présenter. Je pense qu'il est de mon droit de mettre ces néoplasmes au rang des tumeurs indolentes, et que je ne dois compter comme douloureuses que celles qui se traduisent au moins par quelques démangeaisons, quelques picotements capables d'attirer l'attention, à plus forte raison par des élancements plus ou moins aigus, des névralgies plus ou moins violentes.

Quelle est la proportion des tumeurs malignes indolentes?

Les cas d'indolence absolue, du commencement à la fin, sont, il faut bien le dire, assez peu fréquents, surtout pour les cancers externes qui tuent en général plus lentement, et ont le temps de gagner, par leur extension graduelle, quelque point où ils iront éveiller la souffrance. Cependant on en trouve encore un bon nombre et nous en avons tous vu quelques-uns. Nous avons tous rencontré certains de ces malades dont on peut affirmer au seul aspect de leur cachexie qu'ils sont des cancéreux et qui présentent cependant assez peu de signes locaux pour qu'il soit impossible de découvrir ou même de soupçonner le lieu où siège le cancer qu'on ne trouve qu'à l'autopsie.

Il n'y a aucun renseignement de quelque importance à attendre des statistiques que l'on pourrait faire avec les observations disséminées un peu partout.

Presque toujours, en effet, les observateurs, préoccupés surtout de l'anatomie pathologique, de la marche et du traitement, relèguent au dernier plan l'analyse des phénomènes douloureux, et, dans ces conditions, les calculs que l'on pourrait faire seraient nécessairement tout à fait fantaisistes.

Encore les auteurs ne parlent-ils la plupart du temps que des phénomènes douloureux observés jusqu'au jour de l'examen du malade et non jusqu'à sa mort.

Nous manquons donc absolument sur ce point de documents ayant quelque valeur, et mieux vaut s'abstenir que de donner des chiffres qui, nécessairement, ne pourraient qu'être faux.

Il n'en est pas de même si l'on veut rechercher simplement combien de cancers sont restés indolents jusqu'au jour où on les a vus et, pour un bon nombre, opérés. J'ai fait sur ce point quelques recherches dans divers travaux portant sur des tumeurs particulières où les observations sont en général précises et minutieuses et où les phénomènes douloureux ont été notés avec soin. J'ai moi-même recueilli 52 observations qu'il est inutile de publier ici. Par une coïncidence curieuse, l'ensemble des diverses statistiques que m'a permis d'établir la lecture des observations relatées dans diverses thèses (1), m'a donné exactement le même chiffre que mes observations personnelles. J'ai ainsi trouvé que le nombre moyen des tumeurs malignes qui, au jour de l'observation, n'ont encore donné lieu à aucune souffrance est d'environ 40 0/0.

C'est là, ce me semble, un chiffre qui force l'attention et qui, au premier abord, ne peut manquer de paraître quelque peu surprenant. Et j'en aurais sans doute trouvé bien davantage, j'aurais certainement encore reculé les limites des tumeurs indolentes, si, dans les innombrables observations de cancer disséminées dans tous les ouvrages, on trouvait quelques renseignements sur ce point. Mais la plupart du temps il n'y est nullement question de la douleur, souvent, sans aucun doute, parce que son absence a fait négliger d'en parler, et, quand on en parle, c'est d'ailleurs en termes si vagues et si peu précis, à cause probablement du peu d'importance qu'on accorde à un symptôme aussi subjectif, qu'il est impossible de prendre ces observations comme point de départ d'une statistique de quelque valeur.

Ainsi dans près de la moitié des cas, dans plus du tiers certainement, les malades, au moment où on les a vus, n'avaient encore jamais souffert.

Mais ces chiffres sont loin d'avoir une valeur absolue, puisque le moment de l'observatton varie avec chaque malade. Telle femme soigneuse vient faire voir son sein dès qu'elle y constate quelque phénomène anormal, alors que d'autres, au contraire, espérant toujours voir disparaître une grosseur qui ne disparaît point, attendent parfois très longtemps avant de se décider à se montrer au chirurgien.

C'est pourquoi je pense qu'il est préférable, au lieu de rechercher le nombre des tumeurs constamment indolentes, de s'enquérir plutôt du temps qui sépare les premières douleurs du jour où a commencé le mal ou tout au moins du jour où le malade s'en est aperçu. Les chiffres ainsi obtenus sont, en général, assez précis, les renseignements assez exacts pour qu'on puisse leur accorder quelque confiance.

Dans mes quelques observations, — et si je n'en ai pas recueilli un plus grand nombre, c'est, en vérité, parce qu'elles ne sont presque toujours que la répétition les unes des autres, — dans mes observations, dis-je, on commence d'abord par constater ce fait que les malades ont eu, au début, une période d'indolence plus ou moins complète et que ce n'est qu'au bout d'un certain temps que la douleur a fait son apparition.

Quelques-uns, il est vrai, font remonter leurs souffrances au début de leur mal. Ce sont surtout des femmes atteintes de cancer de l'utérus, cancer profondément caché, dans lequel les malades ne peuvent constater que des troubles fonctionnels, hémorrhagies ou pertes séro sanguines, à défaut de signes directs. Au sein, les femmes peuvent sentir et toucher leur tumeur. Il n'en est pas de même à l'utérus, et il est absolument légitime de penser que lorsque les premières hémorrhagies ou les premières douleurs apparaissent, le néoplasme existait déjà depuis un certain temps fort difficile à apprécier. Et je n'en veux pour preuve que ce fait bien frappant : la gravité et l'étendue des lésions utérines au moment même où on constate le cancer pour la première fois : il est tout à fait exceptionnel d'assister au début d'un cancer utérin.

Pourquoi ? sinon parce que les malades ne s'en plaignent pas, et ne commencent à souffrir que lorsque le mal a déjà fait de grands progrès.

Chacun sait que, presque toujours, lorsqu'une femme vient se montrer pour la première fois, on lui trouve, lorsqu'on l'examine, des lésions effroyables. Souvent, le col est ravagé, le vagin envahi, l'utérus immobile et les ligaments larges eux-mêmes plus ou moins infiltrés. Il est certain qu'avec de tels désordres les malheureuses ne souffrent pas plus que les femmes qui portent la plus banale et la plus insignifiante des métrites. Souvent même, et jusqu'à l'heure de la mort, elles se plaignent moins du cancer qui les tue que de la métrite qui les gêne et les cloue au repos, en leur laissant souvent leur vigueur, leur embonpoint et leur besoin d'activité.

Il est donc bien évident que presque toujours, sinon toujours, lorsque les malades font remonter jusqu'au début du mal l'apparition de leurs souffrances, c'est tout simplement parce que le début réel est passé inaperçu. Lorsqu'un malade porteur d'un néoplasme prétend que la douleur a été le premier signe de son mal, on a le droit de penser et même d'affirmer qu'il se trompe, et que s'il n'a pas vu d'autres symptômes c'est simplement parce qu'il n'a pas su les voir.

D'après Lebert, c'est en moyenne au bout de six à sept mois seulement que les douleurs apparaitraient. Mais il en est de ces moyennes comme de toutes celles qu'on fait en médecine. Calculées souvent d'après un très grand nombre de cas, elles peuvent très bien ne répondre à aucun cas particulier.

Dans ma statistique plus modeste qui porte sur cin-

(1) Guillet, *Des tumeurs malignes du rein.* Thèse de Paris, 1888. — Jocqs, *Les tumeurs du nerf optique.* Thèse de Paris, 1887. — Jouliard, *Du cancer de la glande sous-maxillaire.* Thèse de Paris, 1888.

quante-deux cas, trente deux ont donné lieu à des douleurs diverses. Sur ces trente-deux cas, les douleurs ont débuté à des périodes très variables. D'après certains malades elles auraient apparu dès le début de l'affection, ce qui, nous venons de le voir, a toutes chances pour être faux. Chez les autres, les premières souffrances se seraient montrées dans un laps de temps variant de un mois à quatre ans après le début du mal, soit en moyenne une période de neuf mois, période pendant laquelle la tumeur était reconnue indolente. Période qu'il faut allonger, puisque, quand la tumeur est reconnue par le malade, elle dure certainement depuis un certain temps.

Si, à ces trente-deux cas, j'ajoute les vingt et un cas des malades qui n'ont jamais souffert et qui, abstraction faite d'une malade qui portait depuis 27 ans sa tumeur indolente, ont gardé leur mal 18 mois en moyenne jusqu'au jour où ils ont été vus, sans compter le temps qui s'est écoulé avant qu'ils aient reconnu leur tumeur et celui qui a pu courir après le moment de l'observation, si, dis-je, j'ajoute ces vingt et un malades aux trente-deux premiers, j'obtiendrai comme moyenne d'indolence treize mois, plus que ne le pensait Lebert. Mais il ne faut pas attacher à ces calculs plus d'importance qu'ils n'en ont, une bonne ou une mauvaise série pouvant, quand on n'opère pas sur des chiffres très grands, changer complètement le résultat.

La plus ou moins grande durée de la période d'indolence nous importe d'ailleurs fort peu. Ce qu'il faut savoir, c'est qu'elle existe, qu'elle existe même toujours au début, courte ou longue, plutôt longue proportionnellement à la durée totale, et qu'elle se prolonge même souvent pendant un temps indéfini qui peut s'étendre à toute la durée du mal.

C'est là ce qu'il ne faut pas ignorer pour se garder, en présence d'une tumeur indolente durant depuis longtemps, de penser qu'elle est, par ce seul fait, de nature bénigne. Ceci est surtout vrai pour les tumeurs du sein, si extraordinairement fréquentes et dont le diagnostic est, au début, si délicat. Il est facile de voir toute la gravité de l'erreur que l'on commettrait en essayant de gagner du temps et en laissant ainsi le mal prendre racine.

Bien que l'indolence se manifeste en général au début de l'affection, il n'en est pas toujours ainsi. Il n'est pas rare, comme l'avait bien observé Lebert, de voir les douleurs disparaître vers la fin de la maladie. On pourrait invoquer, comme raison de cette indolence finale, l'état d'épuisement, le marasme profond dans lequel sont tombés la plupart du temps les malades. A les voir couchés dans leur lit, les yeux à demi clos, somnolents, à peu près indifférents à ce qui les entoure, à moitié morts, on peut croire qu'ils ne réagissent pas plus aux sensations intérieures, aux douleurs parties de leur mal, qu'ils ne réagissent aux excitations extérieures qui passent sur eux sans les émouvoir.

Mais tous les malades chez lesquels les douleurs cessent vers la fin de la vie ne présentent pas ce degré de cachexie. Ils peuvent encore être robustes, malgré la maladie qui les ronge et qui, d'origine parfois récente, a pu ne pas les épuiser. Nous verrons qu'il est possible dans ces cas d'expliquer l'apparition de l'indolence par l'extension même du mal, qui envahit peu à peu et finit par détruire les filets nerveux.

Dans certains cas quelque peu paradoxaux, que je ne saurais expliquer, c'est parfois à l'occasion de phénomènes qui sembleraient devoir contribuer à accroître les douleurs qu'on voit celles-ci disparaître. C'est ainsi que, chez une malade atteinte d'un épithélioma du sein, l'apparition des règles amenait la décroissance et même la disparition des douleurs. Ce fait, qui serait assez compréhensible pour un cancer de l'utérus où on pourrait invoquer en faveur de l'atténuation des souffrances la décongestion produite par l'hémorrhagie menstruelle, est plus étrange au sein, où les règles, au contraire, se traduisent par une poussée sanguine évidemment favorable à l'apparition des douleurs.

Parfois l'indolence apparaît à l'occasion de l'ulcération de la peau. Une tumeur est volumineuse, tendue, douloureuse. La peau envahie, violacée, s'ulcère, des liquides ichoreux s'écoulent, de petites hémorrhagies ont lieu, et peu à peu, ou même brusquement, les douleurs disparaissent. Il s'agit sans doute ici du même mécanisme de décompression des extrémités nerveuses par décongestion des tissus.

Quelquefois, l'indolence est, pour ainsi dire, intermittente. Il y a des douleurs à caractère névralgique, pouvant même être très violentes, plus ou moins étendues, plus ou moins irradiées, puis tout à coup, la crise aiguë se calme, et la douleur disparaît pour un temps variable, qui peut être fort long. J'ai le souvenir précis d'avoir vu, dans le service du professeur Verneuil, une femme atteinte d'un cancer récidivé du sein droit, et qui présentait dans l'aisselle un énorme paquet néoplasique adhérent au plexus brachial. La malheureuse souffrait tellement que M. Verneuil se disposait à lui pratiquer la section des racines du plexus brachial dans le triangle sus-claviculaire, lorsque tout à coup, et sans cause apparente, les douleurs cessèrent presque complètement.

Bon nombre de ces cas sont d'une interprétation difficile.

Il est encore un point dont il nous faut parler. J'ai insisté surtout jusqu'ici sur l'indolence spontanée. Mais il est une autre indolence ou plutôt un autre état de la tumeur indolente auquel je n'ai pas encore fait allusion. C'est l'absence de douleur, parfois même de sensibilité au contact et à l'exploration, ou tout au moins à l'exploration douce et prudente qui, par la pression sur la tumeur, ne produit pas son déplacement en masse, et n'amène pas, de ce chef, des compressions et des tiraillements douloureux.

Il y a, sous ce rapport, de grandes différences entre les tumeurs. Il en est, et c'est le plus grand nombre, qui sont absolument insensibles à toute espèce de contact. Je parle, bien entendu, de la tumeur elle-même, non de la peau qui la recouvre, et ce sont là, par conséquent, des faits qui ne peuvent être constatés que sur les tumeurs ulcérées, car sur la peau, même malade, la sensibilité est presque toujours conservée, quand elle n'est pas exagérée. Je ne possède pas de chiffres à cet égard et je ne le regrette pas, car tous ces chiffres et toutes ces moyennes n'apprennent pas grand'chose, mais je puis affirmer que, le plus souvent, le contact d'une tête d'épingle, d'un objet quelconque, de la pulpe du doigt lui-même qu'on applique sur le vif d'une tumeur en pleine ulcération n'est point directement perçu. Il est, au reste, bien facile de s'en rendre compte. Qui ne sait que dans le cancer utérin, et si je le prends en exemple, c'est parce que c'est surtout lui que l'on explore et qu'on touche du doigt, l'œil suffisant en général pour la plupart des autres cancers, qui ne sait que, dans le cancer utérin, le toucher, lorsqu'on n'y met, bien entendu, aucune violence, n'est aucunement douloureux, à tel point que les malades ne sentent même pas le doigt du chirurgien qui se promène sur les bourgeons saignants, explore les anfractuosités ulcérées, pénètre même quelquefois dans de véritables cavernes, et jusque dans l'intérieur du corps de l'utérus largement creusé par le mal ?

Si l'on vient alors à appuyer fortement sur le col, à mouvoir l'utérus dans sa totalité, la malade accuse des douleurs souvent violentes, mais qui ne siègent pas à l'en-

droit où presse le doigt. Ce ne sont plus des douleurs de contact, ce sont des douleurs de déplacement. Bien plus, cette indolence locale se manifeste dans des cas plus frappants encore, à l'occasion de manœuvres qui sembleraient entre toutes devoir éveiller la douleur. On peut, sans faire naître la moindre souffrance, enlever par le fer ou le feu d'énormes champignons cancéreux, cautériser avec le fer rouge, les flèches caustiques et l'acide chromique. Il suffit de tailler et brûler en plein tissu malade.

Mais cette indolence du cancer ulcéré n'est pas chose constante, et il n'est pas rare de voir des malades chez lesquels l'attouchement le plus léger, l'exploration la plus délicate provoquent de vives douleurs. Il s'agit presque toujours alors de malades chez lesquels le néoplasme siégeant en un point riche en terminaisons nerveuses n'a produit qu'une ulcération superficielle, mettant à nu ces éléments sensibles que suffit à exaspérer le contact le plus fugitif. Les épithéliomas cutanés s'étendant en surface plutôt qu'en profondeur, les adénomes sudoripares décrits par Verneuil, parfois même des cancers siégeant sur des muqueuses en offrent de fréquents exemples.

Chez ces malades, alors que le plus léger contact leur cause de très vives souffrances, souvent un choc un peu brusque, un attouchement brutal, une pression quelque peu vigoureuse éveille à peine la sensibilité de la plaie. Il en est de cette ulcération comme de la peau de certaines régions, la plante du pied par exemple, qu'exaspère le chatouillement et qui reste insensible aux pressions les plus énergiques.

Dans ces cas, la couche papillaire de la muqueuse ou de la peau est à peine atteinte. On conçoit comment, dans ces conditions, les extrémités nerveuses dénudées réagissent violemment à toute excitation superficielle qui suffit à les irriter, mais restent insensibles à une excitation plus intense qui, en portant directement sur elles, n'arrive qu'à épuiser, à anéantir leur sensibilité.

Ces cas sont exceptionnels. Il faut, pour les rencontrer, que le mal n'ait point franchi la couche sensible du derme et on sait que, malheureusement, son habitude n'est pas de limiter si tôt ses ravages.

Il est d'ailleurs bien facile d'expliquer cette insensibilité des tumeurs. La masse néoplasique ne contient pas de filets nerveux, pas plus sensitifs que moteurs. De plus, quand il y a des filets nerveux dans son voisinage, pour peu qu'elle reste compacte, elle les écarte sur sa périphérie, et si elle les englobe et les envahit, quand elle est tout à fait maligne et diffuse, elle peut les détruire complètement. On comprend aisément que, dans ces conditions, le corps du néoplasme soit privé de toute sensibilité.

Je sais bien qu'il est plus facile d'admettre l'absence des nerfs dans l'épaisseur des néoplasmes que de la démontrer. Je ne sache pas qu'on en ait jamais vu. Cela ne suffit pas, il est vrai, à prouver leur absence, car si des filets nerveux intra-néoplasiques n'ont jamais été rencontrés, cela tient peut-être à ce que les procédés de préparation étaient défectueux et qu'on n'a pas su les trouver. D'ailleurs, dira-t-on, les tumeurs s'accroissent, donc elles se nourrissent, et on ne saurait concevoir la nutrition sans éléments nerveux trophiques.

Mais cette objection tombe d'elle-même, car, outre qu'il pourrait y avoir des nerfs trophiques sans nerfs sensitifs, reconnaissables sinon histologiquement, au moins par la sensibilité du néoplasme, la nutrition et la multiplication des éléments cellulaires peuvent se faire parfaitement sans l'intervention trophique des nerfs.

La pullulation des organismes microbiens dans un bouillon de culture n'exige pas de système nerveux, l'hématopoièse elle-même, la multiplication des globules rouges ou blancs n'en exigent pas davantage et l'on conçoit parfaitement que les cellules néoplasiques jouissent de la propriété de se diviser, de se subdiviser et de se multiplier à l'infini sans l'intervention névrotrophique du sujet sur lequel elles vivent en parasites.

Rien n'est plus simple, en conséquence, que de se rendre compte du défaut de sensibilité de la masse néoplasique elle-même, puisqu'il n'y a entre elle et le malade aucune connexion nerveuse.

TRAVAUX ORIGINAUX

Streptocoque et menstruation, par Raymond Petit, interne des hôpitaux.

Les angines qui surviennent si souvent chez la femme pendant les règles sont cliniquement connues depuis long temps déjà, et nombre d'auteurs ont insisté sur la concomitance du flux menstruel et de l'inflammation de l'arrière-bouche

Mais la bactériologie n'a pas encore montré quel est l'agent infectieux dans cette manifestation locale. Nous avons réuni et groupé 12 cas de ces angines un peu spéciales et, dans ce travail, nous nous occuperons surtout de la question microbienne, qui nous a paru d'autant plus intéressante qu'elle montre une relation fréquente entre le streptocoque et les périodes génitales de la femme.

Dès 1855, Trousseau (1) dans ses cliniques signalait les angines comme très fréquentes chez la femme, à l'époque cataméniale.

Mais c'est surtout M. le Pr Verneuil (2) qui le premier insista sur cette « sympathie particulière reliant la gorge et les organes génitaux ». C'est donc à lui que revient l'honneur d'avoir montré cette relation au point de vue clinique.

Un an plus tard, Gubler (3), dans un remarquable mémoire, décrivait sous l'épithète « herpétique » cette angine fréquente au moment du flux menstruel. Peu après, paraissait la thèse de Féron (4) sur l'herpès guttural et la menstruation, puis une observation de P. James (1859) sur un cas d'amygdalites avec ovarite pendant les règles.

En 1864, dans l'article *Angine* du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, dû à M. Desnos la menstruation est indiquée comme une cause prédisposante commune de l'angine dite herpétique chez la femme. Enfin Bertholle (5) fit paraître, en 1866, une série d'articles dans lesquels il étudiait spécialement cette variété d'angine, au point de vue clinique. Modifiant la théorie de Gubler qui attribuait au refroidissement une importance capitale, Bertholle montra que ces angines apparaissent chez la femme vers l'époque des règles, et qu'elles sont « le résultat d'un effort critique de l'organisme contre un trouble occasionné par le froid. »

Dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, cette même question est rapidement indiquée par Peter dans son article sur les angines. Mais au point de vue pathogénique, l'auteur rappelle simplement l'opinion de Bertholle et répète avec lui : « L'herpès guttural est lié chez la femme à une perturbation des fonc-

(1) Trousseau, clinique in *Gaz. des hôpitaux*, 1855.
(2) Verneuil, *Arch. gén. de méd.*, 5e série, tome X, 1859.
(3) Gubler, in *Union médicale*, 1858.
(4) Féron, Thèse de Paris, 1858.
(5) Bertholle, *Union médicale*, 2e série, tome XXX, 1866.

tions menstruelles en vertu d'une sympathie particulière qui relie les amygdales et l'arrière-bouche aux organes génitaux ».

Aujourd'hui, la bactériologie a fait son apparition, jetant une vive clarté sur les questions pathogéniques; ses rapides progrès lui ont permis de devenir un précieux auxiliaire de la clinique en confirmant les données de l'observation, parfois même en tranchant la question de nature d'une évolution morbide qui ne saurait être affirmée sans elle.

L'épithète d'*angine herpétique* n'est donc plus suffisante actuellement, il faut y ajouter le nom de l'espèce microbienne qui la détermine. Nous avons pu recueillir un certain nombre d'observations d'angines de la menstruation dont nous nous sommes efforcé de déterminer la nature bactériologique, par l'examen direct des exsudats de la gorge, par les cultures et les inoculations aux animaux.

Méthode. — Ces recherches bactériologiques présentent une grande difficulté, la bouche étant normalement habitée par une quantité de microbes. Comme le dit notre collègue et ami M. Veillon, la flore buccale est encore très mal connue, et chaque examen y décèle plusieurs espèces microbiennes qui ne peuvent encore être classées. Toutefois il est possible d'éliminer ces espèces, car elles ne sont pas pathogènes. Mais il reste un point délicat : la bouche contient normalement du streptocoque; comment alors se prononcer lorsque les cultures et l'examen direct donneront des chaînettes streptococciennes? L'inoculation aux animaux peut seule trancher la question d'une manière définitive.

M. Veillon (1), dans sa thèse, a démontré que si les streptocoques de l'érysipèle, de la suppuration, de la septicémie, sont une seule et même espèce avec des degrés divers de virulence, il n'en est pas de même du streptocoque de la bouche normale. Tandis que la virulence des premiers est susceptible d'être exaltée par la méthode d'Achalme (2), les seconds ne peuvent pas être rendus virulents; il convient donc de séparer nettement ces deux espèces dont l'une est pathogène ou susceptible de le devenir et l'autre non pathogène et absolument inoffensive. Les inoculations aux animaux peuvent donc permettre de savoir si les streptocoques isolés d'une gorge sont pathogènes ou non. Voici comment nous avons expérimenté dans les cas qui vont suivre.

Aussitôt la constatation de l'angine, nous avons fait gargariser les malades avec de l'eau stérilisée à l'autoclave ou (dans trois cas) par l'ébullition. Ce lavage de la bouche et de la gorge terminé, nous avons recueilli un peu d'exsudat sur l'amydale avec un fil de platine stérile en évitant avec le plus grand soin de toucher à la langue, aux joues, aux gencives, aux dents ou aux lèvres. Nous avons alors ensemencé immédiatement et sur place des tubes de bouillon, réduisant ainsi au minimum les chances de contamination des cultures, et par là même les causes d'erreur. Ces tubes de culture étaient ensuite placés dans l'étuve à 35° et servaient pour faire des isolements. Le hasard nous a fait suivre ici la même méthode que M. Veillon dont nous ne connaissions pas les recherches à ce moment. Comme lui, nous avons abandonné les cloches de Pietri qui s'infectent trop facilement, pour leur substituer des tubes à gros calibre remplis de gélose inclinée.

Ces tubes étaient ensemencés, en faisant rouler sur la surface une goutte du premier bouillon plus ou moins dilué; c'est là une méthode très simple et qui donne d'excellents résultats, à la condition de faire des dilutions et un certain nombre d'isolements. Les espèces étant séparées, il fallait les inoculer aux lapins pour constater leur virulence; c'est à quoi nous nous sommes astreints. De plus, un peu d'exsudat de la gorge était réservé pour l'examen direct.

(1) Veillon, Thèse de Paris, 1894.
(2) Achalme, Thèse de Paris, 1892.

Observation I. — Marie G..., infirmière, 26 ans. Le 22 mars 1893, la malade a un grand frisson et la température monte à 39°4. La déglutition devient douloureuse. Bouffées de chaleur s'accompagnant de congestion de la face. Le soir, la gorge est très rouge; sur les deux amygdales, on voit de petits points blanchâtres, peu opaques et arrondis. On ensemence deux tubes de bouillon.

Le 23 mars, le flux menstruel apparaît à son époque normale. Le mal de gorge continue, les amygdales restent congestionnées; on voit dans les cryptes amygdaliennes de petits points blancs, moins régulièrement arrondis que la veille; il en existe aussi sur la paroi postérieure du pharynx. Douleur vive dans la déglutition de la salive, un peu d'engorgement des ganglions sous-maxillaires.

Le 24 mars, l'exsudat s'étend par petits points irréguliers.

Le 25 mars, chute complète de la température, diminution de la douleur.

Il reste seulement un peu d'exsudat par places sur les deux amygdales. — 26 mars, la malade ne souffre plus, elle a de l'appétit. L'examen de la gorge est presque négatif. — 27 mars, la malade reprend son service. Les règles sont terminées, ayant duré leur temps normal.

Les lamelles, examinées le 22 mars par la méthode de Gram, montrent des chaînettes de streptocoques en abondance.

Les isolements faits avec les tubes de bouillon dilués donnent du streptocoque à l'exclusion de toute autre espèce pathogène.

Ces streptocoques en culture dans du bouillon sont inoculés à un lapin (1/2 centimètre cube dans les tissus cellulaires de l'oreille droite). Erysipèle de l'oreille, abcès de l'oreille (streptocoques); température 40°.

Obs. II. — Maria F..., 20 ans (observation recueillie dans le service de M. Jules Voisin à la Salpêtrière, bâtiment Marcé).

La malade est prise, le 21 avril 1893, de mal de gorge; elle a de petits frissons. La face est rouge, les yeux un peu larmoyants, la déglutition douloureuse. Température 39°6 le soir. La gorge est seulement très rouge et les amygdales grosses. — 22 avril, léger exsudat blanc, par points séparés, arrondis sur l'amygdale droite; rougeur sur le reste de la gorge.

On fait des lamelles et on ensemence des bouillons. — 23 avril, la température baisse (38° le soir), la malade souffre toujours en avalant. Les points blancs de l'amygdale droite se sont en partie fusionnés. L'état reste stationnaire le 24 et le 25 avril.

26 avril, les douleurs ont disparu, la température est normale, la gorge est guérie. Les règles ont apparu le 21 avril, deux ou trois jours en retard, elles ont cessé le 27 avril.

Les lamelles colorées au Gram laissent voir beaucoup de chainettes, longues de 6 à 8 éléments. Les tubes de bouillon donnent, par la méthode des isolements, des streptocoques et des espèces banales de la bouche.

L'injection de 1/2 centimètre de culture pure de ce streptocoque donne au lapin un érysipèle de l'oreille sans abcès.

Obs. III. — Jeanne V..., 18 ans (service de M. J. Voisin, bâtiment Marcé). Le 21 avril, la malade est prise brusquement de frissons avec un point douloureux dans le côté gauche de la poitrine. En même temps, elle éprouve de la douleur en avalant, surtout du côté gauche. L'examen de la poitrine reste négatif, sauf quelques râles sibilants en arrière des deux côtés. La gorge est rouge et l'on voit quatre points blancs séparés sur l'amygdale gauche et le pilier antérieur; température, 38°8.

Lamelles. Ensemencement de deux tubes de bouillon.

Le 22, la température descend à 37°5, le point de côté a cédé avec des ventouses sèches.

La gorge douloureuse reste dans le même état.

Les 23, 24 et 25 avril, la température remonte à 38° le soir, la gorge est de moins en moins douloureuse. Constipation opiniâtre. Lavements.

Le 26, la malade se sent bien.

Les règles avaient commencé à leur époque normale, le 19 avril; elles disparaissent le 21 avril.

La malade dit avoir eu plusieurs angines analogues depuis trois ans, mais elle ne peut préciser si elles ont coïncidé avec les règles.

Les lamelles colorées au Gram ne laissent voir à peu près que du streptocoque.

Les bouillons donnent des isolements de streptocoque comme seule espèce pathogène.

L'inoculation au lapin détermine un érysipèle de l'oreille, sans abcès.

Obs. IV. — Marie Seb..., 22 ans. Rétrécissement mitral, insuffisance aortique (lésions anciennes). Hystéro-épilepsie (observation prise dans le service de M. J. Voisin, Salpêtrière, section Esquirol).

Le 25 juin 1893, la malade est prise sans grands frissons de mal de gorge. Elle a ses règles depuis la nuit du 24 au 25. La température est à 38°. L'examen de la gorge laisse voir sur les deux amygdales et sur la paroi postérieure du pharynx de petits points opaques irrégulièrement arrondis, s'enlevant facilement et dont les uns sont blancs et crémeux, les autres grisâtres.

On fait des lamelles et des ensemencements dans du bouillon.

26 juin. — Même état, malaise général; langue un peu couverte.

27 et 28 juin. — Amélioration considérable, chute de la fièvre, la gorge est revenue à l'état normal.

29 juin. — Cessation des règles qui ont duré le temps habituel.

Les lamelles colorées au Gram contiennent de nombreuses chaînettes de 12 à 15 éléments, des cellules épithéliales altérées et des cocci isolés. Les isolements des bouillons donnent d'une part du streptocoque virulent déterminant chez un lapin, avec 1/2 centimètre cube de culture pure, un érysipèle de l'oreille et un abcès. Un cobaye inoculé dans le péritoine meurt en 24 heures et on isole dans son sang du streptocoque à l'état de pureté. D'autre part, on isole encore du staphylocoque doré donnant un abcès simple au lapin.

Obs. V. — Mme X... 25 ans (observation prise en ville). Le 20 juin 1893, apparition des règles. Léger refroidissement dans la soirée: frisson, fièvre 38°5.

21 juin. — Douleurs dans la déglutition; petits points blancs peu opaques sur les deux amygdales. Ils sont séparés, irréguliers, peu adhérents.

On fait des lamelles et des cultures en bouillon.

22 juin. — Arrêt des règles dans la nuit. Le soir elles reparaissent et continuent leur cours normal jusqu'au 24 juin. A ce moment elles cessent et le mal de gorge est guéri.

Les lamelles contiennent des chaînettes de streptocoque et les isolements ne donnent comme espèce pathogène que du streptocoque virulent (érysipèle de l'oreille d'un lapin inoculé).

Obs. VI. — Marie K..., 22 ans, infirmière à Beaujon

Le 3 juin 1894, la malade, qui avait ses règles de la veille, sent un frisson et éprouve de la douleur en avalant. Sa gorge est rouge, les amygdales sont tuméfiées, surtout la gauche sur laquelle se dessinent de petites taches irrégulières d'exsudat blanc jaunâtre.

On fait des cultures et des lamelles.

Le 4 juin. — Un peu d'engorgement ganglionnaire à gauche, douleur très vive, température 39°; la bouche reste entr'ouverte, la salivation est abondante. Ensuite tout s'atténue jusqu'au 5 juin, jour où les règles disparaissent normalement.

6 juin. — La malade se sent très bien et reprend son service.

Les lamelles contiennent du streptocoque qui reste coloré par la méthode Gram. Les isolements ne donnent qu'une espèce pathogène, du streptocoque virulent, qui détermine un érysipèle de l'oreille au lapin, mais sans abcès.

Obs. VII. — Irma C..., 16 ans, lingère. N° 11, salle Axenfeld, à Beaujon (Service de M. Fernet).

La malade entre à l'hôpital le 20 juin 1894, se plaignant de mal de gorge.

Pas d'antécédents héréditaires.

A plusieurs reprises cette jeune fille a eu des angines; depuis deux ans elle dit que deux fois au moins ses maux de gorge ont coïncidé avec les règles. Elle aurait eu en outre une fluxion de poitrine en mars 1893.

Le samedi 16 juin 1894, elle sent froid, elle a un frisson et de la fièvre.

Le 17 juin, les règles apparaissent en retard de 3 à 4 jours. Douleur dans la déglutition.

Le 18 juin, elle a deux ou trois vésicules d'herpès autour du nez et à la lèvre supérieure. Le 20 on constate que la gorge est très douloureuse, les amygdales saillantes sont couvertes d'un exsudat un peu grisâtre, plus étendu à gauche qu'à droite et assez épais. Les ganglions sous-maxillaires sont gros et sensibles. Salivation abondante, constipation.

Température 38°5.

On fait des lamelles et des cultures. Gargarisme au borax. Lavement glycériné.

22 juin. — La malade se sent mieux, la gorge est moins sensible, la température est tombée à 37°4 le matin.

25 juin. — Il reste à peine d'exsudat très pâle, comme un voile, sur l'amygdale gauche seulement. L'engorgement ganglionnaire diminue. Ce même jour les règles ont cessé.

Le 27 juin, la malade est complètement remise, elle sort.

Les lamelles, examinées suivant la méthode de Gram, contiennent de longues chaînettes de streptocoques en abondance.

Les isolements des cultures sur bouillon donnent du streptocoque et du staphylocoque doré. Le streptocoque inoculé au lapin détermine un érysipèle de l'oreille, puis un abcès. Le staphylocoque donne un petit abcès à un lapin.

Obs. VIII. — Mlle Pierrine T..., 27 ans, domestique, demeurant avenue Wagram, vient à la consultation de l'hôpital Beaujon le 12 septembre 1894. Elle est malade depuis le 8, jour où elle eut froid et fut prise de petits frissons et de mal de gorge. Elle souffrait surtout du côté droit, en avalant.

Le lundi 10, les règles apparaissent.

Le 11 au soir elle a un nouveau frisson intense avec une sensation de vive chaleur à la face qui se tuméfie dans la nuit.

Le 12 septembre, elle vient à la consultation avec un érysipèle du côté droit de la face, qui a débuté par l'aile droite du nez. Les ganglions sous-maxillaires sont engorgés, surtout de ce côté; les douleurs persistent dans la déglutition; par la bouche entr'ouverte la salive s'écoule abondante et visqueuse. La gorge est rouge, l'amygdale droite et les piliers font saillie dans l'isthme du gosier; la luette est infiltrée et œdemateuse. Sur l'amygale et le pilier antérieur du côté droit s'étale, en plaque irrégulière, un enduit blanchâtre peu adhérent à la muqueuse.

On prélève, après des lavages, un peu de cet exsudat dont on fait des lamelles et des ensemencements dans des tubes de bouillon. Cette malade, réglée à 19 ans, l'a toujours été d'une manière régulière jusqu'à ce jour. Nous n'avons pas pu suivre l'évolution de son érysipèle et de son angine.

Sur les lamelles colorées au Gram, on voit de longues chaînettes de 8 à 10 éléments, très abondantes. Les isolements donnent seulement des cultures de streptocoques virulents, déterminant un érysipèle de l'oreille au lapin, avec un abcès et des espèces banales de la bouche.

(A suivre.)

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Étiologie de l'ulcère rond de l'estomac (Zur Aetiologie des Magengeschwürs), par du Mesnil de Rochemont (*Münch. med. Woch.*, 1894, n° 50, p. 1007). — L'auteur rapporte l'observation d'une femme de 38 ans ayant succombé vingt-quatre heures après une gastro-entérostomie pour cancer de la paroi postérieure de l'estomac. A l'autopsie, on trouva en même temps un ulcère simple au voisinage du pylore; la partie de la paroi comprise entre l'ulcère et le cancer était tout à fait saine.

En analysant les diverses phases de l'histoire clinique de sa malade, l'auteur montre que le carcinome était de plus d'une

année antérieur à l'ulcère. Dans ces conditions, il est impossible d'attribuer la production de l'ulcère a l'hyperacidité du sac gastrique. Il faut d'après l'auteur, pour expliquer la pathogénie de l'ulcère, se rattacher à la théorie d'une lésion primitive des vaisseaux telle qu'elle a été formulée par Virchow.

Applications externes de gaïacol (Beitrag zur ausseren Anwendung der Guajakols), par Brill (*Centralb. f. innere Med.*, 1894, n° 47, p. 1097). — L'auteur a essayé les applications externes de gaïacol (1 cm. c. 1/2 à 3 cm. c.) dans deux séries : chez 16 fébricitants (pneumonie, fièvre typhoïde, tuberculose pulmonaire, bronchite, rhumatisme articulaire aigu), et chez 18 individus atteints d'affections douloureuses (tabes, hystérie, polyarthrite rhumatismale, etc).

Dans la première série, on a pu constater que même à dose minime, le gaïacol avait une action antipyrétique très accusée, seulement souvent il donnait lieu à des complications fort graves (collapsus, vomissements, frissons, transpirations abondantes, etc.), si bien que l'on a dû renoncer à son emploi

Dans la seconde série, le gaïacol s'est montré comme un analgésique parfait et ne provoquait pas les accidents notés dans la première série.

Hydrogène sulfuré dans l'estomac dilaté (Schwefelwasserstoff im erweiterten Magen), par Zawadzki (*Centralb. f. innere Med.*, 1894, n° 50, p. 1177). — Dans quatre cas de dilatation considérable de l'estomac, l'auteur a constaté la production, dans l'estomac, de fortes quantités d'hydrogène sulfuré, bien que tous ces malades présentassent en même temps une hyperchlorhydrie manifeste. Ces faits montrent donc que l'HCl en grande quantité n'empêche pas les fermentations des substances albuminoïdes de se produire.

Un autre point sur lequel l'auteur attire l'attention, c'est que malgré l'intégrité du pouvoir d'absorption du tube digestif constatée par l'épreuve à l'iodure de potassium, il n'y avait pas de phénomènes d'intoxication par l'hydrogène sulfuré. L'auteur se déclare dans l'impossibilité d'expliquer ce fait.

CHIRURGIE

Kystes des corps jaunes (Ueber Corpusluteum Cysten), par E. Frankel (*Arch. f. Gynækol.*, 1894, vol. 48, p. 1). — L'étude de l'auteur est basée sur 4 cas qui ont nécessité la laparotomie. Le diagnostic anatomique n'a été fait qu'après examen histologique des pièces.

Anatomiquement, ces kystes sont caractérisés par le plissement de la paroi interne et sa coloration brune-foncée, de même que par le contenu sirupeux et foncé. L'étiologie de ces kystes est encore obscure.

Cliniquement, les kystes en question se manifestent plus ou moins par les mêmes symptômes que les kystes de la région ovarique.

Actinomycose du sein (Ueber Aktinomycose der Brustdrüse), par Muller (*Deut. med. Woch.*, 1894, n° 51, p. 1027). — Sur les deux cas d'actinomycose primitive du sein que publie l'auteur, le premier seul paraît tout à fait probant.

Il s'agit d'une femme de trente-quatre ans qui, sept mois environ après son accouchement, reçoit un coup sur le sein droit, et voit s'y développer, au bout de quelque temps, une petite tumeur qui, en trois semaines, acquiert les dimensions d'une grosse prune. La tumeur est traitée par des frictions et finalement par l'incision. Comme pansement, cataplasmes de farine de lin. La plaie mit deux mois à se cicatriser, puis s'ouvrit de nouveau et resta fistuleuse.

A l'entrée de la malade à l'hôpital, on trouva le sein légèrement augmenté de volume et présentant, au niveau du mamelon, une fistulette par laquelle s'écoulait à la pression un liquide séro-purulent. Dans l'épaisseur de la glande on sentait une tumeur des dimensions d'un œuf de poule, mal limitée et se confondant graduellement avec le parenchyme voisin. La peau était mobile, la glande non adhérente aux muscles sous-jacents. Pas d'adénopathie axillaire. Etat général très satisfaisant.

L'opération, qui a commencé par une simple incision du conduit fistuleux et qui s'est terminée par l'ablation du sein, montra qu'il existait un abcès actinomycosique central, avec ramifications s'étendant dans toutes les directions. L'abcès central renfermait les granulations jaunes caractéristiques. Le sein fut donc extirpé, et la malade guérit dans d'excellentes conditions. Pas de récidive depuis onze mois. L'examen histologique de la pièce confirma le diagnostic d'actinomycose.

Le second cas rappelle beaucoup le premier par son étiologie (traumatisme, abcès, incision et pansement avec des cataplasmes de farine de lin, fistule tenace) et sa marche clinique. Dans ce cas, la malade toussaillait depuis quelque temps, de sorte que le diagnostic flottait entre tuberculose et mammite chronique simple. L'incision de la fistule conduisit dans une cavité remplie de granulations et d'un liquide qui ne renfermait pas de granulations caractéristiques. Le foyer a été gratté et la plaie fermée. Guérison. Plus tard, à l'examen des parties durcies dans l'alcool, on trouva quelques granulations caractéristiques de l'actinomycose.

Quant à la pathogénie de cette actinomycose primitive du sein, l'auteur fait observer que dans les deux cas, après l'ouverture de l'abcès, la plaie fut pansée avec des cataplasmes de farine de lin. Or, on sait que les végétaux sont l'habitat du champignon spécifique. Il est donc possible que, dans ces deux cas, l'infection ait eu lieu par l'intermédiaire des cataplasmes.

Traitement de la tuberculose osseuse et articulaire (Zur Behandlung der Knochen- und Gelenktuberculose), par Neuber (*Arch. f. klin. Chir.*, 1894, vol. 49, p. 234). — Quinze cas, dont huit rapportés en détail, de tuberculose osseuse et articulaire du pied, du genou, de la hanche, chez des enfants et des adultes, traités par l'ouverture de l'articulation, la résection de toutes les parties malades, l'inondation du foyer par de la glycérine iodoformée à 10 0/0, et la suture de la plaie. Comme pansement, bande de gaze iodoformée sur la ligne de sutures, fixée par des bandelettes adhésives.

Dans tous ces cas, l'auteur a obtenu une guérison rapide avec résultat fonctionnel excellent dû, d'après lui, à ce qu'il a en somme conservé l'articulation tout en enlevant tout ce qui était tuberculeux. En terminant, l'auteur insiste d'une façon toute particulière sur l'*inondation* du foyer par la glycérine iodoformée. Cette inondation lui a encore donné des résultats excellents dans le traitement des plaies non tuberculeuses (extirpation des tumeurs, amputations, etc.).

Cancer de la glande thyroïde (Zum Kapitel der Schilddrüsenerkrankungen), par Sieveking (*Centr. f. innere Medic.*, 1894, n° 52, p. 1225). — Il s'agit d'un homme entré à l'hôpital pour un cancer avancé de l'estomac et un goître, et qui a succombé aux progrès de la cachexie quelques jours après.

A l'autopsie, on trouva un carcinome primitif de la glande thyroïde avec métastases, probablement par voie sanguine, de la plupart des viscères. Le sarcome s'est presque complètement substitué au parenchyme de la glande thyroïde, de sorte que par places seulement on trouvait encore quelques îlots glandulaires. Malgré cela, le malade ne présentait pas trace de myxœdème, aussi l'observation montra-t-elle, d'après l'auteur, que le fonctionnement normal d'une quantité minime de parenchyme glandulaire suffit encore pour empêcher de se produire les effets de la destruction totale de la glande.

Troubles trophiques consécutifs à la thyroïdectomie chez les animaux jeunes (Ueber Wachstums Störungen bei Thieren nach frühzeitiger Schilddrüsenexstirpation), par Eiselsberg (*Arch. f. klin. Chir.*, 1894, vol. 49, p 207) — Pour étudier la conséquence de l'ablation totale de la glande thyroïde, l'auteur a choisi de jeunes herbivores, deux moutons, quatre chèvres, un porc et un singe.

Dans tous ces cas, les animaux ont présenté dans leur développement ultérieur des troubles trophiques très marqués qui ressortent fort bien sur les dessins qui accompagnent ce travail.

Les animaux restent de petite taille et l'arrêt de développement frappe avant tout les os longs comme chez les crétins. Chez la chèvre et le mouton, il survient des troubles trophiques du côté des poils, les cornes s'incurvent, le ventre devient énorme, la température s'abaisse. Au point de vue psychique, les animaux présentent un affaiblissement considérable de l'intelligence et rappellent sous ce rapport les idiots et les crétins. Deux fois on a trouvé à l'autopsie un athérome de l'aorte.

Pour l'auteur, l'analogie entre l'état de ces animaux et celui dû à l'absence de la glande thyroïde chez l'homme est tout à fait frappante.

Traitement du torticolis spasmodique (The operative treatment of spasmodic torticollis with cases), par Richardson et Walton (*The American Journ. of med. scienc.*, janvier 1895, p. 27). — Les auteurs, après avoir rapporté brièvement 11 observations, arrivent aux conclusions suivantes :

1° Le traitement palliatif par les médicaments ou l'électricité réussira rarement contre un torticolis spasmodique bien établi.

2° Le massage peut être utile dans les cas récents.

3° La résection constitue le seul mode de traitement rationnel.

4° La résection du spinal peut être utile même quand d'autres muscles que le sterno-cléido-mastoïdien sont pris; d'un autre côté, l'affection, primitivement limitée au sterno-mastoïdien, peut envahir d'autres muscles malgré cette opération.

5° Il n'y a pas à craindre les effets de la paralysie, car la tête peut encore être tenue droite après cette résection.

6° Dans les cas les plus fréquents, le sterno-mastoïdien d'un côté et les rotateurs postérieurs du côté opposé sont pris en même temps.

7° On doit toujours commencer par la résection de l'accessoire du spinal.

Kyste chyleux du mésentère simulant une occlusion intestinale; mort; autopsie, par Flœrsheim (*Gazette des hôpitaux*, 1er janvier 1895, p. 2). — Une femme de 31 ans entre à l'hôpital le 28 mars 1893 avec des signes d'occlusion intestinale. Depuis février 1893 elle a une constipation opiniâtre qui s'est installée brusquement. Depuis le 14 mars il n'y a pas de selles et les signes ordinaires de l'occlusion intestinale apparaissent. La recherche d'une tumeur ne donne aucun renseignement. Le pouls est petit, filiforme. Les lavements électriques soulagent d'abord la malade, puis ne produisent plus rien. On fait un anus iliaque gauche et il se produit une débâcle par l'ouverture intestinale. La malade semble aller beaucoup mieux, puis elle meurt brusquement.

A l'autopsie on trouve dans la fosse iliaque droite une tumeur ovoïde ayant à peu près le volume d'une tête de fœtus; en arrière de la tumeur est le cæcum aplati. C'était un kyste chyleux développé entre les deux lames du mésentère.

Revue de la presse russe.

Angines de poitrine d'origine stomacale. — Les vraies angines de poitrine, caractérisées par des modifications athéromateuses des artères coronaires pour les uns (Potain, G. Sée, Huchard); — par la névrite périphérique du plexus cardiaque pour les autres (Jaccoud, Lancereaux), ont seules attiré jusqu'ici l'attention des auteurs, et on s'est fort peu occupé, en somme, des angines fausses. Ceci bien à tort, vu la grande rareté clinique des angines vraies et la grande fréquence relative des fausses angines. Parmi celles-ci, on distingue actuellement trois grands groupes : 1° celles d'origine nerveuse (se voit souvent chez les femmes); 2° d'origine réflexe (le plus souvent dyspeptique) et 3° d'origine toxique (nicotisme) et infectieuse. La plus fréquente parmi toutes est, sans contredit, la forme dyspeptique dont le Dr *Grousidiov* fait une étude clinique assez complète.

L'angine de poitrine d'origine stomacale rappelle nettement par beaucoup de points l'angine vraie, avec cette différence capitale près, qu'elle se trouve toujours être étroitement liée aux lésions stomacales.

Cette angine est loin d'être rare; elle se rencontre de préférence chez les hommes et avant l'âge de 50 ans (tandis que la vraie angine se développe surtout dépassé cet âge).

Au point de vue de la pathogénie, l'existence des deux éléments suivants paraît être nécessaire :

1° Un cœur affaibli et facilement irritable;

2° Des fermentations anormales dans la cavité de l'estomac avec inflammation chronique de cet organe.

La faiblesse cardiaque est tantôt le résultat de la syphilis ou de la goutte, tantôt elle tient au nicotisme.

Mais il n'est pas permis de supposer que ces influences séparées et même combinées puissent créer l'angine. L'existence du 2e facteur paraît indispensable.

Et voici quel serait alors le mécanisme probable de l'accès : l'estomac étant dilaté outre mesure par des gaz, il se produit une irritation violente des terminaisons du pneumogastrique, laquelle provoque alors l'accès, en se communiquant aux filets terminaux du plexus cardiaque.

Il se peut, du reste, que des influences vaso-motrices n'y restent point étrangères.

Les accès peuvent survenir à toute heure de la journée, mais on les observe de préférence dans la soirée, surtout après un dîner trop copieux.

Ils peuvent également être provoqués par des excitations physiques ou morales, derrière lesquelles se cachent toujours, d'ailleurs, des troubles digestifs.

L'accès est tantôt annoncé par des prodromes : sensation de pesanteur au niveau du creux de l'estomac et de dilatation stomacale, nausées, renvois, etc.; tantôt son début est brusque.

Son tableau clinique rappelle de tous points l'accès de l'angine vraie : on note les mêmes localisations dans la moitié gauche du cœur avec irradiations douloureuses dans l'épaule et le membre supérieur droits; la même sensation d'étouffement et de mort prochaine, etc.

Il ne faut pas espérer beaucoup de l'examen objectif : on peut noter une légère laryngite; un peu de bronchite ou d'emphysème; parfois une légère hypertrophie du foie; mais on trouve *toujours* : une sensibilité exagérée au niveau du creux stomacal, du météorisme, et une parésie intestinale avec constipation fréquente. Le diagnostic, sans être difficile, réclame néanmoins beaucoup d'attention de la part du médecin; le point délicat est surtout de savoir saisir le rapport existant entre l'accès et sa vraie cause : l'état de l'estomac. Il faudra établir le diagnostic différentiel d'avec l'hystérie, la syphilis du cœur, l'angine de poitrine d'origine goutteuse et l'angine vraie (caractérisée par la coronarite).

On le distinguera facilement d'une dyspnée bronchitique et de la tachycardie. Quant au catarrhe chronique de l'estomac avec accès cardiaques, le diagnostic s'impose

Le pronostic de cette affection est loin d'être bénin, puisqu'on a même enregistré des cas de mort pendant l'accès. On se guidera par l'état du cœur d'abord; par celui de l'estomac ensuite.

Le traitement *pendant l'accès* peut être le même que celui de l'angine vraie; mais on tâchera surtout de provoquer des vomissements. Le lavage de l'estomac doit être considéré comme un excellent moyen thérapeutique, puisqu'il procure au malade un soulagement notable et immédiat. Et le malade peut y avoir recours lui-même aussitôt que son attention est mise en éveil par les prodromes de l'accès.

Dans *l'intervalle des accès*, il faut instituer un traitement énergique des troubles digestifs par des lavements, et surtout par les lavages, le massage et la faradisation de l'estomac.

Cette forme *stomacale* de fausse angine de poitrine mérite d'autant plus d'attirer l'attention des médecins qu'elle se rencontre assez fréquemment dans la pratique et cède très volontiers à une thérapeutique rationnelle. (*Vratch*, 1894, n° 50).

Chloroformisation à dose faible et continue. — Le docteur Bremer a pris avec beaucoup de soin les observations de mille chloroformisations d'après cette méthode, effectuées dans la clinique de la Faculté d'Helsingfors. Voici ses conclusions :

1° La durée de la période antinarcotique était en moyenne de 11"6.

2° La dépense en chloroforme était de 0.47 c. c. par seconde pendant cette première période et de 0,32 cent. c. pendant la narcose.

3° La dépense totale en chloroforme était de 19 c. c. 5 par heure pour un adulte, au lieu de 100 à 200 cent. c. que réclamaient autrefois les autres méthodes.

Les autres avantages de cette méthode à dose faible et continue sont les suivants :

1° Le début de l'anesthésie est bien moins désagréable pour le malade;

2° On note plus rarement de l'excitation et des vomissements et bien moins d'accidents sérieux;

3° L'anesthésie, qui se poursuit généralement avec plus de

calme, peut être prolongée pendant des heures entières sans faire courir aucun danger au malade (*Finska*, etc., cité dans *Vratsch*, 1894, n° 50).

Examen des femmes enceintes par la voie rectale. — A la suite de 100 observations, le docteur Beckman nous communique les résultats suivants de l'examen des femmes enceintes par le toucher rectal :

On arrive toujours à déterminer les particularités du bassinet du col ; dans un petit nombre de cas seulement (7 0/0), il n'est pas possible de se rendre exactement compte de l'état de l'orifice utérin externe et de celui de la vessie.

Il est encore plus rare (4 0/0) qu'on ne puisse déterminer la position.

Il est en revanche assez fréquent (28 0/0) qu'on ne puisse déterminer les fontanelles et les sutures.

Mais plusieurs de ces incertitudes sont tout à fait dissipées par la palpation et l'auscultation, et il reste alors à noter, au profit de cette méthode d'examen, cet avantage énorme de restreindre d'une façon considérable la nécessité de pratiquer le toucher vaginal, ce qui diminue d'autant les chances de l'infection consécutive.

Ce fait tire une très grande valeur surtout de cette considération qu'on pourrait totalement retirer aux sages-femmes le droit de pratiquer le toucher vaginal, en le réservant aux médecins, et de cette façon une source assez abondante de septicémies puerpérales serait tarie (*Journ. d'obstétr. et de gynécol.*, cité dans *Vratsch*, 1894, n° 48)

J. Litinski.

BIBLIOGRAPHIE

Thérapeutique de la fièvre typhoïde, par le Dr P. Le Gendre, médecin des hôpitaux de Paris. O. Doin, éditeur, 1895.

Dans l'*Introduction*, l'auteur expose les raisons pour lesquelles, tout en reconnaissant les heureux résultats obtenus par Brand et sous son impulsion au point de vue de l'abaissement général de la mortalité humaine par fièvre typhoïde, il n'est pas convaincu de la nécessité d'adopter dans sa rigueur et dans tous les cas le bain froid systématique. D'ailleurs, loin d'être hostile aux moyens hydrothérapiques, M. Le Gendre conseille de les utiliser tous : lotions froides, bains tièdes, bains progressivement refroidis, affusions, drap mouillé, bain de Brand, en choisissant parmi eux, suivant les cas, avec un « éclectisme » méthodique qu'il oppose au « Brandisme systématique », celui qui paraît le mieux approprié aux indications du moment. Il croit, en outre, que dans le traitement de la fièvre typhoïde, il y a matière à d'autres actes médicaux, multiples, irréductibles en aphorismes balnéaires. Associant toujours l'hygiène, l'antisepsie intestinale et générale et la quinine à l'hydrothérapie, M. Le Gendre, élève du professeur Bouchard, conforme sa pratique aux principes de son maître.

Dans un chapitre préliminaire, il étudie minutieusement la *position du problème thérapeutique* d'après l'analyse des éléments pathogéniques du processus typhique en général, et en tenant compte des modifications apportées aux données pathogéniques par les diverses circonstances d'âge, de sexe, d'antécédents physiologiques ou pathologiques, de climat, de ressources matérielles, d'état social, etc.

Puis une première partie énumère les *moyens dont nous disposons pour répondre aux indications thérapeutiques* : soins hygiéniques, diététiques, antisepsie, antithermie (antipyrétiques médicamenteux et médications réfrigérantes, celles-ci décrites dans les plus complets détails et sans aucun parti pris).

La deuxième partie étudie l'*appropriation des méthodes générales de traitement aux cas particuliers* suivant les *formes*, les *propathies*, les *associations morbides*, etc. Un chapitre qui rendra certainement les plus constants services aux praticiens est celui qui énumère *dans l'ordre alphabétique* le traitement de toutes les *complications*, *accidents* et *séquelles* depuis les Abcès jusqu'aux accidents du côté des Yeux.

La troisième partie est consacrée à la *Prophylaxie* basée sur l'*Etiologie*.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses des Facultés.

Les indications de la saignée, par Gabriel Estève.

1° L'étude des effets physiologiques de la saignée a montré que ses effets transitoires n'étaient pas sans danger

2° Un des effets les plus remarquables de la saignée est de diminuer d'une façon toute momentanée, il est vrai, mais quelquefois suffisante par le répit qu'elle procure, les symptômes graves entraînant un péril immédiat.

3° Ce répit momentané est dû à la diminution de la quantité des principes toxiques contenus dans le sang que la saignée permet d'évacuer, mieux que toute autre voie, la voie rénale exceptée.

4° Que la saignée se trouve par suite indiquée dans les états où, par le fait de l'insuffisance de la voie rénale, l'auto-intoxication, résultant de la non-élimination des principes toxiques accumulés dans l'organisme, produit des accidents immédiats, mettant subitement en danger la vie du malade.

Accouchement prématuré provoqué et symphyséotomie en pratique obstétricale, par Maxime Perret.

La symphyséotomie est une opération d'urgence, c'est-à-dire qu'elle sera pratiquée de suite sur la femme si elle est en travail, ou elle sera réservée pour le moment où ce dernier se déclarera si la femme vient consulter lorsque la tête a déjà acquis un volume tel que l'accouchement prématuré ne puisse se faire spontanément. Dans tous les cas, les deux conditions suivantes devront être remplies : 1° Le diamètre promonto-pubien minimum a une longueur d'au moins 70 millimètres. 2° L'état général de la femme et celui du fœtus sont des plus satisfaisants.

Toutes les fois qu'une femme dont le bassin est le même que précédemment viendra consulter avant que la tête fœtale n'ait des dimensions trop grandes relativement à celles du bassin, on devra chez elle provoquer l'accouchement avant terme.

VARIÉTÉS

La multiplication des docteurs. — Voici le nombre des docteurs en médecine reçus par les Facultés françaises pendant l'année scolaire 1893-1894.

Facultés	*1892-93*	*1893-94*	*Augmentation*
Bordeaux	88	99	11
Lille	10	46	36
Lyon	104	124	20
Montpellier	50	54	4
Nancy	15	22	7
Paris	441	547	106
Toulouse	15	27	12
Totaux	723	919	196

Comme on le voit, ce n'est pas seulement en Autriche-Hongrie, en Belgique ou en Angleterre, c'est en France également, et ce n'est pas seulement à Paris, c'est à Lille, à Lyon, à Toulouse que le nombre des docteurs augmente. Encore si l'on pouvait considérer cette augmentation comme un effet de décentralisation. Il n'en est rien, hélas! A Paris, on compte 106 docteurs de plus l'année dernière que l'année précédente. On en compte en France 196 de plus. Comme il est démontré d'autre part que, grâce aux mesures d'hygiène et de prophylaxie, les épidémies sont arrêtées beaucoup plus tôt, que le nombre des malades diminue proportionnellement à celui des décès, il en résulte que nous nous rapprochons de plus en plus de la situation peu enviable faite en Belgique, en Angleterre, en Allemagne et en Autriche à un grand nombre de médecins qui n'y peuvent plus vivre. Nous connaissons bien un remède à cet état de choses. A quoi bon l'indiquer, puisqu'on ne voudrait pas l'accepter ?

Association générale des médecins de France. — La séance annuelle de la Société Centrale aura lieu le dimanche 3 février prochain, à deux heures et demie, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3.

Ordre du jour :

Allocution du président ;
Rapport du secrétaire ;
Compte rendu du trésorier ;
Ratification des admissions faites dans l'année ;
Election d'un secrétaire et de dix membres de la Commission administrative en remplacement des membres sortants.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et Dubuisson
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

Rédacteur en chef : Dr L. LEREBOULLET. — Secrétaire de la Rédaction : Dr A. BROCA.

BULLETIN

La réforme du concours de l'Internat.

Nous voulions, avec quelques-uns de nos collègues, saisir le conseil de surveillance d'un projet de réforme du concours de l'Internat. Nous avons le plaisir de constater que l'administration nous devance: elle a demandé la nomination d'une commission composée de médecins, de chirurgiens et d'accoucheurs des hôpitaux pour réviser le mode actuel de concours et c'est justement ce que nous réclamions d'elle.

On n'a plus à faire la critique du mode de concours de l'internat, excellent sans doute à une autre époque, mais que le nombre toujours croissant des candidats rend, chaque année, plus déplorable. C'est au premier janvier que, naguère, les nouveaux titulaires entraient en fonction, la longueur des épreuves a dû reculer leur investiture d'abord en février, puis en mars et voici que, pour 1895, on parle du premier mai! Les séances qui, jadis, pouvaient être terminées en deux mois, ont traîné plus tard pendant trois, puis quatre et maintenant elles envahissent tout un semestre. En octobre, le jury actuel commençait à siéger; nous sommes en février et la lecture des compositions écrites est loin d'être finie. Il en reste, dit-on, quatre-vingt-dix; on en liquide cinq par séance. Qu'on fasse le calcul, et la durée d'une demi-année, dont on nous menace, paraît plus que probable.

Une telle longueur est désastreuse pour les candidats et pour les juges: les candidats sont énervés par une pareille attente; tout travail est à peu près suspendu dans les mois qui précèdent la lecture de leur composition; il est hâtif et sans méthode dans la période qui s'écoule de cette lecture à l'oral. Et pendant ce temps les futurs internes, externes actuels, négligent forcément leur service, et leurs apparitions, à l'hôpital, sont rares et rapides. Quant aux juges, ils doivent, trois ou quatre fois par semaine, consacrer à cette fastidieuse besogne du concours les trois meilleures heures de la journée. C'est une dette sacrée, nous dit-on; nos prédécesseurs l'ont acquittée envers nous, nous devons l'acquitter envers nos successeurs. C'est juste, mais cet impôt pèse sur nos épaules d'un poids trois fois plus lourd que sur celles de nos aînés.

Il est facile de remédier à ces multiples inconvénients. Le concours de l'internat comprend deux parties: une épreuve d'admissibilité, composition écrite sur un sujet d'anatomie, de physiologie et de pathologie; une épreuve définitive, question orale sur un sujet d'anatomie et de pathologie. Qu'on ne touche pas à cette dernière; qu'elle ait lieu, comme par le passé, devant le jury constitué comme il l'est actuellement. Les candidats *admissibles* ne dépassent jamais de beaucoup une centaine; par conséquent dix ou douze séances à dix candidats chacune permettront de terminer le concours en cinq ou six semaines. Pas un de nous, pas un de nos maîtres les plus occupés ne voudra, dans ces conditions nouvelles, décliner l'honneur de siéger dans le jury.

Reste l'épreuve d'admissibilité, la composition écrite; c'est elle dont la lecture prolonge indéfiniment le concours; elle nécessitera cette année près de 60 séances. Eh bien! nous proposerions de la « couper en deux ». Elle porte sur un sujet d'anatomie et de physiologie d'une part, de pathologie interne ou externe de l'autre. Que, dans une première séance, les élèves traitent la question d'anatomie et, dans une seconde, celles de pathologie. Le concours s'en trouvera fortifié; il y aura deux épreuves d'admissibilité au lieu d'une. J'ai souvent entendu les élèves se plaindre de jouer une nomination aussi importante sur deux épreuves seulement; il y en aurait désormais trois, et comme l'anatomie et la pathologie ne seraient plus jugées en bloc et payées par une note unique, mais comme elles auraient désormais chacune sa propre cote, le concours en deviendrait plus juste : on ne verrait pas un brillant développement sur un point de pathologie faire oublier les lacunes et les erreurs de la question anatomique.

Ces deux ordres de copies, écrites par le candidat, seraient confiés — et c'est ici le point capital de la réforme — à un correcteur ou à un groupe de correcteurs. Ces copies seraient anonymes; les correcteurs ignoreraient les noms de ceux qui les ont faites, ainsi que cela se pratique pour le concours général et les admissions dans les grandes écoles du gouvernement, Saint-Cyr et Polytechnique. Les points accordés à chacune des deux copies d'un même candidat seraient additionnés et les totaux les plus élevés créeraient les admissibles qui, seuls, seraient appelés à passer devant le jury tel qu'il fonctionne actuellement. C'est ce jury qui conférerait, après l'épreuve orale, l'investiture définitive.

Avons-nous à déduire les avantages de cette réforme? D'abord le temps gagné. Le concours qui maintenant s'éternise pendant six mois sera facilement terminé en deux : et j'insiste sur ce point, car l'opinion publique ne s'est vraiment émue que cette année, sous le coup de l'accroissement considérable des candidats; la durée

inquiétante des épreuves l'a rendue « révisionniste ». J'ajoute que les correcteurs seront plus compétents. Parmi les sept juges du jury actuel, il en est toujours quelques-uns qui ont oublié leur anatomie et leur physiologie; en tout cas, ils ne sont plus au courant des recherches nouvelles comme les « professionnels » à qui sera confiée la lecture des copies. Mêmes remarques pour la pathologie : les chirurgiens et les accoucheurs sont mal renseignés sur les travaux récents de médecine, les médecins sur les découvertes chirurgicales.

Et puis les juges seront à l'abri de tout soupçon de partialité. Quelque apparentés que soient les élus, comment prétendre que la faveur ait joué un rôle dans une admission prononcée sur des épreuves anonymes? Ce point mérite qu'on s'y arrête : vraiment, les jeunes candidats croient trop au népotisme et l'on sait leur course « à la recommandation ». J'ai été deux fois membre du jury de l'internat et voici une statistique rigoureuse : chaque élève qui arrivait à la dernière épreuve m'avait été « recommandé » trois fois en moyenne. Or, j'étais le plus jeune et le moins influent des juges; mes collègues par conséquent, avaient été sollicités pour le moins autant que moi. Il y a sept juges, ce qui fait 21 recommandations par élève; multipliez ce nombre de 21 par le nombre de candidats et vous verrez quelle armée on mobilise pour essayer de capter la bienveillance des juges. C'est donc qu'on les « soupçonne » d'être accessibles!

Je pourrais dire encore que, en supprimant la lecture des copies, on n'aura plus les douloureuses exécutions, qui se renouvellent à peu près chaque année, de ces jeunes gens faibles, évidemment sans grands scrupules, mais parfois aussi énervés et déséquilibrés momentanément par des émotions et un travail excessif. Leur conscience se trouble et pour des mots, des phrases et des pages changés par eux en lisant leur copie, leur exclusion définitive de la carrière doit être prononcée. C'est juste, et je ne les excuse pas, mais j'en ai connu chez qui cette défaillance jurait avec ce qu'ils avaient été avant cette faute et avec ce qu'ils furent après. Ces misérables tentations n'existeront plus.

Le mode de concours que je propose ici n'est-il pas supérieur aux combinaisons nouvelles qui surgissent de toutes parts? Les plus appuyées paraissent être pour les uns la création de deux jurys simultanés, qui jugeront la composition écrite; pour les autres, une seule épreuve d'admissibilité qui serait orale et ne durerait que cinq minutes. Les jurys simultanés auraient de bien grands inconvénients : d'abord le concours y perdrait son unité; le jury A ne coterait certainement pas comme le jury B et telle composition admissible devant un jury ne le serait plus devant l'autre; puis, il multiplierait le nombre des juges, double désavantage, car le budget de l'Assistance en serait grevé d'autant, et la consommation des juges par l'externat, les médailles, le prosectorat, les pharmaciens, les aliénistes, les accoucheurs, les chirurgiens et les médecins est telle qu'il y a déjà vraiment disette. J'ajoute enfin que la durée du concours resterait encore très longue.

L'autre série de projets qui proposent une seule épreuve orale de cinq minutes pour conférer l'admissibilité me paraît absolument inacceptable. Comment? cinq minutes suffiront pour décider de ce qui, en somme, peut bouleverser la carrière d'un candidat? Substituer à l'écrit, où l'élève a deux heures devant lui pour faire preuve de ses connaissances, un oral, un oral de cinq minutes avec toutes les trahisons et toutes les défaillances que l'émotion et la peur peuvent infliger à un instrument aussi sensible et aussi délicat que la parole, il y a là vraiment de quoi épouvanter les candidats. Mon projet, au contraire, non seulement maintient l'admissibilité sur l'écrit, mais il double cet écrit pour ainsi dire; il multiplie les conditions de compétence et d'impartialité, et cela en nous donnant le maximum de rapidité : un mois peut suffire aux correcteurs pour conférer l'admissibilité, un mois au jury définitif pour prononcer l'admission.

Paul Reclus.

REVUE GÉNÉRALE

L'helminthiase en Russie.

Ceux qui connaissent tant soit peu les mœurs et les habitudes culinaires sinon de tout le vaste empire russe, du moins de certaines de ses contrées et d'une certaine classe de ses habitants, ne seront point étonnés de la fréquence de vers intestinaux qu'on y observe. Cette fréquence a été signalée dans un certain nombre de travaux spécialement consacrés à son étude et faits sous l'inspiration du professeur Manassein. Ainsi Kessler (1) a examiné les selles de 600 sujets bien portants (dont 208 enfants) et a constaté la présence d'helminthes chez 194 (sur ce chiffre 91 enfants). Sur 5 3 soldats de Nowgorod, examinés à ce point de vue par Gretschaninoff (2), 218 étaient porteurs d'ascarides. Grousdeff (3) a trouvé des œufs d'ascarides chez 86 élèves d'un séminaire de Kostroma, sur 260 examinés. Plus récemment Sander (4) a examiné à Saint Pétersbourg les selles de 1,000 sujets et y a trouvé dans 25 0/0 des œufs d'entozoaires.

Les vers les plus fréquemment rencontrés sont le botriocephalus latus, l'ascaride, l'oxyure, le trichocephalus dispar, les tænias. Les campagnards sont atteints deux fois plus souvent (69,23 0/0) que les habitants des villes (33,33 0/0). Les enfants sont, d'après toutes les statistiques, atteints beaucoup plus souvent que les adultes. Ce fait paraît jouer, d'après quelques auteurs, un rôle dans l'éclosion des phénomènes morbides provoqués par la présence des helminthes; nous reviendrons plus loin sur ce point. C'est surtout la malpropreté, la grande consommation de poisson, de viande de porc et de bœuf peu cuite qui sont les causes de l'helminthiase.

Contrairement aux Allemands, les auteurs russes sont d'avis que la présence dans l'organisme de diverses espèces d'helminthes est loin d'être inoffensive et toute une série de travaux rend compte de la justesse de cette opinion.

Un des troubles les plus sérieux que peuvent provoquer les helminthes est l'anémie grave, considérée, ainsi que nous le verrons dans un instant — comme identique à l'anémie pernicieuse progressive. Sans parler de nombreuses communications parues en Allemagne et dont les auteurs soutiennent la même thèse, un grand nombre d'observations ont été publiées à ce sujet en Russie avant l'année 1894. Telles sont les communications de Mitskouner (5), de Schapiro (6), de Mme Podvisotskaïa (7), de Kissel (8), de Vériujski (9), de Schimanski (10), de Ravitsch-Schtscherbo (11), d'Ekkert (12), de Blumenau (13), de Martinoff (14), de Viltschour (15), de Dehio (16).

(1) Kessler, Th. de Saint-Pétersbourg, 1888.
(2) Gretschaninoff, Th. de Saint-Pétersbourg, 1890.
(3) Grousdeff, *Wratsch*, 1891, nos 13 et 14.
(4) Sander, Thèse de Saint-Pétersbourg, 1894.
(5) *Gazette de Botkine*, 1886, n° 22.
(6) *Wratsch*, 1887, nos 5 et 6.
(7) *Wratsch*, 1888, n° 14.
(8) *Wratsch*, 1888, n° 45.
(9) *Wratsch*, 1889, nos 31 et 32.
(10) *Rousskaïa Meditsina*, 1889.
(11) *Wratsch*, 1891, p. 1805.
(12) *Gazette de Botkine*, 1893, n° 35.
(13) *Wratsch*, 1893, n° 45, p. 1241.
(14) *Ibid.*, p. 1362.
(15) *Gaz. de Botkine*, 1892, p. 669.
(16) *St-Pétersb. Medic. Wochenschr.*, 1891, n° 1.

Tous ces auteurs ont observé des malades porteurs de bothriocéphales et qui présentaient en même temps tous les signes d'anémie essentielle; chez tous la guérison eut lieu après l'expulsion des helminthes.

En janvier 1894, M. Natanson (1) a communiqué au cinquième Congrès des médecins russes (Saint-Pétersbourg) ses observations sur des individus porteurs de bothriocéphales Ces malades offraient tous les symptômes d'anémie grave : phénomènes subjectifs, fonctionnels et physiques habituels de cette affection et sur lesquels nous ne nous étendons pas, diminution du taux d'hémoglobine et d'hématies, augmentation du nombre de leucocytes, poïkilocytose et microcytose. Quelques-uns de ces malades avaient en même temps un mouvement fébrile assez élevé et irrégulier. En outre, — fait très important, — chez tous ces malades, M. Natanson a constaté, à l'examen ophthalmoscopique, des hémorrhagies rétiniennes péripapillaires, souvent disposées le long des vaisseaux, allongées ou punctiformes, et une pâleur très marquée du fond de l'œil et du nerf optique. L'administration de vermifuges amenait une expulsion abondante d'anneaux et d'œufs de bothriocéphales. Une des malades fut complètement rétablie après cette expulsion de parasites, les trois autres succombèrent après une amélioration de courte durée, provoquée par l'expulsion des bothriocéphales putréfiés.

A l'autopsie, on trouva des hémorrhagies punctiformes nombreuses à la surface de divers organes (dure-mère, rétine, péricarde, muqueuse intestinale). En outre, à l'examen microscopique d un œil d'un des malades qui ont succombé, M. Natanson constata que les extravasats siégeaient surtout dans les couches antérieures de la rétine; parfois ils entouraient la lumière d'un vaisseau dont les espaces adventices étaient dilatés et remplis d'hématies de forme et de dimensions normales. N'ayant pas trouvé de solution de continuité des parois vasculaires, l'auteur attribue les hémorrhagies au passage direct des globules rouges à travers les parois vasculaires modifiées par l'altération de nutrition générale. Cet examen anatomo-pathologique d'yeux d'individus atteints d'anémie helminthique serait, d'après M. Natanson, unique.

On voit d'après cet examen que les lésions du fond de l'œil sont à peu près les mêmes que celles que Eichhorst (2), Litten (3), Uhthoff ont trouvées dans l'anémie pernicieuse protopathique. D'autre part, l'examen ophthmoscopique a été fait dans l'anémie helminthique par Reyer (4), Vériujski (5), Ketscher (6) et Blumenau (7) et tous ces auteurs ont constaté des hémorrhagies rétiniennes absolument analogues à celles qu'on observe dans l'anémie pernicieuse progressive et nettement distinctes des autres rétinites. Aussi, M. Natanson conclut-il, malgré Unverricht, Biermer (8), Quincke (9), et d'accord avec Reyer et Runeberg (10), à l'identité absolue, entre l'anémie helminthique et l'anémie pernicieuse progressive.

En étudiant les altérations du système nerveux central au cours de l'anémie pernicieuse, M. Birula (11) a précisément eu à examiner le système nerveux d'un malade mort à la suite de cette maladie et ayant eu des helminthes. Sans se prononcer pour l'une ou l'autre des théories pathogéniques dont nous parlerons plus loin, M. Birula n'hésite pas à attribuer cette anémie aux helminthes.

Il s'agissait d'un malade offrant depuis un an tous les symptômes d'anémie idiopathique, avec mouvement fébrile irrégulier et assez marqué, hémoptysies et vomissements au cours de son séjour à l'hôpital.

A l'autopsie, on constata des hémorrhagies punctiformes à la surface de la pie-mère cérébelleuse; des groupes d'hémorrhagies punctiformes d'un rouge vif dans la substance blanche et grise du cerveau et du cervelet et sur le péricarde. Le sang était comme délayé d'eau, pâle, fluide; tous les viscères étaient absolument exsangues. Anneaux de bothriocéphales macérés et putréfiés dans l'intestin.

Au microscope, les vaisseaux étaient remplis d'éléments migrateurs.

Les cellules des cornes antérieures ont subi la dégénérescence graisseuse, granulo-graisseuse ou pigmentaire. Les grandes cellules des centres moteurs corticaux présentaient aussi des lésions de dégénérescence granulo-pigmentaire de tout le protoplasma. Le noyau des cellules était souvent irrégulier, déformé; parfois on voyait, à côté d'un noyau normal, des corpuscules rappelant un noyau fragmenté. Au milieu de la névroglie, on trouvait un grand nombre de corpuscules amyloïdes. En somme, dit l'auteur, les lésions de l'encéphale étaient les mêmes que présente, dans l'anémie essentielle, le système sympathique.

M. Wlaïéff (1) a observé cinq malades, dont trois présentaient tous les signes d'anémie pernicieuse; les deux autres souffraient surtout de catarrhe gastro-intestinal. Mais chez ces deux derniers, il y avait également diminution du nombre d'hématies et du taux d'hémoglobine, tout cela cependant moins marqué que chez les trois premiers. Tous les cinq malades avaient en même temps dans leurs selles des anneaux de bothriocéphales, et trois d'entre eux furent rapidement remis sur pied à la suite d'un vermifuge énergique.

M. Sander (2) enfin rapporte dans sa thèse un fait analogue où une anémie pernicieuse progressive fut guérie par un vermifuge et l'expulsion du bothriocéphale.

On voit donc, par ce rapide exposé, que presque tous les auteurs russes sont d'accord quant à la question du rapport entre la présence d'helminthes dans le tube digestif et l'anémie grave qui l'accompagne, et que tous ces auteurs considèrent cette anémie comme absolument identique à ce qu'on appelle l'anémie pernicieuse progressive idiopathique. Et en effet, si nous analysons les signes principaux par lesquels se traduit l'anémie helminthique, nous voyons qu'on y retrouve non seulement les symptômes physiques et fonctionnels de l'anémie essentielle, mais aussi tous les signes donnés comme caractéristiques de l'anémie protopathique. L'on sait que Biermer, Quincke, Holst (3), Eichhorst qui nient cette identité se basent sur l'absence dans l'anémie helminthique de mouvement fébrile, de diminution du taux d'hémoglobine et du nombre d hématies, de poïkilocytose et de microcytose et d'hémorrhagies rétiniennes. Or nous avons vu que tous ces symptômes ont été constatés dans tous les cas d'anémie helminthique que nous avons rapportés. Si les hémorrhagies rétiniennes n'y sont pas toujours signalés, c'est parce que l'examen ophthalmoscopique n'a pas toujours été fait. Mais là où l'attention y a été portée, ce symptôme a été trouvé.

Rappelons ici que, dans tous ces cas, il n'y avait aucune autre cause à invoquer et que l'anémie prenait le plus

(1) *Ejenedelnic*, 1894, n° 6.
(2) *Traité de pathologie et de thérap.*, T. IV.
(3) *Berlin. klin. Woch.*, 1877.
(4) *Deutsch. Arch. f. klin. Med.*. B. 39, 1886.
(5) *Loc. cit.*
(6) *Gaz. de Botkine*, 1890, p. 1021.
(7) *Loc. cit.*
(8) *Correspondenz-Blatt f. Schweiz. Aertze*, 1872, T. II, n° 1.
(9) *Volkmann's saml. klin. Vortræge*, 1875, n° 100.
(10) *Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, 1877, T. 46.
(11) *Wratsch*, 1894, nos 11 et 12.

(1) *Wratsch*, 1894, nos 25, 27, 28 et 29.
(2) *Loc. cit.*
(3) In Eichhorst, *loc. cit.*

souvent fin dès que la cause provocatrice — l'helminthe — disparaissait; sauf les cas où les désordres étaient déjà trop graves. Il est donc difficile de voir dans ce fait une simple coïncidence, sans rapport de cause à effet.

Comment expliquer cette action du parasite, et grâce à quel processus particulier le bothriocéphale donne-t-il tantôt une anémie mortelle, tantôt une anémie grave, mais curable, tantôt enfin, il paraît ne produire aucun effet nocif? Ici les opinions des auteurs sont assez nombreuses.

Le professeur Botkine (1) pensait que l'anémie pernicieuse progressive causée par les helminthes est d'origine purement réflexe; les vers irriteraient les filets sympathiques de la muqueuse intestinale et cette irritation se transmettrait aux centres hématopoïétiques que cet auteur admettait dans le bulbe et dont dépendraient la composition du sang et le nombre d'hématies.

Pour d'autres, l'anémie est d'origine toxique. Eichwald (2) admet que les toxines sont élaborées par l'organisme des helminthes et, une fois versées dans le sang, elles agissent sur lui comme toute toxine bactérienne. Mais si l'helminthe élaborait des toxines à l'état normal, c'est-à-dire quand il n'est pas malade, le nombre d'anémiques — vu la grande fréquence de vers intestinaux signalée plus haut — aurait dû être bien plus grand qu'il ne l'est. Aussi Viltschour, Schapiro, Dehio, Ekkert supposent-ils que les toxines ou produits septiques ne se produisent que lorsque l'entozoaire est malade ou mort, et c'est alors seulement que l'anémie se produit par résorption par le sang de ces produits toxiques. Peut-être ce poison agit-il alors sur les organes hématopoïétiques et amène de cette façon la diminution du nombre d'hématies; on peut aussi supposer qu'il agit directement en détruisant ces globules déjà formés.

Les partisans de cette théorie se basent encore sur ce fait que, presque dans tous les cas graves, les malades expulsaient des anneaux d'helminthes putréfiés ou malades. Il en était toujours ainsi dans les cas mortels.

M. Natanson se joint à cette hypothèse et apporte à l'appui le fait que l'hémorrhagie rétinienne dans l'anémie helminthique est tout à fait analogue à celle de la rétinite septique,

Telle n'est pas l'opinion de M. Wlaïéff qui n'admet pas la formation de toxines que le B. soit malade ou non, et cela en se basant sur quelques expériences instituées par lui à cet effet. L'extrait alcoolique d'un bothriocéphale expulsé par un de ses malades a été injecté par M. Wlaïéff à des animaux (lapin, pigeon) sans amener chez eux aucun trouble. Ensuite, l'auteur a injecté les toxines (du genre albumose) retirées par lui de cet extrait, et toujours sans aucun effet.

M. Wlaïéff convient lui-même que ses expériences ne sont pas assez nombreuses pour être concluantes, elles demanderaient à être reprises pour qu'on puisse nier ou affirmer définitivement la formation des toxines; mais toujours est-il que les résultats négatifs obtenus par cet auteur méritent d'attirer l'attention.

La seule chose qui paraît sûre à M. Wlaïéff, c'est que les helminthes privent leur hôte d'une quantité considérable de sucs nutritifs, surtout si l'on considère la quantité parfois énorme de vers qu'on peut trouver dans le tube digestif. A cette dénutrition sont dus les troubles divers. En outre, par l'irritation de la muqueuse, ils provoquent une série d'accidents divers: contractions fibrillaires, exagération des réflexes, diarrhée ou constipation, etc.

En reprenant les observations antérieures et les siennes, M. Wlaïéff a été frappé par le rapport qu'il a remarqué entre l'âge du malade et la durée de l'affection d'une part, et la gravité du cas d'autre part; les malades graves étaient des enfants ou bien ils avaient des vers depuis l'enfance. Il en conclut que dans un organisme non encore complètement développé et qui a, par conséquent, plus qu'un adulte, besoin de tous les éléments nutritifs élaborés aux dépens des aliments, les désordres causés par l'helminthe qui précisément s'approprie une grande partie de ces éléments, seront plus graves que chez l'adulte. Ce dernier sera, par contre, plus en état de lutter contre les effets nocifs dus à la présence du parasite et pourra même supporter un grand nombre d'helminthes sans en être incommodé. Voilà pourquoi l'anémie pernicieuse helminthique est rare chez l'adulte et pourquoi la présence des entozoaires ne provoque souvent chez lui que des phénomènes peu importants. Si chez les enfants on n'observe pas toujours l'anémie, c'est que probablement ils ne sont pas depuis longtemps porteurs d'helminthes. Telle est d'ailleurs aussi l'opinion de M. Wagner (1).

(1) In Schapiro, *loc cit.*
(2) In Mitskouner, *loc. cit.*

M. Wlaïéff émet enfin une hypothèse, sans y insister, que l'anémie pernicieuse progressive est peut-être due à des agents pathogènes encore inconnus, mais que les parasites, en irritant le système nerveux et produisant une dénutrition marquée, rendent le terrain favorable à l'action de ces causes spéciales inconnues en mettant l'organisme dans l'état d'infériorité de résistance.

En dehors de l'anémie, un grand nombre de désordres ont été signalés chez les individus ayant des helminthes et attribués à ces derniers. M. Blumenau, en étudiant le rôle pathogénique des ascarides, rapporte de nombreuses observations où ces nématodes ont amené des abcès souscutanés (2), des accès tétaniformes (3), des troubles cardio-pulmonaires mortels (probablement réflexes par irritation du plexus solaire) (4), des phénomènes généraux graves avec abcès du foie rompus dans le péritoine (5). La gravité du cas n'était pas toujours en rapport avec le nombre d'ascarides. M. Blumenau en conclut que la prédisposition de l'organisme joue un rôle important. Suivant que tel organe ou tel système de l'organisme sera son *locus minoris resistentiæ*, on aura des accidents nerveux, gastro-intestinaux, cardio-vasculaires, d'anémie grave, etc. Et, en effet, dans toutes ces observations les phénomènes inquiétants se développaient surtout à la suite d'une maladie aiguë, alors que les mêmes individus supportaient, avant cette maladie aiguë, assez bien leurs parasites. On n'aura aucune difficulté à admettre cette hypothèse quand on se rappellera le rôle qu'on fait jouer au terrain dans toutes les maladies bactériennes.

D'autre part, on ne peut mettre les accidents, attribués aux helminthes, sur le compte de la maladie aiguë, puisqu'ils disparaissaient dès que le malade était débarrassé des helminthes.

M. Blumenau (6) a observé lui-même 4 cas, dont 3 terminés par la mort et provoqués par des ascarides. Ces observations nous paraissent assez intéressantes pour mériter d'être rapportées.

Un de ces malades est entré à l'hôpital pour une pneumonie; à l'examen on lui trouva en même temps un œdème généralisé et des symptômes d'anémie assez marquée; mais le malade disait avoir les œdèmes et les signes d'anémie depuis deux ans. Au moment où la pneumonie prenait fin, il fut un jour subitement pris de

(1) *Wratsch.*, 1893, n° 49.
(2) Petrowski, *Wratsch*, 1891, n° 2.
(3) Wischnewski, *Wratsch*, 1884, n° 29.
(4) Boukoiémski, *Wratsch*, 1892, n° 27.
(5) Rosenblat, *Wratsch*, 1892, n° 27.
(6) *Wratsch*, 1894, n° 47 et 48.

douleurs violentes de ventre avec tous les signes d'hémorrhagie interne et émission involontaire de fèces liquides et noires. Ces melænas se répétèrent plusieurs fois et furent très abondants; le malade succomba pendant une de ces hémorrhagies. A l'autopsie on ne trouva aucune ulcération de la muqueuse gastro-intestinale; le tube digestif était cependant rempli de sang et contenait un grand nombre d'ascarides.

M. Blumenau attribue ces hémorrhagies à la trophonéphrose vasculaire ayant permis le passage du sang à travers la paroi modifiée, trophonévrose rendant compte des œdèmes et due elle-même à l'anémie grave provoquée par la présence d'ascarides. En outre, les helminthes, en irritant localement la muqueuse, provoquent un afflux plus considérable de sang dans les vaisseaux. Mais tant que le malade n'a pas été mis en état d'infériorité de résistance par la pneumonie, il supportait assez ses ascarides pour être en état de faire son service militaire.

Un autre malade de M. Blumenau, présentant des phénomènes de catarrhe gastro-intestinal et d'anémie, fut pris brusquement de douleurs de ventre violentes et accompagnées de cyanose, de dyspnée, de petitesse du pouls, de contractures, et succomba. A l'autopsie, on trouva des ascarides dans l'estomac très dilaté, dans l'intestin et un dans le cholédoque dont il occupait toute l'étendue. La présence d'helminthes dans les voies biliaires, signalée par les auteurs comme cause d'ictère par obstruction, n'est heureusement pas toujours mortelle. Dans le cas actuel, la dyspepsie et la dilatation de l'estomac ont peut-être rendu l'organisme moins apte à se défendre et à résister à l'irritation partie de la muqueuse des voies biliaires.

Le 3e cas de mort, observé par l'auteur, est de cause purement mécanique : le malade, qui avait des phénomènes péritonéaux, fut étranglé par un ascaride pendant un vomissement. L'autopsie révéla un grand nombre d'ascarides dans le tube digestif qui contenait du sang, et deux ascarides dans le larynx. Le 4e enfin avait des accès de fièvre avec frisson, chaleur et sueur, mais à maximum vespéral; la quinine resta sans aucun effet. Le malade ayant rendu dans un vomissement un ascaride, on lui administra un vermifuge. Avec l'expulsion des parasites, tout rentra dans l'ordre.

Cependant, tout en convenant de la gravité des accidents qui peuvent être causés par les helminthes, M. Blumenau n'admet pas que les perforations intestinales attribuées aux entozoaires, puissent se produire, si la paroi intestinale est saine, mais seulement si elle est déjà malade et, par suite, moins résistante.

Nous avons vu que la présence d'helminthes peut se traduire par des troubles divers et lésions du côté de l'organe de la vision, qui ne sont qu'une des nombreuses manifestations par lesquelles se traduit l'atteinte de tout l'organisme : l'anémie progressive. Mais il n'en est pas toujours ainsi et assez souvent on observe un grand nombre de phénomènes réflexes du côté des diverses parties constituantes du globe oculaire et de ses annexes, phénomènes directement liés à la présence des vers dans l'intestin. Tels sont les faits publiés par les auteurs allemands et français, de mydriase, de myosis, de troubles de la vision, pouvant aller jusqu'à l'amaurose, tous ces symptômes disparaissant après l'expulsion de diverses espèces d'helminthes. La musculature interne ou externe peut aussi être atteinte et donner lieu à du spasme de l'accommodation avec irritation de la rétine par la lumière ou bien à du strabisme, surtout interne. Si l'irritation des nerfs sensitifs vient s'ajouter à l'irritation des moteurs, on a des névralgies sus ou sous-orbitaires. Enfin plus récemment on a observé des cas où l'irritation se réfléchissait sur les filets du facial et donnait lieu à des convulsions cloniques ou toniques (blépharospasme) des paupières M. Andogski (1) publie deux cas de ce genre : une de ses malades, âgée de 15 ans, souffrait depuis 9 mois, et sans cause appréciable, d'un blépharospasme de l'œil gauche. Lorsqu'après des efforts on a pu écarter les paupières, on constata qu'il n'y avait aucune lésion de l'œil, pas de photophobie; la pupille était dilatée et paresseuse. Les badigeonnages à la teinture d'iode et l'électricité n'ont produit qu'une légère amélioration qui disparaissait dès qu'on suspendait le traitement. Par contre, un vermifuge amena rapidement et définitivement la cessation du spasme, après expulsion d'un tænia solium. Chez une autre fillette il y avait du blépharospasme bilatéral avec photophobie intense n'ayant disparu qu'après expulsion d'oxyures et d'ascarides.

L'auteur attire l'attention sur ce fait que le plus souvent ces divers troubles réflexes s'observent soit chez des enfants, soit chez des sujets débiles ou bien nerveux ou hystériques. Borel (2), qui a aussi remarqué ce fait, considère les troubles réflexes comme une manifestation d'hystérie ou de névrosisme et n'attribue aucune importance aux vers. Mais M. Andogski n'est pas de cet avis et pense que l'état nerveux ne joue que le rôle de cause prédisposante à l'éclosion des troubles sous l'influence directe des parasites; tandis que ces parasites seraient impuissants pour produire des troubles quelconques si le terrain ne s'y prêtait pas. Mais ce qui prouve que la vraie cause est non pas l'hystérie, mais bien les helminthes, c'est que tout désordre cesse dès que la cause provocatrice disparaît. Cet argument est digne d'attention, nous paraît-il.

Signalons enfin, pour terminer, la communication de M. Rodionoff (3) qui a observé deux cas d'alopécie en aires, avec céphalée et troubles de la nutrition générale, tout cela ayant rapidement et complètement disparu lorsque les malades expulsèrent par les selles des tænias (T. solium dans un cas, T. mediocanellata dans l'autre). Etant donnés les troubles de la nutrition générale que présentaient ces malades, l'auteur est disposé à mettre l'alopécie sur le compte d'une trophonévrose du cuir chevelu, ayant la même cause que la dénutrition générale, — la présence des tænias.

Ainsi donc un nombre respectable d'observations nous montre combien est grande la variabilité des modalités cliniques par lesquelles se traduit la présence d'helminthes dans l'organisme. Les parasites sont donc loin d'être aussi inoffensifs que le veulent les auteurs allemands (Niemeyer, Strumpell) et surtout Baginski qui trouve « que heureusement le temps est passé où l'helminthiase occupait une place honorable dans la pathologie ». Il nous paraît difficile de se ranger à cette opinion. Si dans un grand nombre de cas les helminthes ne provoquent que des troubles réflexes, pénibles il est vrai, mais non dangereux, nous avons vu d'autre part qu'assez souvent même des accidents réflexes peuvent être mortels, sans parler des cas où il y avait une lésion matérielle grave et une dénutrition générale ayant amené la mort. Dans bien des cas la cause vraie de la maladie serait très difficile à dépister, si l'attention n'était pas portée du côté des entozoaires (comme par exemple dans les cas d'alopécie). Il est possible que beaucoup d'autres troubles, surtout réflexes, aient la même cause, sans qu'on s'en doute. Aussi la question de l'helminthiase nous paraît-elle mériter toute l'attention du médecin et on comprend

(1) *Wratsch*, 1894, n° 11.
(2) *Archives d'ophthalmologie*, 1886, septembre.
(3) *Rous. Medicina*, 1894, n° 40.

les raisons pour lesquelles M. Goriodïéff (1) a proposé que cette question soit portée à l'ordre du jour au XII[e] Congrès international de Moscou.

S. Broido.

TRAVAUX ORIGINAUX

Streptocoque et menstruation, par Raymond Petit, interne des hôpitaux.

(Fin.)

Obs. IX. — Mme X..., 29 ans, place d'Aligre. Le 19 août 1894, la malade a ses règles. Dans la soirée elle ressent un grand frisson, la température monte à 40°. Douleur très vive pour avaler, surtout du côté gauche de la gorge.

20 août. — La voix est nasonnée, l'amygdale et le pilier gauche sont très rouges et font une forte saillie dans la gorge; sur l'amygdale, il y a quatre ou cinq points blancs, bien séparés, arrondis, au niveau des cryptes. La fièvre est assez intense, 39°. La déglutition est devenue impossible, même pour les liquides. La langue est infectieuse, couverte et rouge sur les bords. Constipation opiniâtre. Lamelles. Cultures dans du bouillon.

21 août. — La gorge est encore très douloureuse. L'exsudat a diminué, mais deux ou trois des points blancs se sont fusionnés en plaque. Gonflement considérable, engorgement ganglionnaire, salivation abondante.

22 août. - Même état.

24 août. — Abcès dans le pilier antérieur du voile du palais, ouvert au bistouri.

Le 25 les règles cessent, sans rien d'anormal. Le 26, la malade est guérie.

Cette femme a déjà eu de nombreuses angines, mais elle ne sait pas si elles ont coïncidé avec la menstruation.

Les lamelles contiennent des streptocoques en abondance. Les isolements ne donnent que du streptocoque comme espèce pathogène; mais ce streptocoque est très virulent et donne au lapin un abcès de l'oreille avec érysipèle très intense.

Obs. X. — Marie B..., 18 ans. Ressent un malaise général et de la courbature le 14 septembre 1894. Le 15 elle souffre de la gorge qui est très rouge; sur les deux amygdales existent 2 ou 3 petits points blancs bien distincts. La malade attend ses règles qui sont en retard d'un ou deux jours.

Le 16 septembre. Même état. Céphalalgie; constipation. Apparition des règles qui se passent comme d'ordinaire. Ce jour on recueille de l'exsudat qui est ensemencé dans du bouillon et examiné directement sur des lamelles.

Le 17 la malade est beaucoup mieux et le lendemain elle reprend son travail.

L'examen direct montre que l'exsudat contient des chaînettes de streptocoque. Les isolements ne donnent pas d'autre espèce pathogène. L'inoculation au lapin détermine un érysipèle de l'oreille peu intense, mais manifeste, avec chute de l'organe.

Obs. XI. — Léontine B..., 24 ans, sœur de la malade précédente et habitant la même chambre.

Elle est prise le 19 septembre d'une angine à points blancs coïncidant avec l'apparition du flux menstruel.

Le 20 septembre on recueille de l'exsudat et on ensemence dans du bouillon.

Le 22 septembre, la malade est complètement remise.

L'examen des lamelles et les isolements décèlent du streptocoque virulent donnant à un lapin un érysipèle de l'oreille assez intense.

Obs. XII. — Anna G..., 30 ans (salle Axenfeld, n° 11, hôpital Beaujon).

Cette malade entre le 31 octobre pour une angine datant de 48 heures.

Se trouvant sans travail, il y a une dizaine de jours, elle vint habiter chez une de ses connaissances, sage-femme à Paris. Elle était très bien portante. Le 28 octobre, une des accouchées est prise de frisson et de fièvre; elle fait un peu d'infection. On la transporte dès le lendemain matin dans un autre local, et notre malade aide à ce transfert. Or ses règles étaient survenues le matin même.

Le soir elle a un frisson, un violent mal de tête et mal à la gorge. La douleur s'accuse le lendemain et devient très vive, du côté gauche surtout, dans les mouvements de déglutition.

31 octobre. L'amygdale gauche et le pilier antérieur sont tuméfiés, rouges et couverts de petits points d'exsudat blanc. Les ganglions de ce côté sont engorgés et douloureux au palper. Elle a des vésicules d'herpès à la lèvre supérieure.

Le matin du 1[er] novembre, elle se sent très soulagée; elle a des crachats purulents. Après l'avoir fait gargariser abondamment avec de l'eau stérilisée, on voit l'ouverture de l'abcès et on recueille en ce point un peu de pus.

Lamelles et cultures.

La malade va de mieux en mieux; les jours suivants, ses règles se passent normalement et elle sort complètement remise le 7 novembre 1894.

Les lamelles contiennent beaucoup de streptocoque. Les isolements donnent aussi du streptocoque et des staphylocoques blancs et dorés. — Deux des tubes contiennent de plus du subtilis, mais ils ont probablement été infectés au laboratoire.

Les cultures de staphylocoques dorés inoculés au lapin déterminent un abcès de l'oreille. L'inoculation des staphylocoques blancs reste négative.

L'injection de 1/2 cent. cube de culture pure du streptocoque donne au lapin un érysipèle de l'oreille très intense sans formation d'abcès.

Nous remarquerons d'abord dans ces observations que le streptocoque virulent n'a pas manqué une seule fois. Dans 9 cas sur 12 il constituait l'unique espèce pathogène que nous ayons pu isoler. Trois fois seulement nous avons trouvé, en outre, des cultures de staphylocoques albus et aureus. Il nous paraît donc possible d'affirmer que ces angines menstruelles étaient des affections à streptocoques. D'ailleurs, malgré la bénignité apparente de la manifestation locale, ces streptocoques étaient assez virulents pour donner toujours un érysipèle de l'oreille aux lapins d'expérience, et parfois même un abcès. Sur le sujet, du reste, il s'est montré plusieurs fois pyogène, et a entraîné dans l'observation VIII un érysipèle de la face.

Faut-il expliquer cette virulence en faisant intervenir l'association microbienne de staphylocoques et de streptocoques?

Nous ne saurions trancher cette question avec un nombre restreint d'observations, qui sont d'ailleurs contradictoires à ce point de vue. En effet, les streptocoques les plus virulents que nous ayons isolés ne répondent pas toujours au cas où il y avait association microbienne.

Nous n'insisterons pas sur l'évolution clinique de ces angines qui est depuis longtemps connue. Tous les auteurs les décrivent comme des affections bénignes. Les femmes d'ailleurs n'y prêtent guère d'attention et les traitent négligemment, tant qu'au moins les douleurs ne sont pas trop vives. C'est peut-être là une des raisons pour lesquelles ces angines sont restées un peu dans l'ombre. Mais nous sommes convaincus qu'elles sont plus fréquentes qu'on ne pense, pendant la menstruation, et peut-être parmi les observations de M. Veillon s'en trouve-t-il qui doivent rentrer dans cette catégorie; malheureusement la question des règles n'y est point soulevée.

Si le pronostic est généralement bénin, il faut cependant, pensons-nous, y faire quelques réserves, puisque, sur 12 cas, relatés dans ce travail, trois ont présenté un

(1) *Wratsch*, 1894, p. 636.

caractère plus sérieux (un érysipèle de la face, deux abcès).

Quant au moment d'apparition de l'angine, par rapport aux règles, il nous a paru n'avoir rien de bien fixe, tantôt les époques sont arrivées à leur date normale, tantôt elles ont été en retard de quelques jours, et l'angine a débuté dans certains cas avant les règles, dans les autres, pendant l'écoulement menstruel. Il n'y a donc là rien de régulier, et l'on ne peut guère soutenir que la perturbation menstruelle ait été la cause de l'angine.

Il est intéressant de remarquer ici que l'angine n'est pas la seule manifestation streptococcienne qui soit fréquente pendant les règles. On a décrit, depuis longtemps, des érysipèles fugaces de la menstruation.

Avant l'ère bactériologique, Hoffmann, en 1720, mentionne des exanthèmes périodiques menstruels. Tissot en 1779 et J.-P. Frank en 1792 parlent d'érysipèles bénins pendant les règles.

Enfin Renaudin (1), Béhier et Hardy (2), Costallat (3), Lepelletier de la Sarthe (4), Desnos (5), Danlos (6), Thomas (7) et Godot (8) affirment l'existence de ces érysipèles.

Il leur manquait la sanction bactériologique que Achalme apportait dans sa thèse en 1892. Les érysipèles comme les angines sont donc des manifestations streptococciennes et notre observation VIII montre particulièrement bien la liaison qui peut exister entre ces deux localisations du même élément pathogène.

Une femme, pendant ses règles, fait une angine à streptocoque et bientôt après un érysipèle de la face; les microbes, qui s'étaient d'abord fixés sur la gorge, s'extériorisent par les fosses nasales et gagnent ainsi les téguments du visage. Il est facile de suivre dans ce cas l'envahissement et les progrès de l'infection.

Nous croyons devoir rapprocher encore de ces exemples une observation très intéressante de notre collègue et ami M. Meunier (9).

Il s'agit d'une jeune fille, vierge, qui fut prise de ses règles pendant qu'elle soignait sa maîtresse, atteinte d'un érysipèle facial grave. Elle s'infecta par voie génitale avec une serviette et succomba bientôt à une péritonite septique, streptococcienne.

N'est-ce pas d'une façon analogue que la malade de notre observation XII a contracté pendant ses règles une angine à streptocoque prise auprès d'une femme en couches infectée?

Si nous nous reportons maintenant à la pathologie puerpérale, ne voyons-nous pas encore le streptocoque déterminer souvent des accidents septicémiques de l'infection puerpérale, comme l'ont démontré MM. Chantemesse et Vidal? Il semble véritablement qu'à toutes ses périodes génitales la femme devienne un terrain si favorable au streptocoque, que ce microbe y représente pour ainsi dire l'unique élément d'infection. Après l'accouchement, il détermine la septicémie puerpérale, pendant les règles des érysipèles fugaces et des angines.

Il reste à se demander pourquoi et par quelle porte d'entrée le streptocoque pénètre et évolue si fréquemment pendant les règles. Ici nous rentrons dans le domaine de l'hypothèse.

Il est évident que les éraillures de la muqueuse utérine laissent ouvertes pendant la menstruation de larges voies d'entrée aux éléments infectieux. Ce mode de contamination compte déjà de nombreux exemples. Après l'accouchement, il ne fait pas de doute. De même il nous paraît évident, malgré la présence de l'hymen, dans l'observation de Meunier. Mais il nous semble difficile d'admettre que l'infection se soit faite par voie génitale dans nos observations où la localisation très éloignée portait sur la gorge.

Cette explication ne pourrait, d'ailleurs, pas s'appliquer aux cas où l'angine a précédé l'écoulement menstruel. Il est beaucoup plus probable, en effet, que l'introduction des germes septiques ait été directe; la bouche, le pharynx, le nez, les sinus qui lui sont annexes sont particulièrement exposés aux infections extérieures. Dans ces cavités anfractueuses, les streptocoques peuvent demeurer avec une faible virulence, pour ainsi dire à l'état latent, jusqu'à ce qu'un événement quelconque, l'apparition des règles par exemple, leur rende le terrain favorable. Ceci s'accorde très bien avec les récidives si fréquentes de ces angines et des érysipèles périodiques.

On connaît bien aujourd'hui les modifications que l'époque menstruelle entraîne dans la circulation, au niveau des muqueuses buccales, nasales, pharyngiennes et jusqu'au larynx. Les laryngologistes savent bien qu'à l'approche de cette époque, on constate chez la femme en traitement pour une affection quelconque, un état congestif assez intense de toutes ces muqueuses. D'ailleurs, tout le monde s'accorde a reconnaître que, pendant la menstruation, la femme est dans un état l'infériorité fonctionnelle; elle est plus accessible aux agents infectieux contre lesquels elle se défend moins bien.

En terminant cette courte étude, nous croyons pouvoir en tirer les conclusions suivantes :

1° Les angines de la menstruation sont des affections à streptocoques.

2° Ces angines considérées comme bénignes en général, ne le sont pas toujours, puisqu'elles peuvent se terminer par la formation d'un abcès, ou donner lieu à un érysipèle de la face.

3° Il en résulte que la femme doit, pendant la menstruation surtout, se mettre en garde contre toute infection, en employant du linge antiseptique, et en soignant particulièrement sa bouche.

4° La femme, pendant toutes ses périodes génitales (accouchement, menstruation), est un terrain essentiellement favorable au développement du streptocoque.

(1) Renaudin, Thèse de Paris, 1802.
(2) Béhier et Hardy, *Traité élément. de pathol. intern.*
(3) Costallat, Thèse de Paris, 1832.
(4) Lepelletier, de la Sarthe, Thèse de concours, Paris, 1836.
(5) Desnos, *Dict. de méd.* en 30 vol.
(6) Danlos, Thèse de Paris, 1874.
(7) Thomas, Thèse de Paris, 1875.
(8) Godot, Thèse de Paris, 1883.
(9) Meunier, *Presse médicale*, 29 septembre 1894.

A propos du traitement médical des typhlo-appendicites, par le Dr Dardignac, médecin-major de 1re classe, membre correspondant de la Société de chirurgie.

La question du traitement des appendicites — et aussi de leurs complications, en tant que phénomènes de voisinage, localisés ou généralisés — a été récemment l'objet d'une discussion à la Société médicale des hôpitaux (1) et les avis exprimés, chacun basant son opinion sur les faits de sa pratique, semblent démontrer que cette affection, très souvent, le plus souvent même doit-on admettre, après le grand débat qui occupa la Société de chirurgie en 1892 et 1893 (2), justiciable d'un traitement actif, chirurgical, et presque toujours efficace, mériterait cependant d'être quelquefois traitée médicalement, c'est-à-dire abandonnée à elle-même ou à peu près.

(1) Voir *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, nos 34, 35 et 36, année 1894.
(2) Voir *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie*, année 1890, et communication de Reclus, années 1892, 1893.

Les lésions cæcales ou appendiculaires, même dans les cas absolument bénins, négligeables pour ainsi dire, ne sont pas aussi fréquentes qu'on pourrait le penser. Si nous en jugeons par notre pratique avant ces dernières années, avant le moment où la question mieux connue et mieux étudiée est venue à l'ordre du jour, nous n'avons, pour ce qui nous concerne, le souvenir que de très rares cas de ces typhlites ou pérityphlites, la plupart à terminaison fort simple, sous lesquels on englobait à peu près toutes les tuméfactions de la fosse iliaque droite; et, depuis ces cinq dernières années, sur une collectivité comptant en permanence une moyenne de deux mille unités, nous n'avons eu l'occasion d'observer que six malades atteints de déterminations pathogéniques de la région cæcale : quatre fois il s'est agi d'accidents passagers, d'origine strictement cæcale, sans doute subits, comme invasion, relativement rapides comme guérison sous l'influence du repos, de la diète, des émollients, des laxatifs, sans récidive prochaine ou éloignée (sauf dans un cas) et occasionnés par des excès, du surmenage ou encore par la négligence, par une sorte d'indifférence incompréhensible, les malades « ayant oublié » d'aller à la garde-robe. Les deux autres cas plus graves font l'objet de cette note. A tout prendre et sauf quelques particularités classiques méritant d'être signalées, ils pourraient se ranger dans les cas cliniques, à côté de ceux dont les relations sont données depuis que la question fait partie des actualités courantes dans les périodiques ou les Sociétés savantes, mais ils en diffèrent par cette circonstance que dans les deux cas *le traitement* purement *médical* a dû être *employé exclusivement à tout autre*, les malades nous l'ayant imposé par leur refus formel de toute intervention à l'aide de l'acier; à ce titre, ces observations offrent nous a-t-il semblé, de l'intérêt non seulement au point de vue de la terminaison de la maladie, terminaison qu'il est impossible de prévoir, quelle que soit la gravité ou la bénignité du cas, mais aussi et surtout comme démonstration péremptoire, alors que le diagnostic est indiscutable et suffisamment motivé, de la nécessité de l'intervention chirurgicale précoce en faveur de laquelle elles plaident : ce sont des faits à l'appui de l'opinion de ceux qui dans cette question pensent avec Reclus « que s'il est sage d'agir sans précipitation, il faut aussi savoir intervenir sans retard », tout en n'oubliant pas, ainsi que le fait remarquer Berger, que le nombre des appendicites et pérityphlites qui se terminent par une perforation protégée ou non par des adhérences ou même par une suppuration intra ou extra-péritonéale ne constitue qu'une minorité.

Obs. I — *Appendicite suraiguë perforante. Péritonite généralisée. Mort au 8e jour.*

C..., Eugène-Auguste, né à Paris le 5 mars 1879, où il exerçait depuis des années la profession d'employé de bureau : il faisait partie des dispensés, art. 21. Arrivé le 11 novembre 1890, il est incorporé le jour même. Il présentait une constitution bonne, un tempérament lymphatique, nerveux; taille 1 m. 64. Poids, 56 kilog., périmètre thoracique, 86 cent. Acuité visuelle, 1, avec légère taie périphérique à la cornée de l'œil droit. Aucun antécédent morbide héréditaire ou personnel; il a toujours joui d'une santé parfaite.

Le jeudi 20 novembre 1890, C... se présente pour la première fois à la visite du médecin de service de la caserne Watrin. On nous dit qu'il parlait peu, se bornant à répondre brièvement et par monosyllabes aux questions posées. On apprend qu'il avait quelquefois uriné dans son lit depuis son arrivée au corps, et que, depuis la veille, il se plaignait de douleurs siégeant dans le ventre.

Les traits n'étaient pas altérés; pas d'état gastrique; pas de fièvre; pas de ballonnement abdominal; le ventre n'est douloureux que si on le comprime assez fortement. La dernière selle remontait à plus de 48 heures. C... est reçu en consultation; mais quelques instants après, à 11 heures, se sentant mal, il se plaint au gradé de sa chambre qui fait demander le médecin. Le médecin aide-major arrive aussitôt et trouve le malade en train de vomir de l'absinthe pure que, sur les conseils d'un camarade et pour calmer les coliques, il a cru devoir ingurgiter à la cantine. Un vomitif est pris immédiatement; on pensa sans doute à un excès de boisson et à des coliques consécutives; néanmoins il est mis en observation à la chambre.

Le lendemain matin, 21 novembre, C... est de nouveau présenté au médecin à l'heure de la visite; il se plaint toujours de douleurs dans le ventre. Son état général ne semble pas altéré autrement; pas d'appétit, insomnie, malaise général sans fièvre, le ventre, douloureux *surtout du côté gauche*, est à peine ballonné; il n'y a pas eu de selle depuis le mardi soir, le vomitif de la veille n'a agi que sur l'estomac. En raison du siège « vague, sans précision aucune », de la douleur, coïncidant avec l'absence de selles, on prescrit un purgatif salin. Le soir, le purgatif n'ayant rien donné, on fait prendre au malade — à l'infirmerie où on l'admet de suite — une seconde dose de sel de soude en même temps qu'un lavement émollient.

Pendant la nuit, cette médication occasionna une selle insignifiante, en même temps qu'une partie des purgatifs fut rendue par la bouche. C..., agité depuis la veille, n'a pu dormir; le 22 au matin il accuse, mais *toujours à gauche*, de fortes douleurs abdominales; on constatait en outre à ce moment de l'abattement et une profonde altération du visage. Pas de fièvre. Pensant à une obstruction intestinale, le malade est transféré immédiatement à l'hôpital.

M'étant momentanément absenté de la garnison, mon excellent camarade du 51e, le médecin-major de 2e classe Béquin, qui me remplaçait, me rendit compte le lendemain 23, dès mon arrivée, de la situation de cet homme qu'il avait reçu la veille à 10 heures dans le service des salles militaires, porté sur une civière couverte.

C..., me dit-on, put se coucher et se déshabiller sans le secours de personne, son intelligence était complète. Il présentait alors comme symptomatologie : faciès abdominal, soif vive, vomissements bilieux peu abondants mais fréquents, léger ballonnement du ventre sur toute son étendue, douleurs spontanées à la pression sur toute la région abdominale, mais plus accentuées dans la *fosse iliaque gauche* et au niveau du côlon transverse, constipation absolue depuis 4 jours; le malade dit n'avoir pas rendu de gaz par l'anus depuis plusieurs jours; pas de matité, de bruit hydroaérique, ni d'empâtement dans les fosses iliaques; hypothermie 36°6, pouls à 90.

Les symptômes observés au moment de l'entrée à l'hôpital et les commémoratifs firent, dès le 22, porter par mon collègue le diagnostic de péritonite généralisée au début et de cause indéterminée. Toutefois, bien qu'on ait pensé un moment à une lésion de l'appendice, idée aussitôt repoussée en raison du siège précis de la douleur la plus vive dans la fosse iliaque gauche, prenant en considération les symptômes d'obstruction intestinale, le traitement suivant fut institué : immobilité absolue, application continue de glace sur le ventre, opiacés, lait et bouillon glacés, glace à l'intérieur, lavement purgatif. A une heure de l'après-midi le malade se trouvait encore dans le même état. Le soir à 8 heures on constatait que des vomissements bilieux avaient continué dans la journée, mais que le lavement purgatif avait produit un résultat : le malade avait rendu des matières fécales liquides.

Le dimanche matin 23 novembre, 5e jour, en reprenant la direction du service nous discutâmes avec nos aides le traitement à opposer à cette péritonite dont le diagnostic n'était que trop évident.

L'interrogatoire du malade, qui, d'ailleurs conservait toute sa lucidité d'esprit, nous permit de préciser certains points de détail qu'il importait essentiellement de connaître. Dès le lendemain de l'incorporation, C..., avait commencé à assister aux exercices divers et il continua à y prendre part jusqu'au mercredi soir 19, soit 8 jours.

L'avant-veille de ce dernier jour et les jours précédents, il précise que l'intégrité de toutes ses fonctions était parfaite (2 selles quotidiennes) et le matin même du 19, en se levant, il n'éprouvait de malaise d'aucune nature.

Le mercredi 19, après des exercices d'assouplissement exécutés près de la butte du champ de tir, située à 2 kilomètres de la ville, tandis qu'on marchait au pas gymnastique, il ressentit une douleur vive très aiguë mais fugitive dans les deux flancs, il ne peut même montrer le point qui fut le plus douloureux : « dans tout le ventre », dit-il; néanmoins il put, en restant en arrière, suivre le détachement et, en arrivant au quartier, déjeuner de bon appétit. Le soir à 2 heures, se trouvant dans la cour de la caserne, il éprouva à différentes reprises des douleurs ressemblant à de violentes coliques, tantôt sourdes mais continues, avec exaspérations aiguës et lancinantes siégeant encore dans toute la région abdominale sans qu'il lui soit possible de préciser davantage; toutefois, autour de l'ombilic, au creux épigastrique et dans les parties supéro-internes des cuisses jusqu'aux testicules et particulièrement dans le flanc gauche, les douleurs furent si aiguës qu'il dut se tenir courbé. Des tentatives faites pour aller à la garde-robe restèrent sans résultat et, pensant à une indisposition passagère, il crut ne devoir ni se plaindre ni s'arrêter : il assista donc à l'exercice, mais comme en rentrant à la caserne les douleurs ne paraissaient pas se calmer, il se coucha sans prendre le repas du soir. La nuit fut agitée avec insomnie; il put uriner, mais malgré des efforts répétés il n'eut ni selles, ni vomissements. Sur le conseil de ses camarades et des gradés, il se présente pour la première fois à la visite le jeudi matin. Ces détails étaient importants à donner pour être fixé sur le début exact de la maladie.

Après examen du malade, on pouvait, en effet, penser que cette péritonite était symptomatique, soit d'une obstruction, soit d'une invagination de l'intestin, mais la médication de la veille ayant réussi à rétablir dans la nuit et dans la matinée de ce jour le cours des matières fécales — le malade eut une selle devant nous — ce diagnostic n'était plus aussi précis et nous avons fait admettre une lésion appendiculaire — perforation probablement — comme lésion initiale, bien que les douleurs à la palpation et à la percussion siégeant surtout à gauche et autour de l'ombilic mitigeassent nos observations. Après une longue discussion portant sur les symptômes et sur l'opportunité d'une laparotomie — sinon immédiate du moins très prochaine — intervention qui, proposée au malade le cas étant urgent, fut formellement refusée — il résulta de cette consultation que les signes d'une lésion de l'appendice vermiculaire, bien que probables par exclusion, n'avaient jamais été et n'étaient pas assez manifestes, assez localisés, pour autoriser une pareille intervention. Pour ma part, — et la question en 1890 n'était pas comme aujourd'hui au point — en raison de l'apyrexie persistante, probante d'une généralisation de la péritonite depuis le début des accidents, en raison aussi de l'état général actuel — météorisme, faciès abdominal, yeux excavés, vomissements porracés depuis la veille au soir — bien qu'une intervention immédiate et complète me parût la seule ressource dans l'espèce, je la jugeai grave et son issue me paraissait sûrement vouée à un insuccès sinon immédiat, du moins tel qu'il eût été possible, à l'occasion — et dans le milieu militaire moins que partout on ne peut intervenir sans l'autorisation de l'intéressé et de la famille — de nous rendre responsable des suites opératoires ou autres imposées par cet incident fortuit.

Sur la demande du malade et en attendant l'avis de sa famille, le traitement médical fut donc continué en insistant surtout sur la glace intus et extra, la potion de Rivière, les injections de morphine, frictions mercurielles, etc. Température le matin et le soir 36°4, urines 500 grammes, normales; 2 selles, 8 vomissements caractéristiques.

Lundi 24 (6e jour). — Dans la soirée de la veille les vomissements se calmèrent; 2 selles fécaloïdes. La nuit, meilleure avec sommeil assez profond, donna une bonne matinée au malade; à la visite, le faciès semble moins tiré, mais les yeux sont excavés et la voix faible; la langue, froide la veille, est plus humide et belle. Le malade ne vomit que quand il se couche sur le côté droit et, pour la première fois, la pression dans la région péri-valvulaire donne une douleur plus développée que dans les autres points de la région abdominale.

L'intelligence reste intacte; soif modérée; pouls petit, régulier, égal à 116. Temp mat. 36°4; soir 37. Bien qu'un peu amélioré, l'état restait toujours grave. Trompé sans doute par ce calme relatif, c'est avec des paroles d'une ironie méchante qu'il repousse catégoriquement une intervention opératoire.

Le mardi 25 (7e jour). — Nuit moins bonne, quelques coliques, bouche amère, langue saburrale, pouls avec quelques irrégularités, faciès altéré, pas de selle depuis 24 heures : 3 cuillerées à café d'huile de ricin passent et donnent quelques résultats. Les vomissements deviennent plus fréquents et le soir ils sont fécaloïdes. Urines 400 grammes. Temp. mat. 36°5. La nuit fut plus calme, mais le mercredi (8e jour) à la visite on constate une aggravation subite de l'état du malade, accentuation de tous les symptômes : décubitus dorsal, voix éteinte, haleine froide, pouls insensible, irrégulier, intermittent. La température est à 35°3, résolution musculaire, l'intelligence est entière jusqu'au moment où, en faisant un mouvement, le malade s'éteint sans agonie à une heure du soir.

Autopsie le 27 novembre, à 10 heures du matin :

Une incision cruciale de la partie antérieure de l'abdomen laisse couler un flot de pus bien lié, sans odeur; çà et là quelques fausses membranes en voie de formation tapissent les faces inférieures du foie et de l'estomac qui se trouve vigoureusement refoulé vers le diaphragme par les anses intestinales insufflées et flottantes sur la nappe de pus. Toutes les anses sont, du reste, mobiles et n'ont contracté aucune adhérence ni entre elles ni avec les organes voisins; il n'existe ni obstruction, ni invagination sur toute la longueur du canal, les ganglions mésentériques sont normaux et l'examen démontre l'intégrité de toutes les tuniques intestinales et de tous les organes de la cavité.

Le petit bassin est transformé en un abcès unique, plein de pus, dans lequel baignent sans adhérences le cæcum et la valvule. Celle-ci, attirée avec soin, laisse voir une ulcération récente de la dimension d'un gros pois avec une perforation centrale sans notable hypertrophie des tissus. Elle siégeait à un demi-centimètre environ du point d'insertion de l'appendice vermiculaire et sur cet appendice; des recherches pour trouver un corps étranger ou des matières fécales durcies pouvant expliquer cette perforation ne donnèrent aucun résultat.

L'histoire pathologique de ce malade permet cliniquement quelques remarques.

Le début a été brusque, foudroyant, sans prodromes (aucune trace d'inflammation adhésive dans le voisinage de la valvule); le malade fut frappé subitement, en pleine santé, rappelant le mot si expressif de Roux (Lausanne) « comme un coup de pistolet »; apyrexie absolue, hypothermie constante pendant toute l'évolution de la maladie qui s'accompagna d'un météorisme peu accentué et d'une indolence — relative — de la région; absence de douleur localisée qui, non seulement rendit le diagnostic singulièrement délicat au début, mais encore pouvait et devait rigoureusement induire en erreur, les douleurs abdominales étant vagues et — presque pendant toute la durée de la maladie — seulement plus accusées du côté gauche ou autour de l'ombilic.

La perforation, préparée sans doute par une inflammation à marche insidieuse absolument indolente et sans réaction fonctionnelle de voisinage, dut se produire le 19 au moment précis où le malade, étant en marche accélérée, accusa cette douleur instantanée si vive, et les phénomènes ultérieurs appartenant non à l'appendicite elle-même, mais à la péritonite qui se généralisa d'emblée, se succédèrent dans les trois jours qui suivirent.

A l'autopsie, pas d'adhérences de l'appendice avec les séreuses voisines, il n'y avait même pas de traces appréciables d'une inflammation ancienne et les parois n'en étaient pas sensiblement épaissies. L'appendice flottait, baignait dans le pus, dont la collection fut déterminée par la perforation et par l'épanchement du contenu septique de cet organe dans la séreuse qui fut aussi infectée. Ce point particulier est à remarquer, car il indique bien un processus subit tenant certainement à cette perforation. A quelle cause faut-il rapporter la perforation dans ce cas? A une sécrétion particulière des parois de cet organe? Il n'y avait ni distension, ni gon-

flement des tissus; à une coudure brusque, à une compression ayant troublé la circulation sanguine avec point de nécrose gangréneuse consécutive? On pourrait le soutenir si on considère que le centre de l'ulcération offrait des lèvres noirâtres; à un corps étranger d'abord enclavé puis devenu perforant? Ce serait plutôt notre opinion, bien que le corps du délit n'ait pu être retrouvé.

Quoi qu'il en soit, une perforation lente, ancienne, aurait provoqué des adhérences de voisinage, la formation de néo-membranes aboutissant à une cavité limitée où l'écoulement des liquides appendiculaires se serait collecté en n'occupant que le fond de la fosse iliaque droite... En outre, et malgré la sévérité, la rapidité du processus, les constatations nécropsiques firent regretter cette abstention thérapeutique « de commande, obligatoire », malgré la prudente réserve du pronostic porté, le sujet étant jeune, vigoureux, sans aucune tare, et en état de résister, semble-t-il, du moins au moment où nous l'examinions pour la première fois, au choc opératoire.

(A suivre.)

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Contribution à l'étude de la forme familiale de la paraplégie spasmodique spinale, par Souques (*Revue Neurologique*, janvier 1895, n° 1, p. 10). — Deux enfants d'une même famille, la sœur, âgée actuellement de 10 ans, le frère de 7 ans, seuls survivants sur 4, présentent des phénomènes de paraplégie spasmodique qui ont débuté à 3 ans chez le garçon, à 5 chez la fille. Il n'existe, en dehors de l'exagération des réflexes et du clonus du pied, aucun autre trouble; ni troubles sphinctériens, trophiques, ou de la sensibilité; en dehors de cette rigidité plus accusée d'un côté, il semble s'agir de la forme isolée autrefois par Charcot et Erb sous le nom de tabes spasmodique qui, par son caractère familial, mériterait d'être rangée à côté des nombreux cas analogues publiés dans notre pays, en ces derniers temps. On pourrait invoquer, au point de vue pathogénique, la syphilis comme influence acquise ou héréditaire.

Sclérose latérale amyotrophique infantile de type familial (Infantile amyotrophic lateral sclerosis of the family type), par Ch. Henry Brown. — Cette observation concerne un enfant âgé actuellement de 14 ans qui a été pris des premiers signes de la sclérose latérale amyotrophique, il y a 3 ans Il présente déjà les symptômes de la paralysie labio-glosso-laryngée. Pas d'hérédité nerveuse directe.

Localisation des sensations musculaires et cutanées (The Localization of cutaneous and muscular sensation of the motor area of the cortex of the brain), par Ch. Dana (*The Journal of Nervous and mental Disease*, 1894, vol. XXI, n° 12, p. 761). — Après avoir établi, dans des recherches expérimentales entreprises sur des animaux, que la sensibilité cutanée pouvait dépendre des lésions de l'écorce cérébrale, M. Dana a rassemblé une vingtaine de cas depuis quelques années, dont un certain nombre lui sont personnels, se rapportant à la constatation, pendant la vie, de la sensibilité, du tact et du sens musculaire, dans lesquels on a pu confirmer, soit par l'examen direct, au cours d'une intervention, soit par une autopsie, ou démontrer les rapports de ces altérations avec la localisation.

Dans un des cas de l'auteur, un homme âgé de 46 ans, syphilitique, entre à l'hôpital avec des convulsions suivies de coma et laissant une hémiplégie gauche avec hémi-anesthésie. A l'autopsie, on découvre une gomme syphilitique de la dure-mère comprimant les circonvolutions du lobule paracentral, au niveau de la portion moyenne de la scissure de Rolando. Dans le second cas, il s'agit d'une hémiplégie droite développée lentement, associée à de l'anesthésie au tact et à la douleur. Tumeur au milieu de la circonvolution frontale ascendante gauche.

Trois nouveaux cas de torticolis mental, par E. Brissaud et Meige (*Revue Neurologique*, décembre 1894, p. 697). — Ce nom de « torticolis mental » peut être employé pour désigner une variété de spasmes du cou, intermittents, associés ou subordonnés à des troubles psychiques, et survenant chez des sujets névropathes, en dehors de toute lésion organique. A l'appui trois observations : l'une concerne un tic d'abord limité aux muscles de la tête, se propageant ensuite au bras et à l'épaule, de volontaire d'abord, involontaire ensuite par habitude; dans un autre cas, les mouvements se portent dans les extenseurs du côté de la nuque; dans le dernier, il occupe le bras et le cou. La valeur du signe de l'atrophie des muscles du sterno-mastoïdien du côté opposé, à laquelle on a attribué la pathogénie du spasme, est discutable. L'opinion exprimée en conclusion est que la notion dominante dans le torticolis est l'état mental du malade qui reste toujours plus ou moins débile et anxieux.

MÉDECINE

Hémoptysies vicariantes de l'aménorrhée dans leurs rapports avec la tuberculose (Ueber vicariirende Menstruation durch der Lungen und ihre Beziehung zur Tuberculose), par Kober (*Berlin. klin. Woch*, 1895, n° 2, p. 32). — Il s'agit, dans l'observation que publie l'auteur, d'une fille de 18 ans de souche tuberculeuse, prise d'hémoptysie avec phénomènes congestifs du côté des poumons au moment de ses règles qui ne paraissent pas. Pendant les deux premiers mois, la santé dans l'intervalle reste parfaite, mais après la troisième hémoptysie, la santé commence à décliner, des phénomènes de tuberculisation des poumons apparaissent, et la malade finit par succomber à une phthisie rapide.

L'auteur pense donc que les hémorrhagies vicariantes ne sont pas toujours bénignes, que très probablement elles se font du côté d'un organe qui constitue le *locus minoris resistentiæ* de l'organisme, grâce à un processus pathologique qui souvent est la tuberculose.

De la pneumonie chez les alcooliques, sa gravité, son traitement, par Desplats (*Journ. d. scienc. méd. de Lille*, 1895, n° 3, p. 49). — Observation d'une pleuropneumonie chez une alcoolique de 39 ans, qui malgré une fausse défervescence survenue au 9e jour, succomba le même jour avec une température de 36°5. D'après l'auteur, il existe un signe qui permet de prévoir l'issue fatale : c'est la couleur des crachats qui deviennent couleur jus de pruneaux foncé et se dispersent sur les parois et les bords du crachoir au lieu de s'agglomérer au fond du vase.

CHIRURGIE

Bouton de Murphy (Murphy's Anastomosenknopf und seine Leistungen), par Wiener (*Centralb. f. Chir.*, 1895, n° 4, p. 81). — L'auteur, partisan convaincu du bouton de Murphy, a réuni dans son travail 107 opérations faites en Amérique avec le bouton de Murphy. Ces 107 opérations ont donné les résultats suivants :

Dix résections primitives de l'intestin pour hernie étranglée avec 10 guérisons; 10 fistules de l'intestin avec 10 guérisons; 10 résections pour étranglement interne, plaies, rétrécissement et adhérences de l'intestin, avec trois morts dont aucune attribuable au bouton; 26 résections pour tumeurs avec trois morts, dont une par shock et une par péritonite; 36 cholécystentérostomies avec une seule mort par hémorrhagie au sixième jour après l'opération; 21 gastroentérostomies avec quatre morts attribuables à l'épuisement et survenues 12 heures à 4 jours après l'opération.

Ajoutons que Kœnig dans une note publiée dans le même numéro du *Centralblatt*, soutient que l'on a considérablement exagéré la fréquence du shock dans les opérations sur l'intestin; du moins lui personnellement de même qu'un grand nombre de ses collègues n'en ont pas observé. D'un autre côté, il craindrait que le bouton de Murphy, en simplifiant l'opération, un grand nombre de chirurgiens non-professionnels n'en abusent au détriment des malades.

Nouvelle méthode de narcose chirurgicale (Eine neue Methode der Allgemeinen Narkose), par Rosenberg (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1895, nos 1 et 2). — Le nou-

veau procédé en question consiste à cocaïniser la muqueuse nasale et à donner du chloroforme à petites doses continues, dans le but d'éviter la syncope respiratoire ou cardiaque, réflexe, d'origine nasale. Les autres avantages seraient l'absence presque complete de la période d'excitation ou du moins son intensité minime même chez les alcooliques, la rareté des vomissements pendant la narcose et l'absence de tout malaise au réveil.

GYNÉCOLOGIE

Oblitération totale de la cavité utérine (Ein Fall von volligem Schwund der Gebarmutterhœhle). par Fritsch (*Centralb. f. Gynækol.*, 1894, n° 52, p. 1337). — L'observation que publie l'auteur se rapporte à une femme de 25 ans à laquelle on avait fait, un mois après son accouchement, un grattage de l'utérus pour un écoulement sanguinolent qui durait depuis ses couches. Il semblerait que pendant le grattage on avait retiré de l'utérus un morceau de chair. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis deux ans environ, la malade n'a plus eu de règles.

A l'examen de la malade, d'une santé absolument florissante, on trouvait un utérus infantile dont la cavité était complètement oblitérée, si bien qu'il était impossible de pénétrer avec une sonde filiforme.

Pour l'auteur, l'oblitération tiendrait au grattage fait après l'accouchement, c'est à-dire à un moment où on a fort bien pu enlever avec la curette une partie considérable de tissu musculaire. C'est donc un point qu'il faut avoir présent à l'esprit quand on pratique un curettage peu de temps après l'accouchement. D'un autre côté, l'observation en question montrerait que l'atrophie de l'utérus avec oblitération de sa cavité et l'absence des règles est compatible avec la santé la plus parfaite. L'auteur se demande donc si dans certaines métrorrhagies graves il n'est pas préférable de pratiquer l'hystérectomie vaginale à la place de la castration.

Extirpation du vagin pour cancer (Ueber Exstirpation der Vagina), par Olshausen (*Centralb. f. Gynækol.*, 1895, n° 1, p. 1). — Le procédé préconisé par l'auteur pour l'extirpation du vagin en cas de cancer a principalement pour but de permettre une extirpation plus radicale des parties malades et d'éviter autant que possible la récidive si fréquente dans ces cas (15 sur 16 opérées dans les cliniques de Berlin).

C'est la voie périnéale que l'auteur propose dans les cas où l'on veut opérer radicalement. On incise transversalement le périnée et à travers cette incision on décolle du rectum la paroi postérieure du vagin qui, comme on sait, est le siège de prédilection de ces cancers (13 fois sur 18 dans les statistiques de l'auteur). Ce décollement est poursuivi au delà des parties malades quand le cancer est limité au vagin, et jusqu'au cul-de-sac de Douglas s'il existe en même temps un cancer utérin. Ceci étant fait, on fend la paroi postérieure et l'on excise tout ce qui est malade. On a ainsi l'avantage d'avoir largement de la place pour l'opération, de pouvoir, par conséquent, mieux pratiquer l'extirpation des parties malades et de n'aborder le cancer qu'au moment où la plus grande partie de l'opération est faite.

Disons pourtant que, sur trois cas opérés de cette façon par l'auteur, la récidive survint assez rapidement dans deux.

BIBLIOGRAPHIE

Recherches expérimentales sur l'inflammation mercurielle des muqueuses, par le Dr E. Maurel, agrégé à la Faculté de médecine de Toulouse. Un vol in-8° Paris, 1894. (Octave Doin, éditeur).

L'auteur arrive aux conclusions suivantes :

1° Qu'en restant dans le domaine clinique et sauf les cas indiqués précédemment, nous pouvons considérer toutes les inflammations des muqueuses comme de nature microbienne.

2° Que parmi ces inflammations un certain nombre sont dues à des microbes dont le degré de virulence est tel que ces micro-organismes l'emportent sur les leucocytes. C'est ce qui a lieu le plus souvent pour les microbes dit *spécifiques*. Que pour que ces microbes. lorsqu'ils sont amenés au contact des muqueuses, l'organisme ne trouve d'autres moyens de défense d'abord que l'intégrité de l'épithélium, ce qui encore ne suffit pas toujours, celui-ci pouvant lui-même être détruit par les produits des microbes, et ensuite par les propriétés microbicides du mucus et de son sérum.

3° Que les autres inflammations des muqueuses. celles que la clinique comprend généralement sous le nom de *simples*, y compris les médicamenteuses, sont dues le plus souvent à des microbes vivant habituellement à leur surface

Ces microbes, dans les conditions normales de l'organisme (température, propriétés du mucus. etc.), restent inoffensifs, surtout parce que la résistance phagocytaire, dans ces conditions, peut suffire à défendre l'organisme; et au contraire, ils deviennent pathogènes, c'est-à-dire provoquent l'inflammation de la muqueuse sur laquelle ils vivent, quand une influence quelconque vient, soit diminuer assez cette résistance phagocytaire, soit augmenter assez l'action pathogène de ces microbes pour changer les conditions de la lutte et donner la victoire à ces derniers.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses des Facultés.

Contribution a l'étude des lipomes diffus du cou et de la nuque, par Victor Marçais.

Le lipome diffus du cou et de la nuque est une affection aujourd'hui bien déterminée. Il peut être consécutif à un traumatisme. La théorie nerveuse est la plus favorable pour en expliquer la pathogénie. Les lipomes diffus sont souvent récidivants.

Des néphrectomies partielles, par Gervais de Rouville (Georges).

La bilatéralité des affections chirurgicales du rein constitue, lorsqu'elle existe, une contre-indication formelle à la néphrectomie totale. En présence d'une affection unilatérale, l'avenir inconnu du rein adelphe doit faire préférer, lorsqu'elles sont possibles et suffisantes, les opérations conservatrices de la substance rénale.

Parmi ces opérations conservatrices, la néphrectomie partielle mérite de prendre rang. Les expériences de physiologie pathologique, en démontrant le pouvoir plastique étendu du parenchyme rénal, sa facilité à réparer ses pertes et à compenser ses lésions, légitiment cette intervention nouvelle.

La condition *sine quâ non* de la néphrectomie partielle réside dans la localisation des lésions à une partie du rein, en dehors de la région du hile, le reste du parenchyme étant normal ou aseptique. La plupart des tumeurs bénignes, les kystes séreux hydatiques et paranéphrétiques, les tumeurs périrénales, les lésions traumatiques du rein, les fistules urinaires, les lésions de la lithiase rénale, relèvent, dans certaines conditions déterminées, de la néphrectomie partielle. Ses indications sont d'ailleurs relativement rares.

Son manuel opératoire est simple; il devra subir, dans chaque cas particulier, de légères modifications, suivant le siège et la nature des lésions.

La néphrectomie partielle, rarement pratiquée jusqu'à ce jour, a cependant fourni des résultats qui permettent de la considérer comme une excellente intervention.

VARIÉTÉS

Association générale des médecins de France. *Séance annuelle de la Société centrale.* — La grippe et l'indifférence de plus en plus marquée pour toutes les réunions professionnelles, deux maladies qui atteignent surtout le Corps médical, n'ont permis qu'à un petit nombre de membres de la Société centrale d'assister à la réunion de dimanche dernier. M. le président Bucquoy a discrètement exprimé le regret que lui causent ces abstentions multiples qui nuisent au recrutement des membres d'une association qui fait tant de bien et dont la situation reste cependant très prospère.

Cette année, en effet, ainsi que le montre le rapport de M. Brun, les dons faits à la Société centrale s'élèvent au chiffre de 5,000 francs et ses recettes à celui de 20,803 fr. 83. Elle a alloué 8,050 francs de secours sur lesquels 6,300 francs à des veuves de médecins sociétaires ou non sociétaires (ces

dernières ont reçu 1.010 francs). Actuellement, la Société centrale possède 65,089 francs, plus 1.923 francs de rente et la nue-propriété d'une rente de 6,000 francs.

Avec les revenus de la fortune qu'elle a acquise, une association dont le recrutement serait plus rapide pourrait venir en aide à la plupart des veuves et orphelins que tant de médecins laissent sans ressources. Espérons donc que le nouveau secrétaire de la Société centrale, M. le Dr Thibierge, qui, dans un éloquent rapport, a payé un juste tribut d'éloges et de regrets à la mémoire des membres décédés pendant l'année 1894, parviendra à réveiller, au cœur de ses confrères parisiens, les sentiments de solidarité et de charité qui leur font un devoir de se faire inscrire au nombre des membres de la Société centrale. Celle-ci, comme l'Association des médecins de la Seine, doit à son passé si brillant un rapide accroissement de ses ressources.

La multiplication des médecins. — Nous avons indiqué dans notre dernier numéro le nombre des docteurs reçus en France durant l'année 1894. A Paris, le dernier recensement officiel indique qu'il existe 2,153 médecins, 84 officiers de santé, 1,090 sages-femmes, 960 pharmaciens et 69 dentistes.

En Angleterre, le même accroissement anormal des médecins est signalé. En 1893, on en comptait 30,759 ; en 1894, ce chiffre s'élevait à 31,772 en janvier et à 32,590 en décembre, ainsi répartis : Londres (5,742 au lieu de 5,290) ; Provinces 15,513 au lieu de 14,897) ; Ecosse (3,224 au lieu de 3,017) ; Irlande (2,511 au lieu de 2,485) ; à l'étranger (3,321 au lieu de 3,209) et au service de l'armée ou de la marine (2,452 au lieu de 24,526).

En 1893, il existait en Australie 8,149 praticiens dans le pays, en augmentation de 52 par rapport à la statistique de 1892.

En Allemagne, pendant le semestre d'hiver 1894-1895, on comptait 7,796 étudiants dans les vingt Facultés de médecine. Dans le semestre d'été de 1894, on en avait compté 8,0?2 dont 4,510 nationaux et 3.286 étrangers. Ceux-ci sont en majorité dans les Universités de Munich, Wurzbourg, Leipsig, Fribourg, Erlangen, Iéna, Heidelberg, Rostock et Strasbourg.

Exercice illégal de la médecine — Nos lecteurs n'ont point oublié l'article que nous avons écrit (*Gaz. hebd.*, 1894, p. 477) pour signaler les singuliers arrêts rendus par certains magistrats. A la suite de cet article, nous avons obtenu que l'Association générale des médecins de France soutînt, d'accord avec M. le Dr Montaz, président du syndicat du Sud-Est, l'appel porté devant la Cour de Grenoble contre le jugement qui avait acquitté l'abbé Roux, curé à Mens Nous aurons à revenir prochainement sur les démarches faites à ce sujet et sur la procédure qui a abouti au jugement dont nous reproduisons, d'après le *Dauphiné médical*, les principaux considérants :

Attendu qu'aux termes de ses déclarations formelles et réitérées à la barre de la Cour, l'abbé X..., soit à..., où il est établi depuis près de trois ans, soit à son ancienne résidence de ....., n'a pas cessé de distribuer ses conseil et ses soins aux nombreuses personnes qui l'ont consulté sur l'état de leur santé; — qu'en raison même de l'affluence de plus en plus grande de sa clientèle il a dû, ces dernières années, fixer certains jours à ses consultations; — que notamment, au cours de 1894 et jusqu'après la poursuite, il s'est consacré à..... au traitement des malades au moins pendant deux jours de chaque semaine, et qu'enfin il n'a jamais réclamé de salaire, il a accepte tous les dons volontaires en vue de ses bonnes œuvres;

Attendu que, loin de dissimuler la portée de son intervention médicale, le prévenu a précisé devant la Cour, de la façon la plus nette et la plus franche, que les malades se présentaient à lui, qu'il se rendait compte d'abord du genre et des causes de leurs affections, et qu'après son diagnostic, il prescrivait, par une note ordinairement écrite de sa main, les remèdes appropriés de la méthode dite Matteï; — que toutefois il a fait observer que la plupart de ses clients avaient aupa avant épuisé sans succès les ressources de la thérapeutique courante et qu'ils venaient à lui en désespoir de cause, sachant qu'il pratiquait exclusivement le système Matteï;

Attendu que ces déclarations et aveux avaient déjà été fournis par le prévenu, d'abord devant la gendarmerie de ....., suivant procès-verbal du 29 avril 1894 et ensuite devant le tribunal correctionnel de Grenoble; — qu'ils concordent d'ailleurs avec les témoignages recueillis à l'audience de première instance, comme avec la notoriété publique; qu'ils sont la preuve irréfragable que tout au moins pendant l'année 1894, seule retenue par l'assignation l'abbé X... s'est livré à l'exercice illégal de la médecine, en prenant part habituellement ou par une direction suivie au traitement des maladies, et qu'ils rendent donc inutiles toutes conclusions subsidiaires en preuve;

Attendu que, pour apprécier si les articles 16 et 18 de la loi du 30 novembre 1892 sont applicables dans la cause, il n'y a pas à rechercher, ainsi que l'ont fait à tort les premiers juges, quels sont les remèdes que l'abbé X... préfère et prescrit, — s'ils sont ou non prévus par le Codex, — s'ils procèdent de la méthode du comte Matteï ou de toute autre, — s'ils ont un caractère inoffensif ou dangereux, — s'ils consistent dans des dilutions plus ou moins étendues de granules livrées au commerce et s'ils sont recommandés dans des manuels répandus dans le public : toutes choses qui n'ont que faire au débat; — que subordonner l'effet de la loi à telle ou telle de ces circonstances, ce serait arbitrairement ajouter à son texte et méconnaître son esprit; — qu'il suffit de constater avec le prévenu lui-même qu'il n'a point restreint son action aux cas isolés ou pressants, qu'il a fait œuvre continue de médecin en tenant régulièrement à ..... un cabinet de consultations, ouvert bi-hebdomadairement au public; et qu'il n'est pourvu ni du diplôme de docteur en médecine, ni de celui d'officier de santé;

Attendu que les certificats élogieux, décernés à X... par ses malades reconnaissants, ne sont pour la prévention que des charges nouvelles; qu'il échet au procès de savoir non pas comment le prévenu a pratiqué la médecine, mais uniquement s'il l'a pratiquée, et que tout est ici la preuve flagrante du délit, jusqu'au système de la défense;

Attendu enfin que le tribunal, en proclamant l'innocuité des remèdes Matteï, dont la composition est restée inconnue, et en rendant hommage à l'application salutaire qu'en aurait faite le prévenu, paraît avoir quelque peu franchi les limites de sa compétence;

Attendu, quant au degré de la responsabilité pénale, qu'il y a lieu de considérer, en faveur de l'abbé X..., que d'une part ce sont ses propres aveux qui constituent les charges essentielles de la poursuite et qu'il n'a à répondre, en présence des termes de l'assignation, que des faits qui se sont passés en 1894 et relèvent de la loi du 30 novembre 1892; que, d'autre part, il paraît n'avoir point cherché à s'attirer la clientèle, — qu'il paraît également s'être abstenu à l'ordinaire de traiter à domicile, ou par correspondance; — qu'étant desservant à....., il a lui-même sollicité de ses supérieurs un poste plus éloigné de Grenoble pour être moins assiégé par les malades; — qu'il paraît avoir cédé non à l'amour du lucre, mais au sentiment de la charité et à l'attrait de l'art médical; — qu'il s'agit d'une première poursuite et qu'à tous égards il convient de lui accorder le bénéfice de l'article 463 du Code pénal;

Attendu, sur les conclusions en dommages-intérêts, que la preuve étant faite contre le prévenu d'un exercice illégal de la médecine à....., il en résulte nécessairement qu'un certain préjudice a été causé de ce chef aux médecins diplômés de la région, et dès lors que le Syndicat médical du Sud-Est, lequel comprend ces derniers pour la plupart, est tout à la fois recevable et fondé à se porter partie civile dans l'instance; — qu'il importe d'observer dans l'évaluation de l'indemnité qu'on ne peut ici tenir compte que des actes de médecine illégale accomplis en 1894 jusqu'au jour de la poursuite et qu'il n'est point permis de les considérer indistinctement comme autant de pertes subies par les membres de l'association, les clients de l'abbé X... étant en majorité d'anciens malades peu satisfaits de la Faculté et en quête de nouveau et d'extraordinaire;

Attendu que la Cour a tous les éléments nécessaires pour déterminer la mesure dans laquelle les conclusions subsidiaires des demandeurs sont fondées et chiffrer le *quantum* de la réparation pécuniaire, eu égard aux médecins diplômés que le Syndicat représente;

Par ces motifs;

Déclare l'abbé X... coupable d'avoir, à....., en 1894, exercé illégalement la médecine, délit prévu et puni par les articles 16 et 18 de la loi du 30 novembre 1892; vu aussi l'article 27 de ladite loi, ensemble l'article 463 du Code pénal;

Condamne le prévenu à 16 francs d'amende envers l'Etat, et à 25 francs de dommages-intérêts envers la société du Syndicat médical du Sud-Est, représenté par le Dr Montaz, son président; — le condamne, en outre, à tous les dépens de première instance et d'appel, tant vis-à-vis de l'Etat que vis-à-vis de la partie civile; dit toutefois que la partie civile sera tenue des dépens envers le Trésor, sauf son recours. Déboute le Syndicat du surplus de sa demande contre le condamné, ainsi que de ses conclusions subsidiaires en preuve; fixe au minimum la durée de la contrainte par corps.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

...ris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT



BULLETIN

Au sujet de la réforme du concours de l'Internat.

La réforme du concours de l'Internat est une des questions qui, à l'heure actuelle, préoccupent le plus vivement à la fois les étudiants en médecine, le corps médico-chirurgical des hôpitaux et l'administration de l'Assistance publique.

Le bulletin que mon collègue et ami Reclus lui a consacré dans le dernier numéro de la *Gazette* a suffisamment montré la genèse de nos préoccupations communes pour qu'il n'y ait pas lieu d'exposer à nouveau les inconvénients du mode de concours actuel.

Si nous revenons aujourd'hui sur ce sujet, c'est que, dans la solution d'une question aussi embarrassante, le concours de toutes les bonnes volontés est nécessaire et que la solution proposée par M. Reclus nous semble prêter aux critiques les plus sérieuses.

Étant donné qu'il faut, du consentement unanime, restreindre la durée du concours devenu impraticable à la fois pour les juges et pour les candidats, énervant pour les uns et pour les autres, il est évident qu'on ne peut arriver à ce résultat que par l'un des trois procédés suivants :

Ou bien diminuer le nombre des épreuves ;

Ou bien modifier le mode d'appréciation de celles-ci ;

Ou bien restreindre le nombre des candidats.

On ne peut songer à diminuer le nombre des épreuves : les deux épreuves actuelles ne sont pas superflues pour apprécier la valeur intellectuelle et l'instruction médicale des candidats. Nous avons plus d'une fois entendu ceux-ci se plaindre de jouer seulement sur une composition écrite et sur une dissertation orale toutes leurs chances de succès.

Restent les deux autres systèmes. M. Reclus conseille des mesures dérivant du deuxième. Nous sommes, pour notre part, d'avis de recourir au troisième.

Pour restreindre la durée du concours en modifiant le mode d'appréciation des épreuves, M. Reclus propose de supprimer la lecture publique de l'épreuve écrite, qui demande à elle seule plus de trois mois, et de confier à un ou plusieurs examinateurs le soin de corriger les copies dans le silence et l'ombre du cabinet.

Cette mesure est grave ; il y a lieu de craindre — et nous avons reçu des intéressés la confirmation de nos craintes que suffiraient, d'ailleurs, à faire naître les protestations parfois élevées, bien à tort croyons-nous, sur les résultats du Concours général des lycées — il y a lieu de craindre, disons-nous, qu'un jugement rendu dans ces conditions, même sur des compositions anonymes, ne soit accueilli avec plus de défiance qu'une décision prise après lecture publique des compositions.

Sans compter que la tâche des juges chargés de lire les compositions sera particulièrement pénible, la calligraphie n'étant pas plus la qualité dominante des candidats à l'Internat que des médecins.

Où prendra-t-on les « professionnels » de la correction que M. Reclus voudrait voir chargés de ce soin ? Sera-ce dans le corps médico-chirurgical des hôpitaux, parmi les admissibles au Bureau Central, ou instituera-t-on un nouveau concours pour cette charge qui, pendant quelques semaines, ne sera pas une sinécure ?

Ces fonctions seront-elles annuelles ou à vie ? dans ce dernier cas, il est évident qu'il faudra interdire à ces fonctionnaires de nouvelle création de publier aucun mémoire et de faire des cours même gratuits.

Ne peut-on craindre aussi que le correcteur n'ait sur le sujet traité des idées personnelles, dont il voudra trouver l'exposé dans chaque copie, faisant preuve d'un exclusivisme dont un jury est préservé par le fait même de la multiplicité de ses membres ?

Toutes ces raisons me paraissent plaider contre la mesure proposée et soutenue avec talent par M. Reclus.

En restreignant le nombre des candidats, on évite tous les inconvénients précédents, on peut ramener le concours aux proportions qu'il avait il y a quelque dix ans, le terminer dans l'espace de trois mois environ, et on le juge suivant le mode actuel, mode qui n'a jusqu'à présent jamais soulevé d'objections sérieuses.

Mais comment diminuer le nombre des candidats ?

On ne saurait, à notre avis, songer à interdire aux

internes de première année de prendre part au concours, ainsi que nous l'avons entendu proposer : ce serait fermer complètement aux internes de province la porte de l'Internat de Paris, et reculer d'un an la nomination de quelques candidats particulièrement intelligents et instruits, sans diminuer notablement le nombre total des concurrents.

Le seul moyen pratique et juste pour diminuer le nombre des candidats à l'Internat est, à notre sens, de faire par un concours antérieur une sélection parmi les externes, en un mot de faire précéder le concours de l'Internat d'un concours d'admissibilité.

Il ne saurait être question d'ajouter un nouveau concours à la liste déjà si longue de ceux qui marquent les divers échelons de la hiérarchie médico-hospitalière : l'auteur d'une pareille proposition serait poursuivi par le remords toute sa vie. Mais il nous semble possible d'adapter les concours actuels à ce nouveau but, et cela de la façon suivante : n'autoriser à se présenter au concours de l'Internat que les externes compris dans la première moitié de la liste de nomination à l'Externat (nous disons première moitié, simplement pour donner une formule concrète à notre proposition ; mais il conviendrait de rechercher, chiffres en mains, quelle serait la proportion équitable qui ramènerait le nombre des candidats à un chiffre raisonnable : nos collègues de la commission chargée de l'étude des réformes de l'Internat parviendraient facilement à trouver une solution satisfaisante s'ils se ralliaient à notre avis).

On peut objecter à notre proposition que les étudiants en médecine joueraient sur un seul concours toutes leurs chances de se présenter à l'Internat. Rien n'empêcherait d'autoriser ceux qui ne sont pas classés dans la première partie de la liste à se présenter une deuxième fois au concours de l'Externat pour conquérir l'admissibilité au concours de l'Internat (1).

La mesure que nous proposons nous semble facile à appliquer, elle ne modifierait aucun des rouages du mécanisme déjà compliqué, mais jusqu'à preuve contraire indispensable, de nos concours.

Elle aurait, en outre, l'avantage d'exciter l'émulation des candidats à l'Externat : la valeur du concours serait accrue, nos externes seraient plus instruits, et les connaissances qu'ils auraient acquises en se préparant à l'Externat constitueraient un fonds plus important dans leur bagage de candidats à l'Internat.

Mais surtout, — et c'est là ce qui nous a engagé à la proposer, — elle nous paraît absolument équitable.

Georges Thibierge.

(1) Si on craignait de surcharger, par ces récidivistes, le concours de l'Externat et d'en prolonger outre mesure la durée, — qui du reste est déjà actuellement presque aussi longue que celle du concours de l'Internat et appellera également une réforme — on pourrait faire fonctionner simultanément deux jurys chargés de juger l'un l'épreuve d'anatomie, l'autre l'épreuve de pathologie.

On diminuerait également le nombre des candidats à l'Externat en portant la durée des fonctions des externes à quatre ans, sans faculté de se représenter au concours à l'expiration de cette période : nous avons déjà, en nous basant sur d'autres arguments, préconisé cette mesure dans un rapport à l'Association des internes.

Réponse.

Je désire répondre sur l'heure aux objections que mon collègue et ami M. Thibierge soulève contre mon projet de réforme du concours de l'Internat.

« Il y a lieu de craindre, nous dit-il en substance, que le jugement rendu par les correcteurs sur les compositions, même anonymes, ne soit accueilli avec plus de défiance qu'une décision prise après lecture publique des compositions. » Plus de défiance !... la chose est vraiment impossible et les candidats affirment que le concours, dans sa forme actuelle, obéit à une foule de considérations parmi lesquelles la valeur des épreuves ne tient que la moindre place. Ils vont jusqu'à prétendre que la présence de certains favoris a pu provoquer l'élévation ou l'abaissement systématique des points non pas seulement d'une même séance, mais de toute une fin de concours. Vous n'en croyez rien, ni moi non plus, mais je maintiens qu'aucun système ne pourrait être aussi décrié que le système actuel.

Avec le système de l'anonymat des copies, les juges, pour se laisser « influencer », devraient être vraiment malhonnêtes. Admettez-vous qu'un candidat dise au juge, ou vous fasse dire, à quelle phrase, à quel signe on reconnaîtra sa composition? Admettez-vous surtout que cette infraction, s'il s'en rendait coupable, puisse lui être utile et se traduire par une meilleure note? C'est au Bureau central, non dans les maisons centrales, que les correcteurs seront choisis. Il y a des degrés dans les compromissions de conscience et cette dernière révolterait les moins délicats. Et puis à quoi cela servirait-il d'avoir « corrompu » un juge ? ce sont les deux ou trois correcteurs qu'il faudrait « acheter » et j'ose croire que ce serait trop cher ! De pareils soupçons sont absurdes : il suffit de les énoncer nettement pour les voir s'évanouir.

« Mais, ajoute M. Thibierge, la tâche des juges sera particulièrement pénible, la calligraphie n'étant pas la qualité dominante des candidats à l'Internat. » C'est exact, mais lorsqu'on *saura* que, pour être élu, il faut écrire lisiblement, on écrira lisiblement. Dans les seize cents candidats à l'Ecole polytechnique ou à Saint-Cyr, il y a autant de mauvaises écritures que dans les cinq cents candidats à l'Internat. Dites-moi combien de compositions sont exclues pour n'avoir pu être déchiffrées? On « s'appliquera » et voilà tout. Ceux d'entre nous dont les écritures sont déplorables — et je suis, hélas! de ce nombre — ont bien su remettre des copies lisibles aux correcteurs du concours général et du baccalauréat.

« Où prendrait-on les *professionnels* de la correction? » Mais il n'y a pas de ces professionnels-là dans mon système et M. Thibierge m'a mal lu. Les correcteurs seront choisis parmi nous et pourront être tirés au sort — c'est à la Commission d'étudier tous ces détails — les correcteurs d'anatomie parmi les chirurgiens du Bureau central, anciens prosecteurs de la Faculté ou des hôpitaux; les correcteurs de pathologie externe parmi les chirurgiens du Bureau central, quels qu'ils soient; les correcteurs de pathologie interne, parmi les médecins du Bureau central. La compétence de tous ces juges est incontestable, et comme il y aura plusieurs correcteurs — deux ou trois pour la même copie — on n'aura pas plus que maintenant à craindre « l'exclusivisme » dicté par les idées et les travaux « personnels ».

Les correcteurs voudront-ils s'astreindre à cette dure besogne? Oui, car elle ne sera pas supérieure à celle dont ils sont chargés actuellement. Les sept juges siègent pendant les soixante séances de la lecture de l'oral, à raison de trois heures à peu près par séance, ce qui fait un total de cent quatre-vingts heures. Il n'en faudra pas plus pour lire soi-même sa série de copies. Or, on pourra choisir son temps, ce qui est un avantage, et ce dur labeur sera généreusement rémunéré. La lecture des copies du concours actuel coûtera cette année à l'Assistance publique 4,200 francs — 60 séances à 70 francs chacune; — qu'elle conserve ce budget aux correcteurs, et l'on verra qu'il y a tout bénéfice à cette réforme qui semble effaroucher un si grand nombre de nos collègues.

Donc, avec notre système, on aura un concours très rapide, bien que les épreuves soient fortifiées. Par surcroît, il sera plus juste et les juges en seront plus compétents. Notre projet n'est-il pas absolument supérieur à celui que propose M. Thibierge, qui fait dépendre l'admissibilité à l'Internat de la place conquise au précédent concours de l'Externat! Mais y songe-t-on!... l'Externat est un concours oral, et l'on sait l'infériorité, comme moyen probatoire, des épreuves orales sur les épreuves écrites. Et puis lisez la liste des externes reçus à l'Internat, et voyez si un très grand nombre ne sont pas nommés que votre proposition aurait exclus du concours, — ils étaient bel et bien dans la seconde moitié des admis. J'ajoute qu'on reçoit maintenant plus de trois cents externes par année; nous aurions donc cent cinquante admissibles à l'Internat qui, pour les trois années, nous donneraient un total de quatre cent cinquante candidats... et la réforme aurait échoué : le concours resterait aussi long!

Paul Reclus.

CLINIQUE CHIRURGICALE

De l'importance des douleurs irradiées et des douleurs à distance dans le diagnostic et le pronostic du cancer, par le Dr J. L. Faure, prosecteur des hôpitaux.

Les malades atteints de cancer souffrent souvent de douleurs d'un caractère particulier et qui méritent une étude approfondie. En effet, si le cancéreux souffre de sa tumeur, il ne souffre pas toujours dans sa tumeur. Il y a dans le cancer des douleurs intrinsèques, qui ont leur centre dans le foyer malade, et des douleurs extrinsèques, qui siègent plus ou moins loin, rayonnent souvent à de longues distances, parfois même apparaissent en un point isolé, loin de tout mal, alors que le foyer morbide reste lui-même tout à fait indolent.

Ces deux catégories de douleurs, qui, du reste, ne peuvent être absolument séparées, de nombreux cas restant, ici comme partout, sur la limite assez vague et assez arbitraire qui les divise, ces deux catégories de douleurs, dis-je, n'ont pas, tant s'en faut, une importance égale. Les douleurs intrinsèques sont loin de présenter le même intérêt que les douleurs extrinsèques. Celles-ci sont en général plus fixes, plus constantes, mieux déterminées, si bien que dans un bon nombre de cas, elles peuvent sinon devenir pathognomoniques, au moins fournir de bons éléments d'appréciation pour un diagnostic délicat. Tel est, par exemple, le cas des douleurs d'oreille qui accompagnent si souvent le cancer de la langue.

Toute douleur est extrinsèque qui siège ou semble siéger en un point autre que celui où gît réellement le mal. Ce point peut d'ailleurs être éloigné du néoplasme ou rester avec lui en relation directe. Aussi peut-on et doit-on distinguer, dans cette classe de douleurs, deux catégories fondamentales : les douleurs *irradiées*, qui gardent encore, pour ainsi dire, un point de contact avec la tumeur, et les douleurs *à distance*, qui, bien qu'ayant dans le néoplasme leur cause originelle, en paraissent néanmoins tout à fait indépendantes.

Ces classifications simples et commodes n'ont, bien entendu, rien d'absolument fixe, et nombreux sont, comme toujours en médecine, les cas limites qui rentrent à la fois dans les deux groupes et sont à peu près impossibles à classer dans aucun.

Il en est de même des cas dans lesquels les douleurs ne sont ni intrinsèques, ni extrinsèques, au moins exclusivement, mais peuvent à la fois recevoir l'une et l'autre épithète.

Dans un cancer de l'utérus, par exemple, la malade, souffrant au milieu du bas-ventre, sentira sa douleur se prolonger sans arrêt, sans relâche, et sans ligne de démarcation, jusqu'au sacrum et jusqu'au périnée. Il lui sera impossible de désigner un point intermédiaire au niveau duquel elle ne souffre pas. Elle ne sentira d'ailleurs de souffrances en aucun autre point. Il est bien évident que, dans ce cas, cette douleur indivisible dans tous ses prolongements, dans toutes ses irradiations, est intrinsèque par le point qui siège à l'hypogastre, extrinsèque par celui qui siège au niveau du sacrum ou bien du périnée.

Une douleur irradiée peut quelquefois être très faible sur la plus grande partie de son trajet, et présenter ensuite, en un point assez éloigné du néoplasme, centre de la souffrance, une intensité très violente, un véritable point névralgique, dirai-je par analogie avec les névralgies banales, suffisant pour effacer, ou plutôt pour masquer la sensibilité sur tout le trajet douloureux. Un examen très attentif peut seul empêcher de confondre cette irradiation douloureuse avec une douleur à distance, erreur qui n'a d'importance qu'au point de vue particulier de la question qui nous occupe.

Mais, en faisant la part de ces nombreuses exceptions, il n'en est pas moins évident que dans un très grand nombre de tumeurs on constate des douleurs extrinsèques qui irradient plus ou moins loin, ou qui, dans des cas moins fréquents, peuvent siéger à grande distance du mal et paraître sans rapports avec lui.

Quant à la cause de ces douleurs, elle est facile à deviner. Il s'agit toujours de compression et d'envahissement des cordons nerveux qui courent dans le voisinage de la tumeur.

Des phénomènes histologiques qui accompagnent l'envahissement du nerf, de la diffusion des cellules malignes dans le périnèvre, puis dans les interstices conjonctifs qui séparent les tubes nerveux, des compressions, des déchirures, des désordres divers qui en résultent, je ne dirai rien. Au reste, les travaux sont nombreux qui traitent de ce point tout particulier de la pathologie du cancer. Ce sont des faits trop bien étudiés par Cornil (1), par Colomiati (2), par Poinsot (3), par Pilliet (4), pour que je ne me fasse pas un devoir de

(1) Cornil (*Journ. anat. et phys.*, 1864, p. 183).
(2) Colomiati (*Diffusion des tum. mal. le long des gaines nerveuses*, 1876).
(3) Poinsot (*Dict. méd. et chir. prat.*, XIII, 682).
(4) Pilliet (*Bull. Soc. anat.*, 1888, p. 585).

renvoyer, pour l'étude de ces phénomènes, à ceux mêmes qui les ont décrits. Mais je serai moins bref dans l'examen des principaux phénomènes cliniques et pathologiques qui accompagnent l'apparition et le développement de ces douleurs.

Les nerfs, on le sait, possèdent cette propriété particulière due sans doute à leur texture anatomique qui fait du cylindraxe un cordon capable de vibrer et de réagir dans toute son étendue sous l'influence de l'excitation la plus légère appliquée en un de ses points, les nerfs, dis-je, possèdent cette propriété de retentir douloureusement jusqu'à leur extrémité, lorsqu'ils sont lésés sur quelque point de leur parcours, et il n'est personne qui n'ait ressenti les douleurs irradiées que fait naître tout le long du bord interne de l'avant-bras et jusqu'à l'extrémité du petit doigt, un choc un peu violent sur le nerf cubital à son passage en arrière de l'épitrochlée. Les cordons nerveux conservent même cette faculté pendant un temps souvent fort long, et personne n'ignore l'histoire de ces amputés qui, rapportant instinctivement à l'extrémité du nerf sectionné les chocs et les violences qu'il peut subir dans leur moignon, se plaignent de leur talon ou de leur main après une amputation de la cuisse ou la perte de leur avant-bras.

Il n'est donc pas étonnant, lorsque la tumeur vient se mettre en contact avec un filet nerveux et le comprime, ou l'envahit, de voir la douleur se prolonger sur tout le trajet de ce nerf et se localiser ainsi plus ou moins loin du foyer malade.

Ces irradiations douloureuses peuvent être simples ou multiples, précoces ou tardives. Elles sont malheureusement presque toujours multiples, surtout lorsqu'il s'agit de cancers viscéraux et, en particulier, du cancer utérin.

On sait, en effet, quels inextricables plexus nerveux viennent enlacer les organes de l'abdomen et du petit bassin de leurs innombrables ramifications. De chaque point de ce réseau rayonnent des filets qui vont dans tous les sens et s'anastomosent partout avec des ramuscules partis d'un autre point, où ils se sont déjà rencontrés avec d'autres. Comment donc, dans ce labyrinthe nerveux, les ondulations douloureuses ne se propageraient-elles pas de tous les côtés à la fois? Et c'est ainsi que dans le cancer utérin, la malade se plaint plus encore que des douleurs dans l'utérus lui-même — douleurs qu'on peut considérer comme localisées à cet organe lorsque la malade les accuse à la partie profonde et médiane de l'hypogastre — d'élancements plus ou moins violents dans la région lombaire, du côté des fosses iliaques, du périnée, des fesses ou des cuisses. La sciatique double n'est pas rare et elle peut certainement exister, au cours de ce long martyre, sans qu'il y ait compression notable ou envahissement apparent du plexus sacré. Mais les filets péri-utérins sont malades, envahis, constamment irrités. Ils réagissent douloureusement et communiquent leur ébranlement au nerf sciatique par les anastomoses importantes qui du plexus hypogastrique vont au plexus sacré. Avec le plexus lombo-aortique, les plexus ovariens, hémorrhoïdaires et périnéaux, mêmes anastomoses, mêmes douleurs communes, passant de l'une à l'autre ou même s'étendant de tous les côtés à la fois.

Dans la langue envahie par l'épithélioma, les douleurs rayonnent en divers points de la sphère du trijumeau. L'irritation, transmise par le nerf maxillaire inférieur, peut refluer, pour ainsi dire, par les autres branches nerveuses, et provoquer de violentes douleurs dans la mâchoire supérieure, dans la zone orbitaire et jusque dans la moitié tout entière du crâne et de la face.

Il est cependant ici un point particulier, assez frappant, assez constant pour avoir à lui seul suscité de nombreux travaux, et que je ne dois pas passer sous silence, car c'est un des plus magnifiques exemples de douleurs irradiées qu'il soit possible de citer — c'est la douleur d'oreille, qui peut d'ailleurs exister seule, à l'exclusion de toute autre douleur, offrant ainsi un non moins bel exemple de douleur à distance. Tous les auteurs trouvent l'explication de cette douleur dans la présence de la corde du tympan qui, passant dans l'épaisseur de cette membrane, va se rendre aux deux tiers antérieurs de la langue. Pour les néoplasmes du tiers postérieur, on invoque alors le glosso-pharygien et le filet de Jacobson, qui va s'épanouir au milieu de l'oreille moyenne sur le sommet du promontoire. Il faut bien se contenter de cette explication faute d'en trouver une meilleure et cependant elle ne peut s'accorder avec la théorie généralement acceptée qui fait du glosso-pharyngien et de la corde du tympan des nerfs de sensibilité spéciale, purement gustative, incapables par conséquent de transmettre au cerveau des sensations exclusivement douloureuses. D'ailleurs, il s'agit peut-être ici d'une douleur plus profonde, siègeant au niveau du trou ovale ou même du ganglion de Gasser, à la racine même du nerf maxillaire inférieur. C'est seulement faute de pouvoir mieux localiser leur douleur que les malades la placeraient au niveau de la partie profonde de l'oreille, fort rapprochée d'ailleurs du trou ovale et plus rapprochée encore du ganglion de Gasser. J'avoue que cette explication, que je donne pour ce qu'elle vaut, me paraîtrait plus rationnelle et plus conforme à tout ce que nous connaissons sur la physiologie des nerfs sensitifs de la langue.

Quoi qu'il en soit, la douleur existe, elle est fréquente, indeniable, et, d'après Richard (1), elle serait presque toujours brusque, vive, spontanée, apparaissant surtout la nuit, lorsque le malade est couché, et siègeant exactement au fond du conduit auditif. Je ne pense pas qu'il y ait, dans l'histoire des néoplasmes, d'exemple d'une douleur irradiée ou d'une douleur à distance, — nous avons vu qu'elle pouvait revêtir ces deux caractères — plus nette, plus précise, et mieux localisée.

Dans le cancer du sein, les anastomoses nerveuses sont moins nombreuses qu'autour de l'utérus et les douleurs ne présentent point d'irradiations aussi variées. Les filets nerveux qui se rendent à la mamelle viennent des nerfs intercostaux, et, d'autre part, on trouve, partant de ces mêmes nerfs intercostaux, des filets perforants qui vont s'anastomoser avec les nerfs du plexus brachial, avec le brachial cutané interne en particulier. Il y a donc là une sorte de chaîne nerveuse que suit quelquefois la douleur, et il n'est pas rare, dans le cancer du sein arrivé à un certain âge, de voir apparaître des douleurs intercostales souvent très vives, à caractère névralgique, et de constater en outre des irradiations plus ou moins violentes qui s'étendent jusque vers le coude, et même plus loin vers le côté interne de l'avant-bras correspondant.

Mais, à la vérité, il existe, et bien plus haut fréquemment, des douleurs dans le bras qui peuvent, elles, descendre jusqu'à la main, jusqu'au petit doigt, et envahir le membre supérieur tout entier. Elles font leur apparition lorsque le plexus brachial lui-même est attaqué directement par la tumeur, ou plutôt par les ganglions infectés qui deviennent, à leur tour, un centre d'infection. On trouve souvent, en effet, dans le creux de l'aisselle des ganglions dégénérés, réunis les uns aux autres, durs, adhérents à la peau et à tous les tissus, étouffant tout ce qu'ils rencontrent, vaisseaux et nerfs, et pouvant

(1) Richard. *De la douleur d'oreille dans les affections de la langue.* Th. de Paris, 1878.

provoquer alors de terribles douleurs dans la sphère du plexus brachial, douleurs qui sont bien, elles, le type des douleurs irradiées.

Et c'est là, je n'y saurais trop insister, un point de la plus haute importance. Ces irradiations à longue distance, ces grandes douleurs qui courent tout le long d'un membre, n'apparaissent guère que lorsque de gros troncs nerveux, des troncs fondamentaux, sont envahis par le cancer.

Or le cancer naît, d'ordinaire, dans des organes glandulaires, dans des tissus épithéliaux plus ou moins profondément situés, mais, en général, hors de la route suivie par les troncs et les filets nerveux qui sortent de la moelle pour gagner, en s'accolant aux vaisseaux, la racine des membres.

Les vaisseaux et les ganglions lymphatiques suivent, au contraire, la même voie et se trouvent le long de ces nerfs, parfois même entourés par eux. Si le cancer est presque toujours éloigné, les ganglions sont, eux, au premier rang pour irriter, pour envahir, parfois même pour détruire les nerfs. Dans ces conditions, une irradiation douloureuse doit être bien souvent le premier indice d'un envahissement ganglionnaire impossible à apprécier directement. On conçoit de quelle importance peut être pour le pronostic et pour la conduite à tenir la première constatation d'une de ces douleurs. C'est la marque certaine d'une infiltration ganglionnaire de trop faible importance encore pour qu'il soit possible de la constater par l'exploration la plus attentive.

La chose est claire et bien facile à vérifier pour le cancer du sein où tout se passe à ciel ouvert, mais elle devient plus ardue dans les cancers profonds, dans le cancer de l'utérus entre autres. Ici aussi, les ganglions sont envahis et dégénérés, on ne le sait que trop ; mais, précisément à cause de la distribution des nerfs autour de la tumeur, à cause des multiples irradiations que présentent les douleurs qu'elle provoque, il est bien difficile, pour ne pas dire impossible, de faire, dans ces douleurs, la part qui revient au néoplasme et celle qui appartient aux ganglions, et par conséquent d'établir sur des bases aussi incertaines des indications opératoires ou thérapeutiques ayant quelque valeur.

Un point cependant semble se dégager de toutes ces considérations : plus les douleurs irradiées sont précoces, plus prompts sont les progrès du mal, et je crois que l'on peut accepter comme loi cette simple proposition : *Tout cancer dans lequel les irradiations douloureuses commencent à se faire sentir est un cancer dans lequel les cellules malignes ont rompu leurs barrières, et qui, si on l'opère, est marqué pour la récidive.*

La douleur à distance peut n'être qu'une des formes de la douleur irradiée, la souffrance se localisant à certains points où elle apparaît plus vive sous l'influence de quelque cause extérieure, comme un choc ou une pression.

Il se passe ici des phénomènes identiques à ceux que l'on rencontre dans les névralgies, où l'on trouve sur le trajet d'un nerf malade une série de points plus spécialement douloureux, les points névralgiques, qu'explique en général quelque disposition anatomique particulière. Parfois la douleur au point névralgique peut être assez violente pour annihiler la douleur sur toute la longueur du nerf affecté, et il se produit alors, au moins en apparence, une douleur à distance qui semble siéger loin du foyer malade, bien qu'elle ait, en réalité, son origine au sein de ce dernier. C'est là un point qu'il faut connaître, mais qui n'offre, au point de vue pratique, qu'un intérêt très relatif.

Il en est autrement de la véritable douleur à distance, de celle qui se fait sentir loin du foyer du mal, ou tout au moins du foyer primitif, en un point quelconque du corps et indépendamment de toute connexion nerveuse.

Une femme est, par exemple, atteinte d'un cancer du sein qui évolue de façon naturelle, quand, tout à coup, elle ressent une douleur dans la colonne vertébrale, dans les parties profondes de la cuisse, en un point quelconque, en un mot. Cette douleur peut, elle-même, présenter un caractère quelconque, — il n'importe. Elle se montre souvent sous la forme névralgique, et ce sera, par exemple, une sciatique double. Au premier abord, il semble n'y avoir aucune relation entre la douleur qui surgit et la tumeur qu'on connaissait depuis longtemps et qui pouvait du reste ne se traduire localement par aucune souffrance. Et cependant il n'y a, entre les deux, rien moins qu'un rapport de cause à effet. La douleur, la sciatique double, puisque c'est elle que j'ai choisie pour exemple, est causée par le développement d'une tumeur nouvelle qu'elle vient révéler. Celle-ci, fille de la première maintenant généralisée, bien qu'elle puisse encore être et paraître fort petite, sera née au niveau de la moelle, dans les méninges rachidiennes, dans le tissu spongieux des corps vertébraux, partout enfin où aura pu pénétrer, roulant dans les vaisseaux au hasard du torrent sanguin, la parcelle infectée, la cellule maligne, qui, détachée du néoplasme, ira greffer ailleurs le cancer primitif. En se multipliant dans ce nouveau tissu, elle devient le centre d'une tumeur nouvelle qui grandit à son tour et, rencontrant la moelle, peut provoquer, avec mille autres troubles, la sciatique qui donne l'éveil.

La tumeur secondaire apportée par le sang peut se montrer partout, puisque partout il y a des capillaires où pourra s'arrêter le fragment embolique détaché du foyer primitif qui lui donne naissance, dans la peau, dans les muscles, les os ou les viscères.

Il est vrai que, presque toujours, comme la tumeur primitive, elle s'installe insidieusement et sans douleur aucune, témoin une malade que j'ai vue et qui fut portée à l'hôpital avec une fracture spontanée du fémur et qui, depuis cinq ans, présentait un cancer indolent qui lui rongeait le sein. Mais enfin, lorsque la douleur apparaît, après un certain temps d'évolution sournoise, encore faut-il savoir à quoi l'attribuer.

Lorsqu'elle n'apparaît pas, il faut, dans certains cas, s'efforcer de la faire naître. Tel malade, par exemple, atteint d'un cancer du rectum, telle femme atteinte d'un cancer du sein paraissent devoir trouver dans une opération quelque soulagement ou quelque espoir de guérison. Il faut, comme toujours, songer à la généralisation qui peut se rencontrer parfois dans les cancers les plus petits, les moins envahissants, les moins graves en apparence. Il faut se livrer à une exploration minutieuse du corps entier, et surtout consulter le foie. On pourra, dans nombre de cas, sans trouver au toucher aucune bosselure, aucun changement de volume, éveiller en pressant sur l'hypochondre droit une sensibilité anormale et de mauvais augure. Le foie a alors toutes chances pour être secondairement envahi, et cette constatation doit suffire sinon pour empêcher toute opération radicale ou palliative qui peut, malgré cela, présenter des indications, au moins pour enlever au chirurgien qui l'exécute toute espérance de guérison définitive.

La douleur à distance est donc, lorsqu'elle existe, un signe des plus précieux, mais des plus redoutables. Certes, on pourrait, poussant trop loin le souci de l'exactitude, arguer que cette douleur, prétendue à distance, ne l'est pas en réalité puisqu'elle dépend, non pas du cancer principal, mais d'une tumeur secondaire à laquelle on doit la rapporter, et qui seule doit être incriminée.

C'est l'évidence même, et il serait inutile de songer à

le contester. Mais il n'en est pas moins vrai que si cette douleur à distance est sous la dépendance immédiate de la tumeur secondaire, elle n'a d'importance réelle que par rapport à la tumeur primitive, puisqu'elle juge, en l'absence de tout autre signe, de la généralisation et suffit la plupart du temps, à trancher la question souvent si ardue des indications opératoires. Je ne pouvais donc pas la passer sous silence, car elle joue, dans l'histoire des néoplasmes, un rôle plus considérable encore que les douleurs irradiées, et, lorsqu'elle apparaît, elle vient terriblement assombrir un pronostic déjà bien noir.

Il ne faudrait pas confondre, avec les douleurs dont je viens de parler, d'autres douleurs, et des plus fréquentes, des plus insupportables aux malades, qui, pour présenter avec les douleurs extrinsèques, soit irradiées, soit à distance, quelques analogies, n'en sont pas moins d'une tout autre nature. Ces douleurs, particulières à certains néoplasmes, sont celles qui résultent de l'*obstacle que la tumeur apporte à l'accomplissement de certaines fonctions*.

Ces douleurs sont aussi variées, aussi dissemblables que le sont les fonctions elles-mêmes, mais elles ne sont point particulières au cancer et toute lésion qui, comme lui, viendra mettre obstacle au bon fonctionnement d'un organe pourra produire des douleurs analogues. C'est surtout dans le jeu des appareils respiratoire, digestif et urinaire que le cancer vient apporter les troubles les plus graves, et c'est là qu'il provoque les douleurs les plus vives. Mais, je le répète, ce n'est point en tant que cancer que le néoplasme éveille d'aussi grandes souffrances, et les rapports qu'il affecte avec les éléments et les filets nerveux n'ont ici rien à voir. C'est en tant que tumeur, en tant qu'obstacle matériel qu'il agit, et toute autre lésion, un rétrécissement, une compression extérieure, voire même un corps étranger peut donner lieu aux mêmes symptômes.

Dans quelques cas, ce n'est point tant l'obstacle physique et matériel que l'obstacle fonctionnel qu'il faut mettre en cause, et combien voit-on de malheureux, en proie au cancer de la langue ou de l'estomac, en pleine inanition, refuser de manger, préférant encore la mort par la faim, à la torture par sa satisfaction! Aussi, parmi les pires des cancers, faut-il, à ce point de vue, ranger ceux qui se développent au niveau des orifices naturels, ou des lieux de passage actif, comme la bouche, le pylore, l'anus ou même le larynx. On comprend qu'en ces divers lieux les contacts soient plus répétés, plus énergiques, les froissements plus brutaux et les douleurs plus violentes encore que sur les autres points.

Les mêmes lésions et les mêmes douleurs peuvent d'ailleurs être causées par un mécanisme un peu différent, et ce sont des néoplasmes et des cancers développés en dehors de l'organe obstrué qui viennent provoquer des accidents et des souffrances. C'est ainsi que le cancer du corps thyroïde peut souvent, comme certains goîtres, étrangler la trachée et supprimer le passage de l'air. C'est ainsi que le cancer de l'utérus, multipliant les causes de douleurs, peut comprimer le rectum, la vessie, et obstruer les uretères.

Les douleurs provoquées par de tels néoplasmes sont des plus variées, et changent naturellement avec la fonction qu'ils entravent. Je ne parlerai que pour mémoire des simples douleurs de contact, parfois très vives, lorsque les tumeurs sont le siège d'ulcérations superficielles. On comprend tous les froissements, toutes les compressions, toutes les violences que peuvent faire subir à une plaie saignante dans un cancer du rectum, par exemple, le passage de matières solides ou, dans un cancer du pharynx, celui du bol alimentaire. Alors apparaissent des douleurs cuisantes, des douleurs lancinantes et irradiées en divers sens, mais sans aucun caractère spécial.

Bien plus intéressantes sont les douleurs qui tiennent à la gêne ou à la suppression de la fonction elle-même.

Il est des cancers qui jouissent du privilège lamentable de créer à la fois un obstacle à plusieurs fonctions. Les cancers de la base de la langue, du pharynx et de l'œsophage, du larynx, du corps thyroïde et même des ganglions du cou, peuvent, par leurs progrès, leurs ravages, leurs prolongements et leurs œdèmes, donner lieu à une dysphagie intense, peuvent même opposer au passage des aliments une barrière insurmontable et ajouter ainsi aux douleurs incessantes qui naissent des efforts de la déglutition, les affres de la faim et les tortures de la soif. Ils peuvent aussi faire naître de terribles accès de suffocation qui, lorsqu'ils ne tuent pas le malade, le plongent au moins dans l'angoisse de les voir se renouveler. Asphyxie soudaine ou asphyxie progressive, mort par la faim lente ou rapide, sans compter les autres douleurs physiques et morales, voilà de quoi faire de ces abominables cancers le plus triste et le plus lamentable des maux.

Dans le cancer du pylore, le malade ne souffre pas toujours tant de la cuisson plus ou moins ardente, des élancements plus ou moins violents qu'il ressent à l'épigastre ou au milieu du dos, que des vomissements incessants, toujours renouvelés qui succèdent à chaque repas. Ce sont surtout ces vomissements qui font de la vie du malade une longue souffrance, et ils ne sont en réalité provoqués que par l'obstacle matériel qui, siégeant au pylore, s'oppose au passage des matières alimentaires. Ne pouvant s'écouler vers le duodénum, les aliments déterminent ces insupportables convulsions de l'estomac, qui ne cessent que par le rejet de tout ce qu'il contient, et, laissant le malade à bout de forces, ne se calment que pour recommencer quelques heures plus tard.

Mais ce n'est point l'action irritante du néoplasme sur la fibre musculaire de l'estomac ou ses filets nerveux qui provoque ces contractions et ces vomissements. Ils se produiraient aussi bien dans un rétrécissement pur et simple de l'anneau pylorique. Aussi, lorsque le cancer siège en un autre point, sur la grande courbure, par exemple, ou bien encore sur la face antérieure, n'est-il pas très rare de le voir tuer le malade qui le porte en l'épuisant et l'affaiblissant peu à peu, sans avoir jamais provoqué ni vomissements, ni douleurs.

Le cancer de l'intestin ou du rectum produit parfois un rétrécissement suffisant pour fermer d'une façon plus ou moins complète la voie normalement ouverte aux matières intestinales. Alors fait son apparition tout le cortège des accidents de la rétention stercorale ou même de l'occlusion intestinale qui termine quelquefois la scène.

Cet état pitoyable ne va pas sans de grandes douleurs, et il suffit pour se rendre compte de ce que souffrent les malheureux ainsi touchés, de voir la transformation immédiate qui s'opère dans tout leur être, lorsqu'ils viennent à ne plus souffrir. Dans tous ces cas désespérés, l'anus iliaque, la plus simple, la plus bénigne des opérations palliatives, en ouvrant la voie aux matières, en faisant cesser la distension intestinale, supprime brusquement et le ténesme et les coliques, et le météorisme, et le ballonnement, rappelle le sommeil disparu, réveille l'espérance et fait goûter au malade un bien-être que depuis longtemps il ne connaissait plus.

Lorsqu'il s'agit d'un cancer du rectum situé assez bas, la rectotomie postérieure ou l'extirpation par toutes les méthodes anciennes, nouvelles ou renouvelées, pourvu qu'elles soient bonnes, produisent le même effet et pro-

curent au malade, avant toutes choses, un soulagement immédiat. Si bien que dans nombre de cas, même lorsqu'on n'a pratiqué que la rectotomie en laissant le cancer intact, ils n'accusent plus de souffrance, preuve évidente que le néoplasme, indolent par lui-même, ne faisait souffrir que par l'obstacle mécanique qu'il apportait à une fonction nécessaire.

Lorsque c'est la miction qui devient impossible, à la suite d'un cancer de la vessie, de l'utérus ou de la prostate, les douleurs n'en sont pas moins fortes, mais ce sont ici celles de la rétention d'urine avec tous leurs caractères, aussi continues, aussi violentes, aussi intolérables. Comme dans la rétention ordinaire, le soulagement est aussi complet, aussi soudain, lorsque, par un procédé quelconque, cathétérisme ou ponction vésicale, on a pu réussir à vider la vessie distendue.

Ces diverses douleurs dont je pourrais multiplier les exemples, douleurs irradiées, douleurs à distance, douleurs fonctionnelles, reconnaissent donc, en somme, pour cause première, l'envahissement d'un filet nerveux, l'infiltration ganglionnaire plus ou moins lointaine, l'augmentation de volume d'une tumeur qui vient obstruer quelque voie physiologique, et enfin, ce qui est plus grave encore, sa généralisation. Elles n'apparaissent guère, en un mot, qu'au moment où le mal gagne en étendue et en gravité.

Il n'est pas besoin d'insister sur l'importance extrême que prend la constatation de ces phénomènes douloureux lorsqu'il s'agit de préciser le diagnostic anatomique des lésions, de fixer le pronostic et de discuter le traitement.

TRAVAUX ORIGINAUX

A propos du traitement médical des typhlo-appendicites, par le Dr Dardignac, médecin-major de 1re classe, membre correspondant de la Société de chirurgie.

(*Fin.*)

Obs. II. — *Appendicite subaiguë perforante, péritonite circonscrite. Ouverture dans l'intestin au 47e jour; guérison.*

Henri L..., 29 ans, de la classe 1890, peintre en bâtiment, entre à l'hôpital le 13 avril 1894 avec le diagnostic : embarras gastrique (?) symptomatique.

Dans ses antécédents héréditaires, rien à noter; il a quatre frères et trois sœurs, tous vivants et en santé parfaite ainsi que ses parents.

Personnellement et avant son incorporation au 51e, il a toujours été vigoureux : il aurait eu cependant, à l'âge de 17 ans, une fluxion de poitrine et, depuis, tous les hivers, il tousse. Au régiment, il contracta en 1893 une syphilis de moyenne intensité qui, du 2 septembre au 23 novembre, fut traitée avec succès rapide par les injections intra-musculaires d'huile grise; la dernière injection date de trois mois, les accidents appréciables ayant été jugulés depuis huit mois environ.

A son entrée, L... paraît très fatigué; il est pâle, nerveux, mais répond bien à nos questions; l'examen des divers appareils (circulatoire, respiratoire, urinaire, etc., etc.) démontre leur intégrité. Depuis une quinzaine de jours, L... dort mal, mange sans appétit, a quelquefois de la fièvre le soir et des sueurs la nuit; il accuse des vertiges, de l'anorexie, sa langue est épaisse, très enduite. Il précise que depuis 8 jours environ, il éprouve de violentes douleurs abdominales dans la région hypochondriaque droite avec un point particulièrement sensible siégeant à 5 centimètres à droite et en bas de l'ombilic. Cette douleur s'augmente par la pression, la toux et les efforts de défécation; c'est même aux efforts provoqués par une constipation opiniâtre, pour ne pas aboutir d'ailleurs — car étant resté six jours sans aller à la selle, il dut, pour se délivrer, prendre plusieurs purgatifs — qu'il attribue cette douleur et le malaise général qui le fit venir à la visite. Cette tendance à la constipation, légère d'abord, mais plus accentuée depuis les quinze derniers jours, daterait d'environ un mois sans qu'il puisse l'attribuer à des excès d'inconduite ou de table. Le ventre n'est pas ballonné, il est souple et sonore partout, sauf à la fosse iliaque droite où la pression provoque de la contraction musculaire; on y perçoit une sorte de gargouillement, « le cri intestinal ».

On prescrit le repos au lit, un grand bain, plusieurs lavements émollients, le naphtol, la limonade lactique, des pastilles de glace en permanence et une nourriture exclusivement liquide et froide.

Le 15, l'examen de la région douloureuse est possible en procédant avec méthode et lenteur (relâchement des muscles, main à plat, coussin sous le bassin); on sent sous la main, au siège de la valvule, une tuméfaction profonde, cylindrique, linéaire, occupant 6 à 8 centimètres d'étendue sur une ligne qui joindrait l'ombilic au tiers externe droit environ de la ligne des deux épines iliaques supérieures. Une pression plus forte, plus brusque, provoque comme la veille, avec une vive douleur, la sensation de gaz fuyant sous la main.

Cet état local étant le même le lendemain, le diagnostic de typhlo-appendicite est porté et, comme la constipation veut reparaître, on prescrit 20 grammes d'huile de ricin en quatre doses espacées; on ajoute au traitement des frictions mercurielles et l'enveloppement abdominal dans l'ouate. Du reste, le facies est meilleur, il y a eu sommeil pendant la nuit et la fièvre est tombée.

Durant les jours suivants (17, 18 et 19), l'amélioration s'accentue et le malade, malgré notre défense, a pu se lever pour aller à la selle sans éprouver de grandes souffrances; il semble même, en effet, le 20, que la tumeur est moins limitée et a fait place à une sorte d'empâtement moins circonscrit se portant en bas, en haut et en dehors du point classique.

Le 21, nous constatons à notre visite un changement total : le malade est pâle et anxieux; il a passé une nuit sans sommeil en éprouvant des souffrances vagues dans la région péri-ombilicale, mais plus accentuées à droite. Ayant tenté de se lever, il ne put se tenir debout, une vive douleur au côté droit l'obligeant à se courber en arc de cercle; au lit même, il ne peut mettre la jambe droite dans l'extension sans provoquer dans ce mouvement de vives douleurs siégeant encore au même point. En même temps, inappétence, soif intense, quelques frissons. L'examen de la paroi abdominale antérieure est pénible, le malade se défend; latéralement et parallèlement à la crête iliaque, nous constatons la non-dépressibilité, la raideur de la paroi signalée par Routier dans un cas semblable.

Cette reprise des phénomènes douloureux, coïncidant avec la réapparition de la fièvre et l'impotence partielle du membre inférieur droit, indiquait un travail inflammatoire dans le voisinage immédiat du cæcum et en arrière de cet organe où, à la vérité, on ne délimite plus, comme aux premiers jours, une tuméfaction localisée, mais bien un empâtement profond, diffus, étendu, de la largeur de la main. Cet ensemble de symptômes confirmait le diagnostic porté et, sans négliger la continuité du traitement médical, nous croyons alors qu'il est de notre devoir de ne pas cacher au malade, homme assez intelligent pour nous comprendre, que, si cette situation se prolongeait, il y avait pour lui du danger à continuer la lutte d'une façon anodine et qu'il devrait très prochainement nous laisser libre d'intervenir par une opération.

La situation reste la même sans accentuation, mais aussi sans rémission, avec fièvre modérée et insomnie absolue, jusqu'au 27. Il se formait une collection purulente qui, plus développée en arrière, appuyait sur le psoas, car l'extension ou le plus léger mouvement occasionnait d'intolérables douleurs; la palpation abdominale, un peu moins facile, laissait cependant percevoir une sorte de gargouillement lointain. Ce jour-là, le 27 — le malade ne prenait que des liquides depuis son entrée — il y eut sans cause apparente, dans la soirée, un vomissement bilieux.

Les vomissements reparurent les 29 et 30. Bien que le malade n'eût aucune fièvre pendant ces deux jours, il y avait

à craindre une affection péritonitique de voisinage, état inflammatoire que traduisait ce symptôme.

Le 30, à la visite, L... se trouve moins fatigué, il a pu dormir plusieurs heures, il n'a pas de fièvre. Il oppose un refus formel à notre proposition d'intervention opératoire qui nous semblait alors d'autant plus opportune que les symptômes de péritonite — localisée heureusement — n'étaient plus douteux et qu'agir plus tard serait s'exposer à un insuccès. Le malade se montrant obstiné dans son opinion, nous avons dû alors nous résigner à assister, en spectateur désarmé, pour ainsi dire, à l'évolution des phénomènes consécutifs à cette perforation de l'appendice, mais en portant un diagnostic très sombre. Toutefois, les moyens purement médicaux furent utilisés avec une grande rigueur : onctions mercurielles belladonées, fomentations émollientes (le sachet de glace produisait une sensation très désagréable), lavements chauds, opiacés sous toutes les formes, glace à l'intérieur, toniques... immobilité absolue au lit, chambre obscure, etc.

L'état local resta stationnaire, c'est-à-dire que la péritonite se maintint localisée, pendant la première quinzaine de mai, en même temps, ainsi que l'indique le relevé clinique ci-contre, que l'on observait une température indiquant la suppuration. A cette date, 15 mai, 41e jour de la maladie, l'état du malade était devenu très précaire : très amaigri, presque aphone ; alternatives fréquentes d'accès de sueur suivis de longs frissons ; il restait couché sur le côté droit, la jambe fléchie sur la cuisse droite et celle ci relevée vers l'abdomen, empêchant tout examen, n'osant même pas bouger pour les soins de toilette les plus élémentaires, de peur de provoquer des douleurs ; très affaibli, mais non découragé, car il reposait la nuit grâce aux hypnotiques, il ne voulait pas entendre parler d'opération. Il est à noter que, sous l'influence des lavements sans doute, on obtenait une selle quotidienne.

Ce jour-là, n'ayant pas de température, il demanda des potages, un biscuit, il se sentit de l'appétit. Un examen de la région cæcale ne nous apprit rien de nouveau ; à la peau, aucune vascularisation, aucune coloration indiquant une tendance de l'abcès à se porter en avant, rien du côté de l'arcade ou de la cuisse. Après une accalmie, une sorte de détente relative dans l'acuité des symptômes et du mouvement fébrile qui dura quelques jours, le 20 mai, le malade passa une journée horrible. Le 21, au matin, nous le trouvons très affaissé, le teint terreux, l'œil éteint, presque sans fièvre, avec un pouls petit, serré mais égal et régulier. Il a eu deux selles diarrhéiques dans la nuit ; il est impatient, agité ; il souffre sensiblement ; il se décide enfin à réclamer pour le lendemain, si la situation ne changeait pas, une intervention quelconque.

Malgré la gravité de l'état général à ce moment, nous estimions, au risque de nous exposer à un échec, que nous ne pouvions cependant refuser à notre malade cette chance de salut, et nous prenions nos dispositions en conséquence, quand un incident décisif se présenta dans cette journée du 21. Les tranchées de coliques qui avaient brusquement débuté dans la nuit précédente, devinrent plus fréquentes, plus tenaces jusqu'à quatre heures de l'après-midi, moment où il y eut une selle copieuse, moulée, du caractère le plus normal. Peu après, à la suite de nouvelles crises de coliques « atroces, comme si quelque chose s'était déchiré dans son ventre », il eut en moins de deux heures quatre selles liquides, copieuses, dont on peut évaluer la quantité au contenu d'un vase de nuit. Le liquide des selles, ressemblant à de la farine de moutarde délayée dans de l'eau, était constitué par du pus mélangé de matières glaireuses au milieu desquelles se trouvaient des débris de fèces moulées, très dures. Aussitôt après, calme et sommeil. Il se réveille le 22 mai à sept heures du matin, la jambe droite dans l'extension à peu près complète et facilement mobilisable sans douleur ; debout, il lui est possible de redresser sa taille sans aucune souffrance.

A notre visite, nous constatons un changement radical dans la situation de la veille : le pouls est calme ; apyrexie, appétit ; la langue est humide, l'humeur est joviale, c'est en un mot une résurrection. Il est évident que la vaste poche purulente rétro-cæcale dans laquelle se trouvaient probablement le cæcum et son appendice s'est vidée à travers une perforation soudaine produite dans l'intestin. L'examen est devenu très facile, l'empâtement signalé est plus diffus, isolable, et il n'existe plus pour ainsi dire aucune douleur. Nous prescrivons des boissons abondantes, une désinfection intestinale plus soignée encore, des lavements et des bains tièdes.

30 mai. — L'amélioration s'est accentuée, bien que la pâleur et l'émaciation soient extrêmes; les forces reviennent rapidement. L'appétit est intense et le malade s'alimente par des potages, œufs, jus de viande, vin, etc. Les selles, toujours liquides, abondantes, contiennent toujours du pus, toutefois il diminue sensiblement tous les jours.

DATES		TEMPÉRATURE		URINES	SELLES
de la maladie	du mois,	matin.	soir.		
9e	13 avril	38.5	38.5	1900	»
10e	14 »	38.5	38.9	900	4 l
11e	15 »	37.6	37.7	700	3 m
12e	16 »	37 »	37.4	1200	4 m
13e	17 »	37.4	37.5	750	3 m
14e	18 »	37 »	37.5	1050	1 m
15e	19 »	37.2	38.3	600	2 m
16e	20 »	37 9	38.5	700	2 m
17e	21 »	37.5	38.2	?	0
18e	22 »	37.8	38.5	875	1 m
19e	23 »	37.5	38.1	1350	2 m
20e	24 »	37.2	38.7	1000	2 d
21e	25 »	38 »	38.9	1050	2 m
22e	26 »	37.6	39 »	1000	1 d
23e	27 »	38 »	38.9	1200	0
24e	28 »	38.6	37.8	1100	1 d
25e	29 »	27.8	38 »	1050	1 m
26e	30 »	37.5	37.8	1200	2 m
27e	1er mai	37.6	38.4	1225	1 m
28e	2 »	37.7	39.2	1050	2 m
29e	3 »	38.4	39.9	1225	1 m
30e	4 »	38.3	39.7	1050	2 m
31e	5 »	38.2	40.2	1040	1 m
32e	6 »	37 »	39.9	750	2 m
33e	7 »	31.1	39.2	900	1 d
34e	8 »	37.5	38.7	1250	1 d
35e	9 »	37.8	38.5	800	2 l
36e	10 »	37.5	38.6	1300	2 l
37e	11 »	37.6	38.4	800	2 l
38e	12 »	38.9	39.7	350	3 l
39e	13 »	37.5	38.9	1050	1 m
40e	14 »	37.7	39.5	700	1 m
41e	15 »	37.5	37.7	1400	1 m
42e	16 »	37.9	37.3	1500	1 m
43e	17 »	37 »	38.2	1500	1 d
44e	18 »	37.5	38 »	800	2 m
45e	19 »	37.2	37.7	1050	3 l
46e	20 »	37 »	37.9	800	4 l
47e	21 »	37.1	37.2	700	6 l
48e	22 »	37 »	37.5	1000	3 l
49e	23 »	36.7	37.5	1000	2 l
50e	24 »	37.3	37.3	1100	2 m 1 l
51e	25 »	36.9	37.1	1225	2 m 1 l

5 juin. — Les selles sont alternativement molles ou liquides, selon qu'elles contiennent ou non du pus. L... engraisse, dort, se lève, marche et se trouve fort bien; la pression abdominale ne développe plus aucune douleur malgré qu'elle soit faite avec force et continuité ; l'empâtement même semble se résoudre.

13 juin. — Le malade, complètement remis et en état de supporter quelques heures de chemin de fer, se rend dans sa famille avec un congé de trois mois.

25 octobre. — L..., rendu à la vie civile depuis septembre, se présente à nous : il vient nous demander s'il peut se marier sans aucune crainte en raison de la syphilis de l'année 1893 : nous constatons la disparition absolue de toute trace du phlegmon péricæcal et un état général parfait; toutefois nous lui donnons pour l'avenir les conseils qui conviennent en raison de l'incident aux conséquences duquel il a eu la bonne et exceptionnelle fortune d'échapper en dépit de toutes les prévisions.

Tout, du moins au début, est pour ainsi dire classique dans cette observation d'appendicite perforante avec péritonite circonscrite. D'abord les signes d'inflammation péricæcale ou de péritonite adhésive, de pérityphlite.

Le dérangement insidieux mais significatif des fonctions intestinales (dû peut-être à la syphilis?), la constipation fréquente pendant les semaines qui précèdent l'état de crise, les coliques appendiculaires, les douleurs abdominales spontanées ou provoquées, surtout au lieu d'élection, au point de Burney, la tumeur en boudin facile à délimiter dans la région de l'appendice coïncidant avec l'apparition du point douloureux alors que l'appendicite avec péritonite localisée, périappendiculaire, se confirmait et prenait une marche subaiguë. Plus tard, la symptomatologie, sinon dans les lignes principales du moins dans quelques détails, s'éloigne quelque peu de celle qui est ordinairement observée : l'abdomen retrouve sa souplesse avec indolence relative, la douleur au point épinoso-ombilical disparaît en appuyant profondément, avec méthode, pour vaincre, selon l'expression de Millard, « la vigilance musculaire »; on arrive à délimiter une tuméfaction diffuse, étendue, paraissant s'étaler derrière et en dehors du cæcum sur les muscles qui limitent profondément la région, démontrant que le processus, l'abcès enkysté, encapsulé par des néo-membranes, occupait plus particulièrement la région postérieure de la fosse iliaque, le tissu cellulaire juxta et rétro-cæcal. Jamais il n'y eut œdème, rougeur, vascularisation anormale du tégument abdominal, alors que la température, les signes concomitants et l'état général annonçaient un processus à caractère phlegmoneux progressif; enfin la terminaison au 47e jour — alors que le malade vaincu par la douleur et se trouvant dans la phase la plus critique réclamait l'opération rejetée jusqu'à ce moment — par issue de la collection purulente dans un point de l'intestin, le cæcum très probablement, incident ultime après lequel la guérison fut aussi rapide qu'inattendue et suivit son cours sans aucune infection putride ni épuisement et, depuis, ne s'est pas démentie.

* * *

Ces deux observations appartiennent à la catégorie de ces deux formes particulières de l'appendicite que dans son magistral ouvrage Talamon déclare les plus graves des inflammations perforatrices appendiculaires.

On peut penser que si, même dans ces cas, le praticien ne doit pas oublier que la conduite la plus sage dans l'intérêt des malades est de se montrer réservé dans l'intervention, cependant quand le diagnostic est ferme, une large ouverture faite dès le début des incidents graves (et c'était le cas, ici, le cinquième jour au plus tard (1) dans notre observation I, le dix-septième jour dans l'observation II) peut procurer des guérisons rapides.

Sans doute — et au moment où nous observions en 1890 le malade qui fait l'objet de l'observation I, la question, ainsi que nous le disons plus haut, n'avait pas été étudiée, discutée avec autant de documents qu'elle l'a été depuis; la question du moment opportun pour une intervention notamment n'était pas aussi connue qu'elle l'est toujours aujourd'hui — sans doute pour ce malade, les faits l'ont depuis enseigné, on peut dire que dans les cas de cette nature l'intervention donnant une mortalité d'environ 84 0/0 (2), elle était, sinon contre-indiquée, peut-être inutile, mais éclairée par les succès que l'on sait, rares il est vrai, mais enfin réels, inattendus, on doit désormais affirmer que l'opération se justifie même dans ces cas désespérés par cette considération que c'est l'unique chance qui reste au malade et que l'on ne peut, en conscience, lui en refuser le bénéfice, celui-ci fût-il problématique; d'ailleurs ce malade pris subitement en pleine santé était jeune, résistant, sans tare, et nous rappelons qu'il n'existait aucune organisation du processus péritonitique qui ressemblait simplement à un volumineux abcès développé dans une séreuse, cette circonstance autorise des interventions relativement éloignées, surtout si, à l'exemple de Berger (1), on a le soin de rincer rigoureusement la poche par une copieuse irrigation passée à travers de multiples et larges overtures.

Et si dans notre observation II la terminaison — médicale, c'est le qualificatif qui convient — a été aussi heureuse qu'improbable et inattendue, telle que peuvent le désirer les abstentionnistes les plus militants, ne peut-on pas affirmer sans aucune témérité que cette solution a été exceptionnelle, qu'une intervention précoce (par exemple au huitième jour, ou même retardée après le dix-huitième jour au plus tard) non seulement aurait enlevé les craintes bien légitimes que nous avions en raison de cette abstention, de cette inertie de commande, de voir le pus de cette poche abandonnée à elle-même se faire jour de tous côtés, fuser dans toutes les directions possibles, mais encore aurait abrégé la marche de la maladie, économisé les forces et les souffrances du malade qui faillit succomber au marasme et à l'hecticité? n'est-on pas en droit d'affirmer que, là, à un moment quelconque même, un débridement méthodique permettant de libérer largement, de voir clair, de drainer, constituait, malgré les efforts « de la bonne nature » et son succès manifeste sur le moment, en même temps qu'un traitement rationnel, complet et expéditif, un précieux moyen préventif, un gage certain, une garantie de sécurité pour l'avenir?

(1) Max Schuller donne pour limite de la 25e à la 48e heure après le début... mais après quel début, de la perforation ou des incidents qui lui succèdent? c'est dans tous les cas difficile à préciser.

(2) En totalisant les cas donnés par Jalaguier, Berger, Routier, Terrier, Reclus, Truffier, Nélaton, Huchard, Broca, on arrive à 39 interventions pour péritonite purulente généralisée par appendicite avec 31 décès.

(1) *Bulletin de la Soc. de chirurgie*, 1894.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Diagnostic bactériologique précoce de la lèpre; indications de l'intervention opératoire, par G. Marcano et R. Wurtz (*Arch. de méd. expériment.*, janvier 1895, p. 1). — Dans un cas de lèpre caractérisé par une seule tache maculeuse et anesthésique, l'extirpation de la tache a permis de faire le diagnostic bactériologique de la maladie. Les auteurs concluent de ce fait que la lèpre peut se traduire uniquement et pendant un temps fort long par une tache isolée et que, dans ces cas, l'ablation de la tache et des parties anesthésiques avoisinantes peut enrayer la marche de la maladie.

Expériences thérapeutiques sur la lèpre, par Gallais (*Arch. de méd. navale*, sept. et oct. 1894, p. 227 et 275). — Le monosulfure de sodium ne peut être, à cause de son goût et des troubles intestinaux (diarrhée souvent sanguinolente) qu'il produit rapidement, ne peut être administré à doses dépassant 8 à 15 grammes, lesquelles ne produisent aucune amélioration. Le chlorate de potasse à dose de 15 grammes ne produit presque aucun effet; les doses actives (25 à 30 grammes) produisent une amélioration marquée, mais le résultat n'est pas à comparer avec le danger qu'elles font courir au malade, aussi doit-on l'abandonner également.

Nécroses viscérales multiples dans la tuberculose humaine aiguë et subaiguë, par Leredde (*Arch. de méd. expériment.*, janv. 1895, p. 87). — La nécrose épithéliale est un résultat de la tuberculose beaucoup plus fréquent qu'on ne croit et n'observe souvent, pour peu que la maladie prenne, à un moment donné de son évolution, une

allure aiguë, infectieuse. Elle atteint simultanément le foie et le rein, et peut-être aussi d'autres organes pourvus d'épithéliums; les épithéliums d'excrétion sont respectés. La nécrose tuberculeuse peut se développer en l'absence de granulations tuberculeuses dans les organes atteints et ne peut s'expliquer que par l'action des toxines circulant dans les vaisseaux. Ces lésions purement dégénératives ne méritent pas les noms de néphrite et d'hépatite qui leur ont été donnés.

Pleurésie à gonocoque (Un caso di polisierosite da gonococco), par C. Mazza (*Giornale della R. Accad. di medic. di Torino*, mars 1894, p. 180). — Fillette atteinte de blennorrhagie suite de viol; douleurs dans l'épaule gauche, les genoux, les pieds, les poignets, pleurésie droite, puis gauche, péricardite. Examen du liquide pleural : diplocoques intra-cellulaires ne prenant pas le Gram, cultivant sur le sérum humain à l'agar, ne cultivant pas sur l'agar simple ou glycériné, ni dans le bouillon; pas d'autre micro-organisme.

Badigeonnages de gaïacol dans la tuberculose infantile (Il guaiacolo per via epidermica nella tuberculosi infantile), par E. Mensi (*Giornale dell'Accad. di medic. di Torino*, avril 1894, p. 307). — Les badigeonnages de gaïacol sont bien supportés par les enfants; ils constituent un bon mode d'administration de ce médicament qui ne risque pas de fatiguer les voies digestives; mais l'amélioration de l'état général et des lésions pulmonaires observée chez quelques enfants tuberculeux peut être attribuée à ce qu'ils étaient placés dans de meilleures conditions hygiéniques qu'avant le traitement.

Parasites de la malaria (Parassiti della malaria e le febbri da essi prodotte), par R. Feletti (*Arch. ital. di clinica medica*, 1894). — Les fièvres paludéennes ne sont pas toujours produites par les parasites de Laveran; les fièvres pernicieuses sont causées par l'hamamælia præcox, les fièvres bénignes par d'autres parasites. L'hamamælia præcox cause les fièvres quotidiennes vraies, l'hamamælia vivax les fièvres tierces, l'hamamælia malariæ les fièvres quartes, la Laveriana des fièvres essentiellement erratiques et irrégulières.

CHIRURGIE

Traitement des bubons vénériens non suppurés (Alcuni tentativi di cura dei buboni non suppurati con iniezione intraglandolari di olio di trementina), par A. Kondelli (*Giornale dell' Accad. di medic. di Torino*, avril 1894, p. 285). — Pour hâter la guérison des bubons non suppurés, Giovannini conseille les injections d'huile de térébenthine : il suffit généralement d'une injection de 1 centimètre cube dans chaque ganglion ; l'injection provoque une douleur vive qui dure au maximum 18 à 24 heures, la température s'élève à 38°,2 ou 39°,5 pendant les deux premiers jours, puis revient à la normale le troisieme ou le quatrième jour au plus tard, la suppuration commence au bout de deux jours et est complète en 4 à 8 jours; cicatrisation définitive en 1 à 2 mois.

Elimination totale de l'intestin (Ueber die Berechtigung der Darmausshaltung), par Reichel (*Centralb. f. Chir.*, 1895, n° 2, p. 37). — Le travail de Reichel est une critique de l'opération récemment proposée par Obalinski (v. *Gaz. hebdom.*, 1895, n° 2, p. 23) et qui consiste, dans certains cas de chirurgie de l'intestin, à isoler une ou plusieurs anses de l'intestin, à fermer les deux bouts par des sutures et à abandonner dans l'abdomen la portion de l'intestin ainsi éliminée.

L'auteur montre, notamment en s'appuyant sur les expériences faites sur des animaux et sur l'étude critique des observations publiées dans la littérature, que l'élimination de l'intestin n'est pas une opération aussi bénigne que le pense son promoteur. Les expériences montrent notamment qu'un grand nombre d'animaux finissent par succomber plus ou moins longtemps après l'opération et qu'à l'autopsie l'anse intestinale éliminée est le plus souvent remplie de matières fécales, de sécrétions, et présente une muqueuse couverte d'ulcérations.

Chez l'homme, l'opération a été faite 7 fois, dont 5 avec fistulisation de l'anse éliminée. Sur ces 5 cas il s'agissait trois fois de l'élimination d'une partie de l'intestin (Hochenegg, Frank, Eiselsberg); l'écoulement par la fistule était minime. Mais dans les deux autres (Kœrte, Obalinski), où l'élimination avait porté sur l'intestin grêle, la sécrétion était tellement abondante qu'on a été finalement obligé d'enlever l'intestin. Aussi, l'auteur pense que les deux succès d'élimination sans fistulisation de l'intestin obtenus par Baracz et Obalinski tenaient à ce que l'élimination a porté sur le gros intestin, c'est-à-dire sur une portion qui sécrète peu.

L'auteur conclut que l'élimination de l'intestin est à la rigueur possible pour le gros intestin, mais absolument contre-indiquée quand l'opération doit porter sur l'intestin grêle.

BIBLIOGRAPHIE

Les états intellectuels dans la mélancolie, par Georges Dumas. (Félix Alcan, 1895.)

Il serait difficile de résumer en quelques lignes ce court volume, qui, dans un style concis, expose les recherches de l'auteur sur divers cas de mélancolie dépressive et de mélancolie consciente qu'il a pu observer avec soin et dont il a tiré des conclusions fort intéressantes.

Après avoir dans une première partie étudié les états intellectuels en eux-mêmes, dans leurs relations avec l'état affectif, avec l'aboulie, et montré les rapports entre l'invasion du moi et le ralentissement psychique, l'auteur expose dans une seconde partie les liens entre l'état intellectuel et l'état organique.

Il peut alors conclure que la mélancolie n'est pas un phénomène spécial irréductible, mais peut se résoudre en deux séries de phénomènes psychiques et moteurs; ceux-ci sont dans leur ensemble des phénomènes d'arrêt ou de ralentissement qui peuvent être la cause première de la maladie; que les sensations organiques appellent les idées ou les images par association et le délire s'établira; ou bien au contraire, mais moins souvent, c'est une idée fixe qui entraîne par association des phénomènes de constriction et détermine l'état organique auquel correspond l'état affectif, la cénesthésie. C'est donc l'état organique qui est fondamental et la mélancolie n'est jamais que la conscience de l'état du corps. La loi d'organisation des états intellectuels qui se greffent sur l'état organique, c'est la synthèse, et cette synthèse est logique. C'est à la démonstration de cette loi que l'auteur s'est surtout appliqué dans son ouvrage, citant à l'appui de sa thèse nombre de cas cliniques, citant aussi l'exemple d'Hamlet, et profitant de cet exemple littéraire pour faire de ce caractère une analyse psychologique fort intéressante. Son livre, plein d'idées originales, exposées avec clarté, mérite donc d'être lu, et l'on ne peut que retirer profit de cette lecture.

P. L.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Chimie médicale. Corps minéraux, corps organiques, par le docteur L. Garnier. Rueff, 1895.

Ce court manuel est destiné aux étudiants qui, d'après la nouvelle réglementation des études médicales, ont au cours de ces études à apprendre la chimie biologique. Il leur permettra de retrouver facilement les notions élémentaires de chimie générale dont ils auront besoin pour bien comprendre les applications médicales. L'auteur a donc su, dans un style clair et concis, énoncer les propriétés chimiques des différents corps minéraux et organiques, en insistant surtout sur celles de ces propriétés et de leurs applications qui sont d'un ordre médical. Il suffit de signaler les chapitres concernant l'étude de l'eau et celle de l'air où le but pratique n'est pas un instant perdu de vue, ceux concernant les corps organiques et surtout les divers alcaloïdes végétaux et animaux, pour affirmer que l'auteur a rempli son dessein et qu'il a fait là un manuel commode et utile à consulter.

Traité élémentaire de physique biologique, par Armand Imbert. Paris, J.-B. Baillière, 1895.

Tout en gardant la division classique des livres de physique générale, en en suivant le plan, l'auteur s'est rappelé qu'il s'adressait « non à de futurs physiciens, mais à de futurs médecins », et ce

ont surtout les applications médicales qu'il a cherché à exposer avec détail. Comme dans le livre classique de Wundt et Monnoyer que ce manuel est destiné à remplacer, les données théoriques sont exposées de façon claire et concise; quant aux applications, il suffit de signaler les chapitres qui ont trait à la mécanique animale, à l'étude de la respiration, à l'optique physiologique, à la chaleur animale, à la thermométrie clinique, au travail musculaire; tous sont traités avec le plus grand soin et pleins de données utiles et pratiques. L'électricité médicale, elle aussi, n'est pas négligée, quoique cette partie de l'ouvrage soit un peu écourtée, si on la compare à l'optique qui est au contraire l'objet d'une étude approfondie. Ce traité, illustré de nombreuses figures, pourra rendre de grands services aux étudiants auxquels il est destiné.

Thèses de Paris.

Contribution a l'étude des kystes hydatiques du rein. Symptomatologie. Intervention, par Pascal-Alfred Braillon.

Les kystes hydatiques du rein constituent une affection, encore peu étudiée dans la plupart de nos ouvrages classiques; ils ne commencent à être bien connus que depuis qu'on leur applique un traitement rationnel.

Ces kystes sont rares et ne se rencontrent qu'exceptionnellement sur les deux reins à la fois; ils peuvent cependant coïncider avec des tumeurs de même nature, développées dans d'autres organes et surtout dans le foie.

La substance corticale peut être le point de départ du kyste; il en est de même pour la substance médullaire. Le kyste peut acquérir un volume considérable, mais *toujours* il reste une portion de l'organe non envahie, et *souvent* cette portion ne présente pas, à l'examen histologique, de lésions graves.

Les kystes hydatiques du rein ont un développement longtemps insidieux et ne donnent lieu d'abord qu'à des phénomènes de compression.

Ils peuvent se rompre dans les organes voisins et la fréquence de la rupture dans les voies urinaires est telle qu'on semble en faire un symptôme propre de la maladie. Nous ne pouvons l'admettre, car cette perforation est loin de se rencontrer dans tous les cas. Il ne faut voir là qu'une complication assez fréquente.

Le diagnostic des kystes hydatiques du rein est impossible dans la première période.

Plus tard, quand des vésicules hydatiques sont émises au dehors, il faut, pour pouvoir affirmer qu'il s'agit d'un kyste rénal, rechercher la concomitance d'autres symptômes de tumeur rénale.

Quand il n'y a pas d'hydatides rendues au dehors, et que le kyste se manifeste par la présence d'une tumeur abdominale, c'est par un examen attentif et répété, souvent par la ponction, qu'on pourra arriver au diagnostic.

Le pronostic de l'affection livrée à elle-même est grave; les kystes hydatiques du rein se terminent alors par la mort dans plus des trois quarts des cas.

Le traitement chirurgical est le seul qui donne des résultats.

Si la tumeur est peu volumineuse, on pourra essayer la ponction aspiratrice suivie d'injection d'une certaine quantité de solution de sublimé à 1/1000.

Mais la méthode de choix est l'incision de la poche suivie de drainage. Cette incision sera autant que possible intra-péritonéale et faite en un temps. On cherchera donc à pratiquer la kystotomie lombaire, avec suture de la poche à la paroi et drainage consécutif.

Si la tumeur faisait saillie dans la cavité péritonéale et si la poche était adhérente à la paroi abdominale, la kystotomie para-péritonéale, qui laisse la cavité péritonéale intacte, pourrait être employée avec succès. Mais c'est là une intervention plutôt théorique, qui, dans nombre de cas, devra céder le pas à la néphrotomie transpéritonéale.

Quant à la néphrectomie, elle n'a pas et ne peut avoir d'indications précises, avant qu'on ait ouvert la cavité abdominale, pour se rendre compte de l'état des parties. On ne doit la pratiquer que lorsque une autre opération est absolument impossible.

Nous résumerons ses indications par ces quelques mots : tumeur non adhérente, mobile, et trop volumineuse ou trop friable pour être utilement suturée à la paroi abdominale.

Pour ce qui est du procédé opératoire, c'est à la voie lombaire qu'on devra accorder la préférence.

VARIÉTÉS

Nécrologie. — J. Regnauld. — C'est en excellents termes que M. le président Empis a rendu hommage au caractère de M. le Dr Regnauld, ancien président de l'Académie de médecine, qui vient de mourir après avoir exprimé le vœu que ni députations officielles, ni discours, ni couronnes ou honneurs funéraires ne vinsssent affirmer publiquement les regrets qu'il laisse après lui. Comme l'a dit M. Empis, tous ses collegues garderont cependant un respectueux souvenir à la mémoire de M. Jules Regnauld. Agrégé de physique à la Faculté de médecine, professeur de pharmacologie, membre de l'Académie depuis 1861, membre du Comité consultatif d'hygiène, il a toujours et partout dignement occupé les fonctions dont il s'était chargé. Ses travaux de physique médicale, en particulier son *Traité élémentaire d'électricité*, ses *Etudes sur l'électro-physiologie*, sur la *Mesure de la force électro-motrice des éléments des piles*, ses analyses de la sueur, du liquide amniotique, etc., enfin la publication des éditions successives du *Traité de pharmacie théorique et pratique de Soubeyran* avaient affirmé sa valeur. Son enseignement si longtemps utile et ses rapports aux sociétés auxquelles il apportait l'appui d'une longue expérience, lui avaient acquis une légitime notoriété. Jules Regnauld fut non seulement un savant professeur, il fut aussi un homme de bien, un honnête homme.

— Farge. — Le 9 février dernier, la plupart des médecins du département de Maine-et-Loire et toutes les notabilités de la ville d'Angers accompagnaient le convoi du docteur Farge, ancien directeur et professeur honoraire de l'Ecole de médecine, correspondant de l'Académie de médecine, président de la Société locale de Maine et-Loire, ancien président de la Société de médecine d'Angers. Médecin tout à la fois très instruit, très expérimenté et d'un dévouement inépuisable, professeur aussi séduisant par la vivacité, la verve, l'entraînante éloquence de son enseignement que par l'étendue de ses connaissances et le zèle qu'il apportait à ses fonctions hospitalières; président depuis de longues années d'une association à laquelle il a donné tant de preuves du plus affectueux attachement, M. Farge a personnifié l'honnêteté sous toutes ses formes, la dignité et la charité professionnelles. Sur sa tombe, MM. les docteurs Legludic, Besnard, Gripat et Dezanneau ont successivement rendu à sa mémoire l'hommage de gratitude et de respect qu'elle mérite à si juste titre.

— R. Gordon. — Nous avons aussi le vif regret d'apprendre la mort de M. le docteur Richard Gordon, bibliothécaire en chef de la Faculté de Montpellier. Durant de longues années, alors qu'il collaborait avec son prédécesseur, le docteur Kühnholtz, et surtout depuis qu'il lui avait succédé, le docteur R. Gordon, par l'aménité de son caractère et son inépuisable complaisance, a rendu de signalés services aux étudiants et aux médecins de Montpellier. Ceux qui, après la guerre de 1870, ont été reçus dans son hospitalière demeure, n'oublient pas ce qu'il a su réaliser pour leur faciliter la reconstitution de l'Ecole de médecine militaire.

Les médecins des lycées devant la Chambre. — Ainsi que nous l'avons fait prévoir, et malgré les pressantes instances de M. le docteur Pédebidou, la Chambre a refusé, par 319 voix contre 121, d'accepter l'amendement qui eût permis d'accorder aux enfants des médecins des lycées la gratuité de l'enseignement universitaire. C'est une campagne à recommencer sous une autre forme.

Poursuites contre un médecin. — M. le Dr Burg, médecin à Saint-Pé (Hautes-Pyrénées) et suppléant du juge de paix, a été traduit devant la Cour de Paris pour avoir délivré à divers conscrits des certificats de complaisance en vue de les faire exempter du service militaire. Condamné à six mois de prison, 1500 francs d'amende et 10 années d'interdiction de ses droits civils et politiques, le docteur Burg s'est pourvu en cassation contre cet arrêt.

Le sérum antidiphthérique. — En réponse à l'article que nous avons publié récemment sur ce sujet, on nous apprend que le sérum sera vendu aux pharmaciens par le laboratoire Pasteur. Une remise de 25 0/0 sera accordée aux intermédiaires. Le flacon sera livré au public au prix de 6 francs et le demi-flacon au prix de 3 francs. Nous ne pouvons qu'approuver ces mesures et nous ne comprenons guère les objections que lui adressent non les journaux politiques — ils sont incompétents — mais certains organes de la presse médicale.

Il reste cependant à régler une question au sujet de laquelle nous aurons à revenir. Pendant combien de temps se conserve le sérum et quelles précautions sont à prendre pour assurer sa conservation? Plusieurs de nos confrères nous

demandent à cet égard quelques indications précises, en nous citant des faits qui sembleraient prouver l'inactivité du sérum après deux ou trois semaines. Quand nous aurons reçu à cet égard les renseignements que nous avons demandés, nous traiterons cette question de manière à satisfaire nos correspondants.

Ecole du service de santé militaire de Lyon. — Le concours pour l'admission à cette école s'ouvrira le 8 juillet, la date extrême d'inscription étant fixée au 25 juin au soir. La composition scientifique se fera le 8 juillet à huit heures du matin; la composition de langue étrangère (allemand et anglais) se fera le même jour à deux heures de l'après-midi; enfin la composition d'histoire ou de philosophie sera donnée le 9 juillet à huit heures du matin.

Les épreuves écrites auront lieu dans les villes suivantes: Alger, Amiens, Angers, Arras, Besançon, Bordeaux, Caen, Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Lille, Limoges, Lyon, Marseille, Montpellier, Nancy, Nantes, Paris, Poitiers, Reims, Rennes, Rouen, Toulouse et Tours.

Les épreuves orales auront lieu à Paris (Val-de-Grâce), le 19 août; à Lille (hôpital militaire), le 23 août; à Nancy (hôpital militaire), le 27 août; à Lyon (Ecole de santé), le 31 août; à Montpellier (hospice), le 5 septembre; à Toulouse (hôpital militaire), le 9 septembre; à Bordeaux (hôpital militaire), le 13 septembre, et à Rennes (hôpital militaire), le 18 septembre.

Toutes les autres dispositions indiquées dans les circulaires ministérielles de 1894 ne subissent aucun changement pour l'admission a ces deux écoles.

Nous aurons l'occasion, dans notre prochain numéro, d'analyser les programmes de ce concours dont le comité consultatif de santé a depuis longtemps demandé la révision et qu'il est impossible de maintenir pour 1896.

Bibliothèque de la Faculté de médecine. — Plusieurs de nos confrères ont déjà appelé l'attention du public médical sur l'insuffisance des ressources qu'offre aux travailleurs la bibliothèque de la Faculté de médecine. Or, tous les desiderata qu'elle présente sont imputables à l'insuffisance des crédits; qu'est-ce en effet que 13.500 fr. de budget annuel pour un établissement de cette importance? En déduisant 5,000 fr. pour l'entretien du mobilier, les frais de bureau, les frais de reliure urgente, restent 8,500 fr pour les abonnements, les souscriptions et les achats de livres, somme bien insuffisante même pour payer l'abonnement aux revues périodiques les plus importantes en toutes langues; quant aux achats de livres, depuis deux ans, il n'en est plus question; et encore a-t-il fallu supprimer des abonnements et laisser ainsi incomplètes et peut-être à jamais dépareillées des collections que la bibliothèque recevait depuis de longues années! Il ne faut guère compter sur les dons; quelques directeurs de journaux font bien le service gratuit à la bibliothèque, le ministère en envoie quelques-uns, mais cela se réduit à peu de chose. Les dons de livres récents et immédiatement utiles sont également fort rares; quelques membres du personnel enseignant et quelques médecins des hôpitaux donnent leurs ouvrages à la bibliothèque; mais tous ne donnent pas ou ne peuvent pas donner, vu les exigences de leurs éditeurs. Il y aurait bien une solution: le deuxième exemplaire des ouvrages de médecine du dépôt légal devrait, comme de juste, venir enrichir la bibliothèque, mais, par une anomalie que nous ne nous expliquons pas, il va à une bibliothèque non médicale de Paris.

Le contre-coup de cette situation se fait sentir dans le fonctionnement du service. Les lecteurs ne trouvent pas à la bibliothèque les ouvrages récents dont ils ont besoin ni même les journaux qu'ils voudraient consulter. Les ouvrages classiques sont presque toujours en main, les ressources de la bibliothèque ne lui permettant pas d'acheter des doubles; et ce serait plus que des doubles qu'il faudrait, puisque la moyenne du nombre des lecteurs, la plupart étudiants, se monte à 900 ou 1000 par jour, comme il ressort des chiffres publiés dans les rapports du conseil général des facultés. A part cela, il faut reconnaître que, *pourvu qu'un livre se trouve sur les rayons*, qu'il ne soit pas déjà en lecture ou prêté au dehors, on n'attend pour le recevoir en communication que le temps strictement nécessaire pour le chercher sur les rayons, c'est-à-dire *au plus* cinq minutes. On ne peut en dire autant de la Bibliothèque nationale; si l'on y est servi au bout d'une heure, on peut s'estimer heureux.

En somme, le remède principal, c'est de l'argent et encore de l'argent: les dons de livres seraient également les bienvenus. Pourquoi nos bibliothèques ne reçoivent-elles pas, comme la plupart des bibliothèques de l'étranger, des donations et des legs? Est-ce parce qu'en France on s'intéresse moins aux progrès de la science? La situation changera peut-être le jour où l'on comprendra que la bibliothèque est souvent le plus nécessaire des *laboratoires* dans une faculté quelconque.

Monument Charcot.

Listes communiquées par le trésorier.

22e liste.

Souscriptions recueillies en Hollande *et communiquées par M. le professeur C. Winkler.* — Dr V. Hoorn, 3 florins. — Dr W. Posthumus Meyjes, 3 fl. — Dr J. H. Niermeyer, 10. — Dr Stephan, 5. — Dr W. C. Schimmel, 2,50. — Dr Ten Maten, 2,50. — Dr V. d. Chys, 1. — Dr du Bœuff, 2,50. — Dr Buringh Boekhaudt, 3. — Dr V. d. Weyde, 5. — C. C. Vigelins, 1. — Dr Semmelink, 2,50. — Dr Middelburg, 2. — Dr Revers, 1. — Dr V. Praag, 1. — P. J. Sassen, 1. — P. W. A. Bayer, 1. — J. Visser, 1. — Dr H. Sorellen Jr, 5. — Dr Korteweg, 5. — Dr V. Rhyn, 1. — H. G. Samson, 1. — D. Doyer, 5. — Dr S. J. Halbertsuca, 10. — Dr V. D. Toorn, 1. — Pr J. E. v. Iterson, 5. — Dr Nykamp, 2,50. — Dr de Bruyn, 2,50. — Dr Fijau, 3. — Dr Telligen, 15. — Dr Voogd, 5. — Dr C. Jouger, 2,50. — Dr V. d. Sluys, 1. — Dr Persant Suoep, 1. — Dr de Suoo, 2,50. — Dr Peel, 2,50. — Dr Maas, 1. — F. Fouquet, 5. — Dr Moll, 2. — S. H. Dirkhoff, 1. — B. J. Keisers, 1. — Dr Soer, 2,50. — Pr Rotgaus, 2. — Dr v. d. Horst, 2,50. — Dr Hanlo, 2,50. — Dr Sasse, 1. — Dr Korteweg, 2,50. — Dr V. d. Heuvel, 2,50. — Pr Tabna, 5. — Dr W. C. Posthumus Meyjes, 5. — Dr Olivier, 2. — Dr le Rütte, 1. — Dr Blom Coste, 10. — H. G. C. Heringa, 1,50. Dr Delher, 1. — Costerman Boodt, 1. — G. J. V. d. Linde, 1. Dr Stratingh Tresling, 22,50. — N. Gruting, 2,50. — Dr Stein, 5. — Dr le Rütte Jr, 1. — Dr Frijlinck, 2. — C. Dehker, 2. — Pr Mulder, 2,50. — Dr v. d. Willigen, 1. — Dr Wijnhoff, 2,50. — Pr Kooyker, 10. — Pr Treub, 10. — Dr v. Brakel, 3. — A. v. d. Velde, 2,50. — H. W. v. Boven, 1. — J. J. Kinst, 1. — Mme Deutz, 25. — Pr Guye, 3. — Mlle Leendertz, 10. — Pr Nolen, 10. — Dr Delprat, 25. — Pr Suellen, 5. — J. Biumendijk, 2. — W. Hesselink, 1. — Prof. v. d. Lith, 5. — H. J. Peppink, 1. — J. P. J. v. Gorkom, 1. — Hehman, 1. — Dr v. Bouwdyk, 2,50. — Dr Bastiaansé, .. — Dr v. Tieuhoven, 10. — W. Vos, 1. — Dr Hamburger, 1,50. — A. Feikema, 1. — A. Prins, 0,50. — Pr v. Eiselsberg, 5. — Dr Mulder, 1. — Dr Keyzer, 5. — Dr v. Deventer, 10. — A. v. d Horst, 3. — G. Jelgersina, 2,50. — J. Noorduyn, 2,50. — Dr Posthuna, 2,50 — Pr C. Winkler, 25. — Dr v. Wageningen, 3. — N. P. Brunt, 2,50. — C. W. Broers, 2,50. — Pr Halbertsma, 5. — Dr J. Baart de la Faille, 3. — Dr Feltkamp, 5. — Pr Pel, 10. — Dr J. Baart de la Faille, 3. — Dr Wertbeim Salamouson, 10. — Pr Spronck, 10. — Dr Zwaan, 5. — Dr H. Timmer, 3. — Dr V. Arkel, 1,50. — G. W. v. d. Feltz, 1. — Dr Reussen, 7,50. — Semmelink, 1. — Dr V. Kleef, 10. — Dr Kouwer, 3. — Dr Sen Cate Hoedemaker, 2,50. — Dr Kam, 1. — J. Th. Bornwater, 2,50. — Dr Spaink, 2,50. — Dr M. J. Baart de la Faille, 5. — V. Ziegemoeidt, 1,50. — C. D. Cramer, 2,50. — Schubart, 2,50. — Dr Kuyper, 5. — Dr K. Suellen, 2. — Pr Korteweg, 5. — Pr Bierens de Haan, 1. — Dr Thijssen, 5. — Dr Ruysch, 5. — Dr Sissingh, 2,50. — Dr Klinkert, 5. — Pr Gunning, 3. — Dr de Jong, 5. — Dr Zeeman, 5. — Pr Stokois, 10. — P. C. Vlaanderen, 10. — Pr Kuhn, 10 fl.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

BULLETIN

Les Laboratoires des Hôpitaux.

Depuis quelques années, le Conseil municipal de Paris accorde à un certain nombre de médecins des hôpitaux des subventions pour l'entretien de laboratoires annexés à leur service.

Ces subventions se sont élevées pour 1894 à la somme de 35,300 fr. répartie entre 14 services hospitaliers.

Dans ce total, le laboratoire du docteur Quinquaud à l'hôpital Saint-Louis était compris pour 8,900 fr., soit le quart de la totalité des subventions.

Quinquaud, lorsqu'il fut chargé, en 1886, de la direction médicale de l'Ecole des teigneux, avait, en effet, obtenu du Conseil municipal, la construction, à l'hôpital Saint-Louis, d'un « laboratoire spécial pour l'examen des teignes et la recherche des moyens de guérison » — ce sont les termes mêmes de l'arrêté préfectoral du 21 décembre 1886, qui autorisait l'ouverture du crédit ; — depuis cette époque, le laboratoire avait une dotation annuelle qui s'était élevée de 3400 fr. (1887) à 8900 fr. (1894) ; les dépenses totales ont été pendant ces 8 années de 59.417 francs, à savoir 33.800 fr. pour le personnel (chef de laboratoire, préparateurs, garçons de laboratoire), 25.617 fr. pour la construction, l'aménagement et l'entretien du laboratoire (1).

(1) Nous ne voulons pas rechercher ici si l'examen du cuir chevelu des enfants de l'Ecole des teigneux, qui avait justifié la création de ce laboratoire, suffit à occuper son personnel et si la recherche des moyens de traitement aboutit à quelque résultat satisfaisant.

Nous ne chercherons pas davantage pourquoi notre collègue Béclère, chargé du service médical de l'Ecole des teigneux après la mort de Quinquaud, se vit refuser le droit de pénétrer dans le laboratoire annexé à cette Ecole, et d'employer les instruments du laboratoire, à telle enseigne qu'il dut demander à l'Assistance publique de lui fournir... un microscope pour pouvoir examiner les cheveux de ses teigneux. Ces faits sont exposés dans le rapport de M. Millard que nous citons plus loin; leur genèse ne serait peut-être pas sans intérêt, mais est étrangère au sujet que nous voulons traiter ici.

Les médecins de l'hôpital Saint-Louis avaient demandé, dans le courant de l'année 1894, que la subvention accordée par le Conseil municipal au « laboratoire pour l'examen des teignes », fût continuée, que ce laboratoire fût restitué à l'Ecole des teigneux dont il était initialement l'annexe et dont il était le complément indispensable, car à l'heure présente le diagnostic différentiel des trichophyties, leur pronostic ne peuvent être établis, les résultats du traitement exactement interprétés sans l'aide du microscope et, parfois, des cultures. Ils demandaient enfin que le laboratoire fût placé sous la dépendance du médecin chargé de l'Ecole des teigneux et sous la direction d'un chef de laboratoire nommé par le Directeur de l'Assistance publique sur la présentation des médecins de l'hôpital Saint-Louis.

Au nom d'une commission du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, M. Millard, dans un substantiel et important rapport (1) que nous avons sous les yeux, avait soutenu devant ce Conseil la proposition des médecins de l'hôpital Saint-Louis; il proposait seulement, à titre d'amendement, que le chef de laboratoire fût nommé sur la proposition du médecin de l'Ecole des teigneux.

Le rapport de M. Millard allait venir en discussion au Conseil de surveillance lorsque, le 29 décembre 1894, le Conseil municipal, sur un rapport de M. Dubois, supprimait le crédit affecté au laboratoire de Quinquaud et inscrivait au budget un crédit égal pour la « création d'un laboratoire spécial de la Ville de Paris pour l'étude des teignes et des maladies de la peau dans l'enfance et l'adolescence ». Le Conseil municipal se réservait la désignation du directeur de ce laboratoire et du personnel secondaire et, sur l'observation du directeur de l'Assistance publique que le Conseil n'avait pas le droit de procéder aux nominations dans les hôpitaux, décidait que ce laboratoire serait installé hors de l'hôpital Saint-Louis (2).

Le Conseil municipal a évidemment agi dans la plénitude de son droit en prenant cette délibération ; mais celle-ci est-elle rationnelle et justifiée? Nous ne le croyons pas.

(1) Rapport sur le laboratoire de l'Ecole des teigneux de l'hôpital Saint-Louis présenté par M. Millard au nom d'une commission composée de MM. F. Voisin, Bonthoux, Brouardel, Millard, Thomas. — Brochure in-4o. Paris, 1895. Imprimerie Hénon.

(2) Cette discussion est reproduite dans le Bulletin municipal officiel de la Ville de Paris, 3 janvier 1895, p. 42.

Nous n'insisterons pas sur les singularités qu'on peut relever dans cette délibération : le Conseil municipal s'érigeant en arbitre scientifique et nommant le chef d'un laboratoire ; l'établissement d'un laboratoire de recherches pathologiques en dehors de tout centre hospitalier ; la création d'un laboratoire pour l'étude des maladies de la peau chez les enfants et les adolescents, comme si on pouvait séparer ces affections en tranches correspondant aux âges de la vie.

Nous ferons seulement à cette création des objections d'ordre économique et budgétaire. Les médecins occupent dans la hiérarchie des patentés un rang assez honorable pour pouvoir élever la voix en qualité de contribuables.

Nous avons peine à comprendre comment un laboratoire aussi coûteux — plus de 12,000 francs de frais d'installation et une dotation annuelle de 8,900 francs peuvent passer pour une somme respectable en matière de crédits de laboratoire — n'est pas organisé sur des bases plus stables, comment il suffit d'un vote rapide à la fin de la discussion du budget pour supprimer ce laboratoire (dont le titulaire est décédé, a changé de résidence hospitalière ou a cessé d'être *persona grata* auprès des dispensateurs du crédit), pour rendre sans emploi les instruments dont il est pourvu, ou pour le transporter dans un autre établissement où il nécessitera de nouvelles dépenses d'installation, faisant perdre le bénéfice des frais déjà faits.

Une pareille manière d'agir n'a qu'un nom en français : c'est du gaspillage, et ce genre de gaspillage sera inévitable tant que les crédits seront attribués personnellement à un chef de service, au lieu d'être attribués au laboratoire de tel hôpital.

Le gaspillage, d'ailleurs, nous avons le regret de le dire, mais nous croyons nécessaire de le dénoncer, il existe sur une large échelle dans les laboratoires de nos services hospitaliers, et cela non pas tant par la faute de ceux qui ont la charge de leur direction que par la faute de leur organisation elle-même.

Si des chefs de service, curieux des choses de laboratoire, restant pendant plusieurs années dans un même hôpital, parviennent grâce à des subventions extraordinaires, parfois aux crédits qui leur sont octroyés par l'Administration de l'Assistance publique, ou même en abandonnant dans ce but tout ou partie de leur indemnité de déplacement, à se constituer un laboratoire bien outillé, fréquenté assidûment par leurs élèves et produisant des travaux de valeur, c'est là l'exception.

Le plus souvent, l'installation des laboratoires annexés à nos services hospitaliers est le fait moins du chef de service que de ses élèves : l'interne qui entre dans un service au commencement de l'année est-il particulièrement adonné aux travaux de laboratoire, son chef demande — et obtient quelquefois — un crédit pour aménager en laboratoire une annexe quelconque de son service, et le pourvoir des instruments nécessaires à un genre de recherches déterminé, parfois très restreint ; pendant une année, ces instruments sont utilisés et parfois, il faut le reconnaître — s'il n'en était pas ainsi, les errements actuels seraient sans excuse — on voit sortir de ce laboratoire improvisé des travaux très remarquables. Mais, l'année écoulée, un nouvel interne prend possession du service ; il peut n'avoir cure des recherches scientifiques, auquel cas il ne mettra pas les pieds au laboratoire et les instruments seront rapidement hors d'usage ; d'autres fois, il poursuivra lui aussi des études de pathologie expérimentale ; mais, alors que son prédécesseur était un histologiste consommé, lui sera un bactériologiste convaincu ; il demandera — et obtiendra encore — des étuves, des stérilisateurs, et laissera se rouiller les microtomes que son prédécesseur avait à grands frais fait venir d'Allemagne.

A cette situation, il n'y a qu'un remède. Il a été indiqué par la Société médicale des hôpitaux alors que, il y a tantôt quatre ans, elle avait fait souffler un vent de réformes qui, s'annonçant comme un ouragan, a fini en zéphyr. M. Feulard le préconisait ici même (*Gazette hebdomadaire*, 1893, p. 49). Il nous paraît assez rationnel, assez efficace, assez facile à mettre en pratique pour que nous croyions devoir l'indiquer encore une fois en l'amendant quelque peu, mais sans nous faire illusion sur son emploi.

Il consisterait en ceci : créer dans chaque grand hôpital un laboratoire central, le pourvoir des instruments nécessaires pour des recherches approfondies, supprimer tous les petits laboratoires annexés aux différents services de l'hôpital ou ne plus leur laisser que les instruments nécessaires pour l'examen extemporané, chimique et microscopique, des sécrétions et des humeurs, dont l'étude doit, pour être vraiment fructueuse, être faite au lit même du malade. A la tête du laboratoire central, placer un chef de laboratoire responsable, chargé des autopsies de tout l'hôpital, chargé de diriger et d'aider les recherches des internes et des externes de l'établissement, autorisé à faire de l'enseignement aux élèves étrangers à l'hôpital.

Les économies réalisées sur le gaspillage commis dans les laboratoires actuels (1) et par la suppression du laboratoire d'histologie de Clamart devenu inutile, permettraient de doter convenablement ces laboratoires centraux, de rétribuer honorablement leurs chefs. Ceux-ci seraient nommés, soit au concours, soit par un vote de la Société médicale des hôpitaux, et on aurait ainsi des chefs de laboratoire de carrière, constituant une élite de travailleurs qui utiliseraient les innombrables matériaux de recherches laissés actuellement sans emploi dans nos hôpitaux.

Georges Thibierge.

La réforme du concours de l'internat.

Lettre du Dr Perier au Directeur général de l'Assistance publique.

Paris, 20 février 1895.

Monsieur le Directeur,

Sachant que dans le mémoire que vous présenterez à la Commission de réforme du concours de l'Internat vous avez l'intention d'énumérer toutes les propositions qui

(1) Les crédits prévus pour les laboratoires des hôpitaux, Clamart excepté, au budget de l'Assistance publique de 1895 sont de 57.000 francs (39.000 fr. de subventions à 21 laboratoires, 18.000 f. de produits chimiques et d'instruments de laboratoires). Encore ces crédits ne comprennent-ils pas toutes les dépenses réellement provoquées par les laboratoires, produits pharmaceutiques, etc., non plus que les travaux de construction et d'aménagements.

ont été émises soit dans les journaux de médecine, soit dans les réunions chargées de nommer les membres de la Commission, je me permets de vous prier de joindre à cette liste, déjà longue, un projet qui me paraît utilement réalisable.

Il me semble incontestable que si le concours se terminait toujours dans les délais convenus, on n'aurait jamais proposé de le modifier et on lui aurait laissé la forme qu'il a conservée depuis le commencement du siècle.

Un moyen qui abrégerait le concours sans le dénaturer résoudrait donc la question.

Si, en abrégeant de moitié la durée de la première épreuve, on pouvait en même temps diminuer les chances de favoritisme à l'égard des candidats et de suspicion envers les juges, on serait bien près d'avoir donné satisfaction à tout le monde.

Il me semble que ce résultat serait obtenu de la façon suivante :

Pour l'épreuve écrite, deux jurys fonctionneraient parallèlement. — Pour qu'ils aient une même base d'appréciation, ils fonctionneraient ensemble pendant les deux premières séances. — Discutant ensemble les mêmes épreuves, deux séances suffiraient pour les mettre d'accord sur le fort et le faible des copies et leur situation en points.

A partir de la troisième séance, les deux jurys se disjoindraient.

Chacun d'eux serait composé de deux médecins, deux chirurgiens, un accoucheur.

Pour chacune des séances de lecture on tirerait préalablement au sort, parmi les quatre médecins, les deux qui feraient partie de l'un des jurys et les deux qui feraient partie de l'autre jury. Le sort ferait la même sélection entre les quatre chirurgiens et les deux accoucheurs.

Ce remaniement répété et toujours livré au hasard rendrait impossible toute coalition d'une majorité menant le concours, diminuerait sensiblement l'efficacité des recommandations, et aurait en outre l'avantage d'équilibrer l'appréciation des épreuves, car évidemment si les deux jurys restaient toujours les mêmes il pourrait se créer graduellement et malgré eux une différence criante dans leurs appréciations au détriment d'une moitié des candidats et au profit de l'autre moitié.

Pour l'épreuve orale, on pourrait réduire le jury à 7 membres, en éliminant au sort un médecin, un chirurgien et un accoucheur.

Un point qui vous intéressera peut-être à mon projet, c'est qu'il vous permettra de réaliser une économie sur les jetons de présence ; car si vous avez 10 juges aux deux premières séances, toutes les autres séances de lecture n'en comporteront que 5. Pour 30 séances de lecture, c'est une diminution de 90 jetons de présence.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes sentiments les plus dévoués.

Ch. Perier.

REVUE GÉNÉRALE

Le gaïacol en applications externes.

Dans ces dernières années, on a souvent substitué le gaïacol à la créosote, dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, mais jusqu'à une époque toute récente (1893) ce médicament était exclusivement employé à l'intérieur et ses applications étaient restées limitées au traitement de la tuberculose ou des bronchites non bacillaires.

En 1893, un médecin italien, le docteur Sciolla (de Gênes), eut l'idée d'employer le gaïacol en badigeonnages sur la surface cutanée, et constata qu'en applications externes le gaïacol possédait des propriétés antithermiques remarquables. Analysée brièvement dans la *Semaine médicale* (p. 82, annexes 1893), sa communication a suscité de nombreux travaux qui, d'une part, ont confirmé dans leur ensemble les conclusions du docteur Sciolla, et d'autre part ont permis d'attribuer au gaïacol appliqué sur la peau une action analgésique qui permet de l'utiliser avec grand avantage dans un certain nombre d'affections douloureuses. Nous aurons occasion de revenir, au cours de cette revue, sur les principaux de ces travaux.

Sciolla avait constaté que le gaïacol pur, étalé au moyen d'un pinceau, à la dose de 2 à 10 cent. cubes sur la peau des différentes régions du corps, est absorbé rapidement et produit des effets thérapeutiques qui se jugent par un abaissement parfois considérable de la température, chez les tuberculeux et aussi chez des malades atteints de différentes pyrexies.

Il avait encore remarqué que l'action du gaïacol, qui se produit à la suite de simples applications du médicament sur la peau, est encore plus énergique lorsque la région sur laquelle le gaïacol est étalé est recouverte d'une couche de tarlatane et enveloppée ensuite de taffetas gommé ; ainsi que nous le verrons, il faut attribuer cet effet plus intense du médicament à ce fait que l'enveloppement rend plus facile l'absorption du gaïacol à l'état de vapeur.

L'absorption ne pouvait être niée ; en effet, les malades traités par le Dr Sciolla ressentaient dans la bouche la saveur caractéristique du gaïacol quinze minutes environ après le badigeonnage, et les urines contenaient le gaïacol sous forme d'éther gaïacolo-sulfurique, les premières traces apparaissant environ au bout d'une heure et le maximum d'élimination se produisant au bout de trois à six heures. Quant à l'effet antithermique, il se traduisait par un abaissement de la température qui pouvait atteindre au bout de quelques heures le niveau physiologique ou même un niveau inférieur à la normale.

Le docteur Sciolla dit n'avoir jamais constaté d'effets fâcheux à la suite de cette défervescence si considérable et provoquée si brusquement. Cette assertion est d'autant plus étonnante que les quantités de gaïacol employées par lui étaient considérables et que beaucoup de médecins ont observé des accidents de collapsus, à la suite de doses beaucoup moindres. La dose quotidienne maxima employée par Sciolla a été de 30 grammes ; nous la mentionnons pour mémoire, car on doit se garder d'imiter cet exemple si l'on veut éviter des accidents très graves et même mortels.

Peu de temps après la publication du travail de Sciolla, le docteur Bard, médecin des hôpitaux de Lyon, essaya les badigeonnages de gaïacol et communiqua à la Société des sciences médicales de Lyon le résultat de sa pratique. Sa communication fut suivie de plusieurs autres dues à MM. Guinard, Lannois, Weill, etc., faites à la même Société.

Chez quatre tuberculeux, Bard constata un abaissement thermique notable ; le résultat pour l'un d'eux fut des plus remarquables. Il s'agissait d'une femme malade depuis quatre mois et dont la fièvre était continue. Après trois badigeonnages, la température, qui oscillait entre 39° et 40°, tomba au-dessous de 37° pour redevenir normale. C'est là d'ailleurs une guérison exceptionnelle, car si le gaïacol peut abaisser momentanément la température, il n'est pas susceptible de modifier d'une façon durable l'évolution de la tuberculose pulmonaire, dans ses formes chroniques tout au moins. D'autre part, M. Bard avait enregistré un accident mortel et mis en garde les médecins contre l'emploi des doses excessives indiquées par le docteur Sciolla.

En somme, le gaïacol en badigeonnages a une *action antithermique* incontestable, vérifiée par tous les médecins, et bien établie par Gilbert (*Société de Biologie*, 14 avril 1894). Gilbert a employé le gaïacol cristallisé obtenu par synthèse et liquéfié par la chaleur au moment de l'application; après le badigeonnage la peau était recouverte de taffetas gomme. Gilbert n'a pas dépassé la dose de 1 gr. 50. Il faisait le badigeonnage tous les matins, à 9 heures, chez les tuberculeux fébricitants et faisait prendre leur température régulièrement d'heure en heure jusqu'à 8 heures du soir.

Il résulte de ses observations que la température s'abaisse toujours, mais non constamment. L'abaissement, déjà manifeste une heure après le badigeonnage, atteint le plus souvent son maximum trois heures après celui-ci.

A ce moment (la dose étant de 1 gr. 50) l'abaissement est de 1° à 1° 5. Ultérieurement la température se relève, quelquefois brusquement, le plus souvent progressivement et on peut noter un grand frisson. Habituellement, entre la cinquième et la septième heure la température a repris son taux habituel.

Le relèvement thermique peut se montrer d'ailleurs excessif et il n'est pas rare de voir la température s'élever, puis se maintenir pendant plusieurs heures à un degré au-dessus des limites ordinaires. C'est là un inconvénient sérieux qui n'est peut-être pas suffisamment compensé par l'abaissement passager de la température obtenu précédemment.

Quant à l'hypothermie qui se produit dans certains cas et qui peut s'accompagner d'accidents de collapsus, elle peut être évitée si l'on a soin de ne pas dépasser les doses indiquées par Gilbert, c'est-à-dire 1 gr. 50 à 2 gr. tout au plus.

Nous verrons plus loin quelles sont les indications des badigeonnages de gaïacol, quand on désire obtenir un abaissement de température; on ne peut en effet les employer chez tous les tuberculeux indistinctement.

A côté de son action antithermique, le gaïacol possède des propriétés analgésiques qui méritent d'être connues et utilisées.

L'*action analgésique* a été observée par Desplats (de Lille), Ferrand, Balzer et Lacour, etc. Cette action est souvent immédiate et très marquée; mais elle n'est pas constante; parfois elle est nulle. Les effets analgésiques ont été obtenus dans des cas de névralgies et de névrites de causes diverses, d'orchites, d'angines douloureuses, etc...

M. Ferrand n'a pas constaté d'abaissement thermique; il attribue ce fait à ce qu'il a employé non le gaïacol pur, mais un mélange à parties égales de gaïacol et de glycérine. La glycérine étant fort peu absorbable, l'absorption cutanée du gaïacol était réduite au minimum.

Quel est le *mode d'action* du gaïacol ? D'après Guinard, il faut faire jouer un rôle à l'excitation des nerfs périphériques, agissant par action réflexe sur les centres thermogènes, car les animaux dont les régions à badigeonner sont insensibilisées ne se refroidissent pas.

S'il est légitime d'admettre cette explication, on ne peut cependant la considérer comme suffisante, d'abord parce que le gaïacol chimiquement pur n'irrite presque pas la peau, moins que la teinture d'iode, ensuite parce que le gaïacol est absorbé, ainsi que le démontrent de nombreuses expériences, notamment celles de Linossier et Lannois (Société de Biologie, 3 février 1894).

L'absorption du gaïacol est déjà prouvée par ce fait que les malades ressentent dans la bouche la saveur caractéristique du médicament, peu de temps après son application.

On peut se demander si l'absorption n'a pas lieu, en partie du moins, par la voie pulmonaire (sous forme de vapeurs). Lannois a démontré que l'absorption par la voie pulmonaire est, à elle seule, incapable d'abaisser la température du malade.

En effet, du gaïacol étant versé dans une assiette à la dose de 5 grammes, et le malade respirant au-dessus de cette assiette, aucune modification thermique n'a été constatée. D'autre part, M. Aubert, en procédant de la même façon, n'a observé chez des enfants qu'un abaissement insignifiant de la température, tandis qu'un badigeonnage de la peau chez des tuberculeux ou des rubéoliques amenait une chute de 1° à 3°.

Les expériences de Lannois et Linossier montrent d'ailleurs que l'absorption par la peau est bien réelle, car elle a lieu avec autant d'intensité, quand le sujet respire à l'aide d'un tube débouchant en dehors de la salle où il se trouve.

Robilliard n'a pu retrouver le médicament dans les urines, mais Lannois et Linossier ont pu constater l'élimination par le rein. A la suite de badigeonnages pratiqués avec 2 grammes de gaïacol, l'élimination par le rein est déjà manifeste au bout d'un quart d'heure; la proportion de gaïacol contenue dans l'urine atteint son maximum de une heure et demie à quatre heures après le badigeonnage. Elle décroît rapidement au bout de six à sept heures. Au bout de vingt-quatre heures, l'analyse ne décèle plus que des traces de gaïacol.

La quantité de gaïacol éliminée avec l'urine peut atteindre 1 gr. 11, soit 55°, 5 0/0 de la quantité employée en badigeonnages.

Pour activer l'absorption, il est nécessaire d'envelopper la surface badigeonnée d'un taffetas imperméable.

C'est sous forme de vapeurs que le médicament est absorbé par la peau, ainsi que l'ont indiqué Guinard et Stourbe (Société de Biologie, 24 février 1894), Lannois et Linossier. Ainsi s'explique l'influence de la protection de la peau par un tissu imperméable qui facilite l'absorption des vapeurs.

Le gaïacol est donc absorbé, mais quel est le mécanisme intime de son action antithermique? La question est encore obscure. Sciolla croit que le gaïacol se combine avec les toxines pyrétogènes (?); Bosc pense que les leucocytes se chargent de transporter le gaïacol dans les tubercules où il exercerait d'une façon intensive son action antibacillaire; mais dans ce cas les leucocytes auraient une tâche plus facile lorsqu'on injecte le gaïacol sous la peau. Les recherches expérimentales faites par MM. Courmont et Nicolas pour résoudre le problème n'ont pas donné de résultats (Congrès de Lyon, octobre 1894).

La médication par les badigeonnages de gaïacol ne peut être considérée comme inoffensive; même employé aux doses de 0 gr. 50 à 1 gr. 50, le gaïacol peut déterminer des *accidents* graves de collapsus, par suite de l'abaissement brusque de température qui suit son emploi. Le

collapsus est heureusement assez rare, mais ce qu'il est fréquent d'observer, ce sont des sueurs profuses, des frissons, du tremblement, une toux quinteuse et rebelle, etc. On a constaté dans les urines la présence de l'urobiline (Caporali).

Le collapsus est survenu surtout chez des tuberculeux arrivés à la période de ramollissement et de formation des cavernes; chez les malades de cette catégorie on devra donc être réservé dans l'emploi des badigeonnages de gaïacol.

On a signalé divers accidents locaux dus à l'irritation exercée sur la peau par le gaïacol : érythème avec gonflement et douleur et même tendance au sphacèle; mais il convient de remarquer que ces accidents peuvent être évités si l'on emploie du gaïacol chimiquement pur; dans les cas où ils sont survenus, on pouvait les attribuer à la qualité du médicament employé; certains gaïacols du commerce renferment en effet une forte proportion de phénol qui est très irritant pour la peau.

La médication par le gaïacol n'étant pas dépourvue de dangers, il importe d'être fixé sur le *mode d'emploi* du médicament.

Tout d'abord il importe de faire usage de gaïacol chimiquement pur. Le gaïacol de qualité irréprochable doit être soluble en toute proportion dans la glycérine et constituer un mélange absolument limpide et transparent (Catillon). Patein, Adrian, Crinon conseillent de prescrire uniquement du gaïcol cristallisé (*Société de thérapeutique*, 1894).

Quant aux doses, elles doivent varier, nous l'avons vu, entre 0 gr. 50 et 1 gr. 50 à 2 grammes par 24 heures; sous aucun prétexte on ne dépassera cette dernière dose.

Le gaïacol doit être employé pur quand on recherche uniquement l'action antithermique, associé à la glycérine à parties égales quand on veut obtenir l'effet analgésique. Employé pur, le gaïacol est beaucoup mieux absorbé que quand il est mélangé à la glycérine.

Quand on se sert du gaïacol cristallisé, on le fait fondre dans un tube à l'essai et on étend le liquide sur une surface de quelques centimètres.

Les effets sont les mêmes, quel que soit le point de la surface cutanée sur lequel porte le badigeonnage. C'est habituellement la partie latérale du thorax que l'on choisit.

Rappelons que la peau, une fois le badigeonnage terminé, doit être recouverte de taffetas gommé, l'enveloppement favorisant l'absorption des vapeurs de gaïacol.

On peut être conduit, dans certains cas, à faire plusieurs badigeonnages par jour, mais il vaut mieux n'en faire qu'un, et de préférence le matin, chez les tuberculeux, la fièvre atteignant chez eux son maximum dans l'après-midi.

Il nous reste à préciser les *indications* des badigeonnages de gaïacol.

Ces indications sont multiples, mais le traitement a surtout été employé pour combattre la fièvre des tuberculeux. On est d'accord aujourd'hui pour le rejeter quand la fièvre est liée à la suppuration chez des malades atteints de ramollissement ou déjà porteurs de cavernes, en un mot, quand il s'agit de fièvre hectique. Dans ces cas, le traitement est inefficace et peut même être dangereux, le collapsus étant toujours à redouter. Par contre, on lui reconnaît une réelle utilité quand la fièvre est liée à la formation des tubercules (fièvre tuberculeuse pure ou fièvre de granulique). Non seulement, on peut obtenir un abaissement momentané de la température, mais même dans des cas, peu fréquents à la vérité, une apyrexie définitive et les malades peuvent s'acheminer vers la guérison.

Donc, la véritable indication des badigeonnages de gaïacol est la fièvre du début dans les formes subaiguës de tuberculose. Dans la granulie contre laquelle le médecin est désarmé, on ne devra pas négliger cette ressource.

La pleurésie est une des manifestations les plus fréquentes de la tuberculose; c'est aussi l'une de celles où il est le plus difficile d'apprécier les résultats d'un traitement, car elle est susceptible de guérir spontanément, comme d'ailleurs toutes les tuberculoses des séreuses en général; aussi faut-il soumettre à une critique sévère les cas de guérison que l'on prétend avoir obtenus à l'aide des badigeonnages de gaïacol. Miron-Sigalea dit avoir guéri, par ce traitement, des pleurésies dont l'épanchement résistait aux médications habituelles. Il recouvre toute la partie postérieure du thorax avec le mélange suivant :

Gaïacol	3 grammes.
Glycérine	} ââ 20 grammes.
Teinture d'iode	}

et fait deux badigeonnages, à vingt-quatre heures d'intervalle l'un de l'autre.

Au bout de vingt-quatre heures environ, une réaction se produit; des sueurs abondantes surviennent, les urines augmentent, et la fièvre tombe; puis l'épanchement se résorbe.

Le gaïacol n'a pas seulement été employé contre la fièvre des tuberculeux; il a encore été appliqué au traitement de diverses pyrexies.

Friedenwald et Hayden l'ont utilisé dans 17 cas, dont 8 de pneumonie, 2 de fièvre typhoïde, 2 de grippe, un d'érysipèle, un de rhumatisme. Ils le considèrent comme un antithermique utile dans les cas où les bains ne peuvent être donnés ou quand l'état de l'estomac s'oppose à l'administration des médicaments antithermiques à l'intérieur.

Féderici l'a également employé chez des enfants atteints de rougeole, de scarlatine, de fièvre typhoïde, de rhumatisme, d'amygdalite et dit en avoir obtenu de bons résultats.

Dans la fièvre typhoïde, le gaïacol a été particulièrement utilisé par le Dr Montagnon (de Saint-Etienne) qui a traité par ce moyen vingt malades. Le Dr Montagnon n'a fait aucun choix dans l'application du traitement, de sorte que celui-ci a été employé dans des cas graves (8 fois), de moyenne intensité (7 fois) et légers (5 fois). Montagnon s'est servi de gaïacol pur et chaque badigeonnage était fait avec 0 gr. 50; il n'a pas dépassé la dose de 0 gr. 75.

La première dose est en général suffisante pour produire l'effet désiré, contrairement à l'opinion de Lepage qui prétend que « les doses de gaïacol de moins d'un gramme ne donnent aucun résultat ».

Il a d'ailleurs au début employé la dose de 1 gr. 50 d'un seul coup et assisté à une crise syncopale chez son malade.

Chez les enfants, la dose doit être abaissée à 0 gr. 25.

Montagnon a pratiqué jusqu'à 5 badigeonnages par jour. La répétition des badigeonnages au même point peut entraîner des excorations de la peau, portes d'entrée pour les microbes pyogènes, aussi importe-t-il de changer souvent la région soumise aux badigeonnages; on fera ceux-ci alternativement dans les plis inguinaux, les aisselles, à la face interne des cuisses. D'ailleurs, la présence d'excoriations peut exposer à un abaissement thermique considérable, dépassant celui que l'on recherche; la raison en est soit dans l'absorption plus complète du médicament, soit, comme le veut Montagnon, dans l'excitation plus vive déterminée sur les extrémités nerveuses dans un derme dépouillé de sa couche protectrice.

Les badigeonnages de gaïacol ont pour effet de déterminer, outre l'abaissement de la température, des sueurs abondantes et une diurèse parfois considérable.

Montagnon a vu la quantité de l'urine atteindre jusqu'à 7 litres dans les 24 heures, la quantité de liquide absorbée étant de 2 à 3 litres. Il n'y a donc pas à craindre avec le gaïacol de fermer le rein, comme cela peut arriver avec d'autres médicaments, l'antipyrine, par exemple.

Le gaïacol a été employé par Harvey Raymond (de Chicago) dans les amygdalites aiguës, soit pur, soit en solution dans l'huile d'amandes douces à 50 0/0. Sous l'influence de ce traitement, la douleur à la déglutition, la fièvre disparaissent rapidement. (Le badigeonnage était fait sur les amygdales.)

Le Dr Darbouet (du Boucau) s'est également servi du gaïacol mélangé à parties égales avec de la glycérine, pour traiter les angines aiguës. Comme Harvey Raymond, il a observé la disparition de la douleur à la déglutition et l'abaissement de la température.

Comme analgésique, le gaïacol a été employé en badigeonnages sur les articulations douloureuses dans les cas de rhumatisme aigu ou chronique; il a encore été utilisé contre différentes névralgies : sciatiques, intercostales, etc., contre les douleurs névritiques des tuberculeux (Ferrand), enfin contre l'orchite blennorrhagique par Balzer et Lacour.

La peau du scrotum étant particulièrement susceptible, Balzer et Lacour se servent, non de gaïacol pur, mais d'une pommade contenant 5 grammes de gaïacol pour 30 de vaseline. L'application de cette pommade est suivie d'une cuisson assez vive qui dure une dizaine de minutes, puis les douleurs diminuent et cessent tout à fait. Il y a en même temps sédation générale, diminution de la fièvre.

Souvent une seule application suffit dans les cas d'intensité moyenne. Si les douleurs sont très vives, le soulagement dure trois à quatre heures après lesquelles il faut renouveler l'application.

Trois ou quatre de ces applications ont toujours suffi, même dans les orchites les plus douloureuses. D'ailleurs, elles n'ont pas d'influence sur l'orchite, elles se bornent à calmer les symptômes douloureux et la fièvre.

Telles sont les principales indications du gaïacol en applications externes. S'il faut se garder d'attribuer à ce médicament une influence qu'il ne peut avoir sur l'évolution de la tuberculose, on doit reconnaître qu'il exerce dans certains cas une action antithermique précieuse et que, d'autre part, il peut être employé avec avantage soit dans les pyrexies, quand les bains froids ne peuvent être donnés, soit comme analgésique, dans différentes affections douloureuses.

G. Lyon.

Bibliographie. — Courmont, *Province médicale*, 9 déc. 1893.
Montagnon, *Loire médicale*, 15 juillet 1893. *Semaine médicale*, 8 avril 1893.
Bard, *Lyon médical*, 4 juin 1893.
Robillard, *Société de biologie*, 8 juillet 1893.
Védrine, Thèse de Lyon.
Fleury, *Ibid.*
Lépine, *Semaine médicale*, p. 466.
Orsini, *Gazzetta degli Ospitali*, n° 62.
Lannois, *Lyon medical*, 6 août 1893.
Guinard, *Province médicale*, 15 juillet 1893.
Moissy, Thèse de Paris, avril 1894.
Brill, *Centralb. für innere Medic.*, 24 novembre 1894.
Olivieri, *Gazzetta degli Ospitali*, n° 149, p. 1,579, 15 déc. 1894.
Garafolo, *Riforma*, n°s 59 et 60.
Stolzenburg, *Berl. klin. Woch.*, n° 5, p. 100.
Aposti, *Gazzetta degli Ospitali*, p. 811.
Miron-Sigalea, *Société de thérapeutique*, 12 décembre 1894.
Balzer et Lacour, *Société médicale des hôpitaux*, 6 avril 1894.
Caporali, *Riforma medica*, n° 175, p. 292.
Linossier et Lannois, *Soc. de biol.*, 3 février 1894.
Gilbert, *Soc. de biol.*, 14 avril 1894.
Ferrand, *Soc. méd. des hôp.*, 13 avril 1894.
Montagnon, *Loire médic.*, 15 décembre 1894.
Kravkoff, *Vratch*, n° 16.
Friendwald et Hayden, *New-York med. Journ.*, 16 avril 1894.
Courmont et J. Nicolas, *Province médicale*, n° 5, p. 50, 1895.

TRAVAUX ORIGINAUX

De la facilité du surmenage hépatique, par MM. E. Cassaet, agrégé de la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux; et C. Mongour, médecin des hôpitaux.

Dans une première série de recherches, l'un de nous (1) avait établi l'atteinte portée au fonctionnement de la cellule hépatique par l'absorption de substances toxiques, produites à l'occasion de certaines maladies du tube digestif. La conclusion des faits analysés semblait être que « vis-à vis des cellules hépatiques, les embarras gastriques fébriles simples pourraient avoir une importance plus grande que les fièvres typhoïdes même graves et amener plus vite leur asystolie ».

Depuis lors, tout en poursuivant ces premières recherches, nous avons étendu le champ de nos observations et étudié le fonctionnement de la cellule hépatique dans la tuberculose pulmonaire chronique, l'embarras gastrique, l'alcoolisme, l'impaludisme, le rhumatisme articulaire aigu, dans un cas de paralysie générale et de néphrite aiguë *a frigore*. Ce travail était d'autant plus intéressant à entreprendre que, d'après l'opinion d'Hanot (2), l'extrême résistance de la cellule hépatique paraissait hors de doute.

Quelques considérations sur les rapports de la cellule hépatique avec les vaisseaux sanguins et lymphatiques, sur son innervation et ses fonctions normales, feront mieux ressortir la valeur des données urologiques qui nous ont servi de base.

Au point de vue de la circulation, nous ne nous occuperons des vaisseaux afférents et efférents du foie qu'au niveau du lobule hépatique. Du réseau périlobulaire de la veine porte partent des rameaux qui pénètrent dans l'épaisseur du lobule et s'y capillarisent après division dichotomique. Issues des artères interlobulaires, les divisions de l'artère hépatique se comportent comme celles de la veine porte. Le sang venu de ce réseau capillaire se jette dans une série de petites veines qui, à leur sortie du lobule, constitueront la veine sus-hépatique.

Les capillaires du lobule doivent être rangés, comme ceux du glomérule de Malpighi, dans le groupe des capillaires embryonnaires; leurs parois granuleuses et nucléées ne se décomposent pas par la nitratation en cellules endothéliales juxtaposées.

Quant aux lymphatiques, ils prendraient leur origine, d'après Mac Gillavry, dans l'intérieur des lobules par de petits canaux péricapillaires.

Macallum, qui a tout récemment (1887) étudié les terminaisons nerveuses intra-hépatiques, a pu suivre des fibres dépourvues de myéline jusque dans le lobule où elles forment, entre les cellules hépatiques, un plexus qu'il désigne sous le nom de plexus intercellulaire.

Ces quelques notions d'anatomie nous montrent les rapports intimes de la cellule du foie avec le liquide sanguin et la richesse d'innervation du lobule; elles nous permettent de concevoir comment les modifications chimiques ou mécaniques du sang peuvent retentir sur les trois grandes fonctions de cette cellule : la formation de l'urée, des sels biliaires et la glycogénie.

(1) E. Cassaet, *Soc. de biologie*, 11 mars 1893.
(2) Hanot, Considérations générales sur l'ictère grave (*Sem. méd.*, 5 août 1893).

L'urée provenant de la décomposition des albumines se forme surtout dans le foie (1); éliminée par les urines chez un homme sain, à la dose de 30 a 40 grammes en vingt-quatre heures, sa production est en grande partie fonction de l'intégrité de la cellule hépatique (dans l'empoisonnement par le phosphore elle diminue considérablement) et varie suivant l'activité plus ou moins grande de la circulation du foie (2).

Les acides biliaires (acides glycocholique et taurocholique) combinés à la soude et à la potasse donnent les glycocholates et taurocholates de soude et de potasse. Nous sommes assez peu fixés sur l'origine de ces sels; comme ils contiennent beaucoup d'azote, on suppose qu'ils sont formés aux dépens des albuminoïdes; en tout cas, ils se produisent à coup sûr dans le foie, car après extirpation de cet organe, ils ne s'accumulent plus dans le sang (Müller, Kunde, Moleschott). Normalement, ces sels alcalins passent dans les urines, mais en si petite quantité qu'il ne faut pas songer à en opérer le dosage à l'aide de nos procédés cliniques. Dragendorff, en effet, dans cent litres d'urine normale, n'a trouvé que 0 gr. 8 d'acides biliaires

Mais si ces produits sont créés en trop forte proportion, par suite d'une exagération fonctionnelle ou d'une altération nutritive de la cellule hépatique, ils s'accumulent dans le sang où ils ne peuvent être décomposés en totalité; il est alors facile de les retrouver dans les urines. C'est ainsi que, dans l'ictère par rétention, ces sels biliaires sont plus abondants que les matières colorantes. Pour leur recherche, nous avons utilisé l'action simultanée de l'acide sulfurique et d'une solution de furfurol à 1 0/0 (Uransky), qui donne une coloration rouge brun, apparente surtout après douze heures. Mais, avant de procéder à cette recherche, il faut se débarrasser de l'albumine que le liquide organique peut contenir, car, traitée par le furfurol, cette albumine donne une réaction semblable à celle des sels biliaires.

Normalement, dans les conditions d'une alimentation pas trop riche en hydrocarbones, les urines ne contiennent pas traces de sucre, le glycogène s'accumulant dans la cellule hépatique. Mais, si un individu ingère plus de 300 grammes de sucre *en une seule fois*, la glycosurie devient physiologique (3). Nous disons en une seule fois : il ne suffit pas, en effet, que nous ingérions plus de 300 grammes de glycose pour devenir glycosuriques (nous en ingérons plus à chaque repas sous forme de pain et de légumes). Il faut présenter au foie ces 300 grammes en une seule fois et sous une forme rapidement assimilable (sirop de sucre); les cellules, débordées, ne peuvent, dès lors, transformer en glycogène tout le sucre dont une partie passe dans les urines. Kraus et Ludwig (4) ont fixé « la limite d assimilation du sucre chez les sujets sains à 200 grammes ».

Sur ces données a été établie la recherche de la glycosurie alimentaire formulée par Colrat et Couturier en 1875, par Lépine en 1876. On donnera au malade, à jeun, 200 grammes de sirop de sucre et on recueillera les urines d'heure en heure pour y rechercher la glycose. Si la cellule hépatique est en souffrance, si la circulation est défectueuse (5), dans certains troubles fonctionnels ou organiques du système nerveux (6), le sucre apparaît

(1) La formation de l'urée n'est pas entièrement localisée dans le foie, tous les tissus en produisent une certaine quantité; mais le foie doit être considéré comme le foyer le plus actif de cette production (Kauffmann, *Soc. de biol.*, 21 avril 1894).
(2) Brouardel, L'urée et le foie (*Archiv. de Phys.*, 1876).
(3) Lépine, *Arch. de Méd. expér.*, 1892, p. 148.
(4) Kraus et Ludwig, *Münch. med. Woch.*, 1891, p. 5.
(5) Cl. Bernard, Artaud et Butte, *Soc. de biol.*, 5 octobre 1889.
(6) Cl. Bernard, Butte, *Soc. de biol.*, 17 février 1894. — Lépine et Barral, *Comptes rendus*, 23 novembre 1891. — Nagel, Dissert., Berlin, 1887. — Siebert, Dissert., Wurtzbourg, 1889.

dans les urines d'autant plus vite et en proportion d'autant plus grande que la lésion est plus grave.

Cette recherche de la glycosurie expérimentale a surtout préoccupé les auteurs, parce qu'elle leur a paru suffisante pour juger du fonctionnement hépatique.

Colrat (1) l'a trouvée dans la cirrhose atrophique; Bloch, Strasser dans le goître exophthalmique et l'ataxie; Maginelle (2) dans l'hystérie; Jaksch chez trois malades atteints de lésions diffuses de l'encéphale. Dans le diabète léger, c'est-à-dire ne déterminant pas de glycosurie par l'alimentation azotée, celle-ci devient un symptôme dominant lorsque l'alimentation est faite partiellement ou totalement par des hydrocarbones (Maginelle). Seegen rapporte la forme bénigne du diabète à cette insuffisance de la cellule hépatique, et Pavy (3) paraît considérer la glycosurie alimentaire comme la caractéristique en quelque sorte du diabète.

Ces préliminaires un peu longs n'étaient pas inutiles; ils nous montrent la valeur de l'urologie dans l'étude du fonctionnement de la cellule hépatique et nous dirons, avec Chauffard (4), que le syndrome urologique des affections hépatiques est à la fois le plus constant et celui dont l'importance est la plus grande.

Nous avons donc jugé du degré d'altération de la cellule hépatique par l'analyse de ces excreta urinaires (acides biliaires et urée) et par la recherche de la glycosurie alimentaire. Mais, pensant qu'il importait plutôt de se rendre compte de la réalité de ce surmenage que de son degré, nous nous en sommes tenus à l'analyse qualitative.

Vingt-quatre observations nouvelles ont servi de base à notre travail. Elles se répartissent ainsi :

Néphrite aiguë *a frigore*	1	observation
Paralysie générale	1	—
Embarras gastrique fébrile	4	—
Rhumatisme articulaire aigu	3	—
Impaludisme	6	—
Tuberculose pulmonaire	6	—
Alcoolisme	3	—

I. — Embarras gastrique.

Chez les quatre malades atteints d'embarras gastrique simple, nous avons trouvé des signes manifestes de dégradation hépatique; dans trois cas, l'épreuve de la glycosurie expérimentale a été positive; mais, chez tous, il y a eu émission abondante de sels biliaires et diminution de l'urée, dont l'excrétion atteignait à peine les 3/5 de l'état normal. Dans cette série, qui confirme les résultats de la note précitée (5), l'amélioration de l'état général a suivi une marche parallèle au rétablissement de la fonction hépatique. Le meilleur moyen de juger de cette dernière doit consister dans la recherche des acides biliaires, dont l'élimination se continue longtemps encore après la disparition de la glycosurie; c'est sur elle seule que l'on doit se fixer pour permettre au malade de reprendre son alimentation habituelle. L'observation IV en est, du reste, un bon exemple.

Obs. IV (Résumée). — *Embarras gastrique fébrile.*

Hilaire V..., vingt ans, ferblantier.
Antécédents héréditaires : Nuls.
Antécédents personnels : Pneumonie à l'âge de huit ans. Pas d'antécédents hépatiques.
Vers la fin du mois de juillet, ce malade fut pris de vio-

(1) Colrat, *Lyon médical*, 1875.
(2) Maginelle, Th. de Lyon, 1893.
(3) Pavy, *The physiology of the Carbohydrates*, p. 227, London, 1894.
(4) Chauffard, *Traité de médecine.*
(5) E. Cassaet, *loc. cit.*

lentes douleurs à la nuque, de diarrhée, de fièvre accompagnées de perte complète de l'appétit.

A notre examen, V... présente tous les symptômes d'un embarras gastrique fébrile; outre les signes énumérés plus haut, la langue est saburrale; il existe une légère douleur avec gargouillement dans la fosse iliaque droite; la région hépatique est douloureuse à la pression, mais le foie n'est pas augmenté de volume.

La température qui, le 4 août, atteignait 40°, se maintint pendant trois jours aux environs de 39°5; à partir du 8, elle oscilla entre 38 et 38°6, pour tomber au-dessous de 37° le 15 août. L'évolution ultérieure de la maladie a confirmé le diagnostic d'embarras gastrique.

Les premières analyses d'urines furent faites le 10 août.

Urines des 24 heures, très hautes en couleur et sédimenteuses..	1,750 gr.
Urée........................	11 gr. 50.
Albumine.....................	néant.
Sels biliaires.................	très abondants.
Glycosurie alimentaire.........	positive.

Le foie ne laisse passer que des traces de sucre.

Cette glycosurie alimentaire persista jusqu'au 15 et nous ferons observer que sa disparition a coïncidé avec la chute définitive de la température.

Le foie n'est plus douloureux à la pression.

Le 15 août :

Urines des 24 heures, très foncées.	750 gr.
Urée.......................	26 gr. par litre.
Albumine......................	néant.
Glycosurie alimentaire.........	néant.
Sels biliaires...................	très abondants.

Le 20 août :

Urines des 24 heures, très claires.	1,500 gr.
Urée........................	16 gr. par litre.
Sucre........................	néant.
Albumine.....................	néant.
Sels biliaires..................	disparus.

Depuis cette date, l'analyse des urines n'a plus été faite; le malade est sur le point de quitter l'hôpital.

II. — Rhumatisme articulaire aigu.

Chez nos trois malades atteints de rhumatisme articulaire aigu, la fonction chromogène, celle qui est réglée par la destruction globulaire, a été la plus atteinte. Dans tous les cas, aussi, les acides biliaires ont été émis en quantité considérable; une seule fois nous avons obtenu une glycosurie alimentaire légère.

III. — Impaludisme.

Dans six cas d'impaludisme aigu primitif ou greffé sur une ancienne malaria, nous avons retrouvé la même excrétion de sels biliaires, une glycosurie alimentaire fort abondante et une légère diminution du taux de l'urée. Mais, l'impaludisme chronique, s'accompagnant même de lésions très apparentes du foie, n'a suffi dans aucun cas pour déterminer le syndrome urologique décrit (L'observation XIII en est une preuve). C'est l'accès intermittent ou un embarras gastrique intercurrent qui a occasionné l'insuffisance hépatique dont la durée, peut-être en raison de la lésion antérieure de la glande, a persisté pendant un temps de beaucoup plus long que celui de la manifestation fébrile. Pour procéder à la recherche de la glycosurie alimentaire chez des impaludiques, il est nécessaire de suspendre tout traitement, étant donnée l'importance de l'action des antipyrétiques sur la consommation du sucre et la teneur des organes en glycogène (1).

(1) Lépine, *Archiv. de Méd. expér.*, janvier 1889. — Nebelthou, *Zeits. f. Biol.*, 1891.

Obs. XIII. — *Embarras gastrique fébrile; impaludisme chronique.*

Antoine C..., quarante-un ans, maçon, entre le 10 septembre 1894 à l'hôpital Saint-André, salle 12, lit 14, dans le service de M. le Dr Lande, suppléé par M. Mongour, médecin adjoint des hôpitaux.

Antécédents personnels : Erysipèle en 1877; accès de fièvre intermittente en 1889 pendant un séjour en Algérie; dysenterie chronique consécutive à une dysenterie aiguë; accès nouveaux tous les ans environ.

Début de l'état actuel, dans les premiers jours de septembre, par des maux de tête et des envies de vomir.

Au moment de l'examen (12 septembre), maux de tête continus, perte de l'appétit, envies de vomir, diarrhée biliaire plus fétide que d'ordinaire. Langue saburrale, gargouillement et légère douleur à la pression dans la fosse iliaque droite. Pas de taches rosées. Température oscillant entre 37°8 et 38°5.

Hypertrophie de la rate. Le foie remonte jusqu'à un travers de doigt au-dessous du mamelon, déborde légèrement les fausses côtes et mesure en hauteur 14 centimètres.

La recherche de la glycosurie expérimentale, faite à deux reprises, le 12 septembre et le 20, a été positive. Le sucre passe en grande quantité dans les urines.

Au moment de la seconde épreuve, le malade pouvait être considéré comme guéri de son embarras gastrique.

Les urines en temps ordinaire ne contiennent pas traces de sucre. Ce fait démontre que, malgré les antécédents de ce malade, la cellule hépatique, malgré l'hypertrophie du foie, fonctionne assez bien. Survient un embarras gastrique; aussitôt cette cellule, modifiée déjà dans sa vitalité, laisse passer le sucre.

L'influence de l'infection intercurrente n'est pas douteuse.

Au cinquième Congrès de la Société italienne de Médecine interne (8 octobre 1892) (1), Baccelli et Pensuti ont donné le résultat de leurs recherches sur la toxicité urinaire chez les malariques; il nous paraît important de les reproduire, car elles confirment indirectement celles qui font l'objet de ce travail :

1° La toxicité de l'urine des malariques est très différente suivant les individus, la gravité et la durée de la maladie.

2° Elle augmente dès le début de l'affection jusqu'à la période de convalescence.

3° En général, elle est plus grande pendant l'apyrexie que pendant l'accès.

4° Par moments, cette toxicité peut augmenter rapidement et considérablement, sans cause appréciable et en l'absence de toute aggravation de la maladie. (Cette aggravation s'explique par la meïopragie hépatique.)

5° La toxicité urinaire des malariques est en rapport avec l'élimination du potassium par les urines, mais ce rapport n'est pas fixe; ce qui fait penser que la toxicité est due, en partie du moins, à d'autres substances chimiques, au phosphore par exemple.

6° La toxicité est en rapport avec la coloration de l'urine; elle diminue de moitié lorsque l'urine a été décolorée.

IV. — Tuberculose pulmonaire.

L'état de la cellule hépatique devait être particulièrement intéressant à étudier dans une infection à aussi longue portée que la tuberculose pulmonaire chronique. Nous avons éliminé les malades chez lesquels les symptômes d'une forme quelconque de cirrhose tuberculeuse étaient évidents. Du reste, Bouygues (2) a étudié l'urologie de ces cas où il est bien difficile de délimiter comme lésion ce qui appartient à l'alcoolisme et à la tuberculose. Les urines sont rares et atteignent à peine un litre en

(1) *Sem. méd.*, 1892, p. 451.

(2) Bouygues. *De la cirrhose du foie chez les tuberculeux alcooliques.* Th. de Paris, 1889.

vingt-quatre heures; elles ne contiennent qu'une très faible quantité d'urée, mais on y trouve du pigment biliaire, de l'urobiline, de l'indican quand il y a de la diarrhée, parfois de la leucine et de la tyrosine; l'épreuve de la glycosurie alimentaire donne des résultats positifs.

Chez nos malades, le plus minutieux examen clinique ne permettait pas de soupçonner une altération du foie. Trois d'entre eux n'offraient pas de troubles dyspeptiques; seule, la diminution du taux de l'urée a été constante chez eux. Chez les deux autres, il n'y a pas eu de glycosurie alimentaire et les urines présentaient des traces à peine sensibles de sels biliaires. Au contraire, dans les trois cas où la tuberculose pulmonaire s'accompagnait de troubles dyspeptiques, outre la diminution de l'urée et la présence d'une grande quantité de sels biliaires, nous avons toujours observé de la glycosurie alimentaire. Telle est l'observation suivante :

Obs. XVII. — *Tuberculose chronique à la troisième période; troubles dyspeptiques.*

Jean S..., trente-huit ans, mécanicien, entre à l'hôpital Saint-André le 8 août 1894, salle 13, lit 4.

Antécédents personnels : Fièvre typhoïde à dix-neuf ans. A vingt ans, fièvres intermittentes.

Début de la maladie actuelle par un refroidissement, il y a treize mois. N'a jamais eu d'hémoptysie.

Etat actuel : Au sommet gauche et en avant, craquements et frottements pleuraux; en arrière et des deux côtés, cavernes.

Perte de l'appétit, vomissements, nausées, langue saburrale; pas de diarrhée.

Légère hypertrophie du foie, non douloureuse à la pression. Pas d'hypertrophie de la rate.

L'examen des urines a été fait le 12 octobre :

Urines des 24 heures, claires.....	1,700 gr.
Urée..........................	9 gr. par litre.
Sels biliaires....................	grande quantité.
Albumine......................	néant.
Glycosurie expérimentale........	notable proportion.

V. — Paralysie générale.

Chez un malade atteint de paralysie générale, l'épreuve de la glycosurie alimentaire a été positive. Rouillaud (1) avait, du reste, constaté plusieurs fois la glycosurie au moins passagère chez les paralytiques généraux.

Obs. XX. — *Paralysie générale progressive; glycosurie expérimentale.*

Alexis B..., cocher, trente-sept ans.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires. Chancre en 1877. Pas d'alcoolisme.

La paralysie générale dont le malade est atteint a débuté, il y a trois ans environ. Elle se manifeste aujourd'hui par les symptômes suivants : embarras de la parole, tremblement de la langue, des mains et battements des paupières, inégalité pupillaire, perte de la mémoire, accès de violence alternant avec des accès de mysticisme.

Les urines de ce malade ont été examinées le 20 septembre; l'analyse a donné les résultats suivants :

Urines des 24 heures...........	800 gr.
Urée..........................	32 gr.
Albumine......................	néant.
Sels biliaires..................	en quantité.
Glycosurie expérimentale........	positive.

VI. — Néphrite aiguë.

L'insuffisance de la cellule hépatique a été notée par nous dans un cas de néphrite aiguë *a frigore*.

(1) Rouillaud. *Ann. de Méd. psychol.*, mai 1888, p. 432.

Obs. XXI. — *Néphrite aiguë a frigore.*

A la suite d'un refroidissement (ce malade avait couché pendant une nuit très fraîche sur la dure), B... a présenté tous les symptômes d'une néphrite aiguë : œdème des paupières et des membres inférieurs, urines rares et albumineuses. Quatre jours après son entrée à l'hôpital, sous l'influence du régime auquel fut soumis le malade, l'examen des urines donna les résultats suivants :

Le 3 août :

Urines des 24 heures......	3.250 grammes.
Urée.....................	3 gr. par litre.
Albumine.................	0 gr. 75 par litre.
Glycosurie alimentaire....	Traces.
Sels biliaires.............	Très abondants.

Le 6 août :

Urines des 24 heures......	3.500 grammes.
Urée.....................	7 gr. par litre.
Albumine.................	0 gr. 50 par litre.
Glycosurie alimentaire....	Traces à peine sensibles.
Sels biliaires.............	Peu abondants.

L'œdème des membres inférieurs a disparu. L'œdème des paupières, surtout accentué au réveil, demeure seul.

Le 7 août :

Urines des 24 heures......	1.750 grammes.
Urée.....................	7 gr. par litre.
Albumine.................	0 gr. 40 par litre.
Glycosurie alimentaire....	Néant.
Sels biliaires.............	Néant.

Le 10 août :

Urines des 24 heures......	2 litres.
Urée.....................	10 gr. par litre.
Albumine.................	Traces.
Glycosurie alimentaire....	Néant.
Sels biliaires.............	Néant.

Le 11 août : Malgré notre insistance, ce malade quitte l'hôpital considérablement amélioré, sinon tout à fait guéri.

Cette observation, quoique peu prolongée, présente un grand intérêt, puisqu'on a pu constater l'existence de la glycosurie alimentaire au début de l'affection et sa disparition parallèlement à l'augmentation de l'excrétion de l'urée et à la diminution de l'albumine.

Ce fait est un cas remarquable de l'influence d'une lésion rénale sur la pathologie du foie.

VII. — Alcoolisme.

Mais l'importance de ce qu'on pourrait appeler les petits signes de l'ictère grave s'est révélée chez les alcooliques que nous avons examinés et notamment dans un cas de delirium tremens, où l'urée tomba à 3 grammes par litre, alors que l'émission des sels biliaires était très abondante et la glycosurie alimentaire des plus nettes. L'excrétion de l'urée ne se releva à 22 grammes que lorsque les signes concomitants eurent complètement disparu.

Obs. XXII. — *Delirium tremens.*

B... (F.), trente-cinq ans, manœuvre, entre à l'hôpital le 30 juillet. Ses antécédents héréditaires sont excellents. Quant à lui, il a contracté chancre et blennorrhagie a vingt-cinq ans, et s'est adonné à la boisson, à l'occasion de son service militaire, en Afrique. Il y est devenu buveur d'absinthe, à telles enseignes qu'il absorbe, journellement, plusieurs grands verres de cet alcoolat et s'enivre régulièrement au moins une fois par semaine.

Peu à peu, l'accoutumance s'établit, l'ivresse devient plus rare, et le malade absorbe, sans incidents, jusqu'à 10 litres de vin tous les jours.

Le jour de son entrée à l'hôpital, qui a occasionné le réveil d'une violente douleur sur le siège d'une ancienne fracture de côte, B... présente un accès de delirium tremens, qui

nécessite sa mise en cellule. Réintégré dans la salle commune, il présente le lendemain un nouvel accès pendant lequel il se précipite sur l'infirmier et les malades voisins et les blesse grièvement; après trois jours d'une violente surexcitation, le calme renaît d'une manière définitive.

Or, pendant toute la durée de cette phase aiguë, il n'y a eu ni ictère, ni congestion très apparente du foie, qui est resté indolore et n'a débordé que fort légèrement les fausses-côtes. Cet organe a été, cependant, profondément frappé, ainsi que l'a révélé l'examen des urines.

Le jour où il a été pratiqué pour la première fois, le 7 août, le malade a émis 1 litre d'urine, dans laquelle on a décelé des traces d'albumine, des sels biliaires en très grande quantité, et seulement 3 grammes d'urée.

Le lendemain, il n'y a plus d'albumine, le taux des urines s'élève à 2,500 grammes, et l'urée à 7 grammes; mais l'épreuve de la glycosurie alimentaire est positive, et la réaction de Fehling très nette.

L'urée ne remonte à 22 grammes que 21 jours après l'attaque de delirium; parallèlement on voit cesser l'albuminurie, la glycosurie alimentaire et l'émission des sels biliaires. Du reste, l'état général s'est relevé, les cauchemars ont disparu; le foie a repris son volume normal.

CONCLUSION.

L'exploration externe du foie est tout à fait insuffisante pour nous permettre de juger de son intégrité, elle peut même endormir le clinicien dans une fausse sécurité. Alors que la glande ne présente ni angiocholite, ni congestion, ni atrophie, elle peut en effet être atteinte dans l'intimité de ses fonctions, puisqu'elle devient inapte à retenir le sucre, à fabriquer l'urée et à parfaire les matériaux de déjection, toutes choses qui conduisent sur le chemin de l'ictère grave, et indiquent son surmenage.

Si la pathogénie de ce surmenage n'est pas univoque, il n'en est pas moins intéressant de constater la facilité avec laquelle il se produit sous les influences en apparence les plus légères. Le terrain est ainsi préparé pour une atteinte plus grave, que peut déterminer tout incident pathologique, survenant dans cette période de moindre résistance, alors qu'il eût été sans importance si les fonctions de la glande s'étaient exécutées normalement.

L'insuffisance hépatique devient alors bruyante et surprend le médecin qui n'a pas tenu un compte suffisant de cette préparation lente et silencieuse de l'ictère grave, dont nous venons de donner de nombreux exemples qu'il eût été facile de multiplier.

CORRESPONDANCE

Au sujet du sérum antidiphthérique.

Au Directeur de la *Gazette hebdomadaire.*

Voilà le *sérum antidiphtérique* qui se vend chez les pharmaciens; mais de suite se pose une question de la plus haute gravité et qui exige, d'urgence, une réglementation, ou, tout au moins, un précédent à créer: *Tout le monde peut-il préparer du sérum?*

Il est clair que l'on ne s'arrêtera pas au seul sérum antidiphthérique, on en découvrira d'autres — c'est le vœu de tous — et il faut que, par ces temps de fraude, l'industrie privée ne puisse pas s'en emparer.

Jusqu'à ce jour, l'Institut Pasteur, seul en France, fournissait ce sérum; or il se crée en province des instituts sérothérapiques: des hommes de grande valeur scientifique, inspirant toute confiance, se sont mis à leur tête; on est certain, avec eux, de trouver un produit parfait; mais ils n'ont fait là *qu'acte d'initiative privée; initiative que le premier venu a le droit aussi de prendre;* la loi est une pour tous, elle n'a rien à voir aux questions de compétence; ce qu'elle permet aux uns, elle le permet aux autres.

On voit les d'ici résultats de cette liberté..... *sérothérapique!* Actuellement, la question est réduite au seul sérum antidiphthérique, c'est le moment de la régler une fois pour toutes et... pour l'avenir: que l'on découvre un sérum — le nom importe peu — contre la tuberculose et aussitôt — si l'on n'avise pas — l'industrie privée s'en emparerait; il suffit, pour s'en convaincre, de jeter les yeux sur les annonces des journaux où l'on ne voit que remèdes contre cette maladie.

Si jamais monopole sera nécessaire, utile, c'est bien celui-là; laissons-le d'abord à l'Institut Pasteur; si nos gouvernants ensuite sont d'humeur à donner des subventions, qu'ils mettent la main sur les instituts en voie de formation, qu'ils les annexent à nos écoles vétérinaires ou de médecine; mais que jamais ils ne permettent à l'industrie privée de s'emparer de ces préparations.

Veuillez agréer, etc.

Dr A. Fournier.

Rambervillers (Vosges), 15 février 1895.

— Nous nous associons aux réflexions de M. le Dr Fournier. Il est urgent, en effet, d'intervenir administrativement avant le vote de la loi sur l'exercice de la pharmacie qui interdit (art. 11) la vente des sérums antitoxiques *non autorisés*. Cette loi, votée par le Sénat, ne viendra, en effet, devant la Chambre que dans plusieurs mois. La commission chargée de l'examiner vient seulement de nommer son président, M. Thonion, et son secrétaire, M. Pédebidou. Le rapporteur n'est pas encore désigné et 52 projets de loi figurent déjà à l'ordre du jour de la Chambre. Si donc M. le ministre du commerce n'intervient pas, on verra tous les sérums imaginables mis en vente de tous côtés au détriment de ceux qui sont vraiment efficaces. Ne voit-on pas d'ailleurs à Paris même, alors que le laboratoire de l'Institut Pasteur se déclare en mesure de répondre à toutes les demandes, un pharmacien, associé à un agrégé de la Faculté de Paris, annoncer la mise en vente de sérum antidiphthérique? Nous ne voulons nier ni la compétence, ni le talent de celui qui va préparer ce sérum. Mais qui nous dit qu'il sera toujours en état de surveiller *lui-même* la fabrication de ce produit? Et qui nous dit que l'on n'abusera pas de ce précédent s'il est autorisé? Il n'est donc que temps d'intervenir si l'on ne veut pas compromettre une méthode qui reste à l'étude et qui a déjà donné de si bons résultats.

A l'occasion de cette lettre, et pour répondre à diverses questions qui nous avaient été adressées et que nous avions signalées dans notre dernier numéro, nous croyons devoir reproduire *in extenso* les instructions données par le laboratoire Pasteur. On remarquera que, pour être *certain* de l'efficacité du sérum, il faut qu'il soit renfermé *à l'abri de la chaleur et de la lumière* et dans un flacon bouché à l'aide d'un caoutchouc antiseptique. Aussi longtemps que le liquide restera *parfaitement limpide* on pourra s'en servir sans crainte.

INSTITUT PASTEUR
—
SERVICE
du sérum antidiphthérique
18, rue Dutot

Instruction pour l'emploi du sérum antidiphthérique.

Le sérum antidiphthérique est du sérum de sang de cheval immunisé contre la diphthérie. Il conserve ses propriétés si on le maintient dans un endroit dont la température est peu élevée, et à l'abri de la lumière, sans sortir le flacon de l'étui qui le renferme; au-dessus de 50° le sérum devient inactif; on a assuré sa conservation en y ajoutant une très petite quantité de camphre.

Action préventive. — Employé à la dose de 5 cent. cubes, le sérum donne une immunité passagère contre la diphthérie; cette immunité dure 4 à 6 semaines; on peut donc faire des injections préventives aux personnes exposées à la contagion. Le pouvoir préventif du sérum livré par l'Institut Pasteur est au moins de 50,000, c'est-à-dire qu'il suffit d'injecter à un cobaye une quantité de ce serum égale à 1/50,000e de son poids pour qu'il puisse supporter, sans être malade, une dose de culture virulente ou de toxine capable de faire périr les cobayes témoins, en moins de 30 heures. Cette activité correspond environ à celle d'un sérum de 100 à 200 unités immunisantes de M. Ehrlich.

Action thérapeutique. — Injecté en quantité suffisante, le sérum antidiphthérique guérit la maladie déclarée, si toutefois elle n'est pas arrivée à une période trop avancée. La dose à employer varie suivant l'âge du malade, le moment de l'intervention, l'intensité de la maladie. Cinq à 10 centimètres cubes suffisent pour les diphthéries bénignes prises au début; 15 à 20 centimètres cubes sont nécessaires si la maladie est sévère ou si elle date de plusieurs jours : il faut, exceptionnellement, jusqu'à 30 centimètres cubes et même au delà dans les cas très graves, notamment dans ceux où l'on est obligé de pratiquer la trachéotomie. Il est donc impossible de fixer la quantité de sérum qui guérit un cas de diphthérie. Le médecin devra se guider sur la marche de la température et du pouls, ainsi que sur l'état général du malade. Aussi longtemps que la température rectale n'est pas tombée au-dessous de 38°, on ne peut considérer la maladie comme terminée. En général, les fausses membranes se détachent dans les 24 heures qui suivent l'injection de sérum, si la dose injectée est suffisante.

Lorsqu'un enfant présente du tirage, on pourra souvent éviter la trachéotomie en lui injectant une première fois 15 à 20 centimètres cubes de sérum, et en pratiquant douze heures après une nouvelle injection de 10 à 20 centimètres cubes si l'amélioration n'est pas suffisante.

Il est préférable d'injecter, dès le début, une dose de sérum un peu forte et capable d'arrêter la maladie, plutôt que de faire, à plusieurs reprises, des injections de doses faibles.

Chez les tout petits enfants, au-dessous d'un an, en règle générale on injectera autant de centimètres cubes de sérum que l'enfant compte de mois. Il n'est pas nécessaire, à moins d'une gravité exceptionnelle de l'affection, de dépasser 15 à 20 centimètres cubes pour la première injection chez les adultes; car si leur poids est plus considérable que celui des enfants, ils résistent beaucoup mieux à la maladie et par suite n'ont besoin que d'une aide moins puissante. Il faut injecter aux malades la quantité utile de sérum, mais ne pas réitérer les injections sans nécessité.

Injections. — On doit faire les injections dans le tissu cellulaire sous-cutané, au niveau du flanc, en prenant toutes les précautions antiseptiques nécessaires. On lave d'abord la région avec de l'eau phéniquée à 2 0/0, ou avec un soluté de sublimé au millième; on doit, au moment même de pratiquer l'injection, stériliser la seringue et la canule, en les plongeant dans l'eau froide que l'on porte ensuite à l'ébullition pendant un quart d'heure. On recouvrira avec du coton antiseptique l'endroit où la piqûre a été faite. L'introduction du sérum sous la peau est très peu douloureuse et le liquide est résorbé en quelques instants.

Avant d'injecter le sérum, il est nécessaire de s'assurer qu'il est resté limpide; un très léger précipité rassemblé au fond du flacon n'indique pas une altération.

Le diagnostic bactériologique de la diphthérie devra toujours être fait, puisque c'est le seul moyen de connaître, d'une manière certaine, si le cas est justiciable du traitement par le sérum et d'être fixé sur les mesures de désinfection à prescrire; mais comme le traitement sérothérapique est d'autant plus efficace qu'il est institué plus tôt, il ne faudrait pas, sous prétexte d'attendre le résultat du diagnostic bactériologique, retarder l'injection de sérum, surtout si le cas se présente comme sérieux et avec élévation notable de température.

On sait, en effet, que le sérum injecté en temps utile prévient l'empoisonnement diphthérique, mais qu'il est impuissant contre l'empoisonnement accompli qui se traduit par la paralysie, l'irrégularité de la respiration et du pouls. Lorsque ces symptômes se manifesteront malgré l'injection du sérum, c'est qu'alors on sera intervenu trop tard ou que la dose administrée aura été trop faible.

Inconvénients du sérum. — A la suite des injections de sérum antidiphthérique, on observe fréquemment une éruption d'urticaire qui apparaît le plus souvent dans les huit jours qui suivent le commencement du traitement. Cette éruption peut être accompagnée d'une légère élévation de température; elle disparaît sans causer de malaise notable. Plus rarement, on voit survenir des éruptions mal définies (érythèmes polymorphes) avec mouvement fébrile. Exceptionnellement on observe des gonflements articulaires douloureux qui accompagnent l'éruption et, dans ce cas, l'état fébrile pourra se prolonger plusieurs jours. Les adultes sont peut-être plus sujets que les enfants à ces manifestations érythémateuses fébriles. Tous ces accidents sont très passagers et n'ont jamais présenté de gravité sérieuse.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Infection du méconium en dehors de l'alimentation (Dem Auftreten von Bakterien in Darminhalte der Neugeborener vor der ersten Nahrungsaufnahme), par Schild (*Zeitschr. f. Hyg. und Infectionskr.*, 1895, vol. XIX p. 113). — Les recherches de l'auteur, conduites d'une façon très précise sur 50 nouveau-nés dont il a examiné le méconium une à vingt heures après la naissance, mais toujours avant que les enfants aient reçu une alimentation quelconque, aboutissent aux conclusions suivantes :

1° Le contenu du rectum est stérile immédiatement après la naissance.

2° La première infection du rectum a lieu en dehors de l'alimentation, par des bactéries (bac. subtilis, bac. fluorescent liquéfiant, bac. fluorescent non liquéfiant, proteus, colibacille), dont quelques-unes possèdent des propriétés peptonisantes.

3° Le temps nécessaire à cette infection est en moyenne de 10 à 17 heures.

4° Les portes d'entrée de l'infection sont l'anus et la bouche ; au début, l'infection s'effectue exclusivement par la voie anale, plus tard par la voie anale et la voie buccale à la fois.

5° Les sources de l'infection sont l'air des salles et l'eau des bains ; le linge de l'enfant et les sécrétions vaginales de la femme ne jouent ce rôle que dans des cas tout à fait exceptionnels.

6° La stérilisation des aliments des nouveau nés n'a de valeur qu'en tant que destruction des bactéries pathogènes.

7° Chez les enfants, l'infection pathogène par la voie anale peut avoir lieu tout comme chez les adultes.

Cancer et tuberculose (Ueber seltene Arten der Combination von Krebs und Tuberculose), par Clément (*Virchow's Arch.*, 1895, vol. 139, p. 35). — L'étude de quatre cas personnels que l'auteur a réunis dans son travail, aboutit aux conclusions suivantes :

1° En cas de combinaison de cancer et de tuberculose, les métastases cancéreuses dans les ganglions lymphatiques de la région peuvent être mal interprétées. L'examen microscopique seul permet dans ces conditions de formuler le pronostic et d'indiquer l'intervention raisonnable.

2° L'action locale et générale du cancer et les modifications qu'il provoque dans l'organisme peuvent donner lieu à des manifestations appréciables d'une tuberculose jusqu'alors latente.

3° Sous l'influence du cancer, la tuberculose peut se manifester primitivement dans des régions qui ne sont ordinairement pas le siège de prédilection de la tuberculose (foie, ganglions axillaires).

4° L'invasion d'un ganglion tuberculeux par une production cancéreuse peut faire croire à la dégénérescence tuberculeuse du cancer.

CHIRURGIE

Extirpation du sterno-mastoïdien dans le torticolis musculaire (Ueber die Exstirpation des Kopfnickers beim muskulæren Schiefhals), par Mikulicz (*Centralb. f. Chir.*, 1895, n° 1, p. 1). — Pour l'auteur, la récidive si fréquente du torticolis musculaire après la section, sous-cutanée ou à ciel ouvert, du sterno-mastoïdien tient à ce que l'affection est due presque toujours à une myosite fibreuse du muscle. La cicatrice qui se forme après la section du muscle devient très rétractile et, au bout de quelque temps, le malade perd tout le bénéfice de l'opération. Quant à cette myosite fibreuse, l'examen microscopique pratiqué par l'auteur dans un grand nombre de cas, lui a montré qu'elle existe non seulement dans les muscles macroscopiquement, mais encore dans les muscles qui à l'œil nu paraissent sains

et se contractaient encore sous l'influence d'un courant électrique.

Pour les cas graves, l'auteur ne voit la possibilité d'une guérison radicale que dans l'extirpation du muscle dégénéré. Il a fait cette opération 17 fois, toujours avec un succès opératoire et fonctionnel complet.

L'opération est conduite de la façon suivante : Incision longitudinale de 3 à 4 cm. entre les deux chefs du sterno-mastoïdien et décollement de leurs insertions à la clavicule et au sternum. Le muscle est alors attiré en dehors et décollé avec le doigt et les ciseaux jusqu'au point de fusion de ses deux faisceaux. On exagère à ce moment la position pathologique de la tête et on continue le décollement du muscle en l'attirant toujours au dehors jusqu'à l'apophyse mastoïde. Arrivé là, on coupe le muscle au ras de l'apophyse, en ménageant sa partie postérieure par laquelle passe une branche de spinal. Avec la blessure de la jugulaire, c'est le seul point délicat de l'opération. Pas de traitement post-opératoire orthopédique ou autre, et comme nous l'avons dit, guérison sans complications dans les cas que rapporte l'auteur.

Rupture spontanée de l'utérus gravide (Zwei Fælle von spontaner Uterusruptur), par Gessner. (*Centralb. f. Gynækol.*, 1895, n° 2, p. 33). — Deux observations. Dans l'une, il s'agit d'une femme de 35 ans, VII-pare. Présentation du siège et spontanément, rupture de l'utérus. Version par le pied, expression du placenta par le procédé de Credé, tamponnement temporaire de la déchirure, et 2 heures après, laparotomie qui montre une rupture du segment inférieur de l'utérus avec simple décollement du péritoine par un hématome. Guérison.

Dans le second cas, la rupture également incomplète survient au moment de l'introduction du forceps chez une femme de 22 ans, II-pare. Perforation de la tête pour hydrocéphalie, extraction au forceps et tamponnement de la déchirure à la gaze iodoformée. Guérison.

L'auteur insiste dans son travail sur les difficultés de diagnostic différentiel entre les ruptures complètes et incomplètes de l'utérus, d'autant plus que dans les unes comme dans les autres le tableau clinique peut être très peu précis. Les premières sont passibles de la laparotomie avec suture des déchirures; dans les secondes, le simple tamponnement de la déchirure avec compression de la région hypogastrique suffit. L'auteur pense même que dans la pratique courante, quand on n'est pas outillé, le tamponnement doit être fait indistinctement dans tous les cas. Il peut réussir si l'on a fait l'antisepsie vaginale avant, pendant et après l'accouchement.

BIBLIOGRAPHIE

Nouveaux éléments d'hygiène, par M. le Dr J. Arnould, 3e édition, avec le concours de MM. les Drs E. Arnould et Surmont. Paris, librairie J.-B. Baillière.

Le regretté professeur d'hygiène de la Faculté de Lille avait achevé la revision d'un peu plus du tiers de son livre lorsque la mort est venue le surprendre si inopinement, il y a près d'un an; son fils et M. Surmont ont eu la pieuse pensée de terminer aussi rapidement que possible cette tâche considérable. On doit leur savoir gré d'avoir ainsi rendu le plus signalé des services à la cause de l'hygiène et à la littérature médicale tout entière en mettant au point l'une des œuvres qui honorent le plus la science française.

Les deux premières éditions ont déjà permis de louer la science profonde, la vaste érudition et le sens critique qui donnaient tant de portée et de saveur aux publications du professeur Arnould; dans la troisième édition, où ses collaborateurs ont tenu à suivre scrupuleusement ses enseignements, on retrouve ses maîtresses qualités, et l'on se plaît à voir revivre le savant consciencieux, l'esprit réfléchi et le vulgarisateur attentif dont la perte à jamais regrettable a laissé un si grand vide. S'il a fallu modifier nombre de passages des éditions antérieures, c'est que l'hygiène marche aujourd'hui à pas de géant, et que ses applications progressent avec les modifications mêmes de l'industrie et les acquisitions que la médecine et elle doivent à l'introduction des sciences physiques et chimiques dans leurs données; mais les opinions de l'auteur et la substance même, l'enseignement qui s'en dégage n ont pu subir que des modifications légères, car elles se sont toujours inspirées de l'attentive observation des faits et de leur judicieuse interprétation. On discutera longtemps et toujours sur la prépondérance à donner, suivant les temps et les lieux, à tel symptôme étiologique dans l'apparition et la persistance de telle ou telle manifestation épidémiologique; mais la prophylaxie n'en devra pas moins procéder de règles immuables auxquelles elle doit se soumettre si elle veut profiter aussi complètement que possible des progrès scientifiques et les appliquer avec discernement.

L'ouvrage si complet du professeur de Lille, le plus complet à coup sûr que l'hygiène française possède et puisse mettre en parallèle avec les œuvres similaires étrangères, atteint ce but dans toutes les parties du programme si vaste qu'il remplit; les administrateurs comme les médecins, les architectes, les chimistes, les ingénieurs, etc., s'y peuvent à la fois pénétrer des notions de l'hygiène qui leur sont à tous indispensables et y puiser les éléments des applications spéciales qui incombent à chacun d'eux. A ce titre, il est resté, grâce à ses habiles et distingués continuateurs, l'un des livres les plus utiles et les plus précieux à répandre.

L. L.

VARIÉTÉS

Nécrologie. — Dujardin-Beaumetz. — C'est avec un réel chagrin que le corps médical a appris la mort du Dr Dujardin-Beaumetz. Il était aimé et estimé de tous aussi bien pour le charme de son esprit et son caractère enjoué, que pour son empressement à se rendre utile et l'affectueux dévouement avec lequel il se mettait à la disposition de ses confrères et de ses élèves. Ces derniers n'oublieront jamais ses leçons de l'hôpital Cochin; ils garderont à la mémoire de leur maître le souvenir reconnaissant dû à ceux qui remplissent avec la plus scrupuleuse conscience leur devoir de médecin d'hôpital et qui savent rendre attrayantes et profitables leurs conférences cliniques. Quant aux nombreux praticiens qui ont lu les ouvrages publiés par M. Dujardin-Beaumetz, ils ne nous démentiront pas si nous affirmons qu'il a été l'un des maîtres les plus féconds, l'un des vulgarisateurs les plus utiles de ce siècle.

Enumérer non point les communications faites par notre ami à la plupart des Sociétés savantes, mais seulement les ouvrages principaux qu'il a fait paraître, dépasserait les limites qu'il nous est permis de consacrer à cette notice.

Citons seulement ses *Leçons de clinique thérapeutique* qui ont eu six éditions successives, son *Dictionnaire de thérapeutique*; ses leçons sur l'*Hygiène alimentaire*, *l'Hygiène prophylactique* et *l'Hygiène thérapeutique*; sur le *Traitement des maladies de l'estomac*; sur le *Traitement des maladies du foie*; sur les *nouvelles médications*, etc.; ses travaux *sur la puissance toxique des alcools*, etc., etc.

Interne des hôpitaux en 1858, docteur en médecine en 1862, chef de clinique de la Faculté en 1865; médecin des hôpitaux en 1870, Dujardin-Beaumetz méritait d'occuper à la Faculté une chaire de thérapeutique. S'il n'a pu l'obtenir, il a cependant contribué à rehausser le renom de l'école thérapeutique française par ses travaux et par ses leçons. Comme directeur du *Bulletin général de thérapeutique* (longtemps il ne voulut que le titre de secrétaire de la rédaction) et comme membre du conseil d'hygiène, il a rendu aussi des services très méritoires. L'Académie l'avait appelé en 1880 à siéger dans la section de thérapeutique. Très assidu à toutes ses séances, il y a marqué sa place comme à la Société médicale des hôpitaux, dont il fut trésorier durant de longues années, comme à la Société de thérapeutique dont il était l'une des lumières, comme au Conseil d'hygiène. Partout il se faisait écouter, car il parlait sans emphase, avec bon sens et bonhomie, sachant dire ce qu'il fallait sur les sujets d'administration, de thérapeutique et d'hygiène, sachant prouver que, chez lui, la bonne foi égalait la science et le talent.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

BULLETIN

La réforme de l'Internat.

Les questions actuellement soulevées à propos du concours de l'Internat sont bien difficiles à résoudre, et la preuve en est dans les projets innombrables qu'ont discutés médecins et chirurgiens, sans pouvoir s'arrêter sur aucun avec quelque fermeté.

Après avoir joui de quelque faveur en première lecture, le projet de M. Reclus a perdu du terrain : en seconde lecture, à la Société des chirurgiens, nous avons vu s'en détacher plusieurs de ses partisans de la première heure. En principe, il est parfait; en pratique, les meilleurs esprits en sont venus à penser qu'il serait difficilement réalisable, parce que, à moins de créer un corps examinant spécial, on craint que les juges ne liraient pas les copies avec une attention suffisante.

Restreindre le nombre des candidats est une mesure sur laquelle on n'a pu se mettre d'accord : rang d'externat, nombre d'inscriptions, année d'externat, autant de critériums qui n'ont pu rallier la majorité des suffrages, et la réponse faite ici même par M. Reclus à M. Thibierge nous semble prouver que les opposants à ces procédés sont dans le vrai.

Reste donc une solution : faire fonctionner deux jurys; mais sur ce thème, que de sous-projets!

On m'a dit que l'idée de M. le directeur général de l'Assistance publique consisterait à nommer un jury pour l'épreuve écrite, un pour l'épreuve orale, ce dernier examinant les candidats à mesure qu'ils seraient déclarés admissibles : le concours serait terminé en une séance après la fin de la lecture des copies, soit un raccourcissement de trois semaines à un mois. Il suffit de dire que la première épreuve à elle seule aura duré cette année *quatre mois* pour que l'on se déclare opposé au projet de M. le directeur général : quatre mois, c'est encore deux fois trop.

Dans la pensée de plusieurs de nos collègues — et nous citerons MM. Peyrot, Quénu, Lucas-Championnière — un premier jury pourrait, à l'aide d'une épreuve écrite ou orale très courte et très élémentaire, éliminer les grotesques, plus nombreux qu'on ne le pense, qui viennent lire leur copie et font perdre un quart d'heure au jury. Or, ceux-là ne peuvent pas écrire dix lignes ou prononcer dix mots sans les orner d'une de ces bonnes lourdes bêtises qui classent définitivement leur producteur. Dans mon jeune temps, j'ai connu un concurrent qui a donné la fièvre de lait comme signe décisif pour le diagnostic de la grossesse dans les cas douteux; comme juge à l'externat, j'ai entendu un étudiant aux ongles noirs nous déclarer que l'artère axillaire était ainsi nommée à cause de ses rapports avec l'axis.

Le jury d'admissibilité aurait donc toute facilité, sans donner un point servant au classement ultérieur, pour réduire à 200 ou 250 le nombre des candidats autorisés à concourir. Mais si on donne ce coup de crible avec une épreuve orale de cinq minutes, cela fera, pour 500 candidats, 25 séances, soit de 6 à 8 semaines : et après cela, il y aura encore de 35 à 40 séances pour la lecture de 200 à 250 copies, et 15 séances pour l'épreuve orale de 150 candidats. Le total étant ainsi de 75 séances environ à trois ou quatre par semaine, cela commence à bien faire. Ce projet n'est défendable que si, tous les candidats ayant un jour fait l'épreuve écrite, les deux jurys fonctionnent ensemble, le premier ayant pour rôle de biffer de la liste ceux qui lui paraissent d'une insuffisance notoire.

Nous préférerions, au point de vue de la rapidité, le projet Peyrot : le jury (et ici un seul jury suffirait) poserait une douzaine de questions auxquelles on pourrait répondre par écrit en cinq ou six lignes, et *siégeant en séance* où il se diviserait en sous-commissions de deux membres, éliminerait les candidats dont les copies contiendraient de trop grosses bourdes. Le vrai inconvénient de ce projet presque parfait est que par-dessus l'épaule du voisin, un candidat en proie à une de ces impulsions déshonnêtes signalées par Reclus — et réelles quoi qu'ait paru en croire mon collègue Muselier — pourrait facilement se procurer d'un coup d'œil une réponse exacte à une question non sue.

Le projet Le Dentu est remarquable par sa simplicité :

nommez deux jurys, attribuez à chacun la moitié des places à pourvoir et la moitié des candidats (désignés par tirage au sort) et laissez chaque jury dresser sa liste, *sans s'occuper de ce que fait le voisin*. Je souligne ce dernier point parce que, faute de l'avoir bien saisi, M. Muselier objecte que, la « cote » étant absolument variable d'un jury à l'autre, la liste finale serait impossible à dresser avec justice : ce qui serait exact si l'on classait les candidats selon les points obtenus; ce qui devient inexact si on les classe selon le rang qu'ils ont obtenu sur leur liste respective. On pourrait encore répondre qu'on serait embarrassé pour décerner aux sept premiers les prix — les premiers « globules » de notre mandarinat — auxquels leur rang leur donne droit : ou bien classez à l'ancienneté; ou bien faites entre les sept premiers de chaque liste une épreuve orale supplémentaire.

Ce système a le grand avantage de ne rien changer aux épreuves actuelles, dont tout le monde demande le maintien; et d'être, en outre, indéfiniment adaptable aux besoins de la situation, le nombre des jurys variant avec le nombre des candidats, pour arriver à 3 le jour où ils seraient 900 et revenir à 1 s'ils retombaient à 300.

Cette solution me paraissait la meilleure jusqu'au moment où j'ai eu connaissance du projet communiqué par M. Périer à la *Gazette*, projet qui ressemble par certains points à celui de MM. Brouardel et Brun. D'après ce dernier, les deux sous-commissions seraient fixes et écouteraient l'une les épreuves d'anatomie, l'autre les épreuves de pathologie. De la sorte, 1° le nombre des séances de lecture serait abrégé de moitié; 2° chaque partie de la copie aurait son point séparé, et on n'assisterait plus à cette arithmétique d'après laquelle 12 + 5 font 23 (ça se voit rarement, mais ça se voit). De même pour l'oral.

D'autre part, dans le projet Périer le remaniement constant des sous-commissions par tirage au sort me paraît tout à fait séduisant par les entraves qu'il apporte au « piston ». Ne pourrait-on donc pas amalgamer les propositions Périer-Brun-Brouardel en attribuant l'anatomie d'une part, la pathologie d'autre part à chacune des sous-commissions de cinq membres renouvelés chaque fois par tirage au sort? Chaque candidat lirait la deuxième partie de sa composition immédiatement après la première, et de la sorte la note de l'une n'influerait pas sur la note de l'autre.

Mais je m'arrête, car voilà presque un projet de plus, et vraiment il y en a déjà un joli nombre.

A. Broca.

REVUE GÉNÉRALE

Pathogénie des diabètes sucrés pancréatique et nerveux, basée sur la clinique et l'expérimentation, par J. Thiroloix.

Dans une question aussi délicate que celle de la pathogénie des diabètes sucrés graves, il n'est pas inutile, de temps à autre, de jeter un coup d'œil sur le passé, d'examiner à nouveau les expériences anciennes, de les coordonner et de les faire servir à une interprétation qu'indiquent les faits récents. Nous nous bornerons toutefois ici à un rapide aperçu de la pathogénie des diabètes en nous inspirant des travaux de Mering et Minkowski (1889), de Chauveau et Kaufmann (1893), de Lépine (1889), de Hedon (1890), de Gley (1890) et en nous basant sur les résultats acquis personnellement en clinique, en anatomie pathologique et en expérimentation (1891).

Voyons d'abord, avant de passer en revue les données expérimentales, les renseignements que donnent la clinique et l'anatomie pathologique.

A l'autopsie de diabétiques sucrés, ayant présenté une symptomatologie univoque (début brusque, marasme d'emblée, énorme élimination de sucre et d'urée), on peut trouver comme désordre anatomique causal une lésion bulbaire (1), une lésion du plexus solaire (2) ou une destruction partielle ou totale du pancréas. Pourquoi cette identité clinique en face de désordres anatomiques si différents? L'anatomie pathologique révèle l'hypertrophie du foie et l'intégrité du pancréas dans une première série de faits, l'hypertrophie ou l'état normal de la glande hépatique dans une deuxième série d'observations, coexistant avec une altération plus ou moins profonde du pancréas (3). Ces deux formes, identiques en clinique, différentes en anatomie pathologique, relèvent-elles expérimentalement du même mécanisme?

Dès 1849, Claude Bernard montre que le foie est, après la naissance, le seul organe formateur du sucre (fait confirmé par Moleschott et Minkowski) et que la piqûre bulbaire au niveau de l'origine des pneumogastriques ou les lésions du système nerveux périphérique du foie donnent lieu à la glycosurie. Le diabète hépatique nerveux central ou périphérique était créé. En 1889, Mering et Minkowski, puis MM. Lépine et Hedon démontrent que l'ablation totale du pancréas est la source d'un diabète sucré permanent analogue au diabète humain étudié par M. Lancereaux (1877). Le diabète sucré devait-il rester entité morbide, reconnaissant toujours même cause, mêmes signes, mêmes lésions, même mécanisme physiologico-pathologique (ce sont là les conditions nécessaires pour créer un type morbide), ou n'être qu'un syndrome engendré par des facteurs pathogéniques variables? Nous verrons tout à l'heure quelle solution on peut actuellement donner à la question. Examinons avec soin d'abord le rôle du pancréas dans la production de la glycosurie, puis nous rechercherons vers quel point de l'organisme retentit sa suppression pour amener cette glycosurie. Il nous sera alors possible de rechercher quelle place doit occuper le diabète pancréatique dans le cadre nosologique; car c'est en médecin que nous devons surtout examiner ce coin de la pathologie. L'ablation totale du pancréas, chez les animaux non soumis au jeûne (c'est là un point d'une importance extrême) engendre un diabète sucré à marche plus ou moins rapide, absolument analogue au diabète humain (4). Il me paraît inutile d'en faire le parallèle. Les phénomènes sont identiques. Le résultat est toujours positif, mathématique : les phénomènes ne varient que si on a laissé des débris glandulaires dans la cavité abdominale (5). Ces reliquats empêchent l'apparition de la glycosurie ou en modifient le mode d'apparition et la

(1) *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 16 avril 1892.
(2) *Bull. de la Soc. anat.*, mars 1892.
(3) Bulbe, pancréas et foie. *Bull. de la Soc. anat.*, mars 1893.
(4) Th. doctorat, Paris, p. 71-96.
(5) Nous observons actuellement un chien qui, il y a cinq mois, a subi l'extirpation totale en un temps. Or, ce chien n'a pas maigri, et *n'a jamais été glycosurique* (fait qui ne peut s'expliquer que un reliquat glandulaire) On voit quelle faible importance il attacher aux recherches faites immédiatement après l'ex d'apparence totale.

marche (1). La suppression lente du pancréas (2) obtenue par des injections de matières étrangères injectées dans les canaux excréteurs, permet d'étudier le double rôle digestif et glycosurique du pancréas. Les animaux, privés d'un agent nécessaire à la digestion, commencent par maigrir, puis, au bout de quelques mois, la suppléance digestive étant effectuée, les animaux récupèrent leur poids et le dépassent. Ces deux phases marastique et de suppléance digestive avaient été vues par Claude Bernard et Schiff; la troisième, glycosurique, leur avait échappé. Lorsque la quantité de pancréas atrophié et scléreux descend au-dessous de quelques centigrammes, on observe d'abord une glycosurie alimentaire avec l'ingestion de substances amylacées et sucrées qui cesse pendant la mise au régime carné strict. Il arrive enfin une période où l'atrophie glandulaire est telle qu'elle équivaut à la suppression du pancréas; on observe, dès lors, un diabète sucré à marche lente, continue de 5 à 7 mois, quel que soit le régime (3).

Ces deux variétés d'expériences (excision brutale et totale et destruction lente, sur place, du pancréas) démontraient que la suppression radicale d'un élément constituant du pancréas (vaisseaux, nerfs ou cellules) est suivie de la venue d'une glycosurie, mais c'est tout, et si on joint à ce fait expérimental que le diabète pancréatique humain n'est pas précédé de troubles digestifs et d'amaigrissement, que son début est solennel, soudain, (4) et qu'à l'autopsie, jamais l'atrophie de la glande n'est histologiquement totale (5), on comprend pourquoi, dans notre thèse, nous fûmes amenés à confondre en un seul groupe les diabètes nerveux et pancréatique. La lésion du pancréas pour amener la glycosurie mettait en branle par action réflexe le mécanisme glycogénique nervo-hépatique, conclusion à laquelle nous avaient encore amenés les résultats fournis par la section simple de pancréas normaux ou sclérosés, sections toujours suivies de glycosurie (6). Ces glycosuries d'origine périphérique, réflexe, disions-nous, appellent les mêmes réflexions que la glycosurie qui sert l'expérience de Cl. Bernard sur la piqûre du 4e ventricule, car, à chaque instant, la pathologie complète les données de l'expérimentation. Le diabète nerveux, produit par cette piqûre du 4e ventricule, ne se prolonge jamais au delà de quelques jours et pourtant, les lésions organiques du même point amènent chez l'homme un trouble permanent, mortel. N'en est-il pas de même pour les irritations du système nerveux périphérique, comme le montre le fait rapporté par M. Jaccoud d'une glycosurie continue liée à une irritation des nerfs péripancréatiques (1).

Le diabète pancréatique n'était plus dès lors que l'expression d'une altération secondaire de la fonction glycogénique d'origine réflexe (2). L'entité « diabète sucré », telle que l'avaient créée les cliniciens et Cl. Bernard, semblait n'avoir pas été entamée par ces nouvelles recherches. On avait mis en évidence un nouveau point de départ d'incitation pour la sécrétion sucrée du foie, mais c'était tout.

Nous allons voir maintenant quelles profondes modifications l'expérimentation allait apporter à cette conception de l'origine nerveuse exclusive du diabète pancréatique, conception plusieurs fois reprise et abandonnée. Les expériences de greffe, faites par Minkowski (3), Hedon (4) et nous (5) vinrent démontrer que le diabète sucré expérimental était bien dû à la suppression d'une fonction *cellulaire* du pancréas, puisqu'il suffit de séparer une partie de la glande de ses vaisseaux et nerfs propres, de la placer sur la peau de l'abdomen, pour que la maladie n'apparaisse pas chez l'animal auquel on extirpe le reste du pancréas laissé dans la cavité abdominale. Vient-on alors à supprimer cette portion de parenchyme ainsi fixée et possédant une vascularisation d'emprunt, le diabète éclate aussi intense que lors d'ablation totale en un temps. Toutes les objections faites au rôle du pancréas, en tant que pancréas, dans la genèse de la glycosurie, tombèrent. Le pancréas est bien un type de glande vasculaire sanguine analogue à l'hypophyse, au corps thyroïde et aux capsules surrénales. Le pancréas agit par lui-même, mais par quel procédé crée-t-il la glycosurie? Agit-il sur le foie, les centres nerveux, les masses musculaires, le sang? Il agit sur le foie. Pour étayer cette proposition, nous avons eu recours au procédé employé par M. Dastre, pour démontrer que, dans le diabète asphyxique ou curarique, la glycosurie relève d'une exaltation fonctionnelle de la cellule hépatique, nous voulons parler du procédé de l'épuisement des réserves sucrées hépatiques par le jeûne. L'expérimentation démontre que la mise à jeun des chiens pendant cinq et sept jours avant l'extirpation totale du pancréas et continuation du jeûne après cette intervention, empêche l'apparition de la glycosurie. Dans ces conditions, l'expérimentateur est maître de la marche de la glycosurie qu'il fait apparaître ou disparaître à plusieurs reprises dans la même journée en donnant ou en supprimant l'ingestion carnée. Vient-on à piquer le bulbe de ces animaux dépancréatés non glycosuriques, on voit la glycosurie survenir. La suppression du pancréas n'annihile donc pas totalement le centre bulbaire hépatique; et, piqûre bulbaire et suppression du pancréas ne sont pas des lésions équivalentes. — Ces expériences de la mise à jeun et dépancréatisation viennent donc, par un procédé totalement différent, corroborer l'une des conclusions de MM. Chauveau et Kaufmann, concernant la constitution de l'appareil glycogénique, représenté par le foie et le pancréas.

Le pancréas agit sur le foie, mais quelle voie prend-il pour transmettre cette influence, la voie nerveuse ou la voie sanguine?

(1) Th. doct., p. 91, expérience n° 33.
(2) Th. doct., p. 35-52, *Soc de biol.*, 22 oct. 1892.
(3) Etude sur les effets de la suppression lente du pancréas. Rôle des glandes duodénales, *Soc. biol.*, 22 octobre 1892.
(4) Th. doctorat, p. 101-106. Ce mode de début dans le diabète pancréatique, à allures toutes spéciales, s'accorde peu avec les renseignements fournis par l'anatomie pathologique et la physiologie, à moins d'admettre une asphyxie totale, une insuffisance pancréatique, aiguë, subite.
(5) Th doctorat, p. 109-113. « En résumé, ce qui ressort de cette étude est la variabilité extrême de nature et d'étendue des lésions trouvées aux autopsies des diabétiques maigres. On ne peut se baser sur ces altérations pour prouver que le diabète pancréatique est adéquat à la destruction anatomique complète de l'organe. »
(6) Th. doctorat, p. 63-70. *Gaz. des hôpitaux*, p. 1340. Toujours, après l'ablation du pancréas comme après tous les traumas nerveux péri-pancréatiques, on observe une glycosurie purement hépatique qui ne dure que quelques heures, comme après la piqûre bulbaire chez les animaux marcottés. Cette glycosurie chez les animaux alimentés, si l'excision du pancréas est incomplète, disparaît, tandis qu'elle continue et se confond avec la glycosurie due à l'absence du pancréas dans le cas contraire. Pour éliminer l'action du trauma nerveux, il faut donc toujours laisser un long intervalle après toute intervention sur la région pancréatico-hépatique, sinon on identifie à tort des glycosuries nerveuses centrales ou périphériques avec la glycosurie pancréatique.

(1) Jaccoud, *Cliniques de la Pitié*, 1884-1885, p. 160. Pigmentation addisonienne et glycosurie. Epithéliome stomacal, ganglions péripancréatiques comprimant les nerfs voisins, pancréas normal.
(2) L'excitation périphérique, retentissant sur le *bulbe*, amène des troubles non seulement dans le foyer de production du glycogène, le foie, mais dans tout l'individu.... t. d. p. 5.
(3) Minkowski, *Berl. klin. Wochens.*, février 1892, n° 5.
(4) Hedon, *Soc. Biologie*, 9 avril, 23 juillet 1892.
(5) Thiroloix, *Bull. Soc. anat.*, 1er juillet 1892, en collaboration avec M. Gley (*Soc. Biologie*, 23 juillet 1892); en collaboration avec M. Lancereaux, *Académie des sciences*, 9 août 1892.

La voie nerveuse? Nos expériences passées et actuellement en cours ne nous la démontrent pas. Pour cela, il suffit de réaliser une expérience simple dans son dispositif, mais difficile, à cause des infections, à réaliser dans ses diverses étapes, nous voulons parler de l'énervation totale du foie et du pancréas (1). Après avoir réalisé l'établissement complet d'une greffe pancréatique et pratiqué l'extirpation de la portion de la glande abandonnée dans l'abdomen, ce qui donne un pancréas énervé, sans contestation possible, on énerve avec la plus grande facilité le foie, par le procédé de Claude Bernard. Les deux glandes fonctionnent sans trouble (je n'envisage bien entendu que la glycosurie); il suffit, alors, d'enlever la greffe pancréatique pour voir apparaître la glycosurie. Rappelons-nous maintenant que le foie est, dans la circonstance, le seul organe qui paraît fournir du sucre et nous verrons que pour interpréter cette expérience, il faut bien admettre que le pancréas donne une substance qui va agir par l'intermédiaire de la veine porte sur la cellule hépatique non pour former (car la sécrétion sucrée est exagérée), mais pour transformer la substance sucrée en glycogène et la fixer. Mais, c'est là entrer dans le domaine de l'hypothèse, je m'arrête.

Le diabète pancréatique cellulaire a ainsi, *chez l'animal*, un déterminisme exact, facile à comprendre. Toutes les fois que le pancréas sera totalement détruit, le foie donnera un excès de sucre. Mais, chez l'homme, le système nerveux est prépondérant et l'influence nerveuse inhibitoire est peut-être capable d'amener cette insuffisance cellulaire du pancréas. Nous ne possédons pas, malheureusement, une réponse ferme à cette question; pourtant quelques faits plaident en faveur de cette interprétation, ce sont les faits de glycosurie apparaissant lors de l'excitation électrique du pédicule vasculo-nerveux d'une greffe pancréatique (2) et la possibilité d'observer chez un animal porteur d'une greffe d'apparence normale et fonctionnant en tant que glande digestive, c'est-à-dire, fournissant un suc pancréatique avec son triple ferment parfait, une glycosurie subite, qui ne peut s'expliquer que par une dissociation des sécrétions externe et interne, cette dernière étant supprimée (3). Il y aurait ainsi des diabètes pancréatiques expérimentaux cellulaire et nervo-cellulaire (4). La première variété est seule incontestée et incontestable.

Dans le cancer du pancréas, la glycosurie n'est que rarement pancréatique et semblable à celle du diabète maigre. Le plus souvent elle est extra-pancréatique, d'emprunt, et due à la lésion des nerfs péri-pancréatiques avec retentissement sur le foie. La néoplasie, à sa période d'envahissement, par elle-même ou les adénopathies, irrite les nerfs, d'où la glycosurie, puis les détruit : à ce moment, le phénomène observé disparaît. On se rend ainsi compte de la marche si curieuse de cette glycosurie, marche qui avait frappé beaucoup d'auteurs avant nous par son contraste étrange par les exigences de l'expérimentation. N'était-ce pas au moment où le pancréas était le mieux supprimé en apparence qu'on voyait la glycosurie disparaître? Lorsque la glycosurie, dans l'épithéliome, est pancréatique, elle affecte le plus souvent l'allure de celle que l'on trouve dans la destruction lente expérimentale, c'est-à-dire qu'elle est peu prononcée, s'accuse avec l'alimentation amylacée, sucrée, et disparaît pendant les périodes où le malade ne s'alimente plus. La rareté de la glycosurie au cours de l'épithéliome, d'apparence généralisé à toute la glande, s'explique enfin avec ce fait, que montre l'expérimentation, qu'il suffit de quelques cellules déformées, enfouies dans une gangue scléreuse, pour assurer le parfait fonctionnement de la glycogenie.

(1) Thiroloix, *Gaz. des hôpitaux*, 1894, p. 1342.
(2) *Soc. biologie*, 22 octobre 1892.
(3) Dissociation expérimentale des sécrétions externe et interne du pancréas. Rôle dans le diabète. *Acad des sciences*, octobre 1892.
(4) *Archives de physiologie norm. et pathol.*, octobre 1892, n° 4.

Le pancréas constitue avec le foie un appareil dissocié en tant que cellules qui ont même origine endodermique, même disposition lobulaire, même double sécrétion interne et externe tout à fait indépendantes. L'innervation et la vascularisation portale les réunissent intimement. Ces cellules ainsi séparées anatomiquement chez l'homme (elles sont réunies dans le même organe chez certains poissons osseux), fusionnent dans la cellule hépatique leurs produits de sécrétion interne pour assurer une même fonction, la glycogénie (1). Mais dans l'opération de la piqûre du bulbe, sur quelle partie de cet appareil glycogénique, à foyer double, porte l'influence de l'inhibition directe? Il semble, d'après nos expériences (2), que ce soit uniquement le foie, car la piqûre bulbaire chez des chiens porteurs de marcotte, c'est-à-dire, de pancréas énervés, engendre la glycosurie comme chez les chiens dépancréatés et mis à jeun, et cette glycosurie est analogue à celle qui suit la piqûre bulbaire chez un chien normal. Inversement, la piqûre du bulbe chez les chiens à pancréas libre et foie ligaturé en masse, n'est pas suivie de glycosurie : il y a donc une glycosurie nervo-hépatique indépendante de toute action pancréatique (le pancréas, isolé, est à l'abri de toute perturbation d'origine nerveuse).

En résumé, expérimentalement, le foie, après lésion nerveuse, centrale ou périphérique, peut à lui seul donner du sucre (le pancréas greffé fournissant ses sécrétions normales), tandis que le pancréas, sans le foie (et nous supprimons facilement sa sécrétion glycosique par le jeûne), n'engendre pas la glycosurie. Le foie reste le grand dispensateur de la glycosurie des diabètes; mais, cette glycosurie, qui fait confondre cliniquement « les diabètes graves nerveux et pancréatique », est en somme amenée par des mécanismes variés. Il n'y a donc pas un diabète sucré, mais un syndrome glycosurique grave que peuvent produire une multitude de lésions directes ou indirectes des cellules hépato-pancréatiques (3). Réunis par un symptôme identique, la glycosurie, qui mène à sa suite tous les autres phénomènes et est due à un trouble de la sécrétion interne du foie ou du pancréas, les diabètes nerveux et pancréatiques devraient occuper dans le cadre nosographique une place dans le chapitre des maladies des glandes vasculaires sanguines, à côté de l'acromégalie, du myxœdème, de la maladie d'Addison.

Dans cet exposé, toutefois, il est nécessaire de séparer les faits qui restent, de leur interprétation sujette aux changements. Celle que nous donnons en toute sincérité nous paraît exacte d'après les données acquises jusqu'aujourd'hui, mais nous sommes prêt à la modifier, si demain un fait observé dans de nouvelles conditions ne la corrobore pas.

Cette pathogénie pancréatique de certains diabètes sucrés a-t-elle modifié la thérapeutique? Non. La conception des glandes vasculaires sanguines de Cl. Bernard et de Brown-Séquard, les succès obtenus par l'ingestion et l'injection de suc thyroïdien dans le myxœdème, ouvraient pourtant une porte à l'espérance. Malheureusement, les injections sous cutanées ou intra-

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1894, p. 1342.
(2) Bulbe, pancréas et foie, *Société anatomique*, mars 1893. Mémoire inédit pour le prix Pourat, 1894 (Acad. des sciences), analysé dans comptes rendus.
(3) *Gazette des hôpitaux*, 1894, n° 142.

péritonéales de suc pancréatique, l'ingestion de pancréas n'ont jamais modifié l'allure de la glycosurie pancréatique humaine ou expérimentale, comme l'ont montré de multiples recherches faites en collaboration avec M. Gley ou seul. Les greffes (1) (et ici nous emploierons ce terme dans son sens exact) ne nous ont donné qu'une satisfaction éphémère. Elles n'ont pu arrêter que momentanément la glycosurie, car le pancréas sclérosé, greffé, dans le grand épiploon des animaux reprend presque immédiatement sa double fonction. Mal défendu par une vascularisation insuffisante, il est alors digéré par sa sécrétion externe qui reprend et s'accumule dans sa partie centrale. Ces essais infructueux ne doivent pourtant pas décourager les chercheurs, car c'est toujours, aujourd'hui, par l'étude préalable des données théoriques, qu'on arrive à la solution de la question pratique...

(1) *Société anatomique*, déc. 1892.

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'ostéomyélite de la clavicule, par J. Braquehaye, interne des hôpitaux.

L'ostéomyélite de la clavicule est une affection assez rare C'est ce qui nous a engagé à publier les observations suivantes et à les faire suivre d'un travail sur ce sujet, rédigé d'après une vingtaine de cas publiés jusqu'ici.

Observation I. — *Ostéomyélite de l'extrémité externe de la clavicule droite. Décollement épiphysaire externe. Vaste abcès sous-pectoral. Incision. Trépanation de l'os.*

Le 10 octobre 1894, on amène à l'hôpital Trousseau une fillette de 14 ans, Jeanne D..., apprentie blanchisseuse, avec le diagnostic, fait en ville, de phlegmon profond de l'aisselle.

On constate alors que toute l'épaule est tuméfiée, mais que le maximum du gonflement est dans le creux sous-claviculaire, qui est complètement effacé. L'empâtement s'étend vers l'aisselle et vers la base du cou.

La peau à ce niveau est rouge et présente une circulation veineuse collatérale manifestement exagérée. Elle est chaude et douloureuse. Il y a de l'œdème et, profondément, on sent une fluctuation manifeste. Le pus soulevant le deltoïde tend à se faire jour dans l'espace pectoro-deltoïdien.

Les mouvements actifs de l'épaule sont difficiles, mais, lorsqu'on y regarde de près, on voit que l'articulation scapulo-humérale est libre. Les mouvements passifs, faits avec douceur, ne causent pas de douleur. L'impotence fonctionnelle tient uniquement à la souffrance que provoquent les mouvements du bras, au niveau des attaches claviculaires du deltoïde. D'ailleurs, lorsqu'on explore la clavicule, on trouve, à son extrémité externe, un endroit extrêmement douloureux. Cette douleur est réveillée en ce même point par la pression, à distance vers l'extrémité interne de l'os.

La malade présente de la fièvre, mais l'état général n'est pas très mauvais, malgré la température élevée (39° environ).

Voici ce qu'elle nous raconte: Elle s'est toujours bien portée, et ses antécédents personnels ou héréditaires n'offrent rien à noter.

Au commencement de septembre, elle se brûla au poignet droit avec un fer à repasser. Elle ne mit pas de pansement, la lésion étant légère. Celle-ci se recouvrit bientôt d'une croûte, que la petite malade écorcha à plusieurs reprises. Bientôt elle avait une éruption furonculeuse de tout l'avant-bras droit, dont elle porte encore les traces.

A la fin de septembre, nous dit-elle, elle eut de la fièvre, interrompit son travail et resta chez elle. Ce n'est que vers le 2 octobre que la douleur commença à se localiser vers la région acromiale.

Celle-ci augmenta rapidement, devint bientôt intense, la privant de tout repos et de sommeil et, la fièvre augmentant, elle dut s'aliter.

Quand elle se présente à l'hôpital, le 10 octobre, elle n'a suivi aucun traitement, bien que l'affection date déjà de quinze jours environ.

En présence des signes énumérés plus haut, le diagnostic d'ostéomyélite aiguë de l'extrémité acromiale de la clavicule est posé par notre collègue de garde Blanc, et la petite malade est transportée aussitôt à la salle d'opération.

Après chloroformisation, on fait d'urgence, au-dessous de la clavicule et parallèlement à cet os, une incision de 10 à 12 centimètres. Il s'en écoule abondamment un pus de bonne nature. On en recueille dans une pipette pour l'examen bactériologique.

On trouve le périoste décollé surtout à la partie inférieure de la clavicule et vers son extrémité externe. Après avoir fait un large débridement périostique, on fait un bon drainage, et on bourre la plaie — qui n'est pas suturée — avec de la gaze iodoformée.

Examen bactériologique du pus. — Nous avons ensemencé du pus recueilli dans des pipettes sur bouillon et sur gélose.

Après 24 heures d'étuve à 37°7, on constate que le bouillon est trouble et présente au fond du tube un dépôt assez abondant. Le tube de gélose a poussé lui aussi; on y voit des colonies déjà assez larges et absolument blanches.

Avec l'un et l'autre nous faisons des lamelles, que nous colorons par le Gram. Nous constatons des amas abondants de staphylocoques purs.

Réensemencées, les cultures offrent le même aspect.

C'est donc du staphylococcus pyogenes albus. Ceci coïncide avec la marche clinique de l'affection. La malade, en effet, ne s'est présentée que 15 jours après le début et, bien qu'elle eût de la fièvre, son état général n'était pas celui que présentent certains malades infectés. Ce n'est que dans les derniers jours qu'elle dut garder le lit.

Le 11 octobre, l'état général est un peu meilleur que la veille au soir. Mais la malade a encore de la température. Elle souffre toujours au niveau de l'extrémité externe de sa clavicule droite.

Le 12 au matin, nouvelle intervention. Sous le chloroforme, nous prolongeons l'extrémité externe de l'incision jusqu'au delà de l'acromion sur la clavicule. Nous constatons que le périoste est surtout décollé en bas. A l'extrémité externe de l'os, le cartilage qui termine la clavicule en est séparé. Sur la tranche, l'os qu'on soulève facilement avec une rugine est enflammé, rouge violacé. Pendant ce soulèvement, nous constatons qu'il existe au-dessous une poche purulente, contenant une cuillerée à café de pus blanc mais bien lié.

Afin de trépaner l'os, nous enlevons avec les cisailles un coin osseux, à base externe et comprenant le bord antérieur de l'extrémité externe de la clavicule sur une étendue de 3 centimètres environ. Nous donnons un coup de curette sur la partie centrale de l'os, qui contient une bouillie inflammatoire lie de vin avec des gouttelettes graisseuses et purulentes.

La plaie est ensuite largement ouverte, drainée et tamponnée à la gaze iodoformée. Pansement antiseptique avec bandage soutenant le coude et immobilisant tout le membre supérieur. Le soir, la température est encore de 39°.

Le lendemain, la température est tombée à 38°2. La douleur a presque disparu. La malade se plaint d'une douleur derrière l'omoplate, mais celle-ci n'est que passagère et disparaît le lendemain.

Depuis, tout a bien marché. La température a diminué d'une façon régulière.

Après avoir oscillé pendant quelques jours de 37°4 à 38°, elle est tombée au-dessous de 38° d'une façon constante à partir du 27 octobre.

Localement, le pus s'élimine facilement, mais on voit au fond de la plaie une portion de clavicule dénudée de périoste d'un blanc mat et qui nécessitera dans quelque temps l'ablation partielle de cet os.

L'état général est très bon. La malade s'est levée quelques jours après l'opération. Elle a repris de l'appétit.

Elle quitte l'hôpital en janvier ayant encore un trajet fistuleux.

Observation II. — *Ostéomyélite de l'extrémité externe de la clavicule gauche. Trépanation de l'os. Nouvelle poussée inflammatoire vers l'extrémité supérieure de l'humérus gauche.*

La nommée M... Angèle, 14 ans, se présente le 22 décembre 1894 à la consultation de l'hôpital Trousseau, pour une tuméfaction douloureuse de la région acromiale, dont le début remonte au 18 décembre.

A son entrée à l'hôpital, on constate une tuméfaction légère de la région acromiale, faisant disparaître les saillies osseuses. Sur une étendue de 5 à 6 centimètres, la peau est rouge, chaude, œdématiée et présente une exagération légère de la circulation veineuse superficielle. L'exploration de l'articulation de l'épaule et de l'extrémité supérieure de l'humérus est indolente. Rien dans l'aisselle.

L'état général est bon, bien que la malade ait depuis quelque temps de l'insomnie causée par la douleur qu'elle éprouve. La température est de 38° environ.

Incision sur l'acromion le 22 décembre. On trouve quelques grammes de pus au-dessous du périoste vers l'extrémité externe de l'os. Celui-ci, dénudé, est trépané. La moelle osseuse est infiltrée de pus.

L'examen bactériologique a démontré la présence du staphylocoque doré.

Elle quitte l'hôpital le 27 décembre, ayant encore un trajet fistuleux.

Le 13 janvier, elle revient dans le service, présentant une douleur nette et vive à l'extrémité supérieure de l'humérus gauche. Pas d'empâtement ni de rougeur. Traitement : repos, pansement humide. En quelques jours, ces signes disparaissent. Elle quitte l'hôpital le 7 février.

Revue guérie le 24 février.

Observation III. — *Ostéomyélites multiples du tibia, du péroné, de la 5e côte et de la clavicule gauche.*

L... Charles, 14 ans, entre à l'hôpital Trousseau le 19 mars 1893 pour une ostéomyélite de l'extrémité inférieure du péroné gauche, consécutive à un faux-pas. Ce dernier accident était survenu dix jours avant son entrée à l'hôpital.

Le 19 mars. — Trépanation de l'extrémité inférieure du péroné.

Le 21 mars. — Nouvelle poussée dans l'épiphyse supérieure du tibia. Trépanation. On trouve dans le canal médullaire de la sérosité louche.

Le 23 mars. — Ostéomyélite de la 5e côte qui est trépanée à son tour.

Le 12 juillet. — Nouvelle trépanation du tibia.

Le 20 décembre, on constate sur la partie moyenne de sa clavicule gauche une tumeur du volume d'une noisette. La peau qui la recouvre est rosée. Il n'y a que peu de douleur à la pression. Fluctuation manifeste.

L'évolution de cette tumeur s'est faite d'ailleurs d'une façon insidieuse et n'a été reconnue que la veille, par hasard.

Par la palpation, on sent que la clavicule, au-dessous de la tumeur, est notablement épaissie.

Incision parallèle à la clavicule. Il sort du pus qui est conservé pour l'examen bactériologique. L'os sous-jacent est atteint d'ostéite condensante. Pansement à la gaze iodoformée.

La cicatrisation marcha assez vite et il quittait l'hôpital le 17 décembre.

L'examen bactériologique du pus décela la présence du staphylocoque doré.

Revu le 20 février 1895. Sa plaie est guérie, mais sa clavicule gauche (côté malade mesure un centimètre de plus que celle du côté sain.

Observation IV. — *Ostéomyélite de la clavicule gauche. Trépanation. Guérison.*

La nommée M... Henriette, 2 mois, est amenée à l'hôpital pour une tuméfaction de la partie moyenne de la clavicule. Elle a débuté, dit la mère, il y a quinze jours.

Quand nous la voyons, le 26 novembre 1894, il existe dans la région malade une tuméfaction considérable de tout le creux sous-claviculaire, empiétant même sur la région sus-claviculaire. La peau est rouge, chaude, œdémateuse. Il y a exagération de la circulation veineuse superficielle.

La pression sur la clavicule fait crier l'enfant.

La température est de 38°5.

Depuis quelques jours elle refuse de prendre le sein.

Le 26 novembre, après chloroformisation, incision sur la région tuméfiée. Il s'écoule du pus abondamment. La clavicule dénudée sur une assez grande étendue est trépanée. Pansement à la gaze iodoformée. Un mois après, la petite malade est absolument guérie, sans trajet fistuleux.

Bien qu'on ait publié un certain nombre d'observations d'ostéomyélite claviculaire, il n'existe aucun travail d'ensemble sur ce sujet. C'est ce qui nous a décidé à grouper autour de ces faits tous ceux que nous avons pu rassembler.

Frœhner (1), dans une importante statistique, trouve 661 localisations diverses sur 545 malades atteints d'ostéomyélite. Sur ce nombre, 610 fois la lésion siégeait sur des os longs et 51 fois sur des os plats ou courts. Or, parmi ceux-ci, la clavicule tenait le premier rang. Elle est, en effet, notée 11 fois, tandis que l'omoplate et l'os iliaque qui viennent ensuite ne sont signalés que neuf fois. Cependant Bergmann (2), sur 27 faits d'ostéomyélite d'os plats et courts, n'a rencontré qu'une fois la clavicule.

Par sa forme, par sa structure, la clavicule se rapproche des os longs des membres. Aussi, dans la statistique que nous avons précédemment citée, voyons-nous cet os venir immédiatement après le cubitus, le plus rarement frappé parmi les os longs, puisque Frœhner n'en rapporte que 19 observations.

Les 11 cas d'ostéomyélite claviculaire, cités par Frœhner, appartiennent à divers chirurgiens. Bruns, à lui seul, en a rencontré huit à la clinique de Tubingue, ainsi qu'en témoigne la statistique de son assistant Haaga (3). Les trois autres observations sont de Volkmann (4), de Kocher (5) et de notre maître le professeur Lannelongue (6).

A ces faits, nos recherches bibliographiques nous ont permis d'en ajouter quelques autres :

1° Un cas ancien de Lombard (7), consécutif à la variole, dans lequel les deux clavicules furent prises.

2° Un d'Ollier (8) qui siégeait à la partie externe de l'os.

3° Un de Louis (9), à l'extrémité interne et terminé par infection générale.

4° Un de Gilette (10), qui fut pris pour une ostéite tuberculeuse, puis syphilitique et qui était, ainsi que le fit remarquer Trélat, un cas type d'ostéomyélite, avec séquestre, os éburné et productions périostiques.

5° Un de Petersen (11) (de Kiel), traité par l'extirpation totale. L'os s'était reproduit en un mois et, après 45 jours, le malade avait repris son travail comme par le passé.

6° Un de notre regretté maître le professeur Le Fort (12).

(1) Frœhner, *Arch. z klin. Chir.*, 1889.
(2) Bergmann, *Saint-Petersburger medic. Woch.*, 1884 et 87.
(3) Haaga, *Arch. z. klin. Chir.*, 1889.
(4) Volkmann, *Beitr. f. Chir.*, 1875.
(5) Kocher, *Deuts. Zeits. f. Chir.*, Bd XI.
(6) O. Lannelongue, *De l'ostéomyélite aiguë pendant la croissance*. Paris, 1879.
(7) L. Lombard, *Arch. génér. de méd.*, 1826.
(8) Ollier, *Traité de la régénération des os.*
(9) Louis, *Bul. de la Soc. anatom.*, 1890.
(10) Gilette, *Soc. de Chir.*, 1886.
(11) Petersen, 57e *Congrès des naturalistes et médecins allemands*, Magdebourg, 1884.
(12) Le Fort, *Soc. de Chir.*, 1875, et *Traité de médecine opératoire.*

7° Un de Sabatier (1), datant de 4 ans, avec séquestre indépendant de l'os et adhérent aux parties molles et à l'aponévrose.

8° Un de Gangolphe (2), siégeant à la région externe. Après résection partielle, l'os ne se reproduisit pas; malgré cela, le malade, très musclé, avait conservé tous ses mouvements. Il se plaignait seulement d'un peu de faiblesse du côté opéré.

9° Un de Félizet présenté il y a quelques semaines à la Société de chirurgie (3).

Nous arrivons ainsi à un total de 26 cas, si aux 9 précédents nous ajoutons les 11 observations de Frœnher, nos 4 observations personnelles et les 2 faits, que nous citons plus loin, d'ostéomyélite de la clavicule à bacille d'Eberth, de Sultan et de Broca.

Il semble, d'après ces faits, que l'ostéomyélite claviculaire soit assez rare avant l'âge de 7 ans. Par contre, on la rencontre quelquefois chez des sujets assez âgés. Le malade de Gilette avait 25 ans et celle de Sabatier 38 ans. Chez cette dernière, la lésion ne datait que de quatre ans.

La clavicule est le plus souvent frappée au niveau de son épiphyse interne. C'est que cet os ne se développe que par deux points d'ossification, l'un primitif pour le corps de l'os et son extrémité externe, l'autre secondaire pour l'épiphyse interne.

Malgré cela, la clavicule s'accroît aussi par son extrémité externe qui reste longtemps cartilagineuse chez l'enfant. Bien qu'il n'apparaisse là aucun point osseux, ce cartilage joue le rôle du cartilage juxta-épiphysaire, coiffant le bulbe osseux, selon l'expression de notre maître le professeur Lannelongue. Il y a en ce point un mode d'accroissement analogue à celui des côtes, au niveau des articulations chondro-costales. Aussi n'est-il pas étonnant de voir l'ostéomyélite siéger aussi à cette extrémité, au point de l'os qui confine au cartilage.

D'ailleurs, cette extrémité est exposée aux traumatismes de toutes sortes (coups, chutes sur l'épaule, etc.), ce qui est, on le sait, une cause de localisation de l'inflammation osseuse en ce point.

D'après Gangolphe (4), la clavicule est rarement atteinte d'ostéomyélite à l'état isolé. C'est, avec le péroné et le maxillaire inférieur, l'os dont la lésion coïnciderait le plus souvent — proportionnellement à la fréquence respective — avec une affection semblable en un autre point du squelette (obs. III).

Bruns, sur huit cas, l'a vue prise avec le tibia, le tibia et l'os malaire, l'humérus, l'humérus et le fémur, enfin, à la fois avec la clavicule du côte opposé, le fémur, une phalange et le crâne. Il y avait donc ostéomyélites multiples dans plus de la moitié des cas.

En outre, dans l'observation du professeur Lannelongue, la clavicule gauche était prise en même temps que le fémur du même côté. Dans celle de Lombard, en plus des deux clavicules, le radius droit était atteint. Le petit malade de Louis avait à la fois de l'ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur gauche, du cubitus droit, du sacrum et des deux clavicules.

Lorsque les deux clavicules sont malades, c'est presque toujours l'extrémité interne des deux côtés qui est le siège du mal. Cependant, dans l'observation de Lombard, la lésion avait débuté par l'extrémité acromiale, Notons que, quel que soit le point lésé, lorsque l'ostéomyélite claviculaire est bilatérale, elle est toujours symétrique.

A côté de ces faits de localisations multiples, il en est d'autres, plus nombreux que ne le dit Gangolphe, où l'affection est isolée, limitée en un point. Bruns en a trouvé plusieurs exemples. De même dans les cas de Sabatier, Gilette, Petersen, etc., et dans trois des nôtres. presque toujours, alors, l'ostéomyélite siégeait à l'extrémité externe.

Ollier (1) fait justement remarquer que, chez les jeunes enfants, l'inflammation peut atteindre la clavicule dans toute sa longueur. Il y a véritable panostéite avec décollement très étendu du périoste.

La bactériologie de l'ostéomyélite claviculaire ne nous arrêtera pas longtemps. Les cas dans lesquels le pus a été cultivé sont extrêmement rares. Presque toujours, on a rencontré du staphylocoque doré. Dans notre observation I, il y avait du staphylocoque pyogène blanc.

L'ostéomyélite de la clavicule à bacille d'Eberth n'a été signalée que tout récemment. Cette localisation du bacille de la fièvre typhoïde est en effet plus rare qu'au niveau des côtes. Nous n'en avons trouvé que deux cas, l'un de Sultan (2) dans lequel la suppuration persista pendant six ans. Il coïncidait avec un second foyer au niveau de la 12e côte. Le second cas a été publié dans ce journal il y a quelques semaines à peine par MM Broca et Achard (3). Dans cette observation, la lésion osseuse était survenue dès le début de la fièvre typhoïde, contrairement à la règle.

Chez ces deux malades, il y eut examen bactériologique du pus.

Quel que soit le siège du mal, dans les formes aiguës, les symptômes généraux sont toujours graves. Aussi n'est-il pas rare de voir les malades succomber (Lannelongue, Louis, Bruns, etc.). C'est fréquent lorsque l'ostéomyélite est multiple, bilatérale ou totale, surtout chez les jeunes enfants. Cependant un de nos malades âgé de deux mois a guéri rapidement (obs. IV).

Localement, les signes seront différents selon que la lésion siégera à l'extrémité sternale ou acromiale, dans une région superficielle (bord antérieur et face supérieure) ou profonde (face inférieure ou bord postérieur).

L'ostéomyélite frappe-t-elle l'extrémité interne? Elle sera alors superficielle, c'est-à-dire facilement explorable. En plus des phénomènes généraux dont nous avons parlé, on trouvera, au point malade, une tuméfaction rouge, douloureuse, faisant corps avec l'os. En outre, on peut rencontrer du torticolis musculaire, par contracture du sterno-cléidomastoïdien du côté malade. C'est le pendant de la contracture du même muscle qu'on a citée chez les malades atteints de mastoïdite.

Si c'est la portion acromiale qui est atteinte, comme dans notre observation, le pus se collectera soit superficiellement sous la peau, mais, plus fréquemment, au-dessous de la clavicule, dès que la barrière périostique est rompue. Dans ce dernier cas, le pus s'étale au-dessous des muscles pectoraux. Le creux sous-claviculaire disparaît. Il peut exister en ce point, au lieu de la dépression normale, une voussure fluctuante. La fluctuation est parfois perceptible du creux axillaire à la région sous-clavière si le pus est abondant. Il peut même fuser en haut, comme dans le phlegmon du tissu cellulaire situé sous le petit pectoral, et gagner le triangle sus-

(1) SABATIER, *Congrès français de chirurgie*, 1889.
(2) GANGOLPHE, *Soc. des Scienes médic. de Lyon*, 1890.
(3) *Bull. soc. chir.*, 1895).
(4) GANGOLPHE, *Maladies infectieuses et parasitaires des os*, Paris, 1884.

(1) OLLIER, *Traité des résections*, 1891.
(2) G. SULTAN, *Deutsch. med. Woch.*, 23 août 1894. Voyez aussi: *Presse médicale*, 15 septembre 1894.
(3) BROCA et ACHARD, Inflammation typhoïdique du squelette. Ostéomyélite et chondrite à bacille d'Eberth, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1895.

claviculaire. Mais le plus souvent, enflammant la peau qui le recouvre, il vient s'ouvrir au niveau de l'espace pectoro-deltoïdien. On l'a vu aussi se diriger du côté de l'aisselle et donner lieu à des fistules intarissables jusqu'à l'élimination des séquestres (Sabatier). Ceux-ci sont facilement sentis par le stylet, à la période fistuleuse.

Un point important à noter, c'est qu'à aucun moment l'articulation scapulo-humérale n'est atteinte. Il est vrai que, pendant la période aiguë, les mouvements actifs sont douloureux, souvent même impossibles. Mais, si l'on examine le malade avec un peu de soin, on constate qu'il n'y a là qu'une impotence du deltoïde, dont les contractions réveillent la douleur. En réalité, l'articulation elle-même est libre pendant les mouvements passifs.

L'ostéomyélite de la clavicule peut prendre, surtout chez l'adulte, la forme chronique. C'est dans un cas de ce genre que Gilette posa d'abord le diagnostic d'ostéite tuberculeuse, puis de syphilis de la clavicule.

Nous n'insisterons pas sur les complications. Ici, comme dans les autres régions, on a noté le décollement de l'épiphyse interne (Lannelongue) ou du cartilage de l'extrémité acromiale (comme chez une de nos malades). On a cité aussi l'atrophie de la clavicule du côté atteint. Elle était au contraire allongée dans notre observation IV.

Bien qu'il n'existe aucune observation d'ulcération des gros troncs vasculaires voisins, nous signalons la possibilité de cette grave complication.

Sabatier et Ollier ont insisté sur la possibilité de l'enclavement des séquestres libres dans les parties molles, surtout dans la gaine du sous-clavier. Ils y sont plus ou moins fixés à l'aponévrose. On rencontre rarement ici des séquestres invaginés. Il est plus fréquent de voir un vaste séquestre formé par la nécrose de l'os dans sa totalité. Il s'agit là de formes graves, ayant eu souvent leur point de départ vers l'extrémité interne.

Parmi les complications éloignées, Ollier signale l'hyperostose de la clavicule. Il peut en résulter de la compression des vaisseaux sous-claviers et des nerfs du plexus brachial (œdème du membre correspondant, fourmillements, élancements douloureux, etc.).

Enfin nous devons insister sur les phénomènes infectieux si fréquemment rencontrés dans l'ostéomyélite claviculaire. Non seulement alors on note la multiplicité des lésions, des localisations secondaires graves (ostéomyélite du crâne, du sacrum, etc.), mais encore une véritable pyohémie avec arthrites suppurées, néphrite infectieuse, abcès du foie, des poumons, pleurésie et péricardite purulente, etc. (Bruns, Louis, Lannelongue, etc.).

C'est dans ces cas à marche rapide, foudroyante, que le diagnostic avec tous les états infectieux graves devra être fait (formes infectieuses des fièvres éruptives, de l'endocardite, de la pneumonie, etc.). On n'oubliera pas alors que, chez l'enfant et l'adolescent, dans tous les cas où il existe un état général grave, avec hyperthermie considérable, on doit interroger le squelette avec soin, complètement, non seulement aux membres, mais partout, du crâne au calcanéum.

Dans les formes moins sévères, c'est encore par l'examen du squelette qu'on éliminera le diagnostic de rhumatisme. En outre, on devra se souvenir que chez l'enfant rhumatisant la douleur est moins vive, le cœur est presque toujours atteint et le salicylate est une pierre de touche presque infaillible.

L'arthrite et la périarthrite scapulo-humérale ne sauraient prêter à confusion, puisque la localisation du mal n'est pas la même.

L'abcès du tissu cellulaire situé au-dessous du petit pectoral est d'un diagnostic plus difficile. Comme l'ostéomyélite, il affecte les allures du phlegmon diffus. Il amène l'effacement du creux sous-claviculaire et peut fuser vers la racine du cou et vers le creux de l'aisselle. En même temps, il s'accompagne d'un état général très grave. Voilà bien des symptômes communs aux deux affections. Mais, dans l'ostéomyélite, il existe sur une extrémité de la clavicule un maximum de douleur manifeste, qui mettra sur la voie du diagnostic. Il faut savoir aussi que ces abcès situés sous le petit pectoral ont été quelquefois des ostéomyélites claviculaires méconnues.

C'est encore par une exploration attentive que se reconnaîtra l'adéno-phlegmon soit de l'aisselle, soit du triangle sus-claviculaire.

L'ostéomyélite des os voisins n'offre généralement aucune difficulté de diagnostic. Lorsqu'elle frappe l'omoplate (acromion, apophyse coracoïde), on arrivera facilement à localiser les douleurs en ces points.

L'ostéomyélite des deux premières côtes est cependant d'un diagnostic plus délicat, surtout lorsque la lésion siège en arrière, vers la tête ou la tubérosité costale. Récemment, Berthomier (1) a cité un cas de ce genre. Chez un jeune homme de 19 ans, on constatait, au-dessous de la clavicule, une tuméfaction fluctuante et réductible. L'abcès incisé conduisait en arrière sur la deuxième côte. Mais il faut savoir qu'au début les phénomènes généraux s'accompagnent de signes stéthoscopiques constants, bien étudiés par Barillet (2) (souffle, égophonie, matité, etc.). Le malade de Berthomier était soigné depuis 15 jours pour pleuro-pneumonie.

Lorsque l'ostéomyélite de la clavicule affecte une marche chronique, soit d'emblée soit après une poussée aiguë, on a pu se demander si on n'était pas en présence, soit d'une tuberculose, soit d'une syphilis osseuse. Tel était le cas du malade que Gilette présenta à la Société de Chirurgie, chez lequel les deux diagnostics furent alternativement posés. Comme le fit remarquer Trélat, la présence d'un séquestre découpé et l'éburnation du tissu osseux au voisinage du point malade, permettent d'affirmer l'ostéomyélite.

D'ailleurs, il est rare que l'ostéite tuberculeuse se rencontre chez des sujets exempts de toute tare de tuberculose héréditaire ou acquise. Même dans ce dernier cas, les cultures, les inoculations et la recherche du bacille tuberculeux rendraient le diagnostic évident.

La syphilis de la clavicule présente un aspect spécial. Elle siège dans les points superficiels de l'os et le traitement spécifique en améliore rapidement la marche.

Mais, il faut bien l'avouer, si quelquefois le diagnostic de l'ostéomyélite de la clavicule offre des difficultés, le plus souvent, il s'impose par la marche aiguë de l'affection, par sa localisation au début à l'une des extrémités de l'os et par les lésions semblables dont elle s'accompagne si souvent, au niveau des autres os, ainsi que l'a fait observer Gangolphe.

Lorsque toute la clavicule est atteinte, on pourra être embarrassé pour savoir exactement par quelle extrémité la lésion a débuté. On y arrivera cependant le plus souvent, en interrogeant le malade ou en explorant la sensibilité de l'os. D'après les observations que nous avons rencontrées dans la littérature médicale, l'extrémité externe semble de beaucoup la plus fréquemment atteinte à partir de 14 ans.

C'est aussi cette localisation qui offre le pronostic le plus favorable. L'ostéomyélite de l'extrémité interne est en effet bien plus grave. Non seulement les phénomènes généraux sont plus marqués, mais souvent la lésion est alors bilatérale. Ce sont ces cas qui, chez les jeunes

(1) Berthomier, *Congrès français de chirurgie*, 1891. Voyez aussi : Haslé, *Contribution à l'étude de quelques variétés d'ostéomyélites costales aiguës*. Thèse Paris, 1892.

(2) Barillet, *De l'ostéomyélite aiguë des côtes. Diagnostic différentiel avec la pleurésie*. Thèse Montpellier. Décembre 1891.

enfants, amènent rapidement la panostéite de la clavicule et la mort par infection générale. C'est surtout en présence de ces faits que le chirurgien devra intervenir rapidement par un traitement énergique, aussitôt le diagnostic posé.

Au début, à la période aiguë de l'affection, il ouvrira largement. Existe-t-il un abcès extra-périostique, il l'évacuera, puis il incisera le périoste au point malade. Il arrivera ainsi jusqu'à l'os. Mais il ne devra pas s'en tenir là et, sous peine de voir persister les phénomènes généraux, il devra trépaner, donner issue au pus intra-osseux. Cela fait, il laissera tomber les phénomènes généraux et se limiter la lésion, tout en surveillant toujours le reste du squelette, prêt à intervenir, s'il survenait ailleurs une poussée d'ostéomyélite.

Laissez pendant longtemps la plaie largement ouverte. C'est dans ces cas que vous devrez avoir le courage de ne pas vous laisser tenter par une réunion même partielle. Vous aurez ainsi l'os sous vos yeux; vous verrez se limiter les lésions, qui seront d'autant moindres que votre drainage et votre tamponnement de la plaie se feront mieux.

A la période chronique, lorsque le mort sera séparé du vif, vous interviendrez de nouveau, si votre intervention première — ce qui est la règle — a été incomplète. Vous enlèverez alors les séquestres. S'ils sont extra-osseux et adhérents aux aponévroses, comme dans les cas d'Ollier et de Sabatier, l'opération sera des plus simples. S'ils sont enclavés dans l'os nouveau, vous irez à leur recherche avec la gouge et le maillet.

La clavicule est-elle en partie nécrosée, vous en ferez l'extirpation partielle. Vous l'enlèverez même complètement si les lésions sont très étendues.

Lombard (1), en 1824, semble être le premier qui ait extirpé complètement les deux clavicules pour ostéomyélite double. Son observation est d'autant plus intéressante que sa petite malade, très gravement atteinte, guérit d'un côté en onze ou douze jours, de l'autre en deux mois. Lorsqu'il intervint, le périoste était décollé sur une étendue considérable. Il fit, en quelque sorte malgré lui, une résection sous-périostée. Quel ne fut pas son étonnement, quand il constata qu'il existait chez son opérée d'abord un cordon fibreux, aussitôt après la cicatrisation, puis cartilagineux, et que vingt mois après l'intervention l'ossification se faisait! Aussi pose-t-il comme conclusion de son intéressant mémoire :

« Je me résume et je crois que le périoste s'ossifie.

» Qu'il s'ossifie après avoir suppuré, qu'il s'ossifie quoique détaché de l'os;

» Qu'il s'ossifie quoique en contact avec le pus, quand ce pus a une issue libre. »

L'extirpation de la clavicule a donc son indication dans l'ostéomyélite, comme le fait observer Ollier dans son traité des résections, malgré quelques accidents qu'on peut éviter assez facilement. Bauchamp, en 1829, perdit un malade par entrée de l'air dans les veines. C'est là un accident qu'on évitera par une dissection soignée. En faisant la résection sous-périostée — la seule à faire ici, — on est certain d'éviter les vaisseaux et les nerfs importants de la région.

On sectionnera fatalement les filets sus-acromiaux et sus-claviculaires du plexus cervical superficiel, mais c'est là un incident sans importance, qui se manifestera par l'anesthésie de la région sous-claviculaire. Parmi les accidents éloignés qui peuvent compliquer l'extirpation de la clavicule atteinte d'ostéomyélite, signalons la forme aplatie, irrégulière que prend l'os nouveau dont la cicatrisation se fait sans être guidée. Il peut devenir alors plus large que l'os sain et comprimer le paquet vasculo-nerveux. C'est que le grand pectoral et le deltoïde tirent en bas le périoste, tandis que le sterno-cléido-mastoïdien et le trapèze l'attirent en haut. Ces deux forces contraires le déplissent et l'étalent, d'où son élargissement. Aussi Ollier conseille-t-il la suture de la gaine périostique. En outre, dit-il, on doit maintenir un drain, un morceau d'os décalcifié ou un corps quelconque aseptique, pour lui conserver sa forme.

Quelles que soient les précautions prises, il faut savoir que l'os néoformé est toujours plus court. Il en résulte un tassement de l'épaule avec abaissement. Dans une observation de Frœhner, après ostéomyélite totale de la clavicule, l'os fut reproduit en trois ans. Au milieu de l'os, on voyait une courbure à angle obtus. A part cela, l'os offrait des contours presque normaux. Ses deux extrémités étaient renflées. Il était plus court que son congénère de 18 millimètres.

Malgré ces déformations, les résultats fonctionnels sont très bons. Tous les mouvements sont conservés (Lombard, Ollier, Gilette, Frœhner, Petersen, Gangolphe, etc.). D'après Ollier, pour que le succès soit complet, il faut qu'il y ait ou la régénération osseuse, ou bien intégrité des muscles de l'omoplate avec grand développement de ceux de l'épaule. Tel était le cas du malade de Gangolphe, chez lequel l'os ne s'était pas reproduit. Il avait conservé tous les mouvements et n'accusait qu'un peu de faiblesse du côté opéré.

En présence de résultats aussi favorables, on comprend que Petersen (de Kiel) ait érigé en principe l'extirpation totale de la clavicule atteinte d'ostéomyélite dès le début de la maladie. Chez un jeune homme de 17 ans, il enleva toute la clavicule au huitième jour de l'affection. Un mois après, l'os était reproduit et le malade reprenait son travail le 45e jour. Il en conclut que l'extirpation totale précoce abrège la durée du mal et hâte la reproduction osseuse, en empêchant la destruction de la couche profonde du périoste par le pus.

Malgré le succès de l'auteur allemand, nous croyons ces conclusions exagérées.

Nous préférons nous en tenir aux principes émis par Ollier et dire avec le savant professeur lyonnais « qu'on ne doit pas se hâter, même chez les enfants, d'enlever un os au début d'une inflammation aiguë, quelque grave que soit cette inflammation et quelque fatale que paraisse la mortification consécutive de l'os enflammé. En opérant trop tôt, on s'expose à ne pas avoir de régénération osseuse ou du moins à n'avoir qu'une régénération très incomplète... Il vaut donc mieux essayer d'abord d'arrêter les accidents septiques par l'ouverture des foyers purulents, par les trépanations multiples, c'est-à-dire par les opérations qui paraissent conserver l'os, ou du moins assurer sa reproduction dans l'avenir. »

(1) Lombard, *loc. cit.*

CORRESPONDANCE

Le choléra au Brésil.

Depuis le mois de novembre dernier il existe aux rives du Parahyba, dans un territoire desservi par le chemin de fer central du Brésil, à une extension qui comprend diverses localités, telles que Barra do Pirahy, Rezende et autres, une maladie qui a présenté à peu près, d'après ce que disent ses observateurs, les symptômes du choléra indien.

Cette maladie, à caractère épidémique, dont il reste encore à découvrir l'origine, a fait naître, parmi les médecins, de vives discussions diagnostiques. Pour les élucider, on a fait

des recherches bactériologiques au laboratoire microbiologique de MM. les docteurs Fajardo et Chapot Prevost, à Rio. On dit que ces expérimentateurs brésiliens ont trouvé dans les selles des malades suspects le vibrion de Koch, le *Komma bacille*.

Ici, à Taubalé, j'ai aussi observé une trentaine de cas d'une affection gastro-intestinale, présentant quelques symptomes cholériques; mais dont les allures sans gravité, la marche rapide vers la guérison, le manque de contagiosité, la spontanéité de l'origine et la bénignité si notable (trente guérisons sur trente cas environ), m'ont fait penser qu'il ne s'agissait que du choléra nostras, indigène ou saisonnier.

Les recherches bactériologiques dans les selles n'ont pu, il est vrai, être faites, mais les caractères symptomatiques paraissent suffisants et peut-être faut-il penser à une forme atténuée de la maladie.

Dr J. F. Cursino de Moura.

Taubalé, le 24 janvier 1895.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Lésions trophiques de la mâchoire dans le tabes (Trophic lesions of the jaws in tabes dorsalis), par Leo Newmark (*Medical News*, janvier 1895, n° 4, p. 89). — Le malade est un homme de 43 ans, qui présentait la plupart des signes du tabes: douleurs fulgurantes, rétention d'urine, incoordination motrice; réflexes tendineux abolis; à la suite de névralgies, le maxillaire se nécrosa et s'élimina. Cette affection paraît devoir ressortir à une lésion trophique de tabes. Elle dépendrait d'un trouble du trijumeau, y ayant produit une sorte de mal perforant buccal, par la même influence trophique qui donne naissance à l'hémiatrophie de la langue. Dans le cas actuel, c'est l'intervention du trijumeau qu'on devrait invoquer. Certaines expériences confirmatives tendent à démontrer que cette hypothèse est admissible.

Arthropathies tabétiques (The arthropathies of locomotor ataxia), par P. Syms (*The New York Med. Journ.*, 19 janvier 1895, p. 65). — La connaissance de ces arthropathies est de date assez récente; elle paraît dépendre, comme celles de la syringomyélie, de lésions de la moelle dans le tabes, elles ressortissent comme cette affection elle-même à des lésions de l'axe spinal. La dégénération consiste en l'atrophie avec destruction du tissu nerveux accompagnée d'augmentation du tissu interstitiel. La démarche incoordonnée de l'affection en serait la pure cause; il en faut chercher l'origine dans une influence trophique directe et centrale. En ce qui concerne le trouble local, il ne représente pas une affection différente des autres arthropathies. Les deux observations rapportées sont tout à fait conformes aux types déjà connus.

MÉDECINE

Traitement de l'éclampsie (Ueber die Behandlung der Eclampsie), par Gubaroff (*Centralb. f. Gyn.*, 1895, n° 5, p. 127). — L'auteur a eu l'occasion d'observer 6 cas d'éclampsie puerpérale très grave qui ont pourtant tous guéri. Cette guérison, l'auteur l'attribue au traitement employé, que voici :

1° Injections sous-cutanées de morphine à la dose de 0,015 milligrammes, répétées jusqu'à 6 fois par jour; 2° lavements de chloral et inhalations de chloroforme, celles-ci à petite dose et seulement quand il fallait intervenir d'une façon ou d'une autre; 3° frictions sèches et humides de la peau; 4° purgatifs salins et administration de lait et de diurétiques; 5° application d'un sac en caoutchouc rempli d'eau chaude contre la région lombaire. C'est à cette hydropathie chaude que l'auteur attribue ses succès, car, d'après lui, les applications chaudes contre la région rénale exerceraient une action diurétique tout à fait remarquable.

La saignée n'a été faite que dans un seul cas.

De la présence des bacilles tuberculeux dans les chambres habitées par des tuberculeux (Einige Untersuchungen von Staub auf Tuberkelbacillen), par Kirchner (*Zeits. f. Hyg. und Infectionskr.*, 1895, vol. XIX, p. 153). — Les recherches en question ont été faites dans une station hygiénique pour des militaires tuberculeux, où on avait pris certaines mesures contre l'infection par les crachats (obligation de cracher dans les crachoirs spéciaux disposés dans les salles et dans les jardins). Pour les inoculations des cobayes, l'auteur ramassait avec des éponges stérilisées la poussière déposée sur les murs, les lits, les chaises, le parquet, etc., des salles et inoculait ensuite les animaux, dans le péritoine, soit avec les éponges mêmes, soit avec le liquide boueux obtenu par le lavage des éponges dans l'eau stérilisée.

Sur 23 cobayes infectés de cette façon, un seul devint tuberculeux, et ce cobaye avait été inoculé avec de la poussière prise sur la table de nuit, à côté du crachoir d'un tuberculeux.

L'auteur conclut de ces faits que le voisinage d'un tuberculeux n'est pas dangereux pour les personnes de son entourage; que les bacilles tuberculeux ne se trouvent ni dans l'air, ni dans la poussière de la chambre, si l'expectoration et les déjections du malade sont soigneusement recueillies dans des vases spéciaux et ceux-ci (crachoirs, vases de nuit, bassins, brocs, etc.) énergiquement désinfectés. Cette désinfection doit porter non seulement sur le contenu du vase et sur le vase lui-même, mais encore sur la partie des meubles avec laquelle le vase s'est trouvé en contact.

CHIRURGIE

De la conduite du chirurgien dans les cas de plaie pénétrante de poitrine par arme blanche, par Huguet et Peraire (*Revue de chirurgie*, 1895, n° 1, p. 26). — Travail basé sur trois observations personnelles, qui aboutit aux conclusions suivantes :

1° Nécessité absolue de traiter les blessés sur place; inconvénients graves des secousses imprimées aux blessés par le transport, si court que soit le trajet, à plus forte raison quand il doit être effectué en voiture.

Si on transporte au loin le blessé, par suite des cahots inévitables produits par le véhicule, des hémoptysies se produisent et s'accentuent et celles-ci peuvent entraîner, à bref délai, la mort du malade.

2° L'état syncopal favorisant l'hémostase doit être respecté dans une certaine mesure. Il faut donc être sobre d'injections sous-cutanées d'éther, à moins que la dépression ne soit trop considérable. Dans ces cas, c'est surtout à la caféine qu'il faut avoir recours et aux injections de sérum artificiel.

3° Le traitement des plaies pénétrantes de poitrine par les moyens ordinaires (applications froides et boissons glacées, injections d'ergotine, pansements compressifs, etc.) doit être, dans beaucoup de cas, d'une efficacité insuffisante, si on ne soumet pas, dès les premiers instants, le blessé à une immobilité aussi absolue que possible qui, à elle seule, peut déjà assurer le succès.

4° Ce traitement, immobilité absolue et immobilisation du thorax, n'exclut pas les autres procédés en usage quand on peut les réaliser en imprimant le minimum de mouvements au blessé.

5° Dans les cas d'hémothorax consécutif à la lésion d'un gros vaisseau, il ne faut en général pas se presser. Il faut se guider sur les symptômes et surtout sur les complications pour prendre une détermination; on ne doit pratiquer la thoracentèse que lorsque l'épanchement devient trop considérable et que des phénomènes dyspnéiques inspirent des craintes sérieuses.

6° Il est indiqué de proscrire dans tous les cas de plaie pénétrante de poitrine l'usage qui consiste, le pansement terminé, à faire au blessé une toilette soignée; on se contentera du strict nécessaire, toujours pour éviter toute secousse.

Nephrectomie pour sarcome du rein chez un enfant (Nephrectomy for sarcoma of the kidney in a child 25 months old), par Werder (*The med. and surg. Reporter*, 29 décembre 1894, p. 903). — Enfant de 25 mois qui s'était toujours bien porté, sauf une légère hernie ombilicale. A l'examen on trouva dans l'hypochondre gauche une tumeur qui avait le volume d'un œuf, augmenta ensuite progressive-

ment. Comme il n'y avait pas d'hématuries ni d'autres troubles urinaires, on attendit, pour n'intervenir que plus tard, lorsque la tumeur remplit toute la partie gauche de la cavité abdominale et que le diagnostic tumeur maligne du rein gauche parut certain. On fit l'incision au niveau de la partie gauche de la paroi abdominale antérieure et on énucléa la tumeur avec le rein. Guérison. L'examen de la tumeur montra qu'il s'agissait d'un rhabdo-myosarcome.

Laparotomie pour perforation intestinale dans la fièvre typhoïde (Perforating typhoid ulcer; peritonitis; operation; recovery), par Abbe (*Medical Record*, 5 janvier 1895, p. 1). — Il s'agit d'une femme de 21 ans qui, au troisième septenaire d'une fièvre typhoïde, est prise brusquement de douleurs abdominales avec vomissements, collapsus, fièvre et tympanisme abdominal. Deux jours plus tard, après l'échec du traitement par l'immobilité, les cataplasmes et la morphine, et devant l'aggravation manifeste de tous les symptômes, on se décide à faire la laparotomie qui, à côté d'une congestion des anses intestinales et d'une péritonite purulente à exsudat peu volumineux, montra l'existence, sur la partie terminale de l'iléon, d'une plaque de Peyer gangrenée et perforée. Suture de la perforation et drainage de la plaie; alimentation rectale et, au bout de quelque temps, guérison complète.

GYNÉCOLOGIE

Recherches bactériologiques sur les sécrétions vaginales pendant la grossesse et à l'état puerpéral (Bakteriolog. Untersuchungen des weiblichen Genitalsecretes in Graviditate und in Puerperium), par Walthard, (*Arch. f. Gynækol.*, 1893, vol. 48, p. 201). — Le travail considérable de l'auteur doit être lu dans l'original par ceux qui s'intéressent plus particulièrement à la question. Voici brièvement résumés les faits principaux que l'auteur a pu constater.

Les sécrétions vaginales des femmes enceintes qui n'ont pas été touchées renferment fréquemment des micro-organismes pyogènes (streptocoques, staphylocoques, gonocoques, coli bacilles). Dans 27 0/0 des cas examinés on trouva des streptocoques qui à part leur pouvoir pathogène ne différaient en rien des streptocoques qu'on trouve dans la fièvre puerpérale. Sans le procédé des cultures il est impossible de distinguer les sécrétions vaginales normales des sécrétions pathologiques.

Le canal génital d'une femme enceinte non touchée se compose d'une portion renfermant des bactéries (vulve, vestibule du vagin, vagin et partie inférieure du canal cervical) et d'une portion stérile ne renfermant pas de bactéries. Cette seconde portion peut être infectée par le toucher.

Dans l'accouchement normal, spontané, la cavité utérine n'est pas infectée par les voies naturelles. Les streptocoques du vagin ne sont pas virulents envers les organes génitaux d'une puerpérale saine, mais ils peuvent agir comme des saprophytes par leurs produits et donner lieu à une toxémie pure. Dans les eaux d'amnios les streptocoques restent non virulents, mais ils le deviennent, dans une certaine mesure, dans les lochies, et acquièrent une virulence extrême quand ils se développent sur des tissus à l'état de stase.

La désinfection prophylactique du vagin est, d'après l'auteur, indiquée: 1° avant toutes les explorations et interventions devant porter sur la portion stérile du canal génital; 2° dans tous les accouchements non normaux; 3° dans toutes les affections qui, comme la néphrite, la syphilis, le diabète, etc., diminuent la résistance des tissus.

Inversion spontanée de l'utérus en cas de tumeur (Ueber die Spontane durch Geschwulste bedingte Gebærmutterumstulpüng), par Gottschalk (*Arch. f. Gyn.*, 1895, vol. 48, p. 324). — En s'appuyant sur une observation personnelle d'inversion spontanée de l'utérus myomateux chez une femme de 63 ans et sur les cas analogues publiés dans la littérature, l'auteur soutient que dans ces conditions et après la ménopause, le mécanisme de l'inversion est le même qu'en cas d'inversion puerpérale. Dans les deux cas, la condition essentielle de l'inversion est la préexistence d'un affaiblissement ou d'une perte de tonicité des parois. La traction en bas, cause d'inversion de l'utérus puerpéral, est réalisée dans les cas étudiés par l'auteur, par le poids de la tumeur qui se porte naturellement en bas.

Le traitement varie suivant les cas. Chez les femmes jeunes, on tentera l'énucléation de la tumeur, suivie de réduction de l'inversion et de fixation de l'utérus par un procédé mécanique ou sanglant. Chez les vieilles femmes ayant un utérus dégénéré, il vaut mieux pratiquer l'hystérectomie sus-vaginale.

BIBLIOGRAPHIE

Traité théorique et pratique d'hydrothérapie médicale par F. Bottey. 1 vol. in-8° de 597 pages. Paris, G. Masson, éditeur, 1895.

Le livre de M. Bottey reflète les deux tendances bien manifestes de l'hydrothérapie contemporaine: d'une part devenir de plus en plus une méthode scientifique reposant sur des données expérimentales et cliniques qui nous transportent bien loin de l'empirisme encore de mise il y a quelques années dans cette partie de la thérapeutique; d'autre part, comprendre sous le nom d'hydrothérapie non seulement la douche froide qui, il n'y a pas bien longtemps encore, semblait résumer pour d'aucuns toute l'hydrothérapie, mais encore tous les modes d'emploi thérapeutique de l'eau, maniée à chaud ou à froid.

Après l'étude des agents physiques de l'hydrothérapie, de leur action physiologique, de ses procédés et de ses appareils, de ses effets thérapeutiques, et du traitement hydrothérapique en général, l'auteur passe en revue les diverses maladies aiguës et chroniques — et la liste en est longue — qui sont justiciables de l'hydrothérapie et donne pour chacune d'elles les indications du traitement hydrique et de ses différents modes.

Le lecteur trouvera dans cette dernière partie des renseignements utiles sur la manière de mettre en pratique les procédés hydrothérapiques. Peut-être l'auteur a-t-il glissé un peu rapidement sur ce qui a trait aux indications particulières et aux modes d'emploi de l'hydrothérapie froide dans les maladies générales aiguës; mais on doit lui savoir gré de se montrer éclectique dans le traitement hydrique de la fièvre typhoïde et de protester contre la formule systématique proposée par Brand; il y a là un exemple que certains théoriciens se trouveraient bien de suivre.

Georges Thibierge.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses des Facultés.

Paris

Étude sur la laryngotomie (tailles laryngées), par Maximilien Leseigneur.

L'ouverture chirurgicale du larynx, la *laryngotomie* ou *taille laryngée*, est une opération parfaitement légitime et qui s'impose chaque fois que l'accès de la cavité laryngienne est impossible par la voie buccale.

Les différentes causes qui peuvent faire obstacle à l'intervention endo-laryngée tiennent soit à l'âge du sujet, soit à des circonstances d'ordre divers. La configuration et le mode d'implantation des corps étrangers introduits accidentellement dans le larynx; dans les cas de néoplasmes bénins, leur volume, leur siège, leur implantation, leur résistance, leur vascularité, leur nombre, leurs tendances à la récidive; s'il s'agit de néoplasmes de nature maligne, et assez limités pour justifier une intervention, la nécessité absolue de pratiquer une ablation totale; enfin les sténoses qui résistent aux divers modes de dilatation ou de discision: tels sont les cas multiples et différents qui rendent l'intervention par les voies naturelles ou insuffisante, ou impraticable et imposent la laryngotomie.

L'ouverture pratiquée au larynx peut porter à des niveaux différents et présenter une direction variée. Le siège de la lésion sera le principal élément qui fera adopter telle ou telle variété de laryngotomie. Lorsqu'on aura affaire à une lésion de l'épiglotte, on aura recours au procédé de Malgaigne, à l'incision sous-hyoïdienne.

Si l'on veut aborder le vestibule du larynx, les replis ary-épiglottiques, on emploiera le procédé de Follin qui, en suivant le bord supérieur du cartilage thyroïde, permet de ménager l'épiglotte.

Enfin, la laryngotomie verticale totale, ou seulement la thyrotomie, seront indiquées lorsqu'on se trouvera en présence de tumeurs glottiques ou sous-glottiques. Ce procédé, qui peut comprendre l'incision du larynx dans toute sa hauteur ou sur une étendue moindre et qui, facile à pratiquer, donne un jour assez considérable, permet en réalité l'accès de presque tous les corps étrangers ou néoplasmes du larynx; c'est dire qu'il est de beaucoup le plus fréquemment employé.

Les deux grands principaux dangers à éviter au cours de l'opération sont :

a. L'écoulement du sang dans la trachée;

b. La section des cordes vocales.

Par la trachéotomie préalable et l'emploi de canules-tampon, on remédiera au premier danger. Par une section bien nette, bien verticale, et portant juste sur la ligne médiane, on évitera l'insertion antérieure des cordes vocales.

Les deux complications à redouter dans la laryngotomie sont : 1° la broncho-pneumonie, suite fâcheuse et impossible à prévoir et à prévenir de toutes les opérations qui créent à l'air une voie d'entrée artificielle; 2° le choc opératoire.

Aussi faut-il s'abstenir de toute intervention extra-laryngée en présence de sujets dont l'état général est mauvais, soit par suite de la lésion elle-même, soit par suite de circonstances diverses. De même si la lésion est trop étendue et doit s'accompagner de délabrements trop considérables et de pertes de sang trop abondantes, ce qui est malheureusement souvent le cas dans les tumeurs malignes et se présente au plus haut degré dans les lésions cancéreuses de l'épiglotte nécessitant la laryngotomie inter-thyrohyoïdienne, il faut renoncer à cette opération et recourir suivant les cas soit à la trachéotomie palliative, soit à la laryngotomie.

Le pourcentage de la mortalité par laryngotomie obtenu sur un total de 362 opérations, ne s'élève qu'à 4,69 0/0, chiffre qui s'abaisserait certainement si on pouvait distraire de ces 362 cas tous ceux qui sont antérieurs à l'antisepsie.

L'altération de la voix qui survit dans un certain nombre d'observations à la laryngotomie, ne doit pas être, dans l'immense majorité des cas, imputée à l'opération elle-même, mais aux causes qui l'ont nécessitée, et aux délabrements plus ou moins considérables imposés par l'étendue des lésions. La perspective d'un certain degré de dysphonie ou même d'aphonie ne doit pas être d'ailleurs un argument suffisant pour faire repousser une opération qui s'impose dans des circonstances aussi graves et aussi pressantes pour la vie du malade.

Lyon

Étude clinique sur les formes pseudo-phymiques de la grippe, par Egger.

Il existe une *grippe pseudo-phymique*, pouvant simuler les diverses formes cliniques de la phthisie pulmonaire : *a.* La phthisie aiguë ou granulie; *b.* la phthisie galopante ou tuberculose ulcéreuse subaiguë; *c.* la tuberculose chronique.

La grippe pseudo-phymique a une tendance générale à se localiser au sommet des poumons, à y déterminer un état congestif pouvant arriver à un certain degré d'hépatisation (pneumonie bâtarde) donnant lieu plus tard à des dilatations bronchiques qui se traduisent par des symptômes pseudo-cavitaires. Elle se manifeste aussi par des broncho-pneumonies à foyers multiples disséminés, par de la bronchite unilatérale et de la pleurésie. Le diagnostic différentiel entre cette forme de la grippe et la tuberculose offre de grandes difficultés. Les symptômes cliniques ne suffisent ordinairement pas à l'établir; dans ce but la constatation de l'augmentation rapide et fugace de volume de la rate peut être utile; le cycle de l'évolution thoracique a une grande valeur. Mais le plus souvent le diagnostic ne peut être posé qu'après la recherche du bacille de Koch, et, mieux encore, après une étude bactériologique complète.

VARIÉTÉS

Nécrologie. — L'Académie continue à être décimée, et nous avons aujourd'hui à déplorer la perte d'Alphonse Guérin. Né à Ploermel en 1817, A. Guérin fut successivement interne des hôpitaux en 1840, aide d'anatomie en 1843, prosecteur en 1849, chirurgien des hôpitaux en 1850, membre de l'Académie de Médecine en 1868; en 1881, enfin, il présida cette compagnie. Parmi les travaux de A. Guérin, nous citerons son traité de médecine opératoire, son mémoire sur les rétrécissements de l'urèthre, et surtout ses recherches sur les complications des plaies. Il fut des premiers à proclamer leur origine par contagion, leur nature infectieuse, et il soutint ces idées dès 1847 dans sa thèse de doctorat. A partir de ce moment, ce fut un de ses sujets d'étude favoris, et cela le conduisit en 1870 à imaginer le pansement ouaté. Il fut le premier à appliquer à la pathologie humaine les découvertes, jusque-là théoriques, de Pasteur et de Tyndall, et si le pansement ouaté — tel que le concevait A. Guérin — est aujourd'hui justement délaissé, il partait d'une idée juste et constitua un progrès considérable. Aussi estimons-nous que le nom d'A. Guérin restera dans la science comme celui d'un homme auquel la chirurgie est redevable de quelque chose; il restera encore comme celui d'un homme à esprit ouvert et tolérant, admettant les progrès modernes de la chirurgie opératoire. A. Guérin fut enfin un honnête homme qui inspirait à tous le respect et l'affection.

État sanitaire de l'armée. — Au moment où l'on discute avec passion les conditions dans lesquelles, sur divers points du territoire, surviennent des décès imprévus (grippe infectieuse, fièvre typhoïde, etc.), il n'est pas sans intérêt de montrer, par l'analyse de la statistique médicale de l'armée, que, en 1892, une amélioration sensible avait été constatée.

Les effectifs qui ont servi de base aux calculs ont été de 524,719 hommes d'effectif total, dont 20,572 officiers, 37,640 sous-officiers et 466,507 caporaux et soldats.

Le nombre des malades à la chambre a été de 605,129, représentant une proportion de 1,342 pour 1,000 présents, très sensiblement moins élevée que celle de 1891.

Les entrées à l'infirmerie se chiffrent par 175,904, soit 390 pour 1,000 présents, et sont surtout fournies par les soldats ayant moins d'un an de service. Le gouvernement militaire de Paris et le 3e corps d'armée (Rouen) donnent le plus grand nombre d'entrées à l'infirmerie, nécessitées par les maladies des voies respiratoires et la diarrhée.

Les hôpitaux ont reçu, pendant l'année 1892, 110,779 hommes, soit 211 pour 1,000 présents. Les régions les plus éprouvées ont été le gouvernement militaire de Paris, le 3e corps d'armée (Rouen) et les divisions d'Oran, d'Alger et de Constantine. Les armes les plus favorisées ont été la garde républicaine, les secrétaires d'état-major et de recrutement. Les chasseurs à pied, etc., les infirmiers, les régiments étrangers et les établissements de discipline ont fourni le contingent le plus élevé.

Le chiffre total des décès s'est élevé à 3,274, correspondant à une mortalité générale de 6,24 pour 1,000 (au lieu de 7,53 en 1891). Les corps d'armée qui ont eu le moins de décès sont : le 1er (Lille), le 8e (Bourges) et le 13e (Clermont-Ferrand); le gouvernement militaire de Paris occupe, au point de vue de la mortalité, le onzième rang sur 23 unités classées; l'Algérie et la Tunisie viennent en dernier lieu et ont eu beaucoup de cas de fièvre typhoïde, de paludisme et de tuberculose. Le régiment de sapeurs-pompiers de Paris se trouve, malgré l'habitat parisien, parmi les armes les plus avantagées.

11,239 militaires ont été retraités ou réformés pour maladies, blessures et infirmités.

Du 1er avril 1892 au 31 mars 1893, il a été pratiqué, réservistes et territoriaux compris, 537,786 vaccinations et revaccinations. Les pour cent de succès les plus faibles ont été de 34,9 et de 48,9; les plus élevés, de 92 3 et de 95,6.

Les 328,054 réservistes convoqués en 1892 ont fourni 27,917 malades à la chambre, 7,159 malades à l'infirmerie et 2,969 malades à l'hôpital; 3,320 ont été réformés et 87 sont morts pendant leur période d'instruction.

En résumé, la situation sanitaire de l'armée a été, d'après la statistique que nous avons sous les yeux, bien meilleure en 1892 qu'au cours de l'année précédente. Le gouvernement militaire de Paris s'est trouvé dans des conditions très favorables, mais a eu toutefois des manifestations isolées de fièvre typhoïde à une date antérieure à la substitution de l'eau de rivière à l'eau de source (8 mai 1892) dans le 11e arrondissement.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

QUARANTE-DEUXIÈME ANNÉE — N° 10 — 9 MARS 1895

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

BULLETIN

De la création à Paris de laboratoires d'analyses bactériologiques.

L'un des premiers, mon collaborateur Broca a signalé (*Gaz. hebd.*, 19 janvier 1895) les dangers de contamination que présentent, plusieurs semaines après leur guérison apparente, les malades diphthéritiques. D'où la nécessité de créer des maisons de convalescence pour les malades atteints d'affections contagieuses. M. le Dr Boureau (de Tours) a apporté à l'appui de cette thèse les arguments les plus convaincants (*Gaz.*, 2 février).

Quelques jours plus tard (8 février 1895), notre collègue Sevestre exposait, devant la *Société des hôpitaux*, le résultat de ses observations personnelles et affirmait, avec plusieurs autres médecins, la persistance et la nocuité des bacilles diphthéritiques recueillis sur des sujets présentant toutes les apparences d'un retour complet à la santé. Le savant clinicien résumait ainsi la première de ses conclusions prophylactiques : « Avant de réunir avec des enfants bien portants des convalescents de diphthérie, il faut s'assurer, par l'examen bactériologique, qu'ils ne présentent plus dans la bouche ou dans les fosses nasales de bacilles virulents. Cet examen bactériologique, même lorsqu'il a donné des résultats négatifs, doit être répété à plusieurs reprises à quelques jours de distance. »

Une affirmation de ce genre, émise par un médecin dont l'autorité et l'expérience sont indéniables, ne pouvait manquer de frapper l'opinion publique. En attendant donc l'installation des salles de convalescence réclamées par M. Sevestre, ou mieux des maisons de convalescence dont nous avons demandé la création, il convient de se préoccuper, dans la clientèle urbaine, aussi bien qu'à l'hôpital, de vérifier à quel moment cesse de devenir contagieux un malade diphthéritique.

Or, il importe de le déclarer hautement, que ce soit à la période du début ou à la période de convalescence, la plupart des médecins ne sont point en mesure de faire eux-mêmes les examens bactériologiques reconnus indispensables pour pouvoir affirmer le diagnostic. Alors même qu'ils auraient à leur disposition un laboratoire bien outillé, le temps matériel ferait défaut à la plupart de ceux qui ont la charge d'une clientèle un peu étendue pour se livrer aux recherches nécessaires. Aujourd'hui donc que tous les médecins peuvent obtenir aisément et à peu de frais le sérum antidiphthérique qui leur permet de traiter leurs malades, il est indispensable qu'ils puissent trouver rapidement un laboratoire où tous les examens micro-biologiques seront faits avec les garanties de compétence et de conscience nécessaires.

C'est ce qu'a bien compris la *Société de médecine de Paris*, qui a émis le vœu « d'installer à Paris, soit rue Dutot, soit ailleurs, un laboratoire officiel et gratuit où chaque médecin pourrait demander l'examen microscopique des fausses membranes et exiger des inoculations si ces inoculations lui semblaient nécessaires, tant au point de vue du diagnostic que de la persistance de la contagion de la maladie ».

Rappelant que ce vœu a été adopté par d'autres sociétés médicales et insistant sur la nécessité de son adoption, M. le Dr Wickham, secrétaire de la Société de médecine de Paris, fait remarquer (*France médicale*, p. 126) que de semblables institutions fonctionnent à New-York, à Chicago et à Philadelphie. « Les médecins traitants de ces villes, dit M. Wickham, reçoivent gratuitement des tubes à ensemencement qui, exposés au bureau sanitaire, sont examinés de suite ; le résultat de l'examen bactériologique est communiqué dès le lendemain au médecin ; en une année, il y a eu à New-York 5,611 examens.

» Les médecins anglais et allemands se sont aussi beaucoup occupés, dans ces derniers temps, de la persistance de l'élément contagieux chez les diphthériques cliniquement guéris. M. Catrin, à la séance du 15 février de la *Société médicale des hôpitaux*, en réponse à une communication de M. Netter, a résumé un article très complet de MM. John Washbourn et Edgar Hopword paru dans le *British medical* (n° du 19 janvier) ; les conclusions de nos deux confrères anglais sont absolument identiques à celles formulées par MM. Sevestre et Ladreit de Lacharrière : installation de salles de convalescence pour les diphthériques dans les hôpitaux d'enfants, création d'un

laboratoire d'examens pour les médecins de la ville.

» En Allemagne, l'attention du corps médical a été appelée sur les mêmes faits par M. Wolff, à la Société médicale de Berlin. »

On doit dès lors regretter qu'il n'en soit pas de même à Paris et approuver la campagne entreprise pour assurer la création d'un laboratoire de ce genre.

Ajoutons toutefois que, dans une ville comme Paris, un laboratoire unique nous semblerait insuffisant. Tout en approuvant l'installation d'un laboratoire *officiel* pour les examens microbiologiques qui seront faits *gratuitement*, nous espérons bien que, dans plusieurs quartiers de Paris, les laboratoires chimiques et bactériologiques qui existent déjà et qui fonctionnent au grand bénéfice des médecins, se développeront de manière à offrir à ceux-ci toutes les garanties désirables. Nous persistons à penser, en effet, que la gratuité des médicaments de première nécessité et des examens ou analyses biologiques doit être très largement accordée à tous les nécessiteux, mais qu'il importe d'imposer à ceux qui sont en mesure de le faire la rémunération des examens qu'ils réclament. Alors que le médecin et le chirurgien exigent des honoraires souvent assez élevés, nous ne voyons pas pourquoi un spécialiste payé par la Ville ou par l'Etat les aiderait, sans recevoir aucune subvention, dans la tâche qui s'impose à leur conscience. Les recherches microbiologiques seront d'autant mieux faites que le laboratoire où elles seront entreprises sera mieux outillé. Les subventions qu'il recevra de la part des médecins de la ville contribueront à assurer son fonctionnement. La Ville de Paris, dont le budget ne peut pas être indéfiniment accru, n'aurait dès lors qu'à payer les premiers frais d'installation d'un laboratoire central qui servirait de modèle aux laboratoires privés. Sous ces quelques réserves, nous approuvons hautement les vœux émis par plusieurs sociétés savantes. Nous croyons savoir que l'Académie de médecine sera appelée à s'y associer. Dans les conditions où s'exerce aujourd'hui la médecine, il est indispensable qu'ils soient écoutés.

L. Lereboullet.

REVUE GÉNÉRALE

De la fièvre aseptique consécutive à certaines lésions traumatiques.

L'observation clinique a démontré qu'une hyperthermie, de fréquence, de durée et d'intensité variables, peut survenir à la suite de lésions traumatiques où le degré le plus léger d'infection microbienne ne saurait être incriminé.

Toutes les lésions traumatiques aseptiques peuvent donner lieu à de l'élévation thermique : les *fractures fermées*, aussi bien chez l'adulte (1) que chez l'enfant (2); les *contusions* où les tissus sous-dermiques sont lésés dans leur vitalité alors que la peau ne présente aucune effraction capable de livrer passage à un germe quelconque; les *traumatismes articulaires* avec production d'hydarthrose ou d'hémarthose (1), sans que la cavité synoviale soit ouverte et envahie par des germes venus du dehors. La fièvre observée dans ces conditions revêt des caractères spéciaux, qui la séparent nettement de la fièvre traumatique ordinaire ou septique, caractères qui sont ainsi résumés par Gangolphe et Josserand (2): « Absence de porte d'entrée; apparition le plus souvent de suite après l'accident; absence de frisson; faible élévation habituelle et souvent courte durée de la fièvre; enfin défaut de retentissement sur l'état général. »

D'autre part, les plaies opératoires faites suivant toutes les règles de l'asepsie et de l'antisepsie actuelles; la section sous-cutanée d'un vaisseau amenant un gros épanchement; la gangrène aseptique des membres consécutive à des contusions ou à des oblitérations vasculaires (3) peuvent produire une fièvre dont les caractères sont analogues à ceux que nous avons signalés plus haut, de sorte qu'il est impossible d'en chercher la cause dans une infection microbienne même atténuée.

Si l'existence clinique de la fièvre dans les traumatismes aseptiques est suffisamment établie, et acceptée par tous les auteurs, la pathogénie de cette fièvre n'est pas complètement élucidée, et l'accord est loin d'être fait sur le mécanisme qui la produit. Nous allons examiner successivement les hypothèses mises en avant pour expliquer la pathogénie de l'élévation thermique à la suite des traumatismes aseptiques. Nous essayerons de voir quelle est, parmi ces théories, celle qui satisfait le mieux l'esprit, explique le mieux les faits établis par la clinique, et repose sur les preuves expérimentales les plus sérieuses.

Rejetons tout d'abord l'explication donnée par Weber, Bergmann, Verneuil, pour lesquels cette fièvre n'est qu'un degré atténué de fièvre septicémique. Une telle explication, qui peut à la rigueur se soutenir quand il s'agit de fièvre post-opératoire, n'est pas capable d'expliquer la fièvre des fractures simples, de l'hémarthrose, de la gangrène aseptique. En effet, dans l'hyperthermie qui survient dans ces conditions, deux arguments plaident contre l'hypothèse de Weber, Bergmann, Verneuil : d'abord l'absence de porte d'entrée, et ensuite le contraste remarquable qui existe entre les caractères de la fièvre aseptique et de la fièvre par septicémie. A la fièvre septique appartiennent tous les signes généraux de l'infection, la prostration des forces, le trouble des fonctions digestives, la langue sèche, l'état général grave. Ces caractères sont tout juste l'opposé de ceux qu'on reconnaît à la fièvre qui nous occupe; à tel point que si les recherches thermométriques n'avaient pas révélé la fièvre, les patients eussent souvent été considérés comme absolument apyrétiques, tant est grande l'opposition qui existe entre l'élévation de la température et l'état général du malade.

On ne peut davantage invoquer une infection d'ordre interne, où les microbes pénètrent dans l'organisme par un organe tel que le tube digestif, par exemple. Dans les cas où une infection de ce genre est devenue possible, elle donne lieu à une fièvre à caractères septicémiques, et entraîne au siège de la fracture des phénomènes inflammatoires qui souvent aboutissent à la suppuration et peuvent entraîner la mort. De tels cas existent, mais

(1) Famechon. Contribution à l'étude de la courbe thermique de quelques fièvre traumatique. *Thèse de doctorat*, Paris, 1876, n° 29. — Demisch, *Dissert. inaug.*, Zurich, 1885.

(2) A. Broca, De la fièvre dans les fractures fermées chez l'enfant. *Mercredi médical*, 1895, p. 49.

(1) A. Broca, L'hémarthrose du genou chez l'enfant. *Presse Médicale*, 1894, p. 397.

(2) Gangolphe et Josserand. De la fièvre dans les fractures simples. *Rev. Chir.*, 1891, p. 445.

(3) Gangolphe, *Soc. des sciences méd. de Lyon*, février 1890. *Lyon médical*, 1890, t. LXIII, p. 383. — Mouisset, *ibid.*, t. LXV p. 226. — Montalti. *Etude sur la fièvre aseptique consécutive à l'oblitération vasculaire.* Thèse de Lyon, 1891.

ils sont très rares (1) et l'on ne saurait assimiler ces exceptions aux cas si nombreux de fièvre aseptique. Rappelons que dans les fractures fermées chez l'enfant, nous avons constaté la fièvre 32 fois sur 64 cas. D'ailleurs, cette hypothèse d'une infection d'ordre interne n'est qu'une variante de la précédente; elle répond à l'un des arguments que nous avions opposés précédemment, savoir l'absence de porte d'entrée périphérique; mais l'autre preuve, les caractères si nets de la fièvre, subsiste tout entière.

Maunoury (2) dans une thèse inspirée par Verneuil, pour expliquer l'hyperthermie des traumatismes exempts d'infection, a incriminé le rappel d'une affection fébrile antérieure. Il s'agit donc, dans la pensée de l'auteur, d'une fièvre *épitraumatique*, qui peut encore reconnaître comme cause une pyrexie accidentelle évoluant à l'occasion du traumatisme. De tels faits peuvent exister; on sait notamment qu'une récidive de fièvre palustre éclate quelquefois à l'occasion du traumatisme (3); mais ces faits sont certainement très rares, car la majorité des auteurs mentionnent, dans leurs observations de fièvre aseptique, qu'ils ont soigneusement cherché toutes les causes susceptibles d'expliquer l'hyperthermie, mais n'ont pu en trouver aucune en dehors du traumatisme.

Les trois hypothèses que nous venons d'examiner et de rejeter cherchent la cause de la fièvre dans une infection d'ordre interne, d'ordre externe, ou dans une maladie accidentelle n'ayant avec le traumatisme qu'une relation chronologique.

Si l'une de ces hypothèses était la vraie, le nom de fièvre aseptique serait un non-sens, et il faudrait dire fièvre septique atténuée ou modifiée. Mais la dénomination de fièvre aseptique doit être conservée, comme nous espérons le montrer par l'examen des théories suivantes, qui ont cherché ailleurs que dans une infection la cause de l'élévation de température.

Famechon et Demisch, s'occupant exclusivement de la fièvre dans les fractures fermées, ont soutenu que la température s'élève par la simple exagération des phénomènes nutritifs, et par suite de l'accroissement du travail physiologique nécessité par la formation du cal. Cette théorie repose sur certains détails d'observation clinique. Demisch a observé, par exemple, que dans les cas fébriles la durée est moindre et la consolidation plus rapide que dans les cas apyrétiques. Bien que cette explication soit séduisante, nous ne pouvons nous y rallier, et cela pour plusieurs raisons. Tout d'abord les auteurs qui ont porté leur attention sur cette question après Demisch n'ont pas confirmé ses conclusions. Ainsi D. Mollière (4) n'a trouvé aucune concordance entre l'état fébrile et la rapidité de la consolidation. Nous-même, en ce qui concerne les enfants, n'avons pu constater aucune relation entre l'existence de la fièvre aseptique d'une part, et d'autre part la rapidité de la guérison et le volume du cal. Ensuite cette explication, qui s'applique aux fractures, n'est plus aussi bien de mise quand il s'agit de lésions d'un autre genre, par exemple d'épanchements intra-articulaires séreux ou hémorrhagiques, ou encore de gangrène par oblitération vasculaire. Enfin elle ne repose sur aucune preuve expérimentale, car la fièvre qu'on provoque chez les animaux par des fractures multiples peut aussi bien, sinon mieux, être expliquée par une interprétation différente. Un dernier argument qu'on peut opposer à la théorie de Famechon et Demisch est le

(1) Béraud, Suppurations dans les fractures fermées. *Th. de doct.* Paris, 1886-87, n° 182.
(2) Maunoury, Etude clinique sur la fièvre primitive des blessés. *Th. de Paris*, 1887, n° 110.
(3) Verneuil, *Traumatismes et complications*, Paris, 1886.
(4) D. Mollière, *Clinique chirurgicale*, 343.

suivant : si l'hyperthermie était bien due à l'accroissement du travail physiologique nécessité par la formation du cal, elle devrait durer jusqu'à la consolidation de la fracture, jusqu'à la cessation de l'accroissement du cal. Or, il n'en est rien. Tous les observateurs sont d'accord pour dire que la fièvre aseptique ne dure que quelques jours au début du traumatisme; exceptionnels sont les cas où elle se prolonge, par exemple dans les cas de fracture, jusqu'à la consolidation complète.

Dans un autre ordre d'idées, on a voulu faire de la fièvre dont nous parlons un acte réflexe, un phénomène réactionnel, ayant un mécanisme uniquement nerveux (1). La lésion des terminaisons nerveuses au niveau du point malade serait le point de départ d'un réflexe dont l'aboutissant serait l'élévation thermique. Cette théorie repose sur la fameuse expérience de Claude Bernard. Si l'on enfonce un clou dans le sabot d'un cheval, la fièvre s'allume. Si l'on a coupé au préalable les nerfs centripètes qui partent du point lésé, la fièvre ne se développe pas. « Malheureusement, nous dit Bouchard (2), l'expérience est inexacte. Si le clou, en rendant possible une infection, provoque une lésion locale, la fièvre se produit, même si les nerfs sont sectionnés. Si l'on empêche l'infection locale, le clou ne provoque pas la fièvre, même quand les nerfs ne sont pas sectionnés. » L'expérimentation n'est donc pas favorable à la nature réflexe de la fièvre aseptique; l'observation clinique ne l'est pas davantage. Par exemple, les névralgies faciales, les crises fulgurantes du tabes restent apyrétiques; et en somme rien n'est moins prouvé que l'influence de l'excitation des nerfs périphériques sur l'élévation de la température.

Reste une dernière théorie, qui voit dans la fièvre traumatique aseptique une fièvre de résorption. Quelle est la substance résorbée qui élève la température : le fibrin-ferment de Schmidt, ou les éléments anatomiques mortifiés et devenus corps étrangers? Ou encore les substances pyrétogènes sont-elles, comme le veulent Gangolphe et Courmont, le produit d'une sécrétion spéciale, morbide, pathologiquement déviée, des éléments anatomiques, dont la vitalité est troublée par le traumatisme? Disons-le tout de suite. Ces explications, qui paraissent différentes, ne sont pas exclusives l'une de l'autre. Toutes reposent sur des expériences bien faites, et peuvent se concilier.

Le fibrin-ferment, découvert par Schmidt, aurait la propriété de faire coaguler le sang. Il ne se trouve jamais à l'état de liberté dans le courant sanguin, mais se forme, quand le sang est stagnant ou extravasé, aux dépens des globules blancs.

Edelberg (3) et Kœhler (4), reprenant les expériences de Schmidt, établissent que l'injection du fibrin-ferment, outre des thromboses et des embolies, amène une élévation de température.

Riedel (5) remarqua que les fractures fébriles s'accompagnaient de l'apparition dans les urines de cylindres et souvent d'albumine, ce qui n'existait pas dans les fractures non fébriles. Il produisit par des fractures multiples des troubles urinaires analogues chez un lapin, et put constater une accumulation de substance pigmentaire brune dans les canalicules urinaires du rein. L'in-

(1) Bowlby, A note on the cause of pyrexia in cases of simple fracture. *Saint Bartolomew Hosp. Rep.*, Londres, t. XX, p. 241.
(2) Bouchard, Les doctrines de la fièvre, *Sem. méd.*, 1893, p. 177.
(3) Edelberg, Klin. und Exper. Untersuchungen ueber das Wundfieber bei den antiseptischen Behandlung. *Deutsche Zeitschrift für Chir.*, 1879. Band XIII, p. 62.
(4) Kœhler, *Dissertation inaug.*, Dorpat, 1877.
(5) Riedel, Ueber das Verhalten des Urins nach Knochenbrüchen. *Deutsche Zeitschrift für Chir.*, Band X, 1878, p. 539.

jection de fibrin-ferment dans les veines ayant amené les mêmes lésions rénales, il en conclut que la fièvre des fractures simples est imputable au fibrin-ferment.

Pour Volkmann (1) la fièvre traumatique aseptique s'explique par la résorption des détritus des éléments anatomiques, dont la vitalité a été abolie ou compromise par le traumatisme. Des recherches faites par des expérimentateurs nombreux montrent le bien fondé de l'hypothèse de Volkmann. Ainsi Roger (2) a constaté le pouvoir thermogène des extraits de muscles, qu'on obtienne ces extraits à chaud ou à froid, au moyen de l'eau ou de l'alcool. Ainsi encore les produits de destruction de globules sanguins injectés dans le sang provoquent de la fièvre. Non seulement les parties solides, mais aussi le sérum sanguin est thermogène: Hayem (3) en injectant la sérosité sanguine qui filtre à travers les parois des vaisseaux, le liquide de l'hydrocèle par exemple, a réussi à élever la température. D'une façon générale tous les extraits d'organes ont des propriétés pyrétogènes (Straus, Roux (4), Bouchard, Charrin (5), Roger (6), Rouquès (7).

On voit donc que l'hypothèse autrefois émise par Volkmann se trouve confirmée aujourd'hui par les expériences d'auteurs nombreux. Toutefois cette théorie, qui attribue la fièvre traumatique aseptique à la résorption des détritus des éléments anatomiques mortifiés, ne saurait convenir à tous les cas. Bien que la fièvre soit d'autant plus forte, dans les fractures par exemple, que l'épanchement est plus abondant (observation de Bruns, Gründler, Gangolphe); bien que nous-même, chez les enfants, ayons constaté qu'une des causes prédisposantes les plus importantes était l'existence d'un gonflement, d'une ecchymose, d'un épanchement, néanmoins un certain nombre d'arguments empêchent de généraliser cette théorie à l'universalité des cas, et de nier toute autre cause d'élévation thermique dans les lésions traumatiques aseptiques. Contre elle plaident d'une part les observations de Maunoury: contusions violentes où le nombre des éléments détruits est considérable, et où l'on n'a pas noté d'élévation de température, d'autre part, la marche particulière de la fièvre observée par Gangolphe dans quelques cas de gangrène aseptique, à savoir la diminution progressive de la fièvre à mesure que le nombre des cellules mortifiées augmente, et sa disparition presque totale lorsque la momification du membre gangrené est achevée. Se basant sur ces faits cliniques, Gangolphe a conçu une explication nouvelle de la fièvre aseptique. L'hypothèse de Gangolphe a trouvé dans les expériences de Courmont une base expérimentale.

Il nous reste donc à exposer l'idée nouvelle apportée dans la discussion par ces deux auteurs; nous allons le faire d'après la thèse de Montalti (Lyon, 1891) qui relate à la fois les observations cliniques de Gangolphe inspirateur de la thèse, et les expériences de Courmont.

Il s'agit toujours d'une fièvre de résorption, mais la substance pyrétogène est sécrétée par les éléments anatomiques; elle est non plus le résultat de la composition chimique de ces éléments, mais le produit d'une sécrétion morbide, déviée à la suite du traumatisme.

Gangolphe a vu dans deux cas de gangrène aseptique, consécutifs le premier à une contusion, le second à une embolie, des températures persistant plusieurs jours et pouvant aller jusqu'à 40°. Cette température ne pouvait s'expliquer ni par une inflammation viscérale, ni par une maladie concomitante, ni par une infection quelconque d'ordre externe ou interne. Le malade qui fait le sujet de la seconde observation ayant subi l'amputation de son membre nécrosé, Courmont a fait macérer dans l'eau le membre amputé, puis a injecté dans les veines de divers animaux (lapin, chien) le produit de la macération filtrée avec l'appareil à pression de d'Arsonval. Il a ainsi réussi à produire de la fièvre chez les lapins et les chiens.

Cette expérience prouvait simplement que le membre gangréné renfermait des substances pyrétogènes; restait à démontrer que ces substances étaient non pas un produit de décomposition, mais un produit de sécrétion. Cette démonstration Courmont a essayé de la faire en instituant une série d'autres expériences. Chez de jeunes béliers, il a ligaturé en masse le cordon et ses enveloppes, en ayant soin de disposer la ligature de telle sorte qu'à un moment donné, on puisse la relâcher. Nous ne pouvons donner le détail de ces expériences, et nous nous bornerons à reproduire les conclusions de Courmont:

Le fait de poser une ligature sur les deux cordons testiculaires et de transformer par conséquent la région des bourses en une masse vouée à la nécrobiose, n'élève pas sensiblement la température centrale du bélier en expérience. Cela se comprend parfaitement dans l'hypothèse qui attribue l'élévation de la température à la résorption des produits solubles fabriqués au niveau de la région nécrobiosée. La circulation de retour ne pouvant se faire, la résorption est impossible. La légère élévation de température que l'on constate cependant est due à la résorption des produits formés au niveau même du point ligaturé, qui seuls peuvent passer dans la circulation générale, les bourses de l'animal se trouvant dans le même état, au point de vue de la résorption, que le membre humain gangréné lorsque le sillon est bien formé.

Si l'on enlève la ligature en ayant soin de ne pas attendre trop longtemps, il y a une hyperthermie considérable qui provient sans doute de la résorption des produits sécrétés et entraînés par la circulation des petits îlots où cette fonction s'est rétablie. La résorption de ces territoires étant faite, la température redescend à la normale.

Ces conclusions, rapprochées des observations cliniques de Gangolphe, permettent d'exposer ainsi la théorie: « Dans les gangrènes aseptiques, les éléments cellulaires sont déviés de leur fonctionnement physiologique par les troubles de nutrition; sous cette influence, ils sécrètent des produits solubles, des alcaloïdes qui, passant dans le courant circulatoire, vont activer les centres calorifiques. Nous voyons ainsi pourquoi dans nos observations la température se maintient tant que les cellules sont encore capables d'un travail pathologique. Mais à mesure que la mortification s'accentue, la quantité de matière sécrétée diminue, et la température baisse progressivement; enfin, quand le membre est momifié, il n'y a plus de cellules vivantes, et la fièvre disparaît totalement » (Montalti).

De ce rapide examen de théories diverses, on peut conclure que:

La fièvre aseptique est une fièvre de résorption; les substances résorbées sont des produits de décomposition

(1) Volkmann et Genzmer, Ueber septiches und aseptisches Wundfieber. *Sammlung klinischer Vortræge*, 1877, n° 121.
(2) Roger, *Soc. de biologie*, 1893, p. 631.
(3) Hayem, *Leçons sur les modifications du sang*, 1882.
(4) Roux et Chamberlan, Sur l'immunité contre le charbon conférée par des substances chimiques. *Ann. de l'Institut Pasteur*, Paris, 1888, p. 405 (voy. p. 409-410, Hyperthermie par injection d'extrait de rate).
(5) Charrin et Ruffer, Mécanisme de la fièvre dans la maladie pyocyanique. *Comptes rendus de la Soc. de biol.*, Paris, 26 janvier 1889, p. 63 (Hyperthermie par injection de bouillon pur, stérilisé).
(6) Roger, *Soc. de biologie*, 1891, p. 727.
(7) Rouquès, *Substances thermogènes extraites des tissus animaux sains*. Thèse de Paris, 1893, n° 23.

des éléments anatomiques mortifiés, ou des produits de sécrétion de ces mêmes éléments anatomiques, déviés dans leurs actes physiologiques. A la fièvre septique causée par l'absorption des toxines microbiennes, il faut opposer la fièvre aseptique causée par l'absorption de toxines organiques (ptomaïnes, leucomaïnes). L'observation clinique et l'expérimentation semblent avoir établi ce point de pathologie générale.

A. Broca et R. Lacour.

TRAVAUX ORIGINAUX

Contribution à l'étude de la cystostomie sus-pubienne chez les prostatiques (*Opération de Poncet*), par le docteur J. Tellier, ex-chef de clinique à la Faculté de médecine de Lyon.

Les indications de la cystostomie sus-pubienne, telles qu'elles ont été posées par M. le professeur Poncet, sont actuellement acceptées par le plus grand nombre des chirurgiens. Les avantages incontestables de cette opération sont démontrés par les résultats immédiats et éloignés; on n'a pour s'en rendre compte qu'à consulter soit les travaux de M. Poncet lui-même (1), soit les publications de ses élèves (2), où sont traitées, discutées et résolues toutes les questions importantes relatives aux indications, au manuel opératoire, aux résultats, etc.; en un mot, la cystostomie sus-pubienne chez les prostatiques est aujourd'hui une intervention bien réglée dans la plupart de ses détails, et l'on peut affirmer qu'elle ne tardera pas à devenir classique.

Il peut arriver cependant que l'opération-type ne puisse s'adapter aisément à certains cas; et l'on conçoit la possibilité de rencontrer certaines difficultés d'intervention, par exemple, qui pourront forcer le chirurgien à modifier tel ou tel point du manuel opératoire. La présente étude a précisément pour principal objet d'appeler l'attention sur une difficulté de ce genre, et de montrer que, même sous une forme atypique, l'opération de Poncet garde tous ses avantages et atteint le but poursuivi par des moyens un peu différents de ceux qui sont mis en usage dans l'opération typique.

I

Dans la cystostomie sus-pubienne telle que M. Poncet l'a décrite et la conseille, un des temps à coup sûr importants est la suture méthodique des bords de la vessie avec les bords de la paroi abdominale, de telle sorte qu'il y ait continuité directe entre la plaie vésicale et la plaie cutanée. Cette suture présente, en effet, des avantages immédiats ou post-opératoires, et enfin plus tard des avantages fonctionnels qu'on peut appeler définitifs. Grâce à elle, on se met d'une façon aussi complète que possible à l'abri des accidents d'infiltration urinaire, non seulement en isolant de la vessie les tissus voisins, mais aussi en maintenant de la sorte une large ouverture pour l'écoulement facile de l'urine.

Si l'on songe que la plaie vésicale, très variable comme profondeur, est toujours cependant située au fond d'une cavité présentant des bords d'une hauteur de plusieurs centimètres, que d'autre part elle peut ne point répondre exactement comme orifice à celui des autres parties molles, on comprend que différentes conditions fâcheuses se trouvent ainsi réunies pour gêner l'écoulement de l'urine. Or la condition mécanique la plus favorable à l'infiltration urineuse étant la difficulté pour l'urine de se faire aisément jour au dehors, on s'explique facilement l'importance de la suture et, pour mieux dire, sa nécessité. Elle seule permettant à l'urine d'être expulsée sans efforts, à la façon de l'eau qui s'écoule d'une source à la surface du sol (la comparaison est de M. Poncet), autorise à n'introduire dans l'infundibulum vésico-cutané ni sonde, ni drain, ni instrument d'aucune sorte destiné à assurer l'évacuation de la vessie.

Cette absence de tout corps étranger dans les voies urinaires a pour M. Poncet une très grande importance, surtout lorsqu'il s'agit de malades infectés, alors que toute manœuvre chirurgicale nouvelle est contre-indiquée et qu'il est de toute nécessité de se mettre le plus possible à l'abri d'une infection nouvelle surajoutée. Les corps étrangers dont nous parlons ont à coup sûr une utilité fonctionnelle de premier ordre, mais peuvent être aussi une arme dangereuse. Un prostatique cystostomisé est, comme l'a souvent dit M. Poncet, un *noli me tangere;* la fonction assurée, et c'est là le principal avantage de la cystostomie, l'opéré, tout au moins pendant les premières semaines, doit être laissé dans un repos complet. Il faut savoir attendre que les urines soient redevenues claires, que les signes d'empoisonnement urinaire aient disparu, etc., pour songer à pallier aux inconvénients d'une incontinence complète et se préoccuper du résultat fonctionnel, l'indication dominante étant le plus souvent de sauver le malade.

En outre des inconvénients que nous venons de signaler, c'est-à-dire la possibilité de créer une infection surajoutée, l'introduction et le séjour des sondes dans la vessie peuvent encore avoir pour résultat de provoquer de la cystalgie, des spasmes douloureux, par suite du contact du corps étranger avec la paroi vésicale enflammée.

Il est cependant telles circonstances où les divers temps de la cystostomie sus-pubienne doivent, suivant certaines indications individuelles, être plus ou moins modifiés, et lorsqu'on a pratiqué un certain nombre d'opérations de ce genre, on se rend nettement compte que suivant l'état de la vessie, sa situation et surtout suivant l'épaisseur des parois abdominales, il soit par exemple nécessaire de ne pas chercher malgré tout à pratiquer des sutures; on peut, du reste, de par certaines conditions anatomiques, être dans l'impossibilité de les exécuter, et, dans d'autres cas, les difficultés qu'elles provoquent prolongent l'opération alors que chez des vieillards affaiblis, souvent intoxiqués, la question de rapidité opératoire a une grande importance. Ici encore, comme assez souvent d'ailleurs en chirurgie, le mieux peut être considéré comme l'ennemi du bien. Chez plusieurs de ses cystostomisés, M. Poncet a dû se contenter parfois de quatre, de deux points de suture, au lieu de six, comme il le conseille dans l'opération typique. Il est bon, en tout cas, d'avoir à sa disposition une aiguille de

(1) A. Poncet, *Lyon médical*, février 1889. — Des dangers de la ponction hypogastrique dans les rétentions d'urine. De la cystostomie sus-pubienne. *Mercredi médical*, novembre 1891. — *Congrès de Chirurgie*, 1892. — Fonctions de l'urèthre contre nature après la cystostomie sus-pubienne. *Bulletin médical*, Avril 1892. — Manuel opératoire de la cystostomie sus-pubienne. Cysto-drainage hypogastrique. *Semaine médicale*, 1893. — Indications de la cystostomie sus-pubienne chez les prostatiques atteints d'accidents graves. *Gazette hebdomadaire*, 1894.

(2) Bonan. De la création d'un urèthre contre nature chez les prostatiques. *Thèse de Lyon*, 1892.

Curtillet. *Gazette des hôpitaux*, 1894.

Lagoutte. Des résultats éloignés de la cystostomie sus-pubienne. *Thèse de Lyon*, 1894, et *Gazette hebdomadaire*, 1894. — Voir aussi Boutan, de la cystostomie sus-pubienne. *Thèse de Paris* 1893. —

Lejars. Cystostomie sus-pubienne et cysto-drainage hypogastrique. *Semaine médicale*, 1893, et une *thèse de Paris* récente (1895).

Auneau, *De la cystostomie sus-pubienne à Paris.*

Hagedorn à longue courbure pour faciliter les manœuvres nécessaires au passage des fils; nous avons pu, en une circonstance, nous servir utilement d'une aiguille d'Emmet.

Il ne faut donc pas vouloir à tout prix suturer la muqueuse à la peau, et l'on doit, lorsque l'impossibilité d'amener les bords à l'affrontement a été constatée, savoir se résoudre à placer des drains. Cette conduite variable est d'autant plus justifiée que les conditions anatomiques varient elles-mêmes suivant chaque sujet, et que d'autre part on a pu faire l'incision vésicale au voisinage du col pour avoir ultérieurement un canal plus long, ayant par conséquent plus de chances d'être continent.

Nous admettons donc la nécessité d'être contraints à se servir des drains plongeant dans la vessie. Faut-il, en pareil cas, se servir des tubes Périer-Guyon? nous avons pu, dans un cas que nous rapportons plus loin, le faire sans grand inconvénient, grâce à la présence auprès de notre malade d'un confrère habile et consciencieux qui en surveillait attentivement le fonctionnement. Mais M. Poncet juge préférable de couper les drains au ras de la plaie cutanée, après les avoir fixés par un point de suture métallique. L'écoulement se fait mieux de cette manière, et l'on se trouve ainsi placé dans des conditions plus semblables à celles de la cystostomie typique. Toutefois, il est difficile de poser une règle générale. Si l'on a affaire à une vessie non infectée, lorsque les urines sont claires, les tubes Périer-Guyon peuvent fonctionner sans qu'il soit besoin de les surveiller de trop près; au contraire, lorsque la vessie est infectée, que les urines sont troubles, qu'il y a tendance à la formation de dépôts prostatiques, la conduite préconisée par M. Poncet devra être suivie; on en comprend aisément les motifs. On placera alors un ou deux gros drains fixés aux lèvres de la plaie et coupés au ras de la paroi abdominale, on veillera à ce qu'ils fonctionnent bien, et on les remplacera s'ils venaient à être obstrués.

Combien de temps faudra-t-il les laisser en place? ici encore, il est impossible de préciser et d'adopter une conduite identique dans tous les cas. S'ils sont bien supportés, si leur contact avec la paroi vésicale ne détermine pas de contractions douloureuses, s'ils fonctionnent parfaitement, on peut attendre jusqu'au dixième jour pour les enlever; dans le cas contraire on pourra en faire l'ablation plus tôt.

M. le professeur Poncet a bien voulu nous communiquer l'observation suivante qui, au point de vue opératoire, est à rapprocher des cas qui nous sont personnels; nous l'en remercions bien vivement.

Observation I (M. Poncet). — *Cystostomie sus-pubienne chez un vieux prostatique. Impossibilité de pratiquer la suture vésico-cutanée. Drainage vésical.*

Cystostomie pratiquée le 23 décembre 1894, chez un homme de 66 ans, atteint depuis huit jours de rétention urinaire. Depuis trois jours, impossibilité du cathétérisme; fausses routes étendues, uréthrorrhagies abondantes. Deux ponctions vésicales faites à la campagne. Signes d'infection urinaire. Température 39°, langue sèche, agitation. Il s'agit d'un homme de petite taille, très-gras, vigoureusement musclé, qui, depuis plusieurs années, présentait des troubles fonctionnels d'origine prostatique. La paroi abdominale est épaisse, glisse en tablier au-devant du pubis. La vessie globuleuse se sent facilement par la palpation : elle remonte à un ou deux travers de doigt de l'ombilic. On a de la peine à sentir le pubis. Par le toucher rectal, on sent une hypertrophie prostatique uniforme, du volume d'une mandarine. M. Poncet n'essaye même pas de pratiquer le cathétérisme. On a fait à la campagne des tentatives répétées avec des sondes de calibre et de consistance différents, entre autres avec des sondes métalliques; il s'écoule encore du sang par le méat; à n'en pas douter, il existe des fausses routes et il y a contre-indication au traitement classique par le cathétérisme.

Opération, éthérisation : incision de 7 à 8 centimètres; les muscles grands droits sont très tendus, très résistants; le péritoine, chargé de graisse, descend en tablier comme la paroi abdominale. Par l'incision vésicale s'écoulent environ trois quarts de litre d'urine rouge vineuse sanguinolente, d'odeur ammoniacale. *Le jet est projeté au loin pendant un certain temps.* L'extrémité inférieure de l'incision qui admet aisément le doigt est au voisinage du col. L'exploration vésicale montre l'existence d'un bourrelet prostatique comparable à un gros col utérin, portant au centre un petit orifice circulaire non déformé n'admettant pas l'extrémité du doigt. Le col est très haut placé derrière le pubis; bas-fond vésical très marqué, pas de colonnes, muqueuse d'apparence saine au toucher. La vessie revient sur elle-même sans se globuliser. On saisit assez facilement les bords vésicaux avec des pinces, mais ils sont friables et se déchirent facilement. Impossibilité complète, par suite de l'épaisseur de la couche graisseuse sous-cutanée, de l'épaisseur et de la résistance des muscles, de suturer les bords de la vessie à la peau; tentatives infructueuses avec une aiguille de Hagedorn à grande courbure en demi-cercle. On place alors un drain du volume du petit doigt plongeant dans la vessie et fixé par 2 fils métalliques dans l'angle inférieur de la plaie; dans l'angle supérieur, mèche de gaze idoformée. On essaye sans succès de pratiquer par l'urèthre une injection d'eau bouillie boriquée dans la vessie.

24 décembre. La nuit n'a pas été trop mauvaise; le pansement est souillé par de l'urine sanguinolente. A partir de 6 heures du matin, le malade a eu trois ou quatre crises de cystalgie atroces. Supposant que le contact du drain en est la cause, ablation du tube et de la gaze iodoformée; les urines s'écoulent bien par la plaie en cupule à bords très évasés. Pouls 120. T. R. 39°8; langue sèche.

A midi, nouvelle crise de cystalgie; on enlève les couches de gaze faisant un peu tampon sur l'orifice cutané. A partir de ce moment, en prenant le soin de placer le pansement (coton hydrophile) sous forme de pont, plus de crises douloureuses. Le soir, pouls à 104; T. R. 38°6. Le malade boit avec satisfaction.

25 décembre. Nuit agitée, pas de crises douloureuses. T. 39°.

26 décembre. T. 39°. Le matin vers 8 heures, état grave, tendances à la syncope. Le facies, jusqu'alors vultueux, est ce matin d'une coloration jaunâtre. La plaie est grisâtre; l'urine s'écoule bien; odeur ammoniacale des plus prononcées. P. 120, irrégulier. T. soir 39°9, vomissements.

27 décembre. Nuit agitée, subdélirium. A l'auscultation, gros rhoncus aux deux poumons. T. soir 40°1.

28 décembre. Mort à 9 heures du matin avec tous les signes d'une infection urinaire à marche fatale. Pas de nécropsie.

En dehors du fait particulier qui a empêché de pratiquer ici la cystostomie typique, cette observation prête encore à quelques remarques intéressantes. En premier lieu, elle nous fournit une fois encore des arguments contre la ponction hypogastrique. Nous avons vu en effet que chez ce malade le péritoine descendait en tablier au devant de la symphyse en même temps que la paroi abdominale; il eût été par conséquent impossible de pratiquer la ponction sans le blesser; la cystostomie, opération à ciel ouvert, a prouvé une fois de plus sa supériorité sur la ponction, opération aveugle. En second lieu, il est dit expressément dans l'observation qu'au moment de l'incision de la vessie le jet d'urine a été projeté au loin pendant un certain temps; ce qui est dû à l'état de pression où se trouvait le liquide, mais aussi et surtout à la contraction vésicale; il n'est donc pas toujours vrai de dire que la vessie des prostatiques distendue mécaniquement en cas de rétention, et atteinte dans sa constitution anatomique par la sclérose, a perdu ses qualités physiologiques. C'est évidemment là un point qui appelle de nouvelles recherches que la pratique courante de la cystostomie peut seule permettre de poursuivre.

Obs. II (Personnelle). *Cystostomie sus-pubienne chez un prostatique de 78 ans. Impossibilité de la suture vésico-cutanée. Drainage vésical. Guérison.*

M. X..., de Neuville-sur-Saône, âgé de 78 ans, est un homme très vigoureux, exerçant la profession de pilote. Bonne santé habituelle; surmenage physique considérable; faisait jusqu'à 60 kilomètres à pied tous les jours il y a encore quelque temps. Très sobre, surtout depuis le début des accidents urinaires qui datent d'environ 28 ans; difficultés de la miction, principalement la nuit. Le premier cathétérisme remonte à 15 ans au moins. Depuis, les crises de rétention se sont reproduites très souvent, surtout dans ces dernières années. Depuis deux ans, il est confié aux soins de mon excellent ami le Dr Pierre Bonnet, qui a été appelé une dizaine de fois. A chaque accident de rétention, ce malade, qui voyageait toujours avec des sondes, essayait le cathétérisme, réussissait en général, parfois n'aboutissait qu'à se faire saigner; en pareille circonstance, le médecin appelé parvenait toujours à passer une sonde de Nélaton; — trois ou quatre jours de repos avaient raison des accidents. Au mois de juillet 1894, mêmes accidents, mais avec des phénomènes de cystite. Lavages à l'eau boriquée, puis au nitrate d'argent; térébenthine et salol; amélioration pendant quelques mois.

En décembre, poussée aiguë de cystite, miction tous les quarts d'heure; le malade se sonde et se fait saigner. Sonde à demeure. — Amélioration très légère, puis rechute, avec hémorrhagies vésicales. Je vois alors M. X... pour la première fois, appelé par une lettre du Dr Bonnet me donnant les renseignements rapportés plus haut; j'avais eu soin de me munir des instruments nécessaires pour pratiquer la cystostomie.

T. avant l'opération, 38° 6. Petits frissons, langue sèche, insomnie. — Mictions douloureuses toutes les heures environ. — Urines troubles; — hématuries fréquentes. — Pas de rétention actuellement. — Hypertrophie prostatique peu volumineuse au toucher. Pouls 84; irrégularités cardiaques. Opération le 31 décembre 1894, avec l'aide des Drs Grabinski et Bonnet. — Etherisation pendant laquelle la respiration reste rapide et précipitée, ce qui gêne un peu les manœuvres opératoires. Incision habituelle de 7 à 8 centimètres; couche graisseuse sous-cutanée très épaisse, muscles très tendus. Après avoir récliné en haut les tissus sous-aponévrotiques, on sent derrière le pubis la vessie qui est petite et contractée et qui d'ailleurs n'a pas pu, malgré l'anesthésie, recevoir plus de 80 grammes de liquide. Entre la surface de la paroi abdominale et le col de la vessie, il y a une distance de 9 centimètres; le doigt tout entier est dans la plaie et l'incision vésicale est faite contre l'ongle de l'index avec un bistouri ordinaire et agrandie au bistouri boutonné. Le liquide s'écoule lentement. En déprimant fortement la paroi abdominale, on arrive à explorer la vessie, dont les dimensions sont restreintes. La prostate fait saillie dans la cavité, et paraît modérément volumineuse; hypertrophie uniforme, sans lobe médian bien net. Dans le bas-fond, on sent un calcul de la grosseur de l'extrémité du petit doigt, ayant 2 centimètres et demi de longueur. Il est saisi avec une pince à pansement.

Il est de toute évidence, en présence de la profondeur de la plaie, que les sutures sont impossibles; on place deux drains à la Périer-Guyon, fixés chacun par un fil métallique aux bords de la plaie cutanée. Pas de pansement autre qu'un bloc de coton hydrophile; on s'abstient de saupoudrer la plaie avec de l'iodoforme.

Du 31 décembre au 7 janvier, la T. oscille entre 38°7 et 38° (elle est prise matin et soir, très régulièrement). Les tubes fonctionnent bien, la plaie bourgeonne, l'état général s'améliore; plus de frissons, plus de contractions douloureuses de la vessie (deux seulement, et très affaiblies, le soir de l'opération). Cependant la langue est encore un peu sèche; un peu d'insomnie; l'alimentation n'est pas absolument satisfaisante. On pratique quelques lavages.

Le 7 janvier, ablation du long tube; la plaie est en bon état; l'amélioration augmente les jours suivants; à partir de ce moment, la température reste au dessous de 38°; l'alimentation se fait mieux; 4 ou 5 potages par jour, 2 œufs, un peu de lait et de vin; mais la langue reste sèche et il y a toujours un peu de délire.

Le 13 janvier, le 2e tube est enlevé; l'urine s'écoule bien au dehors. Le 14, elle semble en moins abondante quantité; le médecin traitant pratique un cathétérisme du trajet avec une sonde de Nélaton et rencontre un obstacle qui est constitué par un petit calcul phosphatique bientôt saisi et extrait. Légère tendance à l'eschare sacrée; on fait lever le malade aussi longtemps que possible.

Le 15 janvier, T. 38°7 et 38°9; il n'y a pas eu de selle, malgré l'emploi quotidien des laxatifs.

Du 16 au 31 janvier, température normale. L'état général est allé en s'améliorant, le subdélirium a complètement disparu; l'opéré raisonne comme avant les accidents d'infection urinaire.

Son appétit est devenu meilleur; il prend chaque jour un litre et demi de lait et demande à revenir à son alimentation habituelle. La langue est rose et humide; selle régulière chaque jour; pas d'eschare. Etat général excellent.

Les urines sont devenues claires. Craignant de voir la fistule se rétrécir trop rapidement, on a placé dans le trajet une sonde à demeure (modèle de Pezzer) munie dans la partie correspondant au nouveau canal d'un tube rigide, et fermée par un robinet. Cette sonde est parfaitement supportée. Le malade ne perd plus d'urine, ne se mouille plus; le jour, il reste une heure et demie environ sans ressentir aucun besoin d'uriner; la nuit, il reste facilement 2 heures et même davantage sans évacuer sa vessie. Après, des lavages peuvent être pratiqués par l'urèthre; le liquide ressort clair et transparent par la fistule sus-pubienne. Les urines sont un peu abondantes (2 litres 1/2 par jour), ordinairement claires, parfois un peu louches, sans dépôt abondant.

Aux dernières nouvelles, plus de six semaines après l'opération, la guérison s'est maintenue dans les mêmes conditions.

La cystostomie sus-pubienne a eu chez le malade le triple avantage d'assurer définitivement l'écoulement de l'urine malgré l'impossibilité de la suture vésico-cutanée; de permettre de combattre victorieusement les symptômes d'infection locale et générale, et *d'extraire un calcul assez volumineux*, dont la présence s'accompagnait d'hématuries et dont la production était manifestement secondaire à l'infection vésicale. Aucune autre méthode de traitement n'eût pu procurer de pareils résultats; ce serait, qu'on nous permette l'expression, vouloir enfoncer une porte ouverte que de chercher plus longuement à le démontrer.

Obs. III (Personnelle). *Cystostomie sus-pubienne. — Impossibilité de l'affrontement exact de la vessie à la peau. — Début d'infiltration urinaire. — Guérison.*

Ancien prostatique de 68 ans, amené à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. A. Pollosson, suppléé par le Dr Tellier, avec des phénomènes de rétention datant de plus de deux jours. Impossibilité de pratiquer le cathétérisme; une fausse route a été produite à la campagne. Ecoulement d'un peu de sang par le méat. Pas de fièvre. Au toucher rectal, prostate volumineuse.

Opération d'urgence (8 février 1894). — Malade gras, bien musclé. — Incision habituelle. Paroi abdominale de cinq à six centimètres d'épaisseur, vessie profondément située derrière le pubis. Dans l'impossibilité de placer des fils avec une aiguille ordinaire, on se sert d'une aiguille d'Emmet. L'affrontement de la vessie à la peau ne peut se faire exactement.

Le lendemain, les bords de la plaie sont un peu rouges; la température est cependant normale. Le 2e jour, la rougeur s'est étendue, la température est à 38°8, les signes d'infiltration sont manifestes, on fait sauter les points de suture. L'écoulement de l'urine se fait dans des conditions satisfaisantes. Les jours suivants, la température redevient normale, les signes de phlegmon abdominal ont disparu et le malade quitte le service au bout de trois semaines avec une fistule non continente. Il n'a pas été revu depuis.

II

J'ai eu l'occasion de pratiquer cinq fois la cystostomie sus-pubienne pour remédier à des accidents d'origine prosta-

tique. Les deux faits suivants me paraissent pouvoir être rapportés, comme contribution à l'étude de cette opération. De ces deux observations, intéressantes à différents égards, la première montrera dans quelles conditions de résistance a pu se trouver, grâce à l'intervention, un malade menacé de succomber rapidement au moment où elle a été pratiquée; La seconde nous servira à prouver l'utilité de l'opération, alors même que le chirurgien peut hésiter entre les diagnostics d'hypertrophie simple ou de néoplasme de la prostate.

Obs. IV (Personnelle). — *Cystostomie sus-pubienne chez un prostatique infecté. — Guérison opératoire malgré une pneumonie intercurrente. — Mort au bout de deux mois.*

Vieillard de 65 ans, entré à l'Hôtel-Dieu de Lyon (Service de M. A. Pollosson, suppléé par le Dr J. Tellier). Début des accidents urinaires il y a six ans environ; plusieurs crises de rétention aiguë pendant cette période, et difficulté d'uriner. Le cathétérisme était habituellement pratiqué par le malade lui-même; les urines étaient un peu troubles.

Il y a trois jours, nouvelle rétention, impossibilité de passer la sonde, miction par regorgement; le malade est amené à l'hôpital, l'interne de garde essaye inutilement de faire un cathétérisme prudent avec une sonde molle; il ramène un peu de sang. T. 38°8, petits frissons, langue sèche, subdélirium, dyspnée, petits râles fins aux deux bases. Au toucher, prostate uniformément volumineuse.

La cystostomie est immédiatement décidée et pratiquée (19 mai 1891), deux heures après l'entrée du malade. Opération classique. Sutures vésico-cutanées, affrontement un peu difficile, mais possible.

Le soir même, 39°3. Le malade se sent un peu soulagé, mais les symptômes généraux persistent.

20 mai. — Plus de délire, respiration normale. Le malade ne s'alimente pas; urines encore troubles.

21 mai et jours suivants. — L'état général s'améliore rapidement, le malade prend du lait, la langue est plus humide; la température reste au-dessus de la normale. Polyurie.

Le 29 mai, à la visite, on note une température de 40°2 et une dyspnée intense. La nuit a été agitée; grand frisson, délire. La plaie ne présente rien de particulier. A l'auscultation, signes de pneumonie de la base gauche. Evolution habituelle, guérison. L'orifice vésical a bien fonctionné pendant l'affection pulmonaire.

A partir du 15 juin, pendant quelques jours, assez bon état général. Température prise irrégulièrement, oscillant entre 38°2 et 38°6, comme avant la pneumonie. Mais les forces du malade baissent peu à peu et il meurt dans les premiers jours de juillet. L'autopsie n'a pu être pratiquée.

L'intérêt de l'observation qu'on vient de lire réside dans ce fait, qu'un malade de 65 ans, présentant déjà des signes très nets d'infection urinaire, comme le témoignaient l'élévation de la température, l'état du système digestif et la dyspnée, a été, par le fait de la cystostomie, amélioré au point de pouvoir résister à une pneumonie lobaire aiguë, et l'on connaît la gravité habituelle de cette affection chez les vieillards. L'intervention a été impuissante à arrêter l'évolution de la néphrite, mais elle en a retardé la marche; elle seule eût pu permettre à une thérapeutique appropriée d'en combattre les accidents, si les lésions n'eussent pas été déjà trop avancées.

Obs. V (Personnelle) (1). — *Cancer prostato-vésical simulant une hypertrophie prostatique. Cystostomie sus-pubienne. Soulagement immédiat.*

Un homme de 65 ans entre le 23 février 1894 dans le service de M. A. Pollosson, suppléé par le docteur Tellier. Il n'a pas uriné depuis 24 heures. Son état général est grave, la température est de 39°8; langue de perroquet; subdelirium peu marqué, mais suffisant pour rendre l'interrogatoire très difficile. On apprend cependant que depuis quelques mois les mictions sont devenues plus fréquentes, que les urines sont troubles *et qu'il n'y a jamais eu d'hématurie.* Le toucher rectal montre que la prostate est très volumineuse, on peut cependant atteindre son bord supérieur; on sent par le palper abdominal la vessie qui remonte à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse du pubis. Le malade souffre beaucoup, sans qu'on puisse savoir si ses souffrances sont dues à la rétention d'urine ou si elles existaient antérieurement au même degré; il dit cependant avoir eu des douleurs dès le début de la maladie.

Au moment de l'entrée, l'interne du service a pu pratiquer le cathétérisme avec une sonde à béquille, après une tentative infructueuse avec une sonde de Nélaton. Emission de 100 grammes d'urine absolument trouble et fétide.

Diagnostic : hypertrophie de la prostate; pyélonéphrite ascendante.

La cystostomie est décidée et pratiquée conformément aux indications et au manuel opératoire de M. le professeur Poncet. La vessie apparaît bientôt formant un globe dur; il faut traverser une épaisseur de 15 à 20 millimètres avant d'arriver dans la cavité; il ne sort pas d'urine. On introduit le doigt pour l'explorer, elle est de dimensions restreintes. On sent au niveau de la base une tumeur du volume d'un œuf, assez dure, sessile et saignant facilement. Le diagnostic d'hypertrophie prostatique est dès lors rejeté. Lavage avec la solution boriquée.

Le soir même, la température a baissé (38°6), les douleurs ont disparu. Le malade se sent bien et répond mieux aux questions qu'on lui pose. Lavages de la vessie et de l'urèthre. L'urine est peu abondante mais moins fétide. Dès le lendemain, la température remonte; la quantité d'urine reste la même, l'état général paraît un peu amélioré, le malade meurt cependant, au bout de quarante-huit heures, sans souffrances.

A l'autopsie, on constate que la prostate et le bas-fond de la vessie sont le siège d'une néoplasie épithéliale assez bien limitée à ces deux organes. Pas de prolongements en arrière ou sur les côtés; pas d'envahissement ganglionnaire. Dans la cavité vésicale, on trouve 20 à 30 grammes de liquide infect. Les uretères sont un peu dilatés. Signes d'urétero-pyélonéphrite sans distensions, noyau néoplasique dans le rein gauche.

Nous avons cru pouvoir rapporter ici cette observation, bien qu'il s'agisse d'une affection néoplasique, parce qu'elle nous a paru intéressante au point de vue du diagnostic et du traitement. La marche de l'affection avait fait croire à une hypertrophie prostatique; seuls, les caractères de l'urine, sa fétidité eussent pu permettre de conclure à l'existence d'une tumeur maligne, et encore l'existence de l'infection pouvait-elle jusqu'à un certain point expliquer l'odeur et l'aspect des urines. Quoi qu'il en soit, la cystostomie a ici encore conservé ses avantages; le malade a été immédiatement soulagé, la température a baissé et l'état général s'est légèrement amélioré pendant la courte survie. Nous n'insistons pas davantage; ce serait sortir du cadre que nous nous sommes tracé. Nous avons seulement voulu ajouter à ceux qui existaient déjà un certain nombre de faits nouveaux absolument favorables à la cystostomie typique ou atypique; le faisceau en est actuellement assez considérable pour mettre l'opération de Poncet au-dessus de toute discussion.

(1) Voir la thèse de L. Paul, *Du traitement du cancer de la prostate.* Lyon, 1894.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Amnésie rétrograde consécutive aux tentatives de suicide, par E. Regis (*Archives clin. de Bordeaux*, n° 1, 1894). — Les cas de cette catégorie sont relativement rares encore; l'observation rapportée est celle d'un pendu rappelé à la vie et offrant, à la suite, le tableau psychologique de l'amnésie rétro-antérograde. L'origine de ces diverses variétés de troubles de la mémoire reconnaîtrait comme cause l'auto-intoxication. En ce qui concerne l'action des shocks traumatiques sur les psychoses, celles-ci se modifient assez fréquemment dans le sens de la guérison sous leur

influence, mais parfois aussi, elles ne s'en trouvent pas modifiées.

Psychologie morbide comparée. L'immobilité du cheval, par C. Féré (*Revue neurologique*). — L'auteur a eu l'occasion d'observer chez un cheval des troubles connus des vétérinaires et caractérisés sous le nom d'immobilité, par un état d'abolition de l'excitabilité et de toute activité, rappelant le complexus symptomatique dont on a décrit chez lui la forme simple appelée confusion mentale dans laquelle il existe de l'insensibilité morale et physique.

Paralysie du bras droit et tremblement à forme de sclérose en plaques dans le bras gauche, par Bouchard (*Journ. des Sc. médic. de Lille*, 2 février 1895). — Un malade âgé de 63 ans, admis une première fois à l'asile pour hallucinations et délire de persécution, est atteint de deux ictus successifs, dont il lui reste une hémiplégie droite. Il offre, de plus, dans le bras gauche, un tremblement qui n'apparaît qu'à l'occasion des mouvements volontaires et qui est rapporté à de l'hémichorée. Le cerveau seul a été examiné; on y découvre une perte de substance siégeant, dans l'hémisphère gauche, au niveau de la partie antérieure de la couche optique, et empiétant sur la capsule interne au niveau de son genou.

Sur un signe de la paralysie faciale périphérique (Zur Symptomatologie der peripheren Facialis Læhmung), par Ludwig Mann (*Berlin. klin. Woch.*, Bd XII, 94, n° 53, p. 192). — La paralysie faciale, même d'origine périphérique, respecte parfois l'orbiculaire des paupières. D'autre part, elle peut se dissocier en quelque sorte, et se limiter à l'orbiculaire des lèvres.

Obsessions et phobies, par S. Freud (Vienne) (*Revue Neurologique*, 30 janvier 1895, n° 2, p. 33). — L'auteur conteste en premier lieu les deux assertions qu'on répète sur les syndromes « obsessions et phobies ». A son avis, il n'est pas légitime de les considérer comme dépendant de la neurasthénie, non plus que ressortissant à la dégénération mentale. Elles sont des névroses à part reconnaissant un mécanisme spécial; dans les obsessions, l'émotion joue un rôle capital. Dans les phobies, l'état émotif est la peur, soit à l'occasion de choses communes, soit dans des conditions particulières où elle ne l'inspire pas à l'homme sain : ce serait alors d'angoisse qu'il s'agirait. — Névrose anxieuse. — Est-elle d'origine sexuelle, provenant ou de l'accumulation de la tension génésique, par abstinence, ou de l'excitation fruste?

MÉDECINE

Les myosites infectieuses, par Boisson et Simonin (*Arch. de méd. et pharm. milit.*, 1895, n° 2, p. 122). — Les myosites infectieuses de la fièvre typhoïde peuvent être le résultat de l'action de microorganismes pathogènes variés. On a rencontré dans le pus de ces myosites, lorsqu'elles donnaient lieu à des abcès, le bacille d'Eberth, le coli-bacille, le streptocoque, le staphylocoque.

Dans l'observation que publient les auteurs et qui se rapporte à un cas de fièvre typhoïde terminé rapidement par la mort, la myosite a été surprise à la période de développement, avant son évolution vers la suppuration ou la résolution, et l'examen n'y a décelé que la présence du seul staphylocoque doré.

La matité pleurétique, par Donnadieu (*Arch. cliniques de Bordeaux*, 1895, n° 1, p. 1). — Conclusions : 1° La répartition du liquide pleurétique est en rapport avec les actions combinées de la pesanteur et de la capillarité.

2° La limite supérieure de la matité antérieure, en général oblique en haut et en dehors, convexe en haut quand le malade est couché, se rapproche de l'horizontale quand il est assis.

3° Celle de la matité postérieure, convexe en haut quand le malade est assis, tend à prendre une direction perpendiculaire au rachis quand il est couché sur le ventre.

4° Le point culminant de la matité postérieure se trouve, en général, à égale distance du rachis et de l'épaule.

5° En avant comme en arrière, que le malade soit assis ou couché, la limite de matité tend à devenir perpendiculaire à l'axe du corps après une ponction exploratrice et avant que le liquide ne se soit reformé en grande quantité.

6° Le déplacement du niveau supérieur du liquide pleurétique se constate fréquemment surtout au début des épanchements; il peut être considéré comme pathognomonique de ces épanchements.

7° Il est nécessaire de le rechercher en avant, tout près du sternum ; en arrière, sur une ligne verticale passant à égale distance du rachis et de l'épaule. En ces points, il est, en avant de trois centimètres en moyenne, en arrière de six centimètres.

8° Il est beaucoup plus considérable quand la cavité pleurétique contient de l'air en même temps que du liquide.

9° La limite inférieure de la matité peut également se déplacer, mais moins souvent que la limite supérieure, et cette constatation est difficile.

Oreillons et dacryoadénite (Mumps der Thranendrüsen), par Adler (*Wien. med. Presse* 1895, n° 7, p. 241). — L'observation que publie l'auteur est intéressante par l'apparition d'une dacryoadénite au cours des oreillons chez un garçon de 18 ans. Les glandes lacrymales formaient deux petites tumeurs qui avaient considérablement distendu les paupières supérieures. Les glandes sub-linguales, sous-maxillaires et les glandes de la muqueuse buccale étaient également hypertrophiées. Guérison en trois semaines sous l'influence d'un traitement indifférent.

Il n'existe dans la littérature que deux observations analogues : celle de Schrœder et celle de Gordon Norric.

Angines et rhumatisme articulaire aigu (Ueber die Beziehungen zwischen Angina und acuten Gelenkrheumatismus), par Buss (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1894, vol. LIV, n° 1). — Le travail de l'auteur comprend : 1° 12 observations d'apparition alternative d'angines et de rhumatisme articulaire aigu chez des membres d'une même famille; 2° 14 cas de rhumatisme articulaire aigu consécutifs à des angines; 3° une bibliographie très complète, mais un peu disparate, relative à la question des rapports entre les angines et le rhumatisme articulaire aigu, et à celle de l'étiologie du rhumatisme. De l'étude de tous ces faits, l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° Au cours des angines ou après leur terminaison, on observe des douleurs articulaires et même des arthrites que l'on a le droit de considérer comme des manifestations du rhumatisme articulaire aigu.

2° Dans l'exsudat de l'angine lacunaire, de même que dans la synoviale et l'épanchement articulaires des articulations de la polyarthrite aiguë, on trouve les mêmes micro-organismes pathogènes.

3° Le pharynx et les amygdales, d'une façon plus particulière, peuvent devenir le point de départ d'une infection générale de l'organisme avec manifestations articulaires.

CHIRURGIE

Deux cas de déchirure du tympan simulant une fracture de la base du crâne, par Bousquet (*Archives cliniques de Bordeaux*, décembre 1894, p. 568). — Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de 62 ans, qui fait une chute d'une hauteur de 3 mètres, l'occiput contre une pierre et reste trois quarts d'heure sans connaissance. Le blessé une fois amené à l'hôpital, on trouve en arrière de la bosse pariétale droite une plaie contuse du cuir chevelu, et un suintement purulent par l'oreille du même côté. L'examen au spéculum montre à la partie postéro-supérieure du tympan, au voisinage du manche du marteau, une petite perforation arrondie. Pas d'écoulement séreux ni de paralysie faciale. Le malade guérit en quelques jours.

La seconde observation se rapporte à un homme qui, à la suite d'une chute de cheval, resta évanoui pendant 10 minutes, et tomba ensuite dans un état semi-comateux qui persista pendant 3 jours. A l'examen, on ne trouva qu'une plaie contuse du cuir chevelu allant de la protubérance occipitale externe à l'apophyse mastoïde droite; du côté de l'oreille, un écoulement sanguin assez abondant qui ne cessa qu'au bout de 36 heures. L'examen de l'oreille montra l'existence, au niveau de la partie postéro-externe du tympan, d'une perforation de la grosseur d'une tête d'épingle, sans pro-

pagation apparente au cadre osseux. Pas d'écoulement séreux, pas de paralysie faciale, pas d'ecchymose pharyngée. Guérison au bout d'une dizaine de jours.

Perforation d'un ulcère gastrique (Perforation of a gastric ulcer; operation; recovery; remarks), par WALTERS (*Lancet*, 23 février 1895, p. 484). — Observation d'une femme de 20 ans présentant depuis 4 ans le syndrome de l'ulcère de l'estomac et qui, un jour, est prise brusquement de phénomènes péritonitiques. On fit la laparotomie qui permit de constater, sur la face antérieure de l'estomac, vers la petite courbure, au voisinage du cardia, une perforation au centre d'une région épaissie et indurée, d'aspect cartilagineux. Pas d'adhérences, pas de trace du contenu stomacal dans la cavité péritonéale, seulement un peu de lymphe au voisinage de la rate. Suture de la perforation par les sutures de Lembert. Guérison rapide.

L'auteur explique l'absence de péritonite par ce fait bien établi qu'un temps très long s'était écoulé entre le moment où eut lieu la perforation et le dernier repas.

Invagination intestinale (Acute intussusception in an infant aged four months; laparotomy; recovery; remarks), par ROUGHTON (*Lancet*, 23 février 1895, p. 483). — Il s'agit d'une fille de 4 mois prise la veille de douleurs abdominales, de vomissements, d'émission de sang par le rectum. Dans la fosse iliaque gauche, on sentait un empâtement plutôt qu'une véritable tumeur. En introduisant le doigt dans le rectum, on trouvait une masse élastique à peu près au niveau de la fosse iliaque gauche. Sans chercher à réduire l'invagination par les lavements ou les insufflations d'air, on fit la laparotomie, et après avoir amené la tumeur au niveau de la plaie, on fit facilement la réduction. L'invagination s'étendait de la valvule iléo-cæcale à l'S iliaque. L'enfant guérit dans d'excellentes conditions.

Bouton de Murphy (Carcinomatous stricture of transverse mesocolon: successful end-to-end approximation by Murphy's one and a half-inch button), par HAMILTON (*Brit. med. Journ.*, 23 février 1895, p. 411). — Observation d'un homme de 33 ans, laparotomisé pour une tumeur cancéreuse du méso côlon ayant envahi le côlon transverse. Entérectomie et abouchement des deux anses à l'aide de sutures de Lembert. Guérison complète.

GYNÉCOLOGIE

Opération d'Alexander (Alexander's Operation), par KUSTNER (*Centr. f. Gynækol.*, 1895, n° 7, p. 177). — L'auteur décrit dans son travail les modifications qu'il a introduites dans l'opération d'Alexander et grâce auxquelles il a obtenu des résultats excellents dans trente cas de rétro-version avec rétro-flexion de l'utérus resté complètement mobile. L'opération est conduite de la façon suivante :

L'utérus étant mis en position normale, on fait sur le ligament de Poupart ou juste au-dessus une incision de 6 à 8 centimètres, parallèle au ligament et partant du tubercule du pubis. Le fascia superficialis mis à nu, on fend avec un coup de ciseaux le canal inguinal, on isole le ligament rond et on l'attire au dehors jusqu'à ce qu'on aperçoive le conduit vagino-péritonéal à travers lequel on fait passer la première suture au catgut qui traverse en même temps le fascia superficialis. On place une seconde suture analogue, puis deux ou trois autres qui fixent la partie libre du ligament à l'aponévrose et aux parties molles jusqu'à l'angle externe de la plaie, et on coupe ce qui reste de la plaie. Il ne reste plus qu'à placer quelques sutures profondes et à fermer la plaie par une suture à étage.

Pour éviter la formation d'un « espace mort », on peut placer une suture de compression, c'est-à dire suturer au-dessus de la ligne de sutures et parallèlement à celle-ci, deux plis de la plaie. Le drainage devient alors inutile et la plaie guérit par première intention.

Pansement; pas de pessaire; repos au lit pendant huit ou dix jours. Les malades quittent l'hôpital quinze jours à trois semaines après l'opération.

Exagération du réflexe rotulien pendant la grossesse et le travail (Ueber das Verhalten der Patellarreflexe beim Schwangeren Weibe), par J. NEUMANN (*Centralb. f. Gynækol.*, 1895, n° 8, p. 201). — L'auteur a examiné l'état des réflexes rotuliens chez 500 femmes de la clinique de Chrobak. Il a trouvé les réflexes rotuliens presque toujours légèrement exagérés pendant la grossesse. Cette exagération s'accentue vers la fin de la grossesse pour acquérir un caractère vraiment pathologique pendant le travail, surtout à la période de dilatation du col. Un simple attouchement de la peau au-dessus du tendon rotulien suffit pour provoquer le réflexe. Du reste, tous les réflexes tendineux sont exagérés à ce moment, si bien que le phénomène du pied peut être provoqué avec la plus grande facilité.

L'auteur explique ce phénomène en admettant une transmission de l'irritation du centre des contractions utérines au centre des reflexes rotuliens, les deux centres étant situés l'un près de l'autre.

L'état d'excitabilité particulière dans lequel se trouve le système nerveux central chez les femmes enceintes, surtout au moment du travail, se manifeste encore par d'autres phénomènes d'ordre réflexe, tels l'entrée en jeu de la presse abdominale, les évacuations involontaires de la vessie, les vomissements, la tétanie, etc.

BIBLIOGRAPHIE

Atlas iconographique de l'anatomie normale du corps humain composé de 16 grandes planches chromolithographiques, par le Dr S. LASKOWSI, professeur d'anatomie à l'Université de Genève, exécuté d'après les préparations et sous la direction de l'auteur par S. BALICKI. — Genève, Braun et Ce, 1894.

Bien connu de tous les anatomistes parisiens par ses ingénieuses préparations qui figurent au musée Orfila, et par un enseignement libre qui ne fut pas sans éclat, le professeur Laskowski a fondé à l'Université de Genève, dont il a été le doyen, un institut anatomique qui y attire de nombreux étudiants. Ses leçons substantielles et d'une grande clarté, ses préparations exécutées avec autant d'habileté que de science, son activité et son dévouement, qui sont à la hauteur de la tâche laborieuse qu'il a assumée, lui ont acquis en Suisse aussi bien qu'à l'étranger une légitime notoriété.

L'œuvre nouvelle qu'il publie aujourd'hui est luxueusement éditée et préparée avec un soin et une conscience qui méritent les plus grands éloges. Ce n'est point à vrai dire un livre destiné aux étudiants. Ceux-ci n'y trouveraient pas tous les détails anatomiques (insertions précises des muscles, ligaments articulaires, origines apparentes ou réelles, trajet et terminaison des nerfs, etc.) qu'il est nécessaire de bien connaître. Ce n'est pas d'ailleurs dans un livre ni sur des planches, si bien faites qu'elles soient, c'est en disséquant sur le cadavre que l'on *apprend* l'anatomie. Aussi, en publiant cet atlas iconographique, le professeur Laskowski a-t-il eu principalement en vue l'enseignement oral dans les écoles supérieures et dans les écoles professionnelles. C'est pour aider les maîtres à mieux faire connaître l'anatomie humaine, c'est pour éclairer leur enseignement, leurs leçons de choses, qu'a été imprimé ce traité, qui devra servir aussi bien aux artistes qu'aux médecins.

Les planches qui le composent sont au nombre de 16, représentant le squelette et les os, les principales articulations, une vue d'ensemble (puis une étude spéciale pour chaque système organique) des muscles, des vaisseaux, des appareils digestif et respiratoire, des nerfs, des organes des sens, etc.

Ces planches sont imprimées en chromolithographie et l'on comprend toute la peine qu'à nécessitée cette impression, tous les frais qu'elle a occasionnés. On comprend aussi que, pour les faire exécuter avec la minutieuse exactitude avec laquelle elles ont été dessinées, il ait fallu autant de science que de talent.

Puisse le professeur Laskowski être récompensé par l'estime de ses collègues et la reconnaissante affection de ses élèves de l'abnégation et du dévouement avec lesquels depuis 25 ans il enseigne l'anatomie.

L. L.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

PRÉCIS DE BACTÉRIOLOGIE CLINIQUE, par le docteur R. WURTZ, chef du Laboratoire de pathologie expérimentale à la Faculté de médecine. Un volume in-16 diamant, avec figures dans le texte. Prix : 6 francs. Paris, G. Masson, éditeur.

Ce manuel, destiné à ceux qui désirent mettre à profit les méthodes nouvelles introduites en médecine par la bactériologie, est divisé en trois parties :

I. Description du matériel et des méthodes à employer pour prélever les produits pathologiques. — Etude du sang et du pus. — II. Manifestations locales des maladies infectieuses. Leur bactériologie. — III. Bactériologie générale des maladies microbiennes.

Le lecteur y trouvera les détails de technique indispensables à connaître, au lit du malade et à l'amphithéâtre. Néanmoins, comme il est souvent commode d'avoir sous la main les principales données relatives aux microbes pathogènes, l'auteur a intercalé au cours du sujet des tableaux synoptiques qui permettent d'identifier les micro-organismes que l'on aura isolés avec les espèces pathogènes connues.

La seconde partie comprend l'étude bactériologique des différentes manifestations locales des maladies infectieuses.

La troisième comprend deux chapitres : dans le premier, l'auteur a décrit les maladies dont le microbe pathogène est universellement admis ; dans le second, il a réuni les maladies pour lesquelles les résultats des recherches faites pour isoler l'agent causal sont encore contestés ou douteux.

Thèses de Paris.

LA PARALYSIE PSEUDO-BULBAIRE D'ORIGINE CÉRÉBRALE, par M. André HALIPRÉ.

Il existe une paralysie pseudo-bulbaire d'origine exclusivement cérébrale.

La coexistence de lésions cérébrales et de petits foyers lacunaires intra-bulbaires ne justifie pas dans un cas donné la mention anatomo-clinique de *paralysie cérébro-bulbaire*, car des lésions lacunaires s'observent dans le bulbe des sujets athéromateux n'ayant présenté dans la vie aucun symptôme bulbaire. Il faut, pour qu'un cas mérite l'appellation de paralysie cérébro-bulbaire, que des lésions bulbaires importantes gênant manifestement le fonctionnement des noyaux aient été constatées.

Chez l'enfant, à la naissance, le bulbe seul assure le bon fonctionnement de l'appareil labio-glosso-laryngé. Plus tard le développement des centres psychiques enlève au bulbe son autonomie. Le bulbe est alors soumis au cerveau qui lui donne l'incitation première. Des centres d'habitude, centres automatiques psycho-réflexes, se créent dans les noyaux gris et sont chargés de seconder l'action du cerveau. Ces centres reçoivent de l'écorce l'impulsion première. L'organisation fonctionnelle des actes s'y élabore et est transmise aux noyaux bulbaires.

La destruction des centres psycho-réflexes eux-mêmes, de leurs voies afférentes ou de leurs voies efférentes a pour conséquence la paralysie pseudo-bulbaire.

Ainsi comprise, la paralysie pseudo-bulbaire est une affection spéciale, essentiellement caractérisée par l'abolition des actes psycho-réflexes élaborés dans les noyaux gris sous-corticaux.

Une lésion unilatérale limitée aux centres réflexes d'un hémisphère ne produit habituellement qu'une paralysie pseudo-bulbaire passagère, car dans chaque hémisphère les noyaux gris peuvent assurer le fonctionnement des deux moitiés du bulbe.

Lorsqu'une lésion unilatérale détruit, en même temps que les centres d'un hémisphère, les fibres réfléchies qui passent par le corps calleux et suivent la capsule interne pour gagner après une une deuxième décussation la moitié du bulbe située du côté opposé, cette lésion, bien que unilatérale, produit le syndrome bulbaire à peu près complet. Dans ces conditions, en effet, une moitié du bulbe est privée de toutes connexions avec le cerveau, et l'autre moitié n'a conservé qu'une partie des connexions qui assuraient son fonctionnement normal.

Privé de l'excitation qui lui vient des centres supérieurs, le bulbe peut, au moins chez l'animal, recouvrer en partie son autonomie (Physiologie expérimentale. Expérience de Goltz). Les phénomènes cérébraux chez l'homme sont trop complexes pour qu'on puisse lui appliquer cette conclusion qui dans une certaine mesure expliquerait les améliorations tardives qu'on a observées chez les pseudo-bulbaires.

Au point de vue clinique, la paralysie pseudo-bulbaire se distingue de la paralysie bulbaire vraie par son début brusque, par l'absence d'atrophie des muscles, l'absence de contraction fibrillaire et de réaction de dégénérescence. Chacun de ces symptômes, considérés comme classiques, a été discuté, et nous n'avons pas à reproduire dans les conclusions les réserves formulées sur leur valeur respective. Nous ajouterons comme symptômes plaidant en faveur du type pseudo-bulbaire, l'émotivité du sujet, la régression de certains symptômes au cours de la maladie, la disproportion entre les troubles moteurs et les troubles fonctionnels.

Dans les cas classiques, la lésion est limitée aux deux putamens. Elle respecte le faisceau direct cérébro-bulbaire. L'intégrité de ce faisceau permet au cerveau d'exercer son action sur le bulbe. Ainsi s'exécutent au commandement les mouvements simples, alors que les mouvements coordonnés sont entravés par la destruction des centres de coordination fonctionnelle situés dans les ganglions centraux. C'est l'explication de la disproportion signalée entre les troubles moteurs et les troubles fonctionnels.

Au point de vue anatomique, les lésions sont corticales ou centrales.

Les lésions corticales dépendent des branches collatérales de la sylvienne. Elles ont pour siège la partie inférieure de la frontale ascendante et le pli de passage réunissant la troisième frontale à la frontale ascendante.

Les lésions centrales relèvent des artères perforantes, et surtout des perforantes antérieures. Elles portent sur les deux putamens ou sur leur faisceau efférent, et sur le segment antérieur de la capsule interne.

Ce sont les lésions essentielles. Elles font de la paralysie pseudo-bulbaire une maladie tributaire de l'artère sylvienne.

A côté d'elles existent des lésions secondaires. Ce sont : l'atrophie des fibres d'association réunissant les noyaux gris centraux et passant par le corps calleux, la dégénération secondaire du faisceau cérébro-bulbaire et l'atrophie des cellules bulbaires.

Cette dégénération et cette atrophie cellulaire restant une exception, ne peut-on pas admettre que la constitution du faisceau cérébro-bulbaire diffère sensiblement de celle du faisceau moteur des membres (faisceau pyramidal)? Qu'on le suppose constitué d'un grand nombre de neurones à court trajet, chaque neurone marquant un temps d'arrêt dans la dégénération secondaire, on s'expliquera ainsi et l'absence habituelle de dégénération secondaire, et l'absence d'atrophie même tardive des muscles labio-glosso-laryngés.

La syphilis, touchant fréquemment les artères sylviennes, peut réaliser la lésion centrale et la lésion corticale. Les observations ne sont pas assez nombreuses pour permettre de déterminer la part exacte qui revient à cette affection dans la genèse des paralysies pseudo-bulbaires.

DE LA CURABILITÉ DE LA CIRRHOSE ALCOOLIQUE, par OUDINÉ (Emile).

L'ascite, symptomatique d'une cirrhose du foie, est curable.

La cirrhose alcoolique est très sérieusement améliorée par un traitement sévère et longtemps continué, pourvu qu'elle ne soit pas à la dernière période.

La durée du traitement peut être de plusieurs mois, quand la maladie est soignée durant la période congestive, et de plus d'une année, quand l'affection est dans la deuxième période (météorisme, ascite, œdème des jambes, amaigrissement).

Les purgatifs et diurétiques sont utiles à toutes les périodes, et particulièrement efficaces durant la période congestive.

Le régime lacté, intégral, doit être la base de tout traitement : associé à l'iodure de potassium et à l'hydrothérapie, il permet d'espérer la guérison pour tout malade qui consentira en outre à renoncer définitivement à l'alcool et aux boissons fermentées.

La guérison de la cirrhose alcoolique dépendra beaucoup plus de l'état de résistance des cellules hépatiques que de la médication employée.

VARIÉTÉS

Hôteliers et voyageurs malades. — Le Tribunal civil de la Seine et la Cour de Paris viennent de trancher successivement une question qui présente un véritable intérêt pratique.

Aux termes de cette décision, l'hôtelier n'est pas fondé à réclamer au voyageur qui est descendu dans son hôtel en compagnie de sa famille des dommages-intérêts pour le trouble et le préjudice que lui aurait causés la maladie de l'un des membres de cette famille, survenue au cours de son séjour dans l'hôtel, lorsqu'il résulte d'un certificat délivré par le médecin qui lui a donné ses soins que le transport du malade dans un autre local ne pouvait s'effectuer avant la fin de sa convalescence sans mettre sa vie en danger.

Il en est ainsi alors même que l'hôtelier aurait, dès le début de la maladie, fait injonction au voyageur d'avoir à quitter les lieux loués et l'aurait mis ensuite en demeure de déguerpir par sommation régulière.

Et en effet, le voyageur n'est pas tenu, dans les circonstances ci-dessus rappelées, d'une obligation de faire dont l'inexécution doit se traduire par des dommages-intérêts, conformément aux dispositions de l'article 1147 du Code civil,

car il se trouve, en fait, dans l'une des exceptions prévues par l'article 1148 du même code, la maladie dont s'agit étant incontestablement un cas fortuit et de force majeure échappant à toute prévision humaine et à tout calcul de prudence.

Au surplus, en résistant dans les conditions ci-dessus indiquées aux injonctions de l'hôtelier, le voyageur ne commettrait aucune faute souvant lui être légalement imputable et l'hôtelier ne saurait, dès lors, en l'absence de toute autre charge de responsabilité, réclamer au voyageur des dommages-intérêts en vertu des art. 1382 et 1383 du Code civil, d'autant plus que le cas fortuit servant de base à sa plainte rentre dans les risques de sa profession.

Mais l'hôtelier a droit au remboursement des frais faits par lui pour l'épuration et la désinfection des lieux loués rendues nécessaires par la maladie contagieuse.

Le tribunal et la cour ont jugé ainsi dans un procès en dommages-intérêts intenté par une hôtelière de la rue Mayet à une malheureuse mère qu'elle avait voulu contraindre de quitter la chambre meublée par elle occupée avec son fils, tombé malade d'une fièvre scarlatine, et qui s'y était refusée, sur l'avis des médecins déclarant que le transport de l'enfant pouvait avoir une issue fatale, étant donné son état.

(*Le Temps*.)

La vente des sérums antitoxiques. — Le ministre de l'Intérieur vient de déposer sur le bureau de la Chambre des députés un projet de loi dont nous avons à diverses reprises réclamé le vote. Il s'agit de la préparation, de la vente et de la distribution des serums antidiphthériques. Ce projet de loi a pour objet d'interdire, jusqu'à la promulgation de la loi sur l'exercice de la pharmacie, la délivrance, à titre gratuit ou onéreux, de sérum dont la fabrication et la provenance n'auront pas été approuvées par le ministre de l'Intérieur sur l'avis conforme de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France.

Association française de chirurgie. — Dans sa séance du 27 février, le conseil d'administration a nommé trésorier honoraire de l'Association M. Alcan, en raison des services qu'il a rendus à l'Association.

Congrès international de médecine de Moscou. — Le Comité d'organisation du Congrès, composé de tous les professeurs de la Faculté de médecine de Moscou et présidé par le comte Karnist, a nommé une commission à la tête de laquelle est le doyen, M. Klein, professeur d'anatomie pathologique, pour s'occuper de la préparation du Congrès. Le français sera très probablement la langue adoptée.

Un concours en Roumanie. — Nous craindrions de déflorer, en le résumant, le compte-rendu suivant d'un concours qui a lieu en ce moment à Bucarest pour dix-neuf places vacantes de médecin-adjoint des hôpitaux de cette ville. Nous l'empruntons à la *Presse médicale roumaine* (n° 11).

« L'épreuve écrite, dit notre confrère, tirée au sort sur un nombre de trente-cinq questions qui étaient mises dans l'urne, était ainsi conçue : « Du délire. Variétés, pathogénie et formes cliniques ».

» Pendant cette composition, le juge qui surveillait les candidats *surprend deux ou trois concurrents en flagrant délit de copier sur des notes préparées d'avance*. Le juge fait observer à ces Messieurs que, leur procédé étant constaté, ils doivent se retirer, mais qu'ils peuvent rester, ne pouvant les mettre de force à la porte.

» Un autre concurrent, sincère celui-là, voyant que la question ne lui convient pas, se retire sans faire de composition.

» Le jury se réunit le lendemain, prend connaissance de ce qui vient de se passer et décide de se réunir le lendemain à 8 heures du soir.

» Dans cette séance, *après une longue délibération*, le jury décide d'annuler l'épreuve déjà faite, permettant ainsi aux concurrents coupables du fait invoqué d'essayer encore une chance. Peut-être tomberont-ils sur une question connue parmi les trente-quatre restant dans l'urne (!).

» De même le concurrent qui s'est retiré sans faire de copie est admis à essayer d'une nouvelle composition.

» Mais voilà que le jour suivant, à 2 heures de l'après-midi, lorsque tous les candidats sont réunis pour recommencer une autre épreuve écrite, quelques-uns ont prié le jury de ne point casser le concours déjà fait, mais d'éliminer les trois candidats suspects.

» Le jury passant outre, quatorze concurrents et des plus méritants se sont retirés. Parmi ceux qui sont restés, pour recommencer une seconde fois l'épreuve écrite, *se trouvent aussi les candidats qui ont été accusés d'avoir copié* (!!!).

» Il reste donc treize concurrents pour les dix-neuf places vacantes. »

Le rédacteur de l'article ajoute, mélancoliquement : « Depuis plus de vingt ans que je suis les concours dans notre pays, c'est la première fois qu'une pareille chose arrive à notre connaissance. »

Il faut souhaiter que ce soit la dernière.

Et il conclut : « Pour finir, nous dirons que le concours ainsi commencé est *entaché de la plus grave illégalité*. »

On le croit sans peine. (*Bulletin médical.*)

Monument Charcot.

Listes communiquées par le trésorier.

23e liste.

Souscriptions recueillies par les soins du comité allemand. — MM. les Drs Abraham (Berlin), J. Arnold (Heidelberg), Aschaffenburg (Heidelberg), Bær (Berlin), Battlehner (Heidelberg), Bæumler (Fribourg-en-Brisgau), Binder (Pfullingen), Binswanger (Iéna), Brandis (Baden-Baden), Brasch (Berlin), Bruns (Hanovre), Curschmann (Leipzig), Dinkler (Heidelberg), Ebstein (Gœttingue), Edinger (Francfort-sur-Main), Emminghaus (Fribourg-en-Brisgau), Erb (Heidelberg), Eulenburg (Berlin), F. Fischer (Pforzheim), G. Fischer (Constance), Flatau (Berlin), Fleischer (Erlangen), Frænkel (Steglitz), Arno Franke (Elberfeld), Fries (Nietleben), Frœhlich (Kœnigsberg), Gerhardt (Berlin), Gnauck (Paukow), Grasheÿ (Münich), médecins de Hanovre, Hebold (Biesdorf), Hegar (Heidelberg), Hirt (Breslau), Hitzig (Halle), Hoche (Strasbourg, Alsace), Hoffmann (Heidelberg), Hünerfauth (Hambourg), Jastrowitz (Berlin), Jollÿ (Berlin), Kaÿser (Brinsk), Kœnig (Dalldorf), Kussmaul (Heidelberg), Læhr (Zehlendorf), Layner (Francfort-sur-Main), Leimbach (Heidelberg), Leube (Würzbourg), Leyden (Berlin), Liebermeister (Tübingue), Liepmann (Berlin), Lilienfeld (Lichtfelde), Ludwig (Heppenheim), Mendel (Berlin), Mermagen (Herrenalb), Moeli (Berlin), Mülberger (Constance), C. W. Müller (Wiesbade), fr. Müller (Marbourg), Naunyn (Strasbourg, Alsace), Oiven (Paukow), Oppenheim (Berlin), Orth (Gœttingue), Otto (Dalldorf), Pelmann (Bonn), Petersen (Brieg), v. Recklinghausen (Strasbourg, Alsace), Remack (Berlin), Sander (Dalldorf), Scharfenberg (Michelstadt i/O), Director u. Aerzte der Anstalt (Schleswig), Schüle und Illenauer Aerzte, Dr Schüle (Heidelberg), F. Schultze (Bonn), R. Schulz (Brunswick), Seifert (Dresde), E. Siegle (Stuttgart), Sommer (Würzbourg), Steiner (Cologne), Stintzing (Iéna), Strümpell (Erlangen), Tuczck (Marbourg), Vierordt (Heidelberg), Wahrendorff (Berlin), Weigert Francfort-sur-Main), Weiler (Charlottenbourg), Wernicke (Breslau), A. Westphal (Berlin), Wildermuth (Stuttgart), Ziemssen (Münich).

Le montant de ces souscriptions s'élève à 2,003 fr. 70. (1631 marcs).

Livres déposés.

Union des Sociétés françaises de sports athlétiques (Commission d'hygiène). Manuel d'hygiène athlétique, à l'usage des lycéens et des jeunes gens des associations athlétiques. Paris, F. Alcan, éditeur. 1 petit volume in-18 de 65 pages, 0 fr. 50.

Paradoxes et Vérités, par Séverin Icard. Paris, F. Alcan, éditeur. 1 petit volume in-18, 3 fr. 50.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS
LE MERCREDI MÉDICAL
JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

BULLETIN

L'assistance médicale gratuite.

Il faudra sans doute revenir bien souvent sur la loi du 15 juillet 1893 concernant l'assistance médicale gratuite ; elle entre à peine dans sa période d'application et déjà elle soulève nombre de difficultés.

L'une des moins importantes n'est pas celle qui consiste dans la mise à exécution de l'article 35, aux termes duquel « les communes ou syndicats de communes qui justifient remplir d'une manière complète leur devoir d'assistance envers leurs malades peuvent être autorisés par une décision spéciale du ministre de l'intérieur, rendue après avis du conseil supérieur de l'assistance publique, à avoir une organisation spéciale ». Le législateur avait pensé que de pareilles autorisations ne seraient demandées qu'à titre exceptionnel et presque uniquement pour des grandes villes ; la discussion de la loi dans les Chambres, et notamment au Sénat, de même que les débats préparatoires auxquels elle a donné lieu devant le conseil supérieur de l'assistance publique, laissaient peu de doute à cet égard. Mais voici que le nombre de ces demandes est déjà assez élevé et qu'elles se produisent, dans certaines régions, avec une entente qui permet de craindre qu'on ne veuille ainsi se soustraire aux principes fondamentaux et aux obligations de la législation nouvelle. En tout cas l'on était loin de penser qu'autant de communes pouvaient émettre la prétention de remplir complètement leur devoir d'assistance.

Aussi le conseil supérieur de l'assistance publique a-t-il dû s'en préoccuper; dans sa récente session, sur un excellent rapport de MM. Dreyfus-Brisac et Rondel, il a exprimé le désir que ces autorisations ne fussent accordées que si les communes pouvaient remplir les conditions suivantes :

« 1° Justifier qu'au nombre des bénéficiaires de l'assistance médicale gratuite se trouvent tous les malades, y compris les femmes en couches, que la loi du 15 juillet 1893 oblige de secourir, et notamment que la liste communale d'assistance a été établie dans les conditions prévues par la loi, avec les mêmes garanties de recours et de contrôle;

» 2° Démontrer que les sommes à la disposition du service local institué en faveur des malades sont actuellement suffisantes pour que, sans nuire au bon fonctionnement des autres services d'assistance, les malades privés de ressources reçoivent des secours au moins aussi complets qu'ils en recevraient si le règlement départemental était appliqué dans la commune ;

» 3° Assurer à tous les malades admis à l'assistance, et en particulier aux femmes en couches, non seulement les soins médicaux à domicile, mais encore, en cas de besoin, l'hospitalisation dans un établissement convenablement outillé pour le traitement de la maladie, notamment pour l'isolement des contagieux, et ce sur les indications des médecins du traitement à domicile, conformément à l'article 3 de la loi du 15 juillet 1893;

» 4° S'engager à fournir gratuitement aux malades ou blessés qui ont droit à l'assistance les médicaments portés au tarif départemental et les appareils nécessaires; supporter l'intégralité des frais de transport à l'hôpital approprié au traitement;

» 5° Inscrire au budget communal les dépenses devant résulter du traitement des personnes privées de ressources qui auraient été atteintes par la maladie ou par un accident sur le territoire d'une autre commune, mais dont la charge leur incombe en vertu du titre III de la loi du 15 juillet 1893, qui détermine le domicile de secours et les conditions de l'admission d'urgence à l'assistance médicale;

» 6° Prendre l'engagement de se conformer aux prescriptions de l'article 20 de la loi en ce qui concerne l'admission à l'assistance des malades étrangers de la commune, sauf à profiter par une juste réciprocité des dispositions de l'article 21 qui assurent le remboursement des frais de traitement pour ce qui dépasse les dix premiers jours. »

Remplir ces conditions, c'est en somme obéir aux prescriptions les plus essentielles de la loi, et, par suite,

remplir le but assez complexe qu'elle s'est assigné; si on y tient suffisamment la main, aucune localité ne pourra par suite s'y soustraire, et les dispositions trop élastiques de l'article 35 ne présenteront plus aucun inconvénient.

L'organisation administrative peut alors varier sans aucun dommage, autrement, il serait à craindre qu'afin de conserver des habitudes et des situations acquises, l'application de la loi ne fût indéfiniment ajournée. Mais il n'est pas douteux qu'il y a tout avantage à agir ainsi. Nous n'en voulons pour preuve que les curieux renseignements publiés par M. le Dr P. Jammes dans sa thèse inaugurale récente, et empruntés aux procès-verbaux des conseils généraux de 72 départements.

Le système vosgien qui, avec le système par circonscriptions médicales, était tout au moins recommandé à titre d'indication, a été adopté dans 72 départements; le second, dans 28 et un système mixte dans 10 autres. Six départements ont été d'avis que le malade doit être obligé de prendre le médecin le plus rapproché; dans six également, le malade ne peut changer de médecin pendant la même maladie. Par contre, neuf départements obligent le médecin le plus rapproché à se rendre à l'appel du malade. Dans la Vienne, l'assisté choisit son médecin au début de la première maladie et il le conserve pendant tout le courant de l'année, à moins de force majeure; dans la Haute-Saône, le malade choisit son médecin dans un rayon déterminé par le conseil municipal; s'il y en a deux dans la localité, il ne peut choisir qu'entre ces deux.

Pour ce qui concerne les honoraires, M. Jammes nous apprend que 45 départements les paient à la visite, 14 par abonnement et 6 à forfait. Une certaine inégalité règne d'ailleurs dans le mode de rétribution à la visite; si elle est d'ordinaire payée 1 franc dans la ville de la résidence du médecin, elle comporte, pour les courses au dehors, un supplément qui varie depuis 0 fr. 15 jusqu'à 1 franc par kilomètre parcouru, au moins jusqu'à 2 ou 4, avec diminution proportionnelle au delà. Il est vrai que si le médecin voit plusieurs malades, le déplacement n'est, en général, compté qu'une fois.

La visite à l'abonnement se paye soit par habitant (0 fr. 10 à 0 fr. 15), soit par indigent inscrit (1 fr. à 3 fr.), quelquefois avec indemnité supplémentaire de déplacement. Enfin, les départements qui paient suivant un forfait donne de 200 fr. à 1,200 fr. à chaque médecin chargé de l'assistance médicale gratuite; un seul, la Meuse, donne 5 francs par dizaine d'indigents; la Meurthe-et-Moselle rétribue le médecin selon l'étendue et le nombre des assistés de la circonscription.

D'autre part, les consultations sont gratuites dans onze départements et payées de 0 fr. 50 à 1 fr. 50 dans les autres. D'une manière générale, les visites de nuit sont payées doubles, et, si les opérations sont quelquefois soldées sur note, elles donnent lieu, le plus souvent, à un tarif spécial; quelquefois les petites opérations sont comprises dans le prix de la visite.

Ces dispositions sont encore trop récentes pour qu'on puisse savoir quels résultats elles peuvent avoir; mais l'on en peut aisément inférer qu'elles ne sauraient satisfaire, pour la plupart, les légitimes revendications du corps médical, sur le dévouement duquel on a toujours trop de tendance à faire largement crédit. Certains honoraires dérisoires que nous venons de mentionner témoignent une fois de plus de la généralisation de cette manière de voir que le corps médical, il faut bien le dire, favorise quelquefois lui-même, faute d'entente commune entre ses membres. Cet état de choses ne cessera, d'ailleurs, comme le faisait remarquer M. Roussel avant-hier à l'Académie de médecine, qu'autant qu'une organisation de la médecine publique, comprenant à la fois l'assistance médicale et l'hygiène, donnera aux budgets communaux les ressources nécessaires pour que ces services puissent être convenablement acceptés et remplis.

A. J. M.

REVUE GÉNÉRALE

Hémoglobinurie et infections.

On sait que l'hémoglobine du sang circulant est contenue dans les globules rouges. Elle ne *teint* pas seulement le stroma de ceux-ci, mais elle existe à l'état de combinaison chimique instable avec la globuline du stroma, combinaison maintenue normalement par la composition en sels différente pour le globule et pour le sérum. On ne peut donc concevoir que par un acte chimique le passage de l'hémoglobine dans le sang et dans les urines, soit que le stroma soit intact, soit qu'il soit lui-même altéré par la même cause qui produit l'hémoglobinurie.

C'est dans cet ordre d'idées qu'on peut envisager certaines hémoglobinuries toxiques, qu'on a vu se réaliser expérimentalement ou autrement, et parmi lesquelles il convient de citer celles qu'on obtient par l'injection d'eau dans la vessie d'un animal (Hermann, Cohnheim, Lichteim) — par l'introduction d'un sérum de sang étranger — sérum de mouton à l'homme (Lichteim); par l'inoculation de glycérine dans les vaisseaux (Luchsinger), ou par certains empoisonnements : par l'hydrogène arsénié, par l'hydrogène phosphoré, par les acides minéraux, sulfurique, chlorhydrique; par les morilles; par l'acide pyrogallique, par la tulendiamine, etc. (Pouflck, Stadelmann Affanisiew, Engel et Kiener, etc.,) par la terpine (1) (Lépine), le sulfate de cuivre (2).

A ces conditions il convient d'ajouter selon la remarque de U. Dastre (*Soc. biol.*, 1894) les modifications dans la teneur du sang en sels.

L'histoire de ces hémoglobinuries commence à être bien connue. Mais à côté d'elles il en existe d'autres auxquelles ne s'appliquent pas, directement du moins, les notions pathogéniques que nous venons de passer en revue. Ces hémoglobinuries surviennent en dehors de toute intoxication, sous des influences dont on a peut-être exagéré l'importance, et affectent en général une allure paroxystique, accompagnée ou précédée de frisson, de fièvre, de phénomènes en un mot qui rappellent de près ou de loin les phénomènes consécutifs aux infections générales. Si on rapproche ces formes, de pathogénie encore obscure, de certaines hémoglobinuries consécutives à des infections reconnues, on ne peut pas ne pas être frappé des analogies qu'elles ont entre elles.

Je laisse de côté les exemples exceptionnels d'hémoglobinurie qu'on a signalés dans le cours de certaines maladies générales, telles que la fièvre typhoïde

(1) *Rev. de méd.*, 1885.
(2) Allen Starr, *Med. Record*, 1882.

grave, la scarlatine, les maladies septiques, la diphthérie, la variole hémorrhagique, etc., bien qu'ils puissent servir à la démonstration de ce fait : l'action destructive des toxines microbiennes sur les globules rouges, absolument comme les substances toxiques accidentellement ingérées, et que nous avons mentionnées plus haut. Dans ces cas également, l'agent infectieux appartient au groupe des bactéries, qu'on peut cultiver et qu'on peut ainsi mettre en évidence. Mais comme nous le disions tout à l'heure, dans ces infections, l'hémoglobinurie n'est en somme qu'un accident exceptionnel.

Il n'en est plus de même dans une maladie dans laquelle la destruction globulaire est la lésion primordiale, maladie paroxystique, nous voulons dire la fièvre paludéenne. L'accès bilieux hémoglobinurique représente en effet le type de l'hémoglobinurie paroxystique, liée à des phénomènes indiscutables de destruction globulaire, et dans lequel on peut retrouver une image fidèle de cette forme d'hémoglobinurie dite paroxystique *a frigore*. Ainsi que l'ont montré MM. Kelsch et Kiener après Ponfick, l'hémoglobinurie est l'indice d'une énorme destruction globulaire dans l'unité de temps, en deçà de laquelle elle est remplacée uniquement par les phénomènes accessoires de l'accès : par la tuméfaction du foie et de la rate ; par de l'ictère et de l'albuminurie ; par de l'ictère seul. Je n'insiste pas sur la signification physiologique de ces symptômes. Le point à retenir ici, c'est que ces phénomènes, tous ces phénomènes sont dus à la présence dans le sang d'un organisme différent au point de vue de la botanique, de ceux dont nous parlions tout à l'heure, non cultivable, difficile à observer dans le sang : de l'hématozoaire du paludisme de Laveran.

Or, en dehors des accès de ce genre qui surviennent dans le cours de la malaria aiguë, on a relevé que bon nombre de malades atteints d'hémoglobinurie paroxystique dite *a frigore* étaient d'anciens paludéens ; et l'on ne peut rejeter l'hypothèse de bon nombre de médecins anglais qui rattachent cette affection à la malaria (1). C'est un point qui mériterait une étude approfondie.

Les faits que nous allons étudier plus loin et dans lesquels, chez les animaux hémoglobinuriques, nombre d'observateurs ont constaté l'existence d'organisme dans le sang, et en particulier d'hématozoaires, vont apporter, semble t-il, un appoint de plus à cette conception parasitaire de l hémoglobinurie.

Mais auparavant nous devons encore signaler l'influence possible d'une maladie dont l'agent pathogène ne nous est pas connu encore : la syphilis. Elle est relevée dans les antécédents de plusieurs malades par Murri, et dans trois cas l'administration de l'iodure de potassium amena la guérison des malades. D'autres faits de ce genre ont été signalés par différents auteurs, soit dans la syphilis acquise soit dans la syphilis héréditaire (Comby, Fournier, Courtois-Suffit (2).

Voilà encore un fait qui montre l'influence possible d'une maladie infectieuse, dans le développement de l'hémoglobinurie et en même temps la nécessité qu'il y aurait à être fixé sur cette question de pathogénie à propos de chaque malade, afin de prescrire à chacun d'eux le traitement véritablement spécifique qui lui convient.

***

Mais en dehors de ces cas, on peut se demander si l'hémoglobinurie paroxystique (3), survenant en dehors des causes précitées, ne peut pas dépendre d'une infection par des organismes analogues à ceux du paludisme. La pathologie humaine est muette à ce point de vue, mais quelques travaux ont été publiés, concernant l'hémoglobinurie des animaux, et les résultats de ces recherches peuvent servir, croyons-nous, à guider les observateurs dans leurs investigations chez l'homme.

Les premières observations à ce sujet ont été faites par M. Babès qui, dans une note communiquée en 1888 à l'Académie des sciences de Paris (1), en a donné les résultats confirmés plus tard par des communications, en avril et en mai 1890, à la même Académie, et dans un mémoire paru dans les *Virchow's Archiv*, Bd CXV.

Il a étudié bactériologiquement une maladie qui frappe exclusivement les bœufs et qui sévit dans les contrées marécageuses de la Roumanie, sous le nom d'hémoglobinurie du bœuf. La fièvre, les érosions hémorrhagiques de l'estomac et de l'intestin, les œdèmes et les hémorrhagies sous-péritonéaux, la tuméfaction des ganglions rétro-péritonéaux, du foie, des reins, en constituent les principales manifestations. Or, dans ces cas, il a pu isoler et cultiver, quoique difficilement, un micro-organisme spécial, bactérie de 0 μ 5 à 0 μ 7 de long, divisée longitudinalement en deux, quelquefois transversalement en quatre par une strie ; ressemblant au gonocoque, réuni souvent au diplocoque par un filament intermédiaire, et qu'il appela *hématococcus*. Cet organisme se retrouve dans le sang des vaisseaux, souvent dans les globules rouges, dans les œdèmes, dans les vaisseaux capillaires des viscères.

Les globules rouges sont moins colorés qu'à l'état normal par l'hémoglobine, moins résistants. Ces microbes existent surtout en grande abondance dans les vaisseaux sanguins dilatés au niveau de la muqueuse gastrique ulcérée. On n'en trouve pas dans le foie, mais les vaisseaux glomérulaires du rein en sont remplis.

Ces constatations réduisent à néant l'hypothèse de certains médecins roumains qui avaient voulu voir dans cette maladie une manifestation de l'impaludisme sur les bovidés (2).

L'inoculation des cultures a pu reproduire chez le lapin une maladie mortelle. L'expérimentation sur le bœuf a été négative.

En 1890, M. Babès (3) revint sur la description du parasite à l'état vivant. Ce sont des taches rondes, pâles du volume de 1 μ siégeant dans les globules rouges. Colorés au violet B, ils apparaissent comme des globules colorés avec une ligne de division à leur centre, quelquefois en 8, de 0 μ 5 à 1 μ 5 ; probablement capsulés. D'après l'examen des coupes de la rate, M. Babès conclut que ces organismes se voient surtout dans les globules en voie de formation ; dans les veines ils envahissent la presque totalité des globules rouges, ceux-ci présentent également à ce niveau, de nombreuses formes de destruction.

Les cultures sont très difficiles à obtenir, cependant, M. Babès put les cultiver sur le sérum gélatinisé, plus rarement sur les autres milieux nutritifs employés en bactériologie. Dans les cultures, on trouve des cocci ou des diplococci entourés d'une zone qui se colore moins bien que le centre.

Quelques mois plus tard, M. Babès (4) annonçait qu'à la suite des travaux de la commission roumaine officiellement

(1) Un fait de guérison dû à Harley montre que la quinine n'est pas toujours sans action.
(2) Voir *Médecine moderne*, 1895.
(3) Voir au sujet des théories émises au sujet de l'hémoglobinurie paroxystique, une revue de M. Ramlot, dans la *Revue de médecine*, 1880, deux articles de M. Lépine, *Revue de médecine*, 1880 et 1881, et l'article Hémoglobinurie de M. Brault, *Traité de médecine*, t. V.

(1) *Bulletin*, 1888, p. 692. Note communiquée par M. Bouchard.
(2) G. Grigorescu, Impaludisme des bêtes bovines et hémoglobinurie. *Revue de médecine*, 1887.
(3) *Bulletin de l'Acad. des sciences*, 1890, p. 800.
(4) *Acad. des sciences bulletin*, 1890, p. 975.

déléguée par le gouvernement roumain pour étudier la transmissibilité de la maladie au bœuf, il avait pu l'inoculer aux bovidés. Mais pour cela, il fallut employer des doses plus considérables de sang ou de suc des reins, 5 à 10 gr. Les inoculations furent faites sous la peau, dans les veines, dans le tube digestif. La maladie expérimentale éclata chez le bœuf 15 jours après l'inoculation. Mais en réalité, la maladie est difficile à communiquer au bœuf, et c'est ce qui en fait une maladie peu contagieuse, surtout endémique, liée à des conditions de climat, de saisons et de races que nous ne connaissons pas encore.

Deux années plus tard enfin, en 1892, M. Babès (1) étudiait également une épizootie du même genre sévissant sur les moutons, et qu'on désigne en Roumanie du nom de *carceags*, et qui, coïncidant sur certains points avec l'hémoglobinurie du bœuf, n'existe que dans certaines parties marécageuses et souvent submergées du bas Danube. Ici encore, l'examen du sang montra dans l'intérieur des globules rouges, un coccus voisin de l'*hématococcus* du bœuf, et que M. Babès range avec celui-ci dans un groupe intermédiaire entre les bactéries et les protozoaires : en se basant sur son aspect à l'état vivant, sur son siège dans les globules rouges, sur la difficulté d'en obtenir des cultures, sur ses caractères morphologiques qui le rapprochent des protozoaires.

Ce sont des *cocci*, ronds, immobiles, colorables au violet de méthyle, de 0 μ 5 à 0 μ 6 de diamètre, quelquefois divisés par une ligne transversale. Rarement on trouve deux corpuscules dans une hématie. Les globules atteints se voient surtout dans la rate et dans les œdèmes hémorrhagiques des séreuses.

L'inoculation au mouton de 10 cc. de sang de la rate a permis de reproduire la maladie. Les tentatives de culture ont échoué. M. Babès estime que la culture se fait dans les marais ; sous l'influence de certaines conditions météorologiques, la maladie apparaît.

Sans connaître les travaux de M. Babès, un observateur américain, Th. Smith (2) étudiait de son côté une maladie des bêtes à cornes, qui présente quelques analogies avec l'hémoglobinurie du bœuf de Roumanie et connue sous le nom de *maladie du Texas*. Ici l'ensemencement du sang ou du suc de différents organes : foie, rein, etc., faits après la mort, ainsi que l'examen microscopique ne donnèrent aucun résultat, du moins en tant que bactéries. Mais en examinant le sang des animaux en pleine acmé fébrile, il a rencontré dans les globules rouges, et après la mort dans les capillaires des reins, de la rate, du foie, etc., des organismes transparents, de forme ovale ou piriforme, doués de mouvements amiboïdes, colorables par le bleu de Lœffler. Il rangea ces microorganismes parmi les protozoaires, sous le nom de *pyrosoma bigeminum*.

Plus récemment MM. Ali Krogius et Van Hellens (3) viennent d'ajouter encore à ces faits une série nouvelle, en étudiant une épizootie particulière qui règne en Finlande sous le nom d'*hémoglobinurie du gros bétail*. Celle-ci sévit toujours, en dehors de la contagion d'animal à animal dans les pâturages bas et marécageux, et de préférence dans les mois chauds de l'année, de juin à la fin du mois d'août.

Les symptômes sont d'abord de l'abattement et de la fièvre, puis après un ou deux jours, l'urine albumineuse, présente les caractères de l'urine hémoglobinurique. Il y a une anémie rapide, l'hémoglobinurie dure deux ou trois jours, et la mort peut survenir en hyperthermie et

(1) *Acad. des sciences*, 22 août 1892, *Bulletin*, p. 359.
(2) *Centralb. f. Bact.*, 1893.
(3) *Archives de méd. expérim.* 1er mai 1894.

avec affaiblissement du cœur. Les lésions, sur lesquelles nous ne pouvons nous étendre ici, sont généralisées à tous les tissus, et sont surtout constituées par un œdème sanguinolent.

Les résultats bactériologiques ont été les suivants : jamais de bactéries, mais dans tous les cas l'examen microscopique du sang et des viscères a révélé l'existence de protozoaires analogues à ceux décrits par M. Th. Smith.

Ils siègent dans les globules rouges, le plus souvent à la périphérie, au niveau de laquelle ils peuvent faire saillie en dehors du globule. Les hématozoaires sont piriformes ou ronds; ceux-là beaucoup plus rares sont toujours réunis par deux dans un globule, réunis par leur extrémité effilée. Dans les cas graves une grande partie des globules rouges sont infectés (25 à 30 0/0), quelquefois ils renferment de deux à quatre parasites. On en trouve également de libres dans le sérum. Ils se colorent très bien au bleu de Lœffler; ce mode de coloration permet de reconnaître des corpuscules ronds prolongés par une tige mince.

Dans les capillaires des viscères et des muscles les hématozoaires sont beaucoup plus nombreux, surtout dans la rate (75 à 80 0/0 des globules y sont infectés); dans le suc des reins (30 à 50 0/0); dans le foie (35 0/0); enfin dans le myocarde et dans les muscles des membres (25 à 30 0/0).

Le mémoire actuellement paru de MM. A. Krogius et O. Van Hellens ne renferme aucune indication sur l'inoculation de ce micro-organisme aux animaux et sur la production expérimentale de la maladie. Néanmoins, en raison des résultats fournis par des expériences en cours, ils pensent qu'il s'agit du parasite de l'hémoglobinurie du bœuf, et ils l'assimilent à ceux que les auteurs précités avaient déjà décrits à l'*hématococcus* de Babès, à l'*hématozoaire* de Th. Smith (1).

***

Comme nous l'avons dit plus haut, on ne peut qu'être frappé des analogies que présentent ces observations avec ce qui se passe dans l'hémoglobinurie due à l'hématozoaire de paludisme. Il est probable que ces maladies avec hémoglobinurie représentent un type pathogénique particulier parmi les maladies infectieuses type dans lequel le parasite diffère de ceux qu'on rencontre habituellement dans celles-ci et se trouve agir d'une façon spéciale, peut-être en s'attaquant exclusivement à la globuline du stroma et en se montrant sans action sur l'hémoglobine elle-même.

L'albuminurie, — indice probable de la destruction globulaire en masse — la présence de l'hémoglobine non altérée dans les urines en sont la preuve. Il serait intéressant de rechercher, dans ces cas, la nature chimique de l'albumine des urines.

(1) Dans une communication récente à la Société de Biologie (29 décembre 1894), M. Lion vient de communiquer une observation, dans laquelle l'examen bactériologique a donné des résultats un peu différents des précédents. Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue. Cliniquement elle montre l'importance des phénomènes prémonitoires de l'hémoglobinurie, phénomènes qu'on peut certainement rattacher à de phénomènes infectieux; anatomiquement, elle montre des analogies intéressantes avec ce qui se passe chez les paludéens, dans l'élimination des pigments par le rein; au point de vue de la pathogénie, elle prouve dans ces cas l'existence de l'hémoglobinhémie, et que celle-ci n'est pas la conséquence d'un pouvoir dissolvant du sérum du sang, puisque M. Lion a pu en faire la preuve en mélangeant à du sérum obtenu au moyen de ventouses scarifiées, du sang du malade lui-même ou du sang étranger. Enfin l'examen bactériologique a montré principalement dans la rate l'existence du *proteus vulgaeris*.

Peut-on appliquer ces données à l'hémoglobinurie dite essentielle paroxystique de l'homme? Il est certain que l'apparition brusque des accès avec élévation de température, éveille la possibilité d'un parasitisme du sang, évoluant un peu à la façon de l'hématozoaire de paludisme et s'accompagnant d'une destruction globulaire énorme dans l'unité de temps. Car on ne saurait invoquer toujours l'influence exclusive du froid, puisque de nombreux malades sont atteints dans leur lit la nuit. D'autre part, il est probable encore qu'il faut pour la réalisation de l'hémoglobinurie des conditions tenant au sujet lui-même et à la qualité du germe, puisque précisément l'hémoglobinurie paludéenne par exemple n'accompagne forcément pas les formes graves de l'accès et qu'elle est exceptionnelle dans les accès pernicieux (Kelsh et Kiener).

Quant au terrain, on pourrait invoquer une fragilité particulière des globules rouges, conséquence d'une lésion fonctionnelle des organes hématopoiétiques, congénitale ou acquise. Dans ce dernier cas, les maladies à détermination splénohépatique, comme la malaria, comme la syphilis, tiendraient le premier rang en tant que maladies prédisposantes; et c'est ce qui expliquerait qu'on ait relevé leur existence dans les antécédents des malades atteints d'hémoglobinurie paroxystique dite essentielle; sous réserve peut-être que dans certains cas l'hémoglobinurie pourrait se montrer sous l'influence directe de l'une et l'autre de ces maladies, ainsi que certains observateurs l'ont prétendu.

Dans tous les cas, il serait intéressant d'examiner microscopiquement le sang de tous les malades qui se présentent à l'observation avec de l'hémoglobinurie paroxystique, afin de s'assurer de la présence, ou non, d'organisme se rattachant à la classe des hématozoaires.

H. Barbier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Contribution à l'étude des occlusions intestinales après les laparotomies, par le Dr Adenot, ancien prosecteur à la Faculté de Lyon, ex-chef adjoint de clinique chirurgicale.

Depuis quelques années, les observations d'occlusions intestinales après les laparotomies sont étudiées avec soin et se multiplient, bien qu'on n'ait pas toujours pu expliquer et trouver la cause de l'occlusion. Les occlusions intestinales post-opératoires ont été signalées déjà il y a environ quarante ans par Spencer Wells, Kœberlé, puis par Peyrot, Bœckel, Sebileau, Hirsch (de Berlin), Ashton (1).

La thèse de Collas (2), les observations plus récentes de Lucas Championnière (3) et Terrillon, de Legueu (4), Gouilloud (5), Quénu (6), etc., apportent de nouveaux faits. La thèse toute nouvelle de Tuja (7) résume bien la question et l'on se reportera avec avantage à ce travail qui met bien la question au point. On y trouvera aussi des détails bibliographiques plus complets.

Cet auteur divise les occlusions intestinales post-opératoires en cinq grandes classes :

1° Occlusions dues à des adhérences intestinales, à des surfaces cruentées : pédicules, péritoine pariétal, épiploon, surfaces de l'intestin elles-mêmes,... etc;

2° *Occlusions dues à des brides*;

3° *Occlusions dues à des positions vicieuses de l'intestin:* volvulus, nœuds, engagements dans des orifices anormaux, déplacements entraînant des compressions;

4° Occlusions de forme spasmodique;

5° Occlusions dues à des fautes opératoires.

Dans la 3e classe (occlusions dues à des positions vicieuses de l'intestin), il distingue trois groupes :

a. Volvulus, nœuds, etc.;

b. Engagements des anses intestinales dans des orifices anormaux;

c. Migrations anormales de paquet d'anses intestinales, ou mouvement de torsion en masse pouvant comprimer ou tordre les anses intestinales et obturer leur calibre, ou amener une perturbation dans les rapports normaux des anses intestinales.

Les faits que nous envisageons dans ce mémoire se rapportent à ce troisième groupe et nous les croyons fréquents, bien que les observations d'occlusion intestinale post-opératoire ne les signalent pas.

Notre étude comprendra l'exposé des faits cliniques sur lesquels nous avons basé nos recherches; le compte rendu de quelques expériences que nous avons multipliées, mais dont nous ne citerons que les plus démonstratives. Enfin nous terminerons par quelques réflexions sur la thérapeutique des occlusions intestinales qui résumeront nos recherches.

Nous avons été témoin en 1888, dans le service de notre excellent maître, M. le professeur Laroyenne, pendant que nous avions l'honneur d'être son interne, de plusieurs cas d'occlusion intestinale post-opératoire.

Nous fîmes à cette occasion quelques recherches sur le cadavre et dans nos expériences nous cherchions à nous rapprocher le plus possible des conditions de la clinique. Ces recherches ont été faites dans le laboratoire de M. Jaboulay, alors chef des travaux anatomiques; nous rappellerons que nous les avons déjà mentionnées très sommairement en 1894 à la Société des sciences médicales de Lyon.

L'observation qui a été le point de départ de nos recherches nous avait beaucoup frappé. Des observations publiées, ne signalant aucune cause trouvée à l'autopsie pouvant expliquer l'occlusion post-opératoire, sont peut-être analogues.

Voici notre observation :

L. G., 35 ans. Kyste de l'ovaire. Opérée en juillet 1888 par M. Laroyenne. Quelques adhérences pariétales. Quarante-huit heures après l'opération, pas de vents, abdomen ballonné, vomissements. Le 3e jour, l'abdomen se ballonne de plus en plus. Deux purgations ne provoquent aucune selle. Mort le 7e jour. Autopsie : côlon transverse très dilaté ; *côlon descendant au contraire ratatiné, ainsi que le rectum vide de matières et de gaz. Angle très aigu au niveau du coude gauche qui réunit ces deux portions du côlon. Dans l'angle de ces deux portions sont emboîtées des anses intestinales dilatées, déterminant une pression forte sur l'angle colique.* Ces anses concentriques sont même difficiles à retirer de l'angle où elles sont engagées. C'est là certainement la cause de la rétention stercorale.

Nous eûmes souvent l'occasion d'observer à l'autopsie cette compression de l'angle supérieur gauche du côlon transverse et descendant par des anses intestinales qui venaient se placer dans la concavité de cet angle. La compression du côlon, en ce point ou à son voisinage, peut se faire de trois manières différentes.

Dans une première manière, une anse d'intestin grêle dilatée décrit un coude à sommet supérieur qui vient s'emboîter exactement dans la concavité de l'angle

(1) *Medical News*, 1892.
(2) Paris, 1890.
(3) *Annales de gyn.*, 1892, *et Soc. de chir.*, 1892.
(4) *Bull. méd.*, 1894.
(5) *Congrès de chir.*, 1893.
(6) *Nouvelles Arch. d'Obst., et gyn.*, 1894.
(7) Thèse de Lyon, 1894.

gauche décrit par les côlons transverse et descendant. Dans un cas, nous avons vu trois anses s'étager successivement l'une au-dessous de l'autre et chacune comprimant celle placée au-dessus. L'angle du côlon se trouvait par suite excessivement aplati.

Une seconde disposition favorable à la compression du côlon résulte de la compression de la partie tout à fait supérieure du descendant par une anse d'intestin grêle qui la croise, à angle plus ou moins aigu; le paquet intestinal situé en avant favorisant de son côté la compression, celle-ci se produit bien plus efficacement contre le plan postérieur résistant, solide, de la paroi abdominale, dans la région habitée par conséquent par le côlon descendant. De plus, ce dernier, comprimé par le péritoine qui le bride contre la paroi postérieure de l abdomen, ne réagit pas de bonne heure; il se trouve comprimé par le météorisme de tout le paquet grêle, avant d'avoir pu triompher de la résistance opposée par son feuillet péritonéal. Enfin, une autre cause qui s'oppose à cette distension du côlon descendant résulte dans la facilité avec laquelle l'S iliaque très mobile se laisse au contraire distendre par les gaz qu'il reçoit du côlon descendant proprement dit. *C'est pour cette raison que le côlon descendant se trouve, dans les autopsies, presque toujours aplati, comprimé, ratatiné contre la paroi abdominale sous-jacente.*

Dans une troisième disposition, le côlon est refoulé en arrière, comprimé à son angle supérieur gauche par tout le paquet intestinal sans qu'il soit aisé de rattacher cette disposition à une description particulière. Dans ce cas, il nous a semblé que les attaches supérieures du coude colique gauche manquaient de fixité soit au péritoine costal, soit au péritoine du cul-de-sac splénique.

Ce ligament suspenseur gauche peut jouer un rôle important en s'opposant à la chute du côlon en arrière et à sa compression trop complète par tout le paquet intestinal. Voici l'appréciation de Glénard :

« *Orifice colique sous-costal gauche.* — Fait communiquer le transverse avec le côlon descendant. L'angle » de jonction de ces deux segments intestinaux est suspendu à la 10° côte gauche en arrière de la ligne axillaire par un repli péritonéal doublé d'un ligament dont » les attaches sont fixes et dont la longueur ne varie » jamais. *Le coude gauche du côlon est toujours à sa » place, dans toutes les autopsies. Son orifice est donc » compromis.* Le repli qui renferme ce ligament forme » un plateau ou un sac qui reçoit le bord inférieur de la » rate, dans la moitié postérieure de ce bord.

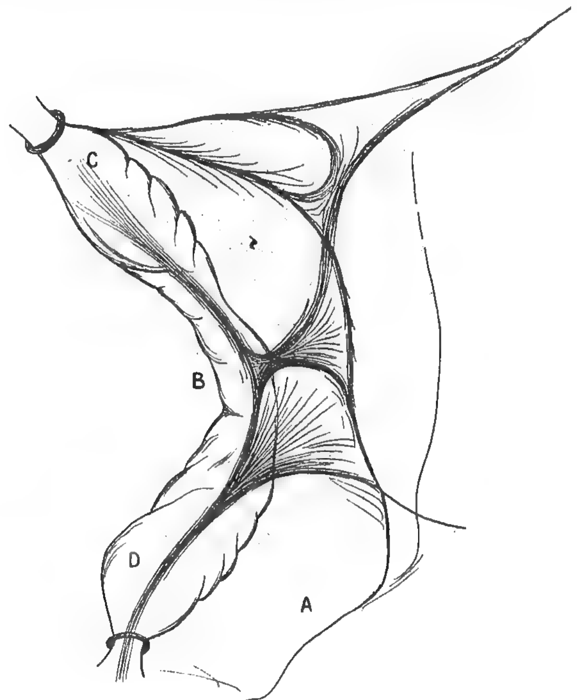
» L'orifice colique sous-costal gauche ne peut être » oblitéré que par traction sur le transverse, car le côlon » descendant qui forme l'autre côté de l'angle de soutènement est maintenu à partir de sa naissance par un » très court et très solide mésentère.

» Cette traction fait saillir son ligament qui, s'insérant » en éventail sur le bord supérieur du côlon, atténue » quelque peu les conséquences fâcheuses de la traction. »

Cette dernière disposition en éventail du ligament suspenseur de l'angle colique sous-costal gauche, est même plus marquée, le plus souvent, que ne semble le penser M. Glénard, et nous croyons que les conséquences fâcheuses dues à la fixité de cet angle se trouvent même très efficacement annulées normalement.

La figure suivante, dessinée d'après nature par notre ami le docteur G. Coronat sur une pièce préparée par nous, suffit à démontrer l'importance de ce ligament suspenseur. Sa disposition en éventail est trop manifeste pour que nous ayons à insister; les arcades ligamenteuses se trouvent combinées de manière à répartir et à prolonger sur un grand espace leur action de soutien. Cette suspension semble vraiment s'opposer aux occlusions mécaniques qui pourraient résulter d'un ligament suspenseur réduit à une zone d'insertion plus limitée. Dans nos recherches cadavériques les occlusions expérimentales nous ont paru être plus facilement obtenues justement dans des cas où le ligament suspenseur se trouvait peu développé, plus ramassé, tout en n'étant pas relâché.

Chez un grand nombre de femmes il se trouve plus marqué; il présente en somme une grande variété de dispositions et de résistance. Les fibres de ce ligament suspenseur sous-colique gauche se terminent (comme on peut le voir très nettement sur la figure ci-dessous) au



A. Péritoine pariétal; B. Coude colique; Côlon transverse; Côlon descendant.

niveau de la bandelette musculaire longitudinale antéro-supérieure du côlon. Ces fibres se fusionnent avec les fibres de la bandelette et sur certains sujets on peut suivre très nettement cette disposition.

Cette fusion complète et évidente nous faisait supposer que des fibres musculaires lisses pouvaient entrer dans la composition de ce ligament suspenseur et qu'un véritable échange de fibres musculaires lisses et ligamenteuses pouvaient se produire au niveau de ces appareils.

Dès lors, les dilatations, le météorisme de l'intestin et du côlon, jusqu'à l'angle sous-costal gauche, s'accompagnant au contraire de l'affaissement et de la rétraction très marquée du côlon descendant, pouvaient s'expliquer par des contractions réflexes ou simplement par la tonicité du ligament suspenseur agissant comme un véritable sphincter grâce à la présence des fibres musculaires lisses.

L'examen attentif et des dissections minutieuses paraissaient favorables à cette interprétation que le microscope n'a pas confirmée. M. Vialleton, professeur agrégé et chef du laboratoire d'histologie de la Faculté, a bien voulu examiner des fragments de ligaments suspenseurs que nous lui avions remis dans ce but et provenant de quatre sujets dans lesquels ce ligament était très développé. M. Vialleton, soit par des dissociations histologiques, soit par des coupes, n'a trouvé aucune trace de fibres musculaires lisses. Des analyses chimiques, l'ébullition prolongée, ont démontré la même composition.

Il n'existe que du tissu fibreux dans ce ligament et la

fusion des fibres s'effectue sur la bandelette intestinale au niveau du tissu conjonctif de la paroi.

Action du coude colique gauche dans l'occlusion intestinale post-opératoire. — Quelle que soit la composition exacte du ligament, et nous venons de voir qu'elle est purement fibreuse, nous croyons donc que sa disposition en éventail a pour but normalement d'atténuer le coude que décrit l'intestin à son niveau tout en le maintenant dans une position fixe.

M. Glénard pense avec raison que dans certains cas pathologiques (entéroptose), ce ligament sous-costal gauche est plutôt nuisible en raison des tractions qui s'opèrent sur l'intestin en exagérant le coude de ce conduit fixé.

Dans le météorisme intestinal post-opératoire l'occlusion ne se produit pas de cette manière, mais quelquefois de la manière suivante : le côlon et tout l'intestin venant à se dilater outre mesure par paralysie réflexe, l'utilité de ce ligament, s'il est peu développé, sera détruit et la dilatation du côlon exagérera le coude du conduit. La distension des anses intestinales grêles venant comprimer le coude ou même s'insinuer dans son sinus ouvert en bas exagérer a cette compression qui augmentera avec la distension de l'anse météorisée.

D'après la disposition fréquente des anses de l'intestin grêle dans cette région, les anses grêles les plus élevées, celles en contact avec le coude colique tendent à se placer concentriquement au côlon en formant un angle à sommet supérieur qui s'insinue dans le sinus ouvert en bas du coude colique et cela d'autant plus complètement que la distension est plus marquée.

Expériences. — Nous avons fait quelques recherches sur l'efficacité de cette compression comme cause d'occlusion intestinale. Dans les occlusions post-opératoires (ou autres), le météorisme doit distendre en premier lieu le paquet intestinal, sauf le côlon descendant qui, comprimé par son feuillet péritonéal contre la paroi abdominale, doit le plus souvent résister à la dilatation au début. Aussi, afin de conformer le plus possible nos expériences aux conditions ordinaires, nous avons d'abord insufflé l'intestin par l'œsophage. La distension de l'estomac se produisait si énorme que nous avons dû abandonner cette voie et insuffler directement l'intestin grêle. Après incision de la paroi abdominale sur la ligne médiane, nous placions dans la partie la plus élevée du duodénum un tube de caoutchouc solidement fixé au moyen d'une ligature circulaire, *puis, après avoir refermé soigneusement la paroi au moyen de sutures rapprochées*, nous procédions à la dilatation de l'intestin grêle. Lorsque le météorisme paraissait suffisant, et nous avions soin d'agir très lentement, nous faisions sauter les points de suture de la paroi pour examiner la disposition des anses ainsi dilatées.

Voici quelques notes prises après l'ouverture du cadavre.

Expérience. — Femme 21 ans, morte de péritonite suppurée. Ventre peu ballonné, on ne distingue pas la forme des anses intestinales avant l'ouverture de la paroi.

Ouverture de l'abdomen. Pus abondant dans le petit bassin; quelques adhérences entre les anses intestinales. Intestin grêle assez dilaté uniformément. Côlon transverse à peu près à sa place vers la 10e côte, où il décrit une anse en forme d'U, peu développée. Le côlon transverse et l'angle sous-costal gauche sont dilatés; il n'existe pas sur ce sujet d'angle sous-costal marqué. L'origine du côlon descendant est assez dilatée. Je ne trouve aucune trace de ligament suspenseur au niveau du coude. Cet angle est par suite déplacé, il n'est pas placé contre la paroi abdominale postérieure. Les anses de l'intestin grele sont situées en arrière de l'angle gauche du côlon et remontent jusqu'au contact de la rate en rejetant en avant ce côlon. Le côlon descendant dans sa deuxième portion jusqu'à la partie supérieure de l'S iliaque, est ratatiné. Mais il l'est par pression très nette des anses de l'intestin grêle situées en avant de lui. L'S iliaque est très dilatée. On arrive sans le moindre effort à faire passer les gaz du côlon transverse dans le côlon descendant et la portion rétractée de ce dernier se laisse facilement forcer par les gaz refoulés par pression du côlon transverse.

En résumé : Absence de ligament suspenseur gauche ; le méso-côlon de la portion supérieure du côlon descendant est large de deux ou trois travers de doigt. L'angle gauche du côlon est déplacé en avant.

Cette autopsie est intéressante, car elle montre chez une femme morte de péritonite un météorisme très peu marqué, ce qui est contraire à ce qui se passe habituellement. Il n'existait pas de compression à l'angle gauche du côlon.

Expérience. — Autre observation cadavérique : 1892. Homme vigoureux, ventre non dilaté bien que le cadavre date de 8 jours. Côlon très ratatiné. Absence de ligament sous-costal gauche. De l'épiploon gastro-colique, part une bride nettement continuée avec la bandelette longitudinale antérieure du côlon ; mais il ne s'agit pas d'un ligament vrai. L'intestin grêle est entièrement ratatiné ; il n'existe pas d'anse intestinale formant coin dans l'angle gauche du côlon. Peut-être y a-t-il corrélation entre l'absence de tympanisme et l'absence de ligament sous-costal gauche.

Autre expérience. — 22 décembre 1892. — Adolescent. Insufflation par l'œsophage. Ventre très ballonné après cette insufflation.

A l'ouverture de l'abdomen, on trouve l'estomac très dilaté. L'intestin grêle et le côlon ascendant et transverse sont assez dilatés par l'insufflation, mais la dernière portion de l'intestin grêle n'est pas très distendue, malgré la force assez grande déployée pour l'insufflation. J'attribue ce fait, ainsi que je l'ai signalé plus haut, à l'interposition de l'estomac qui modifie beaucoup les conditions de pression. Quoi qu'il en soit, l'intestin grêle et le gros intestin sont passablement distendus jusqu'au coude sous-costal gauche. A partir de ce point, le côlon descendant rétracté ne présente pas un diamètre plus gros qu'un petit doigt. Il est absolument vide d'air.

Je soumets le côlon transverse à une pression forte avec les mains en empêchant tout reflux de l'air en arrière, mais il m'est impossible par cette manœuvre de faire passer les gaz dans le côlon descendant. En exprimant tout l'air du côlon de droite à gauche, je parviens cependant à faire passer par saccades quelques bulles gazeuses dans le côlon descendant ; mais après chaque gorgée d'air l'orifice du coude gauche se referme. Il n'y a pas passage en masse quels que soient mes efforts et les tentatives renouvelées. Alors insufflation par l'anus au moyen d'une canule et d'un soufflet. L'ampoule se dilate énormément et fait sauter par saccades le corps utérin contre la face postérieure du pubis. L'air insufflé ne peut pénétrer dans le rectum au-dessus de l'ampoule, il est rejeté par l'anus. J'introduis alors un tube de caoutchouc dur du volume du pouce dans l'ampoule rectale en évitant l'enroulement sur lui-même du tube dans l'ampoule ; le tube pénètre difficilement au niveau de l'extrémité supérieure de l'ampoule, il vient buter contre la paroi postérieure et je suis obligé de le ramener en dedans avec la main par la cavité péritonéale ; l'air alors pénètre dans le rectum mais avec peine ; le feuillet péritonéal du côlon descendant s'oppose à la dilatation rapide de ce dernier.

En résumé, impossibilité de distendre le côlon descendant par le coude colique gauche. Au contraire, le coude droit n'existe pour ainsi dire pas. La masse de l'intestin grêle exerçait aussi une pression manifeste sur cet angle colique sous-costal gauche.

J'ai répété ces expériences et les dificultés de vaincre le coude colique sous-costal gauche se reproduisent toujours. Dans quelques cas où la disposition des anses intestinales sont différentes, lorsque, par exemple l'angle colique n'est pas comprimé par elles, nous avons éprouvé moins de difficultés. Nous croyons inutile de multiplier les citations de nos expériences toutes très comparables comme résultats.

Voici cependant une observation semblable à la première.

Observation cadavérique. — Femme 39 ans, vierge. Ventre sans vergetures, peu ballonné. L'intestin n'est pas ballonné. Côlon descendant, distendu légèrement comme tout le reste du conduit digestif. Il n'existe pas de ligament visible sur l'angle gauche colique; le coude est d'ailleurs très peu prononcé; l'intestin grêle se trouve situé en arrière de cet angle.

Observation cadavérique. — Homme, 50 ans. Ventre non ballonné. Côlon ascendant, transverse et descendant dilatés beaucoup jusqu'à l'S iliaque. Cette dilatation générale du côlon entier est très exceptionnelle. L'angle gauche est très dilaté, refoulé jusqu'au diaphragme, très haut situé. Le côlon transverse se continue avec l'angle colique gauche par un arc de plus de 10 centimètres aussi distendu que le reste du côlon tranverse. L'intestin grêle assez dilaté se trouve en arrière de l'angle oblique nullement comprimé. Pas d'anse intestinale grêle emboîtée dans le sinus de l'angle. L'origine du côlon descendant est très antérieure tout en étant très élevée. Au niveau de l'S iliaque, seulement l'intestin grêle passe en avant du côlon qui file en arrière pour se réunir au rectum. Pas de ligament suspenseur colique gauche.

Nous croyons donc nécessaire de donner, dans l'histoire des occlusions intestinales post-opératoires, une place importante *aux occlusions par imperméabilité anatomo-physiologique de l'angle colique sous-costal gauche.*

Cette imperméabilité a été d'ailleurs signalée à l'occasion des troubles dyspeptiques secondaires à l'entéroptose par M. Glénard. Il suffit de se reporter à son travail si original sur l'entéroptose pour constater que la rétraction du côlon descendant ne lui a pas échappé.

Nous ne pouvons omettre de citer l'observation que M. Riche, élève de M. Le Dentu, vient de publier tout dernièrement dans la *Gazette des hôpitaux* (1) à propos d'une cure radicale de hernie, suivie d'occlusion interne post-opératoire. Cette observation confirme notre manière de voir; voici les points qui se rapportent à notre sujet : « Nous nous sommes trouvés, dit M. Riche, en présence » d'une obstruction interne produite par un mécanisme » peu fréquent, mais assez facile à concevoir.

» *Le côlon descendant étant vide et le côlon transverse » distendu, il faut admettre que c'est à leur angle de » réunion que siégeait l'obstacle primitif.* On comprend » que la traction du bord gauche du grand épiploon ait » exagéré le coude normal et produit un obstacle relatif.

» Un second facteur est encore intervenu; le reste du » tablier épiploïque lié, froncé à sa partie inférieure par » la ligature et remonté à la partie supérieure de l'abdo» men présentait une concavité postérieure.

» Des anses grêles commençant à se distendre s'y sont » engagées, se trouvant un peu bridées elles se sont dis» tendues davantage, se coiffant de plus en plus de l'épi» ploon distendu lui-même progressivement. La poche » ainsi formée devint rapidement assez grande pour con» tenir presque la moitié des anses grêles qui en s'y dis» tendant s'y trouvèrent de plus en plus à l'étroit. *Cette » distension des anses grêles ne pouvait d'ailleurs avoir » sur le colon descendant d'autre effet que de l'aplatir » davantage.* Enfin danger de la temporisation lorsque » l'occlusion est confirmée. »

M. Riche signale donc dans son observation les deux faits que nous regardons comme fréquents: *l'obstacle opposé au cours des gaz et des liquides par l'angle colique gauche et l'aplatissement du côlon descendant par les anses grêles météorisées.*

L'auteur paraît cependant et à tort considérer comme exceptionnels ces deux dispositions. Normalement le côlon descendant est même presque toujours rétracté; et nous ne pensons pas qu'il s'agisse là d'une disposition, des tissus, des muscles abdominaux et des ligaments suspenseurs dont le relâchement pourrait créer après la mort des conditions nouvelles (1).

(1) *Gazette des hôpitaux*, 3 janvier 1895.

Nous venons d'insister sur la rétraction si fréquente normalement et à l'état pathologique du côlon descendant. Dans les occlusions internes spontanées, ou dans les occlusions post-opératoires, les chirurgiens ont cherché à vaincre l'occlusion par le catéthérisme rectal. Pour le pratiquer on se sert habituellement d'une sonde rigide dite rectale, ou d'un tube de Faucher simple.

Il faut bien convenir que ce procédé quelquefois, mais rarement suivi de succès, a toujours été employé sans qu'on se fît au préalable une idée bien nette de ses conditions de réussite.

Pour faire pénétrer facilement de l'air dans le côlon descendant par insufflation, il faut que la sonde arrive à la partie supérieure de l'ampoule rectale. Or, cette pénétration présente le plus ordinairement des difficultés réelles. Si le tube est souple il s'enroule dans la cavité de l'ampoule et l'air ne peut pénétrer au-dessus; si la sonde est rigide on n'obtient pas toujours le passage de l'air à cause du coude qui existe au niveau de la partie supérieure de l'ampoule restale et principalement lorsque le sphincter moyen de Nélaton est pourvu d'une valvule un peu développée. Si on examine ce qui se passe du côté du petit bassin après ouverture de la paroi antérieure de l'abdomen, on peut constater quelquefois la dilatation de l'ampoule qui se distend et se redresse en exagérant le coude entre sa partie supérieure et la portion de l'intestin située au-dessus; dès lors l'air ne passe pas dans le côlon descendant.

Dans nos premières expériences nous avions tenté de météoriser les sujets par l'insufflation par le rectum. Ces difficultés nous avaient fait rapidement abandonner ce procédé.

Théoriquement il faudrait pouvoir chez les malades météorisés, introduire un tube flexible jusqu'à l'angle colique sous-costal gauche; or cela n'est pas possible; on consultera avec intérêt l'étude que M. le professeur Testut a faite des rapports de l'anse signoïdienne (2). Les coupes de sujets congelés lui ont permis de préciser les rapports de l'S iliaque.

En pratique par le cathétérisme rectal, on réussit quelquefois bien que rarement à obtenir une débâcle; mais alors il est bien difficile de se rendre compte de l'endroit où siégeait l'obstacle.

Voici un fait dont nous avons été témoin pendant notre internat dans le service du professeur Laroyenne :

T. C., âgée de 59 ans, entre au mois d'août 1888, dans le service de M. Laroyenne pour y être opérée d'un kyste de l'ovaire.

Ventre très volumineux, la tumeur remonte jusqu'aux fausses côtes. Ventre à forme proéminente en avant. Oppression à la moindre fatigue à cause de la gêne mécanique. Opération par le Dr Gouilloud.

Vers le sixième jour après l'opération le ventre commence à se ballonner; la malade ne rend aucun gaz par l'anus. Le côlon transverse très dilaté se reconnaît aisément à travers la paroi de l'abdomen.

Le neuvième jour état général grave, tympanisme extrême. Dyspnée.

Introduction d'un tube de Faucher dans le rectum; cinquante centimètres environ sont introduits. Immédiatement s'échappe un liquide très fétide et beaucoup de gaz. A partir de ce moment, amélioration rapide.

Par contre nous avons échoué plusieurs fois et avons été témoin d'échecs semblables de la part de plusieurs chirurgiens. La facilité avec laquelle on peut introduire

(1) Thèse Fromont, Lille, 1890, p. 6.
(2) Testut, *Trait. d'anat.*, 1e et 2e édition.

le tube de Faucher laisse supposer au premier abord que l'on est en bonne voie, tandis qu'au contraire le tube s'enroule simplement dans l'ampoule rectale. Le contrôle chez une opérée affaiblie, ballonnée, devient, on le comprend, des plus difficiles. L'emploi de liquides gazeux (eau de seltz) change peut-être aussi les conditions de pénétration et de distention de l'intestin. Le lavage du tube digestif de bas en haut (diaclysmos) est assez facile (genersich), tandis que le liquide injecté par l'œsophage ne pourrait arriver sur le cadavre à passer dans l'intestin.

Conclusions. — Nous pouvons maintenant poser nos conclusions :

a. Un nombre certainement considérable d'occlusions intestinales post-opératoires reconnaissent pour cause l'imperméabilité physiologique de l'angle colique sous-costal gauche.

Cette imperméabilité est favorisée :

1° Par la fixité de l'angle colique gauche maintenu par un ligament suspenseur formé de tissu fibreux exclusivement. Normalement, ce ligament présente une disposition en éventail très ouvert qui s'oppose à l'état normal, à la coudure exagérée du côlon en ce point.

2° Cette imperméabilité est encore souvent très efficacement complétée par la compression de l'angle gauche du côlon, au moyen d'anses de l'intestin grêle enclavées à la manière d'un coin élastique dans l'ouverture de cet angle.

3° La disposition en V du côlon transverse, en exagérant l'angle colique gauche et en causant des tiraillements sur cet angle, tend encore à maintenir l'occlusion. Il en est de même de toutes les autres causes agissant sur les deux côtés de l'angle colique d'une manière analogue (cas de Riche).

b. Lorsque les anses de l'intestin grêle se sont placées sur un plan postérieur au coude colique, celui-ci n'est plus comprimé et sa perméabilité est moins compromise.

c. Le cathéthérisme du rectum avec le tube de Faucher peut réussir quelquefois, qu'il soit ou non associé à la projection d'un liquide gazeux ou non gazeux.

d. L'introduction du tube flexible est très aléatoire en raison de son enroulement très facile dans la cavité de l'ampoule rectale; celle de la sonde rectale rigide doit être pratiquée avec prudence afin de ne pas blesser la muqueuse.

e. On est autorisé, dans les laparotomies, à déplacer des anses de l'intestin grêle dont la situation au niveau de l'angle du côlon paraîtrait pouvoir compromettre sa perméabilité par une compression due à la distension de cette anse grêle.

L'examen rapide de cette disposition est facilité dans les laparotomies pour tumeur volumineuse intra-abdominale en raison de l'affaissement des anses intestinales comprimées par la tumeur.

Le météorisme post-opératoire serait favorisé par la suppression brusque de cette compression.

f. Il paraît préférable de purger légèrement les opérés un à trois jours après la laparotomie et de ne pas attendre un météorisme exagéré. Le météorisme est, par lui-même, une cause d'imperméabilité de l'angle colique sous-costal gauche.

g. Si une occlusion se produit après la laparotomie, il ne faut pas hésiter à rouvrir l'abdomen. Outre les diverses causes d'occlusion auxquelles on devra songer, on n'oubliera pas l'étranglement de l'angle colique sous-costal gauche par les causes que nous venons de signaler.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Deux cas de maladie de Friedreich, par R. Verhoogen (*Journal de Méd. et Chir. Bruxelles*, 10 janvier 1895, n° 3, p. 34). — Ces observations se rapportent au frère et à la sœur, sur 8 enfants, dont un, mort-né, était anencéphale et asexué. Ils sont âgés de 14 et 9 ans. Ils présentent entre autres signes, des déformations : les pieds sont en varus équin, la démarche est titubante, il existe de plus de l'ataxie des mouvements, de la perte complète des réflexes tendineux, des deux côtés, la parole lente et embarrassée, de la démarche titubante, de l'ataxie motrice. Le signe d'Argyll Robertson aurait été constaté chez l'aîné.

Etude de l'hyperthermie centrale consécutive aux lésions du cerveau, par J. F. Guyon. — Les expériences de l'auteur ont consisté en piqûres extra-crâniennes aseptiques du cerveau et porté sur des lapins : elles ont été superficielles et profondes. Il résulte de ses recherches que l'hyperthermie ne se produisait, par une élévation de 1 à 2° au-dessus de la normale, que lorsque le stylet atteignait : soit le noyau caudé ou la couche optique, le corps calleux, le septum lucidum, et le trigone. Il paraît impossible d'attribuer à l'excitation d'un seul territoire, qui représenterait un centre thermogène intra-cérébral, cette différenciation. Il est à remarquer que la réaction thermique se montre en rapport d'intensité avec la proximité de la lésion du ventricule latéral. On pourrait admettre plutôt que le centre thermogène hypothétique d'un réflexe ayant pour origine l'excitation des parois ventriculaires et se transmettant aux centres bulbo-médullaires.

Tabes ou diabète ? (Tabes oder Diabetes? von Karl Grube (*Neurologisches Centralb.*, 1895, n° 1). — Trois cas sont rapportés de coexistence de tabes avec glycosurie. Dans le premier, il s'agit d'un cas où le tabes offre des signes peu marqués; dans le troisième, un syphilitique âgé de 61 ans, présentant des manifestations tabétique nettes, accompagnées de troubles de la marche, en raison d'une paralysie des extenseurs, donne l'allure du steppage; il existe de plus des troubles sphinctériens vésicaux.

Sarcome de la pie-mère (Ein Sarcom der Pia Mater), par V. Jansenn (*Archiv de Virchow*, Bd 9, fasc. 2, 1895, p. 212). — Observation d'une femme âgée de 30 ans qui, après avoir présenté pendant son enfance de l'épilepsie, dont les accès s'étaient espacés ultérieurement; plus tard, douleurs dans l'œil droit, puis dans la jambe, s'étendant aux deux membres ensuite. A l'examen, juillet 1891, aucune céphalée, troubles de la sensibilité, double névrite optique, plus à droite, paralysie double de l'abducteur et du facial à droite, parole embarrassée, monotone; troubles trophiques de la cornée. Pas de paralysie des membres supérieurs; tremblement intentionnel sans ataxie. A droite, le réflexe tendineux existe aux membres inférieurs. La rétention d'urine survient. Coma le 2 septembre. A l'autopsie, hydrocéphalée chronique; on trouve une tumeur siégeant sur le côté droit de l'hémisphère cérébelleux et comprimant le méat auditif, pénétrant dans le bulbe. Elle s'étend jusqu'à la protubérance où elle atteint la racine du trijumeau. Elle adhère à la pie-mère. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un sarcome. Les rapports sont établis entre la corrélation des signes cliniques et des localisations.

MÉDECINE

Alcool chez les diabétiques (Die Anwendung des Alkohols bei der Zuckerharnruhr), par Hirschfeld (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1895, n° 5, p. 95). — Les recherches faites par l'auteur sur un grand nombre de diabétiques de l'hôpital de Moabit (de Berlin) lui ont montré que l'alcool à la dose journalière de 30 à 70 grammes est entièrement brûlé dans l'organisme des diabétiques. La diurèse et l'assimilation des aliments ne sont pas influencées, mais il existe toutefois une décomposition plus vive des substances albuminoïdes de sorte que la nutrition générale est relevée.

L'alcool n'exerce aucune influence sur les troubles propres du diabète, sur la glycosurie, l'acétonurie et la résorption affaiblie.

Parmi les effets nuisibles que l'alcool peut exercer, il faut compter avant tout avec son action sur le cœur et les vaisseaux; de plus en cas d'albuminurie existante, l'alcool peut agir mal sur les reins.

L'alcool ne sera par conséquent employé que dans le diabète grave afin de rendre possible une suralimentation destinée à parer à l'affaiblissement du malade et au développement possible d'une tuberculose. Dans les cas légers, l'alcool ne sera employé que temporairement, à titre de condiment.

Acide lactique dans le contenu stomacal chez un individu atteint d'ulcère de l'estomac (Milchsæure-Bildung ein Magensaft bei Ulcus ventriculi mit Gastritis atrophicans und Gastrectasie), par Bial (*Berlin. klin. Woch.*, 1895, n° 6, p. 123). — Il s'agit d'un homme qui entre à la clinique pour une affection stomacale survenue il y a 4 ans après une attaque d'influenza et caractérisée par des douleurs très vives à l'estomac et des vomissements apparaissant peu de temps après les repas. A l'examen on ne trouvait qu'une dilatation énorme de l'estomac, mais sans tumeur appréciable à la palpation. D'un autre côté, l'examen du contenu stomacal ayant montré l'absence de HCl libre et la présence d'une forte quantité d'acide lactique, on n'hésita pas à faire le diagnostic de cancer de l'estomac. Huit jours environ après son entrée à l'hôpital, le malade fut pris d'accidents nerveux et succombait le lendemain dans le coma.

A l'autopsie on trouva une sténose cicatricielle au pylore, des ulcères de la muqueuse présentant les lésions de la gastrite chronique.

Cette observation montre, d'après l'auteur, que contrairement à ce qu'a dit Boas la présence d'acide lactique en absence de HCl libre ne suffit nullement pour faire le diagnostic de cancer de l'estomac. Quant au coma final, qui avait tous les caractères du coma cancéreux, l'auteur l'attribue à l'auto-intoxication.

CHIRURGIE

Entérectomie et bouton de Murphy (Two cases of enterectomy in which Murphy's was used), par Banks (*British med. Journ.*, 23 février 1895, p. 410). — Deux observations de résection intestinale suivie d'application du bouton de Murphy : 1° Une femme de 30 ans, sujette depuis 18 mois à des attaques de constipation, est prise d'accidents d'occlusion intestinale subaiguë pour laquelle on se décide, au bout de 15 jours, à faire la laparotomie sur la ligne médiane. A l'ouverture de la cavité abdominale on trouva au niveau de l'iléon, près du cæcum, un rétrécissement dur au-dessus duquel l'iléon avait le volume du gros intestin; entre le rétrécissement et la valvule iléo-cæcale il était absolument atrophié. Résection de la partie indurée et abouchement avec le bouton de Murphy dont l'application fut très difficile, le bout inférieur de l'intestin étant trop court, si bien qu'on a dû empiéter sur le cæcum. La malade mourut au bout de 30 heures. On trouva à l'autopsie que les matières fécales s'étaient épanchées par le bouton. La cause de cet insuccès est due à ce qu'on dut opérer avec une telle rapidité qu'on ne put bien faire les choses, en raison de la grande faiblesse de la malade.

2° Enfant de 7 ans laparotomisé pour une invagination intestinale. A l'ouverture de l'abdomen on trouva une invagination de l'iléon à 30 centimètres environ du cæcum. Au niveau du siège de l'occlusion l'intestin était gangréné. On réséqua cette portion et on réunit les deux bouts à l'aide d'un bouton de Murphy. Guérison complète et rapide.

Anévrysme poplité; traitement par la flexion forcée (Unt altro caso cospicuo di aneurisma della poplitea guarito con la flessione forzata del ginocchio), par F. d'Alessandro (*Riforma medica*, 7 janvier 1895, p. 51) — La flexion plus ou moins forcée doit être tentée dans les anévrysmes poplités de petit volume sans lésions des parties adjacentes; on peut la tenter dans les anévrysmes volumineux, pourvu qu'il ne survienne pas de complications inflammatoires et de menace de gangrène. Elle s'applique aussi bien aux anévrysmes spontanés qu'aux anévrysmes traumatiques. Les chances de guérison sont les plus grandes quand le sac siège à la paroi postérieure de l'artère, entre celle-ci et la peau. La guérison est possible quand la flexion du genou arrête les pulsations de l'anévrysme.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons sur les maladies nerveuses, par E. Brissaud, recueillies par H. Meige. Paris, G. Masson, 1895.

Au lieu de reproduire, comme on en avait jadis l'habitude, toutes ses leçons cliniques, M. Brissaud a préféré choisir, parmi celles qu'il a faites à la Salpêtrière au cours de l'année dernière, les leçons qui, par le sujet dont elles s'occupent, par les faits intéressants qu'elles exposent, par les interprétations nouvelles qu'elles donnent de certains symptômes, lui semblaient devoir être conservées. Alors que le cours professé comprenait soixante-dix leçons, il n'en a été publié dans ce livre que trente. Aussi, chacune d'elles constitue-t-elle une œuvre, un document intéressant, et toutes seraient à citer. On ne saurait en tout cas trop en recommander la lecture à ceux qui veulent se tenir au courant de la pathologie nerveuse et de ses progrès.

Dédié à la mémoire de Charcot, le livre s'ouvre par quelques pages émues consacrées au maître, dont toutes les leçons qui suivent reflètent l'enseignement, en y apportant nombre de données nouvelles. L'auteur a voulu aussi que ses deux premières leçons fussent consacrées à la *maladie de Charcot*, à la *sclérose latérale amyotrophique*, dont l'étude clinique et anatomo-pathologique est faite de manière claire et attachante. Dans la suite des leçons, le lecteur trouvera une description étendue de certaines maladies avec observations de malades à l'appui. L'histoire symptomatologique de la *maladie de Friedreich*, de l'*hérédo-ataxie cérébelleuse*, de la *maladie de Parkinson*, de la *maladie de Little*, de la *pachy-méningite cervicale hypertrophique*, est toujours très vivante, et la question si souvent délicate et difficile du diagnostic est un des points le mieux mis en lumière dans ces chapitres, au grand profit du médecin et de l'étudiant. On verra pourquoi deux types cliniques, en apparence semblables, ont été séparés et pourquoi ils méritaient de l'être. Mais ce qui est surtout à signaler dans ces leçons, ce qui en fait l'attrait tout particulier, c'est l'effort constant fait par l'auteur pour montrer le lien qui unit la lésion à l'évolution clinique, pour expliquer par l'anatomie pathologique la symptomatologie d'une affection, pour faire voir comment, en s'éclairant des données fournies par l'histologie normale et pathologique, on peut concevoir la pathogénie d'un complexus symptomatique.

M. Brissaud a été souvent amené à émettre des hypothèses mais elles sont toujours ingénieuses et acceptables, car elles s'appuient sur des faits anatomiques incontestés. C'est ainsi qu'il arrive à expliquer quelques particularités du syndrome de Brown-Séquard, des localisations de l'anesthésie dans la syringomyélie; qu'il montre comment on peut concevoir et expliquer le signe de Romberg, comment il faut apprécier les divers troubles qui constituent le syndrome cérébelleux; ses leçons sur le *tabes sensitif* et le *tabes moteur*, sur les rapports entre le siège des troubles de la sensibilité et les altérations trophiques concomitantes, sur les ophthalmoplégies, sont des plus intéressantes à lire et à étudier. Souvent aussi, pour éclairer une démonstration anatomo-pathologique, l'auteur fait appel à des données d'anatomie et d'histologie normale; c'est ainsi qu'à propos du *tabes combiné* il expose l'irrigation artérielle de la moelle; que dans une leçon sur la *syringomyélie* il prouve l'identité des cellules épendymaires et des cellules de névroglie; que parlant des ophthalmoplégies il est amené à décrire les noyaux d'origine de la troisième et la quatrième paires. Il faut citer encore, au point de vue de leur nouveauté et de leur intérêt, les leçons sur le rire et les pleurs spasmodiques, sur les tics et spasmes cloniques de la face, sur le goître exophthalmique, sa nature et son traitement, sur les aphasies, sur les rapports entre le myxœdème, le crétinisme et l'infantilisme. Dans cette dernière maladie, notamment, l'auteur est amené à étudier la question si actuelle et si curieuse de la physiologie thyroïdienne.

J'ajoute que ces leçons ont su garder dans le livre tout leur attrait, car l'auteur s'est gardé de les résumer, il les a plutôt développées et complétées. Il en a rendu la description clinique aussi vivante que possible, et a multiplié les reproductions photographiques aidant à comprendre les attitudes diverses des malades et les divers symptômes qu'ils présentent. Il a aussi illustré son texte de nombreux schémas et dessins aidant à bien comprendre sa pensée, et de la reproduction de préparations microscopiques. Est-il besoin d'insister enfin sur les qualités littéraires de l'ouvrage, sur les expressions pittoresques et justes tout à la fois que sait employer un maître aussi connu qui ne manque pas à l'occasion d'égayer son texte d'une citation, d'un exemple historique qui viennent à l'appui de la thèse qu'il veut démontrer. Pas un instant dès lors l'attention du lecteur n'est fatiguée. Quelque érudition scientifique que possède l'auteur, il sait n'en pas faire étalage tout en les utilisant chaque fois qu'il le juge nécessaire. On voit donc que c'est à juste titre que M. Brissaud inscrivait à la première page de son livre le nom de Charcot; à tous les points de vue, celui-ci reste digne du maître éminent auquel il est dédié. Nous n'hésitons pas même à affirmer qu'il mérite une place d'honneur à la tête des publications neuro-pathologiques contemporaines et qu'il continue, en les affirmant, les glorieuses traditions de l'Ecole de la Salpêtrière.

P. Lereboullet.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'hydrocéphalie, par Bourneville, Médecin de Bicêtre, Paris, Félix Alcan, édit., 1894.

Cette publication est à tous égards une des plus intéressantes de la série. Elle renferme sur divers sujets des documents cliniques, anatomo-pathologiques et thérapeutiques, illustrés de reproductions, et traite des questions qui actuellement touchent de près à celles de l'éducation, et se basent sur des données plus en rapport avec les progrès accomplis en ces derniers temps. D'autre part, nous y trouvons l'exposé de la question des trépanations tentées contre la compression possible, dans l'idée, par la trépanation, qui dans certains cas néanmoins est indiquée. On ne peut, d'autre part, ne pas s'associer à ces conclusions qui terminent cet ouvrage dont la typographie est particulièrement soignée; les hydrocéphales produisent en raison directe de l'intelligence et du travail de ceux qui sont chargés d'en tirer parti: Temps, patience et ingéniosité sont les qualités nécessaires.

Thèses de Paris.

Prophylaxie de la tuberculose d'origine alimentaire, par Arthur Moreau.

A. Lait des animaux tuberculeux.

L'usage alimentaire du lait des animaux tuberculeux, ou de ses sous-produits, doit être rigoureusement interdit.

Pour arriver à écarter de la production laitière tous les animaux tuberculeux, il serait nécessaire de provoquer l'application des mesures suivantes :

a) Les vaches laitières seront soumises périodiquement à l'épreuve diagnostique de la tuberculine.

b) Le repeuplement des étables ne pourra être effectué qu'avec des animaux qui auront subi récemment l'épreuve révélatrice.

Jusqu'à ce que ces mesures soient prescrites par les autorités compétentes, le public sera invité à n'employer le lait ordinaire ou marchand qu'après ébullition complète et prolongée, ou mieux après stérilisation, surtout pour l'alimentation des enfants.

B. Les dispositions réglementaires concernant la viande des animaux tuberculeux pourraient être revisées sur les bases suivantes :

Les viscères, ganglions et autres organes ou tissus renfermant des lésions tuberculeuses, doivent être rigoureusements détruits.

Les parties qui entourent les lésions tuberculeuses et aussi celles qui ont avec elles des connexions lymphatiques, doivent être écartées de la consommation.

La généralisation des lésions dans les principaux groupes ganglionnaires du tronc et des membres, place toute la chair dans les conditions d'exclusion qui précèdent.

Dans les cas de tuberculose localisée à un ou plusieurs organes, à une ou plusieurs régions, il y a lieu de considérer autour des parties malades :

a) Une zone virulente ou suspecte (parties circonvoisines et parties en connexions lymphatiques), qui doit être éliminée.

b) Des régions indemnes, qui forment le reste de l'animal et qui peuvent être consommées. L'examen à la loupe des ganglions accessibles permettra de vérifier la parfaite innocuité de ces parties.

Les localisations ordinaires étant thoraciques ou abdominales, les parties utilisables des bovidés tuberculeux seront : presque toujours les membres; souvent la masse sacro-lombaire et fessière. Mais le cou, les parois costales et abdominales, le diaphragme, les psoas, les ganglions de la racine des membres (préscapulaires, axillaires inguinaux) devront être le plus ordinairement largement sacrifiés.

VARIÉTÉS

Sur le supplément du Codex. — C'est en 1818 que parut la 1re édition du Codex Français; en 1836, la 2me, en 1866, la 3me et en 1884, la 4me. Pour cette dernière il se produisit une modification heureuse des anciens errements : il fut entendu qu'une partie de la Commission se réunirait tous les ans, et publierait des suppléments successifs, afin de tenir le Codex au courant de la science. Mais d'autres préoccupations assiégèrent le gouvernement, les années s'écoulèrent vite, et ce n'est qu'en 1894, que le Ministère de l'Instruction publique songea à nous convoquer pour faire ce travail.

Nous nous sommes trouvés alors en présence d'environ 200 produits nouveaux à examiner, tant la thérapeutique avait fait de progrès.

Cette activité fébrile avait été provoquée par la puissance de la loi du 23 juin 1857 sur les marques de fabrique.

Le succès de l'antipyrine faisait tourner toutes les têtes. C'est à qui débaptiserait un corps chimique, pour se réserver le monopole de son exploitation.

Et c'est là la plus juste critique que l'on puisse faire de la loi sur les brevets d'invention, qui exclut les médicaments des matières brevetables.

D'un prétendu mal, on est tombé dans un pire; car les brevets n'ont qu'une durée de 15 ans, tandis que les marques de fabrique constituent une propriété éternelle.

Il n'y a pas lieu de citer des exemples, la lecture du supplément du Codex, qui vient de paraître chez M. Masson, est suffisamment édifiante sur ce sujet. La préface montre combien la Commission a été embarrassée pour concilier tous les intérêts, et comment elle a dû décliner toute responsabilité, sur l'avis du gouvernement, impuissant lui-même à trancher cette question.

Lors de l'exposition de 1889, nous avions espéré, un moment, que cette singulière anomalie de la loi sur les brevets, serait abrogée; mais il n'en a rien été, et nous demeurons toujours en dehors du droit commun.

Il serait bien temps, cependant, que cet état de choses eût un terme; car la pharmacie française, qui n'est ni libre, ni limitée, traverse actuellement une douloureuse période; et je crains bien que la nouvelle loi, qui est encore en discussion, soit impuissante à la tirer de ce mauvais pas. Mais n'anticipons pas car je ne désire aujourd'hui parler que du supplément du Codex, et non de l'état de la pharmacie, que je ra terai dans mon prochain article.

Mes confrères ont tous été frappés de ne pas trouver, dans ce supplément, la légalisation des extraits fluides, ou au moins de certains d'entre eux, qu'ils réclament depuis longtemps. Je leur dirai que c'est moi-même, qui, à l'instigation de la Société de pharmacie de Paris, les ai mis en discussion, et n'ai pas réussi à les faire accepter.

C'est que la majorité de la Commission a trouvé que la question était trop importante pour un supplément, et a renvoyé cette étude à la Commission qui sera chargée de la rédaction du futur Codex. Elle est bien grosse, en effet, cette question et ses conséquences seront le bouleversement d'un grand nombre d'anciennes formules. Je n'étais cependant guère exigeant, et ne demandais que l'inscription des extraits fluides qui se prescrivent en nature : ceux de kola, coca, quinquina, par exemple.

Je démontrais la nécessité urgente de l'uniformité de leur

préparation, occasionnée par la différence de composition de ceux qui existent dans le commerce; différence qui jette le plus grand trouble dans leur administration et dans leur prix. Rien n'y fit, la Commission ne voulut voir dans les extraits fluides qu'un moyen de soustraire le pharmacien aux obligations du Codex et repoussa toutes ces préparations en bloc.

Nous voilà donc obligés, encore pendant une dizaine d'années, de délivrer, les uns, les plus rares, de *véritables extraits fluides* représentant poids pour poids la substance naturelle; les autres des extraits fluides au tiers ou au quart, suivant leur provenance. Mais le ballon est lancé, et l'on peut affirmer que la prochaine commission aura cette question à résoudre.

Il ne faut pas que l'horreur que nous inspirent les extraits fluides antiscorbutiques et, en général, tous les extraits composés ou concentrés, nous fasse rejeter ceux qui sont vraiment des médicaments de toute sécurité et de tout premier ordre.

On devra fixer la valeur de l'extrait de coca, si employé aujourd'hui, et voir quelle est la quantité de cocaïne qui a été détruite par la chaleur, par rapport à la plante qui a servi à le préparer.

On sait, en effet, que sous l'influence de la chaleur, la cocaïne se transforme facilement en ecgonine en perdant ses propriétés anesthésiques; ce qui nous conduit à dire qu'il faut éviter de prescrire le chlorhydrate de cocaïne dans les gargarismes où il entre des décoctions d'orge ou de ronce, pour ne pas risquer de le voir anéanti. D'un autre côté, il sera bon aussi de modifier la préparation des vins de quinquina, car ceux que l'on prépare avec les extraits fluides sont deux fois supérieurs à ceux du Codex actuel; toute proportion de quinquina gardée.

Je m'en tiens à ces deux exemples typiques pour montrer que l'étude de cette classe nouvelle de préparations nécessitera un travail considérable et je demeure convaincu que sa législation sera un bienfait pour tout le monde.

Mais revenons au supplément, objet de cet article.

Sur cette quantité de corps nouveaux, la commission n'en a retenu que 43 — c'est déjà un joli chiffre et qui promet pour l'avenir!

Elle a admis aussi les ouates et gazes antiseptiques les plus usuelles, ainsi que le *papier au sublimé*. Pour ce dernier produit, son histoire est assez curieuse : il y a deux ans, mon confrère Balme et moi avions soumis le papier au sublimé qui porte son nom, au jugement de l'Académie de médecine.

A la dernière séance de décembre 1893, M. le Dr Lereboullet, rapporteur de la Commission des remèdes nouveaux, donna, au sujet du papier Balme, des renseignements précis et favorables, puis demanda pour ce moyen si pratique, si sûr, et si économique de préparer les solutions de sublimé, l'approbation de l'Académie. Ses conclusions furent combattues par divers membres de la section de pharmacie, en particulier par MM. Riche et Jungfleich, qui rappelèrent la jurisprudence admise par la savante assemblée qui, depuis de longues années, refuse systématiquement d'approuver un médicament quelconque. Après une discussion un peu confuse, une Commission spéciale fut nommée pour résoudre cette question. Cette Commission n'a jamais été réunie, et depuis l'année 1893, aucun nouveau rapport sur les remèdes secrets n'a été lu devant l'Académie.

C'est alors que M. le professeur Jungfleisch, qui ne trouvait aucune objection scientifique à faire au rapport de M. Lereboullet, eut l'heureuse idée, pour trancher la question, de demander l'insertion du papier au sublimé au Codex. Comme fabricant du papier Balme, je fus tout naturellement chargé de la rédaction de l'article. On sait que ce papier contient 0 gr. 50 de sublimé par feuille, j'ai pensé que pour celui du Codex, il valait mieux adopter le titre de 0 gr. 25 qui est celui des paquets autorisés par l'Académie et qui sont aussi inscrits dans le formulaire légal.

Les médecins et sages-femmes peuvent donc, dès aujourd'hui, prescrire indifféremment du papier ou des paquets de sublimé, les pharmaciens doivent en être approvisionnés. Pas n'est besoin de souligner la supériorité du papier sur les paquets, l'usage seul la démontrera suffisamment.

Je ne m'étendrai pas davantage sur le supplément au Codex de 1884, chacun jugera de son utilité et y verra un heureux précédent pour l'avenir.

Pierre Vigier.

Faculté de médecine de Lyon. — M. le docteur Augagneur, professeur agrégé, est nommé professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

Nécrologie. — R. Marjolin. — Le 25 octobre 1893, la Société de chirurgie célébrait le cinquantième anniversaire de sa création et offrait la présidence d'honneur de cette séance solennelle au Dr Marjolin, l'un de ses fondateurs. A cette occasion, M. le Dr Monod, secrétaire général, rendait un juste hommage au zèle ardent et à l'infatigable activité de celui qui, trésorier, secrétaire-archiviste, puis secrétaire général, vice-président et enfin président de la Société de chirurgie ne lui avait jamais ménagé ni son temps, ni sa peine. A cette date déjà lointaine plusieurs mémoires ont été communiqués par M. R. Marjolin aux sociétés savantes sur divers sujets de chirurgie. Plus nombreuses sont les études qu'il a consacrées à l'organisation hospitalière et aux réformes qu'elle exige. Citons son *Rapport sur l'insuffisance des ressources de thérapeutique dans les affections chirurgicales des enfants pauvres de Paris* (*Mem. de la Soc. de Chirurgie*, 1876), sa *Lettre sur l'hygiène des hôpitaux* adressée au professeur Gosselin, sa *Notice sur l'hôpital de Rotterdam*, son *Etude sur les causes et les effets des logements insalubres*, etc., etc.

Né le 4 juin 1812, docteur en médecine en 1839, chirurgien des hôpitaux en 1842, R. Marjolin n'a point toutefois borné son ambition à l'accomplissement des devoirs que lui imposaient son service d'hôpital et ses fonctions professionnelles. Fondateur ou directeur d'un grand nombre d'œuvres de bienfaisance dont il était l'âme, il a acquis des titres éminents à la reconnaissance de tous les hommes de bien. C'est ainsi qu'il a été l'un des membres les plus actifs de la *Société de protection des apprentis et des enfants employés dans les manufactures* et de *la Société générale des prisons*; qu'il a longtemps présidé la *Société protectrice de l'Enfance* (depuis 1878) qui perd en lui son bienfaiteur et son plus ferme appui; qu'il a longuement et mûrement étudié, dans une série de travaux du plus grand intérêt, les questions relatives à la suppression des tours, aux applications de la loi Roussel, à la préservation des nourrices et des nourrissons contre la syphilis, aux orphelinats agricoles, aux écoles techniques et professionnelles, à l'isolement des malades atteints d'affections contagieuses, etc., etc.

Lorsqu'en 1881, l'Académie de médecine appela M. Marjolin à une place de membre libre, elle voulut honorer non seulement l'hygiéniste et le savant, non seulement le chirurgien qui, en 1870, avait continué son service à l'hôpital Sainte-Eugénie et fondé une ambulance au collège Chaptal et une autre ambulance rue Chaptal, malgré de grandes difficultés et un ordre d'arrestation lancé contre lui par le gouvernement de la Commune, mais encore et surtout le philanthrope, l'homme éminemment honnête et bienfaisant qui, à l'Association générale des médecins de France, à l'Association de la Seine, à la Société protectrice de l'enfance a donné l'exemple du plus noble dévouement à toutes les œuvres d'assistance, de charité et de solidarité professionnelles.

Livres déposés.

Précis des maladies de l'oreille, par P. Garnault, docteur en médecine, docteur ès sciences naturelles. Un vol. in-12 cartonné diamant tranches rouges de 550 pages avec 173 figures dans le texte. Prix : 8 francs. Paris, 1895, O. Doin, éditeur.

Traité pratique des maladies des enfants, par James F. Goodhart, médecin de Evelina Hospital pour enfants malades et de Guy's Hospital, à Londres. Traduit sur la quatrième édition anglaise en collaboration par le Dr G. Variot, médecin de l'hôpital Trousseau pour enfants malades, et le Dr Follenfant, médecin major de 2e classe de l'armée, chevalier de la Légion d'honneur. Avec une préface et une annotation française du docteur G. Variot. Un volume in-8° de 636 pages. Prix : 10 francs. Paris, O. Doin, éditeur.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

REVUE GÉNÉRALE

La maladie de Barlow.

La maladie de Barlow, dont on s'occupe beaucoup depuis deux ou trois ans en Allemagne et en Angleterre, est une affection caractérisée essentiellement par l'apparition des hématomes sous-périostiques, accompagnés ou non d'autres manifestations hémorrhagiques chez des nourrissons jeunes, mal nourris, plus ou moins cachectiques, rachitiques dans l'énorme majorité des cas.

Les auteurs sont loin de s'entendre sur le terme qui conviendrait le mieux à cette affection. Dans son premier mémoire, Barlow (1) considère l'affection qui porte son nom, comme une combinaison de scorbut et de rachitisme chez le même individu. Plus tard on trouva que l'affection en question n'était pas sans analogie avec le rachitisme aigu et qu'elle a été plus ou moins complètement décrite par Montfalcon (1820) d'après Portal, par Mœller, Andersen, Forster, Senator et autres sous le nom de rachitisme aigu, et plus près de nous par Thomas Smith (2) sous le nom de périostite hémorrhagique des os longs avec décollement épiphysaire; par Ingerslw (3) et par Jalland (4) sous celui de scorbut infantile, par Cheadle (5) sous celui de cachexie ostéo-périostique avec scorbut. Aujourd'hui encore quand il est démontré d'une façon plus ou moins certaine que le complexus symptomatique de Barlow n'a rien à voir avec le scorbut et peut s'observer chez des enfants non rachitiques on continue à publier des cas avec l'étiquette de « rachitisme aigu » de « scorbut des rachitiques », ou plus prudemment d' « affection scorbutiforme chez des nourrissons rachitiques » (Heubner).

(1) On cases described as « acute Rachitis » which are probably a combination of scurvy and rickets, etc. *Méd. chir. Nausach. London*, 1883, vol. LXVI, p. 159.
(2) *Transacts. Pathol.* Soc. London 1875, vol. XXVII, p. 219.
(3) *Hospit. Tidende.* 1872, nos 27-28, cité par Furst.
(4) *Méd. Times and Gaz.* 8 mars 1873.
(5) *Arch. f. Kinderheilk.* 1894, vol. XVIII, p. 50. Le lecteur trouvera dans ce mémoire la bibliographie aussi complète que possible de la question.

Dans ces conditions il nous semble préférable de conserver, provisoirement ou définitivement, à cette affection le nom de « maladie de Barlow » tout en admettant avec L. Furst (1), que le nom qui conviendrait le mieux à cette affection serait celui de « rachitisme hémorrhagique ».

I.

Avant tout il nous semble nécessaire d'établir que la maladie de Barlow n'est pas l'apanage exclusif des rachitiques et qu'elle n'a avec le scorbut que des rapports de similitude et non pas d'identité.

Pour ce qui est du premier point, nous citerons notamment les cas de maladie de Barlow chez les non-rachitiques, entre autres le cas personnel de Furst (2) où l'autopsie permit de vérifier le diagnostic de maladie de Barlow et de constater l'absence des lésions rachitiques, relevée, du reste, déjà dans l'observation clinique. Nous citerons également la leçon consacrée par Marfan (3) au scorbut des rachitiques, où l'auteur dit avoir vu « un cas chez un enfant qui présentait des troubles digestifs chroniques sans rachitisme ». Et d'une façon générale, si la maladie de Barlow était étroitement liée au rachitisme, elle aurait dû, vu le nombre considérable de rachitiques, être bien plus fréquente qu'elle ne l'est. Du reste tout récemment Barlow (4) lui-même est revenu sur sa première opinion et a soutenu que la maladie qui porte son nom n'a rien de commun avec le rachitisme. Les raisons en vertu desquelles la maladie de Barlow ne doit pas être identifiée avec le scorbut, ont été très clairement résumées par Furst (5).

Tout d'abord la maladie de Barlow, du moins d'après les statistiques publiées jusqu'aujourd'hui, se rencontre principalement dans les pays où le scorbut est très rare, c'est-à-dire en Hollande, en Angleterre, en Allemagne, en Amérique du Nord; et, inversement, dans les pays, comme la Russie où le scorbut est relativement fréquent, on n'a pas encore observé un seul cas de maladie de Barlow. Si la maladie de Barlow était du scorbut, c'est le contraire qui aurait dû s'observer.

Le scorbut est une affection endémique frappant un grand nombre d'individus à la fois : la maladie de Barlow est sporadique par excellence. De plus un observateur,

(1) *Loc. cit.*
(2) *Loc. cit.*
(3) *Bullet. Médical*, 23 janvier 1895.
(4) *Brit. méd. jour.* 10 novembre 1894.
(5) *Loc. cit.*

comme Ranchfuss (1) bien placé pour étudier le scorbut chez les enfants, affirme n'en avoir jamais observé chez des nourrissons. Mertens (2) (de Moscou) soutient que chez les enfants le scorbut ne se développe que dans des conditions hygiéniques particulièrement défectueuses, telles que l'encombrement dans les hospices. D'Ormoy (3), dans la description de l'épidémie de scorbut qui a sévi à bord de *la Pénélope* note que « l'enfance jouit d'une immunité remarquable à l'égard de cette maladie ». Pendant les grandes épidémies de scorbut qui ont sévi en Angleterre en 1846 et en 1877, les enfants ont été épargnés. Disons pourtant que le scorbut chez les enfants a été signalé par Vidal (4) au cours de l'épidémie qui a sévi à Paris en 1870, et par Nordenskjœld (5) qui l'a observé dans la petite île de Maso. C'est donc, comme le dit Mertens, dans des conditions d'hygiène particulièrement défectueuses que le scorbut frappe les enfants; or la maladie de Barlow, comme nous allons le voir dans un moment, est bien plus fréquente dans les classe aisées que dans les classes pauvres. Autrement dit la condition essentielle du scorbut fait défaut dans l'étiologie de la maladie de Barlow. Même contradiction entre les deux maladies au point de vue anatomique.

Les hémorrhagies sous-périostées des os longs qui sont la règle dans la maladie de Barlow, sont rares dans le scorbut, et inversement les hémorrhagies sous-cutanées qui sont rares dans le scorbut sont relativement fréquentes dans la maladie de Barlow. Le décollement épiphysaire est un des symptômes habituels de la maladie de Barlow; il est exceptionnel dans le scorbut.

Restent les ulcérations et hémorrhagies gingivales qui sont pathognomoniques du scorbut : dans la maladie de Barlow on ne les observe que chez les nourissons qui ont des dents (6). C'est la seule manifestation de la diathèse hémorrhagique qui relie la maladie de Barlow au scorbut et qui, avec les autres manifestations hémorrhagiques, justifie en partie le nom de scorbutiforme proposé par Heubner.

II

Ceci étant établi nous pouvons aborder l'étude de l'étiologie de cette affection.

Si on analyse au point de vue étiologique les observations de maladie de Barlow publiées jusqu'à présent, on voit de suite que ni l'hérédité ni les conditions hygiéniques prises dans le sens large du mot, ni les conditions saisonnières ou climatériques n'interviennent dans l'étiologie de cette affection. A en juger par les observations *publiées*, elle serait particulièrement fréquente en Hollande, puisque sur les 166 cas réunis par de Bruin (7) 60 ont été publiées dans ce pays. Viennent ensuite l'Angleterre avec 52 cas, l'Allemagne avec 39, l'Amérique du Nord avec 14, le Danemark avec 1 cas. En France nous n'avons que les cas observés par Marfan (8) et Hutinel (9).

La seule condition étiologique bien établie est une diète alimentaire défectueuse. Dans presque toutes les observations on trouve notamment que les nourrissons sevrés de lait, même de lait de vache, ont été alimentés presque dès le début par les succédanés artificiels du lait, en Allemagne par la farine de Nestlé ou de Kufecké, par le lait suisse condensé, par le lait d'albumine, la farine de cacao, etc.; en Angleterre, par la farine lactée de Chapmann, par le Ridge's Food, par l'extrait de viande, etc. Il semblerait même que plus l'aliment est artificiel et s'éloigne du type physiologique, lait de vache ou lait de femme, plus l'affection se manifeste dans toute sa rigueur. Et comme toutes ces préparations ne sont pas à la portée de toutes les bourses, on comprend alors la prédilection de la maladie de Barlow pour les classes aisées. Ce fait a tellement frappé les observateurs anglais que, tombant dans l'exagération, ils ont soutenu, comme Cheadle et Barlow, par exemple, que c'était l'absence d'une alimentation naturelle et, plus spécialement, l'absence d'une alimentation végétale fraîche qui était la cause de l'affection, oubliant sans doute que les nourrissons au sein ne se nourrissent pas non plus de légumes.

Quoi qu'il en soit, la seule cause étiologique qui ressort de l'analyse des observations permet d'envisager la maladie de Barlow comme une maladie de nutrition. On comprend dès lors sa fréquence extrême mais non exclusive chez les rachitiques, le rachitisme étant également d'une façon ou d'une autre, le résultat d'une alimentation défectueuse. Reste à savoir pourquoi le vice d'alimentation provoque dans certains cas le rachitisme simple et dans d'autre le rachitisme compliqué de manifestations hémorrhagiques.

La première idée qui vient à l'esprit c'est d'attribuer les manifestations hémorrhagiques à une infection ou à une intoxication d'origine microbienne. On s'expliquerait alors les manifestations particulières de la diathèse hémorrhagique, les hématomes sous-périostiques, par l'état du squelette fortement atteint chez ces malades pour la plupart rachitiques; les hémorrhagies gingivales par la poussée des dents. Cette hypothèse, très plausible, n'a contre elle que le petit nombre de cas dans lesquels l'examen bactériologique a donné des résultats positifs (Babes (1), Rehn (2)), et la rareté extrême de la maladie de Barlow en comparaison avec la fréquence du rachitisme.

La seconde hypothèse consisterait à faire dépendre les hémorrhagies particulières de la maladie de Barlow d'une dyscrasie sanguine, par défaut de minéralisation, tenant à l'alimentation par les farines artificielles. C'est l'hypothèse à laquelle, faute de mieux, se rallie Furst en acceptant pour la maladie de Barlow « l'inanition minérale » invoquée par Cantani pour expliquer le scorbut. On sait que pour Cantani le défaut des sels de potasse, et principalement des phosphates potassiques dans les aliments serait la cause de la cachexie, de la diminution de la résistance des tissus, de la friabilité des vaisseaux, de l'atonie des hématies, des troubles d'endosmose et d'exosmose. Furst suppose donc que les choses se passent de même dans la maladie de Barlow, que l'altération chimique du sang, la tuméfaction hyperémique des muqueuses, la friabilité des vaisseaux, la formation des épanchements sanguins sous le périoste des os longs, la stomatite catarrhale et ulcéreuse qu'on observe déjà dans la simple dyspepsie, en un mot que toute la symptomatologie de la maladie de Barlow doit être attribuée à la minéralisation insuffisante des aliments et principalement à leur pauvreté en phosphates potassiques, indépendamment du genre d'alimentation auquel l'enfant est soumis. Il est évident que les objections soulevées contre la théorie infectieuse des hémorrhagies des barlowiens, sont valables également pour la pathogénie soutenue, du reste très faiblement, par Furst.

(1-5) Cité par Furst, *loc. cit.*
(6) Starck, par exemple, a publié (*Jahrb. f. Kinderheilk*, 1894, vol. XXXIII, p. 68) deux cas de maladie de Barlow sans ulcérations ni hémorrhagies gingivales chez des nourrissons qui n'avaient pas encore leurs dents.
(7) *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk.*, 1893, cité par Furst., *l. c.*
(8) *L. c.*
(9) Thiercelin, Thèse de Paris, 1894.

(1) *Deuts. med. Woch.*, 1894.
(2) *Jahrb. f. Kinderheilk*, 1894, vol. XXXVII.

En somme on peut dire qu'à l'heure actuelle on ne sait encore rien sur l'étiologie et la pathogénie de la maladie de Barlow. Si l'alimentation défectueuse et plus spécialement l'alimentation par les farines lactées est le principal facteur étiologique, il n'en est pas moins vrai que le complexus de Barlow s'observe aussi chez les nourrissons au sein ou alimentés avec du lait de vache. Si dans l'énorme majorité des cas, la maladie frappe les rachitiques, nous avons vu que dans d'autres cas elle atteint les nourrissons qui ne présentent pas trace de rachitisme. Nous avons également exposé les raisons pour lesquelles la maladie de Barlow ne doit pas, malgré la grande similitude des symptômes, être confondue avec le scorbut. On voit donc que tout est encore à faire dans l'étiologie et la pathogénie de la maladie de Barlow.

III

Anatomiquement la maladie de Barlow est caractérisée essentiellement par les hématomes sous-périostiques occupant principalement les os longs des membres et siégeant de préférence sur le fémur et le tibia, plus rarement sur les os de l'avant-bras.

Le périoste paraît tuméfié, épaissi, fortement congestionné et présente sur sa face interne un exsudat séro-sanguin visqueux, plus ou moins adhérent à la membrane, de consistance ferme, gélatineuse. La membrane elle-même est séparée de la diaphyse de l'os sur une étendue plus ou moins considérable, par un caillot sanguin et du sang liquide, si bien que l'os complètement dénudé semble traverser une cavité fusiforme remplie de sang. Dans certains cas l'hématome, de dimensions limitées, entoure une partie de la diaphyse à la façon d'un manchon; dans d'autres l'hématome très étendu dépasse la diaphyse. Dans les cas chroniques lorsque l'hématome existe depuis longtemps, le périoste peut être détruit, par défaut de nutrition, sur une étendue plus ou moins considérable. Dans les endroits où le périoste semble encore adhérer à l'os, il en est pourtant séparé par de petits foyers hémorrhagiques et s'en détache avec la plus grande facilité.

L'os lui-même n'est généralement ni déformé, ni épaissi, souvent même il semble aminci, et ce n'est que dans des cas tout à fait exceptionnels que l'on trouve un léger épaississement au niveau de la limite entre la diaphyse et l'épiphyse. Sa surface est rarement congestionnée: le plus souvent elle est pâle et rugueuse. Nulle part on ne trouve de lésions d'ostéite ou d'ostéo-myélite, et si l'os paraît atteint dans sa nutrition, cela ne va pas jusqu'à la nécrose.

Le décollement épiphysaire relativement fréquent dans les cas compliqués de rachitisme, a été également noté chez des enfants qui ne présentaient pas trace de rachitisme.

Entre la diaphyse et l'épiphyse on trouve alors tantôt une zone simplement atteinte d'hyperémie considérable, tantôt une infiltration hémorrhagique, tantôt enfin un véritable épanchement de sang, et suivant une de ces modalités l'épiphyse est simplement mobile sur la diaphyse ou bien complètement séparée de cette dernière. Quant à la tuméfaction de l'épiphyse elle s'observe seulement dans les cas compliqués de rachitisme et existe alors également sur les os qui ne sont pas le siège des hémorrhagies.

Les lésions histologiques sont peu accusées. Dans les cas où l'examen microscopique a été fait on trouva une diminution du nombre d'ostéoblastes de la substance corticale, une légère atrophie des cavités de Howship. Les travées osseuses étaient normales. Au niveau de la cavité médullaire se trouvaient un grand nombre de cellules lymphoïdes, mais pas de leucocytes. En somme pas de processus inflammatoire ni destructif du tissu osseux.

La moelle osseuse était fortement vascularisée, congestionnée et se présentait sous l'aspect de moelle rouge qui seulement vers la périphérie reprenait sa coloration normale. On notait également la transformation lymphoïde de la moelle et la présence des amas de leucocytes chargés d'hématies et de pigment. Comme nous l'avons dit au début les hématomes sous-périostiques siègent presque toujours sur les os longs des membres. Mais les autres os peuvent aussi être frappés. C'est ainsi que Barlow et Mackenzie ont assez fréquemment trouvé le périoste des côtes épaissi, congestionné, couvert sur sa face interne de granulations noirâtres et séparé de l'os par un épanchement de sang. Les côtes elles-mêmes sont rugueuses, en partie atrophiées, la moelle en train de subir la dégénérescence lymphoïde. Parmi les autres os qu'on trouve atteints du même processus on peut encore citer la voûte de l'orbite, l'omoplate, les os du crâne, les maxillaires supérieur et inférieur, la crête iliaque, les vertèbres.

La lésion n'est pas limitée à l'os. Les muscles sus-jacents sans être frappés de myosite, présentent fréquemment une infiltration séreuse ou gélatineuse et des épanchements sanguins inter- et intra-musculaires d'autant plus marqués que le muscle est plus près du périoste. Les mêmes épanchements et infiltrations sanguines ou séro-sanguinolentes se trouvent encore dans le tissu conjonctif sous-cutané et sous-aponévrotique.

Ce sont les hématomes qui constituent le substratum anatomique de la maladie de Barlow. Les ulcérations et hémorrhagies gingivales qui ont tant frappé les premiers observateurs au point de faire considérer la maladie de Barlow comme une forme de scorbut, font en effet défaut chez les nourrissons qui n'ont pas encore de dents. Du reste toutes ces lésions gingivales allant depuis la simple tuméfaction avec ou sans ulcération jusqu'aux ecchymoses et véritables épanchements sanguins, sont bien plus accusées sur le vivant que sur le cadavre.

Les hémorrhagies viscérales ne sont ni constantes, ni même fréquentes. Les auteurs ont pourtant noté des hématomes de la dure-mère et des hémorrhagies intra-cérébrales (Moller, Sutherland), une hyperémie et une infiltration hémorrhagiques des éléments lymphoïdes de l'intestin (Mackenzie), quelquefois du melaena, les infarctus hémorrhagiques des reins (Dickinson) et des poumons (Mackenzie). L'œdème hemorrhagique des paupières est assez fréquent, mais les hémorrhagies rétiniennes extrêmement rares. Disons enfin que le feuillet pariétal de la plèvre a été quelquefois trouvé couvert de pétéchies.

IV

La symptomatologie de la maladie de Barlow est commandée par l'anatomie pathologique qui vient d'être étudiée.

La maladie de Barlow est une affection de la première enfance. Elle ne survient jamais avant l'âge de quatre mois ni après celui de deux ans.

Son début est rarement brusque: le plus souvent, on trouve un stade prodromique. En fouillant dans l'histoire du petit malade, on apprend que l'enfant était depuis quelque temps déjà sujet à des troubles gastro-intestinaux, que son humeur a changé, qu'il est devenu triste, qu'il pleurnichait souvent et faisait tout son possible pour rester immobile. S'il savait déjà marcher, il évite depuis quelque temps de faire un pas, et crie quand on l'y

force. Il crie encore quand on le prend dans les bras, quand on lui fait sa toilette et appréhende le moindre attouchement.

L'examen le plus minutieux ne fait découvrir à ce moment qu'une sensibilité de presque tout le système osseux, peut-être avec prédominance de la douleur au niveau des membres, mais sans stricte localisation. La température est-elle normale ou bien présente une élévation méritant à peine le nom de fébrile. Et pourtant la transpiration abondante, particulièrement accusée au niveau de la tête, l'aspect anémique, l'abattement montrent que l'enfant souffre et est en train de se cachectiser.

Les limites de ce stade prodromique sont difficiles à préciser. Il peut durer quelques jours comme il peut durer des semaines. Puis un jour, en examinant l'enfant, on découvre une tuméfaction plus ou moins diffuse d'un membre. La tumeur, ordinairement limitée à la partie moyenne du membre et allant en diminuant vers les extrémités articulaires, est cylindrique ou légèrement fusiforme, de consistance solide ou légèrement renitente. La peau au-dessus de la tumeur paraît luisante, tendue, d'une teinte cireuse et garde l'impression du doigt, quand il existe en même temps de l'œdème du tissu cellulaire sous-cutané, ce qui n'est pas la règle, du moins à cette phase de la maladie.

Les jours suivants la tumeur qui siège sur la cuisse ou la jambe, plus rarement sur le bras ou l'avant-bras, augmente de volume. Dans certains cas, la tuméfaction reste unique. Mais dans d'autres une tuméfaction analogue apparaît sur un autre segment du même ou d'un autre membre, ou bien sur les côtes, l'omoplate, l'os iliaque, le crâne.

Le membre qui est le siège de cette tuméfaction, et c'est le plus souvent le membre inférieur, est immobilisé dans une position pathologique assurant le minimum de la douleur. Il existe donc en même temps que la tumeur une impuissance fonctionnelle tenant exclusivement à la douleur qui provoque le mouvement actif ou passif. La douleur présente encore ceci de particulier qu'elle diminue avec le temps.

La palpation permet de constater que la tumeur ne tient pas directement à l'os et que ce dernier est en somme intact. Dans certains cas on perçoit nettement de la fluctuation et dans les cas où on avait fait la ponction pour assurer le diagnostic, ou l'incision quand la véritable nature de l'affection a été méconnue, on n'a trouvé que des caillots ou du sang liquide, ce qui n'a rien de surprenant, puisque, comme nous l'avons vu, les tumeurs en question sont constituées par des hématomes sous-périostiques.

Dans d'autres cas encore on constate l'existence d'un décollement épiphysaire qui quelquefois se révèle à la palpation par la crépitation. Mais si l'épanchement sanguin entre la diaphyse et l'épiphyse est abondant, la crépitation fait défaut. L'examen du membre révèle enfin dans un grand nombre de cas l'existence d'un œdème sous-cutané et d'un empâtement diffus des muscles.

Pendant le développement des hématomes sous-périostiques on voit souvent apparaître un autre symptôme fort important de la maladie de Barlow, la stomatite scorbutiforme. Nous avons vu qu'elle fait défaut chez les nourrissons qui n'ont pas de dents, et chez eux elle est alors remplacée par une simple gingivite. Lorsque la stomatite existe, elle se manifeste sous forme d'une tuméfaction hémorrhagique des gencives au niveau des dents percées. Cette gingivite peut être à peine accusée; mais dans les cas graves la muqueuse devient boursouflée, tuméfiée au point de cacher la couronne de la dent, saigne spontanément ou au moindre contact et se recouvre même d'un enduit sale, grisâtre, pseudo-membraneux. Il est fort possible que cette gingivite ait pour point de départ une périostite hémorrhagique avec infiltration également hémorrhagique, mais secondaire, des parties molles.

L'hématome sous-périostique et la gingivite hémorrhagique ne sont pas les seules manifestations de la diathèse hémorrhagique qui forme le fond de la maladie de Barlow. L'hématome de la voute de l'orbite, assez fréquent en somme, se manifeste par une exophtalmie. Les hémorrhagies cutanées sous forme de pétéchies, de suffusions ou de rugilations sanguines ne sont pas rares. Elles procèdent ordinairement par poussées et siègent sur les parties œdématiées, le dos des pieds, les paupières. Les mêmes suffusions ont été encore notées sous la conjonctive. En parlant de l'anatomie pathologique de la maladie de Barlow nous avons déjà noté les hémorrhagies cérébrales, rénales, intestinales. Mais ces faits sont rares.

Le troisième symptôme important de la maladie de Barlow est constitué par la coexistence fréquente de diverses lésions rachitiques. Tantôt les lésions rachitiques ont existé déjà avant l'apparition de la maladie de Barlow; tantôt, comme cela a été noté dans certaines observations, le développement des hématomes sous-périostiques marchait de pair avec la tuméfaction des épiphyses du même os ou d'un autre ou de plusieurs autres os (Starck); dans quelques cas, enfin, le développement des manifestations rachitiques a été constaté après la disparition des hématomes sous-périostiques (Furst). Mais les manifestations rachitiques de même que la stomatite peuvent — nous l'avons déjà dit, — faire entièrement défaut.

Les autres symptômes que présentent les malades sont peu typiques.

La température reste le plus souvent normale, quelquefois il existe pourtant un mouvement fébrile qui oscille autour de 38°. Le pouls est petit, mou, dépressible, assez rapide.

L'urine est claire ou trouble, de réaction neutre. La phosphaturie n'a jamais été notée, l'albuminurie légère, avec ou sans cylindres et cellules, se trouve marquée dans plusieurs observations.

Bien entendu, toutes sortes de complications peuvent se greffer sur cet organisme épuisé. Nous n'avons pas à nous en occuper, car dans l'espèce elles ne présentent rien de particulier.

L'évolution de la maladie est variable. La guérison spontanée avec retour complet à la santé, après la disparition progressive de tous les accidents, a été observée. Par contre, dans d'autres cas, les enfants ont succombé à des complications variables, ou bien encore à la cachexie progressive que le traitement n'est pas arrivé à arrêter. Mais, d'une façon générale, le pronostic est bon, car bon nombre d'enfants reviennent à la santé et assez rapidement quand l'affection est traitée d'une façon rationnelle.

Le traitement est surtout hygiénique. Avant tout, on supprime les farines lactées ou autres, et l'enfant, suivant son âge, est mis au sein ou alimenté avec du lait de vache simplement bouilli. On donne ensuite du jus de viande, des légumes frais et, d'après le conseil des médecins anglais, du jus de citron ou d'orange. On peut également avoir recours aux préparations pharmaceutiques, telles que le sirop d'iodure de fer, le quinquina, les préparations ferrugineuses, l'huile de foie de morue.

Le traitement local peut se borner à l'immobilisation du membre et aux enveloppements hydropathiques.

Dans quelques cas, les chirurgiens, Page par exemple, n'ont pas hésité à évacuer et à drainer l'hématone. Le plus souvent c'est inutile : avec le traitement ci-dessus, et en plaçant l'enfant dans de bonnes conditions hygiéniques, la guérison s'obtient très rapidement, quelquefois déjà au bout de plusieurs semaines.

R. Romme.

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'emploi d'un bouton de Murphy modifié dans les interventions sur le tube digestif par le Dr E. Villard, prosecteur à la Faculté de médecine de Lyon.

Depuis que sous le couvert de l'antisepsie la chirurgie du tube digestif a considérablement étendu son domaine, la préoccupation constante des opérateurs a été de perfectionner les procédés pour empêcher l'infection péritonéale et pour assurer une contention parfaite des liquides intestinaux alors que la paroi de l'estomac ou de l'intestin avait été ouverte soit chirurgicalement, soit par suite d'un traumatisme. Aussi voyons-nous les différents procédés de suture tenir une place considérable dans la chirurgie des voies digestives; et en fait, de la solidité et de la perfection d'une suture dépend souvent le succès opératoire. Mais tous ces différents procédés exigent, pour être bien faits, une habileté toute spéciale, une longue pratique et surtout un temps relativement considérable. Ce sont souvent des heures que réclament les sutures nécessaires à une résection ou à une anastomose intestinale; or, à l'heure actuelle où l'antisepsie permet de faire la part de ce qui revient à l'infection et au choc opératoire, on comprend bien mieux l'importance d'une opération de courte durée alors qu'on opère sur un viscère aussi délicat que le tube digestif, point de départ bien connu de réflexes généraux graves. Et nous ne faisons ici que répéter l'opinion de notre maître, M. le professeur A. Poncet, pour qui la rapidité de l'acte opératoire est, au point de vue du succès ultérieur, d'une importance presque aussi grande que les précautions antiseptiques.

Ces inconvénients graves inhérents à la méthode des sutures intestinales ont suggéré, comme on le sait, à M. Murphy de Chicago, la création de son « bouton anastomotique », appareil d'une conception excessivement ingénieuse et paraissant appelé au plus grand avenir (1). Depuis 1892, époque à laquelle M. Murphy publiait dans le *New York medical Record* les premiers résultats de sa méthode, les observations dans lesquelles on a eu recours à ce procédé se sont multipliées; pratiquée d'abord en Amérique, depuis l'année dernière, nous l'avons vu employée dans quelques cas en France. C'est à M. le professeur Terrier que revient l'honneur d'avoir fait pour la première fois en Europe une gastro-entéro-anastomose au moyen du bouton de Murphy, le 20 février 1894, alors que le discrédit semblait avoir été jeté sur cette intervention par un article de M. Chaput paru dans la *Revue de chirurgie* en avril 1893. Cette première intervention de M. Terrier rapportée dans la thèse de Tardif fut suivie d'observations analogues dues à M. Richelot qui se déclare partisan ferme de la méthode, à M. Quénu qui en rapporte trois cas avec deux guérisons, à M. Demons de Bordeaux, à M. Chaput, etc., et la question devient à l'ordre du jour dans les discussions de la Société de chirurgie de novembre 1894.

Nous-même, depuis le mois de juillet 1894, avions entrepris des expériences sur les animaux au moyen d'un bouton de Murphy modifié sur quelques points. Les résultats de ces recherches expérimentales ont été communiqués par nous au Congrès de chirurgie tenu à Lyon en octobre dernier; encouragé par eux, nous sommes intervenu sur l'homme, et dans deux articles parus dans le *Lyon médical*, nous avons publié nos premiers faits cliniques. Nous nous proposons, dans ce travail, d'ajouter trois nouveaux cas et d'étudier dans une vue d'ensemble la valeur du bouton anastomotique et ses indications.

Nous rapportons en tout cinq observations de gastro-entéro-anastomoses et de résection intestinale. L'une d'elles appartient à notre maître, M. le professeur Poncet, que nous eûmes l'honneur d'assister dans cette intervention. Qu'il nous soit donc permis de le remercier ainsi que M. Jaboulay, chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu, d'avoir bien voulu employer ou nous permettre d'appliquer sur des malades de leur service notre bouton anastomotique.

Description du bouton anastomotique modifié. — Dans toutes les interventions que nous avons pratiquées soit sur les animaux, soit chez l'homme, nous nous sommes servi d'un modèle de bouton anastomotique différant en plusieurs points du modèle primitif de M. Murphy. Ces diverses modifications nous ont été suggérées par la connaissance des accidents possibles inhérents à la méthode. Voici la description sommaire de l'appareil que nous avons utilisé et qui a été construit sur nos indications par M. Lepine, fabricant d'instruments de chirurgie à Lyon.

Notre bouton anastomotique se compose de deux pièces pouvant s'articuler l'une avec l'autre, semblables dans les grandes lignes, mais distinguées d'après leur système d'articulation en branche femelle et branche mâle.

Chacune des moitiés est constituée par un anneau métallique d'une largeur variable suivant le numéro considéré et d'une épaisseur de 2 millimètres environ. Sur la pièce femelle, cet anneau se continue à l'une de ses extrémités avec un deuxième anneau concentrique à lui mais plus long, revêtant la forme d'un véritable cylindre à la face interne duquel est creusé un pas de vis permettant l'articulation avec la branche mâle. Ce cylindre sert, en outre, de lumière centrale à l'appareil pour le passage des liquides intestinaux. C'est sur lui qu'on vient serrer la tranche de section d'un des bouts de l'intestin. La pièce mâle présente, au lieu du cylindre central que nous venons de décrire, une série de languettes ressorts, disposées circulairement et dont les griffes terminales peuvent venir, lors de l'articulation des deux moitiés se fixer au niveau des rainures du pas de vis que nous avons vu exister sur la pièce femelle. Ce dispositif n'est, du reste, qu'une modification de celui adopté dans le type de Murphy.

Lors de l'articulation des deux moitiés du bouton les deux anneaux périphériques peuvent venir jusqu'au

(1) Nous ne ferons pas la description de cet appareil dont l'étude a été faite dans plusieurs articles récents, nous rappellerons seulement qu'il se compose de deux moitiés à peu près semblables, s'articulant l'une avec l'autre; chaque moitié, de forme cylindrique, pouvant être introduite dans la lumière d'une anse intestinale divisée, dont on vient fixer à son niveau la tranche de section. Chacune d'elles étant ainsi coiffée d'un des deux bouts de l'anse sectionnée, on les rapproche et on les serre l'une contre l'autre, rétablissant ainsi la continuité du tube digestif, faisant un adossement séro-séreux et emprisonnant entre les mords de l'appareil tout un bourrelet circulaire des tuniques intestinales. Lorsque des adhérences se sont créées au niveau des surfaces séreuses accolées les parois de l'intestin comprimées entre ces deux moitiés du bouton se sphacèlent, et celui-ci devenu libre est évacué avec les fèces au bout d'un temps variable.

contact intime l'un de l'autre et comprimer la portion d'intestin ou de paroi gastrique fixée d'une part sur le cylindre central de la branche femelle et sur les languettes ressorts de la branche mâle d'autre part.

Les modifications principales consistent surtout dans l'agrandissement très marqué de la lumière centrale qui proportionnellement au volume total est beaucoup plus grande que dans le modèle de M. Murphy. Cette modification a son importance, car elle permet un libre passage au contenu intestinal; et comme nous le verrons dans nos observations cliniques, nous avons eu un cas de mort dû à l'emploi d'un bouton anastomotique à lumière centrale trop étroite.

Sur la circonférence de l'appareil représenté par les deux anneaux excentriques, existent de très larges orifices, qui pénètrent au maximum la pièce métallique, de telle sorte que lors de la migration de celle-ci dans l'intestin, ces orifices pourront s'opposer à l'obstruction intestinale quand par suite d'un mouvement de rotation, l'axe de la lumière centrale du bouton, ne correspondra plus à l'axe de l'intestin.

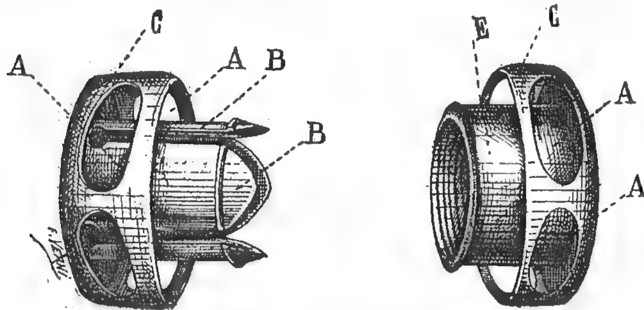


Fig. 1. — Bouton anastomotique modifié.
A. Fenêtres latérales.
B. Languettes ressorts de la pièce mâle.
C. Anneau périphérique.
E. Cylindre central de la pièce femelle.

Enfin, nous avons supprimé la bague mobile que l'on trouve dans le modèle de Murphy; cette bague mobile est destinée à empêcher qu'une constriction trop forte ne vienne couper trop rapidement les tuniques intestinales; et à régulariser la pression. Nous croyons, à la suite de recherches expérimentales et de faits cliniques, que la crainte de la section des tuniques intestinales n'est pas à redouter, surtout lorsqu'on emploie des surfaces de pression suffisamment mousses et arrondies. Ces tuniques, en effet, de consistance élastique, mettent pour sectionner quelle que soit la pression employée, un temps toujours suffisamment long pour permettre à des adhérences solides le temps de se créer; c'est là tout au moins la conclusion que nous retirons de nos faits expérimentaux comme nous le verrons plus loin. Pour nous la plaque intermédiaire de Murphy empêche une adaptation parfaite des deux séreuses; et dans une communication faite à la Société des Sciences médicales de Lyon, le 21 novembre 1894, nous exposions longuement cet inconvénient du bouton de Murphy typique. Ce défaut d'adossement parfait des séreuses, empêche la fusion intime des tuniques saisies entre les mords de l'appareil, et par conséquent expose à une soudure imparfaite entre les deux bouts de l'intestin et à l'issue des matières stercorales, lors de la mortification de ses parois. M. Chaput pour des raisons différentes était arrivé simultanément au même résultat, car il déclarait à la Société de chirurgie qu'il s'était servi de boutons de Murphy auxquels il avait supprimé la bague mobile.

Nous avons fait construire des modèles de différents diamètres. Le plus petit est celui dont nous nous sommes servi pour l'expérimentation sur les chiens; son diamètre maximum est de 15 mm. Trois numéros sont applicables à l'homme, le plus petit est de 20 mm., le moyen est de 23 mm., c'est celui qui nous semble devoir être employé de préférence chez l'adulte pour les gastro-entéro-anastomoses, et les résections intestinales; enfin le plus gros modèle est de 26 mm., il doit être réservé aux interventions portant sur le gros intestin; nous n'avons pas eu l'occasion de nous en servir.

Comme on le voit nous utilisons en somme des appareils ayant un diamètre généralement moindre que ceux employés par le chirurgien de Chicago, et cela pour les raisons suivantes :

Premièrement l'inutilité de se servir de boutons trop volumineux, qui comme l'ont bien montré MM. Chaput et Lenoble exposent à l'obstruction intestinale, lors de leur élimination; deuxièmement étant donné comme nous le verrons plus loin, que l'emploi du bouton anastomotique n'amène pas un rétrécissement ultérieur de la cicatrice, l'inutilité encore de créer une trop large anastomose pour parer à une rétraction que nous savons ne pas devoir survenir.

L'emploi du modèle de 23 mm. dont nous nous sommes servi, n'expose pas à l'obstruction intestinale vraie, et dans les recherches que nous avons pu faire de sa migration sur le cadavre, nous lui avons vu toujours franchir l'intestin sans aucune difficulté.

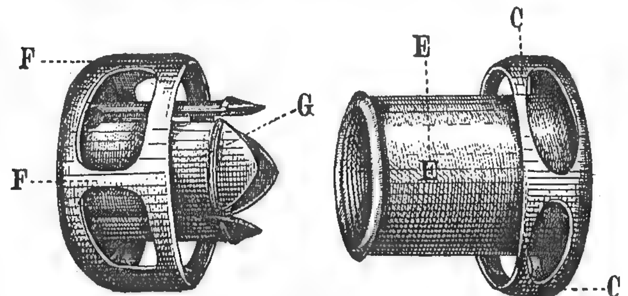


Fig. 2. Bouton anastomotique pour gastro-entéro-anastomoses.
F. Cylindre psychique de la pièce mâle très allongé.
C. Cylindre psychique de la pièce femelle très réduit.
G. Languettes ressorts de la pièce mâle.
E. Cylindre central de la pièce femelle très augmenté de longueur pour assurer la fixation de la paroi gastrique.

Enfin d'après les conseils de notre maître, M. le professeur A. Poncet, nous avons fait construire un type un peu spécial pour les gastro-entéro-anastomoses dans lequel le cylindre central de la pièce femelle est augmenté de longueur. Ce dispositif est destiné à permettre une fixation plus commode de la paroi gastrique, on le sait, toujours assez épaisse. Dans une de nos observations cliniques, nous sommes, en effet, tombé sur une paroi stomacale si épaisse que la muqueuse tendait à faire hernie au dehors et qu'il fallu par sûreté placer une suture en surjet de renforcement tout autour du point serré dans le bouton anastomotique.

Nous allons étudier maintenant le manuel opératoire auquel nous avons eu recours dans nos différentes interventions.

MANUEL OPÉRATOIRE.

Le manuel opératoire est légèrement différent suivant que l'on a à faire une résection intestinale ou une gastro-entéro-anastomose. Les grandes lignes sont évidemment les mêmes mais nombre de points de détails sont intéressants à connaître, et selon nous c'est de l'étude de ces points de détails que dépend souvent le succès de l'intervention. Notre manuel opératoire général diffère peu de celui décrit par M. Chaput et M. Quénu,

soit à la Société de chirurgie, soit dans des articles récents. Nous en exposerons pourtant d'une façon complète les divers temps en insistant sur certains points particuliers qui ont du reste soulevé quelques contradictions dans une discussion de la Société de chirurgie.

A. *Résections intestinales.* — Avant de commencer l'intervention il est nécessaire que tout soit prêt de façon à pouvoir opérer très rapidement, l'avantage principal de la méthode étant la rapidité opératoire. On devra donc isoler les deux moitiés du bouton anastomotique et obturer la lumière centrale de chacune d'elles au moyen d'un tampon de coton, cette précaution qui a du reste été signalée par M. Quénu a une grande importance, car au moment de la pose de l'appareil les liquides intestinaux pourraient s'échapper au dehors et venir infecter ainsi la cavité péritonéale. Il suffira de retirer le coton au moment précis de l'anastomose.

On devra, en outre, faire préparer deux aiguilles à main chargées d'un fin fil de soie, long de 40 centimètres environ.

Ces précautions étant prises on peut procéder alors à la résection intestinale proprement dite. Lorsque l'anse sur laquelle doit porter l'intervention est attirée au dehors, nous pratiquons d'abord la ligature suivant les procédés ordinaires, du coin mésentérique adhérent à la portion à réséquer; puis nous faisons au ciseau la section de l'intestin du côté du bout supérieur, par exemple. Pour ce faire, un aide a au préalable fait refluer par des pressions méthodiques les matières intestinales contenues à ce niveau, et par la pression digitale lorsque la section de l'intestin est pratiquée, il empêche leur issue dans la cavité abdominale. Nous préférons dans ce cas les doigts d'un aide à la pression fournie par une pince à mords garnis de caoutchouc, qui amène toujours une certaine altération des tuniques saisies.

La section de l'intestin étant faite dans ces conditions, au moyen d'une des aiguilles préparées d'avance, nous plaçons sur tout le pourtour de la tranche de section une suture continue en surjet, à cheval sur la muqueuse et la séreuse. Les deux extrémités du fil permettent alors, par des tractions exercées sur elles de serrer en bourse l'intestin, et de le fixer ainsi sur le cylindre central ou sur les languettes ressorts d'une des moitiés du bouton anastomotique, introduite dans sa lumière.

Confier alors ce bout de l'intestin ainsi préparé à un aide et exécuter sur le bout inférieur des manœuvres identiques.

Il ne reste plus alors, l'anse intestinale réséquée étant enlevée, qu'à pratiquer l'anastomose des deux bouts, c'est-à-dire l'articulation des deux moitiés du bouton, il suffit pour cela d'engrener la pièce mâle et la pièce femelle et de serrer. Ici un détail: certains auteurs, M. Chaput en particulier, veulent qu'on serre d'une façon peu énergique de peur de couper les tuniques intestinales; nous croyons, comme nous l'avons déjà dit, que cet accident n'est pas à redouter, et selon nous, il faut serrer d'une façon très énergique. Lors d'une communication faite à la Société des sciences médicales de Lyon, le 21 novembre 1894, nous insistions beaucoup sur ce point particulier, et nous avons été heureux de voir que le même jour, M. Quénu déclarait dans une discussion à la Société de chirurgie, être partisan d'un serrage assez fort mettant ainsi à l'abri d'un écoulement stercoral dans l'abdomen. M. Chaput, dans la même séance par contre, déclarait avoir supprimé la bague mobile du bouton de Murphy pour éviter une pression exagérée qui lui aurait donné 4 décès sur 5 chiens opérés.

Nous croyons ce serrage énergique nécessaire par les raisons suivantes :

Il est de toute utilité que la portion d'intestin ou de muqueuse gastrique saisie entre les mords de l'appareil soit mortifiée dans un délai assez rapide; car c'est de cette mortification que dépend la libération de la pièce métallique et son expulsion au dehors. Si cette libération ne se produit pas, il va se faire au niveau du point anastomosé des ulcérations qui pourront parfaitement arriver à la perforation intestinale au bout d'un temps variable. C'est ce mécanisme qu'il faut invoquer, croyons-nous, dans les cas de mort par péritonite avec perforation au bout de plusieurs jours, que l'on a rapportés à la Société de chirurgie, citons notamment les deux cas de M. Demons (Bordeaux). D'autre part, quelle que soit la pression employée, il faut toujours au moins cinq à six jours pour que la section des tuniques intestinales soit effectuée; ce temps est largement suffisant pour créer des adhérences solides et même dans un de nos faits expérimentaux l'élimination du bouton anastomotique eut lieu le 5e jour sans que le chien présentât aucun accident. Sacrifié quelque temps plus tard, il existait une anastomose parfaite.

Il faut donc selon nous, serrer fortement les deux moitiés. Lorsque ce temps est effectué, on doit s'assurer de l'adossement parfait des surfaces séreuses sur tout le pourtour, et dans le cas où un point serait douteux, on pourrait placer là une suture de Lembert. Mais ceci ne doit pas se produire lorsque la fixation de l'intestin sur chacune des moitiés a été bien effectuée. Nous ne croyons pas utile de placer d'une façon systématique comme on l'a voulu une suture de renforcement; c'est prolonger l'acte opératoire dans une intervention dont le mérite principal est la rapidité.

Il ne reste plus alors maintenant qu'à rentrer l'intestin dans l'abdomen, et à refermer la plaie cutanée; signalons enfin ce fait que si l'on pratique une résection intestinale pour une hernie gangrenée comme nous avons eu l'occasion de le faire, il faut débrider l'anneau herniaire, plus largement que d'habitude, de façon à pouvoir réintégrer dans le ventre sans difficulté le point anastomosé.

B. *Gastro entéro-anastomose.* — Nous avons toujours pratiqué la gastro-entéro-anastomose antérieure, nous n'insisterons donc pas sur le manuel opératoire habituel de cette intervention, nous signalerons pourtant ce fait particulier que nous avons toujours anastomosé à l'estomac le jéjunum en un point situé à environ 40 centimètres de l'angle duodéno-jéjunal créant ainsi une large boucle au travers de laquelle pouvait passer aisément le côlon transverse et le grand épiploon replié; n'amenant pas ainsi d'obstacle à la circulation des produits stercoraux.

Dans un cas, nous avons pratiqué avec M. Jaboulay une anastomose de la face antérieure de l'estomac avec la première portion du duodénum, réalisant ainsi comme nous le verrons plus loin des conditions parfaites au point de vue de la digestion duodénale.

Dans toutes les interventions, l'anastomose a été faite dans les conditions suivantes :

Pratiquer toujours un lavage d'estomac. Nous attachons une grande importance à ce temps prémonitoire, car on se trouve en présence d'estomacs très distendus, dilatés, contenant une grande quantité de liquides et d'aliments amassés là souvent depuis des mois. Si l'on n'évacue pas ce contenu par des lavages préalables lors de l'ouverture de la cavité gastrique, celui-ci aura grande tendance à faire issue dans la cavité péritonéale, et à l'infecter et cela d'autant mieux que souvent des vomissements énergiques surviennent pendant l'opération. Le lavage de la cavité gastrique est encore utile à un autre point de vue, car les matières alimentaires de toutes espèces qui sont accumulés, peuvent oblitérer la lumière

du bouton anastomotique et empêcher ainsi le malade de jouir des bénéfices de son anastomose. Dans notre observation II, ces conditions se sont trouvé réalisées, et nous avons eu un cas de mort par inanition véritable, la lumière du bouton ayant été oblitérée par un amas de pépins de raisins.

Certaines conditions pourtant doivent rendre prudent dans l'évacuation de l'estomac; car il est évident que le traumatisme subi par le fait du lavage peut provoquer quelques accidents, et notamment des hémorrhagies dues à la présence d'un néoplasme. Dans l'observation IV, le malade eut une hématémèse légère il est vrai, mais qui a certainement contribué à l'insuccès obtenu dans ce cas en affaiblissant un sujet déjà cachectique et qui allait être soumis au choc opératoire.

Mais en résumé, fait avec les précautions voulues, le lavage de l'estomac nous paraît devoir être pratiqué dans à peu près tous les cas.

Les précautions antiseptiques ordinaires étant prises après laparotomie sus-ombilicale, on attire dans la plaie la face antérieure de l'estomac, et relevant le grand épiploon et le côlon transverse on saisit une anse d'intestin grêle, distante comme nous l'avons déjà dit d'environ 40 centimètres de l'angle duodéno-jéjunal.

On doit mettre d'abord en place la pièce mâle sur l'anse intestinale, la pièce femelle devant être réservée à l'estomac vu sa configuration qui permet une adaptation plus facile de la paroi épaisse de cet organe. D'autre part, l'intervention doit porter d'abord, disons-nous, sur l'anse intestinale, car celle-ci exposera moins à l'issue des matières alimentaires dans le péritoine, pendant que l'opérateur agira sur l'estomac.

Un aide maintient l'anse intestinale empêchant avec la pression de ses doigts l'arrivée des produits digestifs, une incision d'environ 2 centimètres de long est faite sur la convexité de l'anse, et suivant l'axe de l'intestin. Suivant une manœuvre identique à celle que nous avons décrite, un fil de soie est passé en surjet sur tout le pourtour de la tranche de section, à cheval sur la muqueuse et la séreuse. Il faut, détail qui a sa valeur, commencer et terminer le surjet au milieu de l'incision et non à ses extrémités, car en agissant ainsi, on est sûr de bien adapter ces deux extrémités de l'incision sur la pièce métallique, et de ne pas s'exposer à un défaut d'adossement des surfaces séreuses, en laissant un coin libre entre les mords du bouton. La pièce mâle est introduite dans l'ouverture ainsi bordée par la suture en surjet, et il n'y a plus qu'à tirer sur les deux extrémités du fil pour la fixer définitivement.

M. Quénu emploie un procédé un peu différent qui consiste, avant de faire aucune incision aux tuniques intestinales, à circonscrire l'aire dans laquelle doit être faite l'ouverture, par un fil faufilé entre la séreuse et la musculeuse, de telle sorte qu'il ne s'écoule qu'un laps de temps très court entre le moment où l'intestin est divisé et celui de l'oblitération de l'ouverture par le bouton. Nous préférons le manuel opératoire que nous venons d'exposer, car il permet de réduire la hernie que tend toujours à faire la muqueuse. Les avantages de cette manière de faire, surtout évidents dans nos interventions sur les chiens, nous ont paru aussi d'une utilité incontestable dans nos opérations sur l'homme.

En ce qui concerne l'anse intestinale, après fixation de la moitié mâle, l'intervention est terminée; l'intestin est confié à un aide et l'opérateur répète au niveau de la paroi stomacale les mêmes temps que ceux que nous venons de décrire. Il ne reste plus alors qu'à enlever les deux tampons de coton qui oblitèrent la lumière des pièces métalliques, et à procéder à l'engrènement des deux moitiés, engrènement qui doit être fait en exerçant cette pression énergique, très utile selon nous au point de vue du succès définitif de l'opération.

Après vérification de l'adossement des séreuses, estomac et intestin sont rentrés dans l'abdomen dont l'ouverture est fermée par un triple étage de sutures.

Tel est le manuel opératoire que nous avons adopté, et deux points surtout nous paraissent devoir en être retenu d'une façon particulière : premièrement, la suture en surjet, utilisée comme moyen de fixation des tuniques intestinales sur la pièce métallique, suture qui a le gros avantage d'être facile à appliquer et de réduire toute hernie de la muqueuse dont l'interposition même sur une faible étendue empêcherait la soudure des séreuses et deviendrait inévitablement le point de départ d'une perforation intestinale suivie de péritonite septique. Deuxièmement, la force nécessaire pour obtenir un contact intime des parois en présence, permettant ainsi une élimination suffisamment rapide du bouton et assurant temporairement la contention parfaite des liquides intestinaux.

EXPÉRIMENTATION.

Nos recherches expérimentales ont porté sur des chiens, et nous nous sommes servi d'un modèle de bouton n'ayant que 15 millimètres de diamètre. Nous avons déjà communiqué en octobre 1894, au Congrès de chirurgie tenu à Lyon, une partie de nos résultats nous y ajouterons quelques faits nouveaux obtenus depuis cette époque.

Nous avons actuellement opéré sept chiens; sur six d'entre eux nous avons pratiqué des résections intestinales variant entre 10 et 30 centimètres de longueur, et sur le septième une gastro-entéro-anastomose. Un seul de ces animaux a succombé, et encore cet insuccès ne semble pas avoir été en relation directe avec la résection intestinale qu'il avait subie; il s'agissait d'un chien que nous opérions pour la seconde fois en quinze jours et qui, au cours de cette deuxième intervention, eut une miction abondante dont la plus grande partie s'écoula dans la cavité péritonéale. Bref, cet animal succomba le troisième jour à une péritonite infectieuse et je pus, à l'autopsie, constater la parfaite solidité de l'anastomose sans qu'aucune réaction inflammatoire de voisinage put faire penser que le point de départ de l'infection péritonéale ait eu lieu à ce niveau. La péritonite était-elle due à la souillure de la séreuse par l'urine ou à un défaut d'antisepsie facile à concevoir au cours d'une intervention sur un animal? Ce fait est difficile à dire, mais il ne semble pas que l'anastomose en ait été la cause directe.

Tous nos autres chiens ont guéri et tous ont supporté l'opération sans aucune trace de choc; ils mangeaient et buvaient comme si on ne leur avait rien fait.

L'élimination du bouton a eu lieu généralement du dixième au quinzième jour sans aucun incident; et surtout sans aucun phénomène d'obstruction intestinale. Chez deux chiens nous n'avons pu savoir le moment précis de l'élimination, le bouton n'ayant pas été retrouvé dans les selles, celle-ci avait pourtant eut lieu comme nous avons pu nous en rendre compte à l'autopsie.

En somme nos résultats expérimentaux ont été très encourageants; ils nous ont démontré la façon parfaite dont les animaux supportaient les résections intestinales ou les gastro-entéro-anastomoses faites suivant cette méthode, et l'absence d'accidents lors de l'évacuation de la pièce métallique.

L'étude des résultats éloignés a été aussi des plus instructives. Trois de nos chiens ont été sacrifiés trois et quatre mois après leur opération. Les deux premiers

avaient subi une résection intestinale; le troisième une gastro-entéro-anastomose.

La première pièce anatomique nous montre une anse intestinale au niveau de laquelle en un point existent des adhérences épiploïques assez étendues formant un véritable anneau autour de l'intestin. Cet anneau épiploïque répond à la cicatrice de la soudure des deux bouts de l'anse, et forme là une véritable tunique de renforcement. Isolée de ces adhérences, l'anse intestinale présente un aspect extérieur à peu près normal, sans altération apparente de structure, elle n'offre pas de rétrécissement visible; et on peut s'assurer facilement qu'il n'existe aucune diminution de son calibre intérieur, la circulation des matières stercorales pouvait se faire absolument librement, et la cicatrice de l'ancienne résection n'avait aucune tendance à la rétraction.

La deuxième pièce a trait encore à une résection intestinale, elle est des plus intéressantes. L'intervention remontait à quatre mois, et nous eûmes de la peine à l'autopsie à retrouver la trace de l'ancienne résection. Il n'existait au niveau de la cicatrice aucune adhérence épiploïque, aucune trace non plus d'une réaction inflammatoire ancienne. La continuité entre les deux bouts de l'intestin était absolument parfaite, et seule une petite ligne brunâtre indiquait la cicatrice. Il semble sur cette pièce que la fusion ait été complète entre toutes les tuniques, le calibre de l'intestin est absolument normal, la souplesse des tissus est parfaite. S'il n'existait cette petite ligne brunâtre que nous avons signalée et la présence d'un fil de soie enkysté dans le bord mésentérique on pourrait douter de la réalité d'une résection antérieure en ce point. En tout cas, ce qu'il y a d'absolument net, c'est l'absence d'une cicatrice rétractile; celle qui existe est souple, élastique et n'a diminué en rien le calibre de l'intestin.

Notre troisième pièce qui est relative à une gastro-entéro-anastomose, est aussi parfaite dans son genre que la précédente. Extérieurement la soudure est absolument intime entre l'anse jéjunale et la paroi gastrique, il semble là aussi y avoir eu fusion des différentes tuniques entre elles. Quelques légères adhérences inflammatoires de voisinage. Du côté de la cavité gastrique, il est presque impossible de distinguer le vrai pylore, de la bouche artificielle; celle-ci présente des bords souples, et n'est pas bordée par un anneau cicatriciel fibreux et induré; elle admet facilement l'extrémité de l'index, elle a donc conservé les dimensions du bouton anastomotique, et n'a subi aucune rétraction appréciable.

L'étude anatomo-pathologique des résultats éloignés nous montre d'une façon des plus nettes, l'absence de rétraction cicatricielle à la suite des anastomoses ou des résections intestinales. Ce point a la plus haute importance, car comme nous le verrons plus loin un des reproches les plus graves qui ait été fait à la méthode de Murphy c'est le rétrécissement tardif. L'absence de cet accident a été signalée déjà par les auteurs qui se sont occupés de cette question. C'est ainsi que Tardif dans sa thèse inspirée par M. le professeur Terrier déclare que la cicatrice qui résulte du sphacèle produit est linéaire et aussi peu sujette que possible au rétrécissement consécutif qui demeure au contraire l'écueil de la méthode de Senn. M. Chaput également signale le peu de tendance à la rétraction des orifices anastomotiques créées par ce procédé.

Les pièces expérimentales que nous avons obtenues viennent donc corroborer absolument les résultats déjà acquis.

En résumé l'expérimentation sur les chiens nous a montré la possibilité de pratiquer sur ces animaux d'une façon rapide et à peu près innocente des résections et des anastomoses intestinales au moyen de notre modèle de bouton anastomatoque et cela sans que nous ayons jamais eu à constater: premièrement de phénomènes d'obstructions intestinales pendant toute la durée du séjour de la pièce métallique dans les voies digestives; deuxièmement de rétrécissements tardifs au niveau de la cicatrice.

(*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Dyspepsie nerveuse (Nervous Dyspepsie), par Howay (*Medical Record*, janvier 1895, n° 1, p. 1). — L'auteur attribue à la neurasthénie une origine gastrique dont cette névrose dépendrait au point que l'estomac serait l'organe primitivement atteint. Il invoque à l'appui plusieurs cas d'hystériques et de neurasthéniques chez lesquels l'examen répété du contenu de l'estomac aurait décelé des troubles chimiques qui démontreraient implicitement cette hypothèse.

MÉDECINE

Le poumon cardiaque, par Boy-Teissier (*Revue de médecine*, décembre 1894, p. 1053). — Le lobule pulmonaire cardiaque est caractérisé par l'épaississement de l'espace péri-lobulaire avec travées intra-lobulaires plus ou moins volumineuses, par l'exagération des dimensions de l'espace central qui renferme une bronche plus ou moins altérée (bronchite chronique) et une ou deux artères frappées toujours d'endartérite ou de péri-artérite, par l'infiltration embryonnaire d'abord et la transformation fibreuse ensuite des cloisons inter-alvéolaires avec réduction de la cavité des alvéoles, par la dilatation de tous les vaisseaux sanguins avec épaississement de leur tunique externe. Il peut s'ajouter à ces lésions de l'emphysème, des hémorrhagies et de la sclérose disséminée. Les lésions du poumon cardiaque sont l'effet soit de la congestion, soit de la dystrophie. Elles se traduisent par la facilité à contracter des bronchites, par l'existence de signes de congestion qui tendent à se localiser aux bases et à persister.

De l'usage interne du perchlorure de fer liquide dilué comme traitement de la diphthérie, par D. Goldschmidt (*Revue de médecine*, octobre et décembre 1894, p. 899 et 1102). — Le perchlorure de fer est un remède héroïque contre la diphthérie pharyngienne; il suffit de donner toutes les 2 heures une cuillerée à café de la liqueur officinale étendue de 20 fois son poids d'eau, pour obtenir une amélioration du deuxième au quatrième jour en moyenne et la guérison en 6 à dix jours, sans aucune intervention locale. Quand les fosses nasales sont envahies ou menacées de l'être, il est indiqué de faire toutes les 3 ou 4 heures des injections intra-nasales avec la même solution. Il est essentiel d'entretenir les forces du malades au moyen de toniques et d'une nourriture appropriée. L'auteur, partisan convaincu de son traitement, croit que la sérothérapie ne pourra toujours le remplacer et qu'il aura sur celle-ci l'avantage d'être partout et toujours à portée de main du médecin.

Valeur diagnostique de l'acide lactique dans le contenu stomacal, dans le cancer de l'estomac (Die diagnostische Bedeutung der Milchsæure-Bestimmung nach Boas), par Leelig (*Berlin. klin. Woch.*, 1895, n° 5, p. 100). — On sait que, d'après la présence d'une forte quantité d'acide lactique dans le contenu stomacal après un repas d'épreuve ne contenant pas d'acide lactique (farine d'avoine) peut être considérée comme pathognomonique du cancer.

L'auteur a repris cette étude avec les deux réactifs et d'après la méthode indiquée par Boas et est arrivé à des

résultats négatifs. Chez 15 gastropathes atteints d'affections cancéreuses ou non de l'estomac et dont le contenu stomacal a été examiné avec le réactif de Neisser (dont s'est servi Boas) on a toujours obtenu le précipité caractéristique indiquant la présence de l'acide lactique.

Chez 14 autres individus atteints également d'affections cancéreuses ou non de l'estomac et dont le contenu stomacal a été examiné avec la solution alcaline d'iode (réactif également employé par Boas), on n'a jamais obtenu le précipité caractéristique d'iodoforme, indiquant la présence d'acide lactique. Par contre, le contenu stomacal de ces 14 malades, examiné avec le réactif d'Uffelmann, a toujours montré la réaction caractéristique de l'acide lactique.

Bactériologie des fermentations stomacales (Beitrag zur Bacteriologie der Magengæhrungen), par Kauffmann (*Berlin. klin Woch.*, 1895, n°s 6 et 7). — L'observation que publie l'auteur se rapporte à la question des propriétés bactéricides de HCl et à son influence sur les fermentations stomacales.

Il s'agit d'un neurasthénique de vingt-cinq ans, atteint d'hyperchlorhydrie avec atonie très légère de l'estomac. Malgré cette hyperchlorhydrie continue et appréciable aussi bien à jeun qu'après les repas d'épreuve ou non, malgré l'existence des troubles moteurs à peine accusés, le contenu stomacal renfermait un nombre considérable de bactéries et était le siège de fermentations intenses.

Parmi les microorganismes qu'on isola par les cultures, quelques-uns, comme la sarcine, le b. ramosus, le b. subtilis, le microcoque aurantiacus, passent pour des hôtes assez fréquents de l'estomac et leur rôle dans les fermentations est encore obscur. D'un autre côté, on trouva constamment dans l'estomac un bacille très ressemblant au coli-bacille qui, comme on le sait, est détruit par le suc gastrique normal contenant la quantité habituelle de HCl. C'est la seconde fois que l'auteur rencontre ce bacille dans le contenu stomacal chez un hyperchlorhydrique.

L'intérêt principal de l'observation réside donc dans ce fait que, malgré la proportion considérable de HCl libre, le suc gastrique n'était pas bactéricide et ne s'opposait pas aux fermentations. L'auteur explique ce fait en admettant que, dans ce cas, l'atonie de l'estomac était le phénomène primitif, que cette atonie permettait aux bactéries de se multiplier et que les produits de la fermentation irritaient la muqueuse stomacale saine et provoquaient la sécrétion d'un suc gastrique riche en HCl. La digestion des substances amylacées était gênée, en même temps que leur séjour dans l'estomac augmentait l'atonie de l'organe, en créant un terrain favorable à la multiplication des bactéries et aux fermentations.

Hémorrhagies stomacales (Ueber Magenblutungen und busonders über deren Beziehung zur Menstruation), par Kuttner, (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1895, n°s 7, 8, 9). — L'étude de l'auteur, faite à la clinique d'Ewald, aboutit aux conclusions suivantes :

1° Les hémorrhagies stomacales sont plus fréquentes que les hématémèses. Lorsqu'en absence de vomissements on soupçonne l'existence des hémorrhagies stomacales, il faut examiner les selles où la présence du sang n'est souvent reconnue qu'après l'examen microscopique, clinique et spectroscopique.

2° La coloration brune ou noirâtre du contenu stomacal indique souvent, mais pas toujours, l'existence des hémorrhagies, une petite quantité de sang épanchée ne modifiant pas d'une façon appréciable la coloration du contenu stomacal. Dans les cas douteux on aura donc recours à l'examen microscopique, clinique et spectroscopique du contenu stomacal.

3° Les données positives obtenues avec la teinture de gaïac n'indiquent pas forcément l'existence du sang dans le contenu stomacal; mais si le même réactif fournit des résultats négatifs on peut être certain de l'absence du sang dans le contenu stomacal.

4° L'examen de l'extrait éthéré du contenu stomacal à l'aide de la teinture de gaïac et de l'essence de térébenthine permet de se rendre compte le plus sûrement et le plus rapidement de la présence du sang dans le contenu stomacal.

5° Les hémorrhagies stomacales surviennent souvent périodiquement, en rapport avec la menstruation normale ou pathologique, et méritent le nom d'hémorrhagies menstruelles. Les hémorrhagies stomacales survenant périodiquement dans l'aménorrhée se trouvent dans un rapport pathogénique avec l'anomalie menstruelle, mais ne doivent pas être considérées comme des hémorrhagies vicariantes.

6° Les hémorrhagies que l'on observe dans l'ulcère sont quelquefois en rapport avec la menstruation.

7° Les hémorrhagies stomacales menstruelles doivent faire penser à l'existence d'un ulcère latent de l'estomac. Si le traitement contre l'ulcère échoue, l'idée d'ulcère doit être abandonnée.

Souffle splénique (Contributo clinico-sperimentale allo studio del soffio splenico), par Fedeli (*Riforma medica* 14-15 janvier 1895, p. 123 et 135). — Le souffle splénique se rencontre dans divers états morbides de la rate; son intensité est variable et ses caractères physiques analogues à ceux des souffles utérin, céphalique, cervical et oculaire. Cliniquement et expérimentalement, les conditions fondamentales de sa production sont les modifications, de la pression, la vitesse du sang et de la tension artérielle, et des causes générales. Quelle que soit la forme de tumeur splénique dans laquelle on l'observe, il indique la permanence de l'activité du processus morbide et en même temps un certain degré d'oligémie.

Dermatoses alimentaires des enfants (Contribuzioni cliniche allo studio delle dermatosi alimentari dei bambini), par T. Guida (*La Pediatria*, février 1895, p. 44). — Les enfants soumis prématurément à l'alimentation carnée peuvent présenter sous cette influence des éruptions le plus souvent urticariennes, parfois scarlatiniformes ou morbilliformes, qui guérissent rapidement par l'emploi des purgatifs et le retour à une alimentation rationnelle.

CHIRURGIE

Extirpation du cancer du rectum (Zur Operation des Mastdarmkrebses par Koch (*Münch. Med. Woch.*, 1895, n°s 6 et 7). — L'auteur, grand partisan de la méthode de Kraske, soutient que si l'opération est conduite d'une façon convenable, la guérison des malades est certaine. Les échecs qu'on enregistre encore souvent tiennent principalement à ce que l'opération telle qu'elle est conduite actuellement rend impossible l'asepsie de la plaie. Le principal défaut, c'est que l'on commence par sectionner le sphincter. Or d'après lui la section du sphincter ne doit être faite qu'en dernier lieu.

La seconde erreur est la suture circulaire des deux bouts après l'extirpation du cancer et la suture de la plaie. Ces deux conditions réunies font que sous la pression du bol fécal les sutures cèdent, les matières passent dans les tissus voisins et donnent lieu à des suppurations qui compromettent le résultat de l'opération.

Il procède donc de la façon suivante. L'incision est celle de Bergmann. Une fois le rectum mis à nu, le néoplasme exposé, le péritoine, s'il a été ouvert, suturé, il coupe le rectum au-dessous du néoplasme, et fait sortir le bout inférieur hors de la plaie en l'enveloppant dans une compresse de gaze stérilisée. Seconde section au-dessus du néoplasme et fermeture du bout supérieur avec une pince. Ceci étant fait on fend ce sphincter en arrière et on réunit par une suture circulaire les deux tiers antérieurs des deux bouts, en laissant ouvert le tiers postérieur. Drainage de la plaie.

Si le sphincter ne peut être conservé, suture du bout supérieur dans la plaie, et comme précédemment drainage de la plaie. Pour la première catégorie on ferme ultérieurement la fistule par un procédé autoplastique.

Sur cinq malades opérés par l'auteur, tous ont guéri, trois appartiennent à la première catégorie : l'un d'eux est continent ; chez le second, l'autoplastie secondaire est impossible à cause de la rétraction du bout supérieur; le troisième, auquel on fait seulement la suture antérieure sans section du sphincter, garde une fistulette.

Les deux autres chez lesquels le bout supérieur du rectum a été suturé dans la plaie, restent incontinents. A l'avenir l'auteur se propose donc de faire passer le rectum à travers les fibres du fessier (Witzel) ou bien le tordre sur son axe (Gersuny) avant de le suturer à la plaie.

Pour les cas avec possibilité de conserver le sphincter, on devra, d'après l'auteur, procéder de la façon suivante : ou bien

suturer circulairement le bout supérieur au bout inférieur et fendre en arrière le sphincter; ou bien fendre le sphincter en arrière, abaisser sa muqueuse, descendre le bout supérieur et suturer sa muqueuse à la peau de la région anale.

Vice de développement du bras par compression du paquet vasculo-nerveux de l'aisselle (Deficient development of an upper extremity in consequence of pressure exerted upon the axillary vessels and nerves) par Lane (*Lancet*, 9 mars 1895, p. 612). — Une jeune femme de 21 ans présentait sur le corps diverses exostoses; il y en avait notamment deux à la partie interne de chaque humérus, surtout développées à gauche; l'une de ces exostoses du côté gauche comprimait le paquet vasculo-nerveux de l'aisselle. A l'âge de 8 ans, la malade avait ses deux bras égaux. A l'âge de 12 ans elle remarqua pour la 1re fois l'exostose du bras gauche et à partir de l'âge de 16 ans elle s'aperçut que son bras gauche devenait notablement plus court que le bras droit; cette différence alla en s'accentuant et il y eut une différence analogue au point de vue du volume des deux bras.

BIBLIOGRAPHIE

Des suppurations mastoïdiennes et de leur traitement, par A. Broca, chirurgien des hôpitaux de Paris, et F. Lubet-Barbon, ancien interne des hôpitaux de Paris. Paris, G. Steinheil, 1895, 1 vol. in-8° de 260 p. Prix: 6 fr.

Dans cette intéressante monographie les auteurs étudient d'une façon très complète tout ce qui a trait aux inflammations aiguës ou chroniques de l'apophyse mastoïde; ils ont mis à profit les connaissances que donnent à l'un la pratique de la chirurgie générale, à l'autre l'étude plus spéciale de l'otologie.

De leur collaboration est sorti un travail très homogène, et dont l'étude sera profitable aux auristes et aux chirurgiens.

Dans une première partie d'anatomie et de physiologie pathologiques, ils montrent d'une part que toute otite moyenne aiguë s'accompagne d'infection concomitante des cellules mastoïdiennes, d'autre part que toutes les inflammations du squelette mastoïdien dérivent de celles des cellules. De là pour les mastoïdites aiguës ils concluent nettement à la supériorité de la trépanation de l'apophyse, et proscrivent par conséquent l'incision simple, dite incision de Wilde. Les auteurs donnent ensuite avec une rigueur toute anatomique le manuel opératoire de la trépanation; les indications opératoires sont formulées avec précision.

Passant ensuite aux cas chroniques, qu'il y ait abcès mastoïdien ou fistule, les auteurs montrent qu'au point de vue opératoire on ne peut arriver à un résultat complet que si on s'attaque à la caisse en même temps qu'à l'apophyse, la caisse étant l'origine constante de l'infection mastoïdienne. Ils donnent à ce propos une description détaillée d'opérations trop souvent mal connues: trépanation complète de l'apophyse, de l'aditus et de la caisse, et opération de Stacke.

Ce travail offre un intérêt réel en raison de l'expérience clinique considérable que possèdent les auteurs; ils ont en effet opéré 129 malades et il suffit de parcourir les observations qu'ils donnent soit in extenso, soit en résumé, pour constater qu'ils ont obtenu des résultats excellents. La trépanation simple de l'apophyse est une opération toujours bénigne et qui procure une guérison rapide, la trépanation complète de l'apophyse et de la caisse, exige des soins post-opératoires prolongés, mais la longueur du traitement est proportionnée à la gravité de la maladie.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses de Paris.

De l'influence des maladies du foie sur l'état des reins, par Albert Gouget.

La concomitance des altérations hépatiques et rénales est fréquente. Tantôt elles sont dues à l'influence d'une cause commune, tantôt l'affection hépatique est sous la dépendance de l'affection rénale, tantôt enfin celle-ci relève d'une altération organique ou fonctionnelle du foie.

Il y a lieu de distinguer au point de vue de leur retentissement sur le rein, les affections du foie avec ictère, et celles qui ne s'accompagnent pas d'ictère.

1° *Maladies du foie avec ictère.* — Le passage prolongé des éléments de la bile à travers le rein amène, outre l'infiltration pigmentaire, une désintégration granuleuse, un éclaircissement progressif, et quelquefois une dégénérescence graisseuse de ses épithéliums.

L'expérimentation montre que la part principale, dans la production de ces lésions, revient à l'action des sels biliaires.

2° *Maladies du foie sans ictère.* — Les lésions rénales sont presque aussi fréquentes ici qu'au cours de l'ictère. A part l'infiltration pigmentaire, elles sont semblables aux précédentes.

On peut les reproduire par l'expérimentation. Celle-ci montre que les différents principes anormaux contenus dans l'urine, au cours des maladies du foie, sont tous plus ou moins toxiques pour le rein. Les plus toxiques paraissent être les matières extractives (surtout la leucine, la tyrosine et la taurine), et les peptones.

En somme, les principaux caractères des lésions rénales d'origine hépatique sont les suivants: ce sont des lésions de nature dégénérative, frappant l'épithélium des tubes contournés et des branches ascendantes, plus rarement celui des tubes collecteurs. Les glomérules, les vaisseaux, le tissu interstitiel, sont intacts. Les altérations n'atteignent généralement qu'un nombre de tubes assez restreint, et se trouvent souvent répartis par petits foyers.

Au point de vue symptomatique, l'influence des affections du foie sur le rein se traduit par des modifications de la diurèse. Mais ces modifications ne sauraient renseigner sur l'état anatomique du rein. L'albuminurie est le plus souvent sans valeur. La présence des cylindres hyalins et granuleux a un peu plus d'importance.

Les altérations du rein, lorsqu'elles sont un peu étendues, influent d'une manière très fâcheuse sur le pronostic des affections du foie. La présence de lésions rénales n'est cependant pas nécessaire à la production des accidents de l'ictère grave, mais l'état de la diurèse exerce une influence prépondérante sur leur apparition et leur terminaison.

La plupart des lésions rénales que l'on observe dans l'ictère grave doivent être attribuées à l'infection. L'insuffisance hépatique facilite l'accès de celle-ci dans l'organisme, et lui prépare le terrain en faisant du rein un *locus minoris resistentiæ*.

La notion du retentissement des affections du foie sur le rein impose au médecin les obligations suivantes: entretenir la diurèse, donner au malade un régime aussi pauvre que possible en substances toxiques, faire l'antisepsie de l'intestin, éviter tout médicament irritant pour le rein, soustraire autant que possible le malade à toute espèce d'infection.

Les troubles fonctionnels du foie jouent un rôle important dans la pathogénie des manifestations de la goutte et du diabète sucré. L'expérimentation permet d'attribuer à l'accumulation des acides dans le sang, certaines des lésions rénales du diabète.

Les altérations rénales dues aux affections hépatiques, à la goutte et au diabète, rentrent dans la catégorie des néphrites par auto-intoxication. On peut y ajouter les néphrites dyspeptique et phosphaturique, celle du surmenage, le chloro-brightisme, la néphrite par suppression des fonctions de la peau, enfin certains cas d'albuminurie intermittente. Toutes ces néphrites sont sous la dépendance soit d'une désassimilation exagérée, soit d'une diminution des oxydations, soit enfin de ces deux causes réunies.

VARIÉTÉS

Nécrologie. — Calmeil. — La médecine française vient de perdre son doyen, l'un de ses plus illustres représentants: le Dr Calmeil s'est éteint, dans sa 97e année, à Fontenay-sous-Bois, où il résidait depuis qu'il avait pris sa retraite.

Calmeil, Louis-Florentin, qui était né à Poitiers le 9 août 1798, fit ses études à Paris. D'abord interne de Rostan, à la Salpêtrière, il entra le 14 avril 1823 à la Maison de Charenton en qualité d'interne en chirurgie; il ne devait plus la quitter qu'en 1872 pour prendre sa retraite. Il y resta donc quarante-neuf ans, d'abord comme interne, puis comme inspecteur de service médical, médecin adjoint, médecin de la division des dames, et, enfin, comme médecin en chef.

Elève de Royer-Collard, puis d'Esquirol, Calmeil se livra surtout aux recherches anatomo-pathologiques sur la folie. Outre sa thèse de doctorat, soutenue en 1824, et si remarquable à tant de titres, sur l'*épilepsie étudiée sous le rapport*

de son siège et de son influence sur la production de l'aliénation mentale, notre savant maître laisse trois œuvres d'une importance capitale: *De la paralysie considérée chez les aliénés* (Paris, 1826); *De la folie considérée sous le point de vue pathologique, philosophique, historique et judiciaire, depuis la Renaissance des sciences en Europe jusqu'au* XIXe *siècle; description des grandes épidémies de délire simple ou compliqué,* etc. (2 vol. in-8° Paris, 1845); et son grand *Traité des maladies inflammatoires du cerveau* (2 vol. in-8°. Paris, 1859).

Outre ces trois ouvrages, Calmeil a publié de nombreux articles de *Dictionnaires*. C'est à lui que sont dus la plupart de ceux relatifs à la médecine mentale et nerveuse, dans le *Dictionnaire en 30 volumes*. Au *Dictionnaire de Dechambre*, dont il devint, dès le premier jour, le collaborateur, il donna l'important article : Aliénés (maladies intercurrentes), et plus tard, celui sur la *Lypémanie*.

L'œuvre de Calmeil, si étendue, restera dans la science; elle est marquée au coin de l'exactitude, de la précision et de la probité, cette vertu capitale de savant. Elève d'Esquirol, il s'est séparé de l'école du maître par ses tendances anatomiques; il a fait des nécropsies avec passion, et ses recherches ont été couronnées de succès. Avec Delaye, Bayle et Georget, il partage la gloire de la découverte de la paralysie générale, une des plus grandes acquisitions médicales du siècle. Il fut aussi un des premiers à appliquer le microscope à l'étude des lésions intimes du tissu cérébral: et il est de toute justice de reconnaître ses efforts dans cette direction, malgré les progrès faits depuis lui dans la technique des recherches histologiques sur le système nerveux.

Calmeil a laissé le meilleur souvenir des services qu'il a rendus à la Maison de Charenton pendant près de cinquante ans. Tous ceux qui l'ont connu ne sauraient oublier ce vieillard de petite taille, à l'air modeste et timide, mais au regard vif et spirituel, qui, jusqu'à ses derniers moments, conserva toutes ses facultés intellectuelles, se plaisant à causer avec les jeunes confrères qui allaient le visiter dans sa retraite, de ses études passées, des progrès récents de la science qu'il avait cultivée avec tant de succès. Intelligence d'élite, travailleur infatigable, il laisse une œuvre qui lui survivra et qui fait grand honneur à la psychiatrie française.

A. R.

Monument Villemin. — L'inauguration du monument élevé à la mémoire de Villemin, professeur à l'Ecole du Val-de-Grâce, membre de l'Académie de médecine, etc., par les souscriptions de la *Gazette hebdomadaire*, aura lieu le dimanche 31 mars 1895, à 10 heures du matin, au Val-de-Grâce (cours Broussais), sous la présidence de M. le médecin inspecteur général L. Colin, membre de l'Académie de médecine. Des invitations spéciales seront adressées aux souscripteurs, aux médecins de l'armée, aux représentants de la Presse.

Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France. — La séance annuelle de l'Assemblée générale de l'Association des médecins de France aura lieu le dimanche 21 avril, à deux heures, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria.

Voici l'ordre du jour de cette séance :

La séance est ouverte à deux heures.

1° Allocution du président;

2° Exposé de la situation financière de l'Association générale par M. Brun, trésorier;

3° Rapport sur cet exposé et sur la gestion financière du trésorier, par M. Motet, membre du Conseil général;

4° Compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale pendant l'année 1894, par M. Lereboullet, secrétaire générale;

5° Présentation de candidats par le Conseil général de l'Association, — et renouvellement partiel du Conseil général;

6° Election de la Commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères en 1896;

7° Première partie du rapport de M. de Ranse sur les pensions viagères à accorder en 1895.

A 7 heures, le banquet offert aux présidents et délégués des sociétés locales, à l'hôtel Continental, rue de Castiglione.

On peut souscrire à ce banquet, directement ou par lettre, chez M. Brun, trésorier de l'Association, rue d'Aumale, 23.

Prix de la souscription : 20 francs.

M. et Mme Lannelongue recevront les membres de l'Association, 3, rue François Ier, le lundi 22 avril 1895, à 9 heures et demie.

Asiles spéciaux pour les alcooliques. — Le Conseil supérieur de l'Assistance publique est appelé à délibérer, dans sa prochaine session, qui s'est ouverte le 5 mars, sur le rapport de MM. les docteurs Magnan et Legrain, tendant à la création d'asiles spéciaux pour les alcooliques.

Voici les conclusions définitivement adoptées par la 4e section, qui seront soumises à l'examen du Conseil supérieur.

Article premier. — Les aliénés alcooliques doivent être traités dans des établissements spéciaux. En attendant que la création de ces asiles départementaux ou régionaux soit effectuée, les aliénés alcooliques doivent être isolés dans chaque asile, dans des quartiers spéciaux.

Art. 2. — Des articles additionnels à la loi sur l'ivresse et à la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés autoriseraient la séquestration des ivrognes délinquants et des aliénés alcooliques, et leur maintien pendant le temps nécessaire à leur guérison.

Tout délinquant par ivrognerie serait l'objet d'un rapport médical, sur les conclusions duquel on pourrait, s'il y a lieu, pourvoir à son internement dans un asile spécial pour les alcooliques.

Le Conseil supérieur de l'Assistance publique émet les vœux :

a. Qu'un impôt plus élevé frappe la production de l'alcool en France; que, par suite, se trouve supprimé le privilège des bouilleurs de cru; que ces mesures législatives soient prises pour qu'il n'entre dans la consommation que des alcools rectifiés;

b. Qu'un dégrèvement aussi considérable que possible soit effectué sur le vin, le cidre, la bière, le thé, le café, le sucre;

c. Que le droit de licence des cabarets soit augmenté;

d. Que les licences ne soient accordées à l'avenir qu'à des conditions déterminées (chiffre de la population, etc.);

e. Que la vente des boissons spiritueuses soit prohibée dans les prisons; que la qualité des boissons spiritueuses vendues dans les cantines de l'Etat et des municipalités et dans les cantines de l'armée soit soumise à une surveillance spéciale;

f. Qu'une application plus rigoureuse soit faite des lois répressives de l'ivresse;

g. Que des Sociétés d'abstinence et des Sociétés de patronage consolident au dehors la réforme salutaire commencée à l'asile;

h. Que des établissements de consommation pour les abstinents complètent l'ensemble des moyens curatifs de l'alcoolisme.

Faculté de médecine de Paris. — Le personnel du laboratoire de clinique des maladies du système nerveux est composé comme il suit, pour l'année scolaire 1894-1895 :

Chef du laboratoire, M. Richet;

Chef des travaux d'anatomie pathologique, M. Nageotte.

Sont nommés pour trois ans, chargés de cours annexes de clinique, les médecins et les chirurgiens des hôpitaux dont les noms suivent :

MM. Gaucher, Saint-Antoine; Merklen, Laënnec; Richelot, Saint-Louis.

M. Maygrier, agrégé, est chargé, pour l'année scolaire 1894-1895, de l'enseignement des élèves sages-femmes.

Contre la phthisie. — La Société nationale pour l'amélioration de la santé du peuple de Berlin a discuté l'établissement de sanatoria populaires pour phthisiques. M. le professeur Leyden a défendu la nécessité de cette création. L'assemblée a adopté ses conclusions et a nommé une commission pour étudier l'exécution de cette résolution.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS
LE MERCREDI MÉDICAL
JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

BULLETIN

Sur l'exercice de la pharmacie et son inspection

Quand, en 1844, de Salvandy, ministre de l'instruction publique, releva le titre de pharmacien par l'obligation préliminaire des baccalauréats, la science française brillait d'un vif éclat dans le monde, grâce à la découverte des principes immédiats tirés des végétaux, découverte qui est certainement une des plus considérables du siècle.

Quels en étaient les auteurs? de simples pharmaciens de Paris.

En 1803, Bernard-Derosne extrayait la narcotine de l'opium ; en 1813, Boullay, la picrotoxine de la coque du Levant ; ce n'étaient que des glucosides. En 1812, Bernard-Derosne entrevoyait la morphine que Sertuerner étudiait complètement en 1816. C'était une véritable base, notre premier alcaloïde. Le second, la quinine, était découvert en 1820 par Pelletier et Caventou. En 1833, Robiquet découvrait la codéine et Pelletier la narcéine.

Bornons-nous à ces exemples.

Pelletier et Robiquet étaient membres de l'Institut; Boullay et Caventon faisaient partie de l'Académie de médecine.

On comprend que devant de pareils services rendus à la science, un ministre aussi éclairé que l'était de Salvandy, ait désiré faire des pharmaciens des hommes scientifiques. Mais le succès ne répondit pas à son attente ; la jeunesse des Ecoles n'avait aucun goût pour la pharmacie, et en 1852, les professeurs et les patrons n'avaient plus d'élèves.

La raison en est des plus simples :

Le métier de pharmacien était, à cette époque, aussi pénible que n'importe quel métier manuel. Dans chaque officine, on était obligé de tout fabriquer : poudres, extraits, pâtes, sirops, vins, pastilles, etc. ; les élèves étaient de vrais ouvriers, et, de plus, très sévèrement tenus. Beaucoup de pharmaciens ont encore conservé ces vieux usages, et je suis de ce nombre ; mais je n'ai pas perdu la mémoire de ce que j'ai enduré pendant mon apprentissage. Tant qu'on s'était adressé à des enfants sortant des écoles primaires, et dont le but était seulement d'avoir des connaissances techniques, le recrutement fut facile, mais quand on s'adressa aux bacheliers, ce fut autre chose. Ils ne montrèrent aucun goût pour ce métier si pénible. On comprend aisément ces sentiments quand on compare l'existence de l'élève en pharmacie avec celle des autres étudiants. En 1852, la pharmacie était donc délaissée, et des plaintes contre cet état de choses arrivaient de toutes parts au gouvernement. Fortoul, le ministre d'alors, fut forcé d'agir, et crut conjurer le désastre en créant une 2e classe de pharmaciens. Il y fût certainement arrivé s'il avait eu la précaution de reléguer cette 2e classe dans les petites villes et dans les campagnes ; mais il n'en fit rien, et inspiré par Rouher, il résista même à toutes les injonctions qui lui furent faites par de plus clairvoyants que lui.

Le gouvernement impérial ne varia jamais sur ce point, ainsi que je vais le démontrer.

Que les lecteurs veuillent bien m'excuser de parler de moi pour cette démonstration, mais la vérité historique m'y oblige. Je suis une victime du décret de 1852, j'ai essayé de le combattre et il n'est pas inutile que ce que je vais raconter soit connu.

En 1851, j'étais étudiant en médecine à Grenoble. Voyant qu'il n'y avait que deux ou trois élèves en pharmacie dans cette école, et guère plus à celle de Lyon, je compris toute l'importance du décret de Salvandy et me dis que la profession de pharmacien n'allait pas tarder à faire bonne figure dans le monde. Je partis pour Lyon et restai trois ans chez Burins du Buisson qui a été mon seul maître en pharmacie et a toujours été pour moi un véritable ami.

La maison dans laquelle j'étais, avait été illustrée par toute une dynastie de Gavinet. Le vingt-quatrième était mort, mais j'ai connu le vingt-troisième qui avait 80 ans à l'époque dont je parle.

Cet aimable vieillard tenait de ses aïeux une foule d'anecdotes sur le séjour de Molière à Lyon en 1653, et il se plaisait à les raconter.

Il me montrait, au milieu de la pharmacie, le superbe

broyeur en porphyre dont Molière tournait souvent la manivelle, pour se délasser de ses travaux au théâtre voisin des Célestins.

Pour lui, c'était un Gavinet que Molière avait peint dans Fleurant, du *Malade imaginaire.* Mon stage terminé, je vins en septembre 1855 à Paris, suivre les conférences de Baudrimont, pour l'internat. Je trouvai tous mes collègues, parmi lesquels étaient Ferrand et mon ami Delpech, exaspérés contre le décret de Fortoul. Au mois de novembre, nous rédigeâmes une pétition où nous demandions que les pharmaciens de 2e classe ne puissent pas s'établir dans les villes ayant plus de 3,000 âmes. Soubeiran et Baudrimont signèrent en tête de cette pétition.

Au Ministère, on nous promit d'examiner notre demande, mais on la négligea.

Nous revînmes à la charge, et il nous fut démontré que Rouher, les yeux toujours fixés sur l'Angleterre, était bien plus disposé à briser les entraves qui liaient la pharmacie, qu'à se prêter à une restriction quelconque dans son exercice. « Après la liberté de la boucherie et de la boulangerie, je m'occuperai de celle de la pharmacie, disait-il. » Il réalisa, en effet, les autres; mais recula devant cette dernière.

Il nous porta cependant un dernier coup, avant de disparaître, en permettant en 1867 par l'arrêté de Duruy, l'entrée à Paris des pharmaciens de 2e classe. C'était la flèche du Parthe, et sa blessure a été mortelle. De 400, le nombre des pharmaciens de la ville est monté à 1,300, chiffre deux fois plus élevé qu'il devrait être.

Ce qu'il y a de curieux, c'est de voir, malgré la crise douloureuse que traverse la pharmacie, le nombre des élèves augmenter toujours. L'école de Paris qui avait été construite en prévision de 3 à 400 élèves, en possède 800 actuellement, et réclame une augmentation de bâtiments reconnue indispensable.

Quelles sont les raisons de cet envahissement? Les professeurs croient que c'est la loi militaire qui en est la cause. Elle y est évidemment pour une part, mais non pour la plus importante.

Selon moi, la principale cause réside dans la facilité avec laquelle les élèves font actuellement leur stage, et exercent plus tard leur profession.

Aujourd'hui, en effet, de grandes maisons se sont créées, où tous les médicaments sont préparés et livrés au pharmacien qui peut, à son gré, se passer de son laboratoire. Il y a des machines pour poudres, pilules, capsules, emplâtres, extraits, etc ; le pharmacien et ses élèves n'ont plus la fatigue corporelle de leurs prédécesseurs; et si à cette nomenclature vient s'ajouter l'emploi illégal de ces extraits fluides, dont je vous ai parlé dans mon dernier article, vous conviendrez avec moi que le métier de pharmacien est devenu aussi facile à pratiquer qu'aucun autre. La conclusion me paraît évidente :

Avant la création des grandes usines, pénurie de pharmaciens; et pléthore après.

Ce qu'il y a de fâcheux et qui ne pouvait manquer d'arriver, c'est que la concurrence a amené dans ce corps pharmaceutique si loyal et si sûr des désordres qui vont nuire à sa considération. Quelques pharmaciens, foulant aux pieds leur diplôme, se comportent comme de vulgaires épiciers, et ne sont dignes que de tomber sous les coups du laboratoire municipal.

L'école de pharmacie, de laquelle nous relevons, fait son devoir, mais elle est débordée, les gens de mauvaise foi lui échappent.

Le syndicat des pharmaciens de Paris, que je vais avoir l'honneur de présider cette année, pour maintenir la dignité professionnelle, a créé, il y a deux ans environ, un conseil disciplinaire qui se réunit tous les mois, au cercle des Sociétés savantes rue Serpente. Ce comité reçoit toutes les plaintes qui peuvent être formulées contre les pharmaciens. Aussi ne saurais-je trop recommander aux médecins de nous envoyer toutes les préparations qui leur paraîtraient suspectes. Quoique nous préférions prévenir plutôt que punir, nous avons la sanction des poursuites judiciaires, dont la crainte salutaire en a déjà arrêté quelques-uns qui glissaient sur une pente fatale.

Nous avons rendu quelques services à notre profession, et nous en rendrons encore de plus grands si les médecins veulent bien nous aider dans notre tâche. Ils seront les premiers à en profiter.

Tout ceci montre dans quel désarroi se trouve la pharmacie et quelles doivent être les préoccupations de ceux qui voudraient bien en voir la fin.

M. Chatin croyait en 1884 qu'un corps d'inspecteurs permanents des pharmacies était indispensable à la sécurité publique. Il m'expliqua comment il comprenait son fonctionnement, et je me rangeai à son avis. Depuis, nous avons vu cette institution réclamée par M. Brouardel, repoussée par le Sénat, sans aucune discussion et par une seule phrase : « Encore une nouvelle classe de fonctionnaires, il y en a déjà trop! » Mais, pères conscrits, on ne venait pas grever le budget, puisque ce sont les pharmaciens qui payent les frais de leur inspection, il ne fallait pas vous emballer si vite et écouter Monsieur le doyen. Si le projet de loi passe à la Chambre, il faudra pourtant bien que l'on fasse quelque chose dans ce sens, et ce projet en vaut bien un autre, car il sauvera l'honneur de la pharmacie en ne la laissant pas tomber sous la surveillance du laboratoire municipal qui, depuis longtemps, la guette.

Pierre Vigier.

REVUE GÉNÉRALE

La médication thyroïdienne.

La médication thyroïdienne, d'application toute récente, prend de jour en jour une importance de plus en plus grande; tandis que les autres médications similaires, notamment les injections de liquide testiculaire, sont tombées dans un discrédit mérité, ce mode de traitement s'est imposé, car il possède une action réellement spécifique contre cette affection si curieuse que l'on désigne actuellement sous le nom de myxœdème.

D'aileurs la médication thyroïdienne n'a pas été employée exclusivement contre le myxœdème; on l'a encore utilisée contre les goîtres simples et même exophtalmiques, et contre d'autres affections, notamment certaines dermatoses.

Application de la médication thyroidienne au traitement du myxœdème.

Avant 1873 le myxœdème était inconnu ou plutôt

confondu avec le crétinisme; c'est en 1873 que Gull isola ce syndrôme qu'il décrivit sous le nom de cachexie crétinoïde. Quatre ans plus tard, son compatriote Ord proposa la dénomination de myxœdème qui a prévalu.

A la suite de Gull plusieurs médecins observèrent des cas de myxœdème, mais ils restèrent sur le terrain de la clinique, sans pouvoir élucider la pathogénie de l'affection. Ord, à la vérité, avait noté dans une autopsie, l'atrophie du corps thyroïde, mais sans attacher d'importance à cette constatation.

En 1882 les travaux de Reverdin enseignèrent que la cause du myxœdème devait être attribuée à l'atrophie du corps thyroïde; il montra, en effet, que des accidents, comparables de tous points aux symptômes du myxœdème spontané, surviennent à la suite de l'extirpation du corps thyroïde.

Les expériences ultérieures, les constatations anatomo-pathologiques confirmèrent toutes cette donnée; elles établirent que la lésion primitive, nécessaire et suffisante dans le myxodème n'est autre que l'altération de la glande thyroïde.

Cette glande fait totalement défaut dans le mxœdème congénital; elle est atrophiée dans le myxœdème acquis. La destruction de la glande doit-être totale, pour que le myxœdème survienne à la suite d'une opération; une thyroïdectomie partielle ne le détermine pas.

Ainsi donc le myxœdème dépend de la suppression des fonctions de la glande thyroïde; mais ces fonctions étant encore inconnues, on est encore réduit aux hypothèses pour expliquer les troubles morbides qu'entraîne sa suppression.

Deux théories ont été émises au sujet de la nature de ces fonctions : pour les uns le corps thyroïde élaborerait une substance utile à l'économie, c'est-à-dire jouant un rôle dans la nutrition du système nerveux; pour les autres elle aurait pour but de débarrasser le sang de certaines substances nuisibles. Ces substances, en s'accumulant dans le sang, détermineraient une intoxication chronique dont le myxœdème serait l'expression.

Peu importe d'ailleurs la théorie; ce qu'il importe de retenir, au point de vue du pratique, c'est que l'on peut guérir le myxœdème, en restituant à l'économie les « éléments thyroïdiens » qui lui manquent.

Les expériences de Schiff ont été le point de départ de la médication thyroïdienne.

Horsley en 1885 avait pu reproduire expérimentalement le myxœdème par l'ablation totale du corps thyroïde chez le singe et confirmer par suite l'opinion de Reverdin qui attribuait le myxœdème post-opératoire chez l'homme à l'enlèvement du corps thyroïde. Schiff avait remarqué d'ailleurs que chez les chiens thyroïdectomisés, on peut obtenir une survie assez longue à la condition de laisser quelques parties du corps thyroïde. Dès lors on était conduit à remplacer le corps thyroïde absent par la greffe.

Schiff, le premier, put réussir une greffe chez un chien. Avant de pratiquer la thyroïdectomie, il eut l'idée de greffer sous la peau de l'animal un fragment de corps thyroïde et ne constata pas les accidents qui surviennent habituellement après la thyroïdectomie. De son côté Eiseslberg pratiqua la thyroïdectomie chez des chiens auxquels il avait, au préalable, greffé du corps thyroïde et constata également l'absence d'accidents. Des expériences analogues faites par Zano et Zanda, par d'autres encore eurent toutes le même résultat. On était donc autorisé à tenter cette *greffe* animale chez l'homme thyroïdectomisé.

C'est ce que fit pour la première fois, avec succès, le professeur Lannelonge (1890); déjà Kocher avait fait sur l'homme une tentative de greffe (1883), mais cette tentative avait échoué. M. Lannelongue greffa chez un enfant du service de Legroux, atteint de myxœdeme, la moitié d'un lobe gauche de corps thyroïde de mouton adulte. La greffe fut faite sur le thorax au-dessous du sein droit. Au bout de huit jours la cicatrisation était parfaite; les effets de cette greffe sur l'évolution du myxœdème ne furent d'ailleurs pas publiés.

L'exemple de M. Lannelongue fut bientôt imité par Bircher, Kocher, Bettencourt et Serrano, Merklen et Walther, etc. Bettencourt et Serrano firent au congrès de Limoges (1890) une communication sur une opération de greffe faite par eux; dès le lendemain de l'opération une amélioration notable s'était produite caractérisée par l'élévation de la température, la facilité plus grande des mouvements, la diminution du gonflement du cou.

La malade de MM. Merklen et Walther était âgée de 40 ans, atteinte de myxœdème depuis dix ans et présentait entre autres symptômes, des métrorrhagies incessantes. Walther pratiqua la greffe dans la région sous-mammaire droite; presque immédiatement après l'opération les métrorrhagies cessèrent et une amélioration notable se manifesta aussi bien dans les symptômes psychiques que dans les signes physiques. Le traitement avait donc eu un résultat certain, celui de faire cesser les métrorrhagies.

Merklen et Walther pensent que les métrorrhagies résultent des troubles apportés dans la fonction hémato-poïétique par l'atrophie du corps thyroïde; on sait en effet que suivant Horsley, Albertoni, Tizzoni, etc., le corps thyroïde joue un rôle important dans l'hématopoïèse, ce qui expliquerait les hémorrhagies et l'anémie observées chez les malades atteints de myxœdème. Après l'opération le nombre des globules rouges s'éleva, chez leur malade, de 2,235,100 à 3,103,100; la richesse globulaire de 1,175,000 à 1,725,000 et la valeur globulaire de 0,50 à 0,55.

De nombreuses greffes ont encore été pratiquées et ont toutes donné des résultats analogues, c'est-à-dire, ont déterminé une amélioration manifeste dans l'état des malades, mais ces résultats, il faut bien le constater, ont toujours été incomplets et surtout n'ont été que temporaires ; en effet la partie du corps thyroïde greffée ne tarde pas à se résorber et le malade retombe alors dans l'état où il se trouvait avant l'opération.

On ne pouvait donc considérer la greffe comme un traitement curatif; mais le principe de la méthode était trouvé et l'on était naturellement conduit à faire pénétrer le suc thyroïdien dans l'organisme par une autre voie.

C'est aux *injections hypodermiques* de suc thyroïdien que l'on eut d'abord recours.

Ici encore l'expérimentation sur les animaux avait devancé l'application à l'homme. Vassale, en 1890, Pisenti avaient fait des injections de suc thyroïdien chez des chiens thyroïdectomisés et avaient obtenu de bons résultats. M. Gley reprit ces expériences et fut amené à proposer l'emploi chez l'homme des injections sous-cutanées de suc thyroïdien.

Les premières injections furent faites par lui chez deux malades du service de M. Magnan (juin 1891), puis, un mois plus tard, chez un petit malade du servive du docteur Lannelongue à l'hôpital Trousseau ; toutefois, dans ces différents cas, le nombre des injections fut très limité et l'on ne put tirer aucune conclusion précise au sujet de l'efficacité de ce mode de traitement. La première guérison de myxœdème par les injections de suc thyroïdien est due à Murray. Il s'agissait d'une femme de 46 ans, dont la maladie remontait à quatre ou cinq années. Elle fut soumise au traitement par les injections d'extrait de corps thyroïde préparé de la façon suivante :

« Un lobe de corps thyroïde d'un animal qu'on vient de tuer est débarrassé de tout tissu graisseux et conjonctif, puis coupé en petits morceaux qu'on place dans un gros tube à réaction. On y ajoute ensuite un centimètre cube d'eau phéniquée à 0 gr. 5 0/0, on bouche le tube avec un tampon de coton aseptique et on laisse le mélange dans un endroit frais pendant vingt-quatre heures. Au bout de ce temps, on retire le mélange, on le met dans un mouchoir préalablement stérilisé par l'immersion dans l'eau bouillante pendant quelques minutes, et, en tordant le mouchoir, on obtient par expression et filtration environ 3 centimètres cubes d'extrait sous forme d'un liquide trouble. Cet extrait se conserve bien pendant huit jours dans un flacon bouché. Il va sans dire que la préparation de l'extrait et les injections doivent être faites en observant rigoureusement les règles de l'asepsie et de l'antisepsie. La quantité totale de 3 cent. cubes d'extrait (correspondant d'un lobe du corps thyroïde) sert pour deux injections qu'on pratique dans le courant d'une semaine, au moyen de la seringue de Pravaz, dans le tissu sous-cutané inter-scapulaire. Puis on prépare un extrait frais pour la semaine suivante. » (*Brit. med. Journ.*, 10 octobre 1891.)

La malade fut traitée pendant cinq semaines; au bout de ce temps, l'épaississement du tissu cellulaire sous-cutané avait fortement diminué partout et même complètement disparu aux mains, la physionomie était plus expressive, la parole plus facile; la mémoire s'était rétablie, l'apathie avait fait place à une certaine activité et les règles étaient revenues. Trois semaines après la cessation du traitement, l'amélioration obtenue persistait.

L'exemple de Murray fut suivi par de nombreux médecins anglais, notamment par Beathy, Carter, Davies, Claye Straw, Dance, Pasteur, Ord, Allison, Dyce, Duckworth, Fenwick, etc., en France, par Robin (de Lyon), Chopinet, etc.

Un an plus tard, au Congrès pour l'avancement des sciences, le professeur Bouchard fit une importante communication sur le traitement du myxœdème. Dès 1887, ayant eu l'occasion d'observer une malade atteinte de cette affection, il avait cherché à déterminer le rôle du corps thyroïde dans la pathogénie des troubles morbides : il enleva le corps thyroïde de douze chiens et les douze corps thyroïdes de ces animaux furent inclus dans le péritoine d'un treizième chien.

Quand on put supposer que les corps thyroïdes transplantés avaient eu le temps de se greffer, on enleva au chien qui en était porteur son propre corps thyroïde. Il y eut, chez cet animal, une survie de dix jours, alors que les douze autres chiens, auxquels on avait simplement enlevé leur corps thyroïde, étaient tous morts dans un délai de quatre à cinq jours. Chez le chien porteur de greffe, on put, à la nécropsie, constater que sur les douze corps thyroïdes inclus dans son péritoine, deux d'entre eux étaient vivants et avaient contracté des rapports vasculaires avec les parties voisines. M. Bouchard en avait conclu que la survie était certainement due à l'action chimique de ces organes, consistant soit dans la production, soit dans la destruction de substances actives.

Ces expériences restées inédites furent suivies, nous l'avons indiqué, de nombreuses expériences démontrant toutes l'action favorable des greffes soit chez les animaux thyroïdectomisés, soit chez les malades atteints de myxœdème. Plus tard la malade que M. Bouchard avait vue en 1887 ainsi qu'une autre atteinte de la même affection furent traitées par lui au moyen des injections de suc thyroïdien. Chez toutes deux une amélioration considérable et étonnamment rapide fut constatée, mais à côté des effets favorables, M. Bouchard avait constaté des effets fâcheux consistant, non pas en une réaction locale, mais en céphalées, douleurs dans les membres et dans le thorax, qui, à plusieurs reprises, durent faire suspendre les injections. Ces troubles disparaissaient avec la cessation des injections, et reparaissaient dès qu'on les reprenait, après cinq ou six jours d'interruption.

M. Bouchard avait donc nettement indiqué les effets de ce que l'on a appelé plus tard « l'Hyperthyroïdisation ». D'autre part il émit l'opinion que l'amélioration serait probablement passagère.

Il est inutile de poursuivre l'énumération des autres cas de myxœdème traités par les injections de suc thyroïdien. Ces cas devinrent de plus en plus nombreux dans le cours des années 1892 et 1893 et tous furent suivis d'effets analogues, c'est-à-dire que les malades obtinrent tous une amélioration plus ou moins marquée.

La méthode ne paraissait cependant pas parfaite ; outre l'action transitoire et non définitive, on lui attribuait certains accidents imputables à des injections incomplétement stérilisées ; aussi fut-on conduit à employer le corps thyroïde en nature, administré par la bouche.

La *méthode par ingestion* a été pour la première fois employée par Mackenzie et Fox ; à la vérité, le Professeur Horvitz de Copenhague les avait devancés, mais la publication des résultats obtenus par lui est postérieure à celle des auteurs anglais. D'ailleurs Horvitz a employé des corps thyroïdes cuits, alors que Fox et Mackenzie avaient fait absorber cet organe à leurs malades, sans le soumettre à une cuisson préalable.

L'assistant d'Horvitz, Vermehren tenta d'isoler le principe actif de la glande thyroïde : après avoir préparé le suc suivant la méthode de Murray, il ajouta de l'alcool et obtint par précipitation une poudre blanche qu'il appela thyroïdine.

Vermehren a administré cette poudre en pilules de 10 à 30 centigr. à un malade atteint de myxœdème infantile et a obtenu des résultats très satisfaisants. Toutefois son exemple n'a pas été suivi et c'est à l'administration du corps thyroïde en nature et cru que l'on a recours habituellement.

Ce mode de traitement a été exposé dans une fort intéressante communication faite le 9 février 1894, à la Société Médicale des Hôpitaux, par M. Marie. M. Marie fit prendre quotidiennement deux corps thyroïdes de mouton (soit quatre lobes) à une dame atteinte de myxœdème depuis huit ans. Les glandes thyroïdes étaient données crues, dans du bouillon.

Le résultat fut immédiat. Dès le lendemain matin de l'ingestion de la première dose, la température s'élevait à 38° et la diurèse s'établissait.

Trois jours après on constatait déjà une modification très notable des traits, les bourrelets situés au-dessous des yeux avaient considérablement diminués. Au bout de six jours la transpiration commençait à renaître, la parole était plus libre, moins pâteuse :

On fut obligé d'interrompre le traitement, au bout de onze jours, car la malade ne tarda pas à éprouver des malaises caractérisés par une insomnie presque absolue, une anorexie complète, une soif ardente, une sensation de courbature dans tout le corps, une faiblesse générale nécessitant le séjour au lit.

Au bout d'un mois, (le traitement avait commencé le 30 novembre 1893) on reprit le traitement thyroïdien, en diminuant notablement la dose (un lobe tous les deux jours). Le traitement dut cependant être interrompu, sept jours après cette reprise, car les mêmes symptômes d'intolérance se reproduisirent. Le traitement fut repris pour la seconde fois le 11 janvier 1894; depuis lors, la malade prit seulement deux tiers de

lobe tous les cinq jours et sous l'influence de cette médication ainsi modifiée, elle n'éprouva plus aucun des phénomènes pénibles qu'elle avait ressentis antérieurement. Depuis ce temps l'amélioration a continué, la métamorphose est devenue complète, aussi bien au physique qu'au moral. On voit que si le traitement a donné des résultats remarquables, il n'est pas inoffensif et qu'il convient de régler les doses avec soin, si l'on veut éviter des accidents qui pourraient devenir graves et mêmes mortels. Nous reviendrons plus loin sur les accidents que peut entraîner la médication thyroïdienne, lorsqu'elle n'est pas conduite avec prudence. M. Marie a constaté que la dose de 4 lobes employée par lui au début est trop forte. « En règle générale, dit-il, nous sommes d'avis que la dose usuelle doit être celle d'un lobe, quotidiennement pendant les trois ou quatre premiers jours; au bout de ce temps et quand la réaction thyroïdienne (polyurie, élévation de la température, accélération du pouls, insomnie, douleurs dans les membres) aura commencé à se manifester, on ne donnera plus cette dose que tous les deux jours.

Une fois la régression des principaux symptômes du myxœdème obtenus, on devra diminuer de plus en plus les doses et arriver progressivement à ne plus donner qu'un lobe tous les trois, quatre, ou cinq jours. »

Le 13 avril, à la même Société médicale des Hôpitaux, MM. Brissaud et Souques rapportaient une nouvelle observation de myxœdème datant de l'enfance, chez une femme de 37 ans; le traitement, dans ce cas, avait également été suivi d'une guérison complète (au bout de six semaines). La malade avait pris tous les matins, en deux fois, dans du pain azyme, un lobe frais et cru de glande thyroïde de mouton. L'effet favorable du traitement s'était manifesté par la diminution notable du poids, la disparition de la bouffissure des membres et du visage, le rétablissement des fonctions sudorales, etc.

Le 28 décembre 1894, M. Lebreton a relaté un autre cas de myxœdème (chez un enfant de 13 ans) guéri par l'ingestion de corps thyroïde. La dose administrée a été un lobe de corps thyroïde par jour (frit légèrement dans du beurre). Quinze jours après le traitement, l'enfant était devenu méconnaissable. « Il montait l'escalier comme un vieillard, disait la mère, actuellement il le monte en courant comme un enfant. » Le traitement n'a déterminé d'autres conséquences morbides qu'une certaine agitation, qui se produisait quotidiennement pendant quelques heures dans la journée. Au bout de neuf mois la guérison s'était maintenue et pouvait être considérée comme définitive.

Beaucoup d'autres cas de guérison de myxœdème par ingestion de corps thyroïde ont encore été publiés tant en France qu'à l'étranger; tout récemment encore par Mendel (Deutsche Medicinische Wochenschrift 14 février 1895). Enumérer tous ces cas serait nous exposer à des redites inutiles; on peut aisément conclure de ce qui précède :

1° Que la médication thyroïdienne du myxœdème est une médication spécifique ;

2° Que des trois modes de traitement thyroïdien (greffe, injection hypodermique d'extrait, ingestion de corps thyroïde en nature) le dernier est le plus recommandable, parce qu'il est le plus pratique, parce qu'il agit plus efficacement que les autres.

Le traitement par ingestion est certainement curatif, mais à une condition, c'est qu'une fois la démyxœdémisation obtenue, on soumette de temps à autre le malade à une nouvelle période de traitement afin de maintenir la guérison.

La *dose utile* n'a pas été déterminée sans quelques tâtonnements; nous avons indiqué que M. Marie la fixait à un lobe pris quotidiennement pendant les quatre ou cinq premiers jours, puis à un lobe tous les deux jours pendant deux ou trois semaines; ce sont là des indications auxquelles on devra se conformer, mais qui n'ont rien d'absolu, et la seule règle de conduite devra être la réaction inividuelle.

Le mode d'administration le plus simple, d'après Marie, consiste à prendre un lobe thyroïde frais de mouton, à le couper dans une assiette en petits fragments, et sur ces fragments, à verser du bouillon chaud qu'on fait prendre immédiatement au malade.

Quelques médecins préfèrent employer la poudre de glande thyroïde desséchée, en tablettes ou en pilules.

C'est ainsi que Nielsen et Haslund prescrivent des pilules contenant chacune 0 gr. 05 de poudre de glande thyroïde desséchée, du sirop de sucre et du cacao, dont ils font prendre deux par jour, puis dont ils élèvent successivement le nombre à 8, quantité qui représenterait à peu près l'équivalent d'un demi-corps thyroïde de mouton.

Toutefois il vaut mieux avoir recours à la glande fraîche, en ayant soin que les bouchers ne substituent pas par erreur à la glande thyroïde les glandes salivaires, les unes et les autres étant confondues dans le vulgaire sous la dénomination commune de glandes du cornet.

G. Lyon.

(A suivre.)

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'emploi d'un bouton de Murphy modifié dans les interventions sur le tube digestif par le Dr E. Villard, prosecteur à la Faculté de médecine de Lyon.

(Suite.)

OBSERVATIONS CLINIQUES

Nos observations cliniques ont trait à cinq malades, elles se répartissent ainsi : quatre gastro-entéro-anastomoses et une résection intestinale. Dans toutes ces interventions le manuel opératoire suivi a été celui que nous avons longuement exposé plus haut, et nous avons pu retrouver chez l'homme les avantages que nous avions constatés expérimentalement chez le chien.

Nous avons pu même nous rendre compte que les difficultés opératoires étaient moindres chez l'homme que chez l'animal, la possibilité en effet d'employer des modèles de boutons plus volumineux et d'autre part la présence de parois intestinales ou gastriques relativement peu épaisses, permettant de pratiquer plus facilement des adossements parfaits des surfaces séreuses. La hernie de la muqueuse notamment est beaucoup moins marquée ; et l'on n'a pas à lutter contre la contraction si énergique de la musculeuse intestinale du chien.

Nous allons rapporter maintenant nos observations, prises surtout au point de vue du manuel opératoire et des résultats et nous verrons chemin faisant quelles ont été les circonstances particulièrement intéressantes que chacune d'elles a pu présenter.

Notre premier fait clinique a trait à un cancer pylorique qui a nécessité une gastro-entéro-anastomose; cette première intervention fut pratiquée le 26 septembre 1894.

Observation I. — *Cancer du pylore, gastro-entéro-anastomose*

(*Opération faite avec M. Jaboulay chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu de Lyon*).

X... 50 ans, présente depuis quatre mois environ des symptômes croissants d'obstacle pylorique. Début par des vomissements alimentaires qui sont devenus de plus en plus fréquents, à tel point qu'à l'heure actuelle tous les aliments ingérés sont vomis par la malade au bout d'un temps variable. Ces vomissements sont irréguliers, et se produisent souvent longtemps après les repas. Jamais d'hématémèse ni de mælena.

A l'examen de l'abdomen on reconnaît facilement une dilatation stomacale considérable, sonorité gastrique exagérée; clapotement, etc., l'estomac descend à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. La palpation permet en outre de sentir dans la région pylorique une tumeur dure assez difficile à bien percevoir.

Anorexie complète. — Nausées incessantes dans l'intervalle des vomissements. Amaigrissement rapide, la malade a en effet perdu dans ces deux derniers mois 12 kilogr. Perte de forces considérables.

Teint pâle, mais pas de véritable coloration jaune paille. Cette femme semble en somme atteinte nettement de cancer pylorique amenant par gêne mécanique une altération rapide et prématurée de l'état général.

M. Jaboulay, qui voit la malade à ce moment, pratique le 20 septembre 1894, une gastropéxie dans le but de tenter la disparition de l'élément spasmodique. Aucun résultat n'étant obtenu par cette première intervention, nous faisons le 26 septembre avec M. Jaboulay une gastro-entéro-anastomose, au moyen de notre bouton anastomotique.

26 septembre. — *Opération:* Anesthésie à l'éther. Précautions antiseptiques ordinaires. On utilise pour pénétrer dans l'abdomen, l'incision de la laparotomie qui a servi à la gastropéxie antérieure. Avec le doigt on détruit rapidement les adhérences péritonéales récentes qui se sont formées et on arrive ainsi à isoler facilement la grande courbure et la face antérieure de l'estomac.

On perçoit à ce moment nettement la tumeur pylorique. Décidés à faire une anastomose antérieure, nous relevons l'épiploon et une anse intestinale voisine de l'angle duodéno-jejunal est attirée au dehors. Incision de 15 mm. sur la face antérieure de l'estomac au niveau de laquelle on fixe la branche femelle du bouton anastomotique. Incision et manœuvre identique sur l'anse intestinale. Articulation des deux moitiés. On constate alors que l'adossement des séreuses est parfait et les liquides gastriques ou intestinaux ne peuvent aucunement filtrer à ce niveau. A ce moment de l'intervention surviennent en effet des vomissements très violents, et nous pouvons constater *de visu* la parfaite solidité de l'anastomose.

Fermeture du ventre par une suture en étage. Pansement antiseptique ordinaire. L'opération a duré 25 minutes. Le diamètre du bouton employé est de 20 mm.

27. — Pas trace de choc opératoire. Température rectale 37.8, la malade parait n'avoir subi aucune intervention. Aucun vomissement depuis hier contrairement à ce qui se passait d'habitude.

28. — Température rectale 37.5. Etat général parfait. Par erreur la garde a laissé manger hier dans l'après-midi, un gros potage à l'opérée, qui le réclamait vu la réapparition de l'appétit. Tout s'est bien passé, pas de vomissements.

30. — Etat général toujours excellent. La malade commence à s'alimenter régulièrement avec des substances liquides. Disparition absolue des vomissements et des nausées depuis l'opération.

12 octobre.— La malade rentre dans sa famille. Cicatrisation complète de la plaie abdominale, l'appétit est revenu avec les forces, aucune douleur.

20. — L'amélioration de l'état général continue. Cette femme a engraissé de 1,500 grammes. Le bouton anastomotique n'a pas été éliminé encore.

18 décembre. — M. Jaboulay a revu notre opérée qui est dans un état parfait de santé, pas de symptôme de cachexie cancéreuse ni de généralisation du néoplasme.

1er février. — Nous avons eu récemment des nouvelles de la malade, persistance d'un état général excellent, pas de troubles digestifs appréciables. L'opérée a gagné depuis son intervention 7 kilogrammes. L'élimination du bouton anastomotique ne s'est pas faite ou a passé inaperçue.

Cette observation est particulièrement intéressante à plusieurs points de vue qui méritent d'être signalés. Nous voulons parler tout d'abord de la perfection de l'anastomose et de sa solidité; en effet à peine celle-ci était-elle pratiquée que des vomissements très violents survinrent augmentant considérablement la pression du contenu de l'estomac et forçant par conséquent assez vigoureusement au niveau de la soudure. Nous avons pu alors constater *de visu* que l'accolement de l'intestin à la face antérieure de l'estomac était parfaitement résistant et solide, et que d'autre part l'anastomose était absolument étanche. Il est certain que nous avons éprouvé une sensation de confiance au point de vue de la contention des liquides gastriques, beaucoup plus forte que si nous avions pratiqué simplement une suture même très bien faite.

Le deuxième point intéressant consiste dans ce fait que le lendemain de son opération notre malade a pu parfaitement digérer un gros potage, sans aucun inconvénient, et du reste à aucun moment l'anastomose n'est aussi solide que lorsque la pièce métallique est encore en place. Ce détail a, selon nous, une grande importance, car il permet d'entrevoir la possibilité d'alimenter de très bonne heure les opérés, fait qui a bien sa valeur lorsqu'il s'agit de malades arrivés souvent au dernier terme de l'inanition.

Enfin, nous n'insistons pas sur les avantages considérables que cette malade a retirés de son anastomose, ce sont ceux qu'on observe dans tous les cas de ce genre quel que soit le procédé employé. Signalons pourtant que dans ce fait particulier l'amélioration a été immédiate, dès le lendemain les vomissements et les nausées avaient complètement disparu et l'appétit était revenu. Depuis cette époque à aucun moment la malade n'a eu de symptômes relatifs au reflux de la bile dans la cavité gastrique et l'état général s'est relevé d'une façon rapide. A l'heure actuelle, cette femme a repris sa vie habituelle, a engraissé de 7 kilogrammes et si nous n'avions vu au moment de l'opération le néoplasme pylorique nous pourrions douter de sa réalité. Il s'agissait donc bien là d'un cancer dans lequel l'obstacle mécanique tenait la première place.

Obs. II. — *Cancer du pylore. Gastro-entéro-anastomose* (opération faite avec M. Jaboulay, chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu de Lyon).

N..., âgée de 77 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 11 novembre pour un cancer du pylore. Le début des accidents remonte à deux mois. Depuis cette époque, la malade qui s'était toujours bien portée a commencé à ressentir des troubles digestifs. Vomissements de plus en plus fréquents, digestions pénibles, nausées habituelles. Jamais pourtant de malaises, ni d'hématémèse. Anorexie progressive, dégoût très marqué pour la viande.

A l'entrée de la malade on constate tous les signes d'un amaigrissement rapide, la peau est flasque laissant persister un pli cachectique après pression entre les doigts. Facies pâle décoloré, teinte jaune paille légère des téguments. La malade paraît dans un état de faiblesse très marqué et on est obligé de la soutenir pour marcher.

L'alimentation est devenue à peu près complètement impossible, cette femme vomissant à intervalles plus ou moins longs tous les aliments ingérés.

La palpation de l'abdomen permet de constater immédiatement la présence d'une dilatation considérable de l'estomac. Cet organe descend au-dessous de l'ombilic et répond à peu près à toute la région sus-ombilicale. Tympanisme très net; succussion hypocratique; clapotement. La cavité stomacale parait en outre être distendue par une quantité relativement considérable de liquide, on perçoit, en effet, à la palpation une véritable sensation de flot en ce point.

Pas de sensation bien nette de tumeur pylorique, malgré la perception d'un léger empâtement au niveau du pylore.

Foie normal, pas augmenté de volume. Pas d'ictère.

Constipation habituelle.

Poumons et cœur sains.

En présence des phénomènes présentés par la malade et de la constatation de la distension stomacale, on n'hésite pas à porter le diagnostic de cancer du pylore, retentissant surtout par la gêne mécanique sur l'état général. Malgré le grand âge de cette femme, son état de faiblesse extrême, on se décide à pratiquer chez elle une gastro-duodéno-anastomose au moyen du bouton anastomotique.

Opération. — Désinfection habituelle de la paroi abdominale. *On ne pratique pas de lavage préalable de l'estomac* vu l'état général très grave de la malade. Celle-ci paraît en effet arrivée au dernier degré de l'inanition, on a dû la porter de son lit à la salle d'opération.

Incision sus-ombilicale de 20 centimètres pratiquée sur la ligne médiane. On tombe immédiatement sur la face antérieure de l'estomac qui est très dilaté; et on reconnaît la présence d'un anneau cancéreux circulaire siégeant au niveau du pylore, la tumeur paraît très petite, pas d'adhérence en ce point. Aucune généralisation apparente au niveau du foie. Au point de vue des lésions ce cas semblerait éminemment favorable à une pylorectomie, mais l'état général ne permettrait point une intervention aussi longue.

Une incision de deux centimètres est pratiquée longitudinalement sur la première portion du duodénum, le plus loin possible du néoplasme. Rapidement un fil en surjet est passé sur tout le pourtour de la surface de section à cheval sur la muqueuse et la séreuse, et après introduction dans la lumière intestinale d'une des moitiés du bouton anastomotique, on serre en bourse au moyen de cette suture, l'intestin sur la pièce métallique. Une incision semblable suivie d'un manuel opératoire identique est pratiquée sur la face antérieure de l'estomac dans sa partie supérieure à 15 centimètres environ du pylore. On termine en articulant les deux moitiés de l'appareil métallique. Ce temps est très simple et très facilement pratiqué, le léger plissement imposé à l'estomac pour mener à bien cette manœuvre, n'amenant aucune difficulté.

On s'assure de la parfaite adaptation des séreuses, et l'on pratique la suture de la paroi abdominale.

L'intervention y compris l'anesthésie et le pansement a duré en tout une demi-heure. Le diamètre du bouton employé est de 20 mm.

Le 13 novembre la malade est dans un très grand état de faiblesse. Pas de vomissements depuis l'intervention, persistance des nausées. Température rectale hier soir et ce matin 37°5.

A 6 heures du soir, on constate que la faiblesse va en augmentant. Pourtant aucun phénomène anormal du côté de l'abdomen, pas de douleur, pas de ballonnement. Température rectale : 37°6

14 novembre. — La faiblesse va sans cesse en progressant, il semble que la malade meurt d'inanition, pourtant on essaye, confiant dans la solidité de l'anastomose de faire prendre quelques aliments. Température rectale : 37°6. La malade meurt à 6 heures du soir sans avoir présenté aucune localisation inflammatoire péritonéale ou autre.

15 novembre. *Autopsie.* — Aucun ballonnement apparent du ventre. Suture de la paroi abdominale en voie de cicatrisation. Pas traces de suppuration. A l'ouverture de l'abdomen, on constate l'intégrité absolue du péritoine, pas de réaction inflammatoire, pas d'épanchement. L'estomac est considérablement dilaté, rempli d'une masse liquide.

Les anses intestinales sont plutôt affaissées et le jéjunum ne paraît presque pas contenir de substances alimentaires.

Au niveau du point anastomosé, aucun signe de péritonite localisée. Des tentatives faites dans le but de laisser passer le contenu stomacal dans l'intestin grêle montrent l'impossibilité d'y parvenir.

Du côté du pylore, petit néoplasme circulaire donnant la sensation d'un anneau résistant très dur. Pas de généralisation cancéreuse ganglionnaire ou hépatique.

L'estomac largement incisé est trouvé rempli d'un liquide brunâtre contenant de nombreuses particules alimentaires et surtout une incroyable quantité de pépins de raisin. Au niveau du point anastomosé, on peut constater que tout le pourtour de l'anastomose présente des adhérences péritonéales très manifestes et déjà solides.

La pièce métallique est solidement fixée, n'offrant aucune tendance à la disjonction de ses deux moitiés, mais on trouve là, la cause de la rétention, du contenu stomacal. La lumière du bouton anastomotique est en effet complètement oblitérée par une accumulation serrée de pépins de raisin formant ainsi un obstacle absolu au passage des liquides dans le duodénum.

L'orifice pylorique considérablement rétréci admet à peine le passage d'une sonde cannelée fine. Il est manifeste, étant donnée l'absence de réaction inflammatoire péritonéale et de substances alimentaires dans l'intestin grêle, que cette femme a succombé à l'inanition progressive.

Rien du côté des autres viscères notamment du côté du cœur et du poumon.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre. D'abord, elle a montré une fois de plus la facilité et la rapidité de l'anastomose gastro-intestinale, mais surtout elle met en évidence la nécessité de se servir d'un bouton anastomotique volumineux, à lumière centrale suffisante pour assurer un libre écoulement du contenu stomacal. On pourrait en déduire en outre la nécessité de pratiquer un lavage d'estomac préalable qui sera utile au point de vue de l'antisepsie en évitant l'issue des liquides digestifs, au moment de l'ouverture de la paroi gastrique et aussi en évacuant par la bouche la quantité souvent considérable de matières alimentaires plus ou moins volumineuses retenues dans la cavité stomacale depuis plusieurs mois quelquefois. L'autopsie nous a permis en outre de constater la formation déjà presque complète des adhérences péritonéales au niveau du point anastomosé; alors que deux jours et demi s'étaient seulement écoulés depuis l'intervention.

D'autre part, cette pièce nous montre nettement qu'il n'y avait aucune tendance à l'ulcération des parois gastriques ou intestinales; et malgré la pression très forte que nous avions exercée au moment de l'articulation des deux moitiés du bouton, nous avons pu nous rendre compte que celles-ci n'avaient nullement coupé les tuniques saisies, et qu'il était encore solidement enclavé. Cette autopsie vient donc à l'appui de l'opinion que nous avons déjà émise, qu'il ne faut point craindre que par une compression exagérée, on puisse mortifier trop rapidement les tissus pour que des adhérences solides aient eu le temps de se constituer.

Nous devons signaler encore, qu'en dehors des considérations relatives à la méthode du bouton anastomotique, M. Jaboulay a pu réaliser chez cette femme une opération proposée par lui théoriquement, il y a un an, dans les *Archives provinciales de chirurgie*, c'est-à-dire l'anastomose de la face antéro-supérieure de l'estomac avec la première partie du duodénum.

Le manuel opératoire en a été des plus faciles, par suite d'un néoplasme très limité et de la dilatation consécutive de l'estomac permettant on ne peut mieux, le léger reploiement de la face antérieure de cet organe, plicature nécessaire à l'anastomose.

Les avantages de cette méthode qui conserve aux aliments les bénéfices de la digestion duodénale et évite le reflux de la bile dans la cavité gastrique ou l'accumulation des matières alimentaires dans le bout supérieur de l'intestin anastomosé sont faciles à comprendre.

Enfin, si dans ce cas en présence d'un néoplasme aussi limité sans aucune généralisation, nous n'avons pas pratiqué une pylorectomie qui pouvait paraître jusqu'à un certain point indiqué, en considérant seulement l'étendue des lésions, c'est à cause de l'état général très mauvais de la malade, arrivé comme nous l'avons dit, au dernier degré de l'inanition.

Obs. III. — *Gastro-entéro-anastomose pratiquée par M. le professeur Poncet. Cancer pylorique.*

M. G..., âgé de 70 ans, présente depuis trois ou quatre ans des troubles digestifs variés; c'est seulement depuis quatre

à cinq mois que ces phénomènes gastriques ont considérablement augmenté, caractérisés par des vomissements alimentaires fréquents, de la perte de l'appétit, du dégoût pour la viande, des nausées, etc. En même temps que ces phénomènes locaux, survenaient des troubles de la santé générale, perte rapide des forces, affaiblissement progressif, amaigrissement considérable. Décoloration des téguments, teinte jaune paille de la face, pli cachectique. Un peu d'œdème des malléoles le soir.

Vomissements fréquents plusieurs heures après l'ingestion des aliments, la tardive apparition des vomissements peut faire croire au malade que certains aliments sont absorbés. Eructations, aigreurs, etc.

A l'examen de l'abdomen, on perçoit nettement une tumeur à droite assez mobile, siégeant au niveau du pylore. Dilatation considérable de la cavité gastrique qui descend à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Sensation de flot, sonorité exagérée, clapotement stomacal, etc.

En présence de ces accidents, M. le professeur agrégé Bard qui a suivi ce malade, l'adresse à M. le professeur Poncet qui, eu égard aux phénomènes absolument nets d'obstruction pylorique décide une gastro-entéro-anastomose pratiquée au moyen du bouton anastomotique modifié par nous, et nous prie de venir l'assister dans cette intervention qui est faite le 4 janvier.

4 janvier. — La veille, lavage d'estomac avec de l'eau bouillie.

Opération (1). — Anesthésie à l'éther. Incision sus-ombilicale commençant un peu au-dessous de l'appendice xyphoïde. Ouverture de la séreuse. On tombe immédiatement sur la face antérieure de l'estomac très dilaté et l'on reconnait la présence, au niveau du pylore, d'une tumeur du volume d'une mandarine.

On relève le tablier épiploïque et le côlon transverse; plongeant au-devant de la colonne vertébrale, on arrive assez facilement sur l'angle duodéno-jéjunal et déroulant 40 centimètres du jéjunum, comptés à partir du rachis on attire au dehors une anse intestinale que l'on peut facilement juxtaposer à la face antérieure de l'estomac, l'intestin grêle formant ainsi une boucle de 40 centimètres de circonférence dans laquelle passent, sans aucune compression, le côlon transverse et le grand épiploon replié, Incision de la paroi intestinale de 15 millimètres de longueur; on passe un fil de soie fin en surjet sur le pourtour de la tranche de section et on fixe la branche mâle du bouton anastomotique. Manœuvre identique sur la paroi gastrique. On articule les deux moitiés de la pièce métallique; mais comme dans ce cas nous nous sommes trouvés en présence d'une paroi gastrique très épaisse, avec une muqueuse tendant à faire hernie au dehors et à s'opposer à un adossement parfait des deux séreuses, M. le professeur A. Poncet pratique tout autour du point anastomosé une suture séro-séreuse en surjet, suture de renforcement qui enfouit profondément le bouton anastomotique. L'adaptation des surfaces séreuses est, à ce moment parfaite. Aucun liquide ne tend à suinter. Fermeture de la cavité abdominale par des sutures en étages.

Le diamètre du bouton employé était de 23 millimètres.

Soir. Pas trace de choc, facies bon, champagne, café, glacés.

5 janvier. — Nuit assez bonne. Dans la première partie, légère agitation. Vers les quatre heures du matin, vomissements couleur café. Pas de douleurs abdominales, pas de ballonnement du ventre. Le soir abattement, pouls 120, température rectale 38,5. Le malade se plaint de quelques nausées.

6 janvier. — Mort dans la matinée. L'autopsie n'a pu être pratiquée pour des considérations de famille.

L'insuccès que nous avons observé dans ce cas doit être attribué à l'état général mauvais du malade. Il est évident que l'intervention a été la cause déterminante de la mort, mais ce n'est pas à un défaut de la méthode ou à une faute opératoire quelconque qu'il faut attribuer cet échec. Il est des sujets affaiblis chez lesquels le moindre traumatisme opératoire détermine des accidents de choc si accentués qu'ils peuvent conduire à une issue fatale. Le fait s'est rencontré dans cette observation. Nous avions affaire à un homme âgé, porteur d'un néoplasme saignant facilement, puisqu'un lavage d'estomac provoque un suintement sanguin, et l'intervention, quoique rapidement conduite, n'a pu être supportée. Ce fait ne vient pas à l'encontre de la méthode, plus graves encore auraient été les accidents si l'on avait pratiqué une anastomose avec suture; aussi la conclusion à tirer de ces cas est-elle qu'il ne faut pas attendre pour intervenir que l'état général soit assez mauvais pour que le choc opératoire, quoique considérablement atténué, puisse tuer l'opéré.

Nous ne croyons pas, en effet, malgré l'absence d'autopsie, que ce malade ait succombé à des phénomènes de péritonite, vu la rapidité de la mort et l'absence de réaction fébrile sérieuse. Nous pensons plutôt que la faiblesse a été la cause principale, augmentée peut-être par les légères hémorrhagies stomacales constatées au moment des lavages et dans les quelques vomissements couleur café qui suivirent l'intervention.

Notre quatrième observation est un cas de résection de l'intestin grêle, pratiquée par nous-même d'urgence pour une hernie crurale gangrenée. C'est, croyons-nous, le premier cas en France où une intervention de cette nature a été faite. En voici les différents détails importants :

Obs. IV. — *Hernie gangrenée. Résection intestinale.*

X..., âgée de 56 ans, entre à l'hôpital de la Croix-Rousse, service de M. Vallas, chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 10 janvier 1895, atteinte d'une hernie crurale étranglée depuis six jours. Il s'agit d'une hernie crurale gauche du volume d'un œuf de poule présentant tous les caractères de l'étranglement vrai; état général grave. En l'absence de M. Vallas appelé d'urgence auprès de cette malade, nous nous décidons à la kélotomie qui est pratiquée à 7 heures du soir.

Opération. — Anesthésie à l'éther. Précautions antiseptiques ordinaires. L'incision des parties molles ne présente rien de particulier. A l'ouverture du sac épanchement hématique, de coloration douteuse laissant percevoir une odeur putride spéciale, manifeste. L'anse intestinale étranglée offre une coloration feuille morte typique, pas de perforation pourtant. Après débridement de l'anneau, on constate que le maximum des lésions porte sur la convexité de l'anse plutôt qu'au niveau du sillon. La paroi intestinale est très amincie, flasque, friable, en imminence de perforation. La création d'un anus contre nature ou une résection intestinale s'imposent. Malgré l'état général sérieux de la malade, nous nous décidons, vu la possibilité de pratiquer rapidement la résection de l'anse gangrenée au moyen du bouton anastomotique, à cette dernière intervention.

L'anse intestinale étant largement attirée au dehors, après avoir fait refluer les matières dans un des bouts par des pressions méthodiques, un aide comprime l'intestin entre deux de ses doigts et nous faisons en plein tissu sain une section transversale au-dessus du point gangrené; rapidement, au moyen d'une aiguille à main, nous passons sur tout le pourtour de la tranche de section, un fin fil de soie faufilé en surjet; une des branches du bouton anastomotique étant introduite ensuite dans la lumière intestinale, nous serrons le fil en surjet, fixant ainsi d'une manière définitive la pièce métallique. Manœuvres identiques sur le bout inférieur.

Après ligature du coin mésentérique, on pratique l'ablation de l'anse gangrenée, et l'articulation des deux moitiés du bouton anastomotique ne présente aucune difficulté. L'adossement des séreuses est parfait sur tout le pourtour. Pas d'hémorrhagie; les matières passent librement du bout supérieur dans le bout inférieur.

Lavage, à l'eau bouillie, du sac et de l'anse anastomosé, qu'on rentre ensuite dans l'abdomen. Cette réintégration

(1) Un nouveau lavage stomacal est pratiqué immédiatement avant l'intervention. Le liquide qui ressort est légèrement teinté de sang. Le lavage fait la veille paraît avoir affaibli le malade qui n'a pas passé une bonne nuit.

demande un débridement assez large de l'anneau, le diamètre du bouton employé dans ce cas étant de 23 millimètres.

Ligature et extirpation du sac. Sutures cutanées. Pansement.

11 janvier 1895. — Nuit très bonne, les vomissements ont complètement cessé. Etat général bien meilleur, la malade ne présente pas de choc. Pas de selles, mais émissions abondantes de gaz. Pas de douleur dans l'abdomen. Température rectale, 38°1.

12. — Persistance d'un bon état général. Pas de ballonnement du ventre. Une petite selle. Température rectale 37°8.

13. — La malade commence à s'alimenter un peu, toujours bon état général.

18. — Etat général parfait, cicatrisation de la plaie cutanée, quelques selles.

20. — La malade éprouve quelques malaises, quelques nausées, constipation, symptômes vagues d'obstruction intestinale, mouvement fébrile léger, 38°5. Nous pensons que l'élimination du bouton est en train de se faire.

23. — Les phénomènes légers d'obstruction intestinale, plus accentués hier, tendent à disparaître. Un purgatif huileux a été donné, il a produit plusieurs selles.

24. — La malade a éliminé ce matin son bouton anastomotique. Etat général excellent.

1er février. — La malade va aussi bien que possible ; appétit normal, selles régulières ; elle va quitter l'hopital.

Cette observation présente le plus haut intérêt car selon nous elle réalise une des indications typiques de l'emploi du bouton anastomotique. Il s'agissait là d'une femme en proie aux phénomènes généraux graves qui accompagnent d'ordinaire, la gangrène intestinale herniaire. En présence de ces phénomènes il est très probable que nous aurions préféré la création d'un anus contre nature à une intervention aussi longue qu'une résection intestinale avec suture. La possibilité de faire dans ce cas au moyen du bouton anastomotique une opération de courte durée et radicale, c'est-à-dire évitant les accidents consécutifs à cette infirmité dégoutante que crée l'anus artificiel, nous a décidé à la résection intestinale suivant ce procédé. Le manuel opératoire a été excessivement simple et en dix minutes l'anastomose proprement dite a pu être pratiquée. Nous avons pu constater dans ce fait que l'éversion de la muqueuse intestinale très peu importante ne gêne aucunement pour l'adossement des séreuses.

Notons encore la simplicité des suites opératoires. Tout se passe les premiers jours sans aucune réaction fébrile, comme si nous nous étions trouvé en présence d'une hernie étranglée simple réduite sans résection intestinale. Les gaz, les matières fécales passent sans phénomènes d'obtruction. C'est seulement au 10e jour que surviennent quelques signes légers de gêne au cours des matières, symptômes accompagnés d'une faible réaction fébrile ; c'est le début de la migration du bouton. Il arrive dans le gros intestin, tout est rentré dans l'ordre et l'évacuation a lieu normalement au 14e jour c'est-à-dire dans les délais habituels.

Nous publions enfin sommairement une observation encore toute récente de gastro-entéro-anastomose faite pour un cancer pylorique ; nous avons opéré cette malade dans le service de M. le professeur Ollier avec l'aide de M. Gangolphe, chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu le 31 janvier de cette année. Il s'agissait d'une femme de 50 ans, atteinte de cancer pylorique avec énorme dilatation stomacale, on percevait nettement par la palpation une tumeur du volume d'une mandarine située dans la région du pylore, cette tumeur était même remarquablement mobile. Après lavage préalable de l'estomac et les précautions antiseptiques ordinaires, nous avons anastomosé suivant notre procédé habituel une anse intestinale située à 40 centimètres de l'angle duodéno-jéjunal, avec la face antérieure de l'estomac, loin de la tumeur pylorique volumineuse.

Nous ne reviendrons pas sur le manuel opératoire qui a été là celui que nous avons exposé. Le diamètre du bouton employé était de 23 mm. L'anastomose a duré en tout 12 minutes, et l'intervention totale, pansement compris, 25 minutes.

Les suites en ont été remarquablement simples. Cette femme n'a présenté aucune trace de choc opératoire. Le soir de son opération elle se déclarait dans un état de santé parfait ; et elle a vu disparaître immédiatement les vomissements et les nausées qu'elle avait incessament auparavant. La température rectale n'a jamais dépassé 37,6. L'appétit est revenu, avec les forces ; cette femme a déjà engraissé de 1200 grammes trois semaines après l'intervention, et se déclare enchantée du résultat obtenu.

L'élimination du bouton n'a pas encore eu lieu.

Cette observation que nous nous proposons plus tard de publier *in extenso* nous a fait voir que lorsqu'on intervient suffisamment à temps chez des malades de cette nature tout se passe sans aucun retentissement sur l'état général.

En somme nous rapportons cinq observations nouvelles où le bouton anastomotique a été employé et nous notons deux cas de mort. Pris en bloc la mortalité resterait très élevée, mais il convient de bien se rendre compte de la cause de la mort dans ces deux faits.

Dans l'observation II nous sommes en présence d'une femme de près de 80 ans arrivée au dernier terme de l'inanition, nous tentons en désespoir de cause une intervention, et vu la faiblesse considérable de notre opérée qui n'a pas même la force de venir à pied à la salle d'opération, on ne lui pratique pas de lavage préalable de la cavité gastrique pour éviter de prolonger le traumatisme opératoire, or cette femme succombe sans aucune réaction inflammatoire péritonéale ou autre à un affaiblissement progressif ; elle meurt des progrès de l'inanition, l'orifice central du bouton anastomotique ayant été oblitéré par une accumulation de pépins de raisins formant un obstacle absolu. Dans ce cas l'absence de lavage d'estomac et l'emploi d'un bouton de 20 mm. de diamètre à lumière centrale trop faible sont la véritable cause de la mort.

Dans l'observation IV nous avons encore affaire à un malade opéré trop tardivement, qui ne peut supporter une intervention même de courte durée ; et que viennent encore affaiblir de légères hémorrhagies dues au néoplasme gastrique.

Ces deux cas de mort ne doivent pas faire rejeter la méthode, ils doivent être seulement au contraire un enseignement pour perfectionner le manuel opératoire et pour mieux peser les indications d'une telle intervention.

(*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Les arthropathies de l'ataxie locomotrice (The arthropathies of Loarnotor Ataxia) (*The New-York medical Journal*, 1895, n° 841, p. 65). — Dans un travail antérieur, l'auteur s'est étendu déjà sur ce même sujet. Il défend la doctrine qui attribue au tabes une origine centrale, et fixe son siège dans les faisceaux postérieurs de la moelle. Il discute la valeur des pourcentages quant aux relations de la syphilis, avec le tabes, et reste convaincu que celle-ci n'est qu'une occasion ; il s'agit de troubles de dégénération de la substance nerveuse.

Les arthropathies ressortissent-elles à des troubles trophiques, et deux observations en sont relatées. Un homme

âgé de 64 ans, sans syphilis antérieure ni héréditaire est atteint au milieu d'autres signes tabétiques, d'arthropathies des deux genoux, qui sont tuméfiés et très déformés. Une femme de 51 ans, chez laquelle des symptômes tels que la perte des réflexes pupillaires et tendineux sont représentés, une double arthropathie des genoux proéminant à droite. L'article luxé, dont les ligaments sont relâchés, est considérablement augmenté de diamètre.

Myosite ossifiante (A case of myositis ossificans), par S. Paget (*The Lancet*, 9 février 1895, n° 3728, p. 339). — L'observation concerne un jeune garçon âgé de 7 ans, actif et intelligent, qui a souffert autrefois de rhumatisme. On constata, il y a 2 ans, l'apparition dans les muscles pectoraux, de quelques secousses qui ne tardèrent pas à être appréciables dans le grand dorsal, et dans le sous-scapulaire, puis dans le grand dentelé. Le côté gauche fut atteint en premier lieu, puis le droit; les biceps enfin. Il se formait peu à peu des nodules durs dans le voisinage des insertions musculaires.

Un cas de maladie de Raynaud avec gangrène trophonévrotique des extrémités inférieures (A case of neuropathic gangrenous trophoneurososis of the die lower extremities), par J. Harold (*The Lancet*, 9 fév. 1895, n° 3728, p. 341). — Un enfant de 4 ans, sans syphilis, souffre de douleurs dans le cou-de-pied gauche, et pendant son séjour à l'hôpital, présente un accès d'asphyxie locale du pied. L'autre côté se prend également quelques jours ensuite. La gangrène momifia rapidement les deux extrémités. Le sillon élimina par une amputation spontanée. L'auteur pense qu'il s'agit d'une influence toxique, et rappelle les cas de cette catégorie publiés en Angleterre. La symétrie parfaite de cette affection implique qu'il s'agit non pas d'une lésion locale, mais d'une maladie générale.

MÉDECINE

Œdème et troubles gastro-intestinaux après l'injection de sérum antidiphthérique (Beitrag zur Nachkrankheiten nach Injectionen von Diphterie-heilserum), par Kaupe (*Berl. klin. Woch.*, 1895, n° 10, p. 209). — Il s'agit d'une fillette de 5 ans qui, après la trachéotomie, reçoit une injection de sérum. Huit jours après, la température monte à 40°, puis le lendemain apparaît une éruption d'urticaire, puis 24 heures plus tard un œdème de la face et des membres tellement prononcé que la peau semble près d'éclater. Rien dans les urines. Œdème, fièvre et douleurs articulaires disparaissent au bout de trois jours pour faire place à des vomissements violents avec diarrhée qui persistent pendant 48 heures malgré le traitement par l'opium. Guérison.

Peptonurie dans la diphthérie traitée par le sérum (Peptonurie nach Serumbehandlung der Diphteritis), par Heckel (*Münch. med. Woch.*, 1895, n° 8, p. 159). — L'auteur publie cinq cas de diphthérie traités par le sérum et un cas où l'injection a été faite à titre prophylactique. Dans tous ces cas, l'injection provoqua une peptonurie abondante qui disparut au bout de quelque temps.

D'après l'auteur, la peptonurie serait due à l'élimination par les reins de la fibrine du sérum.

Bactériologie de la diphthérie (Bakteriologisches uber Diphtherie), par Silberschmidt (*Münch. med. Woch.*, 1895, n° 9, p. 185). — Sur 125 cas de diphthérie, examinés bactériologiquement, on trouva 91 fois des bacilles de Lœffler. Ils étaient toujours accompagnés de streptocoques, associés dans 25 0/0 des cas aux staphylocoques et aux autres micro-organismes parmi lesquels prédominait le tétragène.

La virulence des bacilles spécifiques pour les animaux n'était pas toujours en rapport avec la gravité de la diphthérie du malade.

Dans 12 cas, on trouva le bacille de Roux, le bacille pseudo-diphthérique qui ne s'est pas montré virulent pour les animaux.

Les recherches sur la persistance du bacille dans la gorge des diphthériques guéris ont montré que quelquefois on trouve encore des bacilles virulents trente-deux jours après la première injection de sérum.

L'auteur en conclut que les malades ne doivent quitter l'hôpital que lorsque leur gorge ne contient plus de bacilles spécifiques et qu'en ville la désinfection des chambres ne doit être faite qu'après la disparition des bacilles de la gorge des malades.

Influenza et gangrène pulmonaire (Lungengangræn nach Influenza), par Rhyner (*Münch. med. Woch.*, 1895, n°s 9 et 10). — L'auteur publie trois observations de pneumonie influenzique compliquée de gangrène pulmonaire simple dans le premier cas, de gangrène avec pyopneumothorax dans les deux autres. Le premier cas s'est terminé rapidement par la mort, les deux autres ont guéri après avoir subi l'opération de l'empyème.

La gangrène pulmonaire après la pneumonie influenzique est relativement rare. Elle a été observée par Drasche, Kundrat, Leyden et Guttmann.

Cholélithiase et formation de gaz dans le foie (Ueber Gasbildung in der Leber bei Cholelithiasis), par Hintze (*Münch. med. Woch.*, 1895, n° 10, p. 209). — L'observation que publie l'auteur se rapporte à un homme de 25 ans, sujet depuis deux ans à des douleurs gastriques considérées comme étant produites par un ulcère de l'estomac, et entré à l'hôpital avec les phénomènes d'une pleurésie purulente droite prise au début pour une pneumonie. Le malade succombe cinq jours après son entrée après avoir présenté pendant deux jours de l'ictère avec sensibilité extrême et augmentation du volume du foie.

L'autopsie qui confirme le diagnostic d'empyème montra en même temps l'existence d'une lithiase biliaire très étendue avec dilatation énorme des canaux biliaires. Ce qui frappa surtout à l'autopsie c'est que le foie crépitait sous le doigt et donnait un son tympanique à la percussion. Ponctionné avec toutes les précautions nécessaires, il laissa écouler une bile foncée renfermant des bulles de gaz.

Les cultures et les coupes faites avec le foie renfermaient des coli-bacilles, et comme ce micro-organisme possède la propriété de former des gaz, l'auteur admet que la formation des gaz était due à l'activité de ce bacille.

Cette formation eut-elle lieu pendant la vie ou s'agissait-il là d'un processus post-mortem? L'auteur penche pour la première hypothèse en faisant observer que la putréfaction n'existait pas dans les autres organes et que la formation de gaz pendant la vie dans les organes a été constatée par Muller (pneumaturie), Leichtenstern (hydronephrose gazeuse), Le Dentu (rein gazeux).

Crises gastriques chez les diabétiques (Gastrische Krisen bei Diabetes mellitus), par Grube. (*München med. Wochenschr.*, 1895, n° 7 p. 136.) — L'auteur attire l'attention sur un syndrome gastrique qu'il a eu l'occasion d'observer plusieurs fois chez des diabétiques. Les malades sont pris brusquement, ordinairement le matin, de nausées, de vomissements et de diarrhée. La bouche est sèche, la langue sale, le pouls rapide, la température un peu élevée. A l'examen de l'urine, on trouve du sucre et de l'acétone. La crise peut durer de quelques heures à 1 ou 2 jours.

D'après l'auteur il s'agissait là d'une irritation du pneumogastrique par les principes toxiques qui circulent dans le sang. Par elles-mêmes les crises ne sont pas graves, mais elles indiquent ordinairement l'approche de la terminaison fatale de la maladie.

Le traitement consiste à évacuer l'intestin par un lavement aqueux ou huileux. Il n'y a pas lieu de laver l'estomac qui est vidé par les vomissements. Les vomissements s'opposent également à l'emploi du purgatif.

Pour prévenir le retour des crises, il faut régulariser les digestions et veiller à l'évacuation régulière de l'intestin. La première indication est remplie en faisant fléchir les rigueurs du régime carné et en donnant aux malades une infusion alcoolique du pancréas de bœuf; la seconde par les lavements et les laxatifs.

CHIRURGIE

Extirpation du rectum par la voie vaginale (Resection recto-vaginalis), par Rehn (*Centralb. f. Chir.*, 1895, n° 10, p. 241). — L'auteur rapporte l'observation d'une femme de 81 ans, atteinte de cancer du rectum, dont la limite infé-

rieure se trouvait à 5 centimètres de l'anus, et opérée par la voie vaginale. L'opération a été conduite d'après le plan suivant:

Incision vagino-périnéale, sur la ligne médiane et décollement du rectum de la paroi postérieure du vagin. Isolement du cancer et section du rectum au niveau de la limite inférieure du néoplasme. Le bout supérieur est isolé à son tour, attiré dans le vagin et sectionné au-dessus du néoplasme. Suture des deux bouts.

L'auteur fait observer que la voie vaginale peut être utilisée dans certains carcinomes du rectum. Si la tumeur est bas située de façon qu'on n'a pas à ouvrir le péritoine, l'opération devient fort simple. Dans son cas, le péritoine a été ouvert et malheureusement infecté par des matières sorties du bout supérieur du rectum qui s'était rompu à un moment donné. La malade succomba à la péritonite.

Extirpation du vagin (Ueber Extirpation der Vagina), par Duhrssen (*Centralb. f. Gynækol.*, 1895, n° 9, p. 234). — L'auteur décrit, avec une observation à l'appui, un procédé d'extirpation du vagin pour cancer de la paroi postérieure et des parties voisines.

Incision vagino-périnéale du côté sain contournant la fourchette et aboutissant derrière la ligne qui réunit l'anus à la tubérosité de l'ischion. Résection de bas en haut de la paroi infiltrée et après ouverture du cul-de-sac du côté malade, ligature et section de la base du ligament large. Ouverture du cul-de-sac antérieur, amputation du col et section de la base du second ligament large. On enlève ainsi d'un seul coup toutes les parties malades, et l'opération est terminée par la suture du vagin et du moignon de l'utérus.

Si le cancer de la paroi postérieure a envahi les parties voisines, on est obligé de faire l'incision à travers les tissus cancéreux. On la fait alors au thermocautère et la résection est continuée au bistouri de chaque côté de la raie.

L'avantage du procédé dans les deux cas, est d'éviter de mettre les tissus en contact avec une plaie saignante.

Perforation de l'estomac ; laparotomie (A case of perforated gastric ulcer treated by laparotomy; recovery; remarks), par Gowers (*Lancet*, 2 mars 1895, p. 544). — Une femme de 24 ans, traitée à plusieurs reprises pour des phénomènes d'ulcère de l'estomac, entre à l'hôpital pour une péritonite qui s'était déclarée brusquement. On fit la laparotomie, et à l'ouverture de la cavité abdominale on put sentir avec le doigt, sur la face postérieure de l'estomac, au voisinage du cardia, une région indurée avec une dépression centrale. On déchira les adhérences péritonéales, on ouvrit l'arrière-cavité des épiploons et on finit par arriver sur la perforation qu'on sutura, après avoir réséqué la portion indurée. Lavage de la cavité péritonéale à l'eau bouillie. L'opération dura environ deux heures. Tout alla bien juqu'au 12e jour après l'opération; à ce moment la malade fut prise d'une douleur très vive et tomba dans le collapsus. On fit une nouvelle laparotomie, et comme ni l'exploration de l'estomac, ni l'injection de lait dans la cavité ne permirent de découvrir une nouvelle perforation le ventre fut fermé et l'estomac soigneusement lavé. Guérison.

BIBLIOGRAPHIE

Recherches sur les lois de la circulation pulmonaire, sur la fonction hémodynamique de la respiration et de l'asphyxie, suivies d'une étude sur le mal de montagne et de ballon, par le Dr Léon Germe, ancien professeur à l'Ecole de Médecine d'Arras. Préface de M. le professeur Potain, membre de l'Institut. 1 vol. in-8° avec 13 planches. 10 fr. G. Masson, éditeur.

La percussion digitale ne donne que des approximations bien imparfaites; on s'en contente; les besoins sont grands; le temps est mesuré.

Le Plessimètre, quand on sait le manier, fournit des indications d'une rigoureuse exactitude et de la plus haute valeur. Ce minuscule instrument permet de suivre d'un instant à l'autre les changements que subissent les organes profonds sous l'influence des conditions variées de la vie.

C'est ce mode d'investigation, qui a été l'agent indicateur des recherches et découvertes de M. Léon Germe.

L'auteur décrit une préparation anatomique fort intéressante qui permet de constater le dispositif des veines pulmonaire de l'oreillette et de l'orifice auriculo-ventriculaire gauches.

Il indique les moyens de déterminer exactement le rapport des cavités cardiaques avec les parois de la poitrine, le volume de ces cavités et les variations qu'elles peuvent subir.

Il détermine les quatre lois de la circulation pulmonaire.

Il établit que pendant la course les cavités cardiaques changent de volume et que ce phénomène est la cause des palpitations.

Il démontre que les poumons ne sont pas seulement des instruments d'hématose. Ces organes ont une autre fonction bien plus importante : l'inspiration a pour effet d'attirer le sang dans le cœur droit et les capillaires; l'aspiration de l'en chasser dans les veines pulmonaires et le cœur gauche. De cette idée fondamentale découlent des " conséquences considérables " suivant l'expression même du professeur Potain.

Mais voici une propositton qui, au premier abord, paraît bien étrange : le besoin de respirer est un besoin de sang dû à l'anémie totale ou partielle du bulbe archidien. La preuve en est donnée.

On reconnaît d'emblée, à certains signes, la congestion du sommet des poumons par défaut de dilatation. Ce phénomène est en général le prélude d'une évolution tuberculeuse ; M. Germe enseigne les moyens de la combattre. Dans ce chapitre, discussion approfondie au sujet de la blessure du Président Carnot.

D'après Bichat, l'asphyxie aurait pour cause l'action délétère du sang noir sur les tissus et notamment sur le cœur. Cette théorie qui a cours dans les écoles est erronée. L'asphyxie, l'auteur le démontre, est la conséquence d'un embarras, puis d'un arrêt de la circulation pulmonaire dans lesquels le sang noir n'est pour rien.

Qu'on rétablisse cette circulation et les animaux asphyxiés seront rappelés à la vie, même avec du sang noir.

Ont échappé, jusqu'à présent à l'observation de nombreux modes d'asphyxie qui élèvent de la fonction hémodynamique des mouvements respiratoires et des lois de la circulation pulmonaire ; M. Germe en fait une exposition complète qui demande à être suivie avec grande attention.

Erronée encore la théorie de Jourdanet et de Paul Bert sur le mal des hauteurs (montagnes et ballons). Elle a eu pour funeste conséquence la catastrophe du Zénith.

L'auteur donne l'explication de ce mal et détermine les conditions auxquelles doivent se soumettre aéronautes et ascensionnistes.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie, l'idiotie et l'hydrocéphalie, par Bourneville, médecin de Bicêtre, Paris, Félix Alcan, édit., 1894.

Le 14e volume de cette intéressante publication est à tous égards parmi les meilleurs. Sur divers sujets il offre des documents cliniques, thérapeutiques et anatomo-pathologiques et traite des questions les plus à l'ordre du jour, l'éducation des idiots basée sur des fondements qui sont d'accord avec les théories les plus progressistes; d'autre part, la critique de certaines interventions chirurgicales, dans la cure de l'idiotie, ressort des statistiques établies dans des tableaux. Cet ouvrage sera consulté avec fruit pour les examens anatomo-pathologiques et histologiques qui sont dus à des collaborateurs.

Les hydrocéphales, écrit en terminant M. Bourneville, produisent en raison directe du travail et de l'intelligence de ceux qui sont chargés d'en tirer parti. Temps, patience et ingéniosité sont nécessaires.

Thèses de Paris.

Etude du mal de mer, par Edouard d'Ailhaud-Castelet.

Le mal de mer est caractérisé par un début brusque, une prostration et une faiblesse musculaire extrêmes, du vertige, des nausées et des vomissements, de l'hyposthénie cardiaque, de la pâleur des téguments, de la constipation et de l'oligurie.

On observe aussi des formes frustes même chez les vieux marins par les gros temps.

L'attaque aiguë cesse presque aussitôt après le débarquement sans laisser de traces. Quand la traversée est longue, l'accoutumance s'établit ordinairement au bout de quelques jours.

Il peut se produire diverses complications dues soit à la durée ou à l'intensité des accidents, soit à la production de maladies ou d'infirmités provoquées par ces accidents, soit à l'aggravation d'états physiologiques ou pathologiques extrinsèques.

La cause efficiente du mal de mer consiste dans les mouvements anormaux communiqués par les navires en mer ou sur les fleuves, ou même à terre par les animaux ou les autres moyens de transport, bref par toutes les causes de mouvements auxquels l'organisme n'est pas habitué.

Interviennent aussi, surtout en mer, un grand nombre de causes occasionnelles influençant surtout les organes des sens.

La raison pathogénique du mal de mer consiste essentiellement en un acte réflexe. Le point de départ est une série d'excitations anormales portant sur les nerfs sensitifs du tégument et des viscères, sur le pneumogastrique et le système sympathique abdominal, sur les organes des sens, sur les nerfs de l'intelligence, sur le sens musculaire et le sens de l'espace; ces impressions sensitives élaborées dans les centres cérébraux, médullaires et sympathiques se répercutent sur les divers organes ou appareils en produisant la vaso-constriction périphérique et la vaso-dilatation viscérale compensatrice, l'hyposthénie cardiaque, la diminution de la pression sanguine, l'anémie cérébrale et le myosis.

Le diagnostic est des plus simples dans l'immense majorité des cas. Parfois il faut différencier le mal de mer des affections suivantes: maladies de l'estomac, méningite des pays chauds, choléra, certaines pyrexies, autres vertiges symptomatiques ou sympathiques.

Le pronostic ordinairement bénin doit néanmoins être réservé dans les cas compliqués. La prévision de l'accoutumance ne saurait être exacte.

Les moyens prophylactiques proposés contre le mal de mer peuvent être rangés en trois classes: 1° moyens mécaniques: construction de navires spéciaux, perfectionnement des navires ordinaires, appareils indépendants du bâtiment (sièges et lits suspendus); 2° moyens hygiéniques et moraux; 3° appareils et moyens médicaux employés à l'extérieur et à l'intérieur.

Les procédés palliatifs et curatifs peuvent aussi être divisés en plusieurs groupes, suivant que l'on a voulu provoquer la stimulation, la contro-stimulation, l'analgésie, l'hypnose, la sédation, l'entrophie nerveuse ou musculaire, l'augmentation de la pression sanguine, la cessation des vomissements, etc.

Voici les idées thérapeutiques auxquelles nous accordons la préférence.

Quant au fait même de s'embarquer: nous ne conseillons de rester à terre qu'aux personnes que leur état physiologique ou pathologique expose aux complications du mal de mer (femmes enceintes, tuberculeux surtout avancés, tous les cachectiques, malades du cœur ou de l'aorte, vieillards, gens atteints de hernies ou d'anévrysmes), etc. A ce propos nous considérons comme nuisible l'emploi thérapeutique du mal de mer.

Quant aux précautions à prendre avant de s'embarquer ou au début du voyage: tâcher d'acquérir à l'avance l'accoutumance cérébrale et sensorielle, prendre place au centre du navire, porter une ceinture, se livrer le plus possible aux exercices corporels, chercher des distractions, manger et boire peu, user avec modération du café et du champagne frappé. Si l'on se sait très sujet au mal de mer, prendre un peu de chlorobrome, ou, à son défaut, du bromure, ou du chloral, et se coucher.

Le mal de mer une fois déclaré, rester au lit dans le plus grand calme possible, observer une diète rigoureuse, prendre du chloral, ou mieux du bromure, ou mieux encore du chlorobrome. N'essayer le traitement par les injections d'atropine et strychnine que dans les cas graves.

Traiter les complications suivant leur nature et leur intensité.

VARIÉTÉS

L'Exposition du Travail. — L'Exposition du Travail s'ouvrira, pour la troisième fois, en juillet prochain, au Palais de l'Industrie, à Paris.

Le caractère d'éducation professionnelle, l'opportunité et l'utilité de cette œuvre lui ont valu le patronage officiel de MM. les Ministres du Commerce, de l'Instruction Publique, des Travaux Publics. Nombre de membres du Parlement, de notabilités scientifiques ou industrielles, de Chambres syndicales de Paris et de la province, ont voulu donner l'appui de leur nom ou de leur participation à cette grande manifestation.

Toutes les sections y auront leur physionomie spéciale et des attractions du plus haut intérêt attireront en foule les visiteurs. La branche de l'hygiène, si sacrifiée dans toutes les expositions, y sera l'objet de dispositions particulières absolument nouvelles.

Un Comité spécial pour ce groupe de l'hygiène a été constitué et nous y relevons les noms si autorisés de M. Berthelot, de l'Institut, ancien Ministre de l'Instruction Publique; M. Pasteur; M. Brouardel, doyen de la Faculté de médecine; M. le docteur Roux, auteur de la vaccine du croup; M. d'Arsonval, directeur du Laboratoire de physique au Collège de France; M. Bouquet de la Grye, de l'Institut; M. le docteur E. Bourgoin, professeur à l'Ecole de pharmacie, député; M. Ch. Buchet, directeur de la Pharmacie centrale de France; MM. de Bonnard, Chassaing, Chevrier; M. le docteur A.-J. Martin, inspecteur général de l'assainissement; M. Metchnikoff, de l'Institut Pasteur; M. le docteur E. Monin, etc.,

Commissaire délégué: M. Louis Bourne, 2, rue de Provence, à Paris, à qui doivent être adressées toutes les demandes d'admission.

Concours pour le bureau central (médecine). — Un concours pour trois places sera ouvert le vendredi 26 avril 1895, à midi, à l'administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 25 mars 1895, et sera clos définitivement le lundi 8 avril, à trois heures.

Maternité (maison et école d'accouchements). — Des consultations pour les femmes enceintes seront faites par l'accoucheur en chef et par l'accoucheur adjoint les lundis, mercredis et vendredis, à neuf heures du matin.

Sérum antidiphthérique. — Le gouvernement prussien vient de prendre une mesure analogue à celle qui est soumise actuellement au Parlement français en ce qui concerne la fabrication et la vente des sérums thérapeutiques. A partir du 1er avril prochain, tous les flacons de sérum antidiphthérique devront, avant d'être mis en vente dans les pharmacies, avoir été contrôlés par l'Institut pour les maladies infectieuses, qui apposera sur la fermeture plombée de chaque flacon le timbre à date et à numérotage du contrôle.

Du lavage des linges. — Dans un hôpital militaire allemand on se sert, pour le lessivage du linge, du pétrole employé couramment dans certaines régions de la Russie. On ajoute 15 gr. de pétrole à 15 litres d'eau contenant du savon et de la lessive et on fait bouillir le linge. Le nettoyage en est plus facile, est moins détérioré, a une couleur plus blanche; enfin les dépenses sont moindres, grâce à l'économie du savon. Encouragé par ces résultats, l'état-major général vient d'ordonner des expériences pareilles dans tous les hôpitaux militaires des régiments en Allemagne. (*Vratch*, n° 7, 1894; *Deut. milit. Zeit.*)

La vaccination obligatoire en Suisse. — Une loi sur la vaccination obligatoire a été soumise au référendum populaire dans le canton de Berne. Elle a été rejetée par 24,000 voix contre 23,000. Le nombre des abstentions a été de 68,000 environ.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS
LE MERCREDI MÉDICAL
JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

BULLETIN

Inauguration au Val-de-Grâce du monument Villemin.

Dimanche dernier, à 10 heures du matin, a eu lieu au Val-de-Grâce l'inauguration du monument élevé à la mémoire de Villemin par les souscripteurs de la *Gazette hebdomadaire.*

On n'a pas oublié, en effet, que dès le 19 novembre 1892, alors que le Comité des Vosges ouvrait une souscription en vue d'élever à Bruyères le monument qui a été inauguré le 30 septembre 1894, nous avons soutenu et affirmé qu'il ne suffisait pas à la gloire de Villemin de voir perpétuer dans son pays d'origine le souvenir des services qu'il avait rendus à la science et à l'humanité ; mais que c'était dans l'enceinte de l'Ecole du Val-de-Grâce où il avait mené à bien ses immortels travaux, non loin de ce modeste laboratoire où il les avait entrepris, qu'il importait de lui édifier un monument digne de lui.

Ce vœu a pu être exaucé grâce au concours que m'ont prêté les membres de l'Académie de médecine, l'Œuvre de la tuberculose et son président M. Verneuil, l'Union des Femmes de France, les médecins de Cannes et ceux de Nice, enfin les anciens collègues et quelques-uns des anciens élèves de Villemin. Une fête tout intime, à laquelle s'étaient fait représenter M. le ministre de la guerre et M. le gouverneur militaire de Paris et à laquelle la musique militaire du 39e régiment donnait plus d'éclat, réunissait donc les souscripteurs et les médecins de l'armée.

M. le médecin inspecteur général L. Colin, qui avait bien voulu accepter la présidence du comité institué en vue de recueillir les souscriptions et qui avait été lui-même un des plus généreux souscripteurs, a fait la remise du monument à M. le médecin inspecteur Mathieu, directeur de l'Ecole du Val-de-Grâce, en présence de M. le baron Larrey, ancien président du Conseil de santé de l'armée, de MM. les médecins inspecteurs Dujardin-Beaumetz, Vallin et Weber, de M. Marty, pharmacien inspecteur, du bureau tout entier et de plusieurs membres de l'Académie de médecine (en particulier MM. Lannelongue, Périer, Hérard, Bucquoy, Berger, etc.), des médecins de la garnison de Paris et des professeurs et élèves du Val-de-Grâce. M. le Dr Villemin fils, chef de clinique chirurgicale de la Faculté et M. F. Jacquot, statuaire, auteur du monument, assistaient aussi à cette pieuse cérémonie. MM. Pasteur et Brouardel avaient écrit pour excuser leur absence.

Trop souffrant encore pour pouvoir m'y rendre moi-même, j'avais écrit à M. le médecin inspecteur général L. Colin, une lettre dont M. le médecin-inspecteur Mathieu, directeur du Val-de-Grâce, a bien voulu donner lecture. Dans cette lettre, après avoir remercié les souscripteurs qui se sont généreusement unis à M. L. Colin et à moi pour nous permettre de rendre à la mémoire de Villemin un hommage digne de lui, j'exprimais le vœu que ce monument pût non seulement montrer aux jeunes stagiaires du Val-de-Grâce ce que sait réaliser une volonté ferme mise au service d'une intelligence d'élite; mais encore leur apprendre les services que rendent au corps de santé militaire, ceux qui par la notoriété de leurs travaux scientifiques et l'éclat de leurs découvertes rehaussent la dignité du grade dont ils sont revêtus et le prestige de leurs fonctions. Sans doute, il faut que tous les médecins militaires sachent, au moment voulu, s'exposer au danger et faire tous les sacrifices pour défendre l'honneur du drapeau; mais il faut aussi que parmi eux, se trouvent des savants comme Villemin, et c'est en honorant publiquement ceux-ci que le corps de santé de l'armée affirme sa prééminence.

Au nom des professeurs de l'école du Val-de-Grâce, M. le médecin principal du Cazal a prononcé ensuite le discours suivant :

DISCOURS DE M. DU CAZAL.

Autant je suis flatté d'avoir ici à prendre la parole, comme professeur du Val-de-Grâce, pour vous parler d'un maître de cette école dont je m'honore d'avoir été l'élève, autant je ressens vivement mon impuissance à en parler comme il faudrait, et surtout comme je voudrais le faire.

Certes, messieurs, il est de toute justice que cette fidèle reproduction de ses traits fasse revivre Villemin dans ces murs, témoins de ses travaux, dans cette école qu'il a passionnément aimée, qui est pleine de son souvenir, sur laquelle il a jeté un si grand lustre par son immortelle découverte.

L'importance de cette découverte, méconnue à ses débuts, ira toujours en grandissant comme la renommée immarcescible de son auteur et elle le placera certainement aux premiers rangs de ceux que la reconnaissance publique décore du beau nom de bienfaiteurs de l'humanité.

Pour bien comprendre l'étendue de cette découverte — la contagiosité, la transmissibilité de la tuberculose, — il faut, d'une part, se reporter à l'époque où elle fut faite, et, d'autre part, en mesurer les incalculables conséquences.

En 1868, les esprits n'étaient pas préparés, comme ils le sont aujourd'hui par nos connaissances sur le parasitisme, aux idées de la contagion par les produits pathologiques; la foi médicale était toute au dogme de la spontanéité morbide, et de même qu'on a pu dire avec raison de Beaumarchais qu'il avait eu plus de peine à faire jouer ses pièces qu'à les écrire, de même pourrait-on dire avec non moins de raison de Villemin qu'il eut plus de peine à faire accepter sa découverte qu'à la faire.

Quant à ses conséquences, il suffit pour les apprécier de mesurer l'étendue des ravages de la tuberculose et de songer que, grâce à Villemin, il est permis d'entrevoir le jour, à la vérité encore bien lointain, où cette maladie, complètement éteinte, n'aura plus qu'un intérêt historique. Grâce à lui, du moins, cette conception n'est plus un vain rêve et tout ce qui a été tenté ou fait dans cette voie depuis 25 ans a été inspiré par ses travaux.

Villemin a écrit aussi un livre sur la tuberculose. Ce livre, dans lequel il a condensé le fruit de ses réflexions, de ses recherches et de son expérience clinique ; ce livre si plein de faits, si documenté, qui contient en germe tout ce qui a été dit ou écrit depuis sur ce sujet, peut certainement compter parmi les plus beaux monuments élevés au culte de la science.

Sur sa découverte, messieurs, et sur l'œuvre de Villemin, on a tout dit, et je ne veux pas m'essayer à refaire ici les éloquents discours dont retentissent encore les échos de Bruyère.

Ce que je voudrais rappeler encore, parce qu'il m'appartient de le faire comme élève de Villemin, c'est ce qu'il fut comme professeur.

Avec cette physionomie martiale, cette moustache et ces cheveux noirs qui donnaient tout d'abord une apparence quelque peu dure à son visage, Villemin était bien l'homme et le maître le plus simple, le plus affable, le plus bienveillant qui se puisse imaginer; ennemi de tout ce qui était apparat, son enseignement clinique se faisait surtout en causeries au lit du malade. Mais quelles causeries! quelles ingénieuses et suggestives réflexions! quelles gerbes de saillies s'échappaient alors, éblouissantes comme les fusées d'un beau feu d'artifice, de cet esprit brillant, finement observateur, mais en même temps aussi quelque peu sceptique! et quel souvenir n'en ont pas gardé ceux qui ont eu le bonheur de l'entendre.

Messieurs, l'œuvre toute française de l'unité de la tuberculose, édifiée avec une si merveilleuse clarté par Laënnec, puis un instant ébranlée par les travaux étrangers, a été remise sur pied et complétée par Villemin.

Ces deux hommes de génie — Laënnec et Villemin — ont illustré la science française ; l'un n'a rien à envier à l'autre, et c'est enveloppé dans un même rayonnement de gloire que leur nom vivra dans l'immortalité.

Puis M. l'inspecteur général L. Colin a pris la parole en ces termes :

DISCOURS DE M. L. COLIN.

Nous n'avons plus, en cette réunion, à renouveler nos regrets. Nous n'avons plus à célébrer les travaux de Villemin, à redire les hommages qui, à deux reprises, à Paris et sur la terre natale, lui ont été adressés par ses collègues et ses amis.

Ne serait-ce point le rapetisser maintenant que circonscrire en cette enceinte la célébration d'une mémoire qui, depuis longtemps, en a franchi les limites aux applaudissements du monde entier?

C'est une fête de famille qui nous réunit; c'est la rentrée en son foyer de l'un des nôtres, le retour, à quelques pas du laboratoire où s'est accomplie son œuvre, de l'image de celui qui nous a longtemps appartenu.

Merci donc à tous ceux qui se sont associés à cette pieuse manifestation, qu'ils appartiennent à l'armée, à l'Académie de médecine, aux divers corps savants, au groupe si nombreux des admirateurs et des amis de Villemin.

Merci à vous, cher et vénéré maître, si digne héritier du grand nom de Larrey, symbole de l'honneur militaire, du dévouement à la science et à l'armée.

Envoyons d'ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance à M. le gouverneur militaire de Paris qui, avec son habituelle bienveillance pour nous, a tenu à rehausser l'éclat de cette fête, à M. le Ministre de la guerre qui, en m'accordant l'honneur de la présider, m'a renouvelé l'expression de la haute sympathie qu'il témoignait récemment à notre corps à la tribune parlementaire.

Merci encore et surtout à vous, mon cher Lereboullet que je voudrais voir à mes côtés, vous qui de cœur n'avez cessé de nous appartenir, et vous êtes si entièrement et si heureusement voué à l'érection du monument que vous nous remettez aujourd'hui.

Vous avez bien voulu vous le rappeler; c'était mon souhait de la première heure, c'était le vôtre aussi, et maintenant qu'il est accompli nous pouvons dire avec la satisfaction du poète : *Hoc erat in votis*.

N'y avait-il pas là d'ailleurs comme un droit de possession pour cette Ecole qui, si elle a été honorée par la découverte de Villemin, a été le sympathique berceau de ses recherches et lui a fourni le principal théâtre de ses observations et de ses expériences.

Nous ne diminuons pas son mérite en réclamant une part pour cette maison que tous nous aimons et respectons.

Dans un petit livre d'un vif intérêt et d'une forme charmante, notre ami Servier, le successeur de Villemin, comme médecin chef de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, résumait ainsi ce que nous pourrions appeler le caractère moral de l'institution : « Pour les gens du monde, le Val-de-Grâce est, en quelque sorte, la personnification de la médecine militaire; pour nous, c'est la maison respectée, berceau de la famille, à laquelle les cœurs élevés gardent un franc sentiment de reconnaissante et filiale affection. »

Paroles aussi vraies que touchantes, réveillant chez tous la pensée de l'origine commune, et le sentiment de solidarité qui doit les animer jusqu'à la fin de leur carrière, paroles bien faites pour dissiper les mesquines rivalités engendrées parfois par les hasards de cette carrière, par la différence des positions conquises, et qui, je suis fier de le dire, ont aujourd'hui définitivement perdu leur acuité d'autrefois.

Rapportons-en le principal honneur à ceux qui, parvenus aux plus hauts grades de notre hiérarchie, n'ont rien oublié des impressions si vivaces de leur entrée dans la vie militaire; à ceux qui, dans le domaine de la science, comme dans le cercle de leurs relations amicales, ont su, comme Villemin, affirmer chaque jour leur esprit de tolérance et leur modestie.

Malgré la grandeur de sa découverte, jamais il n'eut la pensée de devancer l'heure de sa consécration par l'opinion

publique; à l'inverse de ces inventeurs si pressés d'entendre célébrer leurs noms, il attendit avec son calme et sa gaieté habituels; et s'il eut l'insigne bonheur d'assister à son triomphe définitif, il abandonna au temps et à la science le soin de l'assurer.

Jamais son entourage n'eut à subir le contre-coup de ces variations d'humeur familières à ceux que préoccupe l'espoir ou l'incertitude d'un succès; jamais il ne cessa d'aborder ses malades, officiers ou soldats, avec le même enjouement, de les traiter avec la même bonté.

C'est une vertu que l'on ne saurait trop entretenir dans notre corps, trop enseigner dans nos écoles, que l'absolu dévouement à ce malade qui en est digne entre tous, lui l'espoir et la force de la patrie : le soldat.

A vous qui allez débuter dans votre rôle de médecin d'armée, je vous répéterai ce que j'ai redit maintes fois à vos devanciers: Accordez au soldat une affection familiale qui atténue surtout aux moments critiques de son existence, le regret de la mère absente; vous n'y perdrez ni en dignité ni en prestige; vous y gagnerez en confiance; et vous n'obligerez pas un ingrat.

Si la discipline lui interdit de vous en dire merci, telle circonstance peut surgir où il livrera son cœur et dira sa pensée.

Il y a quelques semaines, au cours d'une enquête prescrite par le ministre à l'occasion d'attaques injustifiées contre le corps médical d'une de nos principales garnisons, je vis l'affection et la reconnaissance pour leurs médecins se manifester chez le soldat aussi bien que chez l'officier par la calme assurance avec laquelle tous repoussèrent ces calomnies.

Je ne puis, en terminant, ne pas rappeler l'émotion qui remplissait cette cour il y a cinquante ans, à l'inauguration de la statue de Broussais dont elle a pris le nom. Que de changements depuis dans l'orientation du mouvement scientifique.

Rien de moins comparable à l'aurore de Villemin que celle du grand réformateur qui, au début de ce siècle, ébranlait l'édifice médical.

La découverte de Villemin est sûre de son avenir; elle grandit chaque jour. Le système de Broussais ne lui a guère survécu. Mais ce qui est resté, c'est l'influence de la lutte triomphale sous laquelle s'effondrèrent tant de vieilles utopies qui encombraient le chemin de la science et en fermaient les issues. Bouilland le rappelait éloquemment en cette séance d'inauguration :

« Quand Broussais fulmina son examen des doctrines médicales, les écoles demeurèrent étonnées comme d'un coup de tonnerre; c'était le glorieux avènement de l'homme de génie qui signalait les erreurs dont la médecine était infestée, et se montrait le digne successeur de Bichat. »

Ces deux mémoires sont donc bien dignes l'une de l'autre, et le voisinage des monuments qui les consacrent est un honneur pour chacune d'elles.

Avant de se séparer, après avoir rendu justice au talent de M. Jacquot qui a su répondre, par la sobriété et l'élégance du monument élevé à la mémoire de Villemin, aux sentiments qui avaient inspiré cet hommage rendu à notre maître, les médecins militaires ont acclamé M. le baron Larrey qui a passé la revue des stagiaires du Val-de-Grâce et adressé aux maîtres de cette école dont il a été lui aussi l'une des gloires les paroles les plus sympathiques et les plus affectueuses.

L. Lereboullet.

P. S. A l'issue de cette fête M. le médecin inspecteur Mathieu, directeur de l'Ecole du Val-de-Grâce, a bien voulu m'écrire une lettre que je crois devoir également reproduire, puisque les remerciements qu'elle m'adresse sont dus moins à moi-même qu'à tous ceux qui ont bien voulu souscrire dans les colonnes de la *Gazette hebdomadaire.*

L. L.

Le médecin inspecteur Mathieu, directeur de l'Ecole d'application du service de santé militaire, à M. le docteur Lereboullet, membre de l'Académie de médecine, directeur de la Gazette hebdomadaire.

Cher et honoré Directeur,

L'inauguration du buste de Villemin, l'illustre et regretté professeur du Val-de-Grâce, a eu lieu le 31 mars dans une des cours de l'Ecole. Je me fais un devoir de vous exprimer les profonds regrets que votre absence, due à la maladie, a causés à tout le personnel de l'Ecole. Votre place était toute indiquée à cette fête de la médecine militaire, et par les liens étroits qui vous unissent toujours à elle et par la part active que vous avez prise à la souscription qui a permis d'élever un monument au maître distingué, non loin du laboratoire où il a fait son immortelle découverte. Grâce à votre généreuse et ardente initiative, l'image de Villemin se dresse maintenant au milieu de cette Ecole du Val-de-Grâce sur laquelle il a jeté tant d'éclat; son souvenir y est à jamais impérissable et les jeunes générations qui s'y succèdent auront sans cesse sous les yeux un noble et glorieux exemple, un encouragement à suivre toujours la voie de l'honneur et du travail.

Recevez l'expression de notre profonde reconnaissance.

E. Mathieu.

REVUE GÉNÉRALE

Quelques remarques sur la Physiologie de la douleur dans le cancer.

Rien n'est plus inconstant que la douleur dans le cancer; rien n'est plus variable que les formes qu'elle revêt. Ses caractères divers et son mode d'apparition me paraissent devoir être étudiés avec quelque soin, car j'estime que l'on en peut tirer d'importantes conclusions thérapeutiques.

Les douleurs qui accompagnent le cancer sont des douleurs locales, intrinsèques, ou bien des douleurs extrinsèques, irradiées, à distance.

Je ne veux m'occuper ici que des douleurs intrinsèques et surtout étudier le mécanisme de leur développement.

Les douleurs intrinsèques naissent en général les premières. C'est leur apparition qui vient mettre un terme à la période d'indolence. Il est rare que leur début soit foudroyant et qu'elles atteignent d'emblée un haut degré d'intensité

Dans un cancer du sein, par exemple, resté pendant plusieurs mois absolument indolent et passé même inaperçu, il n'est pas rare de voir survenir au bout d'un certain temps des picotements, des fourmillements, une cuisson légère, qui se transforment parfois, lorsqu'on vient à presser sur le mal, en une douleur véritable. Si on examine alors avec soin la tumeur on pourra constater que le mal est en train de s'étendre et d'envahir la peau. Celle-ci adhère par sa profondeur à la masse du néoplasme; elle ne glisse plus sur lui et si l'on essaye de la ramener en la pinçant entre le pouce et l'index, elle prend cet aspect particulier qu'on a comparé avec une si admirable exactitude à celui d'une peau d'orange. En même temps que sa mobilité, elle a perdu sa souplesse, elle est rigide, dure au toucher, parfois même quelque peu rugueuse. En un mot elle est envahie, elle est

malade, elle fait maintenant partie de la tumeur et dans son épaisseur, on pourra voir, sur une coupe histologique, les cellules envahissantes dessiner leurs traînées irrégulières et former par endroits des noyaux isolés.

La peau est donc malade à son tour, les cellules se pressent, se multiplient dans son épaisseur, la creusent et la fouillent en tous sens. Les extrémités nerveuses, les corpuscules innombrables disséminés dans les papilles ne tardent pas à être atteints, et à faire, eux aussi, partie intégrante du néoplasme. Lors donc qu'ils réagiront plus ou moins vivement sous l'influence de l'irritation continuelle à laquelle ils sont en proie, leur réaction, qui est la douleur, aura bien évidemment sa source dans le néoplasme. Et cette douleur véritablement intrinsèque, sera purement spontanée, puisqu'elle ne dépend que du travail d'envahissement, de multiplication et de genèse cellulaire qui se passe au sein des tissus.

A mesure que le mal progresse dans l'épaisseur du derme, les éléments sensitifs sont de plus en plus irrités, et en plus grand nombre, et les douleurs augmentent. Elles prennent souvent alors le caractère de petits élancements, de coups d'aiguille ou de canif, brusques, rapides, passagers, disparaissant pour reparaître encore, parfois après une assez longue trêve, parfois sans régularité aucune.

C'est donc à une extension du mal qu'il faut rapporter l'apparition des douleurs. C'est là une notion capitale et d'où découleront d'importantes conclusions thérapeutiques. Aussi n'est-il pas mauvais de montrer par quelques exemples que cette coïncidence entre l'extension du cancer et l'apparition des douleurs peut être considérée comme un phénomène normal.

Dans les cancers externes, les plus intéressants peut-être car ils sont les mieux observés, étant sous l'œil et sous le doigt, il est en effet facile de se rendre compte que l'apparition des douleurs est presque constamment accompagnée de l'accroissement souvent brusque, à peu près toujours plus rapide, de la tumeur. Dans plusieurs de mes observations, ce signe est noté d'une façon très nette, et je l'ai retrouvé chez un grand nombre de malades, vus à la consultation externe, et dont j'ai souvent négligé de recueillir l'histoire, parce qu'elle n'était que la répétition d'observations précédentes.

Cette aggravation de la maladie peut se traduire de plusieurs manières qui se sont montrées d'une inégale fréquence : C'est d'abord l'accroissement de la tumeur, qui devient en peu de temps plus volumineuse ; c'est ensuite l'extension aux ganglions lymphatiques, qui correspond à la diffusion des cellules malignes dans les mailles du tissu conjonctif et les espaces lymphatiques ; c'est enfin l'envahissement de la peau qui peut se traduire soit par des modifications dans sa souplesse et sa consistance, comme dans le phénomène de la peau d'orange, par exemple, soit par un changement de coloration.

L'envahissement de la peau et des ganglions peut d'ailleurs se faire simultanément, créant, pour ainsi dire, une double source de douleurs.

On comprend aisément que ces signes d'envahissement puissent passer inaperçus dans les cancers cachés, comme celui de l'utérus, où la matrice peut augmenter de volume, le vagin se prendre, les ganglions pelviens s'infecter les uns après les autres sans que la malade, chez laquelle les douleurs apparaissent, constate un changement quelconque dans les signes qui l'avaient jusqu'alors tenue en éveil.

C'est pourquoi, bien souvent, les douleurs surviennent sans que les malades puissent accuser une modification apparente de leur mal. Cependant c'est quelquefois en même temps que les hémorrhagies que sont survenues les souffrances. Si ce signe ne correspond à aucun phénomène objectif qui puisse frapper la malade, il n'en est pas moins vrai qu'il traduit une modification du néoplasme, modification qui, par exemple, peut consister dans le développement exagéré de bourgeons friables et facilement ulcérés, ou bien encore dans quelque poussée congestive ou même inflammatoire amenant la rupture des fragiles vaisseaux qui rampent dans ces tissus malades. Nous verrons dans un instant quelle importance il faut attacher à cet élément inflammatoire dans la genèse des phénomènes douloureux.

Il semble donc certain que l'apparition de la douleur s'accompagne toujours d'un accroissement du néoplasme, que cet accroissement consiste dans une extension locale ou dans l'envahissement des lymphatiques.

La douleur qui accompagne le cancer présente des caractères très variables. Le mécanisme en est encore fort mal connu, et c'est là un point de physiologie pathologique dont je voudrais dire quelques mots.

Souvent, en pleine évolution du mal, les douleurs jusque-là faibles et comparables à un chatouillement, à un fourmillement plutôt qu'à une souffrance véritable, prennent le caractère de douleurs lancinantes. Ce caractère est d'ailleurs loin d'être pathognomonique, quoi qu'on en ait dit. Il manque bien souvent, et il s'en faut heureusement qu'il y ait cancer partout où il existe. Ces douleurs peuvent devenir très violentes et tout à fait insupportables, d'autant plus qu'en même temps se développent des douleurs extrinsèques qui irradient au loin et viennent rendre plus pénible encore la situation des malades.

On a voulu faire de ces douleurs lancinantes une sorte de caractéristique du cancer. Rien n'est plus faux, et Lebert s'est, il y a longtemps déjà, élevé contre cette idée : « On a étrangement exagéré, dit-il, en indiquant ces douleurs lancinantes comme pathognomoniques pour le cancer. On observe ces mêmes élancements dans beaucoup de névralgies, ainsi que dans des tumeurs qui ne sont en aucune façon cancéreuses. Mais ce qu'il y a de vrai et de réel, c'est que le cancer est, sans contredit, la maladie la plus douloureuse dont l'espèce humaine soit affligée » (1).

Il est plus facile de nommer la douleur lancinante que de la définir. Nous la connaissons tous cependant. Il n'est personne qui n'ait eu, au doigt ou à la main, quelque léger panaris, quelque début de lymphangite ou quelque œdème inflammatoire. En pareil cas, lorsqu'on laisse tomber verticalement le bras, la circulation se fait mal dans les veines, les vaisseaux se gorgent de sang, et chaque pulsation amène dans tout l'arbre sanguin une plénitude absolue, une tension douloureuse qui s'exagère à chaque systole cardiaque. Il semble alors, sous l'influence de chaque ondée sanguine, que le membre se gonfle, que la peau se tende presque au point d'éclater, et la sensation que l'on éprouve est d'habitude extrêmement pénible.

La pulsation finie, le flot de sang passé, la diastole se fait sentir, la pression cesse brusquement et la douleur se calme à l'instant même pour reparaître de nouveau au bout d'une seconde, à la nouvelle ondée sanguine, diminuer ensuite, et recommencer indéfiniment ce cycle régulier.

Telle est la douleur lancinante. Elle se montre, en un mot, chaque fois que l'afflux sanguin vient augmenter la tension déjà excessive des tissus, si bien qu'il suffit, pour y mettre un terme, de faire dresser verticalement le bras ou de soulever horizontalement la jambe, si c'est

(1) Lebert, *Traité des maladies cancéreuses*, p. 110.

par exemple à propos d'une entorse que la douleur se fait sentir. Le sang s'écoulant naturellement, la tension disparaît, les élancements cessent, le soulagement est immédiat.

Parfois les élancements douloureux ne présentent pas cette régularité et la douleur, loin de s'atténuer à chaque diastole, se prolonge plus longtemps, si bien qu'il est impossible de la faire dépendre exclusivement de la tension des tissus sous la poussée de l'ondée sanguine. C'est alors que Lebert invoque l'hyperhémie : « Car pourquoi les douleurs sont-elles si vives pour cesser ensuite pendant des heures entières? Il faudrait alors recourir à la supposition que les douleurs sont plus vives lorsque la tumeur est engorgée davantage de sang, et qu'elles cessent lorsque cette hyperhémie diminue. Cela est possible, mais ce n'est qu'une hypothèse. On a même quelque peine à comprendre pourquoi une circulation accidentelle qui dépend de la circulation générale, qui est pourvue des mêmes moyens de transport du sang, et qui, comme elle, est incessante, doive éprouver des fluctuations périodiques de plénitude et de vacuité des vaisseaux, se reproduisant un certain nombre de fois dans les vingt-quatre heures » (1).

L'explication que Lebert ne pouvait concevoir, nous pouvons, nous, la soupçonner. En effet, pour reprendre l'exemple précédent, dans une main malade qui devient le siège de douleurs lancinantes isochrones aux pulsations cardiaques dès qu'on laisse tomber verticalement le bras, ce n'est pas la circulation et l'hyperhémie passive que l'on doit seule incriminer, puisque lorsque la main est saine les mêmes phénomènes ne se produisent pas. Il faut donc qu'il y ait un élément surajouté, et cet élément qui vient préparer le terrain, qui gonfle déjà les tissus au point de les rendre douloureux par eux-mêmes, qui produit au point malade la congestion active, premier terme de la douleur, c'est ici l'infection septique.

C'est ainsi, je crois, que l'on peut, dans bien des cas, donner l'explication des douleurs lancinantes. Le travail dû à la suractivité morbide qui a pour théâtre le point où siège le cancer, peut suffire parfois, je le veux bien, à déterminer cet appel de sang, cette congestion active, premier stade, première étape par où doivent passer les tissus pour devenir le siège de douleurs lancinantes; mais il est difficile d'admettre que lorsque l'évolution des tumeurs est très lente, ce qui se voit à chaque instant, le travail cellulaire soit assez puissant pour entretenir longtemps l'hyperhémie, cause première des douleurs.

Il faut donc, ici, invoquer un autre facteur. Nous irons le chercher parmi les germes infectieux. Les douleurs lancinantes siègent en général dans des cancers assez avancés dans leur évolution et qui présentent, la plupart du temps, quelque point ulcéré. Ces ulcérations des cancers, anfractueuses, sanieuses, fétides et purulentes forment par excellence de véritables nids où viennent pulluler, croître et multiplier des légions de microbes divers et tous ceux, en particulier, que l'on rencontre dans les suppurations banales.

Les voies ne manquent pas par où ces micro-organismes peuvent pénétrer au sein du néoplasme, où on les a d'ailleurs maintes fois rencontrés — au point même de les prendre bénévolement pour le microbe du cancer.

Au reste, si le cancer n'est pas encore ulcéré, rien n'empêche d'admettre que des germes ont pu pénétrer dans son intérieur par la voie du torrent sanguin. On sait que des micro-organismes ont ainsi été rencontrés dans des tumeurs recouvertes d'une peau parfaitement saine, et assez profondément situées, des kystes dermoïdes par exemple (1). Peut-être même faudrait-il leur faire jouer un rôle dans l'accroissement brusque et le ramollissement de certaines tumeurs. C'est là un point bien intéressant mais sur lequel je ne puis insister.

Quoiqu'il en soit, ces microbes variés, une fois dans la place, au cœur du néoplasme, rencontrent des vaisseaux, souvent très abondants, et y provoquent les mêmes phénomènes qu'on voit naître dans les tissus sains. La dilatation des vaisseaux, l'afflux du sang, la congestion, la diapédèse et la phagocytose, tout doit s'y rencontrer et tout s'y rencontre en effet, puisque ces tumeurs, presque toujours, saignent au plus léger contact, sont violettes, turgescentes, et recouvertes à leur surface d'un pus fétide qui les infiltre jusque dans leur profondeur.

C'est donc probablement dans cette hyperhémie constante, dans cette congestion chronique d'origine infectieuse, qu'il faut chercher la cause fondamentale de ces douleurs lancinantes qui viennent exagérer encore les modifications rhythmiques de la circulation.

Quant au mécanisme par lequel l'hyperhémie et la congestion produisent la douleur, il me paraît des plus simples. Il est plus que probable qu'elles agissent par compression des extrémités nerveuses noyées dans ces tissus que distendent de toutes parts les liquides accumulés.

Parfois les tumeurs semblent être le siège et l'origine de violentes douleurs dues, en réalité, à une autre cause. Ce sont des cas qu'il faut connaître, et l'observation suivante en est un exemple bien net.

Il s'agissait ici, il est vrai, d'une tumeur bénigne, mais les mêmes phénomènes eussent pu se rencontrer avec un tout autre néoplasme. La malade qui portait de volumineux fibromes utérins, présentait des douleurs lancinantes extrêmement intenses sur tout le trajet du sciatique. On eût pu croire à une névralgie par simple compression, mais des phénomènes fébriles très accusés donnèrent l'éveil, et on en vint à penser qu'un élément infectieux s'était surajouté à la tumeur et que les douleurs avaient leur origine dans une névrite septique du plexus sacré. L'opération vint confirmer ce diagnostic délicat mais quelque peu hasardé. On trouva dans le petit bassin une collection purulente, dépendant très probablement de la trompe utérine gauche, très profonde, près du coccyx. Elle fut ouverte et drainée et les douleurs sciatiques disparurent, bien que la plus grande partie de la tumeur utérine ait été respectée, l'extirpation totale en ayant été jugée impossible.

Le mécanisme de la douleur est ici des plus simples. Il y a des phénomènes de névrite, et tout le monde sait que cette affection est des plus douloureuses, comme aussi des plus irrégulières et des plus capricieuses dans ses allures. Il y a eu infection, névrite consécutive, et c'est de la névrite que souffrait la malade et non du néoplasme qui n'était ici que la cause indirecte des douleurs.

Cette névrite peut être directe et l'altération nerveuse se faire au contact même du foyer septique, comme dans le cas que je viens de citer, ou bien elle peut être éloignée et naître à une certaine distance, soit par voie lymphatique soit par tout autre moyen. Elle peut enfin se propager plus ou moins loin le long du cordon nerveux, en remontant vers sa racine ou en descendant vers ses extrémités.

Bien souvent ces douleurs intrinsèques, cuisson, brûlure, élancements, quelle que soit leur nature, n'ont qu'un temps et finissent par disparaître, soit progressivement, soit tout d'un coup, et une nouvelle période d'in-

(1) Lebert, *Loc. cit.*, p. 111.

(1) Verneuil et Clado, *Comptes rendus de l'Acad. des sciences*. Paris, 1888.

dolence apparaît dans cette tumeur qui en avait, en règle générale, présenté une à son début.

La cause de cette trêve n'est pas toujours bien facile à saisir et je ne crois guère, pour ma part, à la fameuse théorie de l'épuisement nerveux, qui n'est qu'un mot commode dont on voile son ignorance. Un nerf ne sent plus parce qu'il ne peut plus sentir. C'est là, en vérité, une bien pauvre explication, et mieux vaut avouer tout simplement que bien souvent nous ignorons pourquoi la douleur s'atténue et pourquoi elle disparaît.

Mais il est des cas où la chose paraît plus aisée à comprendre. Ce sont ceux dans lesquels la disparition de la douleur coïncide avec l'ulcération souvent très large du néoplasme, avec une perte de substance considérable, assez grande parfois pour que la tumeur, jadis saillante, soit remplacée par une excavation. Tous les tissus superficiels sont alors désorganisés, parfois même les tissus profonds. Au milieu des tissus ravagés, rien n'a pu résister, ni les vaisseaux qui s'ulcèrent, ni les filets nerveux dont les extrémités sensitives sont anéanties et dont les ramuscules, rongés plus ou moins haut, vont se perdre à la suface de la plaie ulcérée. Pourquoi ne se passerait-il pas ici ce qui se passe dans les brûlures profondes, dans les violentes désorganisations traumatiques, par exemple les écrasements? La douleur, dans ces cas, est nulle ou presque nulle, parce que les terminaisons nerveuses ayant disparu, les rameaux sectionnés et détruits ne transmettent plus au cerveau que des sensations fort obtuses.

Pourquoi ne se passerait-il pas dans certaines ulcérations, ce qui se passe souvent dans les opérations, où l'on voit des tumeurs parfois très douloureuses céder la place à une plaie qui peut être large, mais qui reste indolente, les extrémités nerveuses irritables ayant disparu avec le tissu qui les irritait? Cela peut être, cela doit être, et il me paraît évident que si la tumeur ulcérée devient quelquefois indolente après avoir été douloureuse, c'est simplement parce que le mal a détruit les organes qui permettaient de percevoir la douleur.

Dans certains cas il n'y a même pas besoin d'invoquer la destruction des éléments nerveux. Il suffit qu'il y ait par suite de l'ulcération de la peau et de l'ouverture de la tumeur décompression, décongestion, écoulement au dehors du liquide, sang ou sérum infiltré, qui distend les tissus.

D'ailleurs il ne faut pas oublier que d'autre part l'ulcération, étant nécessairement suivie d'infection, peut, comme je l'ai montré plus haut, donner lieu à des élancements douloureux. Il y a des phénomènes en apparence contradictoires, mais qu'un peu d'attention permet de séparer facilement les uns des autres.

Ce ne sont pas là les seules réflexions que suggère l'étude attentive de ces douleurs locales, siégeant dans l'organe malade. Je viens de parler du rôle de l'infection septique, prépondérante, à mon sens, dans la genèse des douleurs lancinantes. Mais ne sait-on pas que la même infection microbienne est coupable de douleurs non moins vives, bien que survenant par un mécanisme très différent? La cystite, par exemple, n'est parfois si terriblement douloureuse que parce qu'elle détermine d'insupportables contractions, parce qu'elle engendre une véritable contracture du muscle vésical, à tel point que la simple incision du réservoir urinaire suffit à chasser les douleurs.

Toutes les contractions violentes et anormales des tissus où domine la fibre musculaire, et surtout la fibre musculaire lisse, sont, on le sait sans pouvoir d'ailleurs l'expliquer clairement, extraordinairement pénibles. Les coliques, qu'elles soient intestinales, hépatiques ou néphrétiques, les cystalgies, les tranchées utérines de l'accouchement comptent parmi les douleurs les plus insupportables. Les causes peuvent en être diverses, distension, dilatation, irritation quelconque, mais l'effet n'en est pas moins brutal. Or, il est certain que l'infection septique peut jouer, soit directement par l'action immédiate des micro-organismes sur les cellules musculaires ou les extrémités nerveuses, soit indirectement, par l'effet sur les mêmes éléments des produits sécrétés, un rôle tout à fait analogue.

C'est une hypothèse, mais c'est une hypothèse qu'il est permis de faire, en présence des faits surprenants que nous dévoilent chaque jour les progrès de cette étrange et merveilleuse chimie cellulaire, née d'hier et qui n'a dit encore que son premier mot.

Le mode d'apparition des douleurs de la cystite, que j'ai choisie il y a un instant à titre d'exemple typique, permet de démontrer que dans certains cas ce n'est pas le néoplasme qui fait naître la douleur, mais que celle-ci apparaît sous l'influence d'une infection septique provoquée par la présence de la tumeur. L'état normal des néoplasmes vésicaux, c'est l'indolence. C'est là un fait connu de tous. Or les exemples ne se comptent plus de douleurs ayant fait leur apparition à la suite d'un cathétérisme septique. On peut donc dire que, dans ces cas, c'est la cystite qui fait souffrir, et non le néoplasme; celui-ci n'a été que la cause indirecte et occasionnelle de l'infection, mais c'est à la cystite qu'est due la contracture douloureuse du muscle vésical.

Ce fait, patent pour le cancer de la vessie, se reproduit sans doute à propos d'autres néoplasmes. Mais comme ceux-ci sont toujours moins bien limités que dans le sac vésical qui les enferme de toutes parts, l'analyse des phénomènes douloureux en devient plus délicate et plus incertaine.

Il est, en effet, plus que probable que certaines douleurs expulsives signalées dans diverses observations, et, en particulier dans les observations de Lebert, sont dues à des contractions utérines provoquées par l'irritation du tissu musculaire, soit directement par les cellules malignes qui viennent l'infiltrer soit plus vraisemblablement, comme dans la vessie, par des microbes parvenus jusqu'à l'intérieur du tissu après avoir pénétré par les ulcérations de la surface.

Les produits solubles qui roulent dans le sang ou imprègnent les tissus peuvent peut-être également suffire à provoquer des contractions utérines. Qui ne sait que diverses substances chimiques qui leur sont comparables jouissent de cette propriété? Sans parler des toxines du tétanos, qui agissent surtout sur les muscles striés, il suffit de rappeler l'action de l'alcaloïde de l'ergot de seigle.

Certaines coliques violentes qui apparaissent au cours des cancers intestinaux reconnaissent peut-être la même cause, mais le fait doit être assez rare, et il me semble plus simple de les rapporter au rétrécissement de l'intestin et aux troubles d'obstruction qui en résultent. De même dans le cancer de l'estomac, si fréquent et si douloureux parfois, il est évident que ces crampes terribles, ces incessants efforts de vomissement sont dus plus qu'à toute autre cause à l'obstacle au cours des aliments qu'il produit presque toujours, au moins lorsqu'il occupe son siège de prédilection, le pylore.

Je me garderai donc de généraliser cette hypothèse, bien qu'elle me paraisse parfaitement légitime, surtout dans le cancer de l'utérus, et plus encore dans le cancer de la vessie.

Maintenant que nous savons comment et pourquoi les malades souffrent, il est facile d'en déduire pourquoi ils restent si longtemps et si fréquemment sans souffrir.

Puisque c'est presque toujours la compression et

l'envahissement des cordons nerveux qui déterminent la douleur, puisque c'est aussi, vraisemblablement, l'invasion microbienne avec les phénomènes congestifs qu'elle provoque au sein du néoplasme, il est clair que les tumeurs indolentes seront celles qui ne présenteront aucun de ces phénomènes. Sans doute, ce n'est pas là une règle absolue, et il existe certainement des cancers comprimant et infiltrant les nerfs sans s'accompagner de souffrances. Mais ces cas sont certainement exceptionnels et je pense qu'il est de mon droit d'énoncer cette règle, je pourrais dire cette loi : « Une tumeur reste indolente tant qu'elle respecte l'intégrité des cordons, des filets et des corpuscules nerveux qui rampent sur sa périphérie ou qui viennent s'y terminer, tant qu'elle n'a pas envahi les ganglions correspondants ou désorganisé à ce point les tissus qu'elle ait pu les laisser pénétrer par des germes qui y provoquent des congestions actives ».

Plus simplement, on pourrait dire encore : « Toute tumeur maligne reste indolente tant qu'elle reste limitée, tant que les cellules qui la constituent ne se sont pas encore répandues dans les mailles du tissu conjonctif, dans les espaces et les ganglions lymphatiques, tant qu'elle présente, en un mot, les conditions extrinsèques d'une tumeur bénigne ».

Enfin, on pourrait ajouter : « Tant que sa situation anatomique ne vient pas mettre obstacle à quelque fonction capitale ». Mais c'est là un cas trop particulier pour qu'on puisse le faire rentrer dans l'énonciation d'une loi générale.

Il est donc de toute évidence, après ce que j'ai dit, que c'est au sein des cancers indolents que l'on trouvera, en général, les lésions les moins avancées et les moins étendues. Ils auront donc, par conséquent, plus de chances de guérir par une opération sanglante que ceux dans lesquels des douleurs variées seront venues témoigner d'une extension plus vaste et d'un envahissement plus général.

Tout cancer déjà douloureux, en revanche, est un cancer à peu près fatal et marqué pour la récidive, même après les opérations les plus savantes et les extirpations les plus généreuses.

La douleur est donc une sorte de criterium de la curabilité, bien souvent en défaut, hélas! car on sait combien la récidive est fréquente, même dans les cas les plus simples et les plus indolents et après les opérations les plus précoces. Mais il n'en reste pas moins indiscutable que, hors quelques cas exceptionnels, l'indolence d'un cancer doit entrer pour une large part dans les indications opératoires, et que c'est une faute immense, presque un crime chirurgical, d'attendre, pour conseiller ou pratiquer l'opération, d'avoir vu survenir les premières douleurs. Il est trop tard, alors, le moment favorable est passé, le mal s'est étendu et une récidive presque fatale vient tôt ou tard montrer qu'il avait déjà porté trop loin ses ravages.

Donc, — et c'est par cette conclusion thérapeutique que je terminerai ce travail, — si l'on veut espérer obtenir une guérison radicale dans un néoplasme malin : *Il faut opérer, s'il est possible, avant l'apparition des premières douleurs.*

J.-L. Faure.

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'emploi d'un bouton de Murphy modifié dans les interventions sur le tube digestif par le Dr E. Villard, prosecteur à la Faculté de médecine de Lyon.

(*Fin.*)

Valeur de la méthode. — L'analyse des faits expérimentaux et des observations cliniques que nous venons de rapporter nous met maintenant en mesure de discuter les reproches que l'on a faits à la méthode, ses inconvénients et ses avantages.

Les deux principales objections que l'on a faites au bouton anastomotique de Murphy sont la possibilité d'une *obstruction intestinale* lors de sa migration dans l'intestin et l'évolution ultérieure d'un *rétrécissement cicatriciel.*

MM. Chaput et Lenoble se sont surtout élevés contre l'emploi du gros bouton de Murphy, ils ont montré par l'expérimentation sur le cadavre les difficultés et même l'impossibilité à la pièce métallique de franchir librement l'intestin grêle. Nous croyons réellement que chez certains sujets l'emploi d'un bouton de 26 mm. de diamètre peut amener des accidents d'occlusion intestinale; on a certainement publié des cas dans lesquels l'élimination avait eu lieu sans aucun trouble, mais étant donnée la difficulté véritable de la migration de l'appareil dans le tube digestif du cadavre, et notamment, comme nous l'avons observé, au niveau de la valvule iléo-cæcale, nous croyons qu'il vaut mieux en règle générale avoir recours à une pièce d'un diamètre plus petit.

Dans le modèle de bouton anastomotique que nous avons fait construire, nous avons essayé de parer à l'obstruction intestinale possible par les modifications suivantes :

1° L'augmentation notable de la lumière centrale, assurant une très large communication au niveau du point anastomosé.

2° La création sur la circonférence de fenêtres ovalaires assurant la continuité de la lumière du tube intestinal alors que le bouton a pu se placer en travers dans le conduit.

3° Enfin nous n'employons pour les gastro-entéro-anastomoses et l'intestin grêle qu'un appareil de 23 mm. de diamètre. Car nous croyons, pour des raisons que nous exposerons dans un instant à propos du rétrécissement tardif, à l'inutilité de créer des anastomoses trop larges.

De fait dans aucun cas expérimental ou clinique nous n'avons eu d'accidents graves relatifs à l'obstruction intestinale, et nous pensons qu'avec les perfectionnements que nous venons de signaler cet accident ne doit pas être à redouter.

Nous en disons autant du rétrécissement cicatriciel tardif survenant au niveau du point anastomosé, invoqué comme un des plus graves reproches qu'on puisse adresser au procédé. Tous les auteurs qui ont étudié ce point particulier ont signalé que le bouton de Murphy exposait moins qu'aucune autre méthode au rétrécissement cicatriciel.

Les trois pièces que nous avons obtenues expérimentalement sont venues pleinement confirmer les recherches précédentes; et quand on examine ces cicatrices à peine visibles, linéaires, et d'une si remarquable souplesse, on est convaincu de leur perfection, et de leur peu de tendance à la rétraction. Ce fait a la plus haute valeur, car si on a pu croire que l'on devait employer des boutons volumineux pour parer dans une certaine

mesure, à la rétraction cicatricielle ultérieure, nous croyons qu'on doit abandonner cette manière de faire, qui expose d'autre part comme nous venons de le voir à l'obstruction intestinale. Un appareil de 23 mm. de diamètre nous paraît largement suffisant.

Nous voyons ainsi la valeur qu'il faut accorder aux deux grands reproches faits à la méthode de Murphy. Nous n'insistons pas sur les objections présentées par M. Chaput à la Société de chirurgie l'année dernière; réfutées par M. Quénu.

Les avantages du procédé sont au contraire très considérables, et depuis notre communication au Congrès de Lyon nous n'avons fait que confirmer nos conclusions.

En premier lieu se place la *rapidité* du manuel opératoire. On peut facilement pratiquer ainsi une résection intestinale ou une gastro-entéro-anastomose en 10 à 12 minutes. Quelle différence avec la suture! On conçoit toute l'importance du peu de durée de l'intervention; étant donné qu'on opère sur un viscère aussi délicat que le tube digestif, et alors qu'on sait qu'en fait d'intervention abdominale, agir vite est une condition capitale.

La solidité de l'anastomose est aussi un des grands avantages de la méthode. En effet lorsqu'on soumet la ligne des sutures d'une entérorrhaphie circulaire par exemple à la pression d'un liquide contenu dans l'anse intestinale suturée, il est bien rare de ne pas voir suinter en un point quelques gouttes. Au contraire, si l'on répète, comme nous l'avons fait, la même expérience avec le bouton anastomotique, rien ne suinte quelle que soit la pression employée. L'anastomose est donc solide et en outre elle est étanche. Cette solidité donne confiance au point de vue de la contention des liquides septiques intestinaux; et dans un cas, comme nous l'avons exposé plus haut, nous avons vu sous nos yeux l'adossement résister d'une façon parfaite à des secousses violentes de vomissements.

Cette solidité d'une anastomose étanche permet d'autre part d'alimenter de bonne heure des malades affaiblis, tels qu'on les rencontre par exemple dans les cas de sténose pylorique; et on comprend sa valeur lorsqu'on pratique comme nous l'avons fait une résection intestinale pour une gangrène herniaire.

Car aussitôt la résection effectuée, la débâcle des matières stercorales qui se produit à ce moment, force sur le point réséqué et il est nécessaire que celui-ci soit solide, condition parfaitement réalisée, et d'une façon immédiate par la présence de la pièce métallique.

Ajoutons à ces avantages, l'inutilité de pratiquer l'*hémostase* de la tranche de section. Cette hémostase est quelquefois ennuyeuse à faire dans les entérorrhaphies avec suture, et notamment lorsque l'on opère sur l'estomac ou certains vaisseaux volumineux pouvant donner pas mal de sang. L'arrêt de l'hémorrhagie est inutile lorsqu'on emploie le bouton anastomotique, la compression des tuniques saisies entre ses mords assurant d'une façon parfaite et définitive l'oblitération des vaisseaux.

Enfin la *simplicité du manuel opératoire* a bien sa valeur. La pose de l'instrument n'exige pas une longue pratique et une complète habitude comme la suture intestinale, et il semble qu'il suffise de l'avoir vu employer pour l'appliquer convenablement soi-même. Combien d'opérateurs à la campagne, en présence d'une gangrène herniaire préfèrent les ennuis pour leur malade de l'anus artificiel à la résection intestinale qui, pratiquée avec le bouton anastomotique, n'offrirait pas dans bon nombre de circonstance plus de gravité.

Indications. — Les indications de ce procédé relèvent des différents avantages que nous venons d'énumérer. Mais c'est de tous la rapidité de l'intervention qui fournit les indications les plus précises. Toutes les fois donc que la résection de l'intestin s'imposera, et qu'il faudra terminer vite, c'est au bouton anastomotique qu'on devra avoir recours. Citons dans cet ordre d'idées, les *tumeurs de l'intestin*; ou les tumeurs de la cavité abdominale ayant contracté avec le tube digestif des adhérences trop intimes pour qu'on puisse songer à une dissection. Dans ces cas en effet si on surajoute à une opération déjà longue par elle-même, une résection intestinale avec suture, la largeur totale de l'acte opératoire amènera un choc considérable.

L'étranglement interne dans les cas où l'on ne pourra lever la cause de l'étranglement sera aussi une indication typique. Chez de tels malades, déjà dans un état de collapsus plus ou moins marqué, il faut aller vite et la création d'une anastomose ou une résection intestinale faite sans suture, évitera l'anus artificiel.

Mais dans un très grand nombre de cas l'indication la plus nette est fournie par la *gangrène herniaire*.

Là on se trouve à peu près toujours en présence de sujets avec un état général très grave. Suivant la gravité plus ou moins grande de ces phénomènes généraux, et suivant son impression personnelle, le chirurgien se décide à la résection de l'anse gangrenée ou à la création de l'anus contre nature. La mortalité considérable des entérectomies dans ces conditions fait le plus souvent reculer les opérateurs. Or d'autre part on connaît tous les inconvénients et même la gravité des anus artificiels, exposant très souvent au bout d'un temps variable à des accidents généraux tels qu'une cure de l'anus s'impose, intervention réclamée du reste par le malade. Cette manière de faire n'est donc qu'un pis-aller, auquel on est réduit par la crainte d'une intervention longue, à retentissement considérable sur l'état général d'un opéré en imminence de collapsus. L'indication de l'emploi du bouton anastomotique est donc typique dans ces cas évitant ainsi la création d'un anus artificiel par une opération d'aussi courte durée. La malade que nous avons opérée de cette manière n'a eu aucun retentissement sur l'état général.

La solidité et la simplicité du manuel opératoire, nous fournissent les autres indications, c'est ainsi que dans les *gastro-entéro-anastomoses*, la *cure de certaines fistules stercorales, ou d'anus contre nature*, il faudra avoir recours au bouton anastomotique, et en un mot il nous semble que toutes les fois où une indication nette d'intervenir sur l'intestin par une anastomose ou une entérectomie se posera, il faudra préférer cet appareil aux sutures. Enfin l'emploi du bouton anastomotique dans les anastomoses de l'intestin avec *les voies biliaires* et notamment avec la vésicule semble avoir donné les meilleurs résultats, en effet il suffit alors d'avoir recours à des modèles de petit diamètre qui simplifient beaucoup le manuel opératoire et n'exposent nullement à l'obstruction intestinale. Plusieurs observations suivies de succès ont été rapportées.

Une seule contre-indication existe selon nous, c'est celle qui relève de la possibilité chez le malade d'accidents antérieurs du côté du tube digestif ayant pu provoquer un rétrécissement de son calibre. En expérimentant sur le cadavre la migration de notre bouton anastomotique nous avons rencontré un sujet chez lequel des ulcérations tuberculeuses avaient amené l'atrésie en certain point de la lumière de l'intestin; empêchant ainsi d'une façon absolue le passage de la pièce métallique. Il faudra donc avant d'intervenir se renseigner autant que l'on pourra sur la possibilité d'accidents semblables qui sont pour nous la seule contre-indication formelle.

En résumé, il est des cas dans lesquels l'emploi du bouton anastomotique doit s'imposer, par exemple, les

gangrènes herniaires, à moins que le malade ne soit dans un état général tout à fait trop grave. Dans les autres circonstances, nous croyons que ce procédé doit remplacer avantageusement les différentes sutures intestinales qui exigent pour être bien faites un temps long et n'ont jamais une solidité égale à celle obtenue par la pièce métallique.

En terminant ce travail nous formulerons les conclusions suivantes :

CONCLUSIONS

1° Suivant les idées de notre maître, M. le professeur Poncet, nous croyons que dans les interventions sur le tube digestif la rapidité de l'acte opératoire a la plus haute importance.

2° L'emploi du bouton de Murphy dans la pratique des anastomoses et des résections intestinales mérite donc d'être pris en sérieuses considérations.

3° Dans cinq cas nouveaux de gastro-entéro-anastomoses et d'entérectomie avec trois guérisons, nous nous sommes servi d'un bouton anastomotique modifié.

4° Les modifications que nous avons apportées au modèle de Murphy sont destinées à permettre un adossement plus parfait des surfaces séreuses et à s'opposer à une obstruction intestinale possible lors de l'élimination.

5° L'obstruction intestinale et le rétrécissement ultérieur tardif que l'on a reprochés à la méthode de Murphy, n'ont jamais été notés dans nos faits expérimentaux ou cliniques.

6° Les avantages de la méthode sont la rapidité, la solidité et la perfection de l'anastomose. Ajoutons encore la simplicité du manuel opératoire.

7° Ces considérations doivent faire tendre à la suppression des entérorrhaphies circulaires et des entéro-anastomoses avec suture et à leur remplacement par le bouton anastomotique.

8° La seule contre-indication nette de ce procédé, est la présence sur l'intestin de rétrécissements cicatriciels ou autres, dépendant d'affections antérieures.

Inhibition et digestion, par M. le Dr Du Pasquier.

Par inhibition, la plupart des auteurs semblent entendre aujourd'hui une action d'arrêt pure et simple, et, sans chercher plus loin les raisons d'un ordre de faits dont la signification leur échappe, ils évoquent l'inhibition, masquant ainsi leur ignorance relative à l'interprétation physiologique d'un phénomène. Certains esprits se sont élevés cependant contre une explication si simple et si naïve des choses. Féré (1), à la théorie « du cliquet qui tombe sur un rouage et qui en suspend le mouvement » (Loye), substitue la théorie de l'épuisement. Pour rendre compte de certains phénomènes d'inhibition, cet auteur invoque la déviation, le déplacement, l'emploi inopportun de la force nerveuse, l'exhaustion, en un mot. Il faut chercher, dit-il, le choc, l'émotion, les phénomènes d'excitation et de dépense de forces, et qu'une enquête sérieuse permettra le plus souvent de trouver, pour interpréter les faits dits d'inhibition; de la sorte, on trouvera la raison de ces phénomènes qui ne peuvent échapper aux lois générales de la mécanique, c'est-à-dire à la loi des transformations de forces qui s'opèrent dans l'organisme.

Inhibition et digestion, la juxtaposition de ces deux mots impliquera donc la recherche des phénomènes d'excitation, de déviation et de dépense de forces qui peuvent troubler et déterminer un arrêt de la digestion.

Tel est, en effet, l'objet de cette courte étude. Nous chercherons quelles sont les causes qui sont capables de distraire de l'estomac les forces qui sont nécessaires à l'accomplissement de l'acte digestif, si tant est que la digestion exige des forces. Ceci ne paraîtra pas impossible et déraisonnable à quiconque voudra admettre que toutes nos fonctions sont régies par le système nerveux, qu'elles ont leur pathologie, sans que pour cela l'organe au moyen duquel elles s'opèrent, soit lésé anatomiquement, que toujours soumises au contrôle du système nerveux, elles sont susceptibles de subir le contre-coup de ses imperfections et de ses défectuosités.

Derrière une réaction chimique donnée il y a, en biologie, un organisme qui réagit, qui subit l'influence des excitations extérieures. Entre l'état de notre système nerveux et la qualité de notre digestion, existe un rapport étroit; suivant les influences que nous subissons, les émotions que nous ressentons, notre *mode digestif* varie. Sans exagérer beaucoup notre pensée, nous pourrions dire que jamais nous ne digérons deux fois de la même façon. En un mot, certains troubles digestifs relèvent du système nerveux, d'un contrôle défectueux des nerfs sur l'estomac, comme disaient les anciens. C'est ce rapport que nous voulons énoncer et corroborer par l'exposition de quelques faits, les uns personnels, les autres trouvés dans l'histoire et les recueils médicaux. Nous croyons ne pas user de vaines redites aujourd'hui, où chacun se taxe volontiers de neurasthénique, se plaint de ne plus digérer, et où beaucoup de questions d'hygiène individuelle reprennent un regain d'actualité.

L'acte de la digestion comprend l'imbibition des aliments par les sucs de l'estomac, et leur brassage entre les parois de l'organe; cette double influence n'est contestée par personne, l'acte chimique et l'acte mécanique sont également indispensables.

Cette *opération corporelle* n'est pas sans se traduire par un certain nombre de signes plus ou moins appréciables. C'est ainsi qu'après l'ingestion d'une quantité normale d'aliments, le faciès se colore, la peau des mains devient moite et chaude, le pouls plus rapide, plus serré, la température générale plus élevée; après les repas, c'est l'heure de la journée où la température est en effet la plus haute, 37°2, 37°3 (Richet). La digestion semble donc produire, même à l'état physiologique, un mouvement général comparable à un accès fébrile. Or, cette fièvre digestive est souvent facile à observer chez certaines femmes douées d'une grande sensibilité, chez les émotifs, les névropathes qui ont tous le privilège d'exagérer les conditions physiologiques normales de l'accomplissement d'un acte fonctionnel quel qu'il soit. Chez eux outre le faciès qui devient vultueux, le pouls fort et plein, la digestion s'accuse par un état de torpeur et de somnolence très accusé, par une absence complète d'aptitude au travail... Il semble, comme le disait Richerand (1) que les forces de la vie abandonnent les organes pour se porter vers celui qui est le siège du travail digestif.

On voit la même exagération des phénomènes physiologiques de la digestion chez les convalescents, c'est-à-dire chez ces sujets qui sont dans cet état de souffrance et de faiblesse intermédiaire à la maladie qui a cessé et à la santé qui n'existe pas encore... Lorry (2) y insiste

(1) Ch. Féré, Pathologie des émotions, 1892, p. 224. *Revue de médecine*, 1888.

(1) *Physiologie*.
(2) Lorry, *Essai sur les aliments pour servir de commentaire aux livres diététiques d'Hippocrate*, Paris, 1753.

avec raison ; le malade reste assis ou couché, et s'il veut se livrer à la marche ou à quelque effort, il est pris de douleur; il aspire au repos, il a besoin de toutes ses forces pour digérer.

Cet accaparement des forces de l'organisme par l'acte de la digestion, cette suspension momentanée de l'activité, ne se rencontre pas seulement chez l'homme dans l'état de souffrance, nous la constatons partout dans la série animale. Chez certains animaux qui ne mangent qu'à des intervalles éloignés, la digestion semble employer tout ce qu'il y a de forces en eux. Le serpent tombe dans un état voisin du coma, au point que perdant l'instinct de la conservation, il se laisse prendre et massacrer sans essayer de se soustraire aux agressions et aux embuches. Du reste, pour tout homme sain, n'est-ce pas après le repas qu'il désire surtout le calme et la tranquillité? L'heure de la sieste n'est pas certainement le résultat d'un édit fantaisiste, c'est en réalité notre estomac qui l'a fixée ; « il ne faut pas se méprendre, disait un grand écrivain, nous sommes corps autant qu'esprit. »

On peut juger encore des forces consommées par le travail de la digestion, par la constatation de l'arrêt momentané ou de la suspension de certaines fonctions. Féré (1), parlant des émotions, dit que « la fatigue provoquée par le travail excessif de la digestion se traduit par une somnolence, un état de torpeur intellectuelle et physique, qui se manifeste sous des formes diverses : tantôt c'est l'impotence physique qui prédomine, tantôt c'est l'impotence mentale. Chez quelques individus, l'effet de ce genre de surmenage se traduit par une impuissance génitale absolue; cette impuissance génitale des gros mangeurs cesse sous l'influence du régime qui montre bien la natnre du mal. »

Toute opération corporelle, la digestion en particulier, semble donc exiger des forces pour s'accomplir. Telle est une assertion que nous pouvons émettre, croyons-nous, sans présomption et qui nous permettra de poursuivre notre sujet, en montrant les causes qui sont capables d'entraver la digestion, en déterminant la dérivation des forces nécessaires à l'accomplissement de cette fonction. Il nous sera facile de le faire en examinant les circonstances où survient le plus habituellement l'indigestion, cet accident étant l'expression par excellence de l'arrêt des phénomènes digestifs.

I

Et d'abord, on voit survenir l'indigestion caractérisée par le vomissement chez des individus parfaitement sains, sans aucune tare nerveuse, à la suite d'un travail intellectuel opiniâtre, d'une forte tension d'esprit, d'une émotion vive, d'un accès de colère, d'un chagrin, de préoccupations s'exagérant, d'une crainte, d'une terreur. Barrier (2) insiste, comme cause d'indigestion, sur la crainte dont l'influence a souvent chez les enfants des suites si fâcheuses. A la suite d'une vive douleur, ou de la moindre opération chirurgicale, de la perspective seule d'une vaccination, on voit des enfants pâlir, ne plus se tenir sur leurs jambes, et rendre ce qu'ils avaient dans l'estomac.

L'exposition subite du corps à l'influence de certains agents *extérieurs*, le froid, par exemple, peut déterminer une indigestion : tel l'effet d'une immersion inopinée dans l'eau froide après un repas.

Une dépense de force corporelle entrave la digestion et amène le vomissement. Nous pouvons rapporter un exemple curieux à cet égard. Un jeune officier, fort et bien portant, à la suite d'une longue étape fait un repas copieux. Se trouvant à la campagne, malgré la fatigue excessive de la journée, il aide des moissonneurs à rentrer leur récolte devant le temps qui menaçait, et se livre ainsi, assez tardivement dans la soirée, à un travail corporel exagéré. Après quoi, cherchant le repos, il ne peut le trouver, et une violente indigestion éclate au milieu de la nuit. — L'exercice physique ne facilite pas toujours la digestion : un exercice modéré donne de l'appétit, une fatigue excessive le supprime. Témoin ces enfants qui, rendus à la suite d'une expédition au-dessus de leurs forces, tombent de sommeil et ne demandent qu'une chose, leur lit! Les chevaux surmenés, rentrant à l'écurie à la suite d'une longue course, ne mangent pas (1).

En dehors des vomissements qui surviennent d'une façon parfois incoercible au cours d'une grossesse, l'indigestion caractérisée par le vomissement marque le travail du début de l'accouchement.

La fièvre, ce symptôme épuisant par excellence, détermine l'indigestion quand elle éclate subitement. Tel un jeune garçon est pris au milieu de la nuit d'une attaque de grippe, avec crampes, mal de tête et 40° de fièvre : il rend immédiatement le dîner de la veille dans deux abondants vomissements.

Chez les névropathes, sous la moindre influence de fatigue, ces accidents surviennent avec une facilité et même avec une régularité frappantes. Nous avons reçu, dans le service de notre maître le professeur Dieulafoy, les plaintes d'une jeune domestique âgée de vingt ans, présentant des troubles de la sensibilité, pâle et assez chétive, mais courageuse cependant à la besogne, qui ne pouvait manger et qui vomissait si elle prenait quelque aliment, chaque fois qu'elle ressentait une fatigue un peu vive. C'est ainsi qu'elle rendait son repas à jour fixe, le jour où elle cirait les parquets de ses maîtres.

(*A suivre.*)

(1) Th. Féré, *Pathologie des émotions*, Paris, 1892.
(1) Barrier, *Traité des maladies de l'enfance*.

(1) MM. Surmont et Brunelle ont fait, au sujet de l'influence de l'exercice sur le chimisme stomacal, des expériences qu'ils ont relatées dernièrement à la Société de biologie (16 novembre 1894). Ces auteurs ont trouvé que le travail n'avait pas une grande influence sur la motilité de l'estomac, mais que l'acidité totale était fort augmentée, ainsi que la chlorhydrie. L'influence de la fatigue sur la qualité des sucs digestifs n'est pas appréciée. Nous verrons plus loin comment on a pu, en physiologie, définir les caractères de la fatigue d'une glande.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Présence du sucre dans le liquide amniotique d'une diabétique. (Ein Beitrag zur Pathologie des Fruchtwassers) par Ludwig (*Centralb. f. Gynækol*, 1895, n° 11, p. 281). — Il s'agit d'une femme de 49 ans, IX-pare, diabétique avec 3,8 0/0 de sucre dans l'urine, qui entre à la clinique dans un état semi-comateux avec un hydramnios développé depuis quelques jours. Comme le col était suffisamment dilaté on rompt les membranes et la malade accouche 10 heures plus tard d'un fœtus macéré.

Le liquide amniotique renfermait 0,3 0/0 de sucre. — Les suites des couches furent normales en même temps que la proportion de sucre de l'urine tomba progressivement à 0,1 0/0 le jour où la malade quitta l'hôpital.

Quant à la présence de sucre dans le liquide amniotique, l'auteur pense qu'on peut l'expliquer soit par l'hypothèse d'un diabète chez le nourrisson dont les urines mêlées au liquide amniotique auraient apporté le sucre qui y fut trouvé ;

soit par la glycémie de la malade, le liquide amniotique étant supposé constituer le produit de transsudation du sang de la mère. C'est à cette seconde explication que se rattache l'auteur.

CHIRURGIE

Perforation de la vésicule biliaire consécutive à la fièvre typhoïde (A case of perforation of the gall-bladder following typhoid fever successfully treated by abdominal section, par Williams et Sheild (*Lancet*, 2 mars 1895 p. 534). Une femme de 31 ans, ayant eu en 1883 une crise abdominale douloureuse accompagnée de frissons, présenta à partir du 13 septembre 1894, une série de symptômes ayant fait porter le diagnostic de fièvre typhoïde. Le 23 septembre la malade fut brusquement prise dans la matinée d'une douleur abdominale aigüe et tomba dans un état de semi-collapsus; la température baissa d'emblée; la douleur se répandit dans l'abdomen. On crut à une perforation intestinale; puis les symptômes alarmants se calmèrent et au bout de quelques jours tout rentra dans l'ordre. Les choses suivirent ensuite un cours régulier et la malade entra en convalescence, lorsque le 29 octobre, elle éprouva quelques douleurs abdominales; le 30, les douleurs devinrent très vives, le lendemain la malade allait très mal; l'abdomen était distendu et il y avait des signes de péritonite localisée dans l'hypochandre droit. Le point le plus douloureux était à droite et au-dessus de l'ombilic. Le 1er novembre il y eut une légère amélioration de l'état général, mais localement les symptômes de péritonite s'étaient accentués. On incisa alors l'abdomen sur la ligne médiane au dessus de l'ombilic; dans l'hypochondre droit les intestins étaient rouges, congestionnés, couverts d'une lymphe purulente; au-dessous du foie le pus devenait assez abondant. On chercha vainement une perforation intestinale; au cours de ces manipultations, on découvrit la vésicule biliaire qui était enflammée, à parois épaissies, dures et distendues. A la partie inférieure de la vésicule, près du col, se trouvait une perforation circulaire. On ouvrit largement la vésicule transformée en un véritable sac purulent probablement séparé du reste des voies biliaires, car il ne s'écoula pas de bile. On ne put trouver aucun calcul. On fit un nettoyage complet. On fixa à la plaie abdominale l'ouverture faite au niveau du fond de la vésicule. On ponctionna l'intestin pour le vider de ses gaz. On draina et on pansa. La malade guérit.

REVUE DE LA PRESSE RUSSE

Psychoses polyneuritiques. — Sous cette dénomination ou encore sous celle de *cérébropathie psychique toxémique*, le docteur *Korsakov*, de Moscou, a décrit une psychose spéciale qu'il attribue à l'auto-intoxication dans le cours d'une polyneurite. Bien que tous les auteurs soient loin de partager entièrement cette manière de voir sur la pathogénie de l'affection, le docteur Soukharov a apporté à la Société de neuropathologie et de psychiatrie de Moscou, de nouvelles observations confirmant les idées de Korsakov et prouvant en même temps que l'alcool — pour être le plus souvent en cause — n'est cependant pas le facteur unique de l'auto-intoxication, et qu'il existe encore d'autres conditions agissant dans le même sens.

Après avoir exposé les faits en détail, le rapporteur en tire les conclusions suivantes :

Au point de vue clinique, l'affection se présente sous une double forme : 1° plus bénigne, où on n'observe que de l'amnésie, et 2° plus grave, où on note également l'existence des faux souvenirs.

La coexistence de la polyneurite avec la tuberculose peut très rapidement amener la mort.

Dans certains cas — et spécialement chez les alcooliques — on ne trouve que des lésions nerveuses périphériques peu avancées relativement aux lésions cérébrales qui sont beaucoup plus profondes. L'auteur explique ce fait par l'affinité élective spéciale que l'alcool a pour le cerveau.

Echanges nutritifs dans l'épilepsie. — Le docteur *Kraïnski* a étudié à cet égard dix-huit épileptiques dont on analysa jour par jour les ingesta et les excreta pendant une période de 110 jours. Voici les conclusions de l'auteur :

1° Le poids du corps change après l'accès; le plus souvent il tombe; la diminution du poids est surtout notable dans l'état de mal épileptique.

2° La quantité d'urine diminue les jours d'accès; quant à sa densité elle tombe ou reste stationnaire.

3° L'azote éliminé oscille parallèlement à l'urée excrétée.

4° Il existe une relation très intime entre l'apparition des accès et la quantité d'acide urique excrétée. Celle-ci augmente considérablement après l'accès et diminue pendant un ou deux jours avant l'apparition de celui-ci. Chez certains malades, il devient ainsi possible d'annoncer d'avance l'apparition de l'accès, d'après l'abaissement du taux de l'acide urique.

5° La quantité d'acide phosphorique augmente rapidement après l'accès, mais cette augmentation est proportionnellement un peu inférieure à celle de l'acide urique.

6° La quantité des chlorides ne varie pas.

7° On n'a jamais noté ni sucre ni albumine.

L'auteur conclut donc à ce que l'épilepsie n'est pas seulement une névrose vaso-motrice, mais qu'elle est également liée à des changements dans les rapports normaux de certains éléments organiques (*Commun. à la Soc. de méd. scientif. de Kharkov*).

Polymorphisme du bacille cholérique. — Les recherches bactériologiques du Dr *Favitski* donnent un fort appui à la théorie du polymorphisme du bacille cholérique.

Au cours de ses examens répétés pendant l'épidémie de 1894, il est arrivé à compter jusqu'à douze vibrions cholériques, différant entre eux par leurs caractères morpho et biologiques.

C'est ainsi que la forme de certains vibrions changeait considérablement à la suite de leur passage par les pigeons, mais se restituait rapidement dans les cultures primitives.

Leur accroissement dans la gélatine n'était pas non plus uniforme et différait parfois fortement de l'accroissement typique. Leur toxicité enfin présentait également des oscillations considérables.

Et malgré cette différence de caractères souvent très accentuée, tous étaient indubitablement de nature cholérique.

Les basses températures et le choléra. — L'opinion, très accréditée autrefois, que le bacille cholérique n'est pas du tout capable de résister au froid, a peu à peu perdu du terrain et les recherches expérimentales modernes ont prouvé qu'il peut fort bien résister même à une température de — 15°. Il y a également des faits qui parlent dans le même sens : c'est ainsi que la province de Podolie a éprouvé justement cet hiver une recrudescence terrible de l'épidémie cholérique.

Les recherches du Dr *Kasanski* tendent à mieux préciser certains points de cette intéressante question.

Il a trouvé que même des cultures de 7 ou 8 ans ne perdent pas toute leur vitalité, étant exposées au froid du dehors pendant plus de quatre mois, période pendant laquelle elles ont cependant subi plusieurs changements assez brusques de température. Leur résistance au froid se trouve en proportion directe avec la quantité de culture et de matériaux nutritifs.

Il semble cependant que la toxicité du bacille disparaît sous l'influence du froid.

Sur les associations bactériennes. — Dans le numéro 47 de la *Gazette hebdomadaire* de l'année dernière nous avons rapporté les cas du Dr Blagoriéstschenski, relatifs à ce sujet.

Le Dr *Ramistki* publie quatre nouvelles observations sur cette question. Ces observations confirment le fait, que certaines affections, évoluant simultanément dans le même organisme, peuvent n'avoir aucune influence l'une sur l'autre; mais que plus souvent la marche typique des affections en est considérablement modifiée tantôt dans un sens, tantôt dans l'autre.

Voici le résumé de ces observations :

1° Scarlatine chez un enfant de 3 ans. Le 7e jour apparition d'une plaque érysipélateuse sur la poitrine avec tendance à l'extension rapide avec gangrène de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané.

Aggravation de la scarlatine. Mort.

2° Coqueluche chez une enfant de 4 ans. Survient une scarlatine. Marche tout à fait indépendante des deux affections. Guérison.

3° Frère de la précédente 2 ans. Scarlatine. Pendant la convalescence coqueluche, et, enfin, le 16e jour de la scarlatine rougeole. Guérison très rapide de la dernière affection grâce à l'association favorable, d'après l'auteur, de la scarlatine. La marche de la coqueluche et de la scarlatine identique à celle du cas précédent.

4° Erysipèle assez grave de la face chez une femme de 42 ans. Le 4e jour de la maladie survient un accès de rhumatisme articulaire aigu et du même coup, l'érysipèle est guéri (*Annales de la médecine russe*, n° 7).

Chancre induré de la paupière. — Trois paysans du même village se sont présentés chez le Dr *Karakov*, porteurs d'un chancre palpébral. Vivement intrigué par ce siège tout à fait insolite de la lésion primaire, l'auteur a établi une enquête et a été assez heureux pour mettre en évidence les points suivants :

La syphilis leur a été communiquée à tous les trois par une vieille matrone de la commune, qui leur a enlevé des poussières de l'œil par un procédé assez singulier : en les léchant avec la langue.

La matrone présentait, en effet, à l'examen, des ulcères spécifiques à la langue, et — ce qui est curieux — a déclaré s'être inoculée la syphilis en traitant, toujours par le même procédé, l'œil d'une jeune fille avec un nez en lorgnette. Cet enchaînement des faits était donc très intéressant à établir au point de vue étiologique (*Le Vratch*, n° 8).

O. Litinski.

BIBLIOGRAPHIE

Syphilis, par Alfred Cooper. 2e édition, 1 vol. in-8° de 480 pages, avec 20 planches hors texte dont 12 chromolithographies. Londres, 1895, J. et A. Churchill, éditeurs (Prix : 18 shillings).

M. Cooper s'est associé M. Ed. Cotterell, pour la rédaction de cette nouvelle édition de son traité de la syphilis ; il en a soumis les épreuves à des spécialistes tels que MM. Buzzard, Savage, Critchett, etc., qui ont revisé les chapitres relatifs à la syphilis du système nerveux, des yeux, etc. Aussi, grâce à ces collaborations, nous présente-t-il un livre très complet, très au courant de la science syphiligraphique.

Nous ne pouvons poursuivre ici l'analyse d'un ouvrage consacré à un sujet aussi vaste et aussi banal que la syphilis. Il nous suffira d'en indiquer l'esprit général pour faire voir au lecteur l'intérêt particulier qu'il présente, intérêt qui nous en a rendu la lecture tout spécialement agréable et profitable.

Le livre de M. Cooper pourrait être intitulé : Traité pratique et complet de la syphilis et de ses diverses manifestations. Pratique, il l'est par le texte même où l'auteur, sans laisser complètement de côté les discussions théoriques et les données anatomo pathologiques, les a cependant subordonnées aux données d'intérêt clinique ; il l'est encore par l'ordre parfait dans lequel sont disposés les divers chapitres, où les recherches sont faciles, contrairement à ce qui a souvent lieu dans les livres anglais. Complet, il l'est en ce sens que l'auteur, après avoir exposé l'histoire, la distribution géographique de la syphilis, sa marche générale, son étiologie, en suit les diverses manifestations depuis le chancre jusqu'aux accidents tertiaires, en les étudiant dans les différents organes, avec tous les détails nécessaires ; il l'est encore parce que l'auteur, ne se bornant pas à envisager la syphilis, soit acquise, soit héréditaire, dans ses caractères cliniques et pathologiques propres et dans ses connexions avec d'autres états morbides, expose également les diverses questions médico-légales et sociales auxquelles la syphilis peut donner lieu : syphilis et viol, syphilis et allaitement, syphilis et sages-femmes, syphilis et mariage, syphilis et assurances sur la vie, enfin syphilis et prostitution. Il y a là toute une série de points de vue que la plupart des traités classiques sur la syphilis laissent de côté et sur lesquels cependant le lecteur a souvent besoin d'être renseigné.

Le traitement, à propos duquel l'auteur se montre éclectique quant au choix des préparations, est étudié également dans un sens pratique et formulé dans un esprit qui se rapproche sensiblement des habitudes françaises.

Conformément aux doctrines françaises, l'auteur sépare nettement de la syphilis le chancre simple, auquel il consacre une description, à laquelle nous n'aurions aucun reproche à adresser si, suivant la doctrine de Finger, il ne niait la spécificité du chancre simple et s'il ne méconnaissait l'existence du bacille de Ducrey.

Malgré cette erreur, qui ne saurait d'ailleurs à elle seule déparer le livre, nous considérons le traité de M. Cooper comme un des meilleurs parmi ceux qui ont été consacrés à la syphilis dans ces dernières années.

Georges Thibierge.

VARIÉTÉS

Nécrologie. — Nous avons le vif regret d'apprendre la mort de M. le Dr Parisot, professeur honoraire de la Faculté de médecine de Nancy, l'un des plus anciens et des plus vénérés professeurs de l'ancienne Ecole de médecine de cette ville.

Ecole de médecine d'Alger. — M. le Dr Moreau est nommé professeur d'hygiène et médecine légale, en remplacement de M. Sézarie, décédé.

Ecole de médecine de Nantes. — M. le professeur Chartier est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique médicale, en remplacement de M. Trastour, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

M. le Dr Pérochaud est nommé professeur de thérapeutique, en remplacement de M. Chartier, appelé à d'autres fonctions.

Une ordonnance renouvelée. — Un écho du procès de Mme Joniaux qui vient d'être condamnée à mort par la Cour d'Anvers pour empoisonnement.

L'accusée a pu se procurer en quelques jours au moyen de simples copies d'ordonnances chez divers pharmaciens, 56 doses de 2 centigr. de morphine et 7 doses de 4 centigrammes d'atropine dissous dans 6 gr. d'eau.

La mortalité à Paris et à l'étranger. — Nous extrayons le passage suivant du dernier bulletin hebdomadaire de statistique municipale : « Le service de statistique municipale a compté 1.162 décès pendant la onzième semaine. Ce chiffre est inférieur à celui des neuf semaines précédentes et il est même un peu au-dessous de la moyenne ordinaire des semaines de mars (1.164). La période de forte mortalité que nous avons traversée depuis deux mois est donc close à Paris. Il n'en est malheureusement pas de même dans plusieurs villes étrangères, et notamment dans les grandes villes anglaises. A Londres, la dixième semaine a compté 3.471 décès, nombre double de celui (1.700) qu'on observait l'année dernière à pareille époque ; à Liverpool, 437 (et 536 pendant la neuvième semaine) au lieu de 244 ; à Dublin, 319 au lieu de 201 ; à Glasgow 588 (et 717 pendant la neuvième semaine) au lieu de 296 ; à Edimbourg, 234 au lieu de 95. On voit que, dans presque toutes ces villes, la mortalité a doublé.

« En Allemagne, elle est moins mauvaise ; toutefois Berlin, pendant la neuvième semaine, a compté 721 décès (au lieu de 558 l'an dernier) ; à Hambourg, dont nous avons déjà parlé dans notre dernier bulletin, la mortalité a un peu diminué.

« Les grandes villes russes dépassent un peu, mais un peu seulement, les chiffres correspondants de l'an dernier. A Vienne, la mortalité est normale. »

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

QUARANTE-DEUXIÈME ANNÉE — N° 15 — 13 AVRIL 1895

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

Le ministère de la guerre et la santé des troupes. Les sérums antitoxiques et la liberté commerciale.

On n'a pas oublié l'émotion causée par les étonnantes circulaires de M. le général Mercier dont le passage au ministère de la guerre a été si néfaste. Préoccupé avant tout et surtout, comme le sont encore malheureusement certains chefs de l'état-major général, d'augmenter le nombre des soldats appelés à servir dans l'armée active ; ne prévoyant pas, que l'incorporation d'hommes débilités ou atteints d'infirmités même légères, coûte très cher à l'Etat en raison des réformes qu'elle impose, le ministre de la guerre avait prescrit aux médecins des conseils de revision de se montrer très sévères et d'admettre dans le service armé le plus grand nombre possible de soldats. On sait tout le mal qu'ont provoqué les circulaires du 15 mars 1894 et du 20 mars de la même année. Aussi, dès le 11 mars 1895, le ministre actuel, M. le général Zurlinden, dut-il abroger ces circulaires « invitant les membres du conseil de revision à classer dans le service actif les hommes qui, sans réunir l'intégralité des conditions d'aptitude physique à exiger du service armé, ont une aptitude relativement suffisante pour être utilisés dans certains emplois ».

Cette année les conseils de revision s'en sont tenus aux indications données par les instructions ministérielles sur l'aptitude physique au service militaire. Ils éviteront ainsi bien des réclamations faites au moment de la revue de départ et, par conséquent aussi bien des réformes prononcées après l'incorporation.

Mais il y a plus. Ces hommes plus ou moins débiles, peu aptes à un service armé, devaient être, de par les circulaires confidentielles des chefs de corps d'armée, entraînés progressivement et soumis à toutes les obligations de plus en plus pénibles du règlement intérieur des garnisons. On sait ce qu'il en est résulté. Sans doute, l'insalubrité de certains casernements a été la cause principale de la gravité des épidémies récemment signalées. Il faut le reconnaître toutefois, l'enquête à laquelle se sont livrés M. le général de Négrier et M. le médecin inspecteur général L. Colin l'a démontré avec la plus grande évidence, les exercices trop pénibles imposés aux jeunes soldats, les marches de nuit, l'inobservance des lois de l'hygiène ont été pour beaucoup dans la gravité des accidents observés. Les attaques aussi injustifiées que ridicules dirigées contre les médecins de l'armée par des journalistes incompétents et certains députés mal inspirés ont été justement refutées. L'enquête a démontré jusqu'à l'évidence la nécessité de donner de nouvelles instructions aux généraux commandant les corps d'armée et la circulaire suivante que nous tenons à reproduire textuellement a bien nettement défini quelle devra être désormais la mission de ceux à qui incombe le devoir d'instruire les recrues.

NOTE MINISTÉRIELLE

au sujet de la nécessité de l'initiative pour assurer le maintien de la santé des troupes.

Paris, le 30 mars 1895.

En temps de paix, la préoccupation constante de tout commandant de troupe, quel que soit son grade, doit être de ménager et de conserver intacte la santé de ses soldats.

D'un autre côté, il a le devoir d'entraîner progressivement ses hommes, d'en faire des soldats alertes et vigoureux, de les rendre aptes à supporter moralement et physiquement les fatigues et les privations de la guerre.

Mais l'entraînement, qui a pour but d'augmenter les forces de l'homme, ne doit jamais être poussé au point de les affaiblir par le surmenage.

Connaître le degré de résistance du soldat pour ne jamais aller au delà; entretenir et développer ses forces par une série d'exercices variés et appropriés; savoir le faire reposer à temps; arrêter les efforts quand une circonstance par trop défavorable intervient, les reprendre dès qu'on le peut amener ainsi l'homme, sans secousse et presque à son insu, à son maximum de souplesse et de vigueur : tel est le rôle de l'officier. Il exige de l'activité, du caractère et surtout de l'initiative.

Les prescriptions des règlements, comme les ordres du haut commandement, indiquent les mesures à prendre, soit pour ménager la santé des hommes, soit pour atteindre certains résultats d'instruction à une époque déterminée; mais ils ne

peuvent tout prévoir. Ils doivent même s'abstenir de trop préciser, et laisser les moyens d'exécution à l'initiative des chefs de corps et des commandants d'unités qui, étant sur place, peuvent seuls parer à l'imprévu et régler le service en raison des circonstances locales telles qu'elles se présentent journellement.

Aux époques de froid rigoureux ou de chaleur excessive, par les très mauvais temps, en cas d'épidémie ou après des fatigues exceptionnelles, ces derniers n'hésiteront pas à suspendre ou à modifier la marche normale du service ou de l'instruction dans les limites rendues nécessaires par les circon tances, sauf à en rendre compte hiérarchiquement.

Les officiers de tous grades doivent chercher à prévenir les maladies ou à les empêcher de s'aggraver en signalant à temps les hommes qui donnent des signes d'indisposition ou de fatigue.

Ils ne perdront pas de vue que, dans une armée nationale où tous les enfants du pays sont appelés à servir sous les drapeaux, il est du devoir des officiers, plus encore que par le passé, d'entourer de soins le soldat malade et de remplacer la famille auprès de lui.

De leur côté, les médecins militaires redoubleront de précautions et de soins pour éviter que les malades échappent à leur attention. Dans le doute, il est préférable de mettre en observation ceux qui se déclarent indisposés, quitte à les faire suivre attentivement et à punir sévèrement ceux qui auraient cherché à tromper leur vigilance et à abuser de leur bonne foi.

Le ministre ajoute qu'une instruction unique sur les mesures d'hygiène à prendre en toutes circonstances sera rédigée par la 7e direction et insérée au *Bulletin officiel*.

On ne peut que louer M. le général Zurlinden d'avoir tenu compte des renseignements qui lui ont été fournis par les chefs de la médecine militaire et d'avoir, sans plus tarder, reconnu que le nombre n'est pas tout dans une armée mais qu'il faut encore assurer à ceux qui doivent concourir à la défense nationale les moyens de lutter eux-mêmes contre la maladie.

— Nous avons à maintes reprises insisté pour demander que la vente des serums antitoxiques soit soumise à une surveillance spéciale et ne soit autorisée que dans des cas bien nettement déterminés.

C'est dire que nous applaudissons au vote du projet de loi dont nous avons publié le texte (*Mercredi médical*, p. 170), et qui a été adopté à l'unanimité sauf une voix (celle de M. Chassaing) sur les instances de M. Lannelongue. Nous ne croyons pas, en effet, que ce soit déroger aux principes les plus libéraux que de demander qu'une surveillance active soit exercée sur la vente des produits toxiques.

Les sérums nouveaux, dont la préparation est si difficile et l'action si énergique, ne peuvent être préparés et mis en vente que par des savants tout à fait au courant des nouvelles méthodes. Si l'on veut qu'ils guérissent et non qu'ils tuent; si l'on croit aux méthodes thérapeutiques nouvelles et si l'on redoute qu'elles soient compromises par les manœuvres frauduleuses de spéculateurs, ou les imprudences de préparateurs inexpérimentés et inconscients du mal qu'ils peuvent faire, il faut laisser aux ministres responsables le soin d'autoriser ou de défendre, après avoir pris l'avis de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène, l'installation de nouveaux laboratoires et la mise en vente des produits qu'ils fabriqueront. C'est ce qui se fait à l'étranger. On ne voit pas pourquoi, chez nous, un amour exagéré et irréfléchi de la liberté commerciale primerait le droit de condamner la fraude.

L. Lereboullet.

Les réformes hospitalières.

Au lieu de proposer franchement la création si utile des assistants de consultation, M. le directeur général de l'Assistance publique, émule de M. Fleury-Ravarin, veut faire retirer la consultation à *tous* les chefs de service, même à ceux qui la font *bien*. Il veut aussi la confier, pour chaque hôpital à un médecin et à un chirurgien du Bureau central, d'où une profusion de places inénarrable; il paraît que ça facilitera la multiplication des gens de génie! A plusieurs reprises nous avons protesté contre ces tendances aussi antidémocratiques que possible, malgré leurs allures « électorales ». Nous nous bornons aujourd'hui à insérer la protestation que tous les chirurgiens des hôpitaux ont signée hier.

L'administration de l'Assistance publique vient de prendre deux décisions qui lèsent l'intérêt de nos malades et contre lesquelles nous voulons protester avant de les subir.

La première a trait à la division de Paris en circonscriptions hospitalières, avec l'obligation pour chaque malade de se faire soigner dans l'hôpital de sa circonscription. Cette mesure est une violation de la liberté individuelle. Les riches qui ont une opération à subir choisissent leur chirurgien, pourquoi priver les pauvres d'un droit égal que, jusqu'à présent, personne ne leur avait contesté? Prétendrait-on que, soumis au même concours, les chirurgiens des hôpitaux présentent tous la même garantie? Sans nul doute, mais la confiance ne se décrète pas et nous avons tous vu des malades quitter leur quartier pour solliciter les soins de celui d'entre nous qui lui inspirait une sécurité particulière et toute personnelle. N'est-il pas inhumain et même un peu brutal de refuser à nos malheureux une satisfaction aussi légitime?

D'autant que leur choix est souvent raisonné : même en dehors des grandes spécialisations, il y a des maladies que quelques-uns d'entre nous connaissent mieux et des opérations où ils excellent. Les malades le savent; ils viennent de tous les quartiers, et cette affluence a pour avantage d'accroître encore la compétence du chirurgien dont le patient profitera. Cette utile sélection sera-t-elle entravée par l'organisation nouvelle et le dogme des circonscriptions hospitalières sera-t-il assez rigide pour empêcher les malades de se diriger vers ces services? Ce serait une façon singulière de faire avancer la science et de comprendre l'humanité!

La deuxième mesure bouleverse le fonctionnement actuel des consultations hospitalières: ces consultations ne dépendront plus des chirurgiens de l'hôpital et formeront des services distincts confiés à de jeunes docteurs sortis de l'internat. Ne craint-on pas qu'en raison de leur âge, leur expérience ne soit bien restreinte et n'aurait-on pu atteindre un résultat supérieur en améliorant, en étendant et en régularisant ce que font déjà la plupart d'entre nous? Retenu dans ses salles par les exigences toujours croissantes de la chirurgie contemporaine, le chef de service ne peut plus faire sa consultation; il la délègue soit à un interne, soit à un assistant qui examine et soigne les cas simples mais qui, dans les cas plus complexes, fait appel à son chef. Ainsi s'opère un véritable triage des malades où élèves et maîtres ont chacun l'emploi de leur compétence.

Mais, nous dit-on, parmi les malades qui sollicitent l'hospitalisation le chirurgien choisit de préférence ceux qui l'intéressent et laisse de côté les malheureux dont l'affection ne nécessite pas une intervention active, opération ou pose d'appareil. C'est exact, et si les jeunes docteurs qui vont être chargés des consultations agissent autrement, ils auront tort. Ne devons-nous pas attribuer les lits dont nous disposons à ceux que nous pouvons guérir, et non à ceux qui, ayant surtout besoin d'un asile, occupent pendant des mois et des années, la place des malades à qui nous serions vraiment utiles? En recevant en premier lieu « les aigus », le chirurgien fait donc son devoir strict; que l'Assistance fasse le sien en procurant « aux chroniques » un gîte à l'hospice ou des secours à domicile.

Il eût été mieux séant de la part de l'administration de tenir compte de l'avis des médecins et des chirurgiens des hôpitaux. Par l'autorité qu'ils tiennent d'un titre unanimement apprécié et par le dévouement dont ils s'efforcent de faire preuve envers leurs malades, ils semblent désignés pour fournir des renseignements utiles sur un sujet qui leur est aussi familier. On n'en a pas jugé ainsi. Du moins notre protestation dégage notre responsabilité. Les décisions ont été prises sans nous, malgré nous, et même contre nous : que l'administration supporte seule les charges des réclamations, des difficultés et des conflits qu'elle va soulever.

REVUE GÉNÉRALE

Les anastomoses viscérales sans sutures à l'aide du bouton de Murphy.

I

Le bouton de Murphy.

Le bouton de Murphy (1) est un appareil destiné à anastomoser les cavités viscérales sans avoir recours aux sutures. Il est basé sur la propriété qu'ont les séreuses de contracter rapidement de solides adhérences, dès qu'elles sont adossées à elles-mêmes.

L'idée des anastomoses viscérales sans sutures n'est pas neuve, elle a été émise en 1826 par Denans (2), de Marseille, qui fit construire un bouton reposant sur le même principe que celui de Murphy. Il l'expérimenta un grand nombre de fois sur les animaux, et Guersant l'employa avec succès chez l'homme.

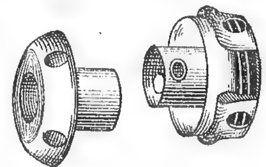
Le bouton de Denans, que M. Collin possède encore dans sa collection d'instruments où nous avons pu le voir, n'est pas d'un mécanisme très compliqué. Il se compose de trois pièces : deux viroles d'argent, de forme et de dimensions semblables, réunies entre elles par une troisième en acier et d'une constitution un peu spéciale. Les deux viroles d'argent, longues de un centimètre, ont un diamètre un peu inférieur à celui de l'intestin à anastomoser, lorsque ce dernier a été sectionné et est revenu sur lui-même. (Denans, en effet, semble avoir eu uniquement en vue la réunion des deux bouts d'une anse intestinale préalablement réséquée, l'entéro-entérostomie terminale.) La troisième virole est constituée par une feuille d'acier enroulée sur elle-même et formant ressort. Lorsqu'on l'enserre entre les mors d'une pince spéciale, on augmente l'enroulement et on diminue son volume : on peut alors introduire ses deux extrémités dans chacune des viroles d'argent. Si alors on enlève la pince, le cylindre d'acier tend à reprendre ses dimensions normales, et s'applique solidement à la face interne des viroles d'argent. Un système de crans d'arrêt, formé par de petits crochets, vient encore s'opposer au déplacement de l'appareil.

(1) Murphy, *New-York Medical Record*, 1892, t. II, page 665 et 1894, t. Ier, p. 37, 68, 650, 684, 720, et Tardif, Th. de Paris, 1894.
(2) Denans, *Bull. de la Soc. de méd. de Marseille*, 1826, n° 1, et *Bull. de la Soc. de méd.*, 1838, t. II, p. 715.

Comment peut-on utiliser le bouton de Denans? Supposons l'intestin grêle divisé en travers, on introduit dans chacun des deux bouts une virole d'argent, puis on renverse en dedans d'elles le bord libre de l'intestin; la virole d'acier est alors mise en place en dedans du tube intestinal qui se trouve enserré, et dont les extrémités peuvent être facilement rapprochées et adossées par leur surface séreuse. La soudure se fait; les pièces de l'appareil se détachent, tombent dans la cavité intestinale et sont éliminées par le rectum. L'idée de Denans n'eut pas grand succès; son appareil et les anastomoses viscérales sans sutures tombèrent dans l'oubli, malgré quelques tentatives de Baudens, Amussat, Péan, Bérenger-Féraud, etc.

C'est en Amérique, à Chicago, que, en 1887, Senn (1) remit en honneur, sinon l'opération de Denans, du moins le principe sur lequel elle reposait. A l'aide de plaques d'os décalcifié, il pratiqua toutes les anastomoses viscérales sans sutures, et en régla nettement le manuel opératoire. Sa méthode, adoptée par un grand nombre de chirurgiens, semblait devoir remplacer les sutures; quand, en 1892, elle fut détrônée, en partie du moins, par le bouton de Murphy, qui est d'un maniement plus facile que les plaques de Senn, et donne de bien meilleurs résultats. L'opération de Murphy a été exécutée pour la première fois en Europe par le professeur Terrier (2) qui a été imité par MM. Quénu, Hartmann, Demons, Jaboulay, Monod, etc.

Le bouton de Murphy, représenté dans la figure ci-dessous, se compose de deux pièces percées d'un large



canal central, et destinées à s'emboîter l'une dans l'autre. Chaque pièce présente dans son ensemble une forme qui rappelle celle d'un champignon : elle se compose d'une partie élargie que nous appellerons *cupule*, sur laquelle vient s'implanter une partie rétrécie à laquelle nous donnerons le nom de *tige*. Le diamètre de l'une des tiges (pièce mâle) est tel, qu'elle puisse rentrer exactement dans le canal dont est creusée l'autre tige (pièce femelle).

La pièce femelle, la plus simple, offre à considérer sa cupule et sa tige. La cupule présente une face extérieure irrégulièrement convexe, une face intérieure concave, se continuant l'une avec l'autre par un rebord mousse et large. Quand l'anastomose est exécutée, c'est ce rebord qui vient se mettre au contact des tuniques intestinales, il doit donc avoir une forme telle qu'il ne puisse les déchirer.

La cupule est percée d'un orifice sur la périphérie duquel vient s'implanter la tige. Cette tige, deux fois plus longue que la cupule, est en partie logée dans la concavité de cette dernière, en partie située en dehors d'elle. Elle présente une face extérieure lisse, une face

(1) Magill, Th. de Paris, 1894. Méthode de Senn.
(2) Terrier, *Société de chirurgie*, 7 mars 1894.

intérieure creusée d'un pas de vis qui la parcourt dans toute son étendue. De ses deux extrémités, l'une est libre, l'autre est adhérente à la cupule. Enfin, cette dernière est creusée de quatre petits orifices de 5 millimètres de diamètre, dont deux seulement sont visibles sur la figure : ils sont destinés à jouer un rôle de drainage.

La pièce mâle présente une cupule en tout semblable à celle de la pièce femelle, mais sa tige est fort différente. Elle est plus longue d'environ un tiers, et son diamètre est un peu plus petit, de façon qu'elle puisse pénétrer facilement dans la tige femelle. Elle est dépourvue de pas de vis à sa face interne. Près de son extrémité libre, elle est percée de deux orifices circulaires situés l'un en face de l'autre : ils livrent passage à deux petits crochets dont la concavité regarde du côté de la cupule. Ces crochets sont montés sur deux lames formant ressort, qui sont adossées au canal central de la tige, le parcourent dans toute son étendue, et se soudent à lui au point où il se continue lui-même avec la cupule. En exerçant une légère pression sur les crochets, on les fait rentrer dans la tige ; mais, grâce à l'élasticité de la lame qui les supporte, ils ressortent dès qu'ils sont abandonnés à eux-mêmes.

A la pièce mâle est annexée une bague que l'on voit bien sur la figure, au point où un fragment de cupule a été réséqué. Cette bague glisse librement dans l'intérieur de la cupule; son extrémité interne est constituée par un rebord mousse, concave en dehors, et destiné à venir coiffer le rebord de la cupule ; quant à l'extrémité externe, elle est soudée à un ressort d'acier qui, après avoir décrit plusieurs tours de spire, vient se réunir au fond de la cupule. Essaye-t-on d'enfoncer la bague dans la cupule, l'élasticité du ressort est mise en jeu ; et, par une pression continue, il tend à chasser la bague de la cupule.

Pour articuler les deux pièces du bouton de Murphy, il suffit d'introduire l'extrémité interne de la tige mâle dans l'extrémité interne de la tige femelle, de saisir entre le pouce et l'index les deux cupules et d'appuyer. La pièce mâle pénètre alors peu à peu dans la femelle. Chaque fois que les crochets franchissent un segment du pas de vis, ils font entendre un petit bruit sec. A un moment donné la bague vient au contact de la cupule femelle ; si l'on continue à appuyer, cette bague s'enfonce dans la cupule mâle, en même temps que l'élasticité du ressort est mise en jeu. La bague finit par disparaître complètement, ne laissant plus voir que son rebord entre les deux cupules : alors les deux pièces du bouton n'en forment plus qu'une, parcourue par un canal central qui n'est autre que celui de la tige mâle, à l'intérieur duquel font saillie les deux lames sur lesquelles sont montés les crochets.

Les deux pièces sont mises solidement en contact; une traction même énergique ne saurait les séparer, grâce à l'engrènement des crochets de la pièce mâle dans le pas de vis de la pièce femelle : il faut les dévisser. C'est là un inconvénient ; car, si au cours d'une opération sur le vivant le bouton a été mal placé, il est presque impossible de l'enlever. Il faudrait pour séparer les viscères réunis, les tordre une dizaine de fois au moins l'un sur l'autre, ce dont ils s'accommoderaient assez mal.

Murphy a fait construire trois modèles de boutons ne différant que par leur volume : un gros qu'il emploie de préférence pour la gastro-entérostomie, un moyen pour l'entéro-entérostomie, un petit pour la cholécystentérostomie. Leur diamètre est de 27, 25, 21 millimètres. Un fait important à noter est le diamètre du canal, dont est creusée la tige mâle ; car c'est par lui que doit passer, jusqu'à élimination du bouton, le contenu des viscères anastomosés. Si ce canal est insuffisant, il se produira des phénomènes d'obstruction. Sur le gros bouton nous avons trouvé 1 centimètre, sur le petit 8 millimètres ; n'ayant pas eu entre les mains le bouton moyen, nous ne pouvons donner un chiffre exact, qui sans doute doit être un peu supérieur à 9 millimètres.

Dans son second mémoire, Murphy représente un bouton de forme elliptique (1) un peu plus gros que le bouton circulaire de 27 millimètres de diamètre : c'est ce bouton elliptique qu'il emploie actuellement pour la gastro-entérostomie.

II

MANUEL OPÉRATOIRE

Le bouton de Murphy peut être employé soit pour faire l'entéro-entérostomie terminale, c'est-à-dire pour réunir deux bouts d'intestin coupés en travers, comme par exemple à la suite d'une entérectomie ; soit pour faire communiquer entre elles deux cavités viscérales. Nous allons envisager successivement ces deux cas, en commençant par le premier, le plus simple dans son exécution.

1° *Entéro-entérostomie terminale.* — Prenons un cas simple, une hernie étranglée contenant une anse d'intestin grêle gangrénée. Cette anse est soigneusement isolée à l'aide de compresses stérilisées, pour éviter, lors de son ouverture, la contamination du sac et par suite celle du péritoine.

La coprostase est faite soit avec des pinces, soit plus simplement avec les doigts d'un aide ; puis on procède à la résection de l'anse malade. Il reste à réunir les deux bouts d'intestin : c'est là le seul temps de l'opération qui nous intéresse.

On commence par placer sur tout le pourtour de la circonférence de l'intestin, à quelques millimètres du bord libre sectionné, une sorte de fil en bourse. Pour cela on se sert d'une longue soie fine et d'une aiguille de Reverdin ou autre. On fait pénétrer l'aiguille en un point quelconque de la circonférence de l'intestin, celui par exemple qui est opposé à l'insertion mésentérique ; on la fait cheminer profondément entre la musculeuse et la muqueuse dans une étendue de 4 à 5 millimètres, puis on la fait ressortir, pour la faire pénétrer de nouveau 4 à 5 millimètres plus loin et ainsi de suite jusqu'à ce qu'ayant fait le tour complet de l'intestin, elle soit revenue à son point de départ. Il en résulte une sorte de nœud coulant, et si l'on tirait sur les deux chefs du fil on froncerait en bourse, jusqu'à l'oblitérer, la lumière de l'intestin.

Saisissant alors la tige de l'une des pièces du bouton à l'aide d'une pince hémostatique, on introduit la cupule dans l'intestin, en la présentant obliquement. Pendant qu'un aide maintient le bouton en place le chirurgien, nouant le fil, applique solidement sur la tige l'intestin : il doit avoir soin à ce moment de rentrer en dedans la muqueuse qui a toujours tendance à s'échropionner. Si malgré tout un fragment de muqueuse fait hernie, il faut le réséquer, ou bien le cacher en faisant au-dessus de lui un point de suture séroséreux.

La même manœuvre est faite avec l'autre pièce du bouton sur l'autre bout d'intestin. Il ne reste plus qu'à articuler, c'est-à-dire à introduire la tige mâle dans la femelle, et à l'enfoncer jusqu'à ce que l'on ait obtenu un adossement parfait des séreuses. Pour faciliter la production des adhérences, on conseille de scarifier

(1) Murphy, *New-York, Med. Rec.*, 1894, t. I, p. 645.

légèrement, en les grattant avec la pointe du bistouri, les surfaces séreuses qui doivent être affrontées. Une fois l'opération terminée, on aperçoit une dépression circulaire, une sorte de sillon indiquant le point de réunion des deux bouts d'intestin. L'adaptation est parfaite puisque l'on a réuni deux organes d'égal calibre. Il ne reste plus qu'à réduire l'intestin dans le ventre, à faire la cure radicale de la hernie, et à suturer les téguments.

S'il s'agit de réunir deux segments du tube digestif de calibre inégal, l'iléon au côlon après la résection du cæcum, ou encore le duodénum à l'estomac après la pylorectomie (1), cela ne présente aucune difficulté, contrairement à ce qui a lieu avec la méthode des sutures. Le segment le plus large se fronce davantage autour de la tige, fait plus de plis, mais cela ne gêne en rien l'affrontement.

2° *Anastomose de deux cavités viscérales entre elles.* — Toutes les anastomoses viscérales ont été pratiquées à l'aide du bouton de Murphy ; c'est ainsi que l'on a fait la gastro-entérostomie, l'entéro-entérostomie latérale ou entéro-anastomose, la cholécystentérostomie.

Supposons que l'on veuille pratiquer une *gastro-entérostomie* pour remédier aux accidents d'un rétrécissement cancéreux du pylore, après laparotomie médiane sus-ombilicale de 10 à 15 centimètres, on va à la recherche des viscères à anastomoser (première anse du jéjunum, paroi antérieure de l'estomac, si l'on fait la gastro-entérostomie antérieure), on les amène entre les lèvres de l'incision pariétale, et on les isole à l'aide de compresses.

On fait sur la paroi stomacale une suture en cercle d'un diamètre un peu supérieur à celui du bouton employé; le fil chemine dans l'épaisseur des tuniques de l'estomac et ressort, pour pénétrer de nouveau comme nous l'avons vu pour l'entéro-entérostomie terminale. Au centre de ce cercle on ouvre alors l'estomac, dans une étendue suffisante pour permettre l'introduction du bouton; contrairement à la plupart des chirurgiens qui font cette incision linéaire, M. Quénu la fait en croix. Une fois le bouton introduit, il ne reste plus qu'à serrer le fil, en évitant soigneusement la hernie de la muqueuse. Sur l'intestin on agit de même : l'ouverture est longitudinale et siège à l'opposé de l'ouverture mésentérique. Il ne reste plus qu'à articuler et à refermer le ventre. Si l'on trouve l'affrontement insuffisant, on peut le parfaire par quelques points de suture séro-séreux; mais cela est le plus souvent inutile. Murphy, qui a une grande habitude de son opération, l'exécute en neuf minutes. Nous avons vu que le chirurgien de Chicago se sert actuellement d'un très gros bouton elliptique, M. Terrier emploie le gros bouton circulaire, M. Quénu donne la préférence au petit, plus facile à éliminer.

Les différentes variétés d'*entéro-anastomose* s'exécutent absolument comme la gastro-entérostomie. C'est encore à la laparotomie médiane que l'on a recours. Murphy recommande l'usage de son bouton circulaire moyen.

Pour la cholécystentérostomie, Murphy fait une incision qui commence à deux pouces à droite de la pointe de l'appendice xiphoïde, et qui descend parallèlement à la ligne médiane dans une étendue de trois pouces. Nous croyons que l'incision médiane sus-ombilicale du professeur Terrier (2) vaut mieux : elle est susceptible d'être agrandie à volonté sans couper les muscles larges de l'abdomen, et conduit plus directement sur le duodénum.

Une fois le ventre ouvert, on attire au dehors la vésicule et le duodénum, que l'on vide de son contenu. On introduit, autant que possible, l'une des pièces du bouton dans la portion du duodénum contiguë à la tête du pancréas, et en un point opposé à l'insertion mésentérique; l'autre pièce étant placée sur la vésicule, on articule et on referme la plaie pariétale. Du moment où le ventre a été ouvert, une dizaine de minutes suffisent à l'anastomose (Murphy). D'après les expériences de Murphy sur les animaux, il se forme, après la chute du bouton, une valve qui s'oppose au reflux du contenu intestinal dans vésicule, tout en permettant à la bile de s'écouler dans l'intestin.

(1) D'ordinaire, après la pylorectomie, Murphy ne réunit pas l'estomac au duodénum. Il ferme ces deux organes à l'aide de sutures, et pratique la gastro-jéjunostomie avec le bouton.

(2) Terrier, *Rev. de chir.*, 1889, p. 974.

III

Suites. Indications. Résultats.

Quelle que soit la variété d'anastomose pratiquée, *les suites immédiates et éloignées* de l'opération de Murphy sont à peu près toujours les mêmes, et peuvent être envisagées d'une façon générale. Aussitôt après l'opération, les viscères anastomosés communiquent par le canal dont est creusée la pièce mâle, et cela jusqu'à la chute du bouton. La pression des deux branches l'une sur l'autre, variable suivant le degré de rapprochement qu'on leur a fait subir, rendue continue grâce à l'élasticité du ressort, amène d'abord l'anémie, puis le sphacèle des tuniques viscérales comprimées, pendant que des adhérences séreuses solides se forment à l'extérieur et garantissent la grande cavité péritonéale. Dès que le sphacèle est complet, le bouton devient libre, tombe dans l'intestin, et est évacué au moment de la défécation. Il laisse à sa place une ouverture régulière, à bords linéaires, égale à sa propre circonférence extérieure, soit environ 84, 78, 66 millimètres, suivant le bouton employé. Il faut entre huit et quinze jours pour que l'expulsion se fasse.

Si l'on en juge par les expériences, sur les animaux faites par Murphy, puis répétées par MM. Chaput et Villard (1), par les autopsies, par les opérations faites sur des sujets qui ont survécu sans présenter de troubles fontionnels, l'orifice obtenu à l'aide du bouton n'a aucune tendance au rétrécissement tardif, contrairement à ce qui a lieu avec les autres procédés d'anastomose tels que les plaques de Senn et les sutures.

Les choses ne se passent pas toujours aussi heureusement; on observe parfois une série d'accidents que n'ont pas manqué de faire valoir les adversaires du procédé de Murphy.

Et tout d'abord, un certain nombre de malades ont succombé quelques jours après l'opération de péritonite, qu'en général on a attribuée à une insuffisance d'affrontement des séreuses. C'est ainsi que récemment M. Demons (2) a publié l'histoire de deux malades gastro-entérostomisés par lui, et morts de péritonite purulente généralisée. A l'autopsie il constata le sphacèle de la paroi stomacale, qui était largement ouverte au point où avait été appliqué le bouton. Liebwicz, Willy Meyer cités par M. Chaput (3) ont eu également des désastres : le premier a trouvé à l'autopsie de son malade le bouton libre dans la cavité péritonéale.

A quoi tiennent ces accidents? Est-il possible de les éviter? M. Chaput les attribue à une trop grande cons-

(1) Villard, *Congrès français de chirurgie*, 10 octobre 1894.

(2) Demons, *Société de chirurgie*, 17 octobre 1894.

(3) Chaput, *Soc. de chir.*, 14 novembre 1894.

triction du bouton, qui amène le sphacèle intestinal avant que les adhérences péritonéales protectrices aient eu le temps de se produire; aussi conseille-t-il de supprimer la bague et le ressort, et de serrer le moins possible. Sur quatre chiens où le bouton avait été appliqué avec sa bague, il s'est produit une perforation; au contraire, trois chiens opérés avec le bouton sans bague ont parfaitement guéri.

M. Quénu (1), persuadé que le danger ne vient pas du degré de constriction, conseille au contraire de serrer le plus possible; pour lui la péritonite est due soit à une infection partie de la muqueuse intestinale, soit à l'épanchement du contenu du tube digestif lors de l'opération. Pour éviter que la muqueuse, faisant hernie comme nous l'avons décrit au manuel opératoire, ne vienne contaminer le péritoine, il est bon d'en réséquer une certaine étendue sur les bords de l'ouverture, avant d'y fixer définitivement le bouton.

Pour éviter l'épanchement du contenu stomaco-intestinal, M. Quénu obture avec un bouchon le canal central de chaque pièce avant de la stériliser par l'ébullition: ce bouchon reste en place jusqu'à la fin de l'opération, c'est-à-dire jusqu'au moment de l'articulation. Avec ces perfectionnements apportés à la méthode de Murphy, M. Quénu pense qu'on peut se mettre à l'abri de la péritonite, quelque énergique que soit la pression du bouton.

Si le malade échappe à la péritonite, il est encore menacé, a-t-on dit, d'un accident: il arrive que le bouton ne soit pas éliminé; et, restant dans l'estomac ou l'intestin comme un corps étranger, il est susceptible à un moment donné d'y provoquer des accidents. Cette objection a surtout été faite par M. Chaput, se basant et sur ses expériences cadavériques et sur un certain nombre d'observations (Murphy, Quénu) où le bouton n'aurait pas été retrouvé. MM. Chaput et Lenoble (2) ont fait passer sur le cadavre les différents modèles du bouton de Murphy à travers l'intestin grêle, la portion la plus rétrécie du canal intestinal. Le gros bouton passe toujours difficilement, et est quelquefois arrêté tout à fait; le moyen et même le petit peuvent s'arrêter à la fin de l'iléon.

Comme conclusion de ses expériences, M. Chaput regarde comme imprudent l'emploi du gros et du moyen bouton, quand ils doivent franchir l'intestin grêle.

On peut se demander s'il est permis de conclure du cadavre au vivant; il est possible que l'intestin du vivant soit beaucoup plus extensible et laisse passer des corps étrangers beaucoup plus gros. D'ailleurs, si l'on se reporte à la pratique de Murphy, on voit que ce chirurgien est peu préoccupé de l'élimination du bouton, puisque pour la gastro-entérostomie il vient de substituer à son gros bouton circulaire un bouton elliptique plus gros encore. De ce que le bouton n'est pas trouvé, dit-il, on ne peut d'ailleurs, pas conclure à sa non-élimination; il a pu passer inaperçu dans les selles, ou même avoir été pris par le malade pour intriguer le chirurgien? Cette question de l'élimination du bouton n'est pas absolument résolue; disons que dans sa pratique M. Quénu se range à l'opinion de M. Chaput: il emploie toujours le petit bouton.

Malgré les accidents que nous venons de signaler, la méthode de Murphy donne de brillants *résultats* et a des *indications* fort nettes, comme nous allons le voir en passant successivement en revue les différentes variétés d'anastomoses viscérales.

La *gastro-entérostomie* a été faite un assez grand nombre de fois soit seule, soit associée à la pylorectomie. Murphy (1) rapporte dans son mémoire six cas de gastro-entérostomie avec une seule mort; deux lui sont personnels, les autres sont dus à Barbat, Wiener (cas de mort), Logau, Bücking.

Dans un mémoire plus récent (2), Murphy rapporte 10 opérations avec 3 morts. En France, le professeur Terrier a fait plusieurs fois la gastro-entérostomie avec succès à l'aide du bouton de Murphy; son premier malade, dont nous avons déjà parlé, est mort au quatrième jour de cachexie antérieure à l'opération; le bouton avait parfaitement tenu et la méthode ne doit être en rien incriminée. Nous connaissons les cas malheureux de M. Demons, ainsi que les 3 gastro-entérostomies de M. Quénu, toutes suivies de succès. D'ailleurs, pour porter un jugement sur la valeur de la méthode de Murphy, il faudrait savoir si les cas de mort sont bien dus à un mauvais fonctionnement du bouton et si ce mauvais fonctionnement ne tient pas à l'inhabileté de l'opérateur.

Le bouton de Murphy trouve surtout son indication chez les malades atteints de rétrécissement cancéreux du pylore et fort cachectiques; il exposera moins à la mort par shock opératoire que si l'on faisait une intervention de longue durée, comme la gastro-entérostomie à l'aide de sutures.

Après les pylorectomies longues et laborieuses, il est encore indiqué, pour finir vite, d'avoir recours au bouton. Murphy (3) a fait une fois cette opération, et il a eu un succès. Nous savons qu'il oblitère l'ouverture stomacale et duodénale, pour pratiquer une gastro-duodénostomie antérieure.

Pour certains cancers du pylore, où le rétrécissement est très serré et en partie cause de la cachexie, il pourrait être indiqué d'opérer en deux temps. Dans un premier temps, on pratiquerait la gastro-entérostomie; puis, plus tard, quand le malade se serait remonté, on ouvrirait de nouveau le ventre pour extirper le pylore. M. Quénu (4) a fait avec succès, dans l'ordre que nous venons d'indiquer, ces deux opérations, mais en une seule séance.

L'*entéro-entérostomie* terminale a été faite un assez grand nombre de fois, soit après extirpation d'un cancer de l'intestin, soit surtout après résection d'une anse intestinale gangrénée, dans un étranglement interne ou dans une hernie étranglée. Après résection de l'anse iléo-cæcale, Rusch, Fergusson, Keen ont, avec succès, réuni à l'aide du bouton l'iléon au côlon. Indépendamment de cet abouchement direct, Murphy conseille et figure l'opération suivante: il ferme la lumière du côlon ascendant, pratique un peu plus haut, sur la face antérieure de ce dernier, une boutonnière longitudinale capable de recevoir l'extrémité iléique: c'est là ce qu'on appelle l'iléo-colostomie par apposition latérale de Billroth.

Murphy a opéré et guéri un étranglement interne avec gangrène de l'anse; mais c'est surtout appliquée au traitement des hernies gangrénées que sa méthode a réussi. Murphy a fait huit fois la résection de hernies gangrénées: il a été imité par un grand nombre de chirurgiens américains, Walker, Rogers, Willis Andrews, etc. Toujours il y a eu guérison. Un seul malade de Murphy, atteint de hernie ombilicale, est mort de péritonite antérieure à l'opération.

Dans une discussion récente à la Société de chirurgie (5), on a repoussé en principe l'entérectomie

(1) Quénu, *Société de chirurgie*, 21 novembre 1894.
(2) Chaput, *Soc. de chir.*, *loc. cit.* et *Presse médicale*, 14 juillet 1894.

(1) Murphy, *New-York med. rec.* 1894, t. I, p. 650.
(2) Chaput, *Presse médicale*, *loc. cit.*
(3) Murphy, *loc. cit.*, p. 658.
(4) Quénu, *Académie de médecine*, 10 juillet 1894.
(5) *Société de chirurgie*, 14 mars et 16 avril 1894.

suivie d'entérorrhaphie, comme traitement des hernies étranglées et gangrénées; mais, d'autre part, M. Terrier, rappelant les avantages du procédé de Murphy, et notamment sa rapidité d'exécution et ses résultats, a proposé de l'expérimenter. Si l'on obtenait des résultats analogues à ceux de Murphy, il faudrait certainement modifier la ligne de conduite appliquée au traitement des hernies gangrénées, et avoir toujours recours à l'entérectomie suivie d'entérorrhaphie à l'aide du bouton.

L'*entéro-anastomose* (Murphy, Call, Cordier) peut être faite avantageusement à l'aide du bouton, qui rendra surtout des services lorsque l'on aura affaire à un rétrécissement cancéreux de l'intestin chez un sujet cachectique.

Sur vingt *cholécystentérostomies*, dont huit appartiennent à Murphy, il y a eu deux morts : l'une par torsion de l'intestin antérieure à l'opération, l'autre par épuisement quelques heures après l'opération : le malade était atteint d'un cancer de la tête du pancréas. A part ces deux faits malheureux, le résultat a toujours été parfait.

Tels sont les cas où la méthode de Murphy a été appliquée. Que faut-il en conclure? Quelle est sa valeur? C'est là une question difficile à résoudre actuellement, l'opération ayant été faite un trop petit nombre de fois, surtout dans notre pays. *A priori*, elle est fort séduisante et offre deux avantages qui ne sont pas à dédaigner : la facilité et la rapidité de son exécution. Si on arrive, comme l'a fait entrevoir M. Quénu, à rendre le bouton de Murphy inoffensif, il est probable qu'il se substituera aux sutures dans l'immense majorité des cas.

A. Guillemain.

CONTRIBUTION PHARMACEUTIQUE

Sur les huiles grises pour injections hypodermiques.

A l'époque où les injections mercurielles sous-cutanées sont entrées dans la thérapeutique, j'ai publié dans la Gazette une formule d'huile grise ainsi conçue :

Mercure	19	grammes.
Onguent napolitain	2	—
Vaseline stérilisée	9	—
Vaseline liquide	20	—

Cette huile grise contient 40 0/0 de mercure.

J'avais bien dit que chaque injection devait contenir de 8 à 9 centigrammes de mercure; mais j'avais oublié de la rendre pratique en ne donnant pas le poids spécifique de ce mélange. Je vais aujourd'hui combler cette lacune :

Contrairement à ce à quoi l'on pouvait s'attendre, l'huile grise n'est que de 1 dixième plus lourde que l'eau, c'est-à-dire que la seringue Pravaz d'un centimètre cube en contient 1 gr. 10 c. Comme il y a 0 gr. 44 c. de mercure dans ce gramme 10 c., en injectant le cinquième de la seringue, on injecte près de 9 centigrammes de mercure.

Sur le conseil de médecins qui pensaient que l'absorption des huiles végétales serait plus rapide, j'ai établi la formule suivante :

Mercure	19	grammes.
Onguent napolitain	2	—
Axonge ou lanoline stérilisées	3	—
Huile d'olives stérilisée	26	—

Eteindre soigneusement le mercure dans les corps gras solides par demi heure de trituration, et ajouter l'huile. Cette préparation contient aussi 40 0/0 de mercure.

Depuis quelque temps, nous trouvons dans le commerce, sous le nom de *mercure éteint*, un onguent préparé industriellement, et qui contient 5 grammes de mercure sur 6 grammes de matière, ce dont il est facile de s'assurer, en quelques minutes, en dissolvant l'excipient dans l'éther ou autre liquide approprié. Ce nouveau produit va nous permettre d'avoir des onguents mercuriels toujours frais, puisqu'on ne les préparera qu'au fur et à mesure du besoin.

Je l'ai appliqué tout de suite à la préparation de l'huile grise; et j'ai obtenu rapidement une huile qui ne le cède en rien à celle dont je viens de parler, et dont l'emploi médical a été très satisfaisant.

La préparation de ce médicament se trouve ainsi réduite à sa plus simple expression :

Mercure éteint	48	grammes.
Huile d'olives stérilisée	52	—

mêlez et conservez dans un flacon à bouchon de verre.

Pierre Vigier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Inhibition et digestion, par M. le Dr Du Pasquier.

(*Fin.*)

Dans le même ordre de faits, nous pouvons citer deux cas d'indigestion dont nous avons été témoin et qui se sont produits dans des circonstances absolument analogues à deux reprises différentes. Un jeune homme, fatigué par un travail intellectuel assidu et prolongé qu'avait nécessité un concours, se présentait avec tous les attributs de l'épuisement nerveux. Deux fois consécutivement, à quelques jours d'intervalle, à la suite d'un repas qui ne fut nullement extravagant, ce sujet fut pris de vomissements au milieu de la nuit, après certains exercices de galanterie nullement obligés ni exagérés. Ce galant personnage apprit de la sorte que souvent « il y a de l'adresse à bien cueillir les roses » : les lois de la nature demandent parfois à être respectées. Le coït exige une dépense de forces dont les effets s'accusent plus ou moins suivant l'état de faiblesse ou de santé des individus; c'est autant de vigueur employée aux dépens de l'accomplissement d'autres fonctions. Balzac disait, quand par hasard, *il avait appartenu au monstre* : « j'ai perdu un livre ce soir. » On connaît le sommeil comateux qui survient chez les névropathes à la suite des rapports sexuels. Du reste, l'influence entravante du coït sur la marche régulière de la digestion n'est contestée par personne. Rostan (1), dans son Hygiène, dit que la digestion est troublée et pervertie par le coït, ou simplement par son désir. Il est extrêmement fâcheux de sacrifier à Vénus après le repas, malheur à l'amant auquel on ne peut accorder une autre heure, dit le même auteur, car le travail dont la nature avait besoin pour opérer la digestion est suspendu. Buffon cependant, dit l'histoire, avait coutume de remplir cette fonction après dîner; il est à croire que cet élégant écrivain de l'histoire naturelle de l'homme, maigré son travail assidu, avait échappé à la névropathie.

Le travail intellectuel a aussi une influence marquée sur le travail de la digestion. La lecture des biographies des hommes adonnés aux travaux de l'esprit est très instructive à cet égard. L'homme qui pense le plus est celui qui digère le plus mal, toutes choses égales, d'ailleurs; celui qui pense le moins est celui qui digère le mieux; telle est une formule générale que l'on peut tirer de la lecture des ouvrages de Réveillé-Parise, de Tissot... Ce dernier auteur (2) raconte qu'un homme de génie de ses

(1) Rostan, *Hygiène*.
(2) Tissot, *De la santé des gens de lettres*.

amis, après s'être livré au travail d'une façon excessive, sentit tout à coup sa tête s'affaiblir, prit mal au cœur et eut plusieurs vomissements; qu'un de ses illustres amis, grand travailleur, avait des vomissements d'abord après le repas; qu'un ecclésiastique ne mangeait pas les jours où il étudiait. Un gentilhomme danois éprouvait de tels désordres du côté de la digestion s'il avait le soin de manger, que ses gens ne servaient pas son repas quand il avait été forcé de s'occuper plus d'un certain nombre d'heures. Aristote, dit-on, pour remédier à des désordres du côté de la digestion, était obligé d'avoir toujours sur l'estomac une vessie pleine d'huile aromatique. Galien raconte qu'un de ses parents remédiait aux désordres qu'occasionnait sur sa digestion le travail de l'esprit par un jeûne de vingt-quatre heures. On pourrait trouver mille exemples analogues tendant à prouver que toute dépense de forces se fait au détriment de l'accomplissement d'une fonction, de la digestion pour ce qui nous concerne ici.

Signalons encore la difficulté des digestions chez les individus affaiblis par une longue maladie, et la fréquence des indigestions chez les convalescents qui ne mettent pas assez de discernement dans le choix et la quantité de leurs aliments. Marotte (1) insiste sur ces faits et signale de nombreux cas d'indigestion dans la convalescence de la fièvre typhoïde. Rathery (2) affirme que dans ces circonstances, l'indigestion peut être suivie du coma et de la mort; le même auteur insiste aussi sur le fait que chez les sujets débilités, à la suite de longues pyrexies, comme chez les vieillards, l'anorexie persiste beaucoup plus longtemps.

L'exposition des faits qui précèdent, suffit presque à elle seule à en donner l'interprétation. On comprendra de suite, en effet, que dans l'état physiologique et de santé, où les forces sont suffisantes pour permettre l'exercice de toutes les fonctions au complet, l'acte de la digestion n'en emprunte pas assez à lui seul pour que les autres fonctions en souffrent, mais que dans les états de faiblesse, le travail de la digestion se traduise par une diminution dans l'activité des autres fonctions; le salutaire équilibre des forces est rompu, et la digestion ne s'opère plus silencieusement. Si maintenant le peu de force dont dispose cet organisme affaibli pour une raison ou pour une autre, soit réclamé en un autre point du corps et dépensé ailleurs, le travail digestif ne pourra plus se poursuivre; la digestion sera troublée, longue, laborieuse, supprimée et l'organisme n'ayant que faire de cette masse d'aliments non digérés, dont il ne pourra tirer parti, les expulsera au dehors sous forme de vomissements. Tel est l'acte de l'indigestion. Il est facile désormais de saisir pourquoi ce trouble survient chez les individus en souffrance, chez les convalescents, les malades de fièvres graves, les surmenés, les épuisés, les neurasthéniques. Chez eux les forces nerveuses sont au-dessous du taux habituel de l'état de santé, une dépense inopportune de ces forces vient troubler l'acte de la digestion; et quelles seront les causes capables de déterminer ces troubles? Toutes celles occasionnant un emploi, une dérivation, un arrêt de distribution de ces mêmes forces : à savoir les émotions, les passions, les préoccupations incessantes, le travail corporel exagéré, le coït, comme nous en rapportons des exemples, parce que nous le répétons « la digestion appelle, en quelque sorte, à son aide le système entier des forces vitales; cette espèce de dérivation est d'autant plus marquée que l'organisation est plus délicate, la sensibilité plus vive, la susceptibilité plus grande; une irritation un peu vive ne manque pas dans ce cas de déranger et d'interrompre la digestion » (Richerand).

(1) MAROTTE, *Du régime dans les maladies aigues*. Bruxelles, 1859.
(2) RATHERY, *Des accidents de la convalescence*. Paris, 1875.

Cette manière d'envisager les choses ne manque pas de preuves physiologiques. Cl. Bernard, en effet, a vu sous l'influence de douleurs violentes se tarir la sécrétion du suc gastrique (1); le produit des glandes stomacales s'altérer et devenir sanguinolent (2). Beaumont a constaté sur son Canadien que sous l'empire de la colère, la sécrétion gastrique se suspendait, de même sous l'influence d'une vive douleur. Féré (3) dit aussi que les émotions pénibles sont susceptibles d'entraver la sécrétion des sucs gastriques et intestinaux. Il cite à ce sujet Cherchewsky qui prétend que les chagrins et les préoccupations provoquent une constipation qui peut aller jusqu'à l'occlusion intestinale, et Hennart (4) qui a vu les excitations énergiques des nerfs périphériques déterminer l'arrêt des mouvements rhythmiques de l'estomac et de l'intestin.

L'influence de l'arrêt de la sécrétion gastrique sur la digestion trouve une preuve expérimentale de plus dans l'action entravante de l'opium sur les sécrétions. Voici un fait qui nous semble venir à l'appui de ce que nous avançons. Un jeune sujet souffrant d'une toux opiniâtre, prend un soir en se couchant cinq centigrammes d'extrait thébaïque. Grand fut son émoi quand, le lendemain matin au premier mouvement qu'il fit, survinrent deux abondants vomissements où existaient non digérés des parcelles d'aliments pris la veille. Nous avons cru être en droit d'attribuer cet accident à l'opium qui, ingéré avant la fin de la digestion, l'avait entravée.

II

Comme corollaire de ce qui précède, nous voulons signaler certains troubles digestifs qui nous paraissent être le résultat de l'épuisement sur place des glandes de l'estomac à la suite d'une excitation exagérée telle que l'ingestion anormale et trop abondante d'aliments. C'est encore l'épuisement succédant à l'excitation, et à ce titre, cet ordre de faits rentre dans notre étude.

Ici pas de symptômes aigus, c'est un état de langueur des phénomènes digestifs se traduisant par l'embarras chronique de l'estomac.

Les nourrissons auxquels des mères impatientes d'entendre crier leur progéniture, donnent à têter complaisamment à tout instant, souffrent de ce genre d'indigestion. Ils ne prospèrent pas malgré l'abondance de la nourriture et sa bonne qualité, ont de la diarrhée, des coliques, se plaignent jour et nuit, et présentent bientôt tous les signes d'un dépérissement lent et progressif; car il est un fait certain et qu'il ne faut jamais perdre de vue dans l'étude et l'analyse des manifestations morbides, c'est que toute altération des fonctions amène *des ordres secondaires et favorisant les infections*. L'élaboration incomplète des aliments permet alors à certains parasites inoffensifs (dans l'exercice régulier de la fonction) d'acquérir une certaine virulence et de déterminer l'infection du tube digestif, comme l'a montré Eschérich et dernièrement encore Thiercelin (5). C'est ainsi qu'une mauvaise hygiène, des manques de soin, l'exposition au froid et à l'humidité, des bains donnés

(1) CL. BERNARD, Expériences sur la digestion stomacale *Arch. gén. de méd.*, 1846.
(2) CL. BERNARD, *Leçons sur les liquides de l'organisme*, t. II, p. 405.
(3) CH. FÉRÉ, *Pathologie des émotions*. Paris, 1892.
(4) HENNART, Thèse de Lille, 1892.
(5) THIERCELIN, *De l'infection gastro-intestinale chez le nourrisson*. Thèse Paris, 1894.

intempestivement au cours de la digestion, après une tétée, quelque futiles que paraissent être ces causes, déterminent des troubles, tant il est vrai « que l'acte digestif représente une accommodation très spéciale de l'organisme » (Luton). Il faut en pathologie chercher comment une fonction s'altère afin d'y remédier avant qu'apparaissent des désordres consécutifs.

Les enfants plus âgés, qui ne sont pas surveillés sous le rapport de la nourriture, qui mangent à toute heure du jour, qui collationnent avant que leur déjeuner ait été digéré, pâlissent, ont la langue blanche, l'haleine fétide, des selles irrégulières, diarrhéiques jusqu'au jour où survient un accès de fièvre.

Et qui, parmi les adultes, n'a pas éprouvé cet état de malaise, de faiblesse et d'énervement avec inappétence, vertiges et maux de tête, qui résulte d'une série de repas trop copieux et prolongés. Dans les provinces où l'on a l'habitude de fêter largement les anniversaires, l'expression *avoir un embarras* est courante. On mange, on boit, on rit, la gaieté des convives, les mets épicés et succulents engagent à reprendre de la nourriture en excès; ainsi, l'estomac se trouve surchargé et au-dessous de sa tâche malgré sa parfaite intégrité. C'est alors qu'il faudrait adopter la conduite des Romains qui vomissaient pour manger et mangeaient pour vomir, mais dans ces cas, le vomissement ne survient pas : il se forme des gaz en abondance; les renvois sont fréquents, acides et fétides; la langue blanche, étalée, la soif vive, le ventre tendu, les selles irrégulières, quelquefois diarrhéiques, les urines chargées, hautes en couleur, le teint pâle. Ce surcroît de travail infligé à l'estomac retentit sur le foie, car une digestion longue exige de cet organe une suractivité fonctionnelle qui aboutit bientôt à la congestion chronique et à l'hypertrophie; le foie est alors douloureux à la percussion. La cellule elle-même peut être directement adultérée par les produits d'une digestion anormale et incomplète qui, de l'intestin, arrivent jusqu'à elle.

Deguéret (1) a montré dans une thèse récente combien une mauvaise élaboration des éléments chez les dyspeptiques avait d'effet sur le foie. Cassaët (2) affirme la même chose. Que ce soit les aliments qui, trop abondants, ne peuvent subir qu'une chymification incomplète, ou que ce soit la mauvaise qualité des sucs de l'estomac qui ne peuvent élaborer qu'une digestion imparfaite des aliments, l'effet est le même dans les deux cas, il y a fermentation anormale. Ceci nous autorise à voir dans l'élaboration incomplète des aliments chez les individus qui ont coutume de faire journellement bonne chère, peut-être un élément de plus dans l'apparition des lésions chroniques du foie. Il serait, dès lors, intéressant de rechercher si les sujets atteints de cirrhose n'étaient pas de gros mangeurs comme ils étaient de gros buveurs. Ajoutons que les cirrhotiques sont souvent des herpétiques, c'est-à-dire des nerveux, des impressionnables, capables de subir plus que d'autres l'influence des causes intravantes de la digestion. Tel individu bien portant digérera avec facilité un repas abondant, tel autre fatigué, épuisé, présentera tous les signes d'une digestion laborieuse et incomplète : les uns supportent la vie, d'autres ne la supportent pas.

Il est, croyons-nous, une interprétation plausible des troubles digestifs qui surviennent dans ces conditions. L'idée de fatigue, en effet, ne peut être séparée de celle de suractivité, et l'on sait depuis Cl. Bernard que les glandes ont une activité fonctionnelle qui leur est propre, indépendante de l'état de la circulation. Comment les glandes aboutissent-elles donc à la fatigue, et quels sont les signes révélateurs de leur épuisement? Carrieu (1) dans sa thèse le montre fort judicieusement. « L'acte essentiel, dit-il, qui constitue véritablement la sécrétion est dû à l'activité nutritive spéciale des cellules glandulaires; il est indépendant de la circulation. Les cellules glandulaires baignées par le plasma sanguin, y puisent les matériaux de nutrition, les transforment, les modifient et rejettent une partie de ces produits dans la lumière du canal excréteur. Ce n'est pas là un phénomène purement physique, c'est un fait d'ordre vital au plus haut degré; la cellule qui l'accomplit s'use par cela même très rapidement, et ainsi que l'ont démontré les observations de Gianuzzi, de Rollet, de Heidenhin, il survient un moment où son fonctionnement devient difficile et anormal, bien que les matériaux de nutrition continuent à lui arriver. On peut dire alors qu'elle est fatiguée. »

Un autre point qu'il est encore intéressant de constater ici, c'est que la suractivité fonctionnelle d'une glande aboutit à la perte des propriété normales de ses produits de sécrétion. Les glandes qui sécrètent des liquides alcalins, comme le pancréas ou la salive, fournissent bientôt des produits acides (A. Robin, cité par Carrieu); les substances qui caractérisent chaque sécrétion diminuent ou même disparaissent, il n'y a plus de ptyaline dans la salive, de pepsine dans le suc gastrique après une trop longue excitation. Les liquides sécrétés deviennent plus denses, plus visqueux et d'autres fois plus clairs et hyalins. Les autres manifestations de l'activité nutritive se modifient aussi. La température qui était élevée dans le canal excréteur jusqu'à 1°5 au-dessus de la température du sang afférent (Ludwig) s'abaisse, les veines qui charriaient un sang très oxygéné (Cl. Bernard) reprennent peu à peu leur couleur normale. En un mot, le repos fonctionnel survient.

Ne trouvons-nous pas dans ces modifications des conditions suffisantes pour interpréter les troubles digestifs que nous avons mentionnés. Quand une excitation, comme la présence constante d'aliments dans l'estomac, sollicite continuellement une glande à l'activité, elle se fatigue et s'épuise, et les désordres de la fonction surviennent.

Pas plus que Carrieu nous ne prétendons que toutes les fois qu'il y a dyspepsie il y a fatigue; mais nous dirons avec cet auteur que la dyspepsie peut être rapportée à la fatigue, quand elle survient après une activité fonctionnelle exagérée de l'organe. De tout temps on a constaté l'influence des excès de table sur le développement des troubles gastriques. Après un certain temps de repos l'estomac pourra récupérer son activité, mais il n'est pas douteux que les excès ne soient dans une certaine mesure, un des modes suivant lesquels on peut devenir dyspeptiques.

Telle est esquissée en quelques mots l'histoire des anomalies de la digestion relevant d'un défaut des forces digestives attribuable à la défection du système nerveux. Quant à la diététique concernant le point que nous venons de traiter, elle découle naturellement de l'interprétation des faits, mais nous ne pouvons l'exposer ici par le menu, car autant de malades autant de règles d'hygiène à prescrire.

Ce que nous tenons à dire et à mettre en relief, c'est que l'acte de la digestion exige un temps et des forces; c'est une fonction qu'il faut connaître pour la respecter

(1) Deguéret, Thèse de Paris, 1894. *Relations pathogéniques du foie et de l'estomac.*
(2) Cassaet, C. R., *Soc. de biol.* mars 1893, déc. 94 et 7 déc. 94. De la facilité du surmenage hépatique.

(1) Carrieu, *De la fatigue et de son influence pathogénique*, thèse Paris, 1878.

et la rétablir si elle s'altère. Une grande loi du fonctionnement de notre organisme est la périodicité; en troubler la régularité, c'est entraver l'accomplissement de ses actes. Des alternatives de repos et d'activité sont nécessaires à l'accomplissement de toute fonction, et notamment de la digestion.

On s'efforcera de soustraire les émotifs, les névropathes à toutes les causes troublantes de l'acte digestif; ils s'abstiendront de prendre leurs repas « dans les moments de grande agitation du corps et de l'esprit. »

Quant à la qualité et à la quantité des aliments, il est difficile de prescrire des règles absolues. On se souviendra que chaque individu a une *valeur physiologique* déterminée qu'il s'agira d'apprécier le plus rigoureusement possible, afin de proportionner la quantité des aliments à la capacité digestive, car ce n'est pas ce que l'on mange qui nourrit, mais ce que l'on digère. On pourra répéter en pareille occurence les sages préceptes qu'Hippocrate prescrivait aux gens de lettres, de proportionner la nature et la quantité des aliments au tempérament et aux habitudes; et rappeler à certains égards ce que Desmoulins disait en mourant : « Je laisse après moi deux grands médecins, la diète et le repos! »

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Contribution à l'étude bactériologique des angines à fausses membranes, par Nauwelaers (*Journ. de méd. et de chir. de Bruxelles*, 1895, t. IV, p. I). — Sur 21 cas d'angine à fausses membranes, le bacille diphthéritique fut trouvé seulement 4 fois. Il existait seul dans une angine compliquée de croup; il était associé à un gros bacille dans une autre angine compliquée de croup; associé au staphylocoque dans une angine folliculaire, et à un très fin bacille dans une angine pseudo-membraneuse secondaire.

Dans 6 cas d'angine pseudo-diphthérique primitive simple, le streptocoque a été rencontré chaque fois. Il existait seul deux fois; associé à des cocci, une fois; au bacille pyocyanique, une fois; au staphylocoque, deux fois.

Dans deux cas d'angine pseudo-diphthérique primitive compliquée de croup, on a trouvé le streptocoque associé à des cocci.

Dans un cas de croup primitif le streptocoque était associé à un gros bacille que l'auteur a déjà vu associé au bacille diphthérique.

Dans six cas d'angine scarlatineuse offrant l'aspect de la diphthérie, une fois la culture a donné lieu à des colonies rares du bacille diphthérique. Dans les autres cas les streptocoques existaient une fois seuls, deux fois associés aux staphylocoques, deux fois à des microcoques.

Deux cas de croup dans le cours d'une rougeole ont donné à l'analyse du mucus pharyngé, de très nombreuses colonies de staphylocoques et quelques rares colonies de streptocoques.

Une angine syphilitique ne renfermait que des streptocoques.

Les chlorures et les phosphates du sang chez les cancéreux (Ueber den Chlor-und Phosphorgehalt der Blutes bei Krebskranken), par Maraczewski (*Virchow's Arch.*, 1895, vol. 139, p. 385). — Les recherches faites par l'auteur chez des cancéreux et, pour avoir un titre de comparaison, chez 14 anémiques primitifs, ou secondaires, ont montré que chez les cancéreux il existe une diminution manifeste du taux de phosphore dans le sang (0.007 à 0.04, au lieu de 0.1 par 100 cm. c. de sang liquide qu'on trouve à l'état normal), mais que cette diminution existe également chez les anémiques non cancéreux.

Les chlorures du sang subissent une augmentation manifeste aussi bien chez les cancéreux que chez les anémiques non cancéreux et cette augmentation est d'autant plus accusée que la diminution du phosphore est plus grande.

L'azote du sang est ordinairement de 16 0/0 chez les cancéreux et toujours au moins de 15 0/0 chez les anémiques non cancéreux. C'est donc le dosage de l'azote qui permet en dernier lieu de faire le diagnostic différentiel entre l'anémie cancéreuse et l'anémie non cancéreuse.

Migration de la trichine (Zur Frage der Trichinwanderung), par Geisse (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1895, vol. 55, p. 150 (Festschr. en l'honneur du professeur Zenker). — En s'appuyant sur des expériences faites sur des chats, l'auteur combat l'opinion de Cerfontaim, d'après lequel les femelles adultes quittent l'intestin par la voie des lymphatiques pour s'arrêter dans les ganglions mésentériques où elles pondent leurs embryons.

D'après l'auteur, les trichines qui se trouvent dans l'intestin se trouvent de préférence dans la lumière des glandes lobuleuses de l'intestin grêle et du gros intestin, ce qui expliquerait l'inefficacité des purgatifs et anti-helmintiques destinés à les chasser. L'envahissement de l'organisme par les embryons se fait principalement par la voie vasculaire, en partie par la progression active du parasite à travers l'intestin dans le tissu conjonctif voisin.

Lésions du pancréas et nécrose du tissu adipeux du péritoine. (Uber Experimente am Paukreas zur Erzeugung von Fettnekrosen) par Hildebrand. *Centralb. f. Chir.* 1895 n° 12 p. 297. — On sait que les inflammations du pancréas aboutissant à des hémorrhagies ou à la nécrose de la glande s'accompagnent fréquemment d'une nécrose du tissu adipeux du mesentère et de l'épiploon, principalement au voisinage du pancréas. Les relations internes entre ces deux processus n'ont pas encore été élucidées jusqu'à présent.

Pour étudier cette question, l'auteur a fait sur une douzaine de lapins une série d'expériences qui ont consisté soit dans la ligature, soit dans la résection partielle, soit enfin dans la greffe intra-abdominale du pancréas. Dans tous les cas, il est survenu une nécrose typique du tissu adipeux de l'épiploon, principalement au voisinage de la glande.

L'auteur attribue cette nécrose à l'action directe du suc pancréatique sur le tissu adipeux, soit que le suc s'écoule librement dans l'abdomen, soit qu'il transsude à la surface de la glande dans laquelle on a provoqué une stase vasculaire ou secrétoire par la ligature des vaisseaux ou du canal excréteur.

Aortite chez les syphilitiques (Uber Aortenerkrankung bei syphilitischen und deren Beziehung zur Aneurysmenbildung), par Dohle. (*Deut. Arch. f. klin. Medic.*, 1895, vol. 55, p. 190, Festschr. en l'honneur du professeur Zenker). — Conclusions tirées de l'étudede trois cas personnels.

1° L'inflammation syphilitique de l'aorte se manifeste macroscopiquement par la formation de sillons cicatriciels fibreux rayonnants ou affectant la forme de fossettes, sur la face interne du vaisseau. Il peut exister en même temps une endartérite chronique proliféranite. Les sillons cicatriciels sont dus à l'inflammation gommeuse diffuse des tuniques moyennes et adventice, aboutissant à la formation de tissu conjonctif fibreux.

2° Les modifications inflammatoires de la tunique moyenne favorisent le développement des anévrysmes.

CHIRURGIE

Diverticules de l'œsophage (Ein Beitrag zur Lehre von den Œsophagusdivertikeln), par Ritter (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1895, vol. 55, p. 173, Festsch., en l'honneur du professeur Zenker) — De l'étude de cinq observations personnelles et de la littérature du sujet, l'auteur conclut :

1° Que les diverticules par traction peuvent se transformer secondairement en diverticules par impulsion;

2° Que la lymphadenite suppurée et la médiastinite compliquant les diverticules par traction, sont quelquefois dues à la formation secondaire d'un diverticule par impulsion;

3° Que très probablement les diverticules par traction

deviennent quelquefois le point de départ d'un cancer de l'œsophage.

Kystes dermoïdes et tératomes (Ueber die dermoid Cysten und Teratome, mit besonderer Berücksichtigung der Dermoide der Ovarien), par Wilms (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1895, vol. 55, p. 289, Festschr. en l'honneur du professeur Zenker). — 1° Les kystes dermoïdes de la tête et de la cavité thoracique et une partie des kystes qui se développent dans le tissu rétro-péritonéal et rétro-rectal se produisent pendant la soudure des fentes fœtales ou sont dus à l'invagination des éléments des glandes pendant l'involution de ces dernières;

2° Une partie des tératomes de la base du crâne et de la cavité abdominale sont des formations gemellaires, analogues à des inclus de fœtus *in fœtu*;

3° Les kystes dermoïdes à l'exception de ceux de l'ovaire sont des kystes cutanés purs ou bien renferment encore des tissus venant des parties voisines;

4° Les kystes dermoïdes de l'ovaire diffèrent essentiellement, comme structure et origine, des kystes dermoïdes des autres régions;

5° Les kystes dermoïdes de l'ovaire se développent aux dépens d'une inclusion triblastique tendant à se développer comme les tissus fœtaux et présentant la disposition de ces derniers;

6° A la suite de la pression constituant un obstacle au développement, les tissus qui se différencient les premiers et arrivent les premiers à l'entier développement, étouffent les autres. Il faut encore compter dans le même ordre d'idées avec l'énergie d'accroissement des différentes espèces cellulaires;

7° Le développement et la forme des divers tissus du tératome correspondent au développement normal des tissus, à la condition qu'il n'existe pas d'obstacles mécaniques à ce développement;

8° La circulation du sang dans les tératomes des ovaires est réglée par l'organisme maternel; toutefois une partie du système vasculaire est fournie par le parasite qui participe également à l'hématopoïèse;

9° Les dermoïdes de l'ovaire sont donc des fœtus parasites qui méritent le nom de parasites ovariques rudimentaires.

BIBLIOGRAPHIE

Chirurgie du rectum, par E. Quénu, agrégé de la Faculté, chirurgien de l'hôpital Cochin et M. Hartmann, chirurgien des hôpitaux. 1er fascicule. Paris, G. Steinheil, 1895, 1 vol. in-8°, 450 p. Prix, 16 fr.

L'ouvrage débute par l'étude de quelques points de l'anatomie du rectum. Contrairement aux usages et conformément aux nécessités de la chirurgie, les auteurs étudient les rapports du rectum en allant d'arrière en avant. Une série de dessins, exécutés d'après des préparations personnelles, permettent de voir les divers plans que l'opérateur doit traverser lorsqu'il cherche à aborder le rectum par le voie sacrée. Des photographies de moulages, des coupes après congélation et de nombreuses figures permettent de préciser quelques points intéressants sur la forme, les rapports, la vascularisation et les loges cellulaires qui entourent l'organe.

La pathologie du rectum commence par quelques considérations sur l'interrogatoire et les divers modes d'examen du rectum. Dans les rectites chroniques, les auteurs distinguent des formes cliniques différentes, la rectite granuleuse et les rectites chroniques graves, parmi lesquelles ils rangent la forme dite rectite proliférante. A côté des proliférations à type molluscoïde généralement observées, ils décrivent une variété papillomateuse où les proliférations sont constituées non plus par des molluscums fibreux, mais par de véritables petits papillomes.

L'existence de la blennorrhagie *rectale* est aujourd'hui bien établie par la constatation directe du gonocoque sur la muqueuse rectale. Fait intéressant et peu connu, cette blennorrhagie peut être l'origine d'ulcérations où foisonne le gonocoque.

L'histoire des syphilides rectales est tracée d'après des documents nouveaux. Au point de vue thérapeutique, MM. Quénu et Hartmann insistent sur l'utilité qu'il y a à faire, quand c'est possible et après échec du traitement général, l'extirpation des parties malades suivie d'une autoplastie de la région.

Dans la tuberculose nous trouvons un résumé des travaux antérieurs de M. Hartmann, spécialement la description détaillée des diverses formes que peut revêtir la tuberculose de revêtement de la région (lupus, tuberculose papillomateuse, ulcérations tuberculeuses).

Le chapitre des abcès nous montre l'importance du bacterium coli, son association au bacille tuberculeux dans bon nombre d'abcès qui peuvent même revêtir des allures d'abcès chauds. Pour la genèse de ceux-ci il faut tenir grand compte du système lymphatique, qui nous explique le développement d'abcès à distance, de certains abcès profonds de la fesse en particulier. A propos des abcès de l'espace pelvirectal supérieur nous voyons établir une distinction jusqu'ici omise entre les abcès latéraux, abcès pelvirectaux proprement dits et les abcès postérieurs, développés dans une loge spéciale, rétro-rectale, et liés à l'inflammation de ganglions du mésorectum.

Tout en rejetant l'incision systématique de toute la hauteur des parois rectales dans le traitement des abcès, MM. Quénu et Hartmann insistent sur la nécessité qu'il y a à mettre à découvert dans toute leur étendue les cavités suppurantes.

L'étude histologique des fistules nous montrent que certaines contiennent des follicules tuberculeux. Tandis que dans les fistules récentes la paroi est constituée par une infiltration embryonnaire diffuse au milieu de laquelle on peut trouver des leucocytes bourrés de microbes, dans les fistules anciennes la paroi se divise en deux couches, l'une interne granuleuse, l'autre externe fibreuse.

La réunion immédiate des fistules, ses indications, ses contre-indications sont minutieusement étudiées.

Les fistules recto-génitales, recto-urinaires, et recto-intestinales sont surtout l'objet des descriptions au point de vue thérapeutique. La compréhension des divers procédés employés est grandement facilitée par de nombreuses figures schématiques.

Le chapitre important des rétrécissements du rectum ne comprend pas moins d'une centaine de pages. Il est principalement consacré aux rétrécissements que les auteurs appellent inflammatoires et qui, suivant eux, comprennent un certain nombre de faits de rétrécissements tuberculeux, de rétrécissements syphilitiques et surtout des sténoses liées à un processus inflammatoire vulgaire, ce processus pouvant avoir eu pour point de départ une infection au niveau d'une syphilide rectale. Dans ce dernier cas, le rétrécissement, syphilitique par son origine, ne l'est pas par sa nature. Dans l'exposé des divers modes de traitement, y compris l'entéro-anastomose récemment pratiquée en Amérique, nous relèverons en particulier ce qui est dit de l'extirpation, dont on a beaucoup parlé depuis quelques années. C'est le plus efficace des traitements, mais il n'est pas curatif. Un résumé de 19 extirpations suivies à longue échéance montre que le résultat éloigné n'est pas parfait, qu'il persiste de la rectite et que cette rectite est trop souvent le point de départ d'une nouvelle sténose.

Le chapitre des hémorrhoïdes contient des aperçus nouveaux sur l'anatomie pathologique et sur la pathogénie des accidents hémorrhoïdaires. A propos de la fissure anale, MM. Quénu et Hartmann, montrent que les douleurs tiennent à une névrite des nerfs sous-jacents à l'ulcère, ce qui explique les cas de persistance de la douleur après guérison de l'ulcère. Les recherches expérimentales sur la dilatation de l'anus montrent qu'il n'y a pas rupture des fibres musculaires mais réflexe paralysant sur le sphincter.

L'ouvrage se termine par une étude des diverses ulcérations qu'on rencontre au niveau de l'anus et du rectum.

Ce livre est établi sur 75 observations personnelles relatives aux points plus spécialement étudiés, avec 137 dessins, dont un grand nombre en couleur; joignez à cela deux planches en chromo, deux en photogravure, et vous nous accorderez qu'il faut féliciter à la fois auteurs et éditeur.

A. Broca,

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

INDEX CATALOGUE OF THE LIBRAIRY OF SURGEON-GENERAL'S OFFICE U. S. ARMY, Vol. XIV. Sutures-Universally, 1893. Vol. XV. Universidad-Vzoroff, 1894.

Cette remarquable publication s'achemine vers sa terminaison, elle compte maintenant 6,152 titres d'auteurs et plus de 45,000 titres d'articles de brochures ou de publications périodiques, parmi lesquels nous avons maintes fois constaté tous les travaux originaux et un grand nombre de Premiers-Paris de la *Gazette hebdomadaire*.

Les articles les plus importants de ces deux volumes sont : Universités, United States, Switzerland (Suisse), Syphilis, Température, Thyroïde, Tuberculose, Tumeurs, The Tongue (la langue), Urine, Urobiline, Urèthre, Utérus, Vaccination, Veines, Ventilation, Viscères.

Thèses de Paris.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'APPENDICITE A RÉPÉTITION DANS L'INTERVALE DES CRISES par M. Léon DAMAYE.

L'appendicite à répétition est un syndrome constitué par des poussées inflammatoires appendiculaires ou périappendiculaires, qui se reproduisent à des intervalles plus ou moins rapprochés et qui sont le réveil d'un « microbisme latent ».

Ce syndrome répond à des lésions chroniques variées de l'appendice ou de son revêtement séreux, lésions qu'il est impossible d'apprécier exactement par l'examen clinique.

En pratique, toutes les fois que, après une attaque d'appendicite, — celle-ci fût-elle unique, — persistera dans la fosse iliaque droite et une tumeur sensible à la pression et sans tendance à la résolution, on devra craindre des rechutes et porter le diagnostic d'appendicite à répétition.

Le malade qui en est atteint est exposé à des accidents d'une extrême gravité, tels qu'une péritonite suraiguë par perforation ; ou bien il est réduit, par la fréquence des rechutes et les troubles digestifs, à l'état d'un infirme chronique.

Le traitement chirurgical, seul, peut être efficace pour prévenir les rechutes et leurs dangers. Il consiste à réséquer l'appendice vermiforme, organe inutile et devenu nuisible.

Parfois, les adhérences de l'appendice sont telles que son excision est impossible ou dangereuse : on se contentera alors de détacher les principales adhérences ; cette intervention incomplète peut suffire à amener la guérison.

Il y a un immense avantage à intervenir « à froid », c'est-à-dire dans un intervalle de calme entre deux attaques.

L'intervention devra être aussi précoce que possible : on y aura recours aussitôt qu'on aura porté le diagnostic d'appendicite à répétition, et n'y eût-il eu qu'une seule attaque.

L'indication subsiste même dans les cas où l'on est déjà intervenu pendant une crise pour évacuer une collection purulente, si l'appendice n'a pu être alors réséqué et s'il persiste des lésions pouvant donner lieu à de nouvelles rechutes.

Lorsqu'on fait une laparatomie pour une cause quelconque, il est bon de s'assurer de l'état de l'appendice : s'il présente des lésions, on les réséquera après l'avoir libéré des adhérences qu'il pourrait présenter.

Le manuel opératoire comprend quatre temps :

1° Incision de la paroi abdominale ; l'incision dans la fosse iliaque droite, couche par couche, suivant le procédé de Roux (de Lausanne), est la voie la plus rapide et la plus sûre : c'est celle qui convient à presque tous les cas.

2° Recherche de l'appendice et libération des adhérences

3° Résection de l'appendice et sutures étagées du moignon.

4° Sutures étagées de la paroi abdominale ; drainage, si l'on a rencontré des lésions suppuratives

L'opération « à froid », déjà pratiquée plusieurs centaines de fois, et surtout en Amérique, a donné une mortalité très faible, s'élevant à peine à 2 pour 100.

VARIÉTÉS

Assainissement de la Maternité. — Le Conseil municipal vient de se préoccuper de l'hygiène des maternités. Répondant à une question de MM. Paul Strauss et Dubois qui signalait l'état défectueux de l'installation des services de la Maternité, le directeur de l'Assistance publique dit qu'un projet de réédification a été mis à l'étude. Il a reçu un commencement d'exécution par la construction d'un pavillon qui actuellement constitue avec certaines autres annexes la clinique Baudeloque. En outre, l'ordre vient d'être donné d'exécuter les travaux nécessaires à la salle de travail.

D'autres améliorations s'imposent ; une somme de 30,000 fr. est nécessaire, qui pourra être prélevée sur les fonds restant disponibles sur les emprunts antérieurs à 1886. Un mémoire à ce sujet va être introduit au Conseil.

M. Paul Strauss ayant, en outre, demandé que la statistique de la mortalité des services d'accouchement soit fournie au Conseil, le directeur de l'Assistance publique dit qu'il insistera auprès des chefs de service pour obtenir ces documents.

Le Conseil renvoie à la 5° commission la proposition suivante de M. Dubois :

L'administration est invitée : 1° à fournir au Conseil des plans et devis pour une construction à l'hospice de la Maternité destinée aux services d'accouchements ; 2° à fournir des plans et devis pour une construction destinée au service des morts ; 3° à faire d'urgence nettoyer les locaux existants et à renouveler le mobilier ; 4° à faire d'urgence modifier la salle d'accouchements et organiser une salle d'accouchements supplémentaire pour les cas d'infection ; 5° à établir d'urgence des chambres d'isolement.

Est ensuite adoptée une proposition de M. Paul Strauss invitant l'administration à prendre les mesures immédiates pour les réparations strictement indispensables à la Maternité, pour restaurer le service d'accouchements au point de vue des conditions matérielles et pour fournir la statistique de toutes les maladies traitées et de tous les décès survenus.

Association générale des médecins de France. — Le banquet du 21 avril sera présidé cette année par M. le ministre de l'Intérieur. M. le président Lannelongue l'a invité, en effet, à assister à cette fête confraternelle en motivant cette invitation dans les termes suivants :

Monsieur le Ministre.

Je viens au nom de l'Association générale des médecins de France, vous prier de vouloir bien présider le banquet offert par le conseil général, de cette Association à MM. les délégués des Sociétés locales de chaque département.

Vous ferez ainsi un très grand honneur aux neuf mille adhérents de l'Association que je préside et ce sera pour vous l'occasion de témoigner de votre sollicitude à l'une des Associations de bienfaisance qui relèvent de votre administration.

Veuillez agréer, etc.

Dr LANNELONGUE.

M. le ministre de l'Intérieur ayant bien voulu accepter cette invitation, le Conseil général prie instamment MM. les membres de la Société centrale et MM. les délégués de province d'assister tous à ce banquet au cours duquel des médailles d'or seront décernées par M. le ministre à M. le Dr Brun, trésorier de l'Association depuis son origine et à M. le Dr Jeannel, à l'initiative duquel est due la fondation de l'Association.

Association amicale des internes et anciens internes en médecine des hôpitaux de Paris. — L'assemblée générale de l'Association aura lieu le samedi 20 avril, à 4 heures, dans le grand amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria.

Banquet de l'Internat. — Le banquet annuel de l'internat en médecine aura lieu le samedi 20 avril, à 7 heures et demie sous la présidence du professeur Tillaux, dans les salons de l'*Hôtel Terminus*. Le prix est fixé, comme chaque année, à 20 francs pour les anciens internes, et à 16 francs pour les internes en exercice.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

BULLETIN

Les réformes hospitalières.

Marlotte, le 15 avril 1895.

A maintes reprises, ici même, j'ai cherché à faire voir quels inconvénients capitaux présentaient en certains points les réformes projetées par M. le Directeur général. Le service des consultations, la suppression du Bureau central, la circonscription hospitalière, la création des assistants, etc., ont été l'objet d'articles nombreux sur lesquels je ne veux pas revenir : la protestation qu'à l'unanimité les chirurgiens des hôpitaux ont signée, résume avec une netteté parfaite la plupart des arguments que j'avais cherché à développer.

Malgré nous, et, sur beaucoup de points malgré le Conseil de surveillance de l'Assistance publique, M. Peyron, — dont le projet initial nous avait semblé à bien des égards excellent et si tolérant, qu'à la presque unanimité nous l'avions approuvé sauf quelques réserves de détail — a évolué franchement vers le projet « niveleur » présenté par M. le Dr Dubois au Conseil municipal. Et, sans avoir essayé de faire fonctionner le règlement actuel, en l'améliorant et en forçant à le respecter ceux des médecins, chirurgiens et internes qui en prenaient parfois trop à leur aise, notre sympathique Directeur général veut nous imposer une grande réforme!

Cette réforme, sans doute, consistera avant tout en modifications sur le papier. On voit déjà dans le nouveau règlement — ou du moins dans celles de ses parties que j'ai pu comprendre en première lecture, et c'est joliment difficile! — les tournants où l'on pourra se défiler. D'ici à quelques semaines, tout fonctionnera à peu près comme auparavant; ceux d'entre nous — la grande majorité — qui font bien leur service, continueront à le faire bien et à n'être pas décorés; ceux qui le faisaient mal continueront eux aussi et ceux de leurs collègues qui vont régulièrement à l'hôpital liront de temps à autre, à leur place, un fulminant rappel au règlement. Fulminant, mais platonique.

M. Peyron, dont on connaît l'aimable scepticisme, est certainement le premier à penser comme nous. Sans cela, ayant en mains de quoi faire très bien marcher les choses avec le règlement actuel, on se demande pourquoi il l'aurait changé, s'il n'était pas décidé à traiter les gens avec la même indulgence sous le nouveau régime. Au fond, ça aura donné un os à ronger aux réclamants pendant les trois ou quatre ans qu'aura duré la discussion des grrrandes réformes; on va rester tranquille pendant les quelques années nécessaires pour constater que l'os n'était pas aussi médullaire que celui de Rabelais; puis on aura quelques années devant soi pendant lesquelles on laissera s'accumuler les réclamations. Et alors on pourra recommencer, comme dans la chanson « du petit navire ».

Après tout n'est-ce pas la vraie philosophie! On cherche, pendant qu'on reste jeune, si tout est pour le mieux dans le meilleur des mondes; et finalement chacun de nous, comme M. le Directeur général, aboutit à cultiver son jardin.

Cette manière de voir les choses se rapproche trop de celle que pour mon propre compte je professe, pour que j'eusse songé à protester si je n'avais lu dans le *Temps* une interview où M. Peyron m'a paru pousser un peu loin la doctrine. Cette interview — bonne à démentir sans doute comme toutes les interview — peut se résumer de la façon suivante : J'ai contre moi sur les points fondamentaux l'unanimité du corps médico-chirurgical et la majorité du conseil de surveillance; aussi, sans chercher à arriver à une entente, qui eût été facile à trouver en prenant pour base mon projet primitif, j'ai envoyé signer par le préfet de la Seine le projet du conseil municipal, pendant que le conseil de surveillance délibérait.

Si j'étais membre du conseil de surveillance, j'avoue que je trouverais le procédé un peu cavalier, et j'oserais penser qu'entre le conseil municipal et le conseil de surveillance, M. le Directeur général avait le devoir strict de se prononcer en faveur du conseil de surveillance, si véritablement il y avait un conflit insoluble, — ce qui d'ailleurs n'est pas tout à fait démontré. Au conseil municipal, on interpelle, je le sais et le Directeur général n'est pas toujours sur un lit de roses, quand il veut sauvegarder l'indépendance de son administration. Aussi, toujours aimable et sceptique, n'essaie-t-il même

pas de protester et c'est d'un œil calme qu'il contemple la perte progressive de cette indépendance. Entre le conseil de surveillance, dont il est le chef, et le conseil municipal, son choix est fait, nous apprend le *Temps* : il se prononce en faveur du conseil municipal !

Espérons que l'interviewer aura mal rendu la pensée de M. le Directeur général et que, quand je reviendrai à Paris, je lirai dans le *Temps* un communiqué officieux démentant le propos. Car il serait vraiment pénible, et pour le conseil de surveillance et pour le corps médico-chirurgical des hôpitaux, de savoir que le gardien naturel de leurs prérogatives s'est transformé volontairement en un agent municipal, j'allais dire, si je n'avais craint d'être irrévérencieux, ce que je tiens à éviter à tout prix, en un garde municipal.

A. Broca.

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'actinomycose humaine à Lyon,

par M. le professeur A. Poncet.

J'ai présenté à l'Académie de médecine, au mois de décembre 1892, la première observation d'actinomycose humaine observée à Lyon. Ce fait a été publié dans la *Gazette hebdomadaire* de février 1893, par mon chef de laboratoire, le Dr Dor, et en 1894, un de mes élèves M. le Dr Jirou, dans sa thèse : *Contribution à l'étude de l'actinomycose en France et en particulier dans la région lyonnaise*, a pu réunir quatre cas d'actinomycose suivis à l'Hôtel-Dieu (Th. de Lyon 1894).

Depuis lors, j'ai observé cinq cas nouveaux, ce qui porte à neuf la totalité des observations lyonnaises depuis deux ans à peine. C'est l'exposé de ces cinq dernières observations que je veux faire ici.

Dans une des dernières séances de l'Académie, j'ai montré les photographies de ces malades, en même temps que de très belles cultures d'actinomycose, obtenues dans mon laboratoire (Dor, Bérard) sur des grains de blé et d'avoine. Les grains ensemencés avaient une coloration jaune, soufrée, très particulière, comme s'ils avaient été enduits d'une couche de soufre ou encore d'iodoforme.

Le premier de ces cas d'actinomycose offre le grand intérêt de s'être développé à Lyon même et de s'être terminé par la mort, de sorte que nous avons pu faire la seconde autopsie française d'actinomycose humaine (la première ayant été pratiquée par Netter). Le second cas a ceci de particulier, qu'il s'agit d'une forme nouvelle et non décrite d'actinomycose, *forme nécrosante, médullisante*, rappelant la nécrose phosphorée des maxillaires ou mieux encore des lésions gommeuses syphilitiques essentiellement destructives, enfin le troisième cas est également intéressant par sa rareté. Il s'agit d'une actinomycose ayant débuté par une périchondrite du cartilage thyroïde et qui peu à peu envahit d'abord les régions périlaryngées puis presque tout le cou.

Cette observation doit être rangée à côté du premier des trois faits de Mündler (*Trois cas d'actinomycose laryngée et périlaryngée, Beitr. für Chir.*, vol. VIII).

En effet, l'actinomycose périlaryngée est assez fréquente, Doyen (*Congrès de chirurgie*, 1891), Linden (Thèse de Bonn 1892), Mündler (*loc. cit.*), mais dans notre cas il s'agissait d'une actinomycose laryngée, d'une périchondrite du cartilage thyroïde présentant des symptômes à la fois exo et endolaryngés. Seul, le premier des trois cas de Mündler avait cette apparence au début. C'est donc la seconde fois seulement que l'on voit une véritable laryngite actinomycosique.

Quant aux trois autres observations elles sont relativement communes. L'actinomycose y occupe, les régions massétérines et temporo-maxillaires, la branche montante du maxillaire inférieur, régions qui sont, on le sait, le lieu d'élection des manifestations actinomycosiques.

Voici ces six observations dont cinq sont inédites.

Observation I. — *Actinomycose thoraco-pulmonaire. Lésions diffuses. — Mort. — Autopsie.*

Ducourthial Marius, 48 ans, maçon, né à Saint-Hilaire (Puy-de-Dôme), salle Saint-Philippe n° 11. Entré le 20 juin 1894. Mort le 2 décembre 1894 (Observation recueillie par M. Bérard, interne des hôpitaux).

Pas d'antécédents héréditaires. Bonne santé. Habitudes alcooliques. Habite Lyon depuis plusieurs années rue Sébastien Gryphe n° 30. Occupe une chambre au rez-de-chaussée dans une vieille maison. Sur l'un des murs il y avait des moisissures provenant de ce qu'une fosse à fumier est adossée à ce mur extérieurement. Depuis le mois de février le malade maigrit et perd ses forces, il est atteint dans le courant du mois d'avril d'une affection pulmonaire aiguë de très courte durée (trois jours). C'est cette affection qui le détermine à entrer à l'hôpital où il ne présente d'ailleurs plus de fièvre à son entrée.

Il est admis dans le service de M. le professeur Lépine qui constate simplement un empâtement thoracique antérieur diffus, surtout marqué au-dessous et en dehors de la région précordiale avec voussure des côtes, un peu d'œdème de la peau et par places, des élevures rouges violacées, fistuleuses. M. Lépine fait le diagnostic d'abcès thoracique, très probablement de nature actinomycosique. Par la percussion, on constate une zone de matité à la base gauche.

Dans l'aisselle respiration soufflante. Pas de dyspnée notable. Température rectale 38°5, le soir de l'arrivée. Au cœur le premier bruit est très prolongé. Pouls régulier, petit à 84. Le malade est transféré à la Clinique chirurgicale le 20 juin 1894, où j'étais remplacé par mon collègue Et. Rollet.

On constate à la partie inférieure gauche du thorax, en avant, une tuméfaction du volume d'une aveline, avec fluctuation profonde perçue à la palpation bimanuelle. Une ponction exploratrice pratiquée au point le plus saillant ramène un liquide épais, louche, qui est porté à mon laboratoire. M. Dor y trouve de nombreux actinomyces. On fait alors l'incision de la collection. On pratique un raclage, on ne trouve pas de point costal dénudé ni de trajet communiquant avec l'intérieur du thorax. Le malade est soumis à la médication iodurée; il prend 3 grammes d'iodure pendant vingt jours de chaque mois. Après une amélioration apparente, les lésions reprennent une évolution envahissante. Le malade crache beaucoup et dans ses crachats, on peut déceler des granulations actimonycosiques en assez grande quantité. Un plastron induré, de plus en plus large, s'étend au pourtour de la plaie thoracique, faisant adhérer la peau aux plans musculo-osseux. Des fistules se sont ouvertes par lesquelles s'échappe un peu de sérosité sanguinolente, contenant des grains jaunes. Le 25 juin, mon chef de clinique le Dr Curtillet pratique un nouveau raclage, puis un troisième devient nécessaire le 5 août. A la suite de chaque intervention le malade reprend de l'appétit, mais il tousse toujours beaucoup. En raison des fortes chaleurs, on décide de l'envoyer à la campagne, à l'asile des convalescents de Sainte-Eugénie.

Il reste dans cet hôpital jusqu'au 19 novembre et revient à l'Hôtel-Dieu dans un état beaucoup plus grave. Il a l'aspect d'un phthisique à la dernière période. Décharné, pâle, sans vigueur, il présente un œdème cachectique bilatéral remontant jusqu'aux genoux.

Du côté du thorax, toute la zone sous-jacente à une ligne horizontale passant par le mamelon est occupée par une masse dure, englobant les parties molles, le squelette, dans des tissus lardacés et fongueux, sur une hauteur de 8 à 10 centimètres. Plusieurs fistules à bords fongueux, quelques-unes

avec un orifice en saillie, donnent issue à un liquide séro-hématique, dans lequel les grains jaunes sont toujours très nombreux, les trajets conduisent profondément dans des tissus mous et sur la sixième et la septième côtes dénudées par places.

L'auscultation, un peu au-dessous de la région malade, décèle des signes de bronchopneumonie très développée. Souffle, râles gros et fins, crépitants et muqueux. Sous la clavicule, craquements humides, comparables à ceux d'un tuberculeux. Quintes de toux fréquentes avec expectoration de crachats légèrement rouillés, en très grande abondance. Les grains d'actinomycose qui y sont contenus, se détachent très bien sur le fond rose brun. Ils ne sont pas jaunes, mais bien grisâtres et le microscope seul permet d'affirmer leur nature. Quelques-uns sont à la limite de la visibilité à l'œil nu, d'autres sont facilement appréciables.

La température oscille entre 37°6 et 38°8 (temp. rectale). Un peu d'albumine dans les urines.

Les lésions cachectiques s'accentuent encore et le malade succombe le 2 décembre.

Autopsie pratiquée par MM. Dor et Berard. — Sur une étendue qui va de la 2e à la 6e côte, du niveau du sternum à la ligne axillaire, à gauche, entre la peau ulcérée par places et les muscles interscostaux, on trouve une boue jaunâtre ayant l'aspect de pulpe d'orange pressée, s'enlevant facilement par le grattage et constituée par des débris de tissu cellulo-musculaire sphacélé. Les désordres s'étendent en bas jusqu'à la huitième côte. Pas de trajets menant dans l'intérieur de la cavité thoracique. Après ablation du plastron thoracique très adhérent au poumon droit et au péricarde, le poumon gauche se présente soudé complètement à la paroi, infiltré dans ses deux tiers inférieurs, de la même boue que les parties molles sous-cutanées, avec lésions diffuses de broncho-pneumonie chronique. Les deux plèvres renferment un litre à peu près d'un liquide louche, jaunâtre, avec grains jaunes.

Les poumons sont extraits de la cavité thoracique. On reconnaît que les lésions sont surtout marquées à la base gauche, elles ont envahi de là, par continuité, et à la façon d'un véritable néoplasme, le péricarde et le myocarde. Le péricarde est considérablement hypertrophié, et il existe une symphyse presque totale.

Tous les tissus envahis sont sillonnés de bandes jaunes, orangées, de consistance molle, avec des grains très nombreux. Il n'existe aucune lésion au sommet du poumon gauche. Le poumon droit est simplement congestionné.

Dans l'abdomen, à la face inférieure du diaphragme, une surface large comme la main est infiltrée de lésions analogues à celles des autres tissus malades. La rate, assez grosse, adhère au diaphragme par sa face postérieure au moyen d'une bande de tissu actinomycosique qui ne pénètre pas à plus de 1 cm. de profondeur dans la substance splénique.

Le rein gauche, gros, pâle, adhérent à sa capsule, présente à sa surface une tache de la largeur d'une piece de 2 francs qui est constituée aussi par une prolongation de l'infiltration.

Les autres organes abdominaux sont indemnes de même que les organes intra-crâniens. Par la dissociation de tous les tissus malades, on peut trouver de nombreux grains actinomycosiques.

Des inoculations furent pratiquées à quelques animaux, mais ceux-ci succombèrent tous en 48 heures, emportés par des d'accidents infectieux. Il y avait donc des microbes virulents associés à l'actinomycose; mon interne, M. Bérard, qui avait pratiqué l'autopsie avec M. Dor, pourrait en témoigner, attendu qu'il fut pris, après l'autopsie, de folliculite pilaire et de lymphangite de la main et de l'avant-bras.

Pour cette même raison, les cultures ne purent pas être obtenues pures, bien qu'elles aient été essayées dans le vide à plusieurs reprises. Mais il n'était besoin ni de cultures, ni d'inoculations pour faire le diagnostic L'examen des nombreux grains jaunes était absolument suffisant. D'ailleurs l'aspect général des lésions avait quelque chose de tout à fait à part qui ne rappelait rien de ce que l'on a l'habitude de voir. Si des cas d'actinomycose semblables à celui-ci ont été méconnus à l'autopsie, ils n'ont pu être pris que pour une tumeur encéphaloïde du poumon, peut-être aussi pour des gommes, mais certainement pas pour des lésions tuberculeuses, pour une pneumonie. *La couleur jaune était aussi intense que si l'on avait versé un peu d'acide chromique sur tous les tissus malades.* Une autre particularité était la diffusion des lésions, de proche en proche, infiltrant le péricarde, le myocarde, le diaphragme, la périphérie de la rate et du rein, mais il n'y avait pas de noyau métastatique aberrant.

Ces pièces anatomiques ont été présentées à la société des Sciences médicales de Lyon, ainsi, du reste, que tous nos actinomycosiques, lorsque la chose a été possible.

Voici maintenant la deuxième observation :

Nécrose actinomycosique du maxillaire supérieur gauche. Actinomycose térébrante. Large perte de substance comme dans un syphilome tertiaire. Envahissement de la base du crâne. Mort. (Observation recueillie par M. Garcin, interne des hôpitaux.)

C. S..., âgée de 66 ans, ménagère, habitant Corbonod près Seyssel (Ain), est entrée à la Clinique, salle Sainte-Anne, le 16 novembre 1894 (J'étais suppléé par mon collègue Et. Rollet).

La malade se fait difficilement comprendre, en raison de l'étendue des lésions buccales.

Ses antécédents héréditaires sont nuls.

Dans ses antécédents personnels, vierges de tout incident pathologique, on note seulement ce fait que, deux ans après son mariage, elle eut un enfant qui mourut deux ans après sa naissance.

Pas de fausses couches.

Elle a une fille de 17 ans, très bien portante.

Son mari est vivant et a toujours joui d'une santé robuste.

La malade travaille à la campagne, dans les champs, elle garde souvent les bestiaux, et quand arrive la saison des travaux dans les vignes, *elle tient, à tout moment, serrés entre les dents, des faisceaux de paille destinés à lier les ceps.*

Le début de son affection remonte à cinq mois et demi seulement.

Il fut nettement marqué par des douleurs assez vives, au niveau des dents de la moitié gauche du maxillaire supérieur.

Ces dents étaient, du reste, cariées pour la plupart, depuis fort longtemps, et l'avaient fait vivement souffrir à plusieurs reprises.

Elles devinrent rapidement mobiles dans leurs alvéoles, de sorte qu'un mois après le début de son affection, la malade put elle-même et très facilement en extraire deux avec les doigts.

Les douleurs persistant tenaces et aussi vives au niveau des autres dents de la même zone alvéolaire, elle alla consulter le Dr Sérullaz, de Seyssel, qui lui en extirpa quatre, à trois reprises différentes.

A la seconde intervention, il vint avec la dent un fragment du maxillaire supérieur devenu rapidement friable, et c'est cette pièce que le docteur Sérullaz envoya au laboratoire de M. le professeur Poncet où M. Dor en fit un examen microscopique. Il trouva dans les cavités du séquestre de nombreux actinomyces qui ne laissaient aucun doute sur la nature de la maladie.

Durant cette période, la malade est très affirmative à ce sujet, et jusqu'à maintenant du reste, elle n'eut aucune trace de gonflement du côté des gencives; elle n'eut jamais de tuméfaction de la joue.

La lésion fit de rapides progrès, détruisant le palais du côté gauche en partie, rongeant la zone alvéolaire, nécrosant enfin presque tout le maxillaire supérieur.

Le Dr Sérullaz intervint de nouveau, il râcla les parties nécrosées, et comme complément, institua à l'intérieur un traitement à l'iodure de potassium.

Fait très intéressant, la maladie s'arrêta très rapidement dans sa marche, le processus destructif s'apaisa, et la perte de substance semble aujourd'hui à peu près complètement limitée.

A son entrée à l'hôpital, la malade n'est pas du tout cachectique, elle semble, au contraire, avoir un assez bon état général ; elle dit cependant avoir maigri sensiblement depuis trois mois. Nos recherches au point de vue d'une syphilis antérieure, de lésions tertiaires, sont nulles.

Pas d'hyperostoses, pas de douleurs osseuses, pas d'ulcérations, pas de cicatrices, pas de groupes ganglionnaires. La

vue et l'ouïe sont normales; les dents cariées en haut, du côté droit, sont relativement bonnes, à la mâchoire inférieure.

Au milieu des désordres de la cavité buccale, le nez reste planté sans aucun effondrement.

Actuellement, les désordres causés par la lésion sont très étendus.

Le massif maxillaire et la moitié gauche du palais ont à peu près disparu complètement, laissant à leur place une cavité, sans aucune régularité de forme, bizarrement taillée au milieu de la face, cavité où viennent communiquer la bouche, le sinus maxillaire très largement ouvert, la fosse ptérygo-maxillaire, et enfin les deux fosses nasales, un peu voilées par la partie du plan palatin gauche resté indemne, car la lésion a respecté complètement la ligne médiane et a emporté le palais gauche suivant une ligne courbe.

Sur les parois du sinus est établie une couche d'un produit puriforme, semi-concret, dans lequel on cherche en vain, à l'œil nu, la présence de grains jaunes. Ce produit n'a que peu d'odeur.

Dans le cours de son affection, la malade n'a jamais présenté de collection purulente; jamais elle n'a craché de pus, jamais non plus il n'est sorti de pus par les narines.

Toutes les parties détruites, nécrosées, n'offrent ni végétations ni bourgeonnements; jamais aucune hémorrhagie buccale n'a accompagné le processus destructif.

Les tissus limitant la zone détruite sont roses, un peu pâles, de bonne apparence, et nulle part ne se montre trace d'ulcération.

Leur pression n'est pas douloureuse, sauf en un point, au niveau de la face postérieure de la gencive des incisives supérieures gauches, où l'on sent à l'exploration digitale, une sorte de petit bourgeon charnu qui semble être un peu plus rouge que les tissus des régions voisines.

A la limite antérieure de la lésion, deux dents sont déjà branlantes et l'on pourrait facilement les extraire avec les doigts; du reste, elles ne provoquent aucune douleur et ne semblent pas cariées, à un examen superficiel.

La malade n'accuse pas de douleurs spontanées, sauf au niveau du sillon naso-facial et vers l'angle interne de l'œil du côté gauche, douleurs fort légères, et à ce niveau on ne remarque rien de particulier. Il ne semble pas que la paroi inférieure de l'orbite soit atteinte, bien qu'à une très légère pression qui ne provoque pas de réaction douloureuse, elle paraisse un peu molle et comme mal soutenue.

La malade n'a jamais accusé de troubles oculaires, sauf un léger épiphora du côté de la lésion, épiphora qui n'apparaît que sous l'influence de l'air vif.

Le sens du goût est à peu près complètement aboli, et les sensations olfactives sont également, à peu près éteintes. Pas d'exagération de la salivation. La langue est humide, rose, bien étalée et n'offre pas trace d'induration quand on la palpe.

On trouve un petit ganglion sus-hyoïdien médian et un autre ganglion également petit, peu mobile, vers l'angle de la mâchoire inférieure.

Pas de ganglions géniens.

La joue, affaissée par la destruction du massif maxillaire, a gardé sa coloration normale, elle n'a pris aucune part à l'évolution de la maladie.

Poumons. — L'auscultation révèle seulement un peu d'emphysème. Pas de râles nulle part. La malade ne tousse pas.

Cœur. — Bruit légèrement sourd; pas de souffle.

Urines. — Ni sucre ni albumine.

En résumé, la malade est atteinte d'une lésion essentiellement destructive de la cavité buccale, lésion ayant nettement débuté au niveau des dents cariées et du bord alvéolaire de la moitié gauche du maxillaire supérieur, lésion qui, dans son envahissement, a presque complètement respecté la ligne médiane palatine. Cette lésion, très rapidement destructive, puisque cinq mois lui ont suffi pour creuser dans la bouche cette énorme cavité, a évolué sans phénomènes réactionnels, sans douleurs trop violentes, sans gonflement, sans hémorrhagies.

La marche semble définitivement arrêtée par le traitement à l'iodure de potassium.

L'examen microscopique fait par M. le Dr Dor au laboratoire de M. le professeur Poncet, a nettement révélé, dans la pièce envoyée par le docteur Serullaz, la présence des grains jaunes caractéristiques de l'actinomycose.

Cette malade reste plusieurs semaines dans le service sans aucun incident nouveau. On lui donne de l'iodure à haute dose, 4 à 6 grammes par jour. Sous l'influence de la médication iodurée, son état paraît s'améliorer, mais les douleurs ont de la tendance à reparaître. La malade est prise de nostalgie et, quoique souffrant plus qu'au moment de son entrée, elle demande son exeat qui lui est accordé le 24 décembre 1894.

D'après les renseignements qui ont été communiqués ces jours-ci à M. Poncet par son médecin le Dr Serullaz, elle est morte le 8 janvier dernier. Depuis son retour dans son pays, écrivait le Dr Serullaz, les douleurs avaient augmenté, l'actinomycose s'était étendue à la région orbitaire gauche, elle avait envahi la base du crâne. Dans les derniers jours, la malade, qui n'avait plus fait aucun traitement depuis sa sortie de l'Hôtel-Dieu, avait présenté du délire, des signes de méningite, etc.

La troisième observation est relative à un cas exceptionnel et des plus graves d'actinomycose.

Obs. III. — *Périchondrite actinomycosique du cartilage thyroïde droit. Secondairement, actinomycose périlaryngée et phlegmon cervical chronique. Troubles fonctionnels graves. Cachexie. Mort.* (Observation recueillie par M. Bérard). Phanes Jean, 57 ans, forgeron, né à Champoly (Loire). Entré le 31 octobre 1894 à la clinique de M. Poncet (salle Saint-Philippe, n° 28.)

Le malade a eu 8 frères ou sœurs dont 5 sont morts, à un âge avancé, d'affection inconnue.



Fig. 1. — Périchondrite actinomycosique du cartilage thyroïde droit, actinomycose péri-laryngée. Phlegmon cervical chronique. Cachexie. Mort.

(*L'entaille voisine du nez est le fait d'un accident arrivé à la photographie.*)

Marié à 22 ans, il a eu quatre enfants dont un seul vit encore et se porte bien, les trois autres sont morts dans la première enfance de cinq mois à un an. En outre, sa femme a eu une fausse couche des suites de laquelle elle est morte.

Personnellement, il n'accuse aucun antécédent morbide, pas de rhumatisme, pas de syphilis ou d'affection pulmonaire. A l'âge de 24 ans, il perdit l'œil droit à la suite d'une blessure par une paillette métallique. Cet œil est actuellement phthisique. Il y a 10 ans, on lui ouvrit un abcès au niveau du malaire droit; la cicatrice, encore visible, est adhérente à l'os.

L'affection qui l'amène à l'hôpital date de treize mois. A ce moment il ressentit quelques picotements dans la région sus-hyoïdienne, et au bout de quelques jours apparut au niveau de l'aile droite du cartilage thyroïde, une tuméfaction indolore, dont le volume s'accrut progressivement jusqu'à atteindre la grosseur d'un œuf de pigeon, sans déterminer d'ailleurs, de retentissement sur l'état général. Dysphagie et

dysphonie. Il se présenta une première fois à l'hôpital. A l'examen laryngoscopique, on constata un œdème considérable au niveau du repli aryténo-épiglottique droit. Cet œdème se prolonge sur tout le cartilage aryténoïde, la corde vocale supérieure de ce côté, est également infiltrée et cache la corde vocale inférieure. Tout le larynx est rouge, violacé. Il n'y a aucune ulcération. Le diagnostic fut hésitant entre laryngite syphilitique et laryngite infectieuse d'une autre nature, mais l'hypothèse d'un néoplasme fut absolument écartée. Le 21 octobre 1893, le malade qui avait été soumis au traitement ioduré n'alllait pas mieux; une collection pointait vers l'extérieur et devenait fluctuante. M. Jaboulay fit une incision et il s'écoula un liquide séreux dans lequel personne n'eut l'idée de rechercher des actinomyces, bien que le cas parût étrange. Trois mois après, la tuméfaction avait reparu au même niveau. Une incision plus large fut pratiquée. Au bout de quelques semaines, les lésions prennent une marche envahissante, s'étendent le long du sterno-mastoïdien droit qui était englobé dans une masse pâteuse indurée; puis le côté gauche de la loge cervicale moyenne était infiltré à son tour, si bien que l'aspect devint celui d'un néoplasme laryngé, ayant envahi les parties voisines. Cependant l'examen laryngoscopique ne confirmait pas cette manière de voir. Encore une fois on se contenta d'inciser les points suppurés et on continua le traitement par l'iodure.

L'état s'améliora beaucoup et le malade put être envoyé à l'asile de convalescence de Sainte-Eugénie (août 1894). Mais le 2 novembre il entre d'urgence à l'Hôtel-Dieu. Depuis quelques jours il a été pris de crises de suffocation inquiétantes, pouvant exiger une trachéotomie. A son arrivée il est cyanosé et semble en imminence d'asphyxie. Pendant deux jours les instruments de la trachéotomie sont préparés à portée de son lit. Par le repos, cette phase aiguë diminue cependant et au bout d'une semaine, le malade peut être mieux examiné. Il semble que la tête est soudée sur le thorax par un plastron ligneux allant d'un sterno-mastoïdien à l'autre; la région cervicale antérieure bosselée, est capitonnée par plusieurs orifices fistuleux adhérents aux plans profonds et situés les uns dans la région sous-hyoïdienne, les autres, le long des bords du sterno-mastoïdien. Tous ces tissus sont durs, sans distinction possible des organes, se fondant latéralement et par transition avec ceux de la nuque restés à peu près normaux. Cependant, au-dessous de la ligne occipitale droite, on constate une grosseur du volume d'un petit œuf, immobile superficiellement et dans la profondeur, ulcérée en un point par un orifice fistuleux déprimé et à bords adhérents. Toutes ces fistules, peu profondes, sans connexions squelettiques apparentes, donnent issue à un magma granuleux. Les mouvements spontanés de la tête sont très limités dans tous les sens, surtout du côté de la flexion. A l'auscultation on constate, au sommet gauche, en arrière, des râles crépitants; la respiration est rude et aux deux sommets en avant et en arrière, le murmure vésiculaire est masqué par le bruit de cornage laryngé. En avant et à la base droite, râles ronflants et sibilants.

L'immobilité du creux sus-sternal englobé dans les tissus indurés ne permet pas de constater s'il y a du tirage.

La voix grasse, presque éteinte, est goîtreuse; la dyspnée encore considérable. A l'examen laryngoscopique, on ne constate pas de déviation ni de déformation en masse du larynx, mais une infiltration générale des replis aryténo-épiglottiques et des cordes supérieures qui sont boursoufflées, volumineuses et recouvertes d'un enduit muco-purulent. Pas de signes de paralysie des cordes. Les fonctions digestives s'opèrent normalement bien que la déglutition des aliments solides exige des efforts longs et considérables; à l'exploration de l'œsophage par le cathéter à olive (n° 2) on est arrêté, dès l'entrée du conduit, par un obstacle infranchissable et les tentatives de passage déterminent des réflexes laryngés intenses.

M. Jaboulay faisait le service à ce moment, se rappelant l'évolution de ce cas bizarre, il écarta toute idée de néoplasme et fit le diagnostic d'actinomycose. L'examen du magma retiré des orifices fistuleux est confié à M. Dor qui trouve effectivement de nombreux grains jaunes d'actinomycose.

Dans ces dernières semaines le malade a pris de 4 à 6 gr. d'iodure de potassium par jour, les signes de phlegmon chronique ont diminué, mais depuis deux ou trois semaines il a de la dysphagie, il s'alimente très mal. L'amaigrissement est considérable et tout fait craindre une mort prochaine.

Comme je l'avais prévu dans ma communication à l'Académie de médecine, cet actimonycosique est mort, il a succombé le 8 février dernier.

Je dois à mon interne M. Bérard les renseignements complémentaires suivants relatifs à l'autopsie.

A l'ouverture du thorax, on trouve dans la plèvre droite un épanchement séro-fibrineux, sans grains ni éléments actinomycosiques. Le poumon correspondant, fortement rétracté vers le hile, est totalement infiltré de lésions inflammatoires chroniques avec deux cavernes à parois cicatricielles au niveau du bord antérieur du lobe supérieur et du lobe moyen. Le reste du poumon n'offre aucune trace de tuberculose.

A gauche, œdème du poumon avec foyers épars de broncho-pneumonie et écoulement assez abondant de pus par l'orifice des grosses bronches.

Péricardite sèche, sans altération caractéristique de la séreuse.

L'examen de la portion thoracique et abdominale du tube digestif reste négatif. La rate est un peu grosse, sclérosée.

Dans les deux reins, altérations inflammatoires chroniques: coloration pâle, légère augmentation de volume, atténuation des striations vasculaires de la substance corticale, mais rien encore qui rappelle l'actinomycose.

Le détail des lésions cervicales ne peut être étudié complètement, le corps devant être rendu à la famille; néanmoins on peut se rendre encore mieux compte que pendant la vie de la diminution de l'empâtement superficiel. La pression en divers points fait à peine sourdre par les fistules cutanées quelques gouttes de liquide séro-purulent sans grains jaunes. La tuméfaction sous-occipitale a presque disparu.

Le larynx, le pharynx inférieur et la portion supérieure de l'œsophage sont englobés, avec les deux paquets vasculo-nerveux du cou, dans une masse de tissu lardacé, inflammatoire, semée d'amas de substance putrilagineuse, jaunâtre, sans grains d'actinomycose. Ce tissu inflammatoire accole solidement, surtout à droite, les vaisseaux aux organes voisins, mais il ne les comprime pas au point d'oblitérer leur lumière. Pendant la vie d'ailleurs, on n'avait relevé aucun signe de gêne de la circulation cérébrale. Les deux lobes du corps thyroïde, totalement infiltrés par le même tissu, font corps avec le larynx, et c'est la pression de cet ensemble qui déterminait la sténose pharyngo-œsophagienne, traduite sur le vivant, par la dysphagie et par l'impossibilité de passer les grosses olives du cathéte. Il n'y a aucun rétrécissement organique du conduit alimentaire dont la muqueuse est seulement perforée par un étroit orifice fistuleux en communication avec les foyers de la loge cervicale moyenne.

De même, intégrité de la muqueuse laryngée, mais infiltration et gonflement notables de toutes les zones doublées de tissu cellulaire lâche: replis épiglottiques, cordes vocales supérieures, ventricules. Cet œdème chronique rend compte des accidents congestifs revenant par crises brusques, et qui avaient rendu la trachéotomie imminente. Pas de déformations de l'appareil cartilagineux.

Pas de lésions des mâchoires, autant du moins qu'on en juge par l'examen extérieur; jamais d'ailleurs le malade n'avait attiré l'attention de ce côté.

L'examen histologique confirme les données fournies par l'aspect macroscopique des lésions. Ni dans le tissu lardacé avec amas putrilagineux des loges cervicales, ni dans les zones du poumon atteintes de broncho-pneumonie chronique, les préparations colorées au picrocarmin et au grain ne montrent d'actinomyces (massues ou mycelium). M. Paviot, préparateur du laboratoire d'anatomie pathologique à la Faculté, qui a bien voulu se charger de répéter et de contrôler ces examens, nous a signalé seulement, des lésions d'inflammation chronique avec néoformation de tissus fibreux, et par places, des amas de leucocytes dans les régions péri-vasculaires, formant de véritables abcès miliaires. Dans les parois des cavernes pulmonaires, l'aspect est le même; on ne constate ni cellules géantes, ni bacilles de Koch.

Les deux observations suivantes sont plus classiques. Il s'agit de deux jeunes gens atteints d'actinomycose temporo-maxillaire, méconnue pendant plusieurs mois et s'accompagnant, chez l'un d'entre eux surtout, de dou-

leurs cervicales atroces survenant par accès et résistant à toute espèce de traitement. Ces malades opérés récemment étaient encore en traitement à l'hôpital, lors de ma communication à l'Académie.

Obs. IV. — *Actinomycose de la face. Région parotidienne et fosse temporale gauche.*

M. M..., âgé de 20 ans, cultivateur à Savigny (Rhône), est entré à la clinique de M. Poncet (Saint-Philippe, n° 14), le 14 janvier 1895. (Obs. recueillie par M. Bérard).

Parents vivants et bien portants. Ses frères et sœurs très vigoureux.

Dans les antécédents personnels on ne relève aucune affection aiguë ou chronique diathésique.

Le malade qui est cultivateur, vit en contact journalier avec des chevaux et des vaches, indemnes, affirme-t-il, de toute affection. Nie pendant son travail avoir jamais tenu dans la bouche des brins d'herbe ou des graines.

Les accidents qui l'amènent à l'hôpital ont débuté au mois de septembre 1894 (il y a quatre mois) par un gonflement un peu douloureux avec sensation de tension au niveau des grosses molaires supérieures gauches. Au bout de quelques jours la deuxième molaire de ce côté devient le siège de souffrances vives, comparées par le malade, à celles que détermine une fluxion.

Un médecin consulté refusa d'enlever la dent et cautérisa la gencive au pourtour, ce qui amena une légère rétrocession des symptômes aigus.

Mais une semaine après le gonflement, les douleurs avaient reparu plus intenses, accompagnées de trismus serré. Depuis, les réactions subjectives se sont atténuées, mais les signes objectifs ont augmenté progressivement de netteté.



Fig. 2. — Actinomycose temporo-maxillaire gauche.

10 janvier 1895 (lors de son entrée dans le service). — On constate à l'examen, que toute la région étendue de l'angle du maxillaire gauche à la fosse temporale correspondante, est le siège d'un empâtement à surface irrégulière, ayant supprimé les dépressions normales. En avant de l'oreille proéminent trois petites tuméfactions superposées de haut en bas, au niveau desquelles la peau est rouge et amincie. Dans tout le reste du territoire malade les téguments ont conservé leur coloration normale.

A la palpation les tissus intéressés ont une consistance intermédiaire entre la mollesse de l'œdème inflammatoire et la dureté des néoplasmes solides (caractère mixte sur lequel M. le professeur Poncet attire particulièrement l'attention). Les points les plus tuméfiés sont les plus mous sans être nettement fluctuants. La délimitation par le palper du rebord du maxillaire inférieur le montre considérablement élargi e adhérent à une masse qui infiltre la loge sus-hyoïdienne latérale.

Du côté de la bouche on ne peut constater que la tuméfaction de la face externe des os, le trismus très accentué que présente le malade ne permettant pas d'explorer les dents à l'intérieur de la cavité.

Pas de ganglions au voisinage ou à distance de la lésion. Aucun retentissement sur l'état général qui s'est maintenu excellent. Aucun trouble du côté des voies digestives ou respiratoires.

Le diagnostic clinique a été fait par M. Nicolas, interne de porte, qui a reçu le malade et par M. Jaboulay.

Quand on examine le liquide hématique, purulent, retiré par ponction des points ramollis, on voit sur la nuance rougeâtre de ce liquide, se détacher de nombreux grains jaunes dont l'isolement a été des plus faciles et qui sous le microscope se montrent constitués par du mycélium central couronné de sa ligne festonnée de massues (Examen de MM. Dor et Bérard).

18 janvier 1895. — Le malade a été mis au traitement ioduré (3 grammes par jour). Pas d'accident d'iodisme, on porte aujourd'hui, 28 janvier, la dose à 5 grammes.

Le trismus a diminué un peu et il est possible d'explorer la face interne du maxillaire inférieur et du maxillaire supérieur qui ne proémine pas plus vers la cavité buccale du côté malade que du côté sain. La 2e grosse molaire gauche est cariée et entourée d'un dépôt de tartre dentaire sans grains jaunes. Pas de fistule à l'intérieur de la bouche. Pas de douleur.

A la date du 12 avril, mon interne M. Bérard me transmet sur ce malade qu'il a revu, les renseignements complémentaires que voici :

Le malade a quitté l'hôpital le 30 janvier, localement très amélioré : trismus beaucoup diminué, empâtement limité à la région parotidienne avec envahissement peu étendu de la portion déclive de la loge temporale. Région mastoïdienne presque revenue à la normale.

Prescription : iodure de potassium, 5 gr. par jour.

Devait se présenter tous les quinze jours à l'examen ; n'est pas revenu. Deux lettres sont restées sans réponse. A été vu chez lui le 11 avril 1895. Il raconte que, immédiatement après son retour à la maison, il a été pris de douleurs articulaires très aiguës ayant cédé en quelques jours au salicylate de soude. Puis, dans la seconde quinzaine de février, il a eu une pleurésie sèche gauche pour laquelle il a été traité par le Dr Michel de l'Arbresle. Guérison sans suites appréciables; les forces sont revenues, et le malade a pu reprendre ses travaux de cultivateur. A plusieurs reprises pourtant et surtout lorsqu'il avait dû travailler la tête baissée, il a eu des poussées fluxionnaires du côté des dents correspondant à la joue malade; en même temps, l'empâtement habituel des lésions augmentait un peu, et il s'écoulait par les fistules un liquide séreux, à peine trouble, sans grains jaunes.

Réformé au conseil de revision, avec le diagnostic : tuberculose (?)

Le traitement ioduré a été suivi très irrégulièrement; ce n'est que depuis trois semaines à peu près, que le malade, après une visite du Dr Michel, s'est remis à l'iodure (iodure de Potas, 4 grammes par jour), et a fait des applications quotidiennes de pommade iodurée. Cette médication détermine chez lui des troubles digestifs, diarrhée, anorexie, soif.

A l'examen, on constate que l'état général est satisfaisant; pas d'amaigrissement, teint coloré, entrain. En avant de l'oreille, empâtement assez dur, indolore, à peu près aussi étendu que lorsque le malade a quitté l'hôpital ; trois points ramollis des dimensions d'une noisette, donnent issue à une sérosité louche sans grains jaunes ni débris putrilagineux. La fosse temporale n'est pas encore tout à fait libre ; de même, encore une certaine limitation des mouvements de la mâchoire inférieure. Pas de ganglions.

Pas de fistules s'ouvrant dans la bouche ; pas d'empâtement de la face interne du maxillaire ni du plancher buccal.

Il y a donc plutôt une légère amélioration.

Au poumon, frottements de pleurésie sèche à la base gauche et sous l'aisselle. Dans tout le reste des deux poumons, respiration normale : pourtant au sommet gauche en avant et en arrière; respiration un peu rude et saccadée; diminution du murmure vésiculaire, sécheresse et résonnance de la toux,

sans craquements ni différences de sonorité à la percussion.

L'enquête faite dans l'habitation du malade, sur la famille et l'état hygiénique de la maison a été négative; ses parents sont en excellente santé, bien que le père ait la jambe gauche ankylosée par une vieille tumeur blanche guérie.

Cinq frères ou sœurs tous très vigoureux.

L'étable est séparée de la maison d'habitation par une large cour; elle est occupée par deux vaches et quelques chèvres qui ne présentent ni dans la langue, ni aux maxillaires ni en un point quelconque des téguments, de nodosités ou de tubercules.

L'eau d'alimentation provient d'une citerne assez éloignée des maisons et qui reçoit les eaux d'un grand pré où paissent les troupeaux pendant une partie de l'année. Le bétail du hameau n'est atteint d'aucune épizootie: l'an dernier pourtant (en mars 1894), on a dû abattre dans une maison voisine une vache, puis un âne un mois après, qui présentaient tous deux la même affection: tubercules et ulcérations dans la région cervicale, amaigrissement, pas de jetage. Les habitants affirment que cette maladie était distincte de la morve; et d'autre part étant donnée la résistance de l'âne à la tuberculose peut-être est-ce de là qu'est né le foyer de contamination actinomycosique? Aucun des habitants pourtant, autre que le jeune M..., n'a été infecté.

Obs. V. — *Actinomycose de la région temporo-maxillaire gauche. Douleurs cervicales atroces. 2 interventions chirurgicales. Traitement ioduré. Mort* (Observation recueillie par MM. Poncet et Vallas.)

G. B., âgé de 16 ans, se présente dans mon cabinet le 13 décembre dernier avec une tuméfaction diffuse de la région temporo-maxillaire gauche. Arrivé de Paris à Lyon le 5 décembre, il souffre cruellement de douleurs irradiées dans toute la moitié de la tête correspondante, et réclame à tout prix un soulagement à ces souffrances qui depuis longtemps l'empêchent de dormir et surviennent soit pendant le jour, soit pendant la nuit, toutes les 3 ou 4 heures sous forme de crises douloureuses avec cris, agitation et d'une durée d'une heure à 1 heure 1/2. Il m'est envoyé par mon distingué confrère le Dr Perré de la Croix-Rousse.



Fig. 3. — Actinomycose de la région temporo-maxillaire.

Le début de la maladie en question remonte à la fin d'août 1894. C'est à Paris, 62, rue de la Chaussée-d'Antin, chez un marchand de vins où il travaillait et chez lequel il habitait depuis le mois de décembre 1893, que sont apparus les premiers accidents, sous forme d'une rage de dents, quoique le malade ne présentât aucune lésion dentaire apparente. Peu de temps après survenait un gonflement occupant, d'après le récit du malade, la branche montante du maxillaire et s'étendant bientôt plus haut. En même temps apparaissaient du trismus et des douleurs particulièrement vives qui ont conservé ce caractère. Il se présenta plusieurs fois à la consultation de l'hôpital Cochin où on crut, dit-il, à une arthrite temporo-maxillaire? On conseilla de la révulsion locale, des pointes de feu et des calmants de tout genre, mais malgré ces divers moyens l'état du malade ne se modifia pas d'une façon sensible, la tuméfaction locale, les souffrances s'accrurent encore.

Lorsque je l'examinai, je constatai au niveau de la région massétérine et temporale gauche une tuméfaction diffuse, uniforme, sans changement bien appréciable de coloration de la peau, dont la vascularité semblait cependant augmentée en certains points. A la palpation au niveau de l'arcade zygomatique et de l'articulation temporo-maxillaire on notait un certain degré d'élasticité, de rénitence, mais nulle part on ne percevait de fluctuation. Au pourtour de cette zone relativement ramollie et plus douloureuse que le reste à la pression, la tuméfaction était dure, ligneuse en certains endroits. Le trismus qui avait persisté depuis le début permettait un écartement des mâchoires de 5 à 6 mm. seulement. L'état général du malade était encore assez bon, il n'avait pas de fièvre, mais il était notablement amaigri et particulièrement dolent. Depuis la fin du mois d'août, en effet, il s'alimentait peu et dormait encore plus mal. L'intensité des douleurs était telle et l'impuissance des moyens calmants habituels si nettement établie par le récit du malade que, portant immédiatement le diagnostic d'actinomycose probable je l'opérai le même soir à la lumière. J'espérais, dans tous les cas, par un débridement et une saignée locale, apporter un soulagement à ses souffrances. Une incision de 6 à 8 cm. parallèle à l'arcade zygomatique fut faite à ce niveau. Je traversai des couches très dures, lardacées, sans rencontrer aucune goutte de pus. L'arcade zygomatique me parut dénudée et soit avec la curette, soit avec des petites cisailles j'en enlevai un fragment malade long de 6 à 8 mm. L'exploration avec le doigt, avec un stylet, au fond de la plaie et dans tous les sens, ne me permit pas de constater autre chose qu'une tuméfaction scléreuse, sans foyer purulent. Tamponnement de la plaie avec la gaze iodoformée.

Cette opération apporta un soulagement notable soit comme débridement, soit comme saignée locale. Le malade dormit la nuit suivante, dès le lendemain les mouvements de l'articulation, que j'avais du reste reconnue indemne à un premier examen, étaient plus étendus, le trismus avait diminué. Cette amélioration persista pendant 4 ou 5 jours. Sur ces entrefaites le malade quitta la maison de santé où il se trouvait, mais à la date du 11 janvier ses souffrances étaient redevenues telles qu'il sollicita son entrée à l'Hôtel-Dieu dans mon service. Ne pouvant l'y recevoir je lui conseillai l'hôpital de la Croix-Rousse et j'appelai l'attention de mon ami, le Dr Vallas chirurgien de cet hôpital, sur ce cas probable d'actinomycose dont je n'avais pourtant pas, au point de vue du diagnostic, une démonstration complète, car dans le cours de l'opération le fragment osseux enlevé que je me proposais de faire examiner avait été égaré. M. Vallas a opéré ce malade le 17 janvier dernier et m'a remis la note que voici sur l'opération, et alors que l'examen du pus qu'il envoya dans mon laboratoire avait revélé l'existence de nombreux actinomyces (Dor, Bérard).

« A son entrée à l'hôpital de la Croix-Rousse, le malade présente une tuméfaction de toute la partie gauche de la face. Elle occupe la fosse temporale gauche, la région zygomatique, la région massétérine jusqu'à l'angle de la mâchoire. Au niveau de l'arcade zygomatique, on voit la cicatrice de la première ouverture, restée fistuleuse en un point. L'orifice fistuleux présente une petite saillie bourgeonnante, mais ne donne issue qu'à une quantité insignifiante d'un liquide séro-purulent. La tuméfaction est dure, ligneuse sur toute son étendue, sauf sur un point, large comme une pièce de 2 francs, et située en bas, près de l'angle de la mâchoire. A ce niveau, la peau est très amincie, d'une couleur violacée, et la fluctuation est manifeste. Pas d'ouverture fistuleuse en ce point.

La constriction des mâchoires persiste, permettant un écartement de 10 à 12 milimètres entre les arcades dentaires.

Douleurs très violentes dans toute la région malade.

17 janvier 95. Opération.

Anesthésie à l'éther. — Désinfection de la région.

Incision le long du bord inférieur du maxillaire inférieur sur la partie fluctuante. Il s'écoule une petite quantité de liquide louche, mêlé à du sang. Dans ce liquide apparaissent très nettement une dizaine de petits grains jaunes, arrondis, de la grosseur d'un petit grain de semoule, le liquide est recueilli dans une pipette stérilisée pour être examiné. Quelques fongosités peu volumineuses tapissant la cavité,

sont enlevées à la curette et réservées également pour l'examen microscopique.

Poursuivant l'examen de la plaie, je ne trouve pas d'autres produits pathologiques qu'une infiltration dure de tous les tissus de la région. *L'os n'est pas dénudé.* L'incision du périoste permet de constater que cette membrane est épaissie, et participe à l'infiltration de tous les tissus parostaux. La surface du maxillaire inférieur est normale, sans nécrose, sans productions ostéophytiques.

Une sonde cannelée est alors introduite par l'orifice resté fistuleux sur la cicatrice de la première incision de M. le Professeur Poncet, au niveau de l'arcade zygomatique. La sonde pénètre sans effort dans la profondeur et arrive jusque sur la branche montante du maxillaire inférieur. En la poussant vers le bas, elle glisse le long de cette branche et vient sortir par l'incision pratiquée verr l'angle. Aucun liquide ne sort par le trajet ainsi formé, un drain est placé alors à la place de la sonde, et, après avoir écarté les mâchoires pour vérifier la situation de la dent de sagesse qui n'est nullement en cause, on applique un pansement antiseptique.

18 janvier, — Les douleurs ont notablement diminué. Le malade a pu dormir cette nuit. »

Ce malade est mort, à l'hôpital de la Croix-Rousse le 23 février dernier. Devenu profondément cachectique, il a présenté dans les dernier temps, divers accidents laissant supposer une lésion cérébrale, probablement aussi de nature actinomycosique.

A la suite de l'intervention et surtout sous l'influence d'une médication iodurée à haute dose, le phlegmon temporo-maxillaire initial avait à peu près, complètement disparu. Il ne restait plus qu'un peu d'induration profonde, d'apparence cicatricielle, si bien que, lorsque je l'examinai la veille de sa mort, en dehors des cicatrices des incisions et des fistules, je ne trouvai presque pas de différence entre la joue malade et la joue saine.

La fin que voici de son observation m'a été remise par mon distingué collègue le Dr Vallas.

« 2 Février. — La plaie opératoire ne fournit aucune sécrétion, mais le gonflement des parties molles persiste aussi dur, aussi ligneux. La constriction des mâchoires est stationnaire. On note toujours des douleurs dans la sphère du trijumeau par compression des nerfs dans la gangue inflammatoire. Il y a également de la parésie du facial due à la même cause.

On soumet le malade au traitement ioduré. KI 5 grammes.

6. — KI 7 grammes.

9. — KI 9 grammes.

12. — Symptômes légers d'iodisme. Pourtant ce traitement est bien supporté. Les douleurs ont diminué sensiblement. Le gonflement est moins prononcé, et on constate surtout du ramollissement des parties infiltrées.

Douleur dans la cuisse gauche en arrière. On ne trouve rien d'apparent à ce niveau. Les douleurs n'ont pas le caractère de la névralgie sciatique.

15. — Diminution très marquée du gonflement. Les deux joues sont à peu près symétriques.

Le malade est très maigre et se plaint toujours de la cuisse. On supprime l'iodure.

20. — La cachexie fait des progrès.

Le malade a des vomissements, se produisant sans efforts et sans cause apparente. Pas de douleurs de tête.

21. — Toujours le même état. Somnolence très accentuée. Vomissements. Maigreur extrême.

23. — Le malade est mort dans la nuit. Opposition à l'autopsie. »

Obs. VI. — *Actinomycose au niveau de la branche montante du maxillaire supérieur gauche. Incision. Curetage. Traitement ioduré. Guérison.*

Joseph R..., 50 ans, habitant Torcieu (Ain), robuste, bien portant, n'a jamais été malade. Mauvaise dentition. Fluxions dentaires fréquentes.

Début des accidents au mois de janvier 1893. Apparition vers l'aile du nez d'une tuméfaction dure, indolente qui a persisté.

La pression, sur le gonflement de forme ovoïde, fait sourdre par une fistule répondant à la racine de la canine, un pus jaunâtre, riche en actinomyces (Dor).

Incision de la muqueuse par Jaboulay. Traitement ioduré pendant plusieurs mois. Guérison (voir thèse Jirou, *loc. cit.*).



Fig. 4. — Actinomycose siégeant sur la branche montante du maxillaire supérieur gauche.

J'aborde maintenant une question plus générale. Que devons-nous penser de la fréquence de l'actinomycose en France?

Cette affection est-elle bien réellement plus rare chez nous que dans les autres pays? Devons-nous admettre que beaucoup de cas ont passé inaperçus ou bien faut-il croire que l'actinomycose, exceptionnelle jusqu'à ces dernières années, est devenue subitement plus fréquente et que nous assistons à une invasion de cette maladie dans notre pays? (Les cas observés à Lyon proviennent de divers départements plus ou moins éloignés les uns des autres et dans la proportion que voici : Ain, 2; Loire, 2; Rhône, 3; Savoie, 1; Paris, 1. (7 de ces malades ont été présentés à la Société des sciences médicales.)

Un fait doit être immédiatement mis en relief, c'est que sur les neuf cas d'actinomycose constatés à Lyon depuis deux ans, sept ont été observés dans mon service, un huitième a été diagnostiqué par mon chef de laboratoire dans un autre service où il avait passé inaperçu, un seul a été diagnostiqué en dehors de mon laboratoire.

Je crois que cette simple constatation suffit à établir que souvent l'actinomycose doit passer inaperçue, on ne songe pas à son existence et dès lors on ne procède pas méthodiquement aux recherches microscopiques, seules capables d'assurer son diagnostic. Aucune raison, d'autre part, ne permet d'émettre l'hypothèse d'une invasion d'actinomycose dans la région lyonnaise. *L'actinomycose a probablement toujours existé, mais les cas ont été méconnus.* Voilà un premier point.

Examinons maintenant l'autre question.

Y a-t-il dans la région lyonnaise beaucoup moins d'actinomycose que dans les autres pays?

Il est de notion courante que l'actinomycose est très fréquente en Allemagne. Mais qu'entend-on par très fréquente, voilà ce qu'il serait important de savoir par des statistiques. Or, celles-ci sont très difficiles à faire. Lorsqu'une affection est devenue courante on cesse d'en publier les cas. Aussi, je n'attache pas une grande importance aux statistiques générales comme celle d'Illich, par exemple, qui a trouvé 421 observations jusqu'en 1892, en réunissant toutes celles qui ont été publiées. Je préfère de beaucoup, pour faire des comparaisons, les

statistiques dans le genre de celle de Schlange qui nous apprend dans une communication au 21e congrès des chirurgiens Allemands qu'en six ans il y a eu 120 cas d'actinomycose à la clinique du professeur Bergmann, de 1886 à 1892, ce qui revient en moyenne à 20 cas annuels.

Il faudrait savoir évidemment, comment se recrutent les malades de cette clinique. Il y a à Berlin 1,315,000 habitants, dont les malades se répartissent entre différents services. En outre, il faudrait connaître le rayon des villages environnants qui se réclament des hôpitaux de Berlin. Les statistiques sont peu comparables, mais enfin prenons-les pour ce qu'elles valent. Il résulte donc du travail de Schlange que dans la principale clinique chirurgicale de Berlin, on observe chaque année environ 20 cas d'actinomycose. A Lyon, dans l'une des cliniques chirurgicales, nous observons 7 cas en deux ans.

Il existe encore d'autres statistiques de la totalité des cas observés par le même chirurgien.

Illich nous apprend qu'à Vienne, dans la clinique d'Albert, on a vu 54 cas en six ans, soit une moyenne de 9 cas par an (Illich, Wien, 1892).

Samter (*Arch. klin. chir.*, vol. XLIII) n'a pu réunir à la clinique de Kœnigsberg que 19 cas.

Lührs (Th. Gœttingen, 1889) a relevé dans la clinique de Gœttingue 21 cas, de 1880 à 1887, soit 3 par an.

Schartau (Thèse de Kiel, 1890) publie la totalité des cas observés par Esmarch. Ils sont au nombre de 14.

Linden (Thèse de Bonn, 1892) n'a observé à Bonn que 3 cas.

A ces statistiques, j'ajoute encore celle de Guder qui a réuni les observations publiées en Suisse et n'arrive qu'au chiffre de 19 cas (*Rev. méd. de la Suisse romande*, 1891).

Il résulte des recherches bibliographiques de mon chef de laboratoire le Dr Dor, qu'en 1893 on n'avait publié que 5 cas en Danemark (Roosing, Annentorp), 3 cas en Hollande (Hanken, Ranneft).

Que doit-on conclure? C'est qu'il existe incontestablement à Berlin et à Vienne beaucoup plus d'actinomycoses qu'à Lyon, puisque dans une des cliniques de Berlin on a vu 6 fois plus de cas et dans une des cliniques de Vienne 3 fois plus qu'à Lyon, mais en dehors de ces deux grands centres qu'a-t-on observé?

A Kœnigsberg, une moyenne de 3 à 4 par an.
A Gottingue, 3 par an.
A Kiel, 14 cas en tout jusqu'en 1890.
A Bonn, 3 cas.
Dans toute la Suisse, 19 cas jusqu'en 1891.
Dans tout le Danemark, 5 cas jusqu'en 1893.

Il est donc inexact de dire que la France est particulièrement privilégiée. Dans l'excellent traité de MM. Guermonprez et Becue (Bibl. Charcot-Debove, Paris, 1894) il n'est relevé, je crois, que 14 actinomycoses en France. Dans ces 14 cas rentrent les 2 que j'ai déjà publiés et les deux cas lyonnais de MM. A. Pollosson et Rochet. J'ajoute à cette statistique 5 observations nouvelles, ce qui porte à 19 le chiffre des actinomycosiques relatés en France. Sur ces 19 cas il y en aurait 9 à Lyon, dont 7 dans mon service (Jaboulay, Rollet, Curtillet) et 14 dans le reste de la France! Je fais un appel à tous les chirurgiens français. L'actinomycose existe chez nous au moins autant qu'en Suisse, en Hollande, en Danemark, en Italie, et dans l'Allemagne du Sud, mais elle n'est pas recherchée avec assez d'attention. C'est en France que l'actinomycose a été découverte (Laboulbène 1853, Lebert 1857, Ch. Robin 1871), *elle n'a donc pas été importée récemment, elle existe, mais elle est méconnue.*

Je conclus par ces deux propositions.

L'actinomycose doit être aussi fréquente en France que dans les autres pays, à l'exception de l'Autriche et du Brandebourg.

A Berlin, où l'on a signalé le plus grand nombre de cas d'actinomycoses, il n'y en a que cinq à six fois plus qu'à Lyon, et à Vienne il n'y en a que 3 fois plus.

Les neuf cas lyonnais connus d'actinomycose (7 Poncet-Jaboulay, Vallas, 1 A. Pollosson, 1 Rochet) se répartissent ainsi comme siège de la maladie : une fois larynx envahi avec large phlegmon du cou ; une fois lésion destructive comme une gomme, du maxillaire supérieur gauche, avec propagation à la base du crâne ; une fois phlegmon thoracique avec invasion des organes voisins : poumon, péricarde, cœur, etc. ; cinq fois, tuméfaction de la branche montante du maxillaire inférieur, avec envahissement plus ou moins marqué de la fosse temporale correspondante et des régions voisines, une fois, gonflement limité à la branche montante du maxillaire supérieur (1).

Sur ces neuf actinomycosiques, dont le plus ancien date de deux ans, le traitement a été à la fois chirurgical et médical. Le traitement chirurgical a consisté en larges incisions avec drainage, avec curetage des foyers purulents, le traitement médical s'est borné à l'administration méthodique, à hautes doses, de l'iodure de potassium. 3 malades ont guéri de la sorte, une malade, quoique gravement atteinte, puisque dans l'expectoration pulmonaire, on trouvait des actinomyces, a guéri, sans autre traitement, que l'application locale, deux fois par jour, d'une pommade belladonnée, sur les lésions extérieures. (Il s'agit de ma première observation que j'ai communiquée, il y a 2 ans, à l'Académie de médecine, et qui a été publiée par le Dr Dor. (Gazette hebdomadaire 1893). Malgré les conseils qui lui avaient été donnés, cette femme de Chanaz (Savoie) n'avait pas voulu prendre de l'iodure. Je l'ai revue complètement guérie au mois d'octobre 1894.

4 actinomycosiques sont morts (actinomycose thoraco-pulmonaire, actinomycose du maxillaire supérieur avec propagation à la base du crâne et probablement aux méninges, actinomyc. péri-laryng. et actinomyc. de la région temporo-maxillaire (Obs. I, II, III et V).

Une dernière remarque : en tenant compte des effets non douteux de l'iodure de potassium chez certains actinomycosiques, *il est à supposer que, jusqu'à ce jour, beaucoup de sujets, que l'on supposait syphilitiques et qui ont guéri par l'iodure de potassium, étaient atteints d'actinomycose.*

En ce qui les concernait, le *morborum ostendunt naturum curationes* avait une valeur des plus relatives. Enfin il est probable, que la fréquence de l'actinomycose au niveau de l'angle, de la branche montante du maxillaire, inférieur, avec empâtement diffus de la région parotidienne, avec trismus, abcès, etc., *a dû, maintes fois, laisser incriminer une dent de sagesse, qui n'était pour rien dans la genèse des accidents plus ou moins graves, en présence desquels on se trouvait.*

Chez ces malades, la suppuration avait apparu après un temps plus ou moins long, et soit que les abcès se fussent ouverts spontanément ou qu'ils aient été incisés, on rencontrait des fistules. Les lésions, comme je l'ai fait remarquer depuis longtemps, semblaient bien être de nature inflammatoire, *mais elles avaient néanmoins une physionomie bizarre éveillant en même temps l'idée d'un*

(1) J'ai observé à la fin du mois de janvier dernier un nouveau cas d'actinomycose de la région temporo-maxillaire gauche chez un architecte de Villefr-nche-sur-Saône. Ce malade m'était envoyé *avec le diagnostic d'actinomycose*, par mon distingué confrère le Dr Guyot de Villefranche, il fut également examiné à la même époque par mon collègue le Professeur M. Polosson qui fit le même diagnostic. Cette observation sera publiée, elle porte à 10 les cas d'actinomycose recueillis à Lyon dans l'espace de deux ans.

néoplasme. Enfin dans les cas où, la suppuration se faisait attendre, on pouvait croire à une tumeur maligne.

Un dernier signe diagnostique, sur lequel je désire appeler l'attention, est la persistance, dans quelques cas, de douleurs extrêmement vives qui paraissent s'expliquer par la compression des tissus envahis, offrant une consistance lardacée, presque ligneuse et alors que la marche de l'affection, en même temps que les caractères objectifs excluent toute idée d'inflammation aiguë. Une action chirurgicale directe soulage momentanément les malades, mais l'iodure de potassium, à l'intérieur, nous a paru seul, amener une véritable détente dans les accidents douloureux, en même temps que l'état local se modifie.

L'action efficace de l'iodure de potassium sur les lésions actinomycosiques, action bien mise en lumière par les expériences de Thomassen et Nocard, n'est pas douteuse chez l'homme. (G. Bérard, *De l'iodure de potassium dans l'actinomycose*. Thèse de Bordeaux 1894).

Nous avons vu l'iodure, dans quelques-unes de nos observations, modifier heureusement, guérir les accidents infectieux, mais il n'en est pas toujours ainsi, et comme dans la syphilis, dans la tuberculose, etc., la gravité de la maladie est subordonnée à son siège, à l'ancienneté, à l'étendue des lésions, etc., enfin au terrain. Aussi importe-t-il beaucoup d'établir d'emblée un diagnostic précis et précoce, si l'on veut tirer de la médication iodurée tout le parti possible. En méconnaissant la nature de l'affection, on lui laisse le temps de s'aggraver, on permet à d'autres infections de se greffer sur la lésion initiale (infections mixtes). Le pronostic devient alors plus incertain.

Comme la tuberculose, à laquelle j'ai souvent comparé l'actinomycose, cette dernière maladie est loin de se présenter toujours avec les mêmes caractères. C'est ainsi qu'à côté d'une *forme bénigne*, heureusement plus fréquente, d'après l'ensemble des observations publiées, se place une *forme maligne*, comme en témoignent quatre de nos observations, où les malades sont morts malgré un traitement local et un traitement interne par l'iodure de potassium.

A Lyon, nous avons eu, jusqu'à present, l'énorme proportion de 4 morts sur 10 actinoycosiques.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Eclampsie chez la mère et l'enfant (Ein Fall von Eklampsie bei Mutter und Kind), par G. Woyer (*Centralb. f. Gynækol.*, 1895, n° 13, p. 329). — L'observation que publie l'auteur se rapporte à une primipare de 30 ans apportée à la clinique dans un état comateux consécutif à des attaques d'éclampsie. Le col étant à peine dilaté on introduisit un dilatateur et une heure plus tard on terminait l'accouchement par la version. L'enfant né à l'état de mort apparente fut rapidement ramené à la vie par le procédé de Schultze.

Cinq heures environ plus tard l'enfant fut pris d'une attaque de convulsions généralisées. Malgré le traitement employé, les attaques se renouvelèrent, et l'enfant succombait au milieu d'une d'elles 10 heures environ après sa naissance.

L'autopsie de même que l'examen bactériologique et chimique des organes, du sang et de l'urine furent absolument négatifs. Le sang de la mère ne contenait pas non plus de micro-organismes.

Longueur de l'intestin chez l'homme (Beitræge zur Kenntniss der Længe des menschlichen Darmkanals), par Dreike (*Zeitschr. f. klin. Med.*, 1895, vol. XL, p. 43). — Le travail de l'auteur basé sur la mensuration de la longueur de l'intestin chez 181 individus nouveau-nés, enfants, adultes, hommes, femmes ayant succombé à des affections du tube digestif ou d'un autre organe, aboutit aux conclusions suivantes :

1° Chez les enfants le sexe n'exerce aucune influence sur la longueur de l'intestin; chez les adultes, l'intestin de l'homme est relativement plus long que celui de la femme;

2° L'intestin des enfants est relativement plus long que celui des adultes;

3° La longueur du gros intestin comparée à celle de l'intestin grêle est relativement plus grande chez l'adulte que chez l'enfant;

4° Les processus pathologiques du tube digestif provoquent chez les enfants un allongement de l'intestin;

5° Les phthisiques et les individus qui succombent à des états cachectiques présentent un intestin relativement court;

6° L'influence de la race sur la longueur de l'intestin ne se laisse pas démontrer.

Accidents graves produits par la piqûre d'une araignée, par Guibert (*Nouveau Montpellier médical*, 9 février 1895, p. 115). — Un homme de 40 ans fut piqué par une araignée au genou droit le 4 août 1894; la douleur persiste pendant quelque temps, vague et peu marquée; puis brusquement le blessé ressent une douleur très vive irradiant vers l'aine et la région lombaire; le malade s'affaisse, est pris de sueurs froides et de tremblements; les douleurs sont très vives au niveau des lombes et de la nuque; les mollets sont le siège de crampes fortes; pouls petit, fréquent; grande angoisse et sensation de froid. La piqûre au niveau du genou n'est nullement douloureuse; les ganglions de l'aine ne sont pas engorgés. La nuit suivante, le malade a du délire. Le lendemain, le malade se sent un peu mieux; le surlendemain, l'amélioration est plus marquée: mais une purgation amène des vomissements très intenses. Un lavement purgatif produit une véritable débâcle avec des selles à aspect hémorrhagique. Enfin, le malade finit par guérir complètement.

Un autre homme âgé de 40 ans, fut également piqué par une araignée dans les champs; la piqûre siégeait au niveau de la malléole externe droite. Bientôt la douleur devient extrêmement violente; il y a des crampes, du tremblement généralisé. Il y a des vomissements sanglants, de la diarrhée sanguinolente et de l'hématurie. Le malade au bout de quelques jours était complètement guéri.

CHIRURGIE

Affection traumatique de la colonne vertébrale (Ueber die traumatischen Erkrankungen der Wirbelsæule), par Kummel (*Deut. med. Wochenschr*, 1895, n° 11, p. 180). — En 1891, l'auteur a décrit, en s'appuyant sur 5 cas personnels, une affection particulière de la colonne vertébrale, une sorte de spondylite raréfiante d'origine traumatique. Depuis cette époque, il a observé 6 autres cas du même genre. Schede, puis Konig, ont également rencontré des cas analogues, si bien que l'existence de cette affection semble à l'auteur hors de doute.

Le tableau clinique tel que le présente l'auteur est, en effet très typique. Il s'agit toujours d'individus qui ont subi un traumatisme direct ou indirect de la colonne vertébrale, le plus souvent au niveau de la nuque ou du dos. La suite immédiate du traumatisme est une douleur plus ou moins violente au niveau de la partie atteinte de la colonne vertébrale. La douleur persiste pendant deux à huit jours, s'atténue ensuite graduellement et finit par disparaître, de sorte qu'au bout d'un certain temps, les malades reprennent leur métier, souvent fort pénible. Après un temps variable, allant de quelques semaines à plusieurs mois, les douleurs reviennent et s'irradient sous forme de névralgies dans les espaces intercostaux correspondants; des troubles moteurs apparaissent dans les membres inférieurs, la marche devient incertaine, la colonne vertébrale s'incurve et une gibbosité des plus manifestes se forme au milieu de l'incurvation. Les vertèbres sus et sous-jacentes à la gibbosité sont très douloureuses au toucher, tout comme à la période aiguë du mal de Pott, et si l'on suspend le malade, la cyphose s'efface un

peu mais la gibbosité persiste. Il y a donc, manifestement, destruction d'un ou plusieurs corps vertébraux.

Le traumatisme provoque ainsi dans les corps vertébraux un processus qui, au lieu de marcher vers la suppuration, comme dans la spondylite tuberculeuse, ou vers l'épaississement du tissu osseux comme dans la syphilis, évolue vers la raréfaction suivie d'atrophie du tissu. Le traumatisme produirait dans ces cas, une sorte de fracture compressive (compressionsfractur), de tassement du corps vertébral, et le trouble de la nutrition qui en résulte, amènerait le ramollissement et la résorption ou l'atrophie des surfaces articulaires; le processus serait en second lieu favorisé par la pression que les vertèbres exercent physiologiquement les unes sur les autres.

Il s'agit donc, en somme, d'une affection locale, n'ayant rien de commun avec une affection constitutionnelle ou une névralgie.

Le diagnostic n'est pas difficile quand on envisage : 1° l'existence d'un traumatisme chez une personne jusqu'alors bien portante; 2° la période passagère de douleurs violentes; 3° la formation d'une cyphose avec gibbosité, accompagnée de douleurs locales et de troubles moteurs du côté des membres inférieurs.

Le pronostic n'est pas mauvais, quand l'affection ayant été reconnue, est traitée d'une façon convenable.

Le traitement est le même que celui de la spondylite tuberculeuse : repos au lit dans la position horizontale, avec extension continue exercée au niveau du cou, pendant deux à quatre semaines; au bout de ce temps, corset plâtré avec ou sans tuteurs pour la tête, avec lequel les malades peuvent se lever. Ce traitement n'aboutit pas à la régénération des vertèbres, mais du moins il amène un arrêt du processus, suivi d'ankylose définitive des parties malades. Le corset doit être porté pendant des mois et des années.

Gangrène spontanée des membres inférieurs (Untersuchungen ueber spontan Gangræn der unteren Extremitæten, etc.), par E. Weiss (*Deutschr. Zeitschr. f. klin. Chir.*, 1894, vol. XL, p. 1. — Le travail de l'auteur, fait à la clinique du prof. Zoege v. Manteufel, s'appuie sur six cas de gangrène spontanée des membres inférieurs, ayant nécessité soit l'amputation du pied, soit celle de la jambe, soit celle de la cuisse. La partie intéressante du travail est celle qui se rapporte à l'anatomie pathologique et à la pathogénie de l'affection, dont nous venons d'esquisser la physionomie clinique.

Tous ces cas avaient ceci de commun que les artères du membre gangrené étaient obstruées sur une grande étendue. L'obstruction et la gangrène consécutive étaient produites par une thrombose avec caillots ayant subi la transformation fibreuse. Sur les coupes, on pouvait voir que la thrombose avait eu lieu non pas simultanément sur toute l'étendue du vaisseau, mais qu'elle avait procédé progressivement, en marchant de la périphérie vers le centre. Ce qui donnait à la lésion un aspect un peu particulier et ne permettait pas d'affirmer, à l'œil nu, l'existence d'une thrombose, c'étaient l'étendue considérable et la transformation fibreuse du thrombus. Comme, dans tous les cas, il existait en même temps une artério-sclérose manifeste, il fallait donc admettre que le thrombus était d'origine autochtone et que son point de départ était une lésion de la tunique interne.

L'examen des coupes expliquait encore la longue durée qui s'écoulait entre la thrombose et l'apparition de la gangrène. En effet, la thrombose progressive était naturellement suivie du développement de la circulation collatérale, qui, pour quelque temps, assurait la nutrition du membre; mais, cette circulation collatérale était manifestement insuffisante par suite de l'artério-sclérose et de l'endartérite, et d'autant plus insuffisante que le processus, c'est-à-dire la thrombose, faisait des progrès et envahissait les petites artérioles au même titre que les artères principales. Dans ces conditions, la cause occasionnelle de la gangrène pouvait être minime, un léger traumatisme des tissus mal nourris, un refroidissement, etc.

Les veines étaient restées perméables, mais leur lumière était rétrécie par le fait de l'endophlébite et des thromboses partielles ayant subi la transformation fibreuse. Il existait en même temps une phlébo-sclérose très manifeste.

Le tissu conjonctif péri-vasculaire était compact, induré, semblait se continuer avec l'adventice des artères et des veines et était infiltré de petites cellules dans toute l'étendue de la thrombose artérielle. Cette infiltration se continuait vers la périphérie et accompagnait les petites artères et les capillaires. Les gaines vasculaires semblaient confondues avec le périnèvre des nerfs voisins, lequel périnèvre, de même que l'épinèvre, avait subi la transformation scléreuse. Cette sclérose se retrouvait encore autour des faisceaux des muscles voisins.

Les lésions en question expliquent donc suffisamment les symptômes que présentent ces malades : le refroidissement, la cyanose, les œdèmes du membre inférieur, dépendant directement des troubles circulatoires; enfin les douleurs très vives, dues à la compression des nerfs par les tissus sclérosés.

En terminant, l'auteur insiste sur ce fait que le processus anatomique de l'affection mérite plutôt le nom de thrombose artérielle que celui d'endartérite oblitérante, sous lequel il était désigné jusqu'à présent.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons sur les maladies des vieillards professées à l'Ecole de médecine de Marseille, par Boy-Teissier. 1 vol. in 8° de 296 pages. Paris, 1895, O. Doin, éditeur.

Ce volume, qui n'est qu'une introduction à l'étude des maladies des vieillards, est consacré à la sénilité en général. L'auteur y expose d'abord des idées, parfois un peu philosophiques, mais originales et ingénieuses sur la sénilité. Il montre que contrairement à l'idée qui a cours depuis Cicéron, la vieillesse n'est pas une maladie, qu'elle est une phase de l'évolution de l'être vivant, lequel passe successivement par les périodes d'accroissement et de sénescence avant de mourir et il explique les transformations de l'être vivant par les modifications des deux grandes propriétés de la matière vivante, l'instabilité et celle que M. Sabatier a désignée sous le nom de pouvoir d'amorce.

C'est par suite de l'affaiblissement de ces deux propriétés que l'organisme se sénilise, pour aboutir à la mort naturelle, par cessation des phénomènes vitaux, une mort calme dont l'auteur trace le tableau avec d'heureuses expressions. Les modifications de la nutrition qui se produisent dans un âge avancé sont dues à ces transformations des phénomènes vitaux : la sclérose sénile n'est pas l'effet de l'endartérite, elle est l'effet de l'évolution particulière du tissu conjonctif et, pour la distinguer des scléroses pathologiques, M. Boy-Teissier la désigne sous le nom de xérose sénile.

L'auteur proteste contre l'assertion d'après laquelle, chez le sénile, les organes deviennent indépendants les uns des autres, d'où l'absence de retentissement de leurs lésions sur l'économie : il montre que les organes du vieillard continuent de s'influencer réciproquement, mais ne le font qu'au prorata de l'activité et du fonctionnement, toujours affaiblis, de chacun d'eux.

Des chapitres intéressants sur les causes de la sénilité, ou mieux les causes qui en précipitent l'apparition, sur l'hygiène et la thérapeutique du sénile terminent cet ouvrage, très médité et très fortement pensé : ils en constituent à vrai dire la partie la plus importante par son étendue, car les idées philosophiques sur lesquelles nous avons insisté au début de cette analyse sont loin de remplir tout le volume, quoiqu'elles le dominent et lui donnent sa note la plus originale.

L'auteur montre dans le cours de ce livre que les idées générales voire même philosophiques ne lui ont pas fait négliger le côté médical et pratique de la sénilité, dont il a étudié les divers aspects et sur laquelle il donne des aperçus marqués au coin de la meilleure observation clinique. On pourrait seulement lui reprocher d'avoir étudié un sénile idéal, sur lequel la longue suite d'intoxications et d'infections qui surgissent au cours de l'existence ont eu peu d'effets, d'avoir eu surtout en vue la sénilité isolée de tous les reliquats des maladies antérieures qui impriment des variétés si nombreuses aux états morbides dans la vieillesse; mais il faut

lui savoir gré d'avoir abandonné ces sentiers un peu battus pour nous montrer un type parfait de l'être humain se sénilisant et mourant seulement pour avoir trop vécu et pour nous faire voir la vieillesse sous un jour nouveau et d'un côté original.

Georges Thibierge.

VARIÉTÉS

Les dispenses et la loi du 15 juillet 1889. — Continuant la série des mesures qu'il a entreprises en vue de réformer certaines décisions de ses prédécesseurs, le général Zurlinden, ministre de la guerre, vient de signer une circulaire qu'on ne saurait trop approuver.

On sait que, aux termes de l'article 24 de la loi du 15 juillet 1889, les gens visés à l'article 23 qui n'ont pas obtenu à l'âge de vingt-six ans le diplôme de docteur en médecine ou le titre d'interne sont tenus d'accomplir les deux années de service dont ils avaient été dispensés. La justification des titres devait jusqu'à ce jour se faire le jour où le dispensé atteint l'âge de vingt-six ans.

D'après la circulaire de M. le général Zurlinden, l'époque à laquelle les justifications sont exigibles se trouve modifiée au mieux des intérêts des dispensées. En effet, les cours commencent généralement en novembre et les examens clôturant les études sont passés en fin d'année scolaire à des dates fixes que les candidats ne peuvent changer à leur gré, suivant l'époque de l'année où ils atteignent l'âge de vingt-six ans; d'autre part, c'est au mois de novembre seulement, lors de l'incorporation de la classe, que sont rappelés les dispensés déchus de leurs droits. En conséquence, le général Zurlinden a décidé que les dispensés de l'article 23, qui ont atteint l'âge de vingt-six ans, conserveraient le bénéfice de la dispense jusqu'au 1er novembre suivant, sous la condition qu'avant cette date ils auront obtenu les titres ou diplômes définitifs prévus par la loi et qu'ils en auront justifié.

Les charlatans et la loi sur la vente des remèdes secrets. — On distribue depuis quelque temps à Paris, et l'on cherche à propager un remède « germicide et désinfectant » qu'un personnage qui se dit docteur en médecine et *membre de la Société de chimie de Paris* déclare capable de guérir toutes les maladies. M. A. B. Griffiths (F. R. S. (Edimbourg) F. C. S.) ne se borne pas à affirmer, avec observations à l'appui, que le *tueur de microbes Radam* guérit radicalement toutes les maladies depuis les lésions organiques du cœur jusqu'aux paralysies; depuis la pleurésie jusqu'à la phthisie, depuis la *diphthérie noire* (*sic*) et le croup (*où il n'échoue jamais*) jusqu'au cancer. Il prétend démontrer scientifiquement l'action germicide de ce spécifique infaillible et inoffensif, puisqu'il faut en boire des cruches pour guérir; il affirme avoir fait des expériences qu'il dit avoir communiquées à l'*Académie des sciences* (*Comptes rendus*, Paris T. CXIII et CXVII) et qui prouveraient que son spécifique détruit la *scarlatinine* ($C_6 H_{12} NO_4$), la diphthérine ($C_{14} H_{17} N_2 O_6$), la puerpéraline ($C_{22} H_{10} NO_2$), la ptomaïne de l'influenza ($C_9 A_9 NO_4$), etc., etc. Nous demandons à la Société chimique de Paris et à l'Académie des sciences, dont se réclame le susnommé Griffiths, si elles connaissent et approuvent les formules de ces ptomaïnes qu'il prétend avoir isolées et dont il affirme leur avoir fait connaître le mode de préparation. Nous demandons aussi s'il ne serait pas possible, en attendant le vote de la loi nouvelle sur l'exercice de la pharmacie, d'envoyer au laboratoire du Faubourg Poissonnière où se débite *par cruches* le *tueur de microbes Radam*, un agent chargé de saisir ce fameux remède et de le faire analyser par le laboratoire municipal pour juger s'il s'agit en l'espèce d'une escroquerie ou d'une simple infraction à la loi de Ventôse.

Un truc médical. — Un médecin de Montpellier avait l'habitude d'employer un truc très ingénieux pour se procurer des clients. Quand il arrivait dans une ville où il n'était pas connu, il prétendait avoir perdu son chien et il ordonnait au crieur public d'annoncer au son du tambour une récompense de vingt-cinq louis, à celui qui lui ramènerait son chien. Le crieur avait soin d'annoncer tous les titres et honneurs académiques du docteur, ainsi que l'hôtel où il était descendu. Il devenait bientôt le sujet de conversation de toute la ville. Savez-vous, disait-on, qu'un grand médecin vient d'arriver ici, un très habile praticien. Il doit être très riche, car il offre vingt-cinq louis à celui qui lui ramènera son chien perdu? Le chien n'était pas retrouvé, mais les clients abondaient. (*Gaz. de gynécol.*)

Bureau central en médecine. — Les notes pour l'épreuve clinique sont les suivantes: MM. Toupet, 18; de Gennes, 17; Le Noir, 18; Tissier, 17; Jeanselme, 19; Launois, 19; Jacquet, 19; Legry, 17; Klippel, 15; Souques, 18; Berbez, 14; Enriquez, 11; Dupré, 15; L. Guinon, 19; Wurtz, 20; Bruhl, 19; Dubief, 17; Gallois, 18; Hudelo, 17; Barbier, 15; Triboulet, 16; Lyon, 17; Charrier, 16; Vaquez, 19; Soupault, 15; Renon, 17; Dalché, 18; de Saint-Germain, 15; Courtois-Suffit, 20; Thiroloix, 17.

Sont admissibles MM. Wurtz, Vaquez, Launois, Bruhl, Dalché, Louis Guinon, Courtois-Suffit, Jacquet, Jeanselme, Le Noir.

L'assistance médicale dans l'Yonne. — Le Syndicat médical de Joigny refuse d'accepter le tarif suivant que l'Administration préfectorale « décrète » et que voici à titre de document instructif sur l'avenir des « médecins devenus fonctionnaires ».

Tarif des opérations :

Extraction d'une dent: 1 franc. — Saignée: 2 francs. — Ouverture d'abcès: 1 franc. — Appplication du spéculum, 2 francs. — Injection hypodermique et fourniture du médicament: 1 franc. — Réduction de hernie par taxis: 2 fr. — Ponction d'hydrocèle: 3 francs. — Opération de phymosis, 5 francs. — Réduction de paraphymosis: 3 francs. — Fracture de la clavicule: 3 francs; du bras: 5 francs; de l'avant-bras: 5 francs; de la jambe, 5 francs; du péroné, 5 francs; du fémur: 10 francs. — Luxation du coude: 5 francs; de l'épaule: 5 francs; du cou-de-pied: 5 francs; du genou: 5 francs; du fémur: 10 francs. — Trachéotomie: 30 francs. — Chloroformisation et fourniture du médicament: 5 francs. — Version: 10 francs. — Décollement du placenta: 10 fr. — Pointes de feu: 2 francs. — Amputation d'un membre en cas d'extrême urgence: 30 francs. — Application de forceps: 10 francs.

Nos confrères ajoutent:

« Ainsi, dans ce tarif *qu'on nous fait accepter sans nous l'avoir communiqué*, une fracture de l'épaule n'y est cotée que trois fois plus qu'une avulsion dentaire: étant donné qu'un chicot vaut 1 franc, une épaule vaut 3 francs. Quelle ingénieuse proportion! La chloroformisation y est taxée 5 francs, avec fourniture du médicament, alors que du bon chloroforme anesthésique coûte cela, et qu'on ne donne jamais le chloroforme sans être assisté d'au moins un confrère et que pour une intervention d'une certaine gravité. »

Evidemment, comment n'être point de l'avis de nos confrères de l'Yonne et ne point se demander quels sont les praticiens-conseils dont on a pris officiellement l'avis? S'ils eussent été de « vrais » praticiens, leur réponse serait autre.

Formation de la classe de 1894. — Dans une instruction adressée aux autorités civiles et militaires par le ministère de la guerre, nous relevons le passage suivant qui intéresse les futurs étudiants en médecine:

« Les candidats au doctorat en médecine qui accomplissent leur première année d'études à la Faculté des sciences en vue d'obtenir le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles seront admis à bénéficier de l'article 23 de la loi du 15 juillet 1889, sur la présentation d'un certificat délivré par le doyen de la Faculté des sciences.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

QUARANTE-DEUXIÈME ANNÉE — N° 17 — 27 AVRIL 1895

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

BULLETIN

Association générale des médecins de France. Séance annuelle.

La trente-sixième assemblée générale de l'Association des médecins de France a été plus nombreuse; elle a été aussi cordiale que celle de l'année précédente. Malgré les divergences de vues qui peuvent exister entre nos confrères sur certaines questions dont la solution paraît d'ailleurs des plus délicates, tous sont d'accord pour reconnaître le bon vouloir et les idées libérales du Président de l'Association. Le discours de M. Lannelongue a donc été applaudi non seulement parce qu'il approuvait en excellents termes les actes de ceux qui avaient assuré la prospérité de notre œuvre confraternelle; mais encore parce qu'il traçait, avec la réserve qui s'impose aujourd'hui, le programme de l'avenir. De ce discours, nous devons reproduire ici tout ce qui a trait à ce programme.

Après avoir fait l'éloge de MM. Marjolin et A. Guérin, puis signalé la prospérité croissante des finances de l'Association, M. Lannelongue a continué dans les termes suivants :

En relevant les courages, et en diminuant les infortunes médicales par une assistance qui n'émane que de nous-mêmes, nous avons le droit d'avoir quelque fierté, car loin de diminuer la considération médicale, nous l'élevons; nous laissons le médecin libre d'accomplir son devoir professionnel et sa mission sociale selon son cœur, selon les services qu'on attend de lui, n'ayant d'autre mobile que sa conscience et sa propre dignité.

Nous tenons par-dessus tout, et nous y veillerons, à ce qu'aucune critique ne puisse atteindre l'honorabilité médicale, nous voulons rester haut dans l'estime publique, conserver dignement la situation qui doit revenir aux carrières libérales et nous maintenir au-dessus de tout commerce.

Mais en même temps, on aperçoit dans une autre direction des choses qui se dessinent et qui prennent forme.

C'est une plus grande liberté dont nous avons été privés dès l'origine, et qui nous a procuré tant de difficultés; c'est une plus grande quantité d'air dont nous avons besoin, ce sont, en un mot, de nouveaux moyens d'actions plus en harmonie avec les mœurs actuelles, avec l'évolution des choses et les changements accomplis.

Le devoir de votre Association et le mien sont de ne reculer devant aucune difficulté et d'envisager toutes les perspectives. Tout en restant historiquement traditionnels et admirateurs reconnaissants des créations du passé, il convient aussi de s'inspirer des besoins nouveaux.

Le travail, cette sublime loi de l'homme qui a toujours été le fond le plus sûr de notre patrimoine, et auquel nous tenons le plus, devient aujourd'hui difficile, même pour nous; nous devons l'aider, le soutenir, lui demander la prévoyance et lui offrir les moyens de la réaliser, c'est-à-dire de s'affranchir de la misère.

Mais, pour qu'une solution soit féconde et non point stérile, il convient de séparer le possible de l'irréalisable, il convient de n'employer que des moyens admissibles et de se séparer des vues chimériques.

Comprise de la sorte, je sens bien que la tâche que j'ai acceptée va s'agrandir et qu'elle a de quoi intimider les esprits les plus courageux. Mais je l'accepte cependant, parce que plus j'avance et plus je vois qu'on ne doit pas rester indifférent aux questions de prévoyance. On ne doit plus rester neutre entre ceux qui cherchent les solutions utopistes et ceux qui ne veulent pas marcher. Ce n'est pas sans raison que les questions de prévoyance préoccupent aujourd'hui les hommes les plus éminents par le cœur et l'esprit. Plus on va et plus on sera solidaire d'autrui.

Or, il en est de la solidarité entre les hommes comme de celle qui relie entre eux nos organes; sans doute, toute cellule a une vie propre, mais non indépendante. Elle prend, sans pouvoir y échapper, une part de la vie de l'ensemble. Elle subit en conséquence l'influence des pertes ou des apports des autres éléments parce qu'elle est unie aux appareils et aux systèmes organiques par des liens nécessaires.

La solidarité humaine est de la même manière un engagement nécessaire, qui ne se présume pas parce que nul n'a la possibilité de la rompre et elle est donc un devoir absolu pour chacun.

C'est donc dans cette pensée que je vous propose, Messieurs, d'aborder l'avenir, confiant de vos destinées, et avec l'espérance d'une participation unanime de tous les médecins français à votre œuvre.

M. Brun, trésorier perpétuel, fondateur et bienfaiteur de l'Association, se trouvait pour la première fois depuis

trente-cinq ans dans l'impossibilité de venir lui-même lire devant l'assemblée des délégués de province le rapport dans lequel il exposait avec tant de lucidité les merveilleux résultats de sa gestion financière. Comme l'a bien dit M. Motet, dans les courtes mais éloquentes paroles qu'il a prononcées pour affirmer, après contrôle, l'exactitude et la rigoureuse probité des comptes du trésorier, « le jour où M. Brun n'a pu s'occuper de ses livres, la situation était arrêtée, nette, précise. Et M. le docteur Blache, qui a bien voulu suppléer M. Brun, n'a eu qu'à continuer la page commencée ».

C'est qu'en effet chaque jour, depuis trente-cinq ans, je puis l'affirmer pour avoir été à même de le constater, M. Brun consacrait deux ou trois heures à la vérification de ses livres, à l'inscription de ses recettes, aux nombreuses formalités qu'exigeait la comptabilité de l'œuvre. Des mesures nouvelles s'imposent au moment où cesse de pouvoir nous prêter son appui l'honnête homme, le financier éclairé et habile, le négociateur toujours heureux de tant de litiges administratifs, qui nous éclairait de ses avis si autorisés et nous aidait par les conseils que peut dicter une longue expérience et une connaissance approfondie des actes de l'Association. En attendant qu'une organisation, plus conforme aux nécessités de l'heure présente, puisse être réalisée, M. le Dr Blache a bien voulu accepter la lourde charge de gérer les fonds de l'Association et accepter la délégation, faite à l'unanimité par l'Assemblée générale, aux fonctions de trésorier. Son rapport établit que l'accroissement de nos recettes continue dans des proportions satisfaisantes.

Les recettes de la caisse générale se sont élevées au chiffre de 21,953 fr. 43 auxquels il faut ajouter l'encaisse au 1er avril 1894 et l'intérêt servi par la caisse des dépôts et consignations, ce qui porte l'avoir total à 35,270 fr. 69. Les dépenses se sont élevées à 15,122 fr. 43. Une somme de 8,000 francs a été versée à la Caisse des pensions viagères. Il reste en caisse 12,148 fr. 26.

La Caisse des pensions a reçu en dons et legs 16,853 fr. Dans ce chiffre sont compris le legs de M. Foville, ancien secrétaire général (10,000 fr.), un don de M. Lannelongue (2,000 fr.), un don de M. Abadie (1,000 fr.), puis des dons de MM. les docteurs Cohen, Cordier, Delvaille, Hugot, Leroux, Leroy-Dupré, Machelard, Motet, Nivet, Pfeiffer, Wickham et de M. Georges Marjolin, frère de notre toujours regretté et si généreux confrère.

Outre ces dons, la Caisse des pensions viagères a reçu les subventions volontaires des sociétés locales, la subvention (8,000 fr.) de la Caisse générale, les arrérages de ses rentes, l'intérêt des fonds déposés à la Caisse des dépôts, ce qui constitue pour cette année un apport de 70,513 fr. 82. L'avoir total de la Caisse des pensions est aujourd'hui de 1,698,559 fr. 74 et l'avoir de la Caisse générale de 93,818 fr. 26, ce qui constitue, sur l'année précédente, une augmentation de 69,600 fr. 10.

Une réflexion s'impose en lisant ces chiffres. On l'a dit à diverses reprises : l'avoir total de l'Association comprenant la fortune de ses deux caisses et celle des sociétés locales, atteint près de trois millions. Mais, sur ces trois millions, douze cent mille francs environ appartiennent aux sociétés locales qui distribuent à leur gré les revenus qu'elles ne capitalisent point, et près de dix-sept cent mille francs sont la propriété exclusive et inaliénable de la Caisse des pensions viagères. Celle-ci est assez riche pour que la subvention annuelle qui lui est faite soit par les sociétés locales, soit par la Caisse générale (27,612 fr. 90 pour l'année 1894), puisse être diminuée au profit de la Caisse des veuves et des orphelins le jour où cette caisse pourra être créée.

Après le rapport du trésorier, l'assemblée a dû entendre le compte rendu des actes de l'Association rédigé par le secrétaire général. Après avoir annoncé que, cette année, par une décision exceptionnelle, deux médailles d'or seraient décernées l'une à M. Jeannel à l'initiative duquel a été due la création de l'Association des médecins de France, l'autre à M. Brun à qui elle doit sa prospérité; après avoir exprimé les regrets que nous causait l'absence de ces deux bienfaiteurs de l'Association à qui nous aurions voulu offrir publiquement un éclatant témoignage de notre gratitude, le secrétaire général de l'Association a rendu hommage à la mémoire des présidents et vice-présidents décédés durant l'année dernière, annoncé que pour la première fois depuis de longues années, plus de 400 admissions nouvelles pouvaient être enregistrées, puis exposé la situation financière et les actes de notre fédération médicale.

Il a parlé ensuite des œuvres d'assistance dont l'Association générale se préocupe toujours, puis il a continué dans les termes suivants :

En groupant les Sociétés locales, en les conviant à s'adresser à son Conseil général toutes les fois qu'il surviendrait une question au sujet de laquelle il pourrait intervenir utilement, l'Association des Médecins de France a toujours eu la prétention de défendre les intérêts professionnels. Jamais elle n'a manqué à cette tâche. Elle se sent d'autant mieux disposée à la remplir aujourd'hui qu'elle voit à sa tête l'un des membres du Parlement les plus dignes d'être écoutés et qu'elle compte parmi ses dignitaires, anciens et nouveaux, des sénateurs ou députés qui acceptent avec un dévouement méritoire l'honneur de défendre toutes les mesures susceptibles d'améliorer les rapports qui doivent exister entre le Corps médical et l'administration.

Cette année, Messieurs, et, à diverses reprises, nous avons eu à intervenir pour atténuer les conséquences que peuvent avoir pour nos confrères certains articles de la loi nouvelle sur l'exercice de la médecine ou pour réclamer, conformément aux dispositions de cette loi, une répression plus efficace de l'exercice illégal.

Je ne reviendrai point aujourd'hui sur les inconvénients que peut présenter, au point de vue pratique, la déclaration des maladies contagieuses dans les localités où aucun service de désinfection vraiment efficace ne peut être établi. Cette question a motivé plusieurs vœux que vous discuterez demain et que nous vous proposerons d'adopter. Je n'insisterai pas non plus sur les difficultés qui nous ont été signalées au sujet de l'obligation pour tous les médecins de répondre, en toute circonstance, aux réquisitions de l'autorité judiciaire. Nous aurons bientôt l'occasion de préciser à cet égard quels sont les droits et les devoirs de tous les médecins.

Quant à la répression de l'exercice illégal de la médecine, nous avons dû intervenir à plusieurs reprises à propos de certains arrêts qui nous paraissaient interpréter, dans un sens contraire à son esprit, la loi du 30 novembre 1892.

Ici se trouvent résumées les questions juridiques déjà traitées dans la *Gazette* à propos de l'affaire Blin et de l'affaire de l'abbé Roux, curé de Mens.

Enfin, le secrétaire général rappelle, au sujet de la loi sur l'assistance médicale gratuite, les considérations

maintes fois déjà développées dans les colonnes de ce journal et termine par les paroles suivantes :

Nous aurions voulu pouvoir résumer, pour les transmettre à tous nos sociétaires, les documents qui nous été fournis à cet égard. Mais il nous eût fallu obtenir dans ce but ce que nous demandions il y a deux ans (*Annuaire*, p. 94), la création d'un bulletin spécial mettant plus directement en rapport tous les membres de l'Association, tenant régulièrement les sociétés locales au courant de tous les actes, de toutes les propositions, de tous les vœux qui intéressent la prospérité et la vitalité de notre fédération médicale. Nous ne désespérons pas de vous soumettre l'année prochaine diverses propositions ayant pour objet de rendre ainsi plus active et plus féconde l'union de nos sociétés départementales. Celles-ci, d'ailleurs, nous ont donné, cette année encore, l'exemple de ce que peut l'ardent désir de progresser et de mieux faire connaître notre Association. De divers côtés, les assemblées provinciales se réunissent chaque année dans une ou plusieurs circonscriptions différentes où les médecins de la région rivalisent d'ardeur et de cordiale amitié pour mieux recevoir leurs confrères. Nous avons pu voir, le 17 juin dernier, ce que sont dans la Gironde ces fêtes confraternelles où tous les cœurs s'unissent, où se resserrent à jamais les liens d'amitié, où les plus cordiales explications deviennent un gage de paix entre des caractères et des esprits parfois divisés par les questions d'intérêt local. Nous savons que dans plusieurs Associations, dans la Gironde, dans la Drôme et l'Ariège, dans la Nièvre, dans le Var, etc., on s'est préoccupé de rédiger de véritables codes de déontologie précisant, au grand bénéfice de nos jeunes confrères, toutes les questions litigieuses qui pourraient susciter des controverses, troubler les consciences et altérer parfois les bons rapports que doivent avoir entre eux tous les membres de la famille médicale. Nous n'ignorons pas que de tous côtés on se préoccupe de préparer des ressources en vue d'assurer, en cas de maladie, une indemnité journalière qui, jointe aux subventions fournies par un remplacement médical bénévole, permettrait aux médecins qui en ont besoin, d'attendre avec plus de sécurité des jours meilleurs. L'Association de la Seine-Inférieure, que nous aimons à citer chaque année, a pu allouer ainsi une somme de 6 francs par jour à tous ceux de ses adhérents qui, ayant versé une cotisation volontaire et supplémentaire de 8 francs par an, ont dû faire appel à une caisse d'assistance, qui possède aujourd'hui une réserve de 2,681 fr. 50.

Mais il y a plus. De divers côtés, on nous demande de modifier dans un sens plus conforme aux aspirations nouvelles du Corps médical les vieux statuts qui nous régissent. Nous aurions, cette année même, tenté quelque chose à cet égard, si après avoir attendu deux années le vote de la loi sur les Sociétés de secours mutuels, nous n'espérions pas que la législature actuelle pourra enfin en obtenir la promulgation. Dans tous les milieux politiques on comprend, en effet, la nécessité de résoudre les graves problèmes sociaux que soulèvent les questions de prévoyance et d'assistance. Nous persistons donc à penser que, pour éviter les graves dangers auxquels nous exposerait, sous l'empire des lois anciennes, une revision complète de nos statuts, il vaut mieux attendre en faisant tous nos efforts pour obtenir bientôt le vote d'une loi nouvelle.

Mais, en espérant que nos législateurs, qui ne s'entendent pas toujours sur la part qu'il faut faire à la prévoyance d'une part et à la charité d'autre part, arrivent à un résultat pratique, efforçons-nous de démontrer que, dans notre famille médicale, l'assistance est un droit confraternel. Encourageons de tous nos efforts, de notre appui moral *et au besoin de nos subventions matérielles* ceux de nos confrères qui s'inscrivent aux œuvres de prévoyance dont nous approuvons le but et la gestion financière. Nous pouvons prendre cette initiative sans oublier qu'au début de leur carrière un grand nombre de médecins sont hors d'état de payer de fortes cotisations et que, lorsqu'ils tombent dans la détresse ils n'en ont pas moins acquis, par leur adhésion à nos statuts, des droits imprescriptibles à notre sollicitude. En agissant de la sorte, nous prouverons que nous savons comprendre tout à la fois les obligations que doit remplir le chef de famille assez fortuné, assez prévoyant pour songer à assurer son avenir et celui de ses enfants et les devoirs qui s'imposent aux associations confraternelles seules en état de se préoccuper des déshérités de la profession, de les aider s'ils sont hors d'état de subvenir à leurs besoins et de les remplacer quand ils ont succombé dans la lutte.

Démontrons ainsi à nos législateurs la nécessité d'achever rapidement une œuvre qui ne pourra être, nous voulons le croire, qu'une œuvre libérale et démocratique ; alors, mieux fixés sur nos droits, nous serons certains de voir nos statuts revisés dans un esprit plus large et plus libéral.

Alors, aussi, nous pourrons accroître la prospérité et la puissance de notre Association ; car nous aurons prouvé que les intérêts de ses membres se confondent avec les intérêts sociaux et humanitaires ; car nous aurons démontré que votre mutuelle confiance, votre attachement et votre dévouement à l'œuvre commune ; que le juste sentiment de la force que donne l'union de toutes les bonnes volontés ont pour mobiles non seulement la défense de nos intérêts, mais encore la charité confraternelle qui élève et qui ennoblit ceux qui savent la bien exercer.

Le Directeur de la *Gazette hebdomadaire* ne veut ajouter qu'un mot aux paroles du secrétaire général de l'Association. Personnellement et sans engager en rien le conseil général il persiste à penser que si la loi sur les sociétés de secours mutuels n'est pas très prochainement votée, ce qui est à craindre, il importera de favoriser, fût-ce aux dépens de la caisse des pensions viagères, qui paraît assez riche aujourd'hui pour se suffire à elle-même, toutes les œuvres d'assistance et de prévoyance au sujet desquelles l'attention du corps médical se trouve sollicitée. Sans doute les moyens d'agir efficacement sont difficiles à trouver et surtout à mettre en œuvre. Mais pourquoi n'essaierait-on pas d'encourager la prévoyance en aidant de subventions matérielles momentanées et même, au besoin, remboursables ceux qui ne sont pas en état de payer leurs primes ? Pourquoi n'encouragerait-on pas les sociétés locales à multiplier les secours *et à les rendre plus dignes d'infortunes imméritées* en prenant sur les revenus de la caisse centrale ce qui sera nécessaire pour venir en aide aux sociétés peu fortunées elles-mêmes.

Pour arriver à réaliser toutes ces réformes, il faut l'entente de toutes les bonnes volontés. Pour susciter celles-ci il importe de créer entre toutes les sociétés locales un organe mensuel ou même hebdomadaire qui centraliserait tous les documents utiles à faire connaître aux médecins de province et de la campagne et dans lequel toutes les propositions vraiment sérieuses pourraient être longuement discutées. Cette question est à l'étude. Elle sera prochainement résolue.

Le rapport de M. de Ranse concluait à l'adoption de toutes les demandes de pensions viagères. C'est avec raison que M. de Ranse a cité les termes un peu impératifs d'une de ces demandes :

Un autre candidat à l'une des pensions de cette année, dit-il, vieillard de 82 ans, formule ainsi sa demande :

« L'un des premiers je me suis inscrit pour la constitution

de l'Association générale des médecins de France, et je fais partie de la Société locale de mon département depuis sa fondation.

» Mes droits à une pension de retraite aussi élevée que le comportent les statuts et la caisse de l'Association générale sont indiscutables.

» Vous voudrez bien, Monsieur le Président, remplir les formalités nécessaires en cette occurence et transmettre, avec avis favorable, ma demande au bureau de l'Association générale. »

Le membre d'une Société d'assurance qui aurait à faire valoir ses droits à la pension de retraite, ajoute M. de Ranse, n'agirait pas différemment. Et de fait, notre vieux confrère a raison ; ce n'est pas un secours qu'il sollicite, c'est un droit acquis qu'il fait valoir. Sans doute ce droit n'est pas absolu ; il est subordonné, suivant les termes mêmes de sa lettre, aux statuts et à l'état de la caisse de l'Association. Mais dans une Société d'assurance aussi, le droit est subordonné à certaines conditions, à certaines formalités, parfois même, avec les fluctuations économiques que nous subissons, à l'état de la caisse elle-même. Il n'y a donc, à vrai dire, de part et d'autre, qu'une question de nuance; il ne saurait y avoir opposition.

Le soir de cette journée un banquet réunissant plus de 130 médecins devait être présidé par M. le Ministre de l'Intérieur assisté de MM. Monod, directeur de l'Assistance publique, Seignouret, directeur du Cabinet et du Personnel, Barberet, chef de bureau, et Collas, sous-chef à la Direction des sociétés de secours mutuels Retenu au Havre, M. le Ministre n'a pu nous apporter le précieux témoignage de l'intérêt qu'il porte aux œuvres qui, à l'exemple de la nôtre, n'ont d'autre but que le bien public. Nous aurions plus vivement encore regretté son absence si nous n'y avions gagné un toast (le troisième de la soirée) dans lequel notre président a exprimé avec une chaleur et une émotion qui ont enlevé toute l'assistance les sentiments de gratitude que nous gardons à nos bienfaiteurs. En remettant à ceux qui représentaient M. Brun et M. Jeannel les médailles qui leur avaient été décernées, M. Lannelongue a su trouver des paroles qui ont profondément touché tous ses confrères et affirmé de quel cœur il s'était voué à l'œuvre qu'il préside si dignement.

Le toast de M. Seignouret qui, au nom du ministre de l'Intérieur, a assuré l'Association tout entière de la sympathie qu'elle a su mériter; ceux de MM. Delvaille, Motet et Lérouvile ont été aussi et justement acclamés. On s'est retiré heureux de voir les progrès incessants d'une société de secours mutuels dont les tendances ont été trop souvent critiquées par ceux qui ne connaissent bien ni les statuts ni les difficultés qu'elle éprouve à vivre, mais qui parviendra à réaliser tout ce qu'attendent et espèrent d'elle les médecins qui croient à la confraternité et à la solidarité professionnelle.

Dans notre prochain numéro nous parlerons de la séance du lundi 22 avril.

L. Lereboullet.

TRAVAUX ORIGINAUX

Note sur trois cas de pleurésie au cours de la syphilis secondaire, par P. Le Damany, interne des hôpitaux.

Dans une étude récente (*Presse Médicale*, 30 juin 1894), M. le professeur agrégé Chantemesse, résumant ses travaux antérieurs sur *la pleurésie syphilitique du stade roséolique*, assigne à cette pleurésie les caractères suivants : « Bilatéralité fréquente, minime quantité d'exsudat, concomitance avec des manifestations cutanées, » fugacité, disparition complète sans laisser de traces, » évolution rendue encore plus rapide par l'application » du traitement spécifique. » Elle présente, d'après cet auteur, de grandes analogies avec la pleurésie rhumatismale; son pronostic est bénin. Elle est absolument différente de la pleurésie syphilitique tertiaire.

M. Brousse, de Montpellier (*Annales de Dermatologie*, août-septembre 1894), tire de son étude sur cette affection des conclusions un peu différentes. S'il admet que « les » faits sont à l'heure actuelle assez nombreux pour » affirmer avec Chantemesse qu'il peut se produire dans » le cours de la période secondaire, et plus particulière» ment au début, une poussée provoquée par l'infection » syphilitique; » il pense que « cette pleurésie n'a pas, » par elle-même, de caractère distinctif bien tranché. » Elle se reconnaîtra habituellement à son apparition au » cours d'une éruption exanthématique, à son début » souvent latent, sans frissons, à l'absence ou au peu » d'intensité de la fièvre, à son évolution se faisant » fréquemment par poussées successives; mais surtout » à l'efficacité rapide du traitement spécifique. »

Des études complètes de cette affection ont été faites par MM. Rochon (Thèse de Paris, 1893), Montseret (Thèse de Montpellier, 1894) qui développe surtout les idées de M. Brousse son maître, et par M. Carra (Thèse de Paris, 1894) qui a rassemblé toutes les observations publiées jusqu'à lui et en ajouté deux nouvelles.

Ces deux dernières ont été recueillies dans le service de notre excellent maître M. le Dr Renault, à l'hôpital Broca (obs. I et II de la thèse de Carra). Nous avons nous-même suivi ces deux malades, dont nous résumerons plus loin les observations; nous venons d'observer encore un troisième cas de pleurésie au cours d'une syphilis secondaire, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de notre maître actuel M. le professeur agrégé Hallopeau. Voici d'abord l'histoire de ces malades; nous la ferons suivre des quelques réflexions suggérées par la marche de leur affection.

Observation I. — C... Laure, âgée de 34 ans, blanchisseuse, entre le 8 octobre 1894 à l'hôpital Saint-Louis, salle Lugol, n° 22. Avant le début de l'affection actuelle elle n'avait jamais, dit-elle, été malade. Elle a eu quatre enfants qui sont tous morts soit à leur naissance soit après quelques jours; son dernier accouchement a eu lieu en 1884.

Il y a quatre mois environ est apparu à la vulve un premier bouton, qui fut probablement l'accident initial de sa syphilis.

Quelque temps après, d'autres lésions très nombreuses se sont montrées sur les grandes et les petites lèvres.

Depuis un mois elle a, surtout le soir, des démangeaisons vives qui la forcent à se gratter.

Lors de son entrée elle présente : de nombreuses syphilides papulo-érosives sur les grandes et les petites lèvres et dans les régions voisines ; de la phthiriase du cuir chevelu et une gale compliquée de lésions d'ecthyma. Il est difficile de dire s'il y a ou non sur la peau une éruption qu'on puisse rattacher à la syphilis. Les sillons des acares; les lésions de grattages et les suppurations cutanées recouvrent une grande partie de la surface du corps.

Sous l'influence de pansements humides avec des compresses imbibées de liqueur de Van Swieten, ces éruptions s'atténuent considérablement en quelques jours; et le 16 octobre elle est soumise au traitement de la gale usité à l'hôpital Saint-Louis.

Depuis le jour de son entrée elle prend en outre chaque matin une cuillerée à bouche de sirop de Gibert.

Le 24 octobre. — La malade se plaint de tousser et de souffrir violemment du côté droit. Ce point de côté est apparu

brusquement dans la journée; il siège au-dessous du sein droit et gêne considérablement la respiration. La toux est peu fréquente, sèche et brève. L'examen du thorax dénote dans la partie inférieure et droite, en arrière; de la submatité, des frottements humides qui n'augmentent pas sous l'influence de la toux. Les vibrations thoraciques sont conservées. La respiration est fréquente (30 m. par minute). L'anorexie est complète.

Le 29. — Les mêmes symptômes fonctionnels et généraux persistent sans aucune atténuation : le point de côté est très pénible, la respiration reste fréquente. La température du matin est de 38°, celle du soir de 39°6. Pouls : 104 p. par minute. Depuis trois jours la malade a une diarrhée assez forte : 4 à 8 selles par 24 heures. La langue est saburrale.

La matité a augmenté : absolument complète à la base du poumon droit, elle remonte, en s'atténuant un peu, jusqu'au niveau de l'épine de l'omoplate. Dans cette zone mate les vibrations thoraciques sont abolies. Par l'auscultation on constate : à la base un silence absolu; à quelques travers de doigt plus haut un bruit de souffle voilé à l'expiration; plus haut encore un peu au-dessous de l'épine de l'omoplate, un souffle aigre à l'inspiration et à l'expiration. L'égophonie et la pectoriloquie aphone sont des plus nettes au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate.

Dans le reste de l'étendue du thorax nous ne trouvons aucune modification de l'état normal, sauf une légère élévation de la tonalité dans la région sous-claviculaire droite. Traitement : un verre d'eau de Sedlitz le matin; badigeonnage iodé sur la moitié droite du thorax. Une cuillerée à bouche de sirop de Gibert et deux gramme d'iodure de potassium par 24 heures.

Le 31. — Hier, dans la journée, la malade a expectoré deux crachats sanguinolents, noirâtres, qui paraissent provenir des petites bronches.

La dyspnée persiste ainsi que le point de côté qui s'est pourtant un peu atténué. La matité s'étend jusque dans la fosse sus-épineuse droite; dans la région axillaire elle est absolue, sauf dans la partie tout à fait supérieure. Au-dessous de la clavicule du même côté le skodisme est très net. Température : M. 37°2; S. 38°4.

Le 3 novembre. — Dans toute l'étendue de la moitié droite du thorax : en arrière, dans l'aisselle et au-dessous de la clavicule, la matité est complète. Le foie, très abaissé, déborde les fausses côtes de deux travers de doigt sur la ligne mamelonnaire, de trois sur la ligne axillaire antérieure. L'auscultation montre, en arrière, l'absence de tout bruit normal et anormal, sauf au niveau de la fosse sus-épineuse où on entend un souffle lointain pendant l'expiration. Dans l'aisselle : bruit de souffle pleurétique pendant les deux temps de la respiration. En avant, affaiblissement considérable du murmure vésiculaire. La dyspnée n'a pas augmenté; pourtant, étant donné le volume considérable de l'épanchement, M. Hallopeau commande de préparer pour le lendemain tout ce qui est nécessaire pour une ponction aspiratrice. Les symptômes généraux se sont peu modifiés : il persiste un peu d'état saburral des premières voies, et une légère diarrhée. La température est de 37°5 le matin, 38°8 le soir.

Le 5, la ponction aspiratrice n'a pas été pratiquée, car le liquide semblait avoir très légèrement diminué En percutant avec une certaine force immédiatement au-dessous de la clavicule, on a constaté que la matité n'était plus absolue en ce point.

La toux qui avait diminué ces derniers jours a repris hier avec plus d'intensité, mais ses caractères se sont modifiés, au lieu d'être brève et sèche, elle est devenue quinteuse, suivie d'expectoration muqueuse. L'auscultation du poumon gauche dénote l'existence de râles ronflants et sibilants disséminés. La sonorité est normale.

La malade a vomi hier et aujourd'hui le sirop de Gibert. Il est remplacé par la liqueur de Van Swieten (une cuillerée à bouche).

Température : M. 37°8, S. 39°2.

Le 7. — La liqueur de Van Swieten n'est pas mieux supportée que le sirop de Gibert. L'état de la peau, bien que considérablement amélioré, ne permettant pas de faire des frictions avec l'onguent napolitain, les préparations mercurielles sont supprimées. L'iodure de potassium est toujours administré à la dose de deux grammes par 24 heures.

Une ponction exploratrice aseptique, avec une seringue de Straus, permet de retirer deux centimètres cubes de liquide séro-fibrineux, citrin. Ce liquide est en totalité injecté dans le péritoine d'un cobaye. La diminution du volume de l'épanchement paraît plus nette aujourd'hui. Au niveau du poumon gauche, quelques râles muqueux s'ajoutent aux râles ronflants et sibilants. Les crachats tendent à devenir purulents et prennent une teinte verte toute spéciale. Température : M. 37°2, S. 38°8.

Le 12. — A droite, l'amélioration continue. La fosse sous-épineuse redevient sonore; dans la région sous-claviculaire, le skodisme reparaît. En arrière, vers la partie moyenne, on entend de nouveau le souffle pleurétique. Le point de côté a complètement disparu depuis quelques jours.

A gauche : râles muqueux nombreux. Les crachats sont franchement purulents et d'une belle teinte verte. Température : M. 37°2, S. 38°6.

Une dose assez forte de ces crachats (1/2 cm. c. délayé dans un cm. c. d'eau stérilisée) est injectée dans le tissu cellulaire sous-cutané du cobaye auquel nous avons fait la précédente injection.

Le 19. — En arrière, dans le tiers supérieur du thorax la sonorité est complète, et le murmure vésiculaire s'entend, quoique affaibli. Dans la région sous-claviculaire, le skodisme est moins net.

A gauche, il y a encore des râles muqueux; mais leur abondance est moindre. L'expectoration diminue également.

Les lésions cutanées sont à peu près guéries; il reste seulement quelques croûtes disséminées, au-dessous desquelles la cicatrisation est complète. La température, après une série de grandes oscillations, s'abaisse peu à peu. Aujourd'hui, elle est de : M. 36°2, S. 37°8.

Le 26. — La matité ne remonte guère au-dessus de la partie moyenne du thorax; au sommet droit, la respiration est à peu près normale en avant et en arrière. En avant et dans l'aisselle, à droite, on entend quelques râles muqueux, principalement en faisant tousser la malade. Ces mêmes râles se retrouvent du côté gauche. La toux et l'expectoration diminuent de plus en plus; celle-ci tend à perdre sa coloration verte.

L'état général s'est considérablement amélioré, l'appétit renaît; la température est à peu près normale.

Le 27. — L'apparition d'une éruption de pemphigus tubéreux iodique oblige à supprimer l'iodure de potassium qui est remplacé par deux pilules de protoiodure de mercure (de cinq centigrammes). T. M. 36°6, S. 38°2.

Le 7 décembre. — La matité n'est absolue que dans la moitié inférieure de la plèvre droite. Le murmure vésiculaire s'entend dans la moitié supérieure. A la partie moyenne il est masqué par des bruits de frottements pleuraux. La température est normale : M. 36°2, S. 36°8.

Le 17. — L'éruption iodique s'atténue; des autres lésions cutanées il ne reste que quelques macules brunâtres ; il y a pourtant encore quelques syphilides vulvaires.

La matité n'occupe plus qu'une hauteur de cinq travers de doigt; plus haut la sonorité est normale. Les vibrations thoraciques sont perçues, mais affaiblies jusqu'à la partie inférieure du thorax. Les frottements pleuraux sont plus nombreux et plus rudes. Le retentissement de la voix est à peu près normal. Les râles de bronchite ont disparu. Un examen attentif des sommets n'y révèle rien de suspect.

Le 28. — La malade commence à se lever. Les plaques muqueuses ont complètement disparu. De la submatité à la base droite et quelques frottements râpeux indiquent que la plèvre n'est pas encore revenue à son état normal.

Le 8 janvier. — Le point de côté reparaît au-dessous du sein droit; les frottement sont plus nombreux et plus étendus, en même temps survient un peu de fièvre. Température M. 36°8, S. 38°4.

Le 9. — Température : M. 37°2, S. 37°9.

Le 10. — Nouvelle amélioration; la malade est actuellement dans le même état qu'il y a huit jours. Il y a encore quelques frottements pleuraux, et à la base un peu de submatité. L'état général est bon; la température est revenue au voisinage de 37° le matin et le soir. Un nouvel examen des sommets n'y révèle rien d'anormal.

Elle sort le 14 janvier en conservant ces mêmes signe

stéthoscopiques à la partie inférieure et postérieure de la plèvre droite.

Le début de sa pleurésie remonte à 80 jours.

Examen bactériologique: 1° Inoculations. — Le cobaye auquel nous avons injecté dans le péritoine du liquide pleurétique et quelques jours après des crachats dans le tissu cellulaire sous-cutané est aujourd'hui, deux mois après la dernière injection, en parfait état et n'a nullement maigri.

L'injection intra-péritonéale n'a déterminé aucune réaction; l'injection sous-cutanée a été suivie rapidement de la formation d'un volumineux abcès avec gangrène de la peau. Ces lésions se sont rapidement amendées; actuellement la guérison est complète.

2° Examens des crachats. — Pratiqués à trois reprises différentes, ils n'ont, en aucun cas, révélé l'existence du bacille de Koch.

3° Cultures. — Elles ont fourni des colonies presque pures d'un bacille décoloré par la méthode de Gram et ne liquifiant pas la gélatine. Les milieux dans lesquels il est ensemencé prennent rapidement une coloration verte. Les colonies sont donc formées de bactérium coli pigmentaires.

D'autres cultures faites ultérieurement (quelques jours avant le départ de la malade) ont donné des colonies de ce même bacille, mais dépourvu de sa faculté chromogène.

OBS. II (Résumée). — Q. Clémence, entre à l'hôpital Broca, dans le service de M. le Dr Renault, le 27 mai 1894. Syphilitique depuis dix-huit mois, elle présente actuellement de très nombreuses plaques muqueuses à la vulve et dans la bouche. Elle se plaint de tousser un peu et d'être oppressée. L'exploration du thorax permet de constater à la base droite, dans une étendue de quelques travers de doigt, une matité presque absolue avec diminution des vibrations thoraciques, frottements humides. Traitement: Ventouses sèches. Deux pilules de protoiodure de mercure.

Le 8 juin. — La matité est plus étendue; skodisme assez net sous la clavicule. Souffle lointain, voilé, au niveau de la partie inférieure de l'omoplate; égophonie. Une ponction exploratrice donne un liquide séro-fibrineux, citrin. Température du soir : 38°.

Le 15. — L'épanchement a diminué de volume. Des frottements pleurétiques s'entendent au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate. Un examen attentif des sommets ne révèle pas le moindre signe anormal.

Le 30 juin. — Les frottements augmentent, la matité diminue de plus en plus.

Le 8 juillet : même état; l'amélioration s'accentue peu. L'appétit reparaît pourtant.

Le 15 juillet : la malade a éprouvé d'une manière passagère des douleurs vives dans le côté droit, uniquement pendant la toux et les inspirations profondes. Aucune modification ne se montre dans les signes physiques.

Le 15 août, la pleurésie est enfin à peu près complètement guérie; il ne reste plus à la partie inférieure et droite du thorax, en arrière, qu'un peu de submatité et un léger affaiblissement du murmure vésiculaire.

La malade, pâle et amaigrie, commence à se lever. L'appétit est bon et les forces reparaissent.

Elle sort en assez bon état le 20 août; il ne reste pas de trace appréciable de son affection pleurale. Pendant toute la durée de son séjour à Lourcine, elle a pris chaque jour deux pilules de protoïodure de mercure. Sa pleurésie a duré environ deux mois et demi.

OBS. III, recueillie par M. Carra (résumée). — J..., entrée à l'hôpital Broca dans le service de M. Renault, le 12 mars dernier, n'a pas remarqué la date d'apparition de son chancre, mais a des éruptions cutanées depuis huit mois. A son entrée, elle présente des syphilides à la vulve, sur la peau, et sur la muqueuse buccale.

Depuis huit jours, elle éprouve une douleur assez vive dans le côté droit et tousse un peu. En l'auscultant on constate, au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate droite, des frottements pleuraux, rudes, râpeux. Les sommets sont sains.

Traitement. — Une cuillerée à bouche de liqueur Van Swieten.

Le 16 mars, ces frottements ont beaucoup diminué; le 20 mars, il n'en reste plus trace. Elle sort le 26 mai. Lorsqu'elle quitte l'hôpital, les sommets des poumons ne présentent rien de suspect; ses nombreuses syphilides sont en voie de disparition. La durée de sa pleurésie a été de 15 jours à peine.

Dans les trois observations que nous venons de relater, la durée a été de 80 jours, 75 jours et 15 jours. Dans les deux dernières, aucune manifestation d'ordre infectieux, à part la syphilis, n'a précédé ni accompagné l'apparition de la pleurésie. La première est plus complexe, car si nous avons noté, d'une part, l'infection syphilitique, nous devons aussi faire remarquer, d'autre part, que l'apparition de la pleurésie fut précédée de suppurations cutanées multiples. Ces suppurations ont-elles été le point de départ d'une infection de l'organisme dont le résultat aurait été le développement d'une pleurésie? Nous ne le pensons pas, et sans vouloir trancher ce point d'une manière absolue, nous ferons observer qu'on n'a pas encore cité de pleurésie *séro-fibrineuse* produite par des suppurations cutanées consécutives à la gale et que ces lésions étaient, chez notre malade, franchement bourgeonnantes et en voie de réparation lorsque la pleurésie est apparue.

La diarrhée, qui est survenue quelques jours après le point de côté, doit-elle être attribuée à l'ingestion de mercure par la voie gastro-intestinale? Sa brève durée nous porterait plutôt à croire que, comme la bronchite survenue peu de temps après, elle doit être rattachée à la même cause que la pleurésie. M. Chantemesse a signalé une inflammation des bronches, qu'il croit syphilitique, au cours de la pleurésie de la période secondaire. L'existence de cette bronchite n'est donc pas un argument contre la nature syphilitique de cette pleurésie.

Mais si nous recherchons dans nos observations les caractères que M. Chantemesse d'une part, M. Brousse d'autre part, considèrent comme inhérents à la pleurésie syphilitique de la période secondaire, nous en trouvons quelques-uns dans la troisième seule.

D'après M. Chantemesse, la pleurésie syphilitique du stade roséolique est souvent bilatérale, la quantité de l'exsudat est minime, l'évolution est rapide, encore accélérée par le traitement spécifique; en somme, ses allures sont celles de la pleurésie rhumatismale.

Or, dans nos cas I et II, l'épanchement a été unilatéral; la plèvre gauche, dans l'un et l'autre, est restée constamment indemne; le volume du liquide fut assez considérable, et même, à un certain moment, devint tellement volumineux chez notre malade de l'hôpital Saint-Louis que M. Hallopeau songea à pratiquer une ponction avec l'appareil de Potain. L'évolution a été très lente puisque la durée a dépassé 80 jours dans un cas et 75 jours dans l'autre. L'efficacité du traitement spécifique, lequel a pourtant été appliqué avec rigueur, ne nous paraît pas bien évidente chez ces deux malades; tout au moins doit-on reconnaître que l'action curative du mercure ne s'est manifestée que très lentement. Bien que l'affection paraisse avoir évolué vers la guérison, on ne saurait dire que ces deux pleurésies ont été bénignes; les signes physiques n'avaient pas complètement disparu lorsque ces deux femmes ont quitté l'hôpital, et, par suite, on ne peut affirmer la guérison complète. Nous voyons donc que la description donnée par M. Chantemesse ne s'applique en aucune façon à nos deux premiers cas; le troisième, au contraire, a les plus grandes analogies avec ceux que cet auteur a publiés : durée brève, pas d'épanchement, guérison rapidement complète, efficacité merveilleuse du traitement spécifique.

La description de M. Brousse, applicable, comme la précédente, à notre troisième observation, ne répond nullement aux deux autres; nous n'y retrouvons aucun des caractères indiqués par cet auteur: le début n'a pas

été latent, puisque la malade a éprouvé tout d'abord un point de côté très douloureux et, si les frissons ont fait défaut, la température s'étant élevée, quelques jours après l'apparition du point de côté à 39°6, on ne saurait dire que la fièvre a été peu intense. L'évolution par poussées successives remarquée par M. Brousse, dans quelques cas, n'a pas été observée par nous. Nous pensons en effet qu'on ne saurait considérer comme telles les exacerbations légères et passagères qui se produisirent quelques jours avant la guérison.

Ni dans la description de M. M. Chantemesse, ni dans celle de M. Brousse, différentes pourtant l'une de l'autre, nous ne trouvons donc aucun caractère applicable à nos observations I et II, si ce n'est la coïncidence d'une éruption syphilitique sur la peau ou sur les muqueuses. De même, en compulsant les observations publiées par ces deux auteurs et par MM. Talamon, Preetorius, Marfan, Renzi, Raynaud, Rochon, Casset, Mouseret, Carra, nous n'en trouvons aucune qui reproduise ce type à durée longue, avec épanchement abondant, symptômes fonctionnels et généraux sinon graves, du moins très sérieux. Cet ensemble de caractères cliniques distingue donc bien nettement, de ceux publiés antérieurement, deux des faits qu'il nous a été donné d'observer.

De cette étude nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Les descriptions, données jusqu'à ce jour, des *pleurésies syphilitique du stade roséolique* (Chantemesse) ou *pleurésies syphilitiques de la période secondaire* (Brousse) ne conviennent pas à toutes les pleurésies qu'on peut voir survenir dans le cours de la période secondaire de la syphilis.

2° Il faut donc, *si on considère toutes ces pleurésies comme étant de nature syphilitique*, admettre que les pleurésies de la période secondaire peuvent avoir des allures très différentes suivant les cas, au point de vue des signes physiques, des symptômes fonctionnels et généraux, de la marche et de la durée et même du pronostic ainsi que de l'efficacité du traitement spécifique. Le seul caractère commun à toutes serait leur apparition chez des individus présentant des syphilides secondaires sur la peau ou les muqueuses.

3° Si on ne peut se résoudre à accepter cette extrême variabilité de la pleurésie que nous étudions, on sera forcément conduit à admettre, chez les syphilitiques à la période secondaire : 1° d'un côté une *pleurésie syphilitique* de par sa nature, 2° d'autre part, des *pleurésies non syphilitiques* bien que survenant chez des personnes en puissance de syphilis; l'affection pleurale serait alors une véritable complication. La syphilis, ou bien agirait simplement en diminuant la résistance de l'organisme, ou bien par les solutions de continuité qu'elle produit sur la peau et les muqueuses, ouvrirait des portes d'entrée pour les agents d'une deuxième infection. En un mot, à côté des *pleurésies syphilitiques* il faudrait admettre des *pleurésies méta-syphilitiques.*

Il nous paraît difficile, dans l'état actuel de nos connaissances, d'opter pour l'une ou l'autre de ces deux opinions.

Hôpital Trousseau. — *M. Broca.*

De l'ostéomyélite des enfants en bas âge,

par J. Braquehaye, interne des hôpitaux.

Il est écrit dans tous les ouvrages classiques que l'ostéomyélite est une affection de l'adolescence et que ce n'est qu'exceptionnellement qu'on la rencontre pendant la première enfance.

Or, nous avons été au contraire frappé pendant notre internat à l'hôpital Trousseau de la fréquence avec laquelle les jeunes enfants étaient atteints, et c'est là ce qui nous a engagé à entreprendre cette étude.

Il existe peu de travaux sur l'ostéomyélite des nouveaux-nés. On en rencontre bien des observations éparses dans les mémoires et les thèses qui traitent de l'ostéomyélite en général, mais il n'y a presque rien comme travail d'ensemble.

Nous ne trouvons en effet à signaler qu'une étude de Koplick et von Arsdale (1) sur une forme spéciale caractérisée par la prédominance de l'arthrite, alors que les lésions osseuses sont moins apparentes. Il s'agit là, pour ces auteurs, d'*une ostéomyélite occulte* des jeunes enfants.

En France, nous ne connaissons sur ce sujet qu'un excellent mémoire d'Aldibert (2), de Toulouse, et la thèse inaugurale de son élève Dardenne (3). Ce dernier travail comprend seulement trois observations inédites et trente-trois autres empruntées à divers auteurs. Encore parmi ces dernières, trois nous semblent devoir être éliminées : les observations II et IV qui sont de la syphilis héréditaire et l'observation XXX qui est plutôt un cas d'arthrites suppurées multiples consécutives à la scarlatine. Donc, cette thèse qui contient presque tous les faits d'ostéomyélite du jeune âge publiés depuis Chassaignac, arrive à trente-trois observations, alors que depuis le mois d'octobre 1892 jusqu'à ce jour, dans un seul service de chirurgie de l'hôpital Trousseau, nous avons pu en rassembler quarante-quatre. Nous tenons ici à remercier notre maître, M. Broca, chirurgien des hôpitaux, qui nous a donné l'idée de ce travail et qui a bien voulu nous communiquer tous les matériaux qu'il avait recueillis sur la question depuis qu'il est assistant du professeur Lannelongue.

Nous avons pu, de la sorte, établir notre travail sur la statistique intégrale d'un auteur, seule manière d'arriver à une opinion exacte.

Une statistique ne comprenant que les faits publiés par divers auteurs, est forcément entachée d'erreur lorsqu'il s'agit d'ostéomyélite. Les cas, en effet, qui voient le jour, sont ceux qui offrent un intérêt spécial, soit par le siège anormal, soit par la gravité, soit enfin par quelques complications spéciales. Aussi, Aldibert et Dardenne ont-ils décrit certaines complications comme beaucoup trop fréquentes. Si, dans le pourcentage des ostéomyélites multiples, par exemple, ces auteurs arrivent à donner à ces dernières une proportion de 42 pour 100, c'est que les cas ordinaires d'ostéomyélite simple, frappant un seul os et évoluant normalement, ne sont pas publiés, le plus souvent.

Il est encore un autre point sur lequel, dès le début de ce travail, nous désirons attirer l'attention et que nous avons déjà laissé pressentir. C'est le suivant.

Si on prend tous les cas d'ostéomyélite observés à Trousseau depuis deux ans et demi, à leur début et classés âge par âge, année par année, on est frappé de la différence qui existe entre chaque série, comme on le voit dans le tableau ci-joint:

Ce tableau contient 159 cas d'ostéomyélite observés en deux ans et demi.

Parmi les 18 notés dans la dernière colonne, il n'y en a que 3 appartenant à des sujets ayant plus de 15 ans, car à Trousseau on ne reçoit pas de malades au-dessus de 15 ans.

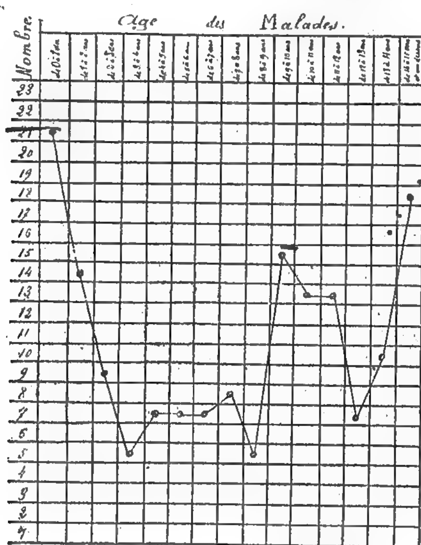
(1) Koplick et von Arsdale, *Americ. Journ. of med. science*, 1892.

(2) Aldibert, De l'ostéomyélite aiguë chez les enfants au-dessous de deux ans. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, juin 1894.

(3) Dardenne, *De l'ostéomyélite aiguë chez les enfants au-dessous de deux ans*. Thèse de doctorat, Toulouse, 1894.

En plus de ces 159 cas d'ostéomyélite, nous devons en ajouter 3 autres dont l'âge n'était pas porté sur le registre d'opération, ce qui porte à 162 le nombre des malades observés.

Il y a, d'après notre relevé, trois périodes où l'ostéomyélite est particulièrement *fréquente*. C'est d'abord dans le courant de la première année où le chiffre des malades dépasse de beaucoup celui de toutes les autres colonnes. C'est que c'est l'époque où la congestion osseuse est à son maximum; c'est le moment où, physiologiquement, le travail d'ossification est le plus actif. Le bulbe osseux est fortement congestionné. Survienne alors la graine, c'est-à-dire l'infection, le microbe, sur ce terrain si bien préparé et vous verrez aussitôt se développer l'ostéomyélite. Or, les causes d'infection ne manquent pas chez le nourrisson, ainsi que nous le verrons. La courbe s'élève de nouveau vers la dixième année, l'âge des jeux bruyants de l'enfance. Si la congestion normale du bulbe osseux est moindre, les causes de traumatisme sont plus grandes et agissent de même.



Enfin, la troisième période où l'ostéomyélite se rencontre fréquemment, c'est aux environs de la quinzième année. C'est l'âge où nos malades d'hôpital entrent en apprentissage, celui où ils se surmènent, ayant souvent, dans les ateliers, à accomplir un travail au-dessus de leur force, d'autant plus fatigant qu'il est nouveau pour eux. N'est-ce pas souvent aussi dans les premiers mois de l'apprentissage qu'apparaît la poussée osseuse? Ajoutez à cela qu'il existe chez l'adolescent une fatigue toute physiologique, due à la transformation qui s'opère en lui et qui le prédispose au surmenage.

Les chiffres que nous donnons plus haut, ne sont pas d'accord avec ceux des ouvrages classiques.

Lannelongue (1), répartissant ses malades par période de 5 ans, trouve :

Avant l'âge de 5 ans............	9 cas.
De 5 à 10 ans....................	17 —
De 10 à 15 ans..................	41 —

Haaga (2), assistant de Bruns, d'après les chiffres de la clinique de Tubingue, obtient les résultats suivants :

1 an	3 malades		6 ans	15 malades		11 ans	18 malades	
2 —	6	—	7 —	14	—	12 —	23	—
3 —	4	—	8 —	9	—	13 —	33	—
4 —	4	—	9 —	24	—	14 —	33	—
5 —	7	—	10 —	22	—	15 —	32	—

Nous retrouvons ici, comme dans notre tableau, deux maxima, l'un vers la dixième année, l'autre vers la quinzième; mais ici encore, le chiffre qui correspond aux premières années est beaucoup trop faible.

C'est que, si on ne la recherche pas avec soin, l'ostéomyélite peut passer inaperçue à cet âge. Tantôt c'est en médecine qu'est conduit le petit malade, pour des phénomènes infectieux graves, au milieu desquels les signes locaux, d'ailleurs peu marqués, passent facilement inaperçus. Tantôt, on est en présence des symptômes d'un abcès profond qui est incisé sans qu'on recherche à l'ongle et au stylet le point osseux malade.

Quelles sont *les causes* les plus fréquentes de l'ostéomyélite chez les jeunes enfants? Elles sont nombreuses. Les unes sont spéciales à cet âge, les autres, au contraire, sont banales et se retrouvent pendant toute la vie.

Les premières, que nous étudierons surtout, peuvent être divisées en trois groupes : 1° causes puerpérales; 2° causes hygiéniques (mauvaise nutrition surtout); 3° causes pathologiques (maladies de la première enfance).

1° *Causes puerpérales*. — Nous ne ferons que citer, sans insister, la possibilité de l'infection du fœtus par la mère, pendant la vie intra-utérine. C'est ainsi que Senn (1) explique le fait qu'il rapporte, où une femme saine accoucha d'un enfant atteint d'ostéomyélite suppurée. Pour lui, les microbes avaient passé à travers le placenta.

Si de tels faits sont exceptionnels, il est moins rare de voir l'infection se faire pendant l'accouchement, lorsque celui-ci est long et pénible. Le fœtus est alors exposé à des traumatismes multiples, non seulement pendant l'accouchement, mais encore après, si l'enfant naît en état de mort apparente comme dans le cas suivant, par exemple.

Observation. I. — *Ostéomyélite aiguë bénigne du premier orteil et de l'extrémité inférieure du fémur. Trépanation, guérison.*

René H..., est amené à l'hôpital Trousseau à l'âge de six semaines pour une tuméfaction douloureuse du genou.

Les antécédents héréditaires sont assez bons; pas de syphilis, mais un de ses frères est mort de méningite à l'âge de deux ans.

La mère a eu un accouchement normal; il semble cependant être venu au monde en état de mort apparente et la sage-femme a dû *brutaliser* l'enfant pour le faire respirer.

Il y a 15 jours (c'est-à-dire un mois après la naissance) rougeur et tuméfaction douloureuse au niveau du premier orteil. Guérison en une semaine sans opération.

Depuis huit jours une tuméfaction est apparue, vers la partie interne de l'articulation du genou. C'est pour elle que la mère vient nous consulter en octobre 1892. On constate alors sur la face interne du genou, au niveau du condyle interne, une tuméfaction fluctuante, avec rougeur diffuse. La pression à ce niveau est douloureuse ainsi que les mouvements. Toute la région est empâtée et chaude.

Le même jour, incision en ce point. Il s'écoule un pus franc, bien lié, de bonne nature. La poche, explorée à la sonde cannelée, permet de sentir un point osseux dénudé sur le fémur, au-dessus du condyle interne, aux confins de la face postérieure et du bord interne. C'est là que l'os est trépané. Drainage à la gaze iodoformée. Pansement.

L'enfant vient se faire panser tous les cinq ou six jours. Il va bien.

(1) Lannelongue, *De l'ostéomyélite aiguë pendant la croissance*, 1879.
(2) Haaga, Beitræge z. Statist. der akut. spont. Osteomyel. der lang. Rœhrenknoch., *Beitr. z. klin. Chir.*, 1889.

(1) Senn, *Bactériologie chirurgicale*. Trad. Broca, Paris, 1886.

Le 15 novembre 1892 il est complètement guéri et part sans pansement.

L'observation III peut être rapprochée de la précédente. Si l'infection y reconnaît une autre cause, la localisation peut avoir été déterminée par la durée de l'accouchement.

L'infection pendant l'accouchement peut d'autant mieux être admise que souvent, chez la mère, on voit évoluer les accidents puerpéraux parallèlement à l'ostéomyélite de l'enfant (voyez Allard (1), Dardenne, etc.).

A côté des causes précédentes, nous rangerons les cas dans lesquels la porte d'entrée a été la plaie ombilicale infectée. Dardenne dans sa thèse en rapporte des exemples.

C'est assurément à cette cause qu'est due l'observation suivante.

Obs. II. — *Ostéomyélite aiguë de l'extrémité supérieure du fémur droit. Trépanation à la curette. Mort.*

Marie C..., âgée de quinze jours à peine, nous est amenée à la consultation de l'hôpital Trousseau pour une affection aiguë de la hanche droite.

Cette enfant est le premier-né d'une mère anémique. Les suites de couches ont été bonnes.

La petite malade, nous disent ses parents, s'est bien portée jusqu'à la veille au soir, 11 mars 1895.

Le 12 mars, quand nous la voyons, nous constatons sur le pourtour de l'ombilic une ulcération qui suppure et dont les bords sont enflammés, rouges, violacés. Rien ailleurs.

La hanche droite est en flexion. La peau dans cette région n'est pas très rouge, mais œdémateuse surtout en dedans. La circulation veineuse collatérale est exagérée. La pression sur la hanche, et les mouvements sont douloureux et arrachent des cris à l'enfant. Sensation nette de fluctuation profonde, surtout en dedans. La température est de 37,7.

On fait aussitôt une incision parallèle aux muscles adducteurs. On tombe d'abord sur une vaste poche purulente extra-articulaire. Mais il existe aussi du pus dans l'articulation; la capsule est incisée à son tour et on sent le col du fémur dénudé sur sa face postérieure. On le trépane à la curette à ce niveau. La plaie est tamponnée à la gaze iodoformée. Pansement.

L'enfant n'est pas revenue se faire panser.

Nous avons appris qu'elle était morte quatre jours après l'opération.

2° *Causes hygiéniques ;* troubles de la nutrition. Les ostéomyélites ayant cette étiologie peuvent apparaître peu après la naissance. Damourette (2) rapporte des cas d'abcès multiples dus à l'infection du nourrisson par le lait de la mère atteinte de galactophorite. Bien que nous n'en connaissions aucun exemple, cette porte d'entrée doit être admise.

Plus tard, l'affection frappe souvent les enfants atteints de troubles digestifs variés (diarrhée, ballonnement du ventre, etc.), soit qu'il y ait dénutrition c'est-à-dire moindre résistance, soit qu'il y ait infection d'origine intestinale.

Il y a des troubles intestinaux chez plusieurs de nos petits malades, dont nous donnons plus loin les observations.

Plusieurs d'entre eux sont des rachitiques.

(1) Allard, Thèse de Paris, 1890.
(2) Damourette, *Affections des nourrissons déterminées par la galactophorite de la nourrice.* Thèse de Paris, 1893.

(*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Sur la chorée chronique (Ueber Chorea chronica), par Gaghöfner (*Prager medicinische Wochenschrift*, 7 mars 1895, p. 109, n° 10 et 11). — Une petite fille de 9 ans et demi présente dans la plupart des muscles du corps des mouvements involontaires qu'on peut considérer comme choréiques et dont le début remonte à la première enfance. Quand on regarde l'enfant ces mouvements s'exagèrent par l'émotion et les actes intentionnels. Le visage de la malade est dans une agitation continuelle. Les pupilles ne présentent pas de troubles fonctionnels, tandis que la langue participe aux mouvements choréiques. Quand la malade est couchée, on observe souvent une flexion dorsale du gros orteil. Le pied exécute des mouvements passagers et quelquefois il prend l'attitude du pied-bot. La parole est un peu embarrassée ; l'intelligence ne semble pas atteinte ; il n'y a pas de contractures. Cependant, on rencontre un certain degré de rigidité surtout aux cuisses. Le réflexe patellaire est très exagéré et il y a du clonus du pied. Dans la marche on constate de la lordose passagère de la colonne vertébrale qui est sans doute sous la dépendance des mouvements involontaires des muscles du thorax. La mère de l'enfant est morte dans un asile d'aliénés. Parmi les cinq autres enfants, un est mort un jour après la naissance, un autre à l'âge de trois mois, un autre est bien portant et il y a eu une fausse couche. L'accouchement a été difficile quand la malade est venue au monde.

Les troubles de la motilité ne ressemblent pas à la chorée vulgaire. Il n'y a pas cette rapidité des contractions musculaires qu'on trouve dans cette dernière maladie. D'autre part, ils ne sont pas tentaculaires comme dans l'athétose. On pourrait donc admettre une forme mixte, dans ce cas. Du reste, la délimitation entre la chorée chronique et l'athétose chez l'enfant est indécise.

Des recherches récentes ont démontré qu'il ne faut pas voir dans ces deux troubles de motilité deux maladies différentes, mais plutôt des syndromes cliniques équivalents que l'on peut rencontrer dans diverses lésions cérébrales.

Quelques fois même on a vu l'athétose se transformer peu à peu en la chorée et *vice versa*.

Ross, Gowers, Osler, Audry, Leube, Freud sont arrivés par des voies différentes à admettre la parenté de la chorée et de l'athétose.

Beaucoup de cas de chorée chronique et d'athétose chez l'adulte qui datent de l'enfance ou sont congénitaux pourraient être considérés comme identiques avec la paralysie cérébrale infantile. Les phénomènes que l'on rencontre dans cette dernière maladie (paralysie spastique, contracture avec exagération des réflexes) existent dans la chorée chronique mais moins prononcés. En outre, dans les cas d'hémiplégie cérébrale infantile spasmodique il y a aussi des mouvements choréiformes. L'auteur rapporte ensuite 4 cas qu'il considère comme formes mixtes ou formes de transition entre l'athétose pure et la chorée chronique d'un côté et la paraplégie spastique bilatérale. Dans un de ces cas où l'autopsie a été faite il a trouvé de la porencéphalie double et de la microgyrie. Dans un autre cas, chez un enfant présentant de l'athétose des mains et des doigts, de la contracture des bras et des cuisses il a trouvé des foyers multiples de ramollissement de l'écorce cérébrale. Les formes infantiles d'athétose et de chorée chronique doivent être distinguées de la chorée héréditaire qui apparaît à l'âge de 30 ou 40 ans et dans laquelle les mouvements choréiques, au début, sont très peu accentués.

Sur un cas de névrite symétrique tuberculeuse (Nevrite simmetrica tuberculose), par le prof. E. de Renzi (*Rivista clinica e terapeutica*, janvier 1895). — Il s'agit d'un malade âgé de 35 ans avec des signes de tuberculose pulmonaire du sommet droit, à la troisième période. Sans cause appréciable, il est pris de douleurs aiguës de forme constrictive dans la région postérieure des jambes, douleurs qui augmentaient par le mouvement et la pression. Les jours suivants, on a remarqué une tuméfaction et un œdème transitoire de la malléole gauche. L'examen électrique a révélé

une légère diminution de l'excitabilité faradique et galvanique des muscles et des nerfs des membres inférieurs. Après un repos absolu et des frictions au chloroforme, les douleurs ont disparu. L'auteur pense qu'il s'agit d'une névrite symétrique comparable à celle qu'on constate chez les diabétiques.

Paraplégie due à une névrite du sciatique par Quioc (*Bourgogne médicale*, octobre-décembre 1894, n° 3 et 4). — Homme âgé de 39 ans, dans les antécédents duquel on trouve surtout des symptômes d'alcoolisme très manifeste. L'affection qui l'amène à l'hôpital a débuté au mois de mai de l'année dernière par de la lassitude et des douleurs continues qui siégeaient dans les lombes et la partie supérieure des cuisses. Peu à peu la marche devient impossible, les pieds se détachant difficilement du sol. Actuellement, on constate que la marche est impossible; la jambe droite est plus faible que la gauche, les orteils sont recourbés; pour marcher, il est obligé de se servir de béquilles. Dans le lit, il a peine à détacher le talon et à relever ses orteils. Les membres inférieurs présentent une atrophie musculaire diffuse qui contraste avec l'intégrité des membres supérieurs. Les muscles atrophiés présentent des contractions fibrillaires. Il y a en outre du tremblement des mains et de la langue. Aucun trouble objectif de la sensibilité, mais le nerf sciatique est douloureux à la pression en arrière du grand trochanter. La flexion de la cuisse sur le bassin est aussi douloureuse. Pas de troubles trophiques. A la suite de l'application de pointes de feu sur le trajet des deux sciatiques, les symptômes s'améliorèrent notablement et plus tard, les jambes ont repris leur volume, mais il persiste encore du tremblement fibrillaire. L'auteur pense qu'il s'agit là d'une névrite alcoolique.

Note sur un cas de méningo-myélite tuberculeuse par P. Londe et G. Brouardel (*Arch. de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*, 1er janvier 1895, n° 1. p. 115). — Depuis le mémoire de M. le professeur Raymond sur les différentes formes de leptomyélite tuberculeuse on n'a pas publié de nouvelles observations sur cette affection. Les auteurs en apportent une avec des caractères cliniques et anatomiques extrêmement nets.

Une femme âgée de 27 ans dont la grand'mère est morte tuberculeuse et qui possède une tare névropathique très chargée est entrée à la Salpetrière au mois de mai 1893.

Un certificat qui lui fut délivrée à Sainte-Anne portait : imbécillité avec préocupations hypocondriaques et incapacité de se diriger et de pourvoir à ses besoins.

Au moment où les auteurs l'examinent, ils constatent les signes d'une bronchite généralisée du côté gauche avec des douleurs dans la région lombaire, de la faiblesse dans les jambes et des douleurs passagères dans les cuisses.

La température vespérale dépasse 38°. Il y a de l'insomnie à cause des douleurs violentes de la région lombaire.

Quelque temps après, survient une raideur de la nuque, les réflexes sont abolis et on remarque une hyperesthésie des membres inférieurs.

Quinze jours après son entrée dans le service la malade meurt.

A l'autopsie on trouve des lésions de tuberculose pulmonaire ancienne et de la méningite cérébrale et de la méningo-myélite spinale de nature tuberculeuse. Il y a notamment un ramollissement considérable de la moelle dorsale dans sa partie inférieure et un épaississement très notable des méninges dans la région lombaire.

Au niveau des méninges altérées on a trouvé des bacilles de Koch en quantité notable; infiltration embryonnaire très marquée des racines médullaires et des travées pie-mériennes qui se prolongent dans la moelle. Il y a aussi des lésions de la substance blanche (infiltration diffuse) surtout à la périphérie de la moelle. Absence de lésions notables dans la substance grise. Les lésions vasculaires intéressent surtout les veines; on voit à l'intérieur de ces vaisseaux des cellules géantes. Les lésions artérielles qui sont moins prononcés consistent en péri-artérite.

Les auteurs comparent ensuite les lésions, dans leur cas, avec celles de la méningo-myélite syphilitique.

CHIRURGIE

Péricardite purulente traitée par l'incision (Ueber einen Fall von Incision des Herzbeutels wegen eitriger Pericarditis), par von Eiselsberg (*Wien. klin. Wochenschr.*, 1895, n° 2) — Il s'agit d'un garçon de dix-sept ans, chez lequel, à la suite d'un coup de couteau reçu dans la poitrine se développa une péricardite purulente. La ponction du péricarde, faite à plusieurs reprises, n'ayant amené aucun résultat, l'auteur se décida à intervenir d'une façon plus radicale, par l'incision. Il mit à nu le cartilage de la quatrième côte gauche, réséqua cette dernière dans une certaine étendue, et tomba de suite sur une membrane épaisse, fibreuse, le péricarde. Après une ponction exploratrice il incisa transversalement le péricarde épaissi, sur une étendue de 4 centimètres et évacua 2 litres d'un liquide séro-purulent. Il lava ensuite la cavité à l'eau salicylée tiède, fixa les bords de l'incision aux lèvres de la plaie et plaça dans la cavité deux drains. Guérison complète en quatre semaines.

L'examen de l'exsudat montra la présence d'un micro-organisme analogue au coli-bacille; mais il a été impossible d'élucider la question de savoir s'il s'agissait dans ce cas d'une infection primitive ou d'une infection hématogène, c'est-à-dire par la voie sanguine.

L'auteur insiste tout particulièrement sur les avantages de la suture du péricarde aux lèvres de la plaie, laquelle suture garantit sûrement la plèvre contre l'infection.

D'une façon générale, l'auteur n'admet la ponction dans le traitement de la péricardite purulente que dans les cas légers. La ponction qui doit être faite avec un trocart fin, présente même dans ces cas deux inconvénients : 1° la possibilité d'une blessure des artères mammaires internes ; 2° le non écoulement du liquide quand ce dernier n'est pas fluide. Si la ponction échoue ou n'améliore pas la situation, il faut, sans hésiter, ouvrir le péricarde par une large incision.

Résection étendue de l'intestin (Ein Fall von ausgedehnter Darmtresektion), par Hinterstoiser (*Wien. klin. Wochenschr.*, 1895, n° 5, p. 98). — L'observation de l'auteur se rapporte à une question dont nous avons déjà eu à plusieurs reprises l'occasion de nous occuper. On sait notamment, que certains auteurs soutiennent que, lorsqu'on résèque une trop grande partie de l'intestin, le malade finit par succomber au marasme, par troubles digestifs, et insuffisance de nutrition. D'autres pourtant, comme Kœberlé, Baum, Kocher, Hahn, Schlange, ont pu enlever près de 2 mètres d'intestin, et leurs opérés ont guéri définitivement.

Il en a été de même dans le cas que rapporte l'auteur, où, au cours d'une kélotomie pour hernie ombilicale étranglée, chez une femme de trente-six ans, on a reséqué 186 centimètres d'intestin grêle, et terminé l'opération par une enterorrhaphie circulaire. La malade resta à l'hôpital quarante-deux jours et pendant ce temps elle n'a présenté aucun trouble digestif; bien qu'elle ait maigri de 5 kilogrammes (son poids, à son entrée à l'hôpital, était de 91 kilogrammes), elle est restée vigoureuse et bien portante. A noter encore, dans cette observation, qu'au troisième jour après l'opération, il survint un état de collapsus avec phénomènes péritonéaux qui se dissipèrent au bout de deux jours, après une débâcle intestinale.

Adénomes sébacés (Ueber Adenomata sebacea), par R. Barlow (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1895, vol. 55, p. 61, Festschr. en l'honneur du prof. Zenker). — Travail considérable, basé sur un grand nombre d'observations personnelles et sur l'étude critique de la question, et qui aboutit aux conclusions suivantes :

1° La formation d'adénomes dans les glandes sébacées peut avoir lieu sans la dégénérescence athéromateuse préalables de ces glandes ;

2° La calcification, voire même l'ossification ultérieure des adénomes des glandes sébacées est très probable dans un grand nombre de cas ;

3° Il est certain que quelques adénomes des glandes sébacées peuvent subir ultérieurement la dégénérescence caséeuse ;

4° Pour éviter toute confusion, il serait indiqué de supprimer le terme d'épithéliome sous lequel on désigne quelquefois les adénomes des glandes sébacées.

Œsophagotomie pour corps étrangers, par Fedoroff (*Chirourg Liétopiss* (russe), 1895, vol. V. p. 10). — Le travail de l'auteur, basé sur 3 cas personnels et 160 recueillis

dans la littérature depuis 1881, met en évidence les faits suivants :

Sur les 163 cas, 42 ont succombé. La mort a été due 22 fois aux phlegmons du cou consécutifs à l'ulcération ou à la gangrène post-opératoire de l'œsophage, 9 fois à des hémorrhagies, 6 fois à l'épuisement des malades, 2 fois à la tuberculose, 1 fois à la pyohémie, 1 fois à l'œdème des poumons, 1 fois la cause de la mort n'a pu être élucidée. D'une façon générale, cette statistique montre la justesse de l'observation d'Egloff, d'après lequel la mortalité est d'autant moins élevée que l'opération est faite de meilleure heure.

Un autre facteur, dont l'influence se manifeste dans la mortalité, est l'âge de l'opéré. Ainsi, cette mortalité est de 27,7 pour 100 de 1 à 10 ans, de 0 pour 100 de 10 à 20 ans, de 13,3 pour 100 de 20 à 30 ans, de 24 pour 100 de 30 à 40 ans, de 25 pour 100 de 40 à 50 ans, de 36 pour 100 de 50 à 60 ans, de 80 pour 100 de 60 à 70 ans.

La façon de traiter la plaie (réunion complète ou partielle, etc.) et le traitement post-opératoire doivent, d'après l'auteur, varier avec les indications et l'état du malade.

Quant aux indications de l'œsophagotomie, l'auteur les formule sous forme des propositions suivantes :

1° Tout corps étranger arrêté dans l'œsophage, et que l'on ne peut extraire sans opération par les voies naturelles, doit être enlevé par l'œsophagotomie externe, si la situation du corps étranger est telle qu'on puisse le saisir à travers la plaie;

2° L'opération doit être faite si les tentatives d'extraction non sanglante n'ont pas réussi au bout de vingt-quatre heures;

3° Si le corps étranger se trouve dans l'œsophage depuis plus de vingt-quatre heures, l'œsophagotomie externe doit être faite après l'échec d'une seule tentative d'extraction non sanglante ;

4° L'œsophagotomie externe doit être faite d'emblée quand la nature du corps étranger (verre, aiguille, etc.) rend dangereuse les tentatives d'extraction non sanglante ;

5° L'œsophagotomie externe doit être faite d'emblée quand, au premier examen du malade, on trouve déjà des phénomènes inflammatoires ou une hémorrhagie par la bouche.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons de clinique chirurgicale, par M. Lejars, chez G. Masson, Paris, 1895.

Notre collègue et ami, le docteur Lejars, agrégé de la Faculté, vient de publier les cliniques qu'il a professées l'année dernière à l'hôpital de la Pitié; le livre est trop remarquable à trop de titres différents pour ne pas en donner une analyse à nos lecteurs.

Elève de Verneuil, M. Lejars n'a eu garde d'oublier la pathologie générale et une étude sur le *pouls en chirurgie* est placée en tête de l'ouvrage. Les différents types de greffes, et spécialement les *greffes d'Olliv Thiersch*, les *sarcomes musculaires*, les *formes graves de l'ostéomyélite chronique prolongée et l'ostéomyélite chronique d'emblée*, la *conicité physiologique des moignons*, etc., sont successivement traités dans ce premier chapitre sur la foi de nombreux faits cliniques.

Mais la plus large place est réservée à la *chirurgie réparatrice*, à la chirurgie des membres en particulier. Luxations anciennes de l'épaule et du coude, cals vicieux, ankyloses du coude et du genou, déformations du genou, pied plat, valgus invétéré, etc., fournissent matière à une série de leçons. De nombreux dessins et des reproductions photographiques mettent en lumière les détails techniques, et permettent de juger des résultats.

Nous citerons, entre autres, la leçon consacrée aux indications de la résection dans les *luxations anciennes de l'épaule;* l'histoire des *luxations latérales externes du coude*, forme exceptionnelle, au dire des classiques, et dont l'auteur a pu réunir un nombre suffisant de cas pour en esquisser le tableau clinique. Son malade, âgé de 58 ans, se présentait avec une luxation latérale externe, datant de trois ans ; une résection orthopédique, dont tous les temps sont figurés, lui rendit l'usage de ses membres. Six autres faits personnels de résection sont rapportés à l'appui de cette cure opératoire des luxations irréduites du coude.

La résection orthopédique est encore applicable à certaines variétés des *fractures anciennes du col du fémur* : un exemple en témoigne. Au genou, elle assure d'excellents résultats morphologiques et fonctionnels, dans l'ankylose angulaire : si la coudure n'est pas trop accentuée, la section linéaire courbe, l'excision d'un croissant osseux articulaire, telle que la préconise M. Helfvich (de Grimpwald), permet le redressement à moins de frais, au prix d'un raccourcissement moindres, qu'à la suite de la résection cunéiforme, proprement dite : M. Lejars y a eu recours chez l'une de ses malades, et s'en est bien trouvé.

Le *genu varum*, les *cas vicieux de la jambe*, le *pied plat valgus douloureux invétéré*, sont l'objet d'autres interventions de même ordre : ostéotomies simples ou cunéiformes, tarséotomies, etc. Trois malades ont subi l'opération d'Oyston modifiée, pour le pied plat valgus invétéré c'est-à-dire l'excision d'un large coin emprunté au bord interne du tarse : des moules du pied, avant et plusieurs mois après l'opération, permettent d'apprécier les effets obtenus. Dans l'un de ces faits, on s'était adressé tout d'abord à une méthode fort prônée en Allemagne, l'ostéotomie sapia-malléolaire, de Trendelenburg, qui ne repondit pas à ce que l'on attendait d'elle : de fait, le bas de la jambe reste bien incurvé, la déviation du pied ne s'en reproduit pas moins, dans le pied lui-même, dans le tarse, c'est le tarse qu'il faut attaquer.

Je ne signale qu'en passant, la *Désarticulation du genou à lambeau postérieur*, l'*amputation partielle du métatarse*, etc.

Les diverses *cures radicales* qui sont aujourd'hui la monnaie courante de la chirurgie, rentrent encore dans la conception géniale de la chirurgie réparatrice : ainsi en est-il de la cure radicale des hernies, de l'hydrocèle et même des hémorroïdes (opération de Whitchead).

Dans la même catégorie se range la *cure opératoire des fistules recto-uréthrales* : l'observation d'un enfant de 4 ans, traité et guéri par l'incision pré-rectal et la suture isolée des deux orifices, sert de point de départ à une intéressante discussion sur la pathogénie et le traitement chirurgical des communications recto-uréthrales.

On sait quelles discussions a soulevé l'opération de Poncet, la *cystostomie sus-pubienne*. Réservée d'abord aux prostatiques, on l'a utilisée dans certaines variétés de rétrécissements, et, comme opération préliminaire, dans le traitement de certaines fistules urinaires. Les indications en ont été fort débattues. M. Lejars étudie, dans deux leçons, cette question importante, et cherche surtout à mettre en lumière l'avenir fonctionnel réservé aux cystostomisés, autrement dit la physiologie des urèthres sus-pubiens. Le plus souvent, il faut le dire, avec l'urèthre contre nature comme avec l'anus contre nature, les malades restent condamnés à une incontinence plus ou moins complète. Dans quelles conditions, le bénéfice que l'opération assure est-il supérieur à l'infirmité qu'elle crée? Toute la discussion est là. Il est bon d'ajouter que, dans certains cas, la cystostomie peut n'être que temporaire, et que souvent, à ce titre, elle constitue une opération de salut.

Enfin, la gynécologie opératoire est aussi largement représentée dans ses leçons. A son tour, l'auteur s'est trouvé en présence de ces grosses questions toujours d'actualité : l'*hystérectomie abdominale totale dans les fibromes utérins*, l'*hystérectomie vaginale* dans les formes invétérées et incoercibles du *prolapsus*, le traitement de la *maladie annexielle* et de ses multiples formes, l'*hystérectomie vaginale dans les affections bi-latérales des annexes*. Ma courte expérience, écrit-il, m'interdit de prendre part à une discussion qui n'est pas encore close; mais, en pareille matière, la responsabilité du chirurgien est trop lourdement engagée pour qu'il ne soit pas de son devoir, de se faire à lui-même, sur ses propres faits, une opinion, une sorte de morale opératoire. » Trois tableaux détaillés reproduisent une série de 19 hystérectomies pour fibromes, de 30 laparotomies pour salpingo ovarites, de 23 hystérectomies pour annexites doubles. C'est à l'étude précise de ces documents que s'attache l'auteur. Une étude sur les polypes et faux polypes de l'utérus, une autre sur les

tumeurs uréthrales et péri-uréthrales chez la femme, terminent cette dernière partie.

Telle est la rapide analyse de ce livre intéressant. Nous voudrions dire, avant de terminer, combien chacune de ses leçons est claire, documentée et combien le plus pur bon sens en dicte toujours les conclusions. Nous ne saurions trop en féliciter l'auteur.

P. R.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Du cathétérisme rétrograde de l'urèthre, par le Dr E. Estor, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. Montpellier, C. Coulet; Paris, G. Masson, 1895. Prix : 4 francs.

Chez un homme de 42 ans, atteint de rétrécissement traumatique avec fistule, M. Estor n'ayant pu mener à bien l'uréthrotomie externe pratiqua le cathétérisme rétrograde, après cystostomie sus-pubienne, et obtint un beau succès, après suture vésicale complète. A ce propos, il a entrepris une étude fondée sur 56 observations, et il montre que c'est une opération trop peu souvent pratiquée.

Thèses des Facultés.

Essai sur la séméiologie du pouls en clinique chirurgicale, par François Bertonnier.

Nous avons essayé de réunir les principales indications que l'étude du pouls pouvait fournir au chirurgien et nous avons vu que, sans vouloir attacher à ce mode d'investigation une importance exagérée, il venait souvent en aide aux autres symptômes pour contribuer au diagnostic et au pronostic. Aussi, jetant un coup d'œil d'ensemble sur les différents cas où la séméiologie du pouls est plus particulièrement intéressante en clinique chirurgicale, nous nous résumerons brièvement :

1° Dans les affections chirurgicales fébriles il est de toute importance de comparer le nombre des pulsations artérielles au degré thermique : la discordance des deux courbes étant souvent l'indice d'un état grave. De même qu'un pouls très accéléré, petit, irrégulier sera d'un plus mauvais pronostic qu'un pouls plein, régulier, bien frappé quoique fréquent quel que soit d'ailleurs le degré de la température.

2° Dans les hémorrhagies graves, la grande dépression du pouls dont elles s'accompagnent a suffi parfois à mettre sur la voie de ces accidents que rien ne venait révéler à l'extérieur et alors que les autres symptômes généraux n'étaient pas assez accentués pour attirer l'attention.

3° Dans le choc traumatique ou opératoire le degré de petitesse, de fréquence et d'irrégularité du pouls sera la mesure la plus exacte de la violence du choc et de la résistance vitale du malade. Avant d'opérer, il faudra attendre que le pouls se relève et des battements à peine perceptibles, incomptables, devront contre-indiquer toute intervention.

4° Dans les lésions traumatiques crânio-cérébrales, la lenteur extrême du pouls est un signe constant de la commotion, de la contusion ou de la compression cérébrale. Si dans la suite, cette lenteur remarquable fait place à une accélération des pulsations, accompagnée d'une élévation de température, c'est un signe des plus précieux du début de la méningo-encéphalite.

5° Dans toutes les affections traumatiques ou inflammatoires de l'abdomen, le pouls est petit, fréquent, irrégulier (pouls abdominal). C'est un des signes de la péritonite, le degré de fréquence, de petitesse, d'irrégularité des pulsations en indique la marche et doit souvent guider l'intervention chirurgicale. Dans le choc péritonéal, on observe souvent aussi un arrêt momentané des mouvements du cœur.

6° L'absence de battements artériels à l'extrémité d'un membre est un signe d'une grande importance et qui commande une détermination rapide. En présence donc d'un traumatisme un peu considérable à la racine d'un membre, se rendre compte toujours de l'état du pouls au-dessous de la blessure. La diminution d'amplitude des pulsations et leur retard constatés au-dessous d'une tumeur siégeant sur l'artère, aident non seulement au diagnostic d'anévrysme, mais indiquent encore sur quel vaisseau il siège exactement.

7° Avant l'anesthésie, se rendre compte de l'état du cœur en interrogeant le pouls, car ses caractères d'irrégularité, d'intermittence, d'arythmie, mieux que l'auscultation du cœur, indiqueront que les lésions valvulaires sont mal compensées et qu'il y aurait danger à l'administration du chloroforme. Durant le cours de la chlorotormisation, conserver l'habitude de tenir le pouls, car tout changement brusque survenu dans la circulation doit éveiller l'attention et mettre en garde contre les accidents qu'il est parfois trop tard de prévenir lorsque la respiration a cessé.

VARIÉTÉS

Association des médecins de la Seine. — L'Assemblée générale annuelle de cette Association aura lieu dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. Brouardel, le dimanche 28 avril à 2 heures.

Ordre du jour : 1° Lecture du compte rendu de l'année 1894 par le secrétaire général.

2° Election d'un président et de deux vice-présidents.

3° Renouvellement par tirage au sort de vingt-deux membres titulaires de la *Commission générale.*

Ecole d'Angers. — M. Thésée, suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole préparatoire de Médecine et de Pharmacie d'Angers, est chargé, jusqu'à fin de l'année scolaire 1894-1895, d'un cours d'histoire naturelle à ladite Ecole.

École de Tours. — La chaire d'accouchements, maladies des femmes et des enfants de l'Ecole préparatoire de Médecine et de Pharmacie de Tours, est transformée en chaire de clinique obstétricale, et M. Thierry est nommé professeur.

Ecole d'Alger. — Sont institués, à dater du 1er mars 1895, aides d'anatomie à l'Ecole de plein exercice de Médecine et de Pharmacie d'Alger : MM. Maquet Barbé, et Liagre.

Ecole de Marseille. — M. Guibaud (Alfred-François-Marie), bachelier ès sciences, est nommé préparateur de chimie et de pharmacie à l'Ecole de plein exercice de Médecine et de Pharmacie de Marseille (emploi nouveau).

Ecole de Rennes. — Un concours s'ouvrira, le 12 décembre 1895, devant la Faculté de Médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole préparatoire de Médecine et de Pharmacie de Rennes. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du dit concours.

Ecole de médecine de Nantes. — M. Boiffin est nommé professeur de clinique chirurgicale.

Un concours s'ouvrira, le 25 novembre prochain, devant la Faculté de Médecine de Paris, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole de plein exercice de Médecine et de Pharmacie de Nantes.

Collège de France. — M. Ranvier, professeur d'anatomie générale au Collège de France, est autorisé à se faire remplacer, pendant le deuxième semestre de l'année 1894-1895, par le Dr Suchard.

Distinctions honorifiques. — Est nommé *Officier d'acadmie*, à l'occasion du voyage du Président de la République en Normandie, M. le Dr Cocatrice, médecin à Doudeville.

Sont nommés *Officiers de l'Orde du Mérite Agricole* : MM. Chauveau, membre de l'Académie des Sciences, inspecteur général des Ecoles vétérinaires, officier de la Légion d'honneur; Duclaux, membre de l'Académie des Sciences, professeur à l'Institut national agronomique, officier de la Légion d'honneur; Trasbot, membre de l'Académie de Médecine, directeur de l'Ecole nationale vétérinaire d'Alfort, officier de la Légion d'honneur; Nocard, membre de l'Académie de Médecine, professeur à l'Ecole nationale vétérinaire d'Alfort, officier de la Légion d'honneur.

Asiles d'aliénés. — *Nominations de directeurs.* — M. Tondu, ancien député, directeur de l'asile Saint-Pierre, est nommé directeur de l'Asile de Villejuif en remplacement de M. Barroux, décédé. — M. Bresson, directeur de l'Asile de Montdevergues, est nommé directeur de l'Asile Saint-Pierre, et M. Bezoubes, ancien sous-préfet d'Alais, est nommé directeur de Montdevergues.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

QUARANTE-DEUXIÈME ANNÉE — N° 18 — 4 MAI 1895

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

BULLETIN

Association générale des médecins de France.

36e réunion annuelle (deuxième séance).

La séance du lundi est réservée au vote des pensions ainsi qu'à la discussion des vœux présentés par les Sociétés locales et de toutes les questions que le Conseil général croit de nature à intéresser l'avenir de l'Association. Cette année encore plusieurs questions assez importantes ont dû être ajournées. Elles feront l'objet d'une étude approfondie et reviendront l'année prochaine. Nous estimons, en effet, que tout ce qui touche à la législation médicale et à la défense des intérêts professionnels ne saurait être discuté publiquement sans qu'une sanction effective puisse être donnée à ces débats. Il ne suffit pas d'émettre des vœux platoniques, de critiquer amèrement soit la législation, soit les mesures prises par l'administration et les tribunaux. Une Association comme la nôtre est assez forte pour pouvoir être écoutée lorsqu'elle défend une cause juste; mais elle doit être assez sage pour ne pas s'exposer à un échec infaillible en soutenant des intérêts particuliers difficiles à défendre publiquement. Est-ce à dire qu'il faille abandonner à eux-mêmes ceux de nos confrères qui viennent solliciter l'intervention du président ou des membres influents du Conseil général? Telle n'est pas notre pensée. Ce que nous persistons à croire c'est qu'il ne faut pas saisir le Parlement et la presse de toutes les menues questions qui se traitent infiniment mieux dans le cabinet d'un chef de division qu'à la tribune parlementaire ou dans une audience officielle donnée par le ministre et qui pourraient être souvent résolues au gré des intéressés si ceux-ci gardaient plus de modération et de calme dans leurs revendications.

Nous n'avons pas à rappeler ici les faits récents qui nous dictent ces réflexions. Nous ne voulons que répéter à tous nos adhérents notre vif désir de leur venir en aide toutes les fois qu'ils ont besoin de notre appui mais aussi les motifs qui nous imposent parfois une réserve et une modération indispensables au succès de notre intervention.

Cette année, après avoir voté toutes les pensions demandées par les Sociétés locales, l'Association a entendu et approuvé le rapport rédigé par M. le Dr A.-J. Martin au nom de la commission des vœux. Ceux-ci avaient été classés sous trois catégories distinctes : 1° ceux qui concernent le fonctionnement de l'Association elle-même; 2° ceux qui rappellent des propositions déjà faites en faveur de modifications législatives ou administratives intéressant le corps médical en tout ou en partie; 3° ceux qui ont trait à l'application des lois nouvelles sur l'exercice de la médecine et sur l'assistance médicale gratuite.

Les premiers de ces vœux, relatifs à la fondation d'une caisse de retraite ou d'une caisse des veuves et orphelins, ont dû être écartés comme les années précédentes. Toute modification à nos statuts se trouve en effet subordonnée actuellement au vote de la loi sur les *Sociétés de secours mutuels*. Si cette loi est promulguée l'année prochaine, nous pourrons créer toutes les caisses nouvelles, toutes les œuvres de prévoyance que l'on désire, mais à la condition, il faut le dire bien haut, de pouvoir, à l'aide de cotisations nouvelles et infiniment plus élevées que la cotisation actuelle, fait vivre ces nouvelles fondations.

Ce qu'on nous demande, en effet, c'est de prouver que nous sommes en mesure de faire prospérer les œuvres nouvelles que nous projetons. On nous autorisera donc à créer une caisse des veuves et des orphelins le jour où nous prouverons que nous avons des ressources suffisantes pour la faire vivre. Or, aussi longtemps que tous nos dons, tous nos legs, et une partie de nos cotisations iront à la caisse des pensions viagères il sera impossible d'alimenter une caisse nouvelle. Il faut dès lors pour créer les ressources indispensables au fonctionnement d'une caisse que tous nous désirons voir prospérer, obtenir de nos adhérents un supplément de cotisation ou mieux encore obtenir, par le vote de la loi que nous attendons, la création de livrets individuels qui donneront à ceux qui les possèdent le droit de recevoir des subventions multiples en rapport direct avec les cotisations spéciales qu'ils auront versées.

Le Conseil général a étudié toutes ces questions. Il es

en mesure de répondre à tous ceux qui lui en demanderont la solution. Il est prêt à discuter avec tous les médecins que n'aveugle pas l'esprit de parti les meilleurs procédés à employer pour *aller de l'avant* ; mais il ne répondra jamais aux publicistes qui, n'appartenant pas et ne pouvant pas appartenir à l'Association non plus qu'à aucune Société médicale ou professionnelle, ne connaissant pas les statuts qui nous régissent, cherchent à semer la division parmi nos adhérents. Ils semblent n'avoir pas compris la signification des mots charité ou confraternité et leurs propositions, si elles étaient considérées comme sérieuses, ne pourraient que faire sombrer une œuvre qui, comme l'a dit son président, veut rester haut dans l'estime publique et *se maintenir au-dessus de tout commerce*.

Ceci dit une fois pour toutes, nous ne pouvons que rendre justice aux sentiments qui avaient dicté les vœux présentés cette année. Nous avons déclaré publiquement et M. A.-J. Martin a dit explicitement que les vœux de la Société de Tarn-et-Garonne (caisse de retraite) et ceux de la Société de l'Oise (caisse des veuves et orphelins) n'étaient que provisoirement ajournés. Le vœu de la Société de l'Allier, relatif à la convocation des médecins des eaux minérales appartenant à la réserve de l'armée active ou à l'armée territoriale, a trait à des intérêts très légitimes. Nous ne désespérons pas d'obtenir des mesures individuelles donnant satisfaction à la grande majorité de nos confrères. Une mesure générale, législative ou administrative, ne peut être espérée dans l'état actuel des relations qui existent entre le corps médical et l'administration de la guerre.

Arrivons au vœu de la Société des Hautes-Pyrénées relatif à la patente exigée des médecins exerçant dans les stations hydro-minérales.

La loi du 19 ventôse an XI, dit à ce sujet M. A.-J. Martin, obligeait (art. 24) les médecins à l'enregistrement du diplôme, dans le délai d'un mois après la fixation de leur domicile ; en vertu de cette disposition, le gouvernement s'était cru autorisé à assujettir les médecins à autant de patentes qu'ils ont de résidences dans lesquelles ils exercent.

Plus explicite encore, la loi du 30 novembre 1892 s'est prononcée en ces termes (art. 9) : les docteurs en médecine, les chirurgiens dentistes et les sages-femmes sont tenus, dans le mois qui suit leur établissement, de faire enregistrer, sans frais, leurs titres à la préfecture ou sous-préfecture et au greffe du tribunal civil, dans le même délai.

Si le législateur avait employé le mot de *résidence* au lieu de parler du *domicile*, il semble bien qu'aucune contestation ne serait possible et que la patente serait bien due dans chaque endroit où le médecin exerce, pourvu qu'il y séjourne au moins un mois. Mais nous ne croyons pas que l'on puisse arguer de l'insuffisance du terme employé pour désigner le lieu d'habitation du médecin au point de vue juridique. Si le mot domicile signifie d'ordinaire la localité où, légalement, le citoyen exerce ses droits électoraux et cette localité seule dans l'espèce, il ne nous paraît pas douteux que le législateur s'est prononcé pour la thèse contraire à celle que soutient la Société des Hautes-Pyrénées, par l'insistance qu'il a mise dans la loi nouvelle, dans les deux paragraphes de l'article 9, à signaler la durée minimum de l'établissement du médecin et les changements qu'il lui peut faire subir dans un délai très rapproché.

La déclaration d'exercice est bien et dûment obligatoire pour les médecins des stations thermales, partout où ils exercent et pourvu qu'ils y exercent dans les délais légalement fixés. Aussi pensons-nous qu'il n'y a pas lieu de prendre en considération le vœu de la Société des Hautes-Pyrénées, dans les termes où il est formulé.

Mais il n'en reste pas moins établi que le médecin ne peut être assujetti à la patente dans un domicile quel qu'il soit, qu'autant qu'il y exerce réellement l'art médical. Pour plus de sécurité à l'égard des prétentions du fisc, il doit prendre la précaution de ne faire enregistrer son diplôme que là où il exerce et s'en dispenser partout ailleurs ; même s'il n'a qu'un domicile toute l'année et qu'il n'y exerce pas, il doit se refuser à cet enregistrement afin de ne pas être inscrit sur la liste officiellement publiée par l'administration préfectorale et qui fait foi, en cas de contestation devant le conseil de préfecture, contre toutes prétentions abusives des agents du ministère des finances.

Quant aux vœux relatifs à l'application de la loi du 30 novembre 1892, satisfaction leur sera prochainement donnée. La déclaration des maladies épidémiques pourra être faite, comme le demande la Société du Var, sous enveloppes cachetées et avec franchise postale. La loi sur la protection de la santé publique donnera satisfaction au vœu de la Dordogne.

« Ajoutons, dit M. Martin, que, d'après les dispositions de ce même projet, les mesures de désinfection seront obligatoires pour les maladies épidémiques ; qu'elles seront mises à exécution par des services publics confiés aux autorités et suivant les instructions du Comité et des Conseils d'hygiène. Ainsi seront évités les inconvénients, souvent graves, très justement signalés par la Société de Maine-et-Loire, alors que les mesures prophylactiques sont abandonnées à des administrations sans compétence et auxquelles font défaut les moyens rationnels d'exécution. Nous avons des raisons de savoir que l'administration supérieure, préoccupée également de cet état de choses, a mis à l'étude des instructions spéciales qui, avant le vote de la loi sur la protection de la santé publique, permettraient en partie d'y remédier.

Restent les vœux relatifs à l'application de la loi sur l'assistance médicale dans les campagnes. Voici en quels termes le rapporteur les approuve : »

La loi du 15 juillet 1893 a rendu obligatoire, en France, l'assistance médicale aux malades privés de ressources. Ce progrès considérable, réclamé depuis plus d'un siècle, a, au point de vue médical, une conséquence que l'administration s'est empressée de souligner, à savoir que la loi « a fait de l'assistance un service public ; ce fait considérable, ajoute-t-elle, produit, degré par degré, toutes ces conséquences. »

Les Sociétés du Pas-de-Calais et de Maine-et-Loire sont donc bien autorisées à penser qu'il y aurait un très grand intérêt à ce que le corps médical fût appelé à exposer tout au moins son avis au sujet de l'organisation du service. Or, la loi déclare que les médecins de l'assistance ou un délégué des médecins de l'assistance, peut assister avec voix consultative, à la séance de la commission administrative chargée de fixer la liste des personnes admises à l'assistance médicale ; mais elle est muette à l'égard de sa participation à l'organisation du service, dont le soin est uniquement confié au Conseil général du département, aux termes de l'article 4.

Les instructions ministérielles passent également ce point sous silence.

Dans un trop petit nombre de départements, le Conseil général a compris quelle importance il y avait, pour la facile application d'une loi délicate et qui touche à des multiples intérêts, à rechercher tout d'abord une entente commune entre les élus du département et les représentants du corps

médical, dont le dévouement ne peut pas être plus suspecté que son désintéressement quand il s'agit des malheureux et des déshérités. Partout ailleurs on a tenu et on tient encore les médecins à l'écart, au risque de créer des difficultés inutiles, soit qu'on adopte un mode d'organisation inapplicable, soit qu'on risque d'amener le corps médical à des refus de concours trop justifiés par la modicité des ressources et par les entraves administratives.

Aussi nous ne pouvons qu'appuyer, dans l'intérêt de la réforme si justement projetée, les vœux des Sociétés du Pas-de-Calais et de Maine-et-Loire, en invitant le Conseil à prier, dans le plus bref délai possible, M. le Ministre de l'Intérieur, d'appeler tout spécialement l'attention de MM. les Préfets sur la légitimité et la valeur de ces vœux.

Nous aimons à penser que nos pressantes instances auront le résultat qu'en espèrent nos confrères de province.

La séance s'est terminée par le vote d'une proposition qui va être soumise une troisième fois à l'adoption des Sociétés locales. Il s'agit de l'élévation du taux annuel des cotisations et du droit d'entrée. Ce sont des questions assez délicates à résoudre en raison des habitudes prises par les anciens membres de l'Association. Nous ne désespérons pas de les ramener à une plus saine appréciation de l'état de nos finances. Un franc par mois ne peut suffire alors que tous les membres des Sociétés de secours mutuels qui sont ouvriers versent deux ou trois fois plus. Si l'on veut augmenter la sphère de notre activité et venir en aide aux veuves et aux orphelins, il faut nous donner de nouvelles ressources. Nous dirons l'année prochaine ce que nous pourrons offrir en échange de ces allocations, bien modestes encore, faites à la caisse centrale de l'Association.

L. Lereboullet.

REVUE GÉNÉRALE

La médication thyroïdienne.

(2e *article.*)

Nous devons examiner maintenant les *effets utiles* du traitement et, d'autre part, les *accidents* qu'il peut entraîner.

L'action du traitement est immédiate, elle se prononce souvent dès le lendemain du jour où il a été institué, habituellement au bout de trois ou quatre jours.

Les modifications qui se produisent sont les unes d'ordre somatique, les autres d'ordre psychique.

Le phénomène d'ordre somatique le plus saillant est la démyxœdémisation dont on peut suivre les progrès jour par jour. L'infiltration œdémateuse des téguments disparaît progressivement et les formes s'accusent. La peau reprend sa consistance et sa coloration habituelles; le poids du corps diminue et la perte de poids peut atteindre 10 kilogrammes et même davantage. En outre les troubles trophiques cutanés disparaissent, les ongles se développent, les cheveux cessent de tomber et repoussent, enfin la fonction sudorale se rétablit.

D'autre part, la température se relève et peut même dépasser la normale de quelques dixièmes de degré. La diurèse ne fait jamais défaut (Fenwick), elle est la conséquence nécessaire de la démyxœdémisation et assure l'élimination des produits accumulés dans l'organisme.

Sous l'influence du traitement se produisent des changements importants dans la composition du sang (Lebreton et Vaquez, *Société médicale des hôpitaux*, 15 janvier 1895). On sait que Mendel, Lichtentein, Schotten et surtout Krœpelin ont noté des altérations sanguines chez les myxœdémateux. Lebreton et Vaquez ont constaté que, sous l'influence du traitement, le nombre des hématies augmente (de 1,750,000 avant tout traitement à 2,430,000 après trois jours de traitement), ainsi que celui des leucocytes (de 1 pour 380 à 1 pour 240). La leucocytose est passagère; elle était formée dans le cas de Lebreton et Vaquez par l'adjonction d'un nombre considérable de grandes cellules mononucléaires, à noyau peu colorable. L'augmentation du nombre de ces grands leucocytes qui, d'après certains auteurs, prennent naissance dans la moelle des os et les autres organes formateurs du sang résulte peut-être du fonctionnement nouveau de ces centres hématopoiétiques rappelés à la vie par le traitement thyroïdien.

Notons encore dans le sang la présence de globules rouges nucléés de sorte que l'on peut se demander s'il n'y a pas, chez certains myxœdémateux, une sorte de persistance du processus fœtal de l'hématopoièse.

Les modifications d'ordre psychique sont non moins saisissantes; on assiste à la disparition de la torpeur, à la reprise de l'activité intellectuelle. Le sommeil redevient paisible; la mémoire, l'attention se développent; le caractère se modifie, le sujet s'intéresse à ce qui l'entoure, devient gai. La parole devient plus nette, plus facile, les mouvements n'ont plus cette lenteur qui est l'un des signes caractéristiques du myxœdème; enfin le visage reprend son expression.

Ces divers changements se produisent tous et s'achèvent dans un délai de quinze jours à trois semaines. A cette période d'amélioration progressive en succède une autre où l'amélioration se maintient et qui est d'une durée pour ainsi dire indéfinie, à la condition que le sujet soit maintenu de temps en temps sous l'influence du traitement par l'usage de doses faibles, qui constituent la ration d'entretien.

Suivant Marie, il est nécessaire de donner un lobe tous les cinq jours environ pour maintenir la guérison.

La médication thyroïdienne est loin d'être inoffensive; alors même que les doses sont relativement faibles, on voit habituellement survenir certains phénomènes, d'ailleurs sans gravité, traduisant l'imprégnation de l'organisme par une substance toxique absorbée. Si l'on force la dose, ainsi que quelques médecins imprudents l'ont fait, des accidents très graves et même mortels surviennent. Murray, Vermehren, d'autres encore ont observé des cas de mort à la suite du traitement thyroïdien.

Voici quels sont les effets toxiques observés: outre une élévation de température plus ou moins accusée suivant les cas, l'un des signes les plus saillants est la tachycardie avec instabilité du pouls; parfois même la perte de connaissance survient (Murray, Clay, Shaw). Une grande agitation, l'irritabilité du caractère, les vertiges, l'insomnie, la céphalée, les douleurs dans le thorax (Bouchard), dans les lombes (Murray), dans les membres (Marie), le dérobement des jambes, la courbature, les spasmes, les crampes sont les phénomènes d'ordre nerveux que l'on constate habituellement; dans certains cas on a noté des crises épileptiformes (Henry). M. Béclère, chez une femme de 31 ans qui, par suite d'une erreur, avait pris, au début de son traitement, une dose énorme de corps thyroïde (92 grammes en onze jours) a vu se produire une aphasie passagère avec mono-

plégie et anesthésie du bras droit, de nature manifestement hystérique; or cette femme n'était nullement névropathique auparavant; aussi M. Béclère pense-t-il que le suc thyroïdien ingéré ou sécrété en excès peut-être considéré comme un des agents provocateurs de l'hystérie.

La malade de M. Béclère présenta, entre autres symptômes, de l'augmentation des respirations, du tremblement passager des bras, de l'exophthalmie et de l'éclat du regard, c'est-à-dire des symptômes analogues à ceux de la maladie de Basedow, de telle sorte que l'on est conduit à considérer leur production dans le goître exophthalmique comme due à une sécrétion exagérée de la glande thyroïde. L'hystérie est, on le sait, fréquemment associée à la maladie de Basedow; or, le cas de M. Béclère montre qu'elle peut être provoquée également par le traitement thyroïdien; on peut donc aussi considérer l'hystérie dans la maladie de Basedow comme étant déterminée par le suc thyroïdien sécrété en excès.

Outre les troubles nerveux qui viennent d'être énumérés, le thyroïdisme se traduit encore par des troubles digestifs (anorexie, dyspepsie), urinaires (polyurie, albuminurie, azoturie), cutanés (érythème scarlatiniforme, urticaire, desquamation au niveau des extrémités). Il est à remarquer que l'effet diurétique ne se produit pas chez les personnes saines à qui l'on fait ingérer du corps thyroïde, aussi M. Marie considère-t-il la diurèse comme une conséquence indirecte du traitement, la diurèse résultant de l'élimination des matériaux qui proviennent de la démyxœdémisation.

Les effets toxiques peuvent se produire dès les premiers jours du traitement; ils cessent si la médication est interrompue, et peuvent recommencer à sa reprise; mais il est possible d'obtenir la tolérance en diminuant les doses de façon à ne pas provoquer une vive réaction.

La conclusion à tirer de ce qui précède est que la médication thyroïdienne, en raison de son énergie, doit être employée très prudemment et surveillée de près; à la moindre alerte on n'hésitera pas à suspendre le traitement, ce qui n'empêche pas d'ailleurs l'amélioration du myxœdème de continuer à se produire.

M. Béclère (*Soc. méd. des hôpitaux*, 18 janvier 95), insiste avec raison sur la nécessité d'être prudent. « Le pouls, dit-il, est, en pareil cas, le meilleur guide, il doit être chaque jour attentivement consulté. Il importe de tenir grand compte de son augmentation de fréquence, mais plus encore peut-être de sa mobilité et de son instabilité qui peuvent être telles qu'en un instant, sous l'influence du moindre effort, le nombre des pulsations s'élève de 110 à 160. Je tiens à répéter qu'une précaution très utile, surtout au début du traitement, est de prescrire aux malades soumis à l'alimentation thyroïdienne le séjour au lit ou tout au moins le repos à la chambre avec recommandation expresse d'éviter tout effort, tout mouvement capable d'augmenter brusquement le travail du cœur. J'ajoute que cette surveillance et ces recommandations ne doivent pas prendre fin quand le traitement est suspendu, car le suc thyroïdien, si différent par ses effets de la digitale, semble posséder le même pouvoir accumulatif que ce médicament. Son action dépressive sur le cœur peut se faire sentir seulement plusieurs jours après le début du traitement et continuer aussi plusieurs jours après son interruption. Parmi les malades morts subitement en Angleterre, certains n'ingéraient plus de glandes thyroïdes depuis quelques jours déjà. Vis-à-vis de l'aliment curateur, les divers individus réagissent d'ailleurs, de façon fort différente, et c'est par de sages tâtonnements que doit être atteinte la dose utile et non dangereuse, variable pour chaque malade. »

Les effets de la thyroïdisation n'ont pas seulement été observés en clinique; ils ont encore été constatés dans diverses expériences faites sur les animaux. Ces expériences ont déterminé, d'une part, des symptômes analogues à ceux que détermine chez l'homme le traitement thyroïdien : tachycardie, fièvre, crises de tremblement, etc., et, d'autre part, des hémorrhagies et une tuméfaction du corps thyroïde constituant un goître expérimental. A la suite d'injection à un chien d'extrait glycériné de corps thyroïde de mouton, faite de telle sorte qu'en 14 jours l'animal a reçu 86 cc. d'extrait, MM. Ballet et Enriquez (*Société Médicale des Hopitaux* 16 novembre et 14 décembre 1894) ont constaté un gonflement notable du cou de l'animal qui débuta cinq jours après la première injection.

Au treizième jour de l'expérimentation les injections furent supprimées, les différents symptômes toxiques disparurent et parallèlement le gonflement du cou diminua pour disparaître à son tour au bout d'une semaine.

Les injections ayant été reprises, l'animal présenta de nouveau et simultanément les symptômes déjà mentionnés en même temps qu'un gonflement très notable du cou.

MM. Ballet et E. Enriquez ont renouvelé ces expériences sur deux autres chiens et obtenu les mêmes résultats. A l'autopsie de l'un de ces chiens qui mourut dans le collapsus, après avoir présenté une température très élevée (près de 410), des pulsations cardiaques précipitées (190), des hémorrhagies intestinales profuses, ils ont constaté une hypertrophie notable du corps thyroïde qui présentait à sa surface des points ecchymotiques. Les deux reins étaient volumineux et le siège d'une congestion intense; l'examen du tube digestif ne révéla aucune ulcération gastrique ou intestinale; les hémorrhagies intestinales n'étaient donc pas déterminées par des lésions de la muqueuse, mais purement vaso-motrices.

En résumé la démyxœdémisation ne s'effectue pas sans être accompagnée d'accidents toxiques imputables à l'hperthyroïdisation. Habituellement bénins ces accidents peuvent, lorsque les doses employées sont trop fortes ou continuées pendant un temps trop long, revêtir une forme grave et même entraîner la mort; on ne saurait donc apporter trop de prudence dans la direction du traitement. D'autre part, la clinique et l'expérimentation démontrent que l'hyperthyroïdisation détermine des troubles analogues à ceux dont l'ensemble constitue la maladie de Basedow; on peut légitimement attribuer les symptômes de cette maladie à la sécrétion exagérée du suc thyroïdien.

B. APPLICATION DE LA MÉDICATION THYROIDIENNE AU TRAITEMENT DES GOITRES.

Les résultats remarquables obtenus dans le myxœdème avec la médication thyroïdienne ont suggéré l'idée d'employer la même médication contre le goitre. Les essais de ce genre ont été tentés pour la première fois par le Dr Emminghaus, professeur de psychiatrie à la Faculté de Fribourg et par son assistant Reinhold. Ces médecins ont soumis au traitement six aliénés goîtreux, avec la pensée d'obtenir chez eux une amélioration des troubles mentaux. Or, il est advenu que ces troubles n'ont pas été modifiés d'une façon très marquée, mais que par contre le traitement a exercé sur le goître une action très manifeste. La diminution était appréciable après chaque nouvelle ingestion de corps thyroïde et a été de 1 c. 25 à 4 cent., suivant les cas. Un résultat non

moins remarquable a été obtenu par Emminghaus et Reinhold chez une infirmière atteinte de goitre. Chez cette femme la circonférence du cou au niveau de la tumeur était primitivement de 38 c. 5. Après la troisième ingestion de corps thyroïde, elle n'était plus que de 36 cent; en même temps le poids du corps avait diminué de 1 kil. 500.

Chez ces différents malades le traitement n'a provoqué aucun symptôme fâcheux; cela tient sans doute à ce que les doses du corps thyroïde (6 à 7 gr. 50) étaient administrées à des intervalles éloignés, de dix à quinze jours et parfois même de plusieurs semaines.

Le professeur Bruns (de Tubingue) a pu également se convaincre des excellents effets que l'ingestion de corps thyroïde exerce souvent chez les goitreux ordinaires. Il a traité par ce moyen 12 malades dont 9 ont été guéris ou améliorés et trois seulement n'ont retiré aucun bénéfice du traitement.

Dans tous les cas, il a fait usage de pulpe de corps thyroïde cru de mouton et de veau qu'on administrait en cachets ou dans un sandwich, à la dose de 5 à 10 grammes répétée à des intervalles variant de deux à huit heures.

En quatre semaines le goitre avait totalement disparu chez quatre enfants. Dans un cinquième cas le traitement fit disparaître complètement la partie parenchymateuse de la tumeur, seule la partie kystique lui résista. Chez ce malade, la circonférence du cou diminua de 7 centimètres. Le sixième cas était celui d'un homme atteint depuis six ans d'un goitre gros comme le poing d'un enfant, situé dans la partie droite du cou et ayant amené un déplacement de la trachée avec gêne de la circulation. Chez ce malade, après quatre semaines de traitement, les troubles respiratoires cessèrent et la circonférence du cou diminua de 7 centimètres.

Enfin chez trois autres malades, des goitres gros comme une orange ont diminué de volume sous l'influence de l'ingestion de corps thyroïde.

A ces 9 cas avec un résultat positif il faut en opposer 3 autres se rapportant à des individus âgés de 23 à 56 ans et qui ont résisté au traitement. L'intervention a montré qu'il s'agissait, chez ces malades, de goitres ayant subi la dégénérescence kystique ou colloïde.

Chez tous, sauf un qui avait absorbé 46 gr. de corps thyroïde en 15 jours, le traitement a été bien supporté et Bruns pense que l'on peut éviter les phénomènes d'intoxication en n'administrant le corps thyroïde que tous les huit à dix jours et à une dose ne dépassant pas 10 gr. pour les adultes et 5 grammes chez l'enfant.

L'action est véritablement spécifique, mais elle ne s'exerce que sur les goitres parenchymateux. Elle est beaucoup moins prononcée et peut même manquer complètement dans les goitres invétérés ayant subi la dégénérescence kystique ou colloïde.

Ces résultats avaient été communiqués au congrès des naturalistes à Vienne en 1894; dans une récente publication Bruns a publié ses nouvelles observations dont le nombre s'élève à 60. Sur les 60 cas 14 guérisons complètes, 9 améliorations, et 20 cas de diminution de volume du goitre avec disparition complète des troubles mécaniques, enfin 17 insuccès. L'influence dominante en ce qui concerne l'efficacité du traitement a été celle de l'âge; en effet les guérisons complètes ont presque toutes été observées chez des sujets jeunes, âgés de moins de vingt ans; d'autre part, le traitement réussit d'autant mieux que le goitre, est d'apparition plus récente. Bruns confirme l'insuccès du traitement quand le goitre a subi les dégénérescences fibreuses colloïdes ou kystiques.

De son côté Kocher a traité 12 goitreux par l'ingestion de substance thyroïdienne de mouton; sept d'entre eux ont été traités à la Policlinique de Berne; aucun n'avait dépassé la 18e année. Dans deux cas (goitre kystique et goitre colloïde) le traitement a échoué, ce qui est conforme aux observations de Bruns. Chez les cinq autres la diminution notable de volume du goître a été observée. Les cinq derniers goitreux ont été traités à la clinique chirurgicale, avec des doses très élevées de substance thyroïdienne; pour un d'entre eux la quantité s'est élevée à 220 gr. en cinq semaines; dans aucun cas l'état général ne s'est ressenti du traitement. Celui-ci n'est resté complètement inactif qu'une fois; dans les quatre autres cas le volume du goitre a diminué considérablement. Kocher est d'avis que l'efficacité du traitement dépend beaucoup moins de l'âge des malades que de la forme histologique du goitre. Avec Bruns il pense que les goitres kystique et colloïde sont rebelles à la médication thyroïdienne.

Comparant les résultats obtenus avec ceux que donne l'administration de l'iode à l'intérieur, Kocher arrive à cette conclusion un peu forcée que la médication thyroïdienne n'est pas supérieure à la médication iodée dans le traitement du goitre.

On ne s'est pas borné à faire usage de la médication thyroïdienne contre les goitres simples. On l'a encore appliqué, au goitre exophthalmique ce qui est en contradiction évidente avec la clinique : la maladie de Graves est au point de vue symptomatique tout l'opposé du myxœdème. Nous avons vu que tout portait à faire admettre que la maladie de Basedow est due à une activité exagérée de la glande thyroïde ; cette opinion a été soutenue par H. Horsley, Gauthier (de Charolles), Moebius et tend de plus en plus à être admise. Il est donc paradoxale de vouloir opposer à cette maladie un traitement qui théoriquement ne peut que l'aggraver. En fait la médication thyroïdienne appliquée à la maladie de Basedow n'a pas été heureuse bien que M. Voisin (Soc. Méd. des Hôpitaux, 19 octobre 1894) ait signalé une amélioration à la suite de ce traitement; d'autres médecins, parmi lesquels Kocher lui-même, ont au contraire constaté une aggravation des symptômes.

Il n'est pas impossible cependant, dit Kocher, que la médication thyroïdienne puisse donner des résultats favorables dans le goitre exophtalmique : si l'apport d'extrait thyroïdien par la voie stomacale détermine, dans les cas de goitre, une régression de la glande thyroïde hypertrophiée, on peut concevoir que dans certains cas cette même substance atténue ou fasse disparaître les symptômes de la maladie de Basedow. Pour que ce dernier effet se produise. il faut que l'ingestion de thyroïdine soit réglée de façon à ne pas provoquer tout d'abord une exagération des phénomènes nerveux.

C. — Application de la médication thyroidienne au traitement de diverses affections : dermatoses, syphilides, obésité.

L'emploi de la médication thyroïdienne n'a pas été limité au traitement du myxœdème et des goitres; les applications de cette méthode de traitement ont été étendues à d'autres affections, notamment à certaines dermatoses : psoriasis et syphilides.

C'est empiriquement que la médication thyroïdienne a été expérimentée dans le psoriasis. Byrom-Bramwell ayant remarqué qu'à la suite de cette médication surviennent différentes modifications du côté de la peau, desquamation, disparition des troubles trophiques, etc., — a eu l'idée de traiter par l'ingestion de corps thyroïde un malade atteint de psoriasis. Cette dermatose existait depuis 9 mois chez le malade et avait résisté aux moyens habituels de traitement. Le malade prit chaque jour un

quart de corps thyroïde de mouton cru. Au bout de 6 jours une amélioration notable s'était déjà manifestée; dès le premier jour la peau du dos desquamait et les placards pâlissaient. Ce même traitement, appliqué dans d'autres cas de psoriasis, a toujours déterminé une amélioration.

Récemment (12 février 1895), A. Wilson a communiqué à la Société de médecine de Londres l'observation d'une femme atteinte d'un psoriasis qui s'était étendu à toute la surface cutanée. Ce psoriasis disparut complètement en l'espace de trois mois sous l'influence du traitement thyroïdien (3 grammes de thyroïdine par jour en 3 doses).

Un médecin de la marine anglaise, le Dr J.-D. Menzies, a traité aux Indes, au moyen de la thyroïdine, plusieurs cas de syphilis maligne précoce. Il s'agissait de sujets cachectiques, présentant des lésions squameuses, ulcéreuses et osseuses contre lesquelles le traitement spécifique n'avait eu aucune prise. Grâce à l'extrait sec de corps thyroïde de mouton donné sous forme de tablettes à la dose de 0 gr. 25 à 0 gr. 50 par jour, pendant que toute médication était suspendue, le Dr Menzies a obtenu une amélioration plus ou moins considérable des lésions locales ainsi que de l'état général.

Pour compléter ce qui a rapport à l'emploi de la médication thyroïdienne dans les dermatoses, mentionnons que Byrom-Bramwell a encore utilisé cette médication dans un cas de lupus et dans un cas d'eczéma aigu.

La dernière et non la moins intéressante application thérapeutique est l'application au traitement de l'obésité. On avait constaté que dans le myxœdème la médication thyroïdienne détermine toujours une diminution du poids; c'est, sans doute, l'observation de ce fait qui a déterminé certains médecins à traiter les obèses par le même moyen. Le Dr N. Yorke-Davis (Londres) ayant soumis des malades en même temps à l'usage de la thyroïdine et au régime alimentaire des obèses a constaté que la diminution du poids du corps a été beaucoup plus grande chez eux (parfois le double et même le triple) que chez les individus traités par le régime seul.

D'autre part, MM. Roger et Charrin ont constaté une diminution notable du poids chez des animaux à qui ils avaient pratiqué, durant un certain temps, des injections sous-cutanées de 0 gr. 50 à 0 gr. 75 de suc thyroïdien. S'autorisant de ces résultats, M. Charrin a traité, d'une façon analogue, une malade qui présentait une adiposité générale avec accumulation plus prononcée de masses de graisse en quelques points, en particulier à la racine des membres.

Cette malade a reçu en moyenne 1 gramme par jour, soit de suc thyroïdien injecté dans la peau, soit de tissu absorbé par la voie stomacale. En trois mois, son poids est tombé de 133 kilog. à 115.

Le traitement a été poursuivi ultérieurement avec des alternatives de suspension et de reprise.

Pendant les suspensions, l'amaigrissement cessait pour recommencer à la reprise du traitement et atteindre 50 à 130 gr. par jour.

Chez une seconde malade, on a enregistré des résultats de même ordre, quoique moins accentués. Chez une troisième le poids n'a pas varié.

G. Lyon.

1893

Dufournier, Thèse de Paris, février.
Derrien, Thèse de Paris.
A. Napier, *The Lancet*, 30 septembre.
Kirk, *The Lancet*, 23 septembre.
G. Elam, *The Lancet*, 9 septembre.
Ord et E. White, *British. med. Journal*, 29 juillet.
Nielsen, *Monatshefte für prakt. Dermat.*, 1er mai.
Dunlop, *Edimburg med. Journal*, mai.
Lundie, *Ibid.*
Murray, *The Lancet*, 13 mai.
Benson, *British. med. Journal*, 15 avril.
Shapland, *Ibid*, 8 avril.
J. Henry, *Ibid.*
Vermehren, *Deut. Woch.*, mars.
Laache, *Ibid.*
Wichmann, *Ibid.*
Mendel, *Ibid*, février.
Pasteur, Soc. clin. de Londres, 27 janvier.
Calvert, *Ibid.*
Davies, *Ibid.*
Byrom-Bramwell, Association médicale Britanique.
Hollmann, *British med. Journal*, 21 janvier.
Mackenzie, *The Lancet*, 21 janvier.
Lundie, *British. med. Journal*, 14 janvier.
Baber, *Ibid*, 7 janvier.

1894

Cantes, *Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège.*
Brissaud et Souques, Société médicale des hôpitaux, 3 avril.
Jules Voisin, *Id.*, 16 mars.
Cantemesse, *Id.*, 16 février.
Marie et L. Guerlain, *Id.*, 9 février.
Marie, *Id.*, 18 mai.
Beclere, *Id.*, 12 octobre.
Ballet et Enriquez, *Id.*, 16 novembre.
Lebreton, *Id.*, 28 décembre.
Charrin, Soc. de Biologie, 29 décembre.

1895

Oddo, *La Médecine infantile*, 15 janvier.
Beclere, Société médicale des hôpitaux, 18 janvier.
Bruns, *Beitr. zür klin. chir.*
Kocher, *Correspond. Blatt. für Schweizer œrzte*, 1er janvier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Hôpital Trousseau. — *M. Broca.*

De l'ostéomyélite des enfants en bas âge,

par J. Braquehaye, interne des hôpitaux.

(*Suite*).

3° *Causes pathologiques; maladies de la première enfance.* Dans ce groupe, nous signalerons d'abord la mammite des nouveaux-nés, dont Goullioud (1) et Kormann (2) ont rapporté des exemples, ainsi que l'ophthalmie purulente, si fréquente peu après la naissance.

Bien que ce ne soit pas une cause absolument spéciale au premier âge, nous placerons ici la vaccination, dont Otto Soltmann (3) a publié un cas. Récemment Lindemann (4) en signalait un autre. Chez une de nos petites malades, l'ostéomyélite reconnaissait aussi cette étiologie. Voici son observation.

Obs. III. — *Ostéomyélite de l'extrémité supérieure du cubitus droit. Incision jusqu'à l'os. Mort de cause inconnue.*

Jeanne Adrienne F..., âgée de vingt jours, est présentée à la consultation le 14 novembre 1892 pour un abcès du coude droit.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires.

Elle-même est bien conformée. Elle est venue au monde après un accouchement laborieux (sa mère est primipare). Elle a été vaccinée avec succès le lendemain de sa naissance.

Depuis trois jours, nous dit la mère, l'enfant est grognon,

(1) Goullioud, Thèse de Lyon, 1883.
(2) Kormann, *Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1869, t. II.
(3) Otto Soltmann, *Jahr. f. Kinderheilk.*, septembre 1875.
(4) Lindemann, *Vratch*, n° 6 1895. Voyez aussi *Journ. de clin. et de thérap. infantiles*, 11 avril 1895.

crie la nuit. Cependant elle tête comme par le passé. Elle n'a remarqué chez la petite malade aucun signe de fièvre.

Ce n'est que depuis hier, 13 novembre, qu'elle s'aperçut que le coude droit était gros. Actuellement, 14 novembre 1892, on remarque à la partie postéro-interne du coude droit, une tuméfaction ayant tous les signes d'un abcès chaud.

Cette dernière est incisée ce jour même. Il s'écoule du pus phlegmoneux, bien lié. Mais l'exploration au stylet fait sentir un point dénudé. Arthrite suppurée du coude.

Nous avons appris que l'enfant était morte peu après, en nourrice, d'une affection probablement indépendante de son ostéomyélite.

Les fièvres éruptives — surtout la rougeole — sont signalées souvent dans les antécédents de nos petits malades. La scarlatine se complique plutôt d'arthrites suppurées. Il semble que l'observation XXX de Dardenne soit un cas de ce genre. Dans l'observation suivante l'ostéomyélite a débuté au déclin des oreillons.

Obs. IV. — *Ostéomyelite aiguë de l'extrémite inférieure de l'humérus droit. Trépanation. Guérison avec un léger racourcissement.*

Raoul J..., 11 mois, est apporté le 13 mai 1893 à la consultation de l'hôpital Trousseau pour un gonflement douloureux du coude droit.

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires.

Lui-même a eu plusieurs bronchites. Mais ce qui est intéressant chez lui, c'est que le 3 mai il commençait à avoir les oreillons et le gonflement des parotides a duré jusqu'au 11 mai, Or le 9 et le 10 mai, c'est-à-dire à la convalescence de sa maladie, ses parents s'aperçurent que son bras gauche était douloureux, l'enfant pleurait quand on y touchait. Le 11 mai en l'habillant, sa mère s'aperçut qu'il y avait un gonflement douloureux au niveau du coude droit. Le 13 mai 1893, quand on le porte à Trousseau, on constate un peu au-dessus du coude droit les signes d'un abcès profond. L'état général de l'enfant est mauvais. La température est de 39°5.

On l'opère immédiatement. On incise l'abcès. Au-dessous on trouve l'humérus dénudé. Il est trépané. Drainage. Pansement à la gaze iodoformée. Le 14 mai. L'état général est meilleur que la veille. La température est tombée à 38°2. Le 16 mai. Erysipèle du bras.

A partir de cette époque, l'enfant cesse de venir à l'hôpital; il est soigné chez lui par un médecin de la ville et guérit après avoir suppuré pendant quelque temps.

Nous revoyons l'enfant le 7 avril 1895. Nous constatons que la cicatrice est peu adhérente à l'os et à peine visible. Les mouvements du coude sont absolument conservés.

A la palpation, on constate que l'extrémité inférieure de l'humérus n'est pas très volumineuse, qu'elle n'est le siège d'aucune douleur.

La mensuration faite des deux côtés, de la pointe de l'acromion à l'interligne huméro-radial, donne les chiffres suivants : à droite, 13 centimètres; à gauche 13 centimètres et demi.

Il y a donc du côté malade un raccourcissement d'un demi-centimètre.

Il est possible que la diphthérie se complique d'ostéomyélite, bien que nous n'en ayons aucune observation chez l'enfant au-dessous de deux ans. Nons en avons vu plusieurs cas cette année chez des malades plus âgés et nous avons actuellement salle Giraldès une fillette de 3 ans et demi qui est convalescente d'une affection de ce genre. D'ailleurs le professeur Lannelongue en rapporte un exemple chez un tout jeune enfant trachéotomisé. Il fait jouer à l'infection de la plaie trachéale le principal rôle dans la pathogénie de la maladie.

Il faudrait énumérer ici toutes les affections de l'enfance pouvant donner naissance à l'ostéomyélite. Toutes peuvent en effet servir de porte d'entrée. Il est cependant un accident physiologique en quelque sorte, qui est souvent la cause déterminante d'une poussée osseuse. C'est la dentition. Dardenne, Aldibert y insistent avec juste raison. Dans les deux observations suivantes cette étiologie était très nette ainsi que dans l'observation XLI.

Obs. V. — *Ostéomyélite à pneumocoques de l'extrémité supérieure du fémur gauche. Incision, trépanation. Broncho-pneumonie un mois et demi après la guérison de sa hanche.*

Berthe B..., 11 mois, est amenée à la consultation de médecine de l'hôpital Trousseau le 16 janvier 1895.

Cette enfant, dont les antécédents sont très bons, s'est toujours bien portée jusqu'au premier janvier. A cette époque elle souffrit pour percer ses deux incisives supérieures. Depuis elle s'est toujours mal portée. En même temps, la mère constatait une raideur notable des membres inférieurs. Un médecin en ville méconnut la lésion de la hanche, un autre la soigna huit jours avec une potion au bismuth. Quand la petite malade nous est adressée à la consultation de chirurgie, le 21 janvier, on constate une tuméfaction notable de la racine de la cuisse gauche. En avant vers le pli de l'aine, la peau est légèrement rouge, un peu œdémateuse. Exagération notable de la circulation veineuse collatérale ce côté.

A la palpation douleurs vives dans toute la région, impossibles à localiser en un point précis. Les mouvements de la hanche sont très douloureux. En avant, vers la région de l'aine, fluctuation très nette. En arrière dans la région de la fesse empâtement profond, avec sensation vague de fluctuation. Etat général grave. Inappétence, diarrhée, insomnie. Le 21 janvier, incision de 12 centimètres en arrière et en dehors jusqu'au fémur sans trouver de pus. Nouvelle incision en dedans parallèle au droit interne et recourbée en haut, le long du pli de l'aine. Cette dernière mène sur une vaste poche purulente, du volume du poing, fusant jusque dans la fosse iliaque, et passant en arrière du fémur, mais très haut, ce qui explique que la première incision ait été faite à blanc. La capsule articulaire, ouverte à son tour, est pleine de pus qui distend l'articulation et sépare le fémur de la cavité cotyloïde. On peut presque passer le doigt entre les deux os. Le cartilage de la tête fémorale est érodé sur presque toute sa surface. Rien au cotyle. Pas de décollement de la tête du fémur. Celle-ci est trépanée et on trouve nettement quelques gouttes de pus dans l'os. Drain. Pansement à la gaze iodoformée.

Le pus, gardé pour l'examen bactériologique est blanc, crémeux, bien lié. Il contient du pneumocoque (examen fait par notre collègue Pochon).

Dès le lendemain, 22 janvier, état général bien meilleur. L'enfant a dormi. T. 36°8.

Le 23 janvier même état que la veille. L'enfant prend facilement du lait. On refait le pansement. La plaie est en bon état. T. 37°5.

Les jours suivants le mieux s'accentue encore. La plaie se comble facilement et, le 23 février, elle est complètement guérie. Il n'y a plus de trajet fistuleux, mais seulement une cicatrice encore rouge, mais peu adhérente aux plans profonds, légèrement déprimée. Les mouvements de la hanche sont conservés. L'état général est très bon.

Nous avons revu encore l'enfant le 30 mars. Même état. C'est à peine s'il existe un peu de raideur de la hanche comparativement au côté sain. Bien qu'elle ait 13 mois, elle ne se tient pas debout; mais au lit elle remue facilement ses jambes. Aucune douleur à la pression sur la hanche gauche. La tête fémorale est à sa place.

L'enfant nous est encore amenée le 1er avril 1895. Sa mère nous dit que sa fillette a pris froid en venant à l'hôpital. Depuis la veille elle n'a pas dormi, elle refuse le sein. Elle tousse beaucoup. D'ailleurs, nous assure-t-elle, depuis l'opération elle a toujours eu de la toux et était sujette à s'enrhumer au moindre refroidissement. Nous l'examinons et nous constatons que l'enfant est très oppressée, sa figure est pâle, ses lèvres cyanosées. T. 39°8. Il n'existe nulle part de poussée nouvelle d'ostéomyélite. Examen de la poitrine : A la percussion; pas de diminution de la sonorité.

A l'auscultation : Nombreux râles muqueux dans les deux poumons. Dans l'aisselle droite, foyer de râles sous-crépitants fins. Traitement : Enveloppement humide. Potion à l'acetate d'ammoniaque.

Le 3 avril. Râles muqueux moins abondants, mais, à la

percussion, matité en arrière dans les deux tiers supérieurs du poumon droit. A l'auscultation : souffle de broncho-pneumonie.

L'état général est très mauvais. L'enfant est affaiblie et très oppressée. On l'amène à l'hôpital le 8 avril. Elle est mourante.

Nous la croyions morte, lorsque nous avons appris qu'elle avait été amenée le 13 avril en médecine. Voici la note qui nous a été remise par notre collègue Griner.

Le 13 avril, légère amélioration. Oppression moindre. Foyer de broncho-pneumonie du poumon droit en voie de résolution. A ce niveau, gros râles sous-crépitants humides. Dans le poumon gauche, gros râles muqueux.

19-20 avril. — L'amélioration continue. Pas de nouveau foyer de broncho-pneumonie. Mais il y a encore dans les deux poumons des signes de condensation et de congestion notés précédemment. L'enfant va mieux, mais on ne peut encore affirmer sa guérison.

Obs. VI. — *Ostéomyélite aiguë de l'extrémité inférieure du tibia gauche. Trépanation. Mort.*

Marie P..., âgée de 2 ans, nous est présentée à la consultation le 27 février 1895, avec une tuméfaction considérable de la jambe gauche.

Sa mère, depuis son accouchement, a toujours eu des furoncles. Elle en a encore actuellement. Ses trois enfants se portent bien.

Marie P... a toujours eu une très bonne santé. A 7 mois, elle a commencé à faire ses dents. Actuellement, on en voit une en pleine évolution.

Le 25 février, elle s'est plaint de sa jambe gauche, dès le matin, et lorsqu'on la leva elle accusa une douleur vive quand elle essaya de marcher.

Depuis, perte de l'appétit.

Dès le 25 février, l'enfant fut soignée par un rebouteur qui la traita par le massage.

Mais le 26, la jambe était devenue très enflée et très douloureuse.

Quand nous voyons la petite malade, le 27 février 1895, nous constatons que toute la jambe gauche, à sa partie inférieure, est volumineuse. A sa surface, la peau est tendue, chaude, luisante, œdémateuse. La circulation veineuse collatérale est à ce niveau très exagérée. Il n'existe en aucun point de fluctuation manifeste. La pression est très douloureuse, surtout à l'extrémité inférieure du tibia.

On fait immédiatement sur la face interne du tibia, à sa partie inférieure, une longue incision jusqu'à l'os. Il n'y a pas trace de pus sous le périoste. Celui-ci est décollé et l'os trépané. On trouve alors, au centre du tibia, la moelle infiltrée de pus. Nouvelle incision en dehors sur le péroné. Mais il n'y a rien à cet os. Cependant, à son voisinage, les tissus sont œdémateux, comme infiltrés. En explorant à la sonde cannelée, on trouve, sur la face postérieure du tibia, quelques grammes de pus épais, jaunâtre et collecté. Le pus examiné par M. Achard contenait du staphylocoque doré.

Pas de sutures. La plaie est tamponnée à la gaze iodoformée. Pansement.

La petite malade n'est pas revenue se faire panser et nous avons appris depuis qu'elle était morte 3 ou 4 jours après l'opération.

Telles sont les principales causes de l'ostéomyélite propre à la première enfance. Mais, à côté de celles-ci, on peut rencontrer à cet âge la plupart de celles qui déterminent les poussées osseuses chez les sujets plus âgés. Telles sont les suppurations de toutes sortes : impétigo, eczéma, vésicatoires infectés, brûlures, panaris, etc. On les trouvera signalées dans les antécédents d'un grand nombre de nos petits malades.

En voici quelques exemples :

Obs. VII. — *Ostéomyélite de l'acromion du côté droit. Incision.*

Albert D..., âgé de 6 mois, est amené à l'hôpital Trousseau le 31 décembre 1892. Il est porté sur le cahier d'opérations comme atteint d'une ostéomyélite aiguë de l'acromion du côté droit, opéré le même jour. Incision. Pansement à la gaze iodoformée.

Il a en même temps un abcès de la région inguinale sans point osseux dénudé.

Ce dernier est incisé le même jour.

Nous n'avons pas revu ce petit malade.

Obs. VIII. — *Ostéomyélite aiguë de l'extrémité externe de la clavicule gauche. Incision de l'abcès sous-périostique sans trépanation. Guérison.*

Louise D..., 10 mois, nous est présentée à la consultation le 10 mars 1895 pour un abcès profond de la région claviculaire gauche.

Il y a quelques semaines, elle a eu, nous dit sa mère, une bronchite avec congestion pulmonaire. Le médecin traitant prescrivit un vésicatoire sur la partie latérale gauche du thorax. Il en résulta une plaie, qui fut mal pansée, s'infecta et n'était pas encore complètement cicatrisée lorsque l'enfant nous fut présentée.

Depuis quelques jours, racontent les parents, elle est mal en train, n'est plus gaie et semble souffrir de son épaule gauche. En effet, les moindres mouvements de son membre supérieur de ce côté lui arrachent des cris.

Quand nous voyons la petite malade, le 10 mars, nous constatons une tuméfaction douloureuse du creux sous-claviculaire. Cependant, à ce niveau, la peau est normale, souple, sans chaleur, ni rougeur, ni empâtement ; mais il y a exagération nette de la circulation veineuse collatérale. L'état général est bon.

A la vue, il y a voussure de la région sous-claviculaire et à ce niveau on sent une collection tendue, plutôt rénitente que fluctuante. Rien dans l'aisselle ni dans l'articulation de l'épaule.

L'enfant est opérée le même jour. Incision plan par plan jusqu'à l'aponévrose coraco-axillaire. On ne trouve rien. Mais, au-dessous, sur le bord supérieur du petit pectoral, on donne issue à un demi-verre à bordeaux de pus bien lié. Au doigt, on sent la clavicule dénudée dans son tiers externe. L'os n'est pas trépané. Sutures aux extrémités de la plaie superficielle. Drain. Pansement à la gaze iodoformée.

L'enfant vient régulièrement se faire panser les jours suivants. La plaie marche régulièrement ; pas de fièvre.

Le 1er avril la petite malade est guérie.

Obs. IX. — *Ostéomyélite aiguë de l'extrémité inférieure de l'humérus droit. Trépanation. Guérison.*

René H..., 2 ans, est amené à la consultation. Ses parents racontent qu'au commencement de novembre 1893 il s'est pincé le médius de la main droite. Il en est résulté un petit panaris sous-unguéal qu'on a laissé s'ouvrir seul sous un cataplasme. Le doigt est à peu près guéri. Il se plaint du bras droit, a de la fièvre surtout la nuit et ne mange plus.

Depuis quelques jours, gonflement au niveau du coude. Un médecin appelé près du petit malade a prescrit des bains de sublimé et des compresses de sublimé entourées de glace.

L'enflure, qui avait gagné le bras, diminua mais persista du coude à la main. Le médecin fit alors deux ouvertures au bistouri, l'une au-dessus l'autre au-dessous du coude à la partie externe et, par là, il s'écoula du pus. Cela se passait il y a 15 jours.

L'état général s'améliora. L'enfant dormait mieux, mangeait un peu. Cependant, localement, le pus continuait de couler abondament, surtout par l'ouverture supérieure et l'avant-bras restait gros. Depuis huit jours cataplasmes, sans aucun résultat. L'enfant est mené à la consultation de l'hôpital Trousseau.

Lorsque nous le voyons, le 1er décembre 1893, il existe au niveau du coude : 1° un abcès fluctuant à la région interne ; 2° en dehors, un trajet fistuleux par où le stylet arrive sur la partie inférieure de l'humérus dénudé.

Il est opéré le même jour. Incision en dedans et en dehors, de 5 centimètres de chaque côté. L'os est trépané. On trouve dans le canal médullaire du pus et des fongosités qui sont enlevées à la curette. On en trouve aussi dans l'articulation. On gratte également l'extrémité supérieure du cubitus, qui est dénudée. Drain passant de part en part en arrière de l'os.

Les suites opératoires furent bonnes. L'enfant vint se faire panser régulièrement deux fois par semaine.

Le 6 février 1894, il était absolument guéri.

OBS. X. — *Ostéomyélite aiguë de l'extrémité inférieure du tibia gauche. Incision jusqu'au périoste sans trépanation. Persistance des accidents. Trépanation de l'os. Guérison.*

Angèle V..., âgée de 16 mois, est amenée à l'hôpital le 5 décembre 1892 pour des douleurs vives dans la jambe et le pied gauches.

On remarque, quand on voit l'enfant, qu'elle a des croûtes impétigineuses à la paupière supérieure gauche et sur le dos de la première phalange du médius gauche. Rien ailleurs.

La petite malade se plaint depuis 5 jours, c'est-à-dire depuis le 1er décembre, de douleurs dans le pied et la jambe gauches. Depuis, cette région a augmenté de volume. Elle est devenue rouge, œdémateuse. La pression y provoque une douleur vive. La circulation veineuse superficielle est exagérée. Au point le plus douloureux, à la base de la malléole, il existe un point de fluctuation douteuse.

On fait à ce niveau une ponction au bistouri jusqu'à l'os. Elle reste blanche. Pas d'évidement osseux. La plaie est suturée.

L'enfant est revue le surlendemain 7 décembre. L'état général est bon.

La température est de 37°4. Localement, peu d'amélioration.

La région est encore rouge, empâtée, œdémateuse, douloureuse. Aussi fait-on immédiatement sauter les points de suture placés l'avant-veille. Il sort aussitôt une notable quantité de pus. Avec la sonde cannelée, on sent que toute la face antéro-interne du tibia est dénudée sur une étendue d'une pièce de 1 franc.

La plaie est aussitôt débridée, l'os trépané et la cavité tamponnée à la gaze iodoformée.

A partir de ce moment, l'état local s'améliore, grâce aux pansements faits régulièrement.

Le 23 janvier 1893, l'enfant est absolument guérie depuis huit jours. Le tibia est encore un peu gros vers son extrémité inférieure, mais il est indolent. La cicatrice est adhérente à l'os.

(A suivre.)

CORRESPONDANCE

Tuberculose et infection puerpérale.

A M. le directeur de la *Gazette hebdomadaire*,

En relevant dans ma clientèle et dans celle de mon beau-père, M. le docteur Charoy (Vitry-le-François), tous les cas de décès survenus par suite d'infection puerpérale sporadique, si l'on peut s'exprimer ainsi, c'est-à-dire en dehors de toute épidémie, je suis bien frappé de trouver la tuberculose dans les antécédents de presque toutes les malades.

Je livre les notes suivantes sans commentaires, appelant sur ce point l'attention de mes confrères, surtout de ceux qui habitent les petites villes et qui sont plus au courant des antécédents des malades :

1° Mme D... (Vitry-le-François). — Sa mère avait des humeurs froides; sa fille est morte en couches, comme elle; sa nièce est morte de péritonite à 15 ans.

2° Mme B... (Vitry-le-François). — Sa fille et ses parents semblent bien portants, mais elle était si délicate qu'on a longtemps hésité à la marier.

3° Mme D..., boulangère (Vitry-le-François). — Le père « n'a qu'un poumon ».

5° Mme A.. (Vitry-le-François). — Fille morte à 16 ans?

6° Mme M... (Vitry-le-François). — Enfant mort de méningite à 4 ou 5 ans.

7° Mme G... (Evreux). — Sa fille a eu des accidents méningitiques auxquels elle a survécu. Un fils est mort de fièvre typhoïde. Un autre a survécu à une fièvre typhoïde 7 ou 8 ans plus tard.

8° Mme M... (Joinville), primipare. — Enfant rachitique à micro-polyadénie. Le frère de la malade est mort de méningite tuberculeuse à 21 ans

9° Mme M. C... (Chaumont), primipare. — Deux sœurs mortes, l'une de phthisie pulmonaire, l'autre de méningite tuberculeuse.

10° et 11° Mmes R... (Chaumont). — Deux sœurs, d'apparence magnifique et sans accidents tuberculeux connus, épousées successivement par le même mari, lui-même tuberculeux (adénite suppurée, prostatite suppurée, tuberculose pulmonaire. Sept frères ou sœurs morts tuberculeux comme son père), toutes deux mortes d'infection puerpérale à leur première couche.

12° Mme H... (Joinville). — Pas d'antécédents tuberculeux mais a été certainement contagionnée par la sage-femme qui soignait à la même époque deux femmes infectées.

13° Mme M... (Chaumont). — Son père est mort depuis phthisique. Ses deux enfants sont suspects.

14° Mme S... (Chaumont), secondipare. — Enfants couverts d'abcès froids et de kératites; l'un a eu de l'engorgement des ganglions mésentériques.

15° et 16° Mme M... (Chaumont). — Une sœur et ses neveux sont tuberculeux; l'un a eu un mal de Pott.

Après la mort de cette femme, le mari a épousé une de ses belles-sœurs; celle-ci a eu plusieurs enfants. A sa dernière couche elle a eu des accidents prolongés d'infection puerpérale auxquels elle a survécu.

17° Mlle X..., décédée à la Maternité de Chaumont (le seul cas fébrile qui y ait été vu depuis trois ans). — Entrée albuminurique et enflée. Elle a eu neuf fluxions de poitrine et une pleurésie. Une de ses sœurs est morte tuberculeuse.

18° J'ai encore perdu Mme C... (Chaumont) atteinte de placenta prœvia qui avait nécessité un tamponnement rapide et pas préparé suivant la méthode antiseptique. Cette dame n'avait pas d'antécédents tuberculeux.

Veuillez agréer, etc.

P. MOUGEOT.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

D'une forme hystérique de la maladie de Raynaud et de l'érythromélagie, par LÉOPOLD LÉVI (*Archives de Neurologie*, 1895, nos 16 et 17). — Les conclusions que l'auteur tire de son travail fait dans le service du professeur Raymond sont les suivantes :

A. 1° Il est certaine forme de maladies de Raynaud qui est purement hystérique. Elle est susceptible de naître et de réapparaître sous l'influence d'une émotion morale et de présenter par la transformation de cette émotion en idée fixe subconscrite une série d'accès subintrants. Elle peut disparaître ou s'améliorer par l'hypnose, mais laisse après elle un système vaso-moteur plus facilement excitable.

2° Le rhumatisme articulaire aigu se retrouve fréquemment dans les antécédents et peut servir de cause localisatrice pour les accidents hystériques.

3° Le début est brusque, l'origine est émotionnelle. Elle est de nature psychique. Il y a coexistence de phénomènes urinaires, anurie et polyurie.

4° La gangrène est vraisemblablement possible dans cette forme.

5° Les exemples de maladie de Raynaud chez les hystériques sont nombreux, l'auteur en a rapporté plusieurs observations.

B. 6° Il est certaine forme d'érythromélagie qui est purement hystérique. Elle est en rapport avec une vive émotion ou une idée fixe subconscrite. Elle guérit par l'hypnose mais laisse un système vaso-moteur susceptible aux émotions.

C. 7° Les faits observés servent de contribution à l'étude des maladies par émotion. Ils s'ajoutent à la liste déjà longue des troubles vaso-moteurs de l'hystérie. Ils ne constituent pas d'ailleurs des maladies autonomes, mais des complexus symptomatiques qui peuvent se transformer l'un dans

l'autre qui dans le cas présent sont issus de la même névrose : l'hystérie.

D. 8° Pour les syndromes des Raynaud et de Weir Mitchell rattachés à l'hystérie, la théorie centrale doit être acceptée.

9° Il est nécessaire pour le traitement des malades et le diagnostic étiologique du syndrome, de pénétrer dans l'histoire psychologique des sujets.

L'hypnose permet de préciser la cause immédiate de l'affection et de procurer la guérison.

Contribution à l'étude de l'inflammation de l'épendyme de la moelle épinière par Joffroy et Achard (*Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*, 1er janvier 1895, N° 8, p. 45). — Récemment, M. Brissaud a rappelé l'attention sur les modifications que présente l'épendyme dans certains états pathologiques. Les auteurs ont repris cette question à propos d'une malade âgée de 68 ans, qui présentait de la paraplégie avec contracture extrêmement prononcée avec une paralysie faciale du côté droit, phénomène qui a été précédé d'un ictus avec perte de connaissance. A l'autopsie on a trouvé un petit foyer kystique ayant les dimensions d'une lentille dans le tiers postérieur du noyau lenticulaire. Un autre foyer siégeait à la partie postérieure de la capsule interne, Les auteurs s'attachent à étudier particulièrement les lésions qu'ils ont trouvées dans le canal épendymaire de la moelle. Celui-ci est oblitéré, dilaté et même presque dédoublé suivant les points considérés. Les cellules proliférées de l'épendyme forment des prolongements végétatifs, ce qui explique la tendance au dédoublement et cet état de bourgeonnement de l'épendyme. Les végétations épendymaires rappellent quelquefois l'aspect d'un épithéliome. Toutefois, il est certain que les modifications morphologiques des cellules épendymaires et leur pénétration dans la névroglie ambiante ne peuvent être interprétées ici dans le sens d'une néophasie épithéliale. Quant à la gliose, c'est-à-dire la prolifération névroglique qui accompagne la prolifération épendymaire, elle constitue dans le cas de Joffroy et Achard, un élément accessoire.

MÉDECINE

De la richesse des organes en fer dans les états anémiques (Ueber den Eisengehalt verschiedener Organe bei anæmischen Zustæuden), par Stuhlen. — Les recherches faites à la clinique de Quincke (de Kiel) aboutissent aux conclusions suivantes :

1° Dans les anémies graves et plus particulièrement dans l'anémie pernicieuse, on trouve des dépôts de fer dans le foie, la rate et, fréquemment, dans les reins. Dans certains cas on trouve même du fer, en assez grande quantité, dans la moelle osseuse.

2° Dans les anémies graves dues à des hémorrhagies répétées ou à des déperditions de liquides organiques, les organes qui viennent d'être cités sont privés de pus ou n'en renferment que des quantités insignifiantes.

3° L'étiologie de l'anémie peut être déduite de ces deux modalités quand elles sont suffisamment accusées.

Fièvre typhoïde (Ein Beitrag zur Typhusstatistik), par Berg (*Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1895, vol. LIV, p. 161). — Dans l'étude de 1626 cas de fièvre typhoïde, soignés à la Clinique de Leipzig de 1880 à 1893, l'auteur relève les points suivants :

La mortalité de la fièvre typhoïde varie avec l'âge et est d'autant plus grande que les malades sont plus âgés. Un autre facteur qui semble influencer la mortalité, est le moment auquel le malade arrive à l'hôpital : les malades qui entrent à l'hôpital au début de la fièvre typhoïde fournissent une mortalité moins grande que ceux qui arrivent tardivement.

La récidive se manifeste quelquefois tard, et dans certains cas elle est survenue après 20 à 40 jours d'apyrexie complète. Dans un cas elle a été notée après 77 jours de défervescence.

La diarrhée a existé dans 25 0/0 des cas ; dans 16 0/0 des cas il y avait de la constipation, chez les autres la diarrhée alternait avec la constipation.

Les hémorrhagies intestinales sont survenues dans la majorité des cas au cours du second septenaire, tandis que d'après la plupart des auteurs, ces hémorrhagies se manifesteraient surtout vers la fin du second et au cours du troisième septenaire.

Les cas compliqués de néphrite hémorrhagique ont été particulièrement graves et ont fourni une mortalité de 44.4 0/0 contre celle de 12.7 0/0 d'autres cas.

La fièvre typhoïde interrompait régulièrement la grossesse et prenait dans ces cas une marche particulièrement grave.

Chez les enfants on notait une tendance particulière à la récidive : elle a été notée dans 19.1 0/0 des cas contre 12.5 0/0 chez les adultes. Quant à la durée de la fièvre elle était la même chez les enfants et chez les adultes.

La marche de la fièvre typhoïde n'était pas particulière chez les enfants, chez lesquels la mortalité était la même que chez les adultes de 20 à 30. Les hémorrhagies intestinales ont été notées dans 3.8 0/0 des cas chez les enfants et dans 5.5 0/0 chez les adultes ; la perforation de l'intestin dans 2.5 0/0 des cas chez les enfants et dans 2.2 0/0 des cas chez les adultes.

CHIRURGIE

Opération d'Alexander (Uber Endresultate der Alexander'schen Operation), par Kummer (*Centr. f. Gyn.*, 1895, n° 14, p. 355). — 1° La rétroflexion de l'utérus peut être complètement et définitivement guérie par le raccourcissement des ligaments ronds.

2° L'anteflexion de l'utérus peut être le mieux obtenue par une traction exercée sur le ligament rond dans la direction de l'épine du pubis, c'est-à-dire par une traction de haut en bas. La traction de bas en haut amène une simple élévation de l'utérus.

3° La fixation par la suture du ligament rond attiré en haut ou en bas peut être obtenue très facilement si, après avoir fendu le canal inguinal, on comprend le ligament dans une suture du canal.

La suture des muqueuses (Ueber die Naht der Schleimhæute), par Padres (*Centr. f. Chir.*, 1895, n° 15, p. 369). — Pour l'auteur, l'échec fréquent de la réunion par première intention des plaies des muqueuses traitées par la suture, tient à ce que les sécrétions pénètrent fréquemment dans la plaie, l'infectent et empêchent la réunion de se faire.

On peut, d'après l'auteur, éviter cet inconvénient par l'emploi d'une suture profonde qui amène en même temps l'accolement des bords de la plaie. A cet effet, on peut faire une suture continue, au catgut, en forme de spirale passant alternativement du bord droit au bord gauche et du bord gauche au bord droit de la plaie, prenant les dernières couches de la muqueuse et traversant toute la couche sous-muqueuse. Le premier et le dernier nœuds doivent se trouver tout à fait au fond de la plaie, et avant de faire le dernier point il est indiqué de tirer sur le fil afin de rapprocher les bords de la plaie.

La suture est résorbée et remplacée plus tard par une cicatrice linéaire, mobile, imperceptible.

Si les parties à réunir ne peuvent l'être qu'avec une certaine tension, le catgut sera remplacé par la soie. Mais comme la soie donne ordinairement lieu à une cicatrice dure, on conduit le premier et le dernier point de la suture à 1 centim. de la plaie. Le fil est ensuite enlevé au troisième jour.

Asepsie dans les suppurations (Ueber aseptische Behandlung von Eiterungen), par Zeidler (*Centr. f. Chir.*, 1895, n° 14, p. 345). — L'auteur préconise dans son travail le traitement aseptique des plaies suppurées. On procède de la façon suivante :

Après avoir préparé comme d'habitude le champ opératoire, on essuie la plaie avec de la gaze stérilisée. Les irrigations sont inutiles, mais quand elles sont indiquées on les fait avec une solution physiologique de chlorure de sodium. La plaie est ensuite tamponnée avec de la gaze stérilisée et recouverte d'une couche d'étoupe ou de gaze stérilisée.

Quand le pansement doit être changé, on lave la peau, au pourtour de la plaie, avec de l'éther ou de l'essence de térébenthine, on panse à sec la plaie couverte de granulations, sans faire de lavages.

Dans les cas où le pansement humide est indiqué, on couvre la plaie d'une couche de gaze ou de ouate stérilisée trempée

dans une solution de chlorure de sodium à 6 pour 1000.

D'après l'auteur, les liquides antiseptiques n'exercent aucune action sur les micro-organismes pyogènes qui se trouvent dans les plaies et fréquemment il a pu en constater la présence dans des plaies lavées un moment auparavant avec du sublimé ou de l'acide phénique. Dans ces conditions, il est tout indiqué de remplacer un liquide toxique par un autre indifférent.

Quoi qu'il en soit, le traitement aseptique des suppurations donne de meilleurs résultats que le traitement antiseptique; la sécrétion diminue très rapidement, le développement des granulations s'effectue normalement sans prolifération ni tendance à saigner, comme c'est le cas avec les pansements antiseptiques.

BIBLIOGRAPHIE

Chirurgie de Pierre Franco, de Turriers en Provence, composée en 1561, nouvelle édition avec une Introduction historique, une biographie et *l'Histoire du Collège de Chirurgie*, par le Dr E. Nicaise, Membre de l'Académie de Médecine, Professeur agrégé et Chirurgien de l'hôpital Laënnec. 1 vol. grand in-8° de 382-CLXIV pages, 42 figures, 20 fr. — Paris, Félix Alcan éditeur.)

A une époque comme la nôtre, où le chirurgien prend un tel rôle dans le traitement des maladies, même de celles qui, il ya quelques années, paraissaient ne devoir faire jamais partie de son domaine, l'attention se porte volontiers vers les anciens chirurgiens qui, par leur tempérament, se rapprochaient du tempérament chirurgical actuel. On peut les compter, ils sont quelques-uns, mais Franco est le premier; nul n'a inventé ou modifié plus d'opérations et n'en a pratiqué un plus grand nombre. Il les a décrites dans son *Traité de Chirurgie* de 1561. Ce livre, écrit pour les praticiens, est aujourd'hui introuvable et une nouvelle édition s'imposait; M. Verneuil qui y avait songé (*Revue de Chir*. 1884), ayant abandonné son projet, a proposé à M. Nicaise de l'exécuter.

Le moment est en effet bien choisi pour une réédition de Franco, qui pratiquait couramment la cure radicale des hernies, qui a inventé l'opération de la hernie étranglée, le cathétérisme par le Tour de maître, la taille sus-pubienne, la taille périnéale avec conducteur, etc., qui a remis en honneur la version podalique oubliée depuis des siècles, qui a inventé une sorte de forceps, qui a décrit le premier le bec-de-lièvre congénital, qui opérait les cataractes par centaines, etc. — Un tel chirurgien mérite d'être rappelé à la mémoire de ses arrière-neveux, et l'on comprend qu'il ait été rangé avec Mondeville, Guy de Chauliac et A. Paré, parmi les fondateurs de la chirurgie française.

M. Nicaise en publiant cette nouvelle édition, a pu compléter et achever ses *Recherches sur les origines de la Chirurgie française*. Dans la longue introduction qu'il a mise en tête de la Chirurgie de Franco, il s'est efforcé de rattacher les grands chirurgiens du xive siècle à ceux du xvie. Cette question paraît résolue aujourd'hui par les travaux réunis de Malgaigne et de M. Nicaise.

Dans l'introduction, M. Nicaise donne un *Index des principaux traités de chirurgie* qui ont paru en Europe, depuis la découverte de l'imprimerie, jusqu'à la fin du xive siècle; en même temps il résume l'état dans lequel se trouvaient les principales questions de la chirurgie: traitement des plaies, leurs complications, plaies par armes à feu, ligature des vaisseaux, amputation des membres, etc.

En outre, M. Nicaise ayant réuni un grand nombre de documents sur le fameux *Collège de Chirurgie*, a publié une histoire abrégée du Collège de Saint-Côme, depuis le roi saint Louis jusqu'en 1793; c'est la première fois qu'une histoire du collège est publiée, depuis son origine. Des pièces justificatives sont jointes à cette étude et aussi de nombreuses figures, dont plusieurs, dans l'introduction, ont une réelle valeur historique et sont publiées pour la première fois. — Les documents contenus dans cet ouvrage sont assez nombreux pour avoir nécessité une table alphabétique des matières qui rendra les recherches des plus faciles.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

La pratique des opérations nouvelles en chirurgie, par A. Guillemain, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris, ancien interne lauréat des hôpitaux (médaille d'or). Avec 37 figures. Paris, J. B Baillière et fils, 1895.

Petit livre élémentaire, utile à la fois aux étudiants et aux praticiens désireux de se tenir au courant des progrès de la chirurgie. Les opérations nouvelles et celles qui ont été récemment remises en honneur (la trépanation du crâne par exemple), sont étudiées successivement: 1° dans leurs indications; 2° dans leur manuel opératoire. Cet ouvrage servira de complément aux traités classiques de médecine opératoire.

Thèses des Facultés.

De la fréquence de l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus et de ses accidents, par Emile Maggiar, ancien interne des hôpitaux de Paris et de la clinique d'accouchement (Baudelocque).

Le placenta s'insère beaucoup plus fréquemment qu'on ne le croit sur le segment inférieur de l'utérus: sur 6,846 accouchements où les membranes ont pu être mesurées, nous l'avons rencontré 3,938 fois sur le segment inférieur, soit 57,55 0/0, c'est-à-dire dans un peu plus de la moitié des cas,

Sur ces 3,938 cas nous avons trouvé 1,836 primipares et 2,102 multipares.

L'insertion vicieuse du placenta donne lieu à un certain nombre d'accidents qui sont par ordre de fréquence:

a) L'accouchement prématuré	17,70 p. 100
b) La rupture précoce des membranes	16,67 —
c) La rupture prématurée des membranes	13,90 —
d) Le défaut d'engagement de la tête fœtale	11,84 —
e) L'hémorrhagie qui peut apparaître dès le début de la grossesse	11,09 —
f) Les présentations vicieuses	3, —
g) La procidence des membres supérieurs	0,86 —
h) La compression, le procubitus et la procidence du cordon	0,78 —
i) L'avortement	0,50 —
j) La procédure du cordon avec les membres supérieurs	0,10 —

La mortalité des mères et des enfants n'est pas aussi élevée que semblent l'indiquer les statistiques classiques; elle n'atteint à la clinique Baudelocque qu'une très faible proportion, grâce aux moyens puissants qui sont mis en usage par notre maître, M. le professeur Pinard, et qui donnent de si bons résultats. Il serait à souhaiter que ces moyens fussent employés partout, à l'exclusion de toutes les autres méthodes de traitement.

VARIÉTÉS

Association des médecins de la Seine. — L'assemblée de cette Association s'est tenue dimanche dernier sous la présidence de M. Brouardel. Dans son discours, très applaudi, le président a signalé les dangers de l'accroissement progressif du nombre des médecins français, et les craintes qu'il doit inspirer au sujet de l'avenir matériel de ceux-ci. Il convient dès lors d'augmenter les ressources d'une Association qui ne progresse que grâce aux dons et aux legs qu'elle reçoit. Il arrive, en effet, pour l'Association des médecins de la Seine, ce qui a été signalé à l'occasion de l'Association générale. Les cotisations sont peu élevées, mais de généreuses donations viennent incessamment les accroître. Cette année, M. Marjolin a légué à l'Association de la Seine un domaine dont le revenu est de 18,000 francs environ; le Dr Dupierris lui a légué 10,000 fr. Les autres dons s'élèvent à près de 34,000 fr. sur lesquels M. Guyon a donné 2,000 fr.; M. le Dr Coffin 24,642 fr.; M. Lailler 1,000 fr.; M. le Dr Christian 400 fr.; M. le Dr Duhomme 500 fr., etc.

Les recettes de l'Association se sont élevées à 90,538 fr. sur lesquels 42,000 fr. ont servi à secourir 6 sociétaires et 53 veuves; 3,950 fr. ont été alloués à 22 personnes étrangères à l'Association.

Le dévoué secrétaire général M. le Dr Barth a donc eu raison de signaler dans son rapport la prospérité croissante d'une

œuvre dont les tendances et l'utilité ne méritent que l'approbation du corps médical tout entier.

Dans la dernière séance, ont été élus : président : M. Brouardel; vice-présidents: MM. Guyon et Fernet; trésorier: M. Genouville qui remplit ces fonctions depuis 35 ans; trésorier-adjoint: M. Dubuc; secrétaire général: M. Barth et secrétaire général adjoint M. Lebreton.

Protestation de la Société médicale des hôpitaux de Paris. — Dans sa dernière séance, la Société médicale des hôpitaux a décidé à l'unanimité sauf deux voix, que MM. Potain, Hayem, Millard et Lannelongue seraient priés de remettre à M. le ministre de l'Intérieur la protestation suivante qui vise le singulier arrêté que vient d'approuver M. le préfet de la Seine.

Sans avoir prévenu le corps médical des hôpitaux, et malgré l'avis formel du Conseil de surveillance, l'Administration de l'Assistance publique s'apprête à appliquer deux mesures qui modifient complètement l'organisation des consultations hospitalières. Elle a décidé la division de la ville de Paris en une série de circonscriptions dont les habitants devront s'adresser à la consultation d'hôpitaux déterminés et être reçus dans ces hôpitaux à l'exclusion des autres.

Elle a décidé, en outre, contrairement au règlement voté par le Conseil de surveillance, que les chefs de service ne feraient plus, dorénavant, les consultations hospitalières.

Ces deux mesures constituent une dérogation aux usages établis qui nous paraît absolument fâcheuse.

Nous estimons que les pauvres ont le droit non seulement d'être soignés gratuitement dans les hôpitaux, mais de choisir le médecin qui leur convient et non celui que l'Administration leur impose. Un grand nombre de malades dans le public qui fréquente les hôpitaux viennent sciemment consulter tel ou tel d'entre nous que ses travaux ont spécialisé, de préférence, dans certaines branches de la médecine. Il est injuste et antidémocratique de les priver des conseils dont ils apprécient journellement la valeur. La mesure proposée par l'Administration porte donc atteinte à la liberté des pauvres.

La décision qui enlève aux chefs de service le droit de faire la consultation dans les hôpitaux ne nous paraît pas mieux justifiée.

On croit, en provoquant cette mesure, assurer le fonctionnement plus régulier des admissions des malades; il est facile de démontrer que ce résultat sera moins sûrement obtenu qu'avec le système actuel.

Nul n'est mieux placé pour faire le triage des malades qui se présentent à la consultation que le chef de service qui est appelé à les soigner. L'objection qu'il donne la préférence aux malades qui l'intéressent tombe devant la constatation de ce fait que, dans les services hospitaliers, quels qu'ils soient, les deux tiers des lits sont occupés par des malades atteints d'affections chroniques plus ou moins incurables, qui seraient bien plutôt justiciables de l'hospice que de l'hôpital.

La mesure nouvelle n'empêchera pas l'encombrement des services qui sont notoirement insuffisants; après comme avant, certains malades chroniques seront obligés d'attendre plus ou moins longtemps leur tour d'admission, le devoir strict de tout médecin étant de donner la préférence aux fiévreux atteints de maladies aiguës qui menacent plus immédiatement leur existence.

La consultation proprement dite des hôpitaux, en dehors de l'admission des malades, est assurément susceptible de perfectionnement. Nous avons été les premiers à le reconnaître puisque dès 1892, dans la discussion des réformes hospitalières, nous demandions que ceux des chefs de service que leurs occupations empêchent d'assister régulièrement à la consultation, puissent se faire assister de nos collègues du Bureau central. Mais s'il y a des inexactitudes et des défaillances individuelles, c'était à l'Administration qu'il appartenait de les signaler; c'était elle qui devait avertir et, au besoin, frapper personnellement ceux qui manquaient à leur devoir; jamais elle ne l'a fait. Aujourd'hui, elle enveloppe dans un blâme commun et exclut en bloc tout le corps médical, mesure injuste et irrationnelle, puisque l'Administration se prive ainsi des services de médecins expérimentés qui, pour la plupart, n'ont jamais donné lieu à aucun blâme, qui ont rempli scrupuleusement leur tâche, et dont les malades peuvent apprécier chaque jour les bons conseils.

Nous réclamons donc formellement le maintien des dispositions relatives aux consultations, telles qu'elles ont été votées en février 1894, par le Conseil de surveillance, et nous nous associons sans réserve à la protestation unanime de nos collègues les chirurgiens. Comme eux, nous tenons à rejeter toute part de responsabilité dans l'adoption de ces mesures, qui rendront plus difficile aux pauvres l'accès des consultations hospitalières, sans en assurer le fonctionnement d'une manière plus efficace.

Adieux faits à M. le médecin inspecteur général L. Colin. — Le 16 avril dernier, les médecins, pharmaciens et officiers d'administration militaires du gouvernement de Paris se réunissaient au Cercle militaire pour offrir un punch d'adieu à M. le médecin inspecteur général L. Colin atteint par la limite d'âge et placé dans le cadre de réserve. M. le baron Larrey qui devait présider cette fête confraternelle ayant dû s'excuser, M. Dujardin-Beaumetz, doyen des inspecteurs, a porté un toast à M. L. Colin qui a répondu en rappelant ce qu'il avait pu obtenir, dans l'intérêt de l'armée, pendant tout le temps qu'il présida le comité technique de santé et en recommandant à ses collègues de l'armée l'union et la concorde qui seules peuvent fortifier l'action bienfaisante du corps de santé militaire. M. L. Colin a bien voulu terminer par les paroles suivantes que nous sommes heureux de reproduire :

« En dehors de l'armée, les amis ne nous manquent pas; j'ai remercié en notre nom à tous l'éminent confrère qui, au Parlement, a soutenu éloquemment notre cause, M. le député Lannelongue; parmi les témoignages de reconnaissance qui, je crois, le toucheraient le plus, il en est un que je vous signale à son insu; ce serait l'augmentation du nombre des participants militaires à l'œuvre qu'il préside avec tant de généreuse activité : l'Association générale des médecins de France. »

Microbiologie et prolétariat. — Les microbes sont aristocrates. Ils ont la haine des gros sous et préfèrent vivre et se reproduire sur les pièces d'or. C'est ce que vient de démontrer un illustre savant anglais. Les streptocoques et les staphylocoques, quelles que soient leur configuration et leurs dimensions, se développent à merveille sur les guinées; les pièces d'argent les anémient et entravent leurs facultés génératrices; les vulgaires monnaies de cuivre les tuent en un clin d'œil. De telle sorte que le pauvre qui reçoit une modique aumône échappe à la contagion tandis que le joueur, le débauché, la courtisane qui ne manient que les louis d'or périssent victimes des infections les plus rebelles. Méfions-nous de l'or, chers confrères, et ne recevons nos honoraires que dans un sachet de papier au sublimé.

Caisse des pensions de retraite du corps médical français. La réunion annuelle de cette association de prévoyance s'est tenue à Paris les samedi 20 et dimanche 21 avril dernier. M. Lande, son fondateur, a été élu président en remplacement de M. Dujardin-Beaumetz, et M. Lannelongue a été nommé président d'honneur. Le rapport du trésorier, M. le Dr Verdalle, montre avec quel dévouement et quelle entente des affaires notre distingué confrère s'est occupé depuis dix années de la gestion d'une œuvre qui, pour réussir, devait pouvoir compter sur des administrateurs au courant de toutes les questions dont ne se préoccupent d'ordinaire que les actuaires des sociétés d'assurances. Aujourd'hui les tarifs de la caisse des pensions de retraite ont été revisés; un règlement précis exige rigoureusement dix versements annuels pour donner droit à une pension; celle-ci est calculée de façon à ne pas trop grever la caisse générale; une caisse de réserve a été créée en vue de parer à l'insuffisance, possible un jour, des ressources nécessaires au service des retraites; les ressources de l'œuvre atteignent environ 500,000 fr. et elle a pu délivrer 14 pensions de retraite dont le total atteint près de 12.000 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

REVUE GÉNÉRALE

FACULTÉ DE MÉDECINE

Cours de médecine opératoire : M. le professeur TERRIER.

De la Craniectomie.

Leçon recueillie par Marcel BAUDOUIN, préparateur du cours de médecine opératoire.

La Craniectomie est la résection d'une partie plus ou moins étendue des os du crâne. Elle a été pratiquée tout d'abord « pour faciliter l'expansion du cerveau et par conséquent pour assurer le développement intellectuel des enfants à crâne prématurément synostosés », c'est-à-dire des arriérés et des idiots.

Mais, depuis ces premières tentatives, on y a eu aussi recours pour d'autres lésions intracraniennes, conduisant à un état plus ou moins analogue à celui des microcéphales; et, parmi ces dernières affections, nous ne citerons que les hématomes, les foyers séreux méningés, la pachyméningite externe, les scléroses cérébrales limitées ou diffuses.

Cette opération, avant d'être lancée en France, a eu plusieurs promoteurs, entr'autres MM. Füller (de Montréal) en 1870 (1), Lane en 1888 (2), Guéniot en 1889 (3). Et ce sont des aperçus théoriques, émis dès cette époque par ce chirurgien français devant l'Académie de Médecine, qui ont été utilisés plus tard par M. le Pr Lannelongue, dont la première communication sur le sujet remonte au 30 juin 1890 (4).

(1) *Presse médicale belge*, 1878, p. 376.
(2) *The Am. Journ. of the méd. Assoc.*, 1892, p. 49, XVII.
(3) *Bull. de l'Ac. de Méd.*, 1889, p. 407.
(4) *Bull. de l'Ac. de Méd.*, 30 juin 1890.

Il est d'ailleurs revenu un an plus tard sur la question au Congrès français de Chirurgie (1) et depuis quelques années le chemin qu'il a tracé a été suivi par de nombreux opérateurs tant en France qu'à l'étranger (Keen (2), aux Etats-Unis; Horsley, en Angleterre; Gerster et Sachs, Bauer, Clayton, Parkill, Barlow, Joos, etc.) (3).

PROCÉDÉS OPÉRATOIRES TYPIQUES. — M. O. Lannelongue et les chirurgiens qui l'ont imité ont utilisé deux procédés opératoires principaux : 1° La craniectomie *linéaire*; 2° la craniectomie *à lambeau*.

1° *Craniectomie linéaire.* — La craniectomie linéaire peut être pratiquée soit longitudinalement, soit transversalement. D'où deux variétés : *a) Cr. l. longitudinale ; b) Cr. l. transversale.*

a) La craniectomie *longitudinale* est celle que l'on a employée le plus souvent jusqu'ici. Elle consiste à ouvrir la cavité cranienne dans le sens antéro-postérieur, de façon à ne pas léser le sinus longitudinal supérieur. Elle s'étend d'avant en arrière, de façon à intéresser le pariétal et parfois une partie du frontal; elle traverse la suture fronto-pariétale et va quelquefois jusqu'à la suture temporo-pariétale. Il faut éviter les gros vaisseaux, toute hémorrhagie ayant une importance réelle chez les jeunes sujets.

Au début, M. Lannelongue faisait cette brèche cranienne assez près du sinus longitudinal; plus tard, il s'en est écarté, pratiquant de plus l'incision cutanée un peu en dedans de l'incision osseuse (Fig. 1).

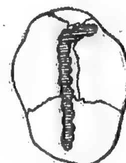


FIG. 1. — Craniectomie linéaire longitudinale.

b) La craniectomie *transversale*, plus rarement faite, va d'une suture fronto-sphénoïdale à l'autre, ayant ses

(1) *Congrès de Chir.*, 31 mars 1891.
(2) KEEN (W. W.) (de Philadelphie), *Craniectomy for microscephalus.* Extrait du *The Medical News*, 29 Nov 1870. — KEEN (W. W.). *Linear Craniectomy* (Miscalled Craniectomy) *for microcephalus.* Extrait de *The American Journal of the Medical Sciences*, juin 1891.
(3) CHIPAULT (A.). — *Chirurgie opératoire du système nerveux.* Tome I, p. 706.

extrémités au voisinage du centre de P. Broca chez les enfants. Elle est parallèle à la suture fronto-pariétale et siège d'ordinaire à 1 cm. en avant d'elle. Quand on arrive, sur la ligne médiane, au niveau du sinus longitudinal supérieur, il faut avoir soin de le décoller des os et prendre garde de ne pas l'ouvrir (fig. 2).



Fig. 2. — Craniectomie linéaire transversale.

Cette variété de craniectomie semble avoir été réservée aux cas d'arrêt de développement de la partie antérieure du cerveau, tandis que la première a été recommandée plutôt pour l'ossification prématurée des os du crâne, ayant occasionné des troubles intellectuels sans localisation très précise.

2° Dans la *craniectomie à lambeau* (fig. 3), on a pour but d'établir un volet osseux au point même où l'on suppose qu'il existe une lésion cérébrale, de façon à amener ultérieurement un développement plus régulier des centres nerveux sous-jacents. Quand on fait cette opération, qui tend de plus en plus à se substituer à la craniectomie linéaire et qui paraît en effet plus rationnelle, on



Fig. 3. — Craniectomie à lambeau.

tient compte des altérations anatomo-pathologiques et on n'agit plus, pour ainsi dire, à l'aveugle. Aussi M. Lannelongue semble-t-il se rattacher désormais à ce procédé, qui permet d'agir sur les différents centres, qui fournit au cerveau un espace plus considérable, et qui, en outre, amène nettement une diminution de pression intra-cranienne au niveau des parties malades. C'est donc cette craniectomie qui paraît devoir devenir classique.

Technique opératoire. — D'après MM. Lannelongue et Poirier, voici comment il faut procéder pour exécuter la craniectomie. Après avoir rasé le crâne et en avoir assuré l'antisepsie de la façon la plus parfaite possible, on trace sur le cuir chevelu la ligne de repère, c'est-à-dire la ligne sagittale, qui va de la glabelle à l'inion.

a) Quand on veut pratiquer une craniectomie *linéaire*, on incise alors, parallèlement à cette ligne, à 4 cm. en dehors. On agit sur le pariétal, jusqu'à la suture fronto-pariétale en avant, jusqu'à la suture pariéto-occipitale en arrière, l'incision a, en totalité, environ 14 à 18 cm.

On sectionne ainsi au bistouri la peau et les tissus sous-cutanés, puis arrive sur le périoste. On écarte alors les téguments d'un centimètre, et sectionne seulement à ce moment, le périoste sous la lèvre externe de l'incision réclinée. On met à nu un centimètre d'os sur toute la longueur de la section de la peau. L'hémostase terminée, on applique une couronne de trépan de 15 mm.; puis à l'aide des pinces-gouges sur lesquelles nous allons revenir, on enlève une bande osseuse de 5 mm. de large. On ne fait, en somme, là qu'une *craniotomie*, qu'un fossé osseux antéro-postérieur. On ne voit de sang qu'au niveau du sinus sphéno-pariétal. On ne suture pas le périoste et réunit ensuite la peau avec des crins de Florence.

Cette craniectomie linéaire, qui, comme nous le disions à l'instant, n'est qu'une craniotomie, a été faite assez fréquemment, par Lannelongue, Heurtaux, Keen, Bauer, Horsley, Clayton, Parkill, etc.

b) Pour la *craniectomie vraie ou à lambeau*, exécutée moins souvent par Lannelongue, Gerster et Sachs, etc., le procédé opératoire est un peu différent. Au lieu d'une incision rectiligne, il faut faire une brèche osseuse curviligne en L ou en U, déterminant la formation d'une sorte de presqu'île osseuse (fig. 4).

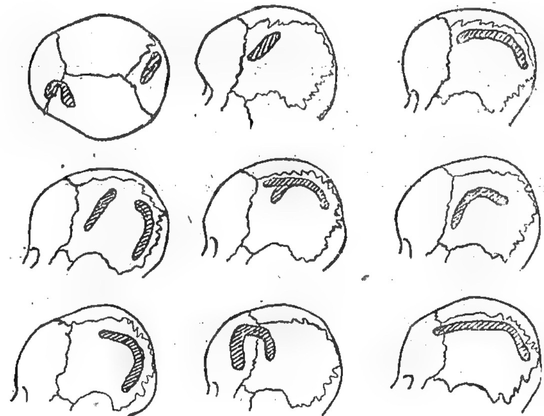


Fig. 4. — Différents types de craniectomie : craniectomie linéaire, longitudinale et transversale; craniectomie à lambeau ou à volet (Lannelongue, Lebou!, Jaboulay, etc.).

Ce lambeau peut intéresser un seul os, soit le frontal, soit le pariétal; quelquefois ces deux os. Le volet cutané et osseux peut avoir une base d'adhérence plus ou moins large. Mais le caractère des incisions est susceptible de varier et varie en effet suivant le point où l'on agit. Ces incisions peuvent avoir la forme d'un T, d'un U, d'un V, d'un L, etc. (fig. 4).

On excise du tissu osseux tout autour de la plaque d'os séparée de la voûte cranienne, de façon à laisser un espace libre de 8 mm. à 1 cm., tout autour de la presqu'île créée. L'opération ainsi exécutée dure en moyenne quarante minutes.

La technique de l'intervention est simple. Pour pénétrer dans le crâne, on attaque ici encore la voûte à l'aide d'une couronne de trépan, siégeant ordinairement à l'extrémité de la brèche à produire; puis à l'aide d'une pince coupante, dont il y a deux types principaux, on agrandit l'ouverture.

Ces pinces sont construites pour couper les bords de l'ouverture, tantôt en agissant perpendiculairement à eux, tantôt au contraire en sectionnant l'os dans un sens opposé, c'est-à-dire parallèlement.

Les premières sont dites pinces-coupantes *décollatrices*. Pour les utiliser, on attaque perpendiculairement la partie à enlever et la saisit entre les deux mors de l'instrument, dont l'un glisse entre l'os et la dure-mère, et dont l'autre, situé à l'extérieur, est chargé d'assurer la section osseuse. La courbure des branches de ces appareils est calculée de façon à ne déprimer que de 3 à 4 mm. le cerveau.

En France, les types principaux de ces pinces-coupantes décollatrices sont dus à M. Lannelongue; ils ont été ensuite modifiés et perfectionnés par M. Collin

(fig. 6 et 7). L'un des modèles, dit en *bec de perroquet*, a l'un de ses mors qui porte un petit prolongement, permettant de décoller sans difficulté la dure-mère, à mesure que l'on avance. Le dernier type, créé par M. Collin, possède un mors plat, qui est fenêtré; de la sorte la portion d'os enlevée s'en va sans difficulté à l'extérieur.

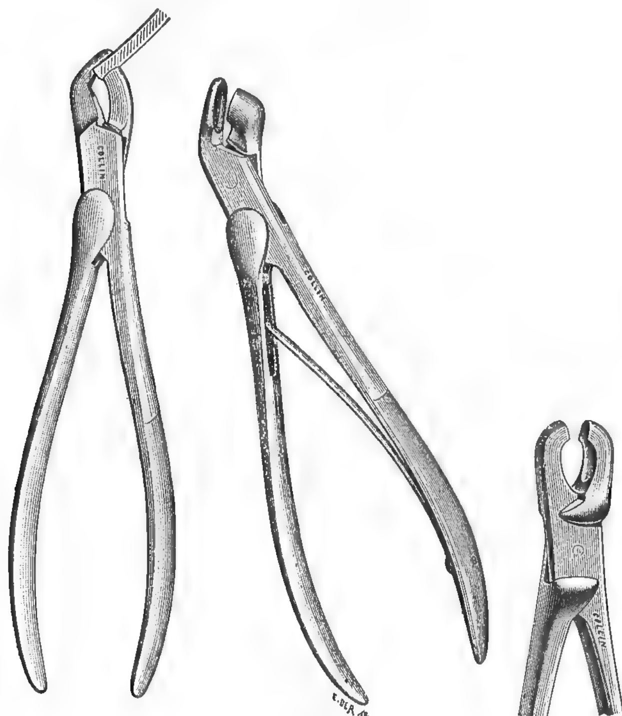


FIG. 6. FIG. 7. FIG. 5.

FIG. 5. — Pince-gouge ordinaire.
FIG. 6. — Pince coupante décollatrice en bec de perroquet.
FIG. 7. — Pince coupante décollatrice à mors fenêtré.

Le chirurgien américain Keen (1) a fait construire un instrument analogue aux précédents; mais ce grugeoir de Keen a son mors fenêtré du côté opposé à celui du modèle de M. Collin.

Les pinces-gouges qui agissent latéralement, sans décollement préalable de la dure-mère, sont analogues à celles qu'on emploie dans toute trépanation (fig. 5).

Un certain nombre de précautions sont à prendre au cours de l'opération. Au niveau des sutures des sinus sphénoïdaux ou autres, il faut décoller avec soin à l'avance la dure-mère, avant d'attaquer l'os; on y parvient avec une sonde cannelée plate et mousse (fig. 8), ou avec l'instrument de M. Poirier (fig. 9). En général, en effet, il faut laisser la dure-mère intacte, de façon à éviter toute perte de liquide céphalo-rachidien; en agissant de la sorte, on ne lèse pas non plus les centres nerveux sous-jacents. Lors de l'application de la première couronne de trépan, on s'arrangera donc de manière à ne pas blesser par mégarde la dure-mère. Si, par hasard, on est obligé de l'inciser, on ne doit pas la réséquer; quand on l'aura ouverte, on prendra soin de la suturer au catgut avant de continuer l'opération, pour diminuer autant que possible les chances d'infection du cerveau. On n'a pas d'ailleurs à craindre qu'elle puisse servir à une régénération osseuse au niveau de la craniectomie, car elle ne forme pas d'os nouveau.

On s'est demandé s'il fallait conserver le périoste; aujourd'hui on incline pour l'affirmative. On le rabattra donc sur la perte de substance osseuse et pourra le suturer.

(1) *Loc. cit.* Tirage à part p. 4, fig. 1.

Cela fait, on réunira les téguments et par prudence établira un drainage, soit avec des crins de cheval, comme le font les Anglais, soit simplement avec un tube de caoutchouc.

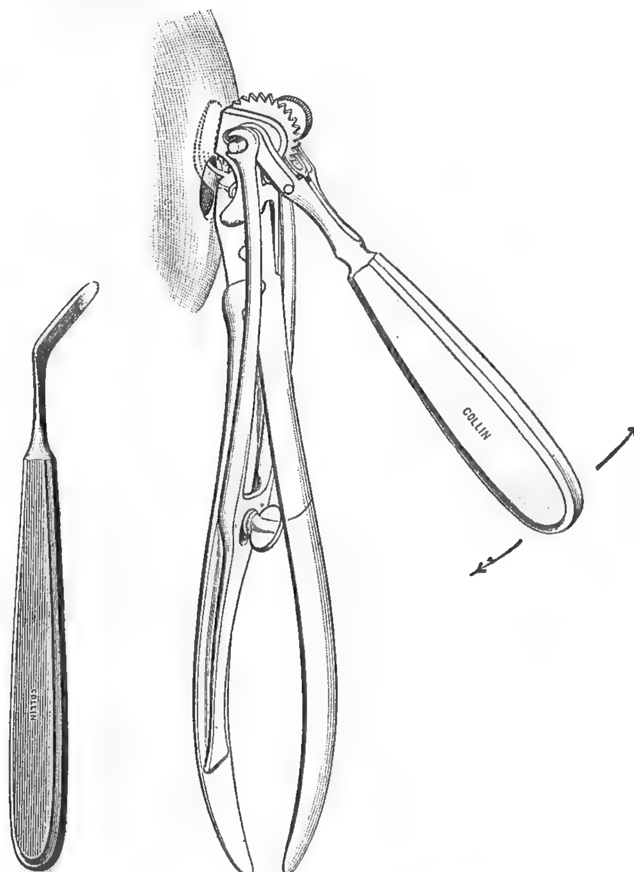


FIG. 8. FIG. 9

FIG. 8. — Décolle dure-mère.
FIG. 9. — Scie-trépan de M. P. Poirier.

Accidents de l'opération. — Le principal accident opératoire à redouter est l'*hémorrhagie*. Elle est peu importante, quand il s'agit de vaisseaux des téguments. Mais, dans l'épaisseur des os, les veines peuvent-être larges et le sang difficile à arrêter. Comme la voûte cranienne est peu résistante chez les enfants, on pourra la saisir avec des pinces à pression ordinaires et combattre efficacement l'hémorrhagie. Quand les os seront trop épais, on appliquera dans les canaux veineux de la pâte antiseptique à trépanation, constituée de cire stérilisée ou phéniquée, à l'exemple de J. Lucas Championnière et de Horsley, quoique M. Lannelongue rejette ce moyen.

En dénudant la dure-mère, on peut blesser la méningée moyenne; on s'efforcera de la lier: ce qui sera facile, surtout si l'on agrandit un peu le champ de sa dénudation.

On a signalé des *morts subites* survenues après 1 heure 1/4 par arrêt du cœur (heart failure (Keen) ou par *anémie aiguë* (Gester et Sachs), après 3 heure 1/2; mais par bonheur, cet accident n'a pas été fréquemment observé.

MODIFICATIONS DE LA TECHNIQUE. — 1° *Craniectomie ordinaire.* — Dans certains cas, l'éburnation de la voûte cranienne est telle, l'épaisseur des os est si considérable que l'emploi de la pince-gonge ne donne aucun résultat; on

n'arrive pas de la sorte à enlever des morceaux d'os qui ont plus d'un centimètre d'épaisseur. Dans ces conditions, on pourra imiter Th. Anger et Girard qui se sont résolus, lors d'opérations de ce genre, à appliquer, sur la ligne de craniectomie, une série de petites couronnes de trépan (fig. 10), qu'ils ont réunies ensuite en faisant sauter les ponts osseux intermédiaires.

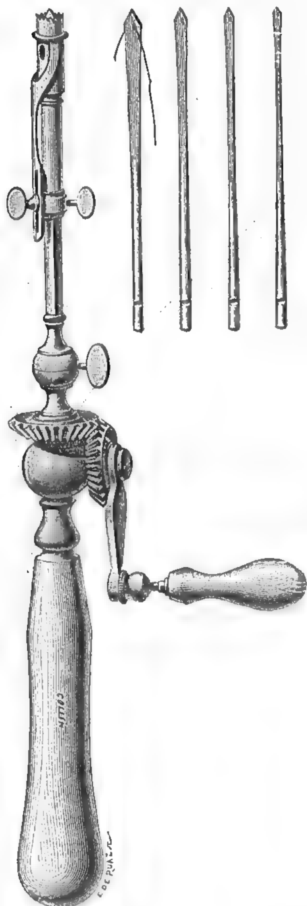
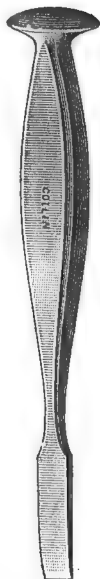
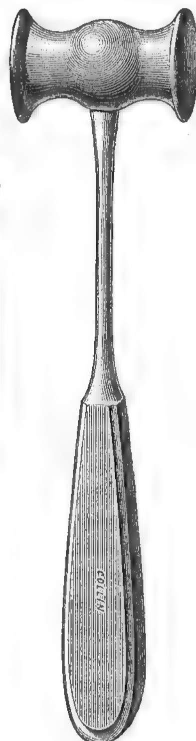




FIG. 10. FIG. 11. FIG. 12

FIG. 10. — Petit trépan pour craniectomie.
FIG. 11. — Ciseau pour craniectomie.
FIG. 12. — Maillet à trépanation.

M. Heurtaux (de Nantes) procède un peu différemment de M. Lannelongue. Il résèque une languette de périoste de 8 cm. de long sur 7 à 8 mm. de large, ouvre le crâne à la gouge à main en arrière; et fait ainsi son premier trou; puis avec un ciseau (fig. 11) et un maillet (fig. 12) enlève par copeaux une bande d'os de 6 mm. de large. Il rompt ensuite les os avec une pince à forcipressure. Ce procédé, assez médiocre, car il a recours au maillet, ne semble pas à recommander; il vaut mieux utiliser des instruments spéciaux.

M. Keen (de Philadelphie), qui a fait beaucoup de ces opérations, joint parfois à la craniectomie de réelles réections osseuses. Il recommande la craniectomie double; mais alors il conseille de faire d'abord une seule incision d'un côté, puis d'opérer l'autre côté 3 semaines ou un mois plus tard. De la sorte on évite un choc traumatique trop intense. Comme nous l'avons dit, il utilise un instrument spécial, le *rongeur-forceps*.

M. Lanphear (1892) recommande d'opérer des deux côtés aussi, et en deux séances, à 3 semaines d'intervalle.

2° *Craniectomie à îlots*. — M. Postempski (1893) mobilise complètement la pièce osseuse, la transforme en îlots, au lieu de se borner à tailler une presqu'île, comme M. Lannelongue. Pour obtenir ce résultat, il trace sur le crâne, au point voulu, 4 incisions cutanées formant les 4 côtés d'un carré; les incisions ne se rejoignant pas à leurs extrémités, le lambeau tégumentaire présente

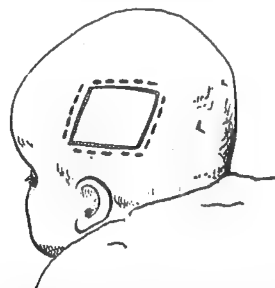


FIG. 13. — Craniectomie par le procédé de Postempski (1).

4 petits pédicules. Pour mobiliser la plaque osseuse, sous-jacente, on n'a qu'à faire 4 petites craniectomies linéaires au niveau des incisions cutanées et, opérant ensuite au-dessous des pédicules des téguments, à faire sauter les

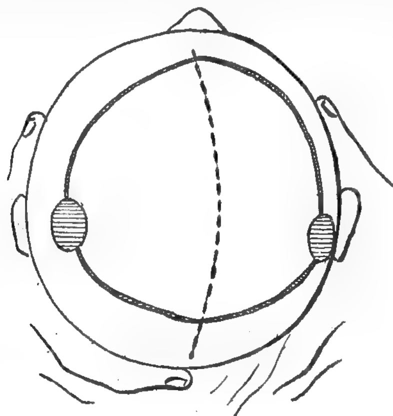


FIG. 14. — Craniectomie par le procédé de Dumont. Tête vue par en haut

quatre ponts osseux correspondants (fig. 13). On serait parvenu, en opérant de la sorte, à créer un lambeau osseux parfaitement mobile.



FIG. 15. — Craniectomie par le procédé de Dumont. Vue de profil.

Dumont, en 1893, a proposé une craniectomie circulaire péricranienne. Il a fait une incision sagittale, du front à l'inion (fig. 14), a décollé les parties molles et le

(1) Sur tous les schémas représentant des procédés de craniectomie, schémas que nous devons à M. le Dr Chipault, les lignes pointillées indiquent les incisions cutanées; les lignes doubles, les brêches osseuses.

périoste, comme s'il s'agissait d'une autopsie, et, arrivé au niveau des environs de la bosse pariétale, il a pratiqué deux couronnes de trépan de 2 cm. 5 de diamètre; puis, horizontalement en avant et en arrière de ces trous, il a creusé une gouttière de 3 à 4 millim. de large (fig. 15). Il a mobilisé ainsi toute la voûte cranienne, de façon à permettre au cerveau de se développer à son aise, après suture des parties molles au niveau de l'incision sagittale.

Gensond a obtenu le même résultat en procédant différemment; il a eu recours à une incision circulaire péricranienne, en interrompant de distance en distance son incision cutanée (en 4 endroits différents) de façon à conserver des pédicules vasculaires. Cela fait, imitant Postempski, il a incisé circulairement la calotte osseuse, en agissant d'une façon sous-cutanée au niveau des pédicules tégumentaires. Il est évident que ce mode de libération de la voûte cranienne est préférable à celui de Dumont. Il n'est d'ailleurs que l'application de la méthode du chirurgien italien à une portion osseuse plus considérable.

J. A. Wyeth (1), Mc Clintock et W. Keen cherchant à décoller la voûte du crâne de la dure-mère sous-jacente, d'une façon plus aisée que dans les procédés précédents, et à assurer la possibilité d'une expansion plus complète du cerveau, ont recommandé la craniectomie cruciale. Pour cela, ils font une incision allant de la racine du nez à la protubérance occipitale, décollent le périoste sur une largeur de deux pouces, trépanent, puis enlèvent deux tranches de crâne de 1/4 de pouce de large, de la protubérance occipitale au rebord orbitaire. Le sinus longitudinal supérieur se trouve entre les 2 lignes parallèles de craniectomie et n'est pas lésé. Puis, latéralement et perpendiculairement, au niveau du pariétal, à l'aide d'une pince coupante, selon la ligne biauriculaire, on incise l'os des deux côtés, à partir des brèches primitivement faites, sur une largeur d'un pouce et demi. On introduit alors les doigts sous chacun des 4 lambeaux osseux et décolle la dure-mère. Dans ces conditions, les os n'étant pas résistants, la voûte peut se soulever (fig. 16).

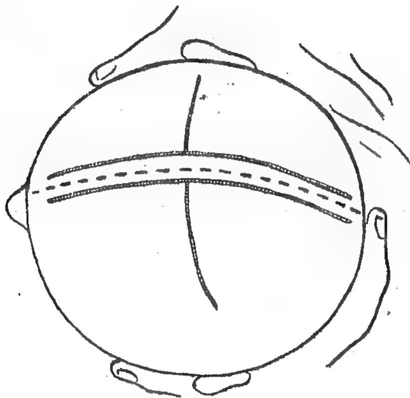


Fig. 16. — Craniectomie par le procédé de J. A. Wyeth.

En somme, dans ces dernières opérations, il ne s'agit que de procédés de *mobilisation de la voûte du crâne*, qui n'ont plus des rapports très immédiats avec la craniectomie linéaire simple de M. O. Lannelongue, mais qui constituent des perfectionnements indiscutables à sa méthode de résection cranienne à lambeau. Et, dans l'exposé que nous en avons fait, on a pu suivre assez facilement, et pas à pas, les perfectionnements apportés chaque année à l'idée primitive.

(1) *New-York Medical Record*, 21 février 1891.

Valeur de l'opération. — On sait dans quel but on a préconisé cette opération : pour lutter contre la fermeture prématurée des fontanelles et la soudure trop rapide des sutures, on a essayé de créer ainsi des sutures artificielles destinées à assurer la mobilisation des os du crâne. C'était, du moins, l'objectif primitif de M. le Dr Lannelongue. De là les craniectomies linéaires, ou mieux les *craniotomies* linéaires, ainsi que l'a fait remarquer Keen; puis la craniectomie *à lambeaux*, parfois véritable craniectomie quand elle comprenait la résection de lambeaux osseux assez larges.

Mais de tous côtés sont venues les objections. On a contesté d'abord le fait qui avait servi de point de départ à cette opération et M. Bourneville et ses élèves (1) ont commencé à battre en brèche les différentes théories de M. Lannelongue et de ses imitateurs. Pour eux, en effet, l'ossification est normale chez les idiots et l'ossification prématurée des sutures ne saurait être la cause de cet état morbide. L'idiotie est due ordinairement à des lésions nerveuses indépendantes des modifications qui surviennent dans le tissu osseux et si ces dernières existent elles ne sont jamais que secondaires.

La craniectomie produit cependant, à ce qu'on dit, des effets réels. Et on a pu conclure récemment, dans un intéressant travail (2), que cette opération, la craniectomie linéaire ou à lambeau, *modifiait vraiment la lésion cérébrale elle-même*, cause des accidents aigus ou localisés chez les idiots. Cette amélioration serait liée aux changements nutritifs et vasculaires produits dans l'encéphale par l'intervention ?

On avouera sans peine que cette explication n'est pas à l'abri de toute critique. Aussi persiste-t-il un certain vague dans les indications. Quelques-uns des chirurgiens la rejettent presque complètement et, parmi ces derniers, on peut citer J. Bœckel et Frank Parsons; d'autres, au contraire, lui accordent de réelles propriétés palliatives et prétendent qu'elle amène une amélioration indiscutable. On me pardonnera, en l'espèce, de ne pas me prononcer.

J'ajoute pourtant que l'intervention peut être et qu'elle a été mortelle, amenant une terminaison fatale, soit par syncope, soit par hémorrhagie importante. Mais, évidemment, il ne faut rien exagérer à ce point de vue.

Je ne crois pas d'ailleurs pouvoir mieux terminer ces courtes réflexions sur la craniectomie chez les idiots qu'en citant à cet égard la remarque bien américaine de W. W. Keen de Philadelphie : « Si l'on a, dit-il, dans ces cas un décès à enregistrer ce n'est jamais une bien grande perte ! »

TRAVAUX ORIGINAUX

Hôpital Trousseau. — *M. Broca.*

De l'ostéomyélite des enfants en bas âge,

par J. Braquehaye, interne des hôpitaux.

(*Suite*).

Dans d'autres observations, l'ostéomyélite succède à un traumatisme qui a servi de point d'appel à l'infection.

(1) Bourneville. *Du traitement chirurgical et médico-pédagogique des enfants idiots et arriérés*. Communication à l'Académie de médecine et *Progrès médical*, p. 465, 1893.

(2) L. Masson, *Des traumatismes du crâne et du mode d'action de la craniectomie*, Thèse, Lyon, 1894, p. 201. — Consulter encore le très remarquable traité de A. Chipault, *Chirurgie opératoire du système nerveux*, t. I, chapitre VI, Paris, 1894.

Parmi les causes banales prédisposantes, nous devons encore signaler le froid.

On sait combien les jeunes enfants sont sensibles à son action. Aussi est-ce surtout en hiver que nous avons observé le plus grand nombre de malades.

Avant de terminer ce chapitre d'étiologie, il y a quelques points sur lesquels nous devons encore insister.

C'est d'abord la question *du sexe*. Lorsqu'il s'agit d'adolescents, le nombre des garçons atteints d'ostéomyélite est presque triple de celui des filles (Gangolphe (1).

C'est que les premiers sont plus turbulents, se livrent à des travaux plus pénibles et sont par suite plus exposés au traumatisme.

Mais chez les jeunes enfants, ces causes n'existent plus. Aussi l'affection est-elle presque également fréquente dans l'un et l'autre sexe.

Cette proportion serait même inverse d'après les observations de Dardenne.

Notre statistique nous donne les chiffres suivants :

Garçons, 24.

Filles, 20.

Ils sont donc à peu près également frappés.

L'anatomie pathologique de l'ostéomyélite des jeunes enfants offre, elle aussi, quelques points spéciaux. Ce sont les seuls dont nous parlerons, car nous laisserons absolument de côté les lésions propres à l'ostéomyélite en général.

D'après Aldibert et Dardenne, nous citerons la fréquence de *l'inflammation de l'épiphyse*. Nous avons pratiqué trop peu d'autopsies pour émettre une opinion à ce sujet.

Les *localisations* de l'ostéomyélite sur les divers os, ne sont pas, dans la première enfance, tout à fait semblables à celles qu'on rencontre plus tard.

Si nous réunissons à nos observations celles de Dardenne qui donnent à peu près les mêmes résultats, nous arrivons aux chiffres suivants pour chaque os.

Fémur	Extrémité supérieure	16 cas	
	— inférieure	19 —	
	Siège indéterminé	1 —	soit 36
Tibia	Extrémité supérieure	10 —	
	— inférieure	6 —	
	Siège indéterminé	1 —	soit 17
Humérus	Extrémité supérieure	7 —	
	— inférieure	6 —	
	Siège indéterminé	2 —	soit 15
Cubitus	Extrémité supérieure	5 —	
	— inférieure	0 —	
	Siège indéterminé	1 —	soit 6
Radius	Extrémité supérieure	2 —	
	— inférieure	3 —	soit 5
Os iliaque	Pubis	2 —	
	Ilion	3 —	soit 5
Sacrum			4
Péroné	Extrémité supérieure	1 —	
	— inférieure	2 —	soit 3
Métacarpiens,	Côtes		3
Métatarsiens,	Omoplate, clavicule		2
Orteils,	Maxillaire inférieur, Sternum.		1

Le fémur est donc l'os le plus fréquemment frappé dans une étonnante proportion. Il est atteint deux fois plus souvent que le tibia qui vient immédiatement après, tandis que ce dernier os est pris au moins autant de fois chez l'adolescent. C'est que le fémur s'accroît rapidement à cette époque ; son activité vitale est plus grande que celle des autres os.

Nous ferons remarquer, en outre, que chez l'adolescent, le maximum de fréquence de l'ostéomyélite existe vers l'épiphyse proche du genou pour le fémur, le tibia et le péroné, et au contraire, au voisinage de l'épiphyse la plus éloignée du coude pour l'humérus, le cubitus et le radius.

Chez le jeune enfant, nous retrouvons encore la même prédisposition pour le membre inférieur, mais dans une proportion infiniment moindre ; de même au membre supérieur et même pour le cubitus, c'est la portion de l'os voisine du coude qui est atteinte le plus souvent (1).

Aldibert et Dardenne insistent sur la *fréquence des ostéomyélites multiples* chez le nouveau-né. « Ce fait ne doit pas trop surprendre, dit Aldibert, si l'on songe à l'activité des échanges nutritifs qui s'opèrent dans cette partie de l'appareil locomoteur, à une époque de la vie où la croissance est si rapide. Ne sait-on pas encore avec quelle fréquence les nourrissons disséminent les collections suppurées, à la suite par exemple d'une galactophorite maternelle ? »

Sur les 33 cas qu'il rapporte, il rencontre 14 fois des lésions multiples, soit dans 42,4 pour cent des faits qu'il cite. C'est là une proportion très exagérée. C'est que justement, ainsi que nous l'avons déjà dit, les observations qu'il rapporte sont prises dans divers auteurs, et quelques-unes d'entre elles n'ont été publiées que parce qu'elles étaient particulièrement graves ou *même à cause de la multiplicité extrême des lésions*. Aussi dans notre statistique, n'en trouvons-nous que 9 cas sur 44 observations, c'est-à-dire 22,5 pour cent.

Cette proportion est déjà forte, c'est presque le quart. Haaga, en effet, sur 403 malades, en trouve 82 atteints d'ostéomyélites multiples ; c'est-à-dire dans 20,3 pour cent des cas, soit le cinquième environ.

De même encore Aldibert et Dardenne nous semblent avoir exagéré le nombre d'*arthrites suppurées* venant compliquer l'ostéomyélite du jeune âge. Pour ces auteurs cette lésion se rencontrerait dans la moitié des cas environ. Ce chiffre est certainement trop fort, pour les mêmes raisons que précédemment.

Nous n'avons en effet que 14 observations dans lesquels on ait trouvé de l'arthrite. C'est donc une proportion de 30,2 pour cent, ce qui est déjà un chiffre assez élevé. L'arthrite suppurée peut s'accompagner de luxation pathologique et de destruction des ligaments ainsi que nous en citons des exemples.

Les articulations les plus fréquemment atteintes ont été : la hanche (6 fois), le coude (5 fois), l'épaule (2 fois), et le genou (1 fois). Il est intéressant de noter que si l'arthrite est fréquente dans l'ostéomyélite des jeunes enfants, elle survient presque aussi souvent, lorsque l'infection osseuse débute chez les adultes. Lohmann, qui a récemment étudié cette dernière variété, a trouvé 6 arthrites sur 21 malades. Leur fréquence serait donc de 28,5 pour cent, chiffre très voisin de celui que nous avons trouvé chez les jeunes enfants. Pour Aldibert, la lésion articulaire surviendrait chez le nouveau-né grâce à la facilité avec laquelle l'infection se propagerait à travers le cartilage juxta-épiphysaire vasculaire à cette époque, tandis que, pour Lohmann, les complications articulaires se produiraient chez l'adulte grâce à la disparition de l'obstacle qu'oppose le cartilage de conjugaison à la propagation des phénomènes inflammatoires.

Koplick et Von Arsdale ont décrit une forme spéciale d'ostéomyélite caractérisée surtout par des *arthrites suppurées* dans lesquelles *la lésion osseuse est peu marquée*

(1) Gangolphe, *Maladies infectieuses et parasitaires des os.* Paris, Masson, 1894.

(1) Voyez dans Gangolphe, *loc. cit.*, pages 373 et suivantes, les statistiques de Lücke, Volkmann, Ollier, Helferich, Rosenbach, Haaga, sur la fréquence relative de l'ostéomyélite sur les divers os et sur sa localisation en un point spécial sur chaque os en particulier.

bien qu'on retrouve le microbe au niveau du bulbe osseux. L'agent infectieux est toujours le streptocoque.

L'observation suivante est certainement un cas de ce genre.

Obs. XI. — *Ostéomyélite subaiguë de l'extrémité supérieure de l'humérus à forme d'arthrite suppurée à streptocoques. — Incision. Mort.*

Marius B..., 1 mois, est amené à la consultation, le 23 mars 1895, pour une tuméfaction de la région externe de l'épaule gauche.

C'est il y a dix jours, nous disent ses parents, que l'épaule a commencé à augmenter de volume. L'affection a évolué sans douleur et sans fièvre.

Quand nous voyons l'enfant son état général est mauvais bien que sa température ne soit que de 36,8. La région deltoïdienne est saillante, fluctuante, rouge ; on y remarque des veines sous-cutanées bien plus volumineuses que celles du côté opposé.

Les mouvements de l'épaule et la pression causent de la douleur. L'enfant est opéré le jour même (23 mars) par notre ami Cestan. Il trouve un volumineux abcès périrticulaire et du pus dans l'articulation de l'épaule. Il ne sent pas de point osseux dénudé. La première incision antero-externe ne permettant pas un drainage suffisant, il en fait une seconde en arrière et passe un drain grâce à cette double ouverture à travers l'articulation.

Cet enfant n'a pas été ramené au pansement. Nous avons appris qu'il était mort quelques jours après.

Le pus examiné par notre collègue Pochon contenait du streptocoque.

D'après Aldibert, dans le jeune âge, on observerait très fréquemment *le décollement des épiphyses*. Sur 30 cas aigus, il l'aurait noté 15 fois dans les observations diverses qu'il cite. Nous sommes loin de ce chiffre, car nous ne l'avons trouvé, sur 44 observations, que dans les deux suivantes.

Obs. XII. — *Ostéomyélite subaiguë de l'extrémité inférieure de l'humérus avec arthrite suppurée et décollement épiphysaire de l'épitrochlée. — Trépanation. — Guérison.*

Amélie R..., âgée de 8 mois est amenée à l'hôpital Trousseau le 13 avril 1893 pour une ostéomyélite de l'extrémité inférieure de l'humérus. Elle est malade depuis plus d'un mois et demi et a été soignée par plusieurs médecins qui ont prescrit des cataplasmes ou des compresses humides. L'état général de l'enfant est très mauvais. Elle a de la fièvre, mais en a eu beaucoup plus au début, nous disent les parents.

Elle est opérée le même jour. On trouve du pus dans l'articulation du coude et un décollement épiphysaire de la région de l'épitrochlée. L'abcès après avoir été largement incisé est tamponné à la gaze iodoformée.

Nous avons revu l'enfant le 7 avril 1895. Elle est petite et frêle pour une enfant de deux ans et demi. Elle n'a cependant jamais été malade depuis, quoiqu'elle soit légèrement rachitique (ventre énorme, diarrhée, chapelet costal, mais pas de déformation osseuse des membres).

Les mouvements du coude sont parfaits. La cicatrice peu marquée est à peine adhérente à l'os. Celui-ci n'est pas épaissi. Des deux côtés la mensuration, le point de l'acromion à l'interligne articulaire radio-humérale nous donne 15 centimètres.

Obs. XIII. — *Ostéomyélite du sternum et de l'extrémité supérieure du tibia droit avec décollement épiphysaire. — Incision. — Evidement à la curette.*

Marcel T..., 1 mois, est amené à l'hôpital Trousseau, le 30 juillet 1893, avec deux abcès manifestes : l'un sur le sternum, près de l'insertion du cartilage de la 3e côte, l'autre un peu au-dessous du genou droit.

Les deux abcès sont incisés aussitôt. Au niveau des deux points, l'os est dénudé et évidé à la curette. On constate sur le tibia, un décollement de son épiphyse supérieure.

L'enfant n'a pas été revu et bien que nous n'ayons pu retrouver sa trace nous croyons pouvoir affirmer qu'il est mort.

Il est vrai que la proportion que nous signalons est sûrement au-dessous de la vérité, car plusieurs de nos malades n'ont été vus qu'à la consultation et ne sont pas venus se faire opérer. Malgré cela, nous affirmons que le chiffre de 50 pour cent donné par Aldibert est de beaucoup trop fort.

Une des causes du décollement épiphysaire chez le jeune enfant, c'est la temporisation. Le diagnostic est hésitant, on n'ose intervenir; pendant ce temps les lésions progressent et les épiphyses se décollent. Si nous en avons trouvé si peu de cas, c'est que nous intervenons d'urgence dans toutes les ostéomyélites aiguës. Dans les deux observations précédentes, les lésions étaient anciennes.

Avec Aldibert, nous admettons que le jeune âge prédispose à cette complication puisque nous deux malades avaient l'un 8 mois, l'autre 1 mois.

A côté du décollement des épiphyses nous signalerons la possibilité *de la fracture spontanée*. Nous en avons vu deux cas; l'un survenu sans cause connue, l'autre, produit pendant l'opération pour une ostéomyélite prolongée, mérite à peine le nom de fracture spontanée.

Voici les observations de ces deux malades.

Obs. XIV. — *Ostéomyélite de la 5e côte droite avec fracture spontanée et vaste épanchement purulent intrathoracique. · Incision de l'abcès. — Résection costale. — Mort de bronchopneumonie.*

Suzanne R..., 9 mois, est présentée le 3 février 1895, pour une tuméfaction du dos siégeant à droite de la ligne médiane.

Ses antécédents héréditaires sont mauvais et font penser à une lésion tuberculeuse. Sa mère en effet a eu une pleurésie en 1888, et depuis a été soignée pour une bronchite bacillaire. Une de ses sœurs est morte de méningite à l'âge de 2 mois. Sa sœur aînée a au cou de volumineux paquets de ganglions.

Cependant les antécédents personnels de l'enfant sont bons et jusqu'ici elle s'est très bien portée.

Il y a un mois la petite malade avait été menée à la consultation. Sa mère nous racontait qu'elle avait fait une chute sur l'épaule droite. On crut à une simple contusion. L'enfant, disait-on, avait de la fièvre, mais comme elle toussait, on crut à une affection pulmonaire pour laquelle elle fut soignée médicalement. Il n'y avait à ce moment ni tumeur, ni tuméfaction, ni fracture.

Depuis, la toux persista ainsi que la fièvre et l'état général devint médiocre. La mère remarqua bientôt la présence d'une petite tumeur sur le bord externe de l'omoplate, du volume d'un œuf de pigeon.

Le 2 février, quand nous voyons la petite malade, elle ne tousse plus, n'a plus de fièvre. La tumeur atteint la grosseur d'une petite orange. La peau qui la recouvre est légèrement rouge. Elle est nettement fluctuante et la pression à son niveau ne réveille pas de douleur notable. Comme la tumeur paraît partiellement réductible et que l'enfant offre une raideur manifeste de son rachis, on pose le diagnostic de mal de Pott vertébral avec abcès par congestion, tout en faisant des réserves pour la possibilité d'un abcès froid costal, à point osseux situé sous l'omoplate. Les antécédents héréditaires de la petite malade nous autorisaient à faire ce diagnostic de tuberculose osseuse.

Le 3 février, incision sur la poche, parallèlement aux côtes. On tombe ainsi sur une vaste collection purulente (500 grammes environ). Le pus est blanc, crémeux, bien lié et sort par saccades isochrones aux accès de toux dont est prise l'enfant. On pense alors à une pleurésie purulente dont on trouve facilement l'orifice au niveau de la 5e côte droite. Mais à ce niveau existe, non seulement une vaste dénudation costale, mais encore une fracture spontanée avec perte de substance notable vers l'angle postérieur. Les deux extrémités de la

5e côte sont dénudées de leur périoste et réséquées sur une longueur de 3 centimètres environ de chaque côté. L'orifice intrathoracique est ensuite agrandi, on y passe un gros drain du volume du petit doigt. Suture partielle de la peau. Pansement à la gaze iodoformée. Pas de lavages. On a recueilli du pus pour l'examen bactériologique pendant l'opération. Il contenait du staphylocoque doré.

On était donc en présence d'une ostéomylite costale à type postérieur, c'est-à-dire évoluant à la façon d'une pleurésie. L'examen du pus, l'étendue des lésions costales avec fracture spontanée affirmaient ce diagnostic.

Le 4 février, l'enfant va mieux, l'état général est meilleur. La température est normale. La plaie est en bon état.

Le 6 février, l'état local très bon. Au lieu du gros drain mis le jour de l'opération, on place dans la plaie deux drains moyens parallèles. Malheureusement par la basse température que nous subissons la petite malade a pris froid en venant au pansement et présente tous les signes de la bronchopneumonie. La température remonte.

Le 10 février, nous allons la panser chez elle. L'état général est mauvais. L'enfant a refusé le sein. La température est de 39,3. Cependant localement la plaie va très bien. La réunion est parfaite.

Le 11 février, température 39. Respiration 82. Râle trachéal. Gargouillements dans tout le poumon droit en arrière. Etat général très mauvais. Etat local comme la veille. L'enfant meurt dans la nuit.

Obs. XV. — *Ostéomyélite subaiguë de l'extrémité inférieure du fémur droit. Trépanation. Ostéomyélite prolongée, extirpation de séquestre. Fracture sus-condylienne pendant l'opération. Guérison.*

André V..., 6 mois et demi, est amené le 19 janvier 1894 à l'hôpital Trousseau, pour une tuméfaction du genou droit datant d'un mois environ.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires.

Lui-même s'est toujours bien porté jusqu'en décembre dernier, époque où il fut soigné pour une bronchite assez grave dont il est convalescent.

La tuméfaction du genou, ou plutôt de l'extrémité inférieure du fémur, est venue peu à peu sans douleur; l'enfant n'a perdu ni le sommeil, ni l'appétit. Au palper elle est profonde, et semble adhérente au fémur. Elle paraît fluctuante. Pas de température.

Le 19 janvier 1894. Après chloroformisation, incision interne jusqu'à l'os. On trouve du pus sous le périoste. L'os trépané contient aussi du pus dans le canal médullaire. Tamponnement à la gaze iodoformée.

Le 23 mai 1894. — La plaie s'est cicatrisée superficiellement, mais au-dessous, on constate qu'il existe un nouvel abcès. Une incision est faite sur la face interne de la cuisse. On arrive sur une collection de pus s'étendant vers le creux poplité. Le stylet conduit sur la partie postérieure de l'extrémité inférieure du fémur.

L'os est évidé à ce niveau. On trouve des séquestres et des fongosités baignant dans le pus. Il ne reste plus, après curetage, qu'une mince lamelle osseuse qui se brise spontanément au-dessus des condyles pendant l'opération. Tamponnement à la gaze iodoformée. Immobilisation.

Nous avons revu ce malade le 14 janvier 1895, c'est-à-dire un an après la première intervention. L'état général de l'enfant est très bon. Il trotte toute la journée sans ressentir ni douleur ni fatigue. L'articulation du genou est parfaitement mobile. Aucune douleur à la pression. Sur la face interne du genou, la cicatrice est adhérente à l'os, mais non difforme. Le fémur n'est pas très épaissi. La pression ne provoque en ce point aucune douleur.

Nous l'avons revu encore le 7 avril 1895. Même état que plus haut. La mensuration des 2 fémurs, du sommet du grand trochanter à l'interligne articulaire, nous a donné les chiffres suivants: à droite, 19 centimètres, à gauche, 20 centimètres. Il y a donc un raccourcissement de 1 centimètre du côté malade, mais cette différence de longueur est due à la consolidation vicieuse de la fracture. Le fémur en effet fait à ce niveau un angle saillant en avant apparent à la vue mais surtout manifeste au palper. Malgré cela l'enfant marche très bien sans boîter.

Cette dernière observation est intéressante encore à un autre point de vue. C'est qu'elle nous montre un cas de transformation d'ostéomyélite aiguë *en ostéomyélite prolongée*. On sait que c'est la règle chez l'adolescent. Or, si on parcourt nos observations, on verra que presque toujours la guérison survient rapidement sans fistules, sans passer à l'état chronique. C'est là un fait que nous pouvons affirmer, car nous avons revu beaucoup de nos malades plusieurs années après l'opération et nous avons noté leur guérison complète. Rarement il y a eu formation de séquestres nécessitant une seconde intervention. Voici les seules observations où nous ayons dû avoir recours (1).

Obs. XVI. — *Ostéomyélite subaiguë de l'extrémité supérieure de l'humérus gauche. Incision de l'abcès, puis trépanation. Mort quelques semaines après de broncho-pneumonie.*

Gabriel D..., deux ans, n'offre rien à signaler dans ses antécédents. Nourri au sein, par sa mère, il a marché à quinze mois. Très bonne santé habituelle.

Le début de la maladie remonte à quatre ou cinq mois. La mère observa alors une gêne des mouvements du bras gauche, mais la région n'était pas douloureuse et l'enfant ne se plaignait pas.

Huit jours après, apparition des signes d'inflammation. Tuméfaction et rougeur de la partie supérieure du bras avec exagération du réseau veineux sous-cutané. (Ce dernier symptôme est signalé par la mère elle-même.) La douleur devient très vive. Le petit malade crie au moindre mouvement, au moindre attouchement. Malgré cela, peu de signes généraux. L'appétit reste conservé.

Un médecin, consulté, mit d'abord des pointes de feu sur l'épaule malade et fit il y a un mois seulement (plus de deux mois après le début) deux incisions par où le pus s'écoula abondamment.

Le 30 août 1894, quand nous voyons le petit malade, il existe une tuméfaction notable de l'extrémité supérieure du bras gauche. On y voit deux fistules, à bords violacés, traces des incisions faites précédemment, par où s'écoule du séro-pus. Dilatation du réseau veineux sous-cutané. La palpation très douloureuse permet de constater l'augmentation de l'extrémité supérieure de l'humérus. Les mouvements de l'articulation de l'épaule sont libres et ne provoquent pas de douleurs.

On fait une incision réunissant les deux fistules. On trouve l'os dénudé. Celui-ci, trépané à la gouge et au maillet, est plein de pus et de fongosités. Grattage à la curette. Tamponnement à la gaze iodoformée.

On enlève les fils le 6 septembre. La plaie est en très bon état.

L'enfant, dont les parents habitent Corbeil, est amené au pansement une fois par semaine.

Il était en bonne voie de guérison, lorsque nous avons appris, à la fin du mois de septembre, qu'il était mort, en quelques jours, de broncho-pneumonie.

Obs. XVII. — *Ostéomyélite subaiguë de l'extrémité supérieure du tibia droit ayant débuté il y a deux mois. Trépanation de l'os. Guérison. Fistule au niveau de la cicatrice. Extraction d'un séquestre. Guérison.*

Henri M..., deux ans, a depuis deux mois une tuméfaction douloureuse de la jambe droite.

Comme antécédents notons que son père est rhumatisant et qu'il a trois frères et sœurs morts en bas âge de méningite.

L'enfant lui-même a une mauvaise santé. Il a toujours été malade et tousse beaucoup. Il est manifestement rachitique. Il y a un an, il a eu la rougeole. Celle-ci a été suivie à la convalescence d'un abcès chaud sous-mental. Depuis il a souvent des maux de tête.

Il y a deux mois, on remarqua qu'il portait sur la jambe

(1) Il faut y ajouter les observations XL. Bien que le séquestre n'ait pas été enlevé, il existait manifestement quand l'enfant a quitté l'hôpital.

droite une grosseur douloureuse à la pression et spontanément. En même temps, nous dit-on, il avait de la fièvre.

Il y a un mois, la lésion ayant augmenté, le petit malade dut s'aliter avec gêne des mouvements.

Le 19 août 1893, lorsque nous voyons l'enfant, il existe sur la jambe droite une tuméfaction notable, profonde et fluctuante.

On fait aussitôt une incision sur le bord interne du tibia jusqu'à l'os. On arrive auparavant sur une poche pleine de pus située en arrière du tibia. Dans cette poche, au doigt, on sent que la face postérieure de l'os est dénudée et rugueuse dans sa moitié supérieur. Grattage, trépanation de l'os. Chlorure de zinc.

La plaie est tamponnée à la gaze iodoformée.

Le lendemain, le pansement était satisfaisant.

Les pansements suivants ont été régulièrement faits et l'amélioration survint peu à peu.

Le 26 septembre 1893, l'enfant est guéri, et part sans pansement.

Le 18 juin 1894, l'enfant est de nouveau amené à la consultation. Il s'est ouvert un trajet fistuleux au niveau de l'ancienne cicatrice par où le stylet arrive sur un point osseux dénudé.

Le 21 juin, incision sur la face interne du tibia; trépanation large de l'os; extraction d'un séquestre.

Il vient régulièrement se faire panser deux fois par semaine.

Il est de nouveau guéri à la fin de juillet.

Nous avons revu le petit malade le 7 avril 1895. La guérison s'est maintenue. Les courbures rachitiques du tibia, qui existaient déjà avant l'opération, ont augmenté depuis; mais elles sont surtout accentuées du côté sain. Du côté droit, la cicatrice adhère sur la face interne du tibia. Celui-ci est à ce niveau un peu plus épais que son congénère mais il n'existe pas de douleur à la pression. L'enfant trotte toute la journée sans ressentir plus de fatigue du côté malade que du côté sain.

La mensuration des deux tibias, de l'interligne articulaire du genou à la pointe de la malléole interne, nous a donné à gauche 15 centimètres, à droite 16 centimètres. Il y a donc allongement de un centimètre du côté malade.

L'observation IX est à rapprocher des précédentes.

(*A suivre.*)

CORRESPONDANCE

De quelques complications insolites de la grippe.

A M. le Directeur de la *Gazette hebdomadaire.*

J'ai été appelé ces jours derniers à soigner quelques cas pathologiques à manifestations assez bizarres et qui m'ont jeté, je dois l'avouer, dans une grande perplexité. Aussi serais-je heureux, cher et honoré confrère, si vous vouliez me permettre de faire appel à votre haute autorité en cette circonstance. Ces cas, au nombre de cinq, sont survenus en pleine épidémie d'influenza, dans des maisons où tout le monde était plus ou moins grippé; ils ont été à peu près semblables comme marche et comme durée, et ne se sont différenciés que par l'intensité des phénomènes douloureux. Aussi me bornerai-je à reproduire l'observation d'un seul d'entre eux.

Le 9 février je suis appelé auprès de la petite K..., âgée de 11 ans, qui depuis 2 ou 3 jours était mal en train, mais continuait cependant à aller à l'école. La veille au soir, elle s'était couchée en se plaignant d'un violent mal de tête. Dans la nuit étaient apparues un peu d'agitation et une fièvre assez forte, et au matin on constatait un véritable délire furieux. Quand j'arrivai près d'elle, dans l'après-midi, la petite malade n'avait aucune perception de ce qui se passait auprès d'elle. Il y avait des alternatives d'agitation et de stupeur. T. 40°2. P. 140. Le facies est vultueux, les yeux larmoyants. La gorge ne présente ni rougeur, ni gonflement. L'examen de la poitrine et du ventre ne décèle rien d'anormal. Langue sèche. Sueurs profuses.

10. *Matin.* Même état. Apparition d'une grande quantité de vésicules d'herpès sur la joue droite. T. 39°6. P. 138. L'enfant qui ne reconnaît personne ne sort de son abattement que pour pousser des cris violents.

11. A ma visite de ce jour, je constate un changement assez notable. L'enfant me reconnaît et parle. T. 39°8. P. 134.

Je constate que le cou est un peu raide et tend à se renverser en arrière. Douleurs très violentes dans toute la tête. Pas de tremblement dans les muscles de la face. Les pupilles sont régulières, égales et sensibles. Un peu de photophobie. Langue humide, saburrale. Constipation. Ventre légèrement ballonné.

Pendant une dizaine de jours, l'état se maintient à peu près stationnaire au point de vue des phénomènes généraux.

La température varie dans la même journée de 36°6 à 39° sans aucune régularité d'ailleurs. Les minima ont lieu à des heures différentes. Le ventre est très météorisé. La langue reste toujours humide et un peu blanche. Selles normales. La colonne vertébrale est très sensible à la pression. La nuque devient de plus en plus raide. L'enfant a la tête complètement renversée en arrière. La colonne vertébrale forme un arc de cercle. Il est absolument impossible de fléchir la tête. Les muscles de la partie postérieure du cou forment un cordon rigide sous la peau. Le moindre effort que l'on fait pour fléchir la tête provoque des cris épouvantables. Les mouvements de rotation sont relativement faciles.

L'enfant fait peine à voir. Les cris sont presque continuels. A chaque instant survient une sueur profuse.

Urine toujours normale. Rien du côté du cœur. A partir du 20° jour, une légère amélioration se produit. Les douleurs deviennent moins vives, la raideur de la nuque diminue, le ventre est moins dur et moins douloureux.

A mesure que l'amélioration se produit, je constate un peu de bouffissure des paupières, puis au bout de quelques jours de l'œdème des malléoles puis des jambes. Rien dans l'urine. Cependant l'enfant devient plus calme, commence à dormir; la tête se redresse et au bout de cinq semaines tous les symptômes ont disparu. Il subsiste simplement une grande faiblesse qui ne tardera pas à disparaître; la petite convalescente mange très bien.

Le dernier cas analogue que j'ai constaté a présenté tous ces symptômes mais encore plus accentués. La contracture, après avoir atteint tous les muscles de la partie postérieure du tronc et du cou, a envahi les muscles de la mâchoire, puis les muscles de la paroi de l'abdomen qui au toucher avait la rigidité du bois et enfin les muscles des deux cuisses qu'il était absolument impossible de fléchir. Il y a huit jours que le malade se lève, mais il est encore raide comme un bâton. L'œdème des membres inférieurs diminue de jour en jour. L'urine examinée à différentes reprises n'a jamais rien offert d'anormal. Les sueurs ont encore été plus abondantes chez ce malade que chez les autres et ont déterminé une éruption miliaire confluente sur toute la surface du corps.

Mes cinq malades sont aujourd'hui ou guéris ou en convalescence.

A quelle affection ai-je eu affaire? Il me semble évident qu'il s'agit d'une manifestation spéciale de la grippe. Il serait trop long d'établir le diagnostic différentiel avec la méningite cérébro-spinale ou toutes autres maladies dans lesquelles des symptômes analogues peuvent se rencontrer. J'insiste seulement sur le caractère effrayant de cette forme et sa bénignité relative puisque sur cinq cas je n'ai eu aucun décès.

Je ferai remarquer aussi que l'épidémie de grippe, au milieu de laquelle se sont montrés les cas dont je viens de parler, a présenté un grand nombre de cas graves, surtout des pneumonies infectieuses. Je dirai peu de chose du traitement.

Dans les premiers cas, j'ai employé les anti-thermiques, les défervescents, les émissions sanguines locales, les narcotiques, les calmants, les bains, et sans aucun résultat. En dernier lieu, je me suis borné à surveiller les fonctions de l'intestin (antiseptiques intestinaux, purgatifs légers), à calmer les dou-

leurs au moyen d'injections de morphine. La durée de la maladie n'a pas varié.

Il eût été intéressant de faire quelques inoculations de sang ou d'urine à des souris. Malheureusement, absorbé par les soins d'une clientèle assez considérable, je n'ai pu faire cette expérience qui m'eût, j'en suis certain, démontré la nature spécifique de ces cas.

Je dois ajouter que les cas se sont montrés chez des individus n'ayant aucune relation entre eux et habitant des communes différentes (1).

Dr E. Herland.
Rosporden (Finistère).

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Herpès zoster et paralysie faciale (Zur Lehre von den nervœsen Stœrungen beim Herpes zoster mit besonderer Berucksichtgung der dabei auftretenden Facialis læhmungen), par W. Ebstein (*Archiv. für pathologische Anatomie und Physiologie*, 4 mars 1895, p. 505). — Il y a déjà longtemps que certains auteurs ont mentionné divers troubles moteurs dans le zona. Walter, Joffroy et d'autres auteurs ont rapporté des cas de zona coïncidant avec des paralysies même atrophiques. Les paralysies ne correspondent pas toujours comme localisation et étendue à la région affectée d'herpès zoster. Les paralysies se montrent non seulement dans des cas de zona sur le trajet des nerfs rachidiens; dans des cas de zona ophtalmique on a observé des paralysies du côté du nerf moteur oculaire commun, de l'oculo-moteur externe et quelquefois du nerf facial. Cette dernière est beaucoup plus fréquente dans des cas de zoster occipito-cervical, ce qui s'explique par les anastomoses entre le plexus cervical et le nerf facial.

L'auteur en rapporte l'exemple suivant. Il s'agit d'un jeune homme de 17 ans, tailleur, avec des antécédents héréditaires tuberculeux et lui-même étant un bacillaire. Six jours avant son entrée à l'hôpital, il a été atteint d'un zona de la face et du cou du côté gauche, avec douleurs violentes. On porta le diagnostic de zona occipito-cervical avec zoster facial moins prononcé. Deux jours après le début de l'éruption est survenue une paralysie faciale périphérique du même côté. Après l'apparition du zona et de la paralysie faciale, la névralgie faciale qui avait apparu avec l'éruption fut remplacée par une anesthésie dans le domaine du trijumeau. La coïncidence d'une paralysie faciale, de névralgie faciale et de zona facial et cervico-occipital s'explique très-bien par les relations qu'affecte le nerf facial d'une part avec le trijumeau, d'autre part avec le plexus cervical.

Les recherches récentes de von Lenhossek qui ont démontré que le ganglion sphéno-palatin est de nature sympathique nous expliquent aussi les troubles vaso-moteurs qui peuvent survenir dans la paralysie faciale dite rhumatismale. Quant à la nature du zona, l'auteur admet qu'il est provoqué par un agent infectieux ou bien par des substances toxiques dont l'action peut être favorisée par le froid ou d'autres facteurs étiologiques.

Le faisceau longitudinal postérieur, par A. Van Gehuchten. (*Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, 1895, Tome IX, N° 2, p. 323). — Les recherches antérieures de Gudden., de Kolliker, de Duval et Laborde, de Kramer avaient montré l'importance du faisceau longitudinal postérieur qui s'étend depuis l'extrémité proximale du cerveau moyen jusque vers la partie moyenne du bulbe où il se confond avec les fibres de la substance réticulaire blanche. L'auteur étudie de nouveau avec beaucoup de détails, chez la truite, ce faisceau, à l'aide de la méthode de Golgi et ses recherches le conduisent à un certain nombre de conclusions importantes dont voici le résumé :

1° Le faisceau longitudinal postérieur est formé exclusivement de fibres descendantes. Il doit, par conséquent, être considéré comme un faisceau moteur.

2° Il s'étend du cerveau moyen jusque dans le cordon antérieur de la moelle.

3° Les fibres proximales ont leurs cellules nerveuses situées de chaque côté de la ligne médiane, au-dessous de l'épithelium épendymaire et au-dessus du faisceau de Meynert (noyau supérieur du faisceau longitudinal supérieur).

4° Les autres fibres constituées du faisceau longitudinal postérieur proviennent des cellules nerveuses dont les plus nombreuses existent le long de la racine descendante du nerf V et au niveau d'origine du nerf VII.

5° Les fibres du faisceau longitudinal postérieur émettent sur leur trajet de nombreuses collatérales qui vont se ramifier et se terminer dans les masses grises voisines et notamment dans les noyaux d'origine des nerfs III, IV, VII et dans l'écorce antérieure de la moelle épinière.

6° Les fibres du faisceau longitudinal postérieur dépendent pour la majeure partie des fibres directes. Ce faisceau renferme cependant un certain nombre de fibres croisées. La commissure postérieure est indépendante du faisceau longitudinal postérieur.

REVUE DE LA PRESSE RUSSE

Sérum antidiphthérique à la campagne. — *M. Tiésiakof* est un de ceux, qui ont les premiers appliqué le traitement par la sérothérapie à la campagne et bien que ses observations ne soient pas très nombreuses, elles sont intéressantes à signaler.

La diphthérie a sévi dans le village Blagodatnoïe (gouvernement Kherson) avec une assez grande violence. Du 15 novembre au 1er janvier on n'a pas signalé moins de 104 cas de diphthérie avec une mortalité de 48,7 0/0. Le 31 décembre on a commencé à pratiquer les injections du sérum Behring dans les conditions de milieu habituelles à la campagne, aucune précaution spéciale n a été prise dans les isbas.

On a pratiqué en tout 21 injections curatives (à 20 malades) et 14 prophylactiques.

L'auteur ne se prononce pas du tout sur ces dernières (vu leur petit nombre); quant aux premières il a eu de bons résultats dans les cas de gravité moyenne et quand il intervenait pendant les 2 premiers jours; — des résultats médiocres dans le cas où le processus diphthérique avait déjà pris un développement considérable, surtout quand on intervenait après le 3e jour; il a complètement échoué dans les formes septiques de la diphthérie.

La mortalité s'est abaissée de 50 à 30 0/0, ce qui constitue, sans doute, un progrès considérable au point de vue des résultats obtenus.

Il est important de signaler, que la population ne s'est nullement montrée ennemie du nouveau traitement; au contraire, la mortalité terrible de la diphthérie, contre laquelle échouaient le plus souvent tous les autres moyens mis en usage, l'ont même fait accueillir avec une certaine bienveillance le traitement sérothérapique.

Tétanos traumatique avec paralysie très nette du système vasculaire. — *M. Trokimof* a eu l'occasion d'observer un cas de ce genre.

Un garçon de 8 ans s'est fait une petite plaie au doigt; on arrête l'hémorrhagie avec de la toile d'araignée (moyen très employé en Russie). Le 3e jour, douleur locale assez intense; le 4e jour, convulsions; le 5e jour difficultés de déglutition; convulsions généralisées; trismus, opistothonos et autres symptômes du tétanos confirmé.

On emmène l'enfant à l'hôpital.

Traitement : purgatifs; injection d'un mélange de perman-

(1) M. le docteur Herland ayant bien voulu nous demander notre avis sur la nature de ces accidents si bizarres, nous avons pensé devoir les considérer comme des pseudo-méningites très probablement dues à une infection secondaire du système nerveux. L'épidémie qui vient d'être signalée à Vitré et dans laquelle plusieurs symptômes méningitiques analogues à ceux que signale M. le docteur Herland ont été observés, semble prouver, comme les observations présentées à l'Académie par M. Cornil, que, dans le cours de la grippe, outre les symptômes nerveux (syncopes, convulsions, délire, parésies ou paralysies localisées, etc.) que nous avons tous observés, il peut se produire des lésions plus sérieuses et plus durables du côté des méninges cérébro-spinales. L. L.

ganate de potasse et de sublimé loco-dolenti; injections de chloral et de morphine. — Bains chauds.

Quinze jours plus tard épistaxis et enflement malléolaire, suivie dans une huitaine de jours d'une éruption pétéchiale généralisée. En même temps, battements cardiaques très accentués; pouls accéléré.

Toutes ces manifestations du tétanos sur la circulation sont mises par l'auteur sur le compte des effets des toxines sur les vasomoteurs.

L'auteur n'attribue qu'une importance tout à fait secondaire aux agents thérapeutiques (antispasmodiques, calmant, etc) dans le traitement du tétanos; les antitoxines (Tizzoni, Kitasato, Roux, Vaillard et autres) n'ont guère plus de valeur.

Pour lui le centre de gravité gît dans la défense de l'organisme qui élimine les toxines par ses propres forces; se plaçant à ce point de vue, il attribue une importance énorme aux bains chauds dans la thérapeutique du tétanos; en stimulant la diurèse et la diaphorèse ils prêteraient un concours énergique à l'organisme dans l'élimination des toxines. (*Khirourg-Liétopiss* 1895, I. II).

Myomes utérins. — Toutes les méthodes de fibrotomie en usage sont divisées par *M. Varnek* en trois groupes :

1° Fibrotomie sans pédicule; 2° Fibrotomie avec fixation extra-péritonéal du pédicule; 3° Fibrotomie avec sa fixation intra-péritonéale :

Premier groupe : 3 malades opérées.

Deuxième groupe : Procédé Hegar (7 observations) et Wœlffler (10).

Troisième groupe : Schrœder (3-2 morts;) Zweifel (2) et Léopold (9).

Après avoir exposé en détail ses observations et les procédés opératoires l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

1° La fibrotomie peut et doit être simplifiée et alors les résultats de cette opération seront aussi favorables, que ceux de l'ovariotomie.

2° Le procédé d'Hegar ne doit être appliqué qu'exceptionnellement.

3° Celui de Schrœder n'est pas applicable à cause de ses difficultés techniques et de la fréquence d'hémorrhagies secondaires mortelles.

4° Celui de Zweitel ne met pas non plus à l'abri de cet accident; il réclame, en outre, beaucoup de temps et une grande expérience.

5° C'est le procédé de Léopold, qui doit être actuellement considéré comme le meilleur; sa technique simple; sa rapidité opératoire, sa sécurité complète au point de vue de l'hémorrhagie; sa manière, enfin, de traiter le pédicule similaire à celle de la simple ovariotomie, tous ces avantages en font un véritable procédé de choix.

L'auteur se prononce énergiquement comme partisan de la chirurgie conservatrice et condamne, par conséquent complètement, la castration, comme contraire à ses principes (*Ibid*).

Ruptures complètes de l'utérus et du vagin pendant l'accouchement. — *M. Snérguéief* nous fait connaître les quatre cas de cet accident terrible qu'il a rencontrés dans sa pratique; ils ont tous eu lieu dans la position transversale du fœtus négligée.

Il divise les symptômes et le traitement de la rupture utérine en deux catégories : 1° ceux de la rupture menaçante (ou soupçonnée) 2° ceux de la rupture accomplie et certaine.

Voici ses conclusions.

1° Les symptômes de cet accident sont loin d'être toujours identiques; ils se trouvent en rapport intime avec position du fœtus.

2° Dans les positions transversales négligées suivre de très près l'intensité expulsive de l'utérus, considérer son excitation, ou au contraire, son affaiblissement considérable, comme un symptôme alarmant;

3° Anesthésier les malades en cas d'opération;

4° L'opération de choix est l'extraction du fœtus par le bassin après réduction préalable de son volume;

5° Le traitement doit être purement expectatif, s'il n'y a pas d'hémorrhagie; en cas d'hémorrhagie, il faut avoir recours soit à la laparotomie et à l'amputation de l'utérus; soit suivant les indications à la suture de la rupture (*Ibid*).

O. Litinski.

BIBLIOGRAPHIE

La sérothérapie dans la diphthérie d'après les observations recueillies à l'hôpital Empereur et Impératrice Frédéric à Berlin, par M. Baginsky, professeur de pédiatrie à l'Université de Berlin. **Die Serumtherapie der Diphtherie nach Beobachtungen im Kaiser- und Kaiserin-Friederich Kinderkrankenhaus in Berlin,** *Berlin 1895. Verlag von August Hirschwald.*

Le livre de M. Baginsky contient plus que ne laisse entendre le titre de l'ouvrage. En outre des résultats cliniques fournis chez les enfants hospitalisés à l'hôpital Empereur et Impératrice Frédéric par l'emploi de la sérothérapie dans le traitement de la diphthérie, il renferme, en effet, à titre de préambule tout un résumé des recherches bactériologiques qui ont eu pour objet la diphthérie dans ces dix dernières années. C'est une excellente entrée en matière pour apprécier les résultats thérapeutiques, d'abord, et ensuite pour permettre aux médecins de poser à l'avance les indications ou plutôt les chances de succès plus ou moins grandes qu'on peut déterminer d'après les formes cliniques et surtout d'après l'examen bactériologique.

Après une introduction consacrée en particulier aux travaux de Bretonneau et de Trousseau, M. Baginski consacre un premier chapitre à l'étude morphologique du bacille de la diphthérie; depuis les premiers travaux de Klebs, puis de Lœffler, jusqu'à ceux de Roux et Yersin et de bien d'autres tant en France qu'à l'étranger. Une mention est faite au pseudo-bacille diphthérique et aux différentes interprétations auxquelles il a donné lieu, les uns, comme Roux et Yentin en France, le considérant comme un bacille diphthérique dépourvu de virulence, les autres, comme Escherich, les décrivant l'un et l'autre comme deux micro-organismes tout à fait différents.

L'étude de la toxine diphthérique vient ensuite considérée par Kolisko et Paltauf, Brieger et Frænkel, Wassermann et Proskauer, Guniochat comme une toxalbumine, par Gamoleïn comme une nucléo-albumine, par Roux et Sidney Martin comme un ferment.

Les variations de la virulence (Ledaux-Lebaud), la persistance sur les muqueuses sont ensuite étudiées, ainsi que l'action des substances chimiques sur le bacille avec toutes leurs conséquences au point de vue de l'hygiène et de la prophylaxie.

Les associations microbiennes, en particulier celle si redoutable du streptocoque et du bacille, signalée par Escherich, Grancher, Barbier, Martin terminent ce premier chapitre.

C'est, comme on le voit, un traité complet de la diphthérie.

Le deuxième chapitre est consacré aux formes cliniques de la diphthérie. Celles-ci comprennent : 1° *la forme simple localisée*;

2° *La forme d'intoxication générale*;

3° *Les formes septiques et gangréneuses.*

Dans le premier groupe, à côté des formes vulgaires avec pseudo-membranes, il convient de signaler *une forme catarrhale*, sans fausse membrane que M. Baginsky attribue absolument au bacille diphthérique pur — on sait que l'accord n'est pas unanime sur ce point — et une forme, bien connue elle, qui peut revêtir l'aspect de l'angine ou *amygdalite folliculaire*, enfin les formes chroniques qui se rapportent aux diphthéries prolongées de M. Cadet de Gassicourt.

Après avoir décrit à propos du second groupe, les symptômes de l'intoxication diphthérique : adénopathie, température, anorexie, diarrhée, etc., l'auteur arrive aux diphthéries septiques dont les caractères locaux et généraux sont bien connues maintenant, formes redoutables, et qui sont dues, comme nous l'avons vu, à l'association de la diphthérie avec le streptocoque.

Dans le troisième chapitre, nous arrivons à la thérapeu-

tique. M. Baginsky passe d'abord en revue les résultats fournis par les anciens procédés de traitement dont le pourcentage de mortalité donnait environ 40 0/0, ou de 23 0/0 si on faisait abstraction des diphthéries septiques ou gangréneuses, puis dans le quatrième chapitre, il étudie la méthode sérothérapique, dont il rappelle l'aurore, les débuts et les procédés. Les noms de Brieger, d'Ehrlich, d'Aronson, de Behring, de Roux, sont, parmi les principaux, attachés à cette période historique de la diphthérie. Il s'est servi du sérum antitoxique d'Aronson, dont il décrit le procédé de préparation, la conservation, le dosage dans l'échelle d'immunisation, enfin d'inoculation. Les malades recevaient de plus une alimentation généreuse et étaient soumis à la médication locale.

Cinq cent vingt-cinq malades ont été traités, et la mortalité fut de 15,6 0/0 au lieu de 48 0/0 avant l'application de la méthode en 1894, voici à titre de curiosité, le pourcentage de la mortalité selon les âges :

Age	Mortalité	Au lieu de
0 — 2	25.28	63.36
2 — 4	17.12	52.85
4 — 6	17.24	37.98
6 — 8	11.39	27.41
8 — 10	5.17	19.35
10 — 12	10	15.07
12 — 14	13.30	13.95

Dans une deuxième partie de ce chapitre, M. Baginsky étudie les effets du sérum sur l'organisme infecté. Il montre l'amélioration de l'état général, l'abaissement de la température, le relèvement et le ralentissement du pouls, enfin les modifications qui se passent au niveau des muqueuses du pharynx : diminution de l'inflammation, élimination des fausses membranes, amélioration des gonflements ganglionnaires.

Dans les cas de croup, l'intubation lui a donné des résultats bien supérieurs à la trachéotomie prise en bloc :

Trachéotomie........	53 cas.	34 morts.
Intubation...........	54 cas.	2 morts.

Dans 12 cas, l'intubation fut insuffisante, et on dut recourir à la trachéotomie secondaire ; sur ces 12 cas, 9 moururent.

Les chapitres consacrés aux altérations du cœur et des reins dans les cas traités par la sérothérapie sont du plus haut intérêt. Les troubles cardiaques pendant la vie sont beaucoup plus souvent observés que dans les cas non traités, 49.33 0/0 contre 26.46 0/0. Mais les accidents graves sont moins fréquents : collapsus 5.69 0/0 contre 10.9 0/0, altérations cardiaques graves à l'autopsie, 45.7 contre 87.6.

Après un chapitre (VII) consacré aux causes de la mort, le plus souvent due à des infections surajoutées ou à la diphthérie bronchique, nous entrons avec le chapitre VIII dans la description des accidents propres au traitement : abcès, exanthèmes sous forme d'érythèmes, d'urticaire, d'herpès labial ou nasal, d'exanthème scarlatiniforme, polymorphe, morbiliformes.

Enfin, après avoir étudié les rapports de la méthode avec la tuberculose miliaire aiguë, M. Baginsky discute dans le chapitre X la question de l'immunisation préventive.

L'ouvrage se termine par une série de conclusions et par le résumé très méthodique des 525 observations qui servent de base à l'ouvrage.

Ce livre fait le plus grand honneur à celui qui l'a écrit, il peut être considéré comme un manuel de la sérothérapie dans la diphthérie, et sera consulté avec fruits par tous ceux que leur pratique amènera à appliquer ce mode de traitement. Tout y est étudié avec le plus grand soin et la plus grande rigueur.

H. Baubies.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Mors et vita, Georges Féliz, Paris, A. Lemerre 1895.

La liste déjà longue des médecins poètes vient de s'accroître d'un nom bien sympathique au corps médical. Sous le pseudonyme de Georges Féliz se cache modestement l'un des chefs les plus estimés du corps des médecins de la marine et des colonies. La plaquette qu'il vient de publier renferme en huit parties une série de poèmes qui, par l'élévation des pensées qui les ont dictés, la pureté du style et la richesse de la versification mériteront l'approbation de tous les lettrés.

Essais de pathologie rationnelle. Le rhumatisme constitutionnel par le Dr Henry Boucher, médecin major, licencié en droit. Nancy, J. Nicolle 1894.

M. le Dr Boucher a entrepris une tâche bien ingrate celle de remonter le courant scientifique qui tend à morceler la science, à multiplier le nombre des maladies et à attribuer à un microbe spécifique la cause de toutes les infections. Comme quelques anciens il cherche à démontrer que le raisonnement vaut mieux que l'expérimentation; que les doctrines doivent précéder les faits; qu'en particulier ce n'est pas le microbe qui fait la maladie mais bien la maladie qui donne au microbe des propriétés spéciales. De là à faire renaître la doctrine des diathèses, à réunir comme les éléments divers d'une maladie constitutionnelle, les diverses maladies que l'on s'accorde à différencier telles que la scarlatine, la rougeole, les oreillons, que l'auteur considère comme des manifestations du rhumatisme, il n'y avait qu'un pas. M. le Dr Boucher l'a franchi sans hésitation. Son livre est écrit avec une conviction ardente. Il rendra des services s'il parvient à soulever d'intéressantes controverses.

Thèses des Facultés.

Contribution a l'étude de la tuberculose pulmonaire chez les syphilitiques, par René Jacquinet.

Quand la syphilis survient chez des individus atteints déjà de tuberculose pulmonaire, elle aggrave celle-ci et en précipite la marche.

Quand la tuberculose survient chez des syphilitiques, quelquefois la tuberculose garde son allure ordinaire, mais le plus souvent elle évolue d'une façon rapide si la syphilis est dans sa période secondaire, ou au contraire elle reste torpide si la syphilis est ancienne.

La syphilis joue un double rôle à l'égard du bacille tuberculeux : 1° Elle affaiblit l'état général et modifie le terrain sur lequel doit évoluer le bacille de Koch ; 2° De par les lésions qu'elle a suscitées sur les muqueuses du larynx et des bronches ou dans les poumons, elle en fait autant de portes d'entrées pour le bacille.

Le diagnostic entre la syphilis pulmonaire et la tuberculose pulmonaire chez les syphilitiques ne peut se faire que par la présence ou l'absence des bacilles dans l'expectoration.

Le plus souvent, le traitement antisyphilitique a une influence déplorable sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire, si bien que, perdant comme tuberculeux le droit au traitement syphilitique, le malade qui mène de front les deux infections, est dans la pire situation, menacé s'il veut conjurer sa syphilis, d'aggraver sa tuberculose. Conclusion : parmi les associations infectieuses, il n'en est pas de pire, pas de plus redoutable que la combinaison d'une syphilis et d'une tuberculose (L. Landouzy).

Une déduction à tirer de ce fait et dont ne peut pas se départir la prophylaxie, c'est que tout syphilitique (spécialement tout syphilitique ayant eu des localisations spécifiques bucco-pharyngo-laryngées) doit fuir comme la peste toutes fréquentations bacillaires, et doit être soucieux d'une minutieuse antisepsie bucco-pharyngée ; ce que la thérapeutique ne saura guérir, il appartient à l'hygiène de l'empêcher. (L. Landouzy, *Cours d'hygiène de la Faculté*, 1885.)

Etiologie des grossesses extra-utérines. Recherches expérimentales et essai critique, par Georges Tainturier.

Les théories anciennes sur la pathogénie et l'étiologie des grossesses extra-utérines, sont obscures et insuffisantes dans bien des cas. Les conditions qu'elles invoquent, reproduites expérimentalement, ne donnent pas de gestation. A ces causes purement mécaniques qui peuvent arrêter l'ovule fécondé, il faut joindre une lésion pathologique antérieure, pour expliquer la possibilité de la greffe ovulaire ; car suivant nous, elle ne peut avoir lieu que sur des tissus modifiés dans leur structure et leur vascularisation par un processus inflammatoire plus ou moins récent.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

REVUE GÉNÉRALE

La sérumthérapie dans les affections streptococciques, par M. Léon BONNET, interne des hôpitaux.

Aujourd'hui que l'on paraît s'être beaucoup approché de la réalisation de la sérumthérapie antistreptococcique, il est intéressant de parcourir, dans une courte revue historique, les phases par lesquelles ont passé les expérimentateurs avant d'arriver à ce résultat. La chose n'est pas aussi aisée qu'il pourrait sembler à première vue : le sérumthérapie antistreptococcique n'est, en effet, qu'une application d'une méthode plus générale, la sérumthérapie; et cette méthode thérapeutique relève elle-même d'une découverte d'une portée plus étendue, celle des propriétés bactéricides du sérum. En pareille matière, il n'est pas possible d'aborder un ordre de faits, sans être forcément amené à effleurer les faits analogues d'ordre voisin : tous n'ont-ils pas contribué à édifier les mêmes lois générales?

Pour obtenir un sérum, soit préventif, soit curatif, une condition est nécessaire, sinon toujours suffisante : c'est l'immunisation préalable de l'animal qui doit fournir le sérum. Le sang des animaux, qui sont naturellement réfractaires à une maladie, ne possède pas, en général, de pouvoir curateur; il faut opérer avec des animaux immunisés artificiellement. Nous sommes donc conduit à étudier tout d'abord les procédés employés pour vacciner contre le streptocoque.

I

Les procédés de vaccination peuvent se diviser en trois catégories suivant que l'on emploie, ou les cultures vivantes, ou les cultures stérilisées, ou successivement les unes et les autres.

A. *Vaccination pour cultures vivantes.* — *a.* Atténuées. — α Procédé de Frænkel : Injection intra-péritonéale, chez des souris, de 0 cc. 3 d'une culture de streptocoques vieille de 4 semaines, et chauffée préalablement pendant une heure à 65°. Six souris, ainsi préparées par Lingelsheim, reçurent, quinze jours après, une culture virulente. Elles succombèrent aussi rapidement que les témoins.

β. Procédé de Behring : atténuation de cultures virulentes par addition de trichlorure d'iode, en proportion et pour un temps variables; injection, tous les dix jours, de 0 c.c. 3 de cultures de plus en plus virulentes. Avec ce procédé, à l'épreuve de l'immunité par les cultures virulentes, 10 souris sur 12 ont succombé (Lingelsheim).

γ. Procédé de Paolis : injection intra-veineuse de cultures atténuées. Par ce moyen, de Paolis a rendu des animaux réfractaires.

b. virulentes. — α Procédé de M. Roger : inoculation de virus dans une oreille. Il se développe un érysipèle; à la suite de cet érysipèle, l'animal a acquis une immunité relative. Les inoculations subséquentes ne produisent plus qu'un érysipèle léger ou un abcès.

β. Procédé de Mironoff : vaccination avec des cultures virulentes de streptocoque, à doses progressivement croissantes.

Mironoff, s'appuyant, d'une part, sur les résultats précités de Roger et de Paolis, d'autre part, sur la tolérance du péritoine vis-à-vis du streptocoque, fait des injections intra-péritonéales de cultures de plus en plus virulentes de streptocoques chez trois lapins : tous trois succombent aux inoculations d'épreuve.

B. *Vaccination par cultures stérilisées.* — L'idée de vacciner avec des cultures stérilisées, soutenue par Toussaint, Klebs et Chauveau, combattue par Pasteur, démontrée expérimentalement par Salmon et Smith, Charrin, Roux et Chamberland, est appliquée aujourd'hui avec succès pour un grand nombre de bactéries.

Mais toutes les cultures filtrées ne sont pas vaccinantes, celle du streptocoque notamment. M. Roger, après avoir, en la filtrant sur porcelaine, débarrassé une culture de streptocoque de ses éléments figurés, en injecta à un lapin la dose de 5 cc. à 12 cc. par kilogramme d'animal. Il vit qu'à la suite de cette injection, la résistance de l'animal était diminuée. En effet, les lapins injectés de la sorte, et recevant ensuite quelques gouttes de culture virulente mouraient plus vite que les témoins. Dans un cas, l'animal, qui avait reçu préalablement de la culture stérilisée, mourut onze fois plus vite que le lapin neuf. Aucune proportion, d'ailleurs, entre la quantité de matière toxique injectée, et la prédisposition créée par son injection. D'autre part, contrairement à ce qui se passe pour le charbon symptomatique, dont les produits toxiques diminuent passagèrement,

puis renforcent d'une façon permanente la résistance au microbe, pour le streptocoque, l'action prédisposante est d'autant plus manifeste qu'on s'éloigne plus du moment de l'inoculation. Le streptocoque est semblable, en cela, au bacille pseudo-tuberculeux (Courmont), et au staphylocoque doré (Courmont et Rouet).

A s'en tenir à ces résultats, le caractère de généralité, attribué à l'action vaccinante des produits microbiens, devenait un véritable paradoxe. Mais, au lieu d'opérer avec des cultures filtrées, mais non chauffées. M. Roger employa ensuite des cultures filtrées et chauffées à 110° dès lors, les résultats changèrent. Des lapins reçurent, par kilogramme d'animal 5 à 30 cc. de culture ainsi préparée. Puis, dans un laps de temps variant de 4 à 30 jours après l'inoculation, ils reçurent des cultures virulentes. Les animaux préalablement injectés de toxines survécurent tous; les témoins succombèrent.

Ces dernières expériences furent reprises par Mironoff: cet expérimentateur se servit d'un échantillon très virulent. Dans ces conditions, le microbe sécrète un poison beaucoup plus actif. Aussi, après la stérilisation par la chaleur, la culture demeurait-elle toxique, et la plupart des animaux succombèrent. Ceux qui purent résister, présentèrent une résistance incomplète.

C. *Vaccination par procédés combinés.* — M. Mironoff a tenté de combiner les procédés signalés jusqu'ici : il a employé successivement, chez un même animal, des cultures atténuées, des cultures stérilisées, des cultures virulentes à doses successivement croissantes; il a fait varier les modes d'inoculation : injection sous-cutanée, injection intra-péritonéale, injection intra-veineuse. De ses expériences, répétées sur deux séries, l'une de 7, l'autre de 10 lapins, il conclut : 1° que l'immunité contre le streptocoque, conférée aux animaux, même à un degré assez élevé, ne les préserve pas contre les affections septiques locales; 2° qu'en élevant avec précaution la dose des cultures virulentes, on arrive à obtenir des animaux supportant, sans réaction aucune, des quantités de culture virulente dix fois supérieures à celles qui sont fatales pour les non-vaccinés.

II

Il fallait rechercher si le sérum des animaux vaccinés contre le streptocoque rentrait dans la loi générale, c'est-à-dire, s'il possédait la triple propriété de retarder le développement des microbes, de modifier leurs formes, d'entraver leurs fonctions. Or, dans une note communiquée à la Société de Biologie, le 25 octobre 1890, M. Roger annonça que le streptocoque, cultivé dans du sérum de lapins ayant subi une légère infection par ce même microbe, se développe avec la même facilité que dans le sérum des animaux neufs ; quelquefois même, ce développement y est plus facile que dans ce dernier sérum. Mais, si le développement numérique est le même, les propriétés pathogènes sont différentes : on prend deux cultures d'un jour, l'une, sur le sérum normal, l'autre, sur le sérum d'un lapin vacciné. De chacune, on injecte un centimètre cube sous la peau de l'oreille d'un lapin. Avec la première, on produit une infection générale, avec la seconde, un érysipèle bénin, qui aboutit à la guérison. Ce fait démontre que les animaux neufs, inoculés avec du streptocoque qui a passé par le sérum des vaccinés, réagissent comme des vaccinés inoculés avec du streptocoque virulent.

Cette propriété, le sérum des vaccinés les transmet-il au sérum des non-vaccinés? En d'autres termes, possède-t-il des propriétés thérapeutiques préventives et curatives.

Or, M. Roger (1892) établissait que, « si l'on injecte dans les veines d'un lapin du sérum d'animal vacciné, et si, en même temps, on inocule une culture virulente, on peut voir survivre l'animal, mais, c'est à condition d'employer de fortes doses de sérum, 5 à 6 c. c. au minumum ».

M. Mironoff (1893) confirme ces résultats, et reconnaît que le sérum des animaux immunisés arrête la septicémie streptococcique, et que cette influence croît en raison directe des doses de sérum injectées ; les lésions locales, produites au point d'inoculation, ne sont pas, d'après lui, influencées par l'injection de sérum.

Gramakowsky (1894) constata qu'après immunisation de lapins par inoculations successives de cultures de streptocoques, d'abord stérilisées, puis virulentes, le sérum de ces animaux peut immuniser d'autres animaux contre la même infection; que ce même sérum influe favorablement sur la marche de l'érysipèle. Injecté à deux malades atteints d'érysipèle, il amena dans un cas l'arrêt brusque du processus pathologique.

Enfin, tout récemment, le 23 février 1895, M. Marmosek annonçait à la Société de biologie qu'il venait de préparer contre le streptocoque un sérum préventif et curatif : il obtenait ce sérum, disait-il, en injectant à des animaux immunisés un streptocoque d'une virulence tellement « extraordinaire » qu'une culture, inoculée sous la peau, tuait le lapin en trente heures, à la dose de un cent millardième de cent. cube (0 c. c. 000.000.000.01). M. Marmorek espérait augmenter encore l'énergie de ce microbe, d'une activité si exceptionnelle : « Les lapins auxquels on injecte ce sérum, quelques heures avant l'inoculation, résistent même à l'inoculation de notre streptocoque si actif; ceux qui sont inoculés d'abord et traités quelques heures après, survivent aussi. »

Donc, les résultats, obtenus successivement par différents expérimentateurs par des procédés divers, autorisaient pleinement à porter la sérumthérapie antistreptococcique du domaine expérimental dans le domaine clinique.

III

Si on laisse de côté les cas où le streptocoque n'intervient qu'à titre d'agent banal de la suppuration, de concert avec d'autres micro-organismes, on trouve qu'il est pathogène dans un grand nombre de circonstances. En se développant au niveau des téguments cutanés, il produit une affection relativement bénigne, l'érysipèle. Mais, où son action pathogène apparaît dans toute sa gravité, c'est dans les septicémies, et notamment dans la septicémie puerpérale, où le microbe envahit l'organisme entier, en se comportant comme chez l'animal à qui on l'a inoculé par la voie intra-veineuse. Puis, viennent certaines broncho-pneumonies, certaines angines, entre autres l'angine scarlatineuse; dans ces infections, le streptocoque, pour être l'agent pathogène principal et souvent unique, n'en est pas moins quelquefois associé à d'autres micro-organismes. Dans une autre catégorie de faits, l'infection est combinée, et deux microbes entrent en jeu. La plus fréquente et la plus grave de ces associations est l'association avec le bacille de la diphthérie.

Voyons comment la sérumthérapie antistreptococcique a été appliquée à l'homme. L'essai en a été fait dans la septicémie puerpérale, dans l'érysipèle et dans une angine à streptocoque.

A. *Sérumthérapie dans la septicémie puerpérale.* — Dans la séance du 23 février 1895, MM. Charrin et Roger firent connaître à la Société de biologie leurs premiers résultats. Ces expérimentateurs se sont servis de sérum

d'un mulet immunisé au moyen de cultures stérilisées par la chaleur (1).

Depuis cette communication, ils ont été amenés à plusieurs reprises à traiter des femmes atteintes de fièvre puerpérale. Aux premiers cas publiés dans les séances du 23 février et du 30 mars 1895, s'en sont ajoutés six autres. Actuellement donc, le sérum antistreptococcique a été employé huit fois dans la septicémie puerpérale. Ces huit cas peuvent se diviser en deux groupes, suivant la quantité de sérum injecté. Dans le premier groupe se trouvent les cas où le liquide a été employé en quantité suffisante, c'est-à-dire une quantité qui varie entre 30 et 200 centimètres cubes, répartis en plusieurs injections. Ces cas sont au nombre de six. Les six malades ont guéri.

Les autres cas, au nombre de deux, sont ceux où le sérum a été injecté en quantité insuffisante. Dans l'un, la terminaison fatale n'a pas été évitée. Dans l'autre, où la malade avait des lésions locales très marquées (gangrène de la vulve avec fausses membranes, lymphangite pelvienne), le processus a pris une marche subaiguë et a été complètement guéri en trois semaines.

Voici, d'après M. Roger, ce qu'on observe à la suite des injections de sérum dans la septicémie puerpérale.

C'est d'abord, — MM. Charrin et Roger le font déjà remarquer dans leur communication du 30 mars à la Société de biologie, — c'est d'abord « la prompte amélioration de l'état général et le sentiment de bien-être qu'ont éprouvé les malades quelques heures après l'injection. » Ce fait s'est confirmé depuis. Dans le cas heureux précité de la deuxième série, où l'action sur la température a été nulle, du moins au début, c'est l'état général qui s'est amélioré. Ceci nous amène à parler de l'action du sérum sur la marche de la température.

Tantôt la température n'est pas influencée. Dans la première observation publiée par MM. Charrin et Roger, une première injection de 8 cc. n'amena aucun abaissement thermique : la température continua à osciller entre 39° et 40°5. Une deuxième injection de 25 cc., fut suivie d'une chute à 37°7, et de la rapide guérison.

Dans d'autres cas, — ce que nous venons de dire le fait voir, — la courbe thermique est heureusement influencée par la sérumthérapie. Dans un délai qui varie de 12 à 36 heures, la température revient à la normale. Et il est remarquable et très suggestif de constater que, si le traitement vient à être interrompu, la température ne tarde pas à remonter : le processus pathologique n'est d'abord qu'enrayé. Il n'est définitivement guéri qu'après des injections de sérum multiples et suffisantes.

Le pouls suit une marche parallèle à la température.

L'état local n'est pas moins amélioré que l'état général. Nous avons parlé plus haut d'une malade qui présentait des fausses membranes pénétrant jusque dans le vagin. Après la première injection de sérum, celles-ci se détergèrent, la place prit meilleur aspect puis bourgeonna. M. Pinard, appelé en consultation, constata qu'il se produisait exactement la même chose que pour les fausses membranes diphthériques, après injection de sérum par la méthode de Behring et Roux.

Enfin, chez toutes les malades, la convalescence, d'ordinaire si longue dans la fièvre puerpérale, fut remarquablement courte.

B. *Sérumthérapie dans les angines à streptocoques.* — Une seule fois, Charrin et Roger ont eu à traiter une angine pseudo-membraneuse à streptocoques. Le cas est relaté dans leur deuxième communication à la Société de biologie (séance du 30 mars 1895). Il s'agit d'une femme de vingt-cinq ans qui, vingt jours après l'accouchement, fut atteinte d'une angine où le streptocoque était associé au staphylocoque.

« La température oscillait entre 39 et 41°2, la quinine » n'avait donné aucun résultat ; le pouls, qui atteignait » 148 à la minute, était rapide, faible et irrégulier ; » les battements cardiaques, très sourds, affectaient le » rhythme fœtal.

» La gravité de l'état général commandant une inter» vention plus active, nous avons fait, le 9 mars, deux » injections de 30 cc. ; le traitement local consistait sim» plement en lavages à l'eau boriquée. Trente-six » heures après la première injection, la température » tombait à 38°5 et, après être remontée le soir à 40°, » revenait d'une façon définitive à la normale. »

C. *Sérumthérapie dans l'érysipèle.* — Une distinction est à faire ici, entre l'érysipèle de l'adulte et l'érysipèle des nouveau-nés : le premier, bénin, guérit presque toujours spontanément, le second, grave, est presque toujours mortel. En ce qui concerne l'érysipèle de l'adulte, il faut se garder d'attribuer à la sérumthérapie la guérison de malades qui, sans doute, eussent été sauvés sans elle, et ne considérer comme dues à cette méthode que les guérisons des cas très graves ; ces derniers cas peuvent seuls « éprouver d'une façon irréfutable l'activité antistreptococcique d'un sérum ».

α *Sérumthérapie dans l'érysipèle de l'adulte.* — En 1894, Gramakowski a traité par la sérumthérapie deux cas dont il a été question plus haut.

Le 30 mars 1895, M. Marmorek communiquait à la Société de biologie le résultat de ses premières injections de sérum antistreptococcique ; sa statistique portait sur « 46 cas, tous graves ». Tous les malades ont guéri rapidement ; une femme cependant, âgée de 76 ans, est morte, dix heures après l'injection, d'une pneumonie contractée hors du service.

Ce que M. Roger remarquait chez ses puerpérales, M. Marmorek l'a constaté de son côté chez les érysipélateux : prompt abaissement de la température, amélioration rapide de l'état général, disparition de l'albuminurie. Localement, on obtient une desquamation des plaques érysipélateuses et une disparition constante et rapide des phénomènes inflammatoires.

β *Sérumthérapie dans l'érysipèle des nouveau-nés.* — Le 30 mars 1895, MM. Charrin et Roger joignaient à d'autres observations de sérumthérapie anti-streptococcique celle d'une enfant de trois semaines, faible, élevée en couveuse, au pavillon des débiles (service de M. Budin). Cette enfant eut un érysipèle qui, après avoir débuté par la lèvre supérieure, envahit les joues. Deux jours après le début de l'affection, elle reçut 5 c. c. de sérum et, malgré une nouvelle poussée du côté des oreilles, guérit assez rapidement.

Nous ne pouvons mieux faire, en finissant, que de reproduire les paroles par lesquelles MM. Charrin et Roger terminaient leur communication du 30 mars à la Société de biologie : « Si les faits recueillis sont trop peu nombreux pour justifier une conclusion définitive touchant l'action curative du sérum, ils permettent déjà d'affirmer son innocuité. On est donc autorisé à en poursuivre l'usage dans les diverses affections relevant du streptocoque et à commencer le traitement spécifique dès le début des accidents. »

(1) On trouvera dans les Comptes rendus de la Société de biologie le détail du procédé suivi par MM. Charrin et Roger pour obtenir d'abord l'immunisation, puis le sérum de l'animal (*Soc. de biol.*, 1895, p. 124-125).

TRAVAUX ORIGINAUX

Hôpital Trousseau. — *M. Broca.*

De l'ostéomyélite des enfants en bas âge,

par J. Braquehaye, interne des hôpitaux.

(*Suite*).

Dans le cas suivant bien qu'il n'y ait eu qu'une seule intervention, on trouva un séquestre en formation. C'est que l'affection datait de deux mois. Il est certain, en effet, que la temporisation favorise la modification du tissu osseux qui possède chez le jeune enfant une si grande vitalité.

Obs. XVIII. — *Ostéomyélite aiguë de l'extrémité inférieure des deux fémurs. Formation d'un séquestre deux mois après le début. Trépanation. Mort.*

Louise T..., trois mois et demi, est amenée à l'hôpital Trousseau le 4 décembre 1894 pour une tuméfaction de la cuisse gauche.

Rien de particulier à noter dans ses antécédents héréditaires.

L'enfant s'est bien portée jusqu'au commencement de novembre.

C'est à cette époque que les accidents ont débuté. Depuis l'enfant n'a pas augmenté de poids. Elle avait de la fièvre. Cependant elle n'a cessé de prendre le sein.

Quand nous la voyons, le 4 décembre, la cuisse gauche est augmentée de volume dans toute sa hauteur. La peau est rouge, chaude, lisse, tendue, œdémateuse. La pression est douloureuse surtout à sa partie inférieure et externe. En ce point, on sent de la fluctuation profonde. Etat général mauvais.

La petite malade est opérée aussitôt. On fait une incision de 8 centimètres environ à la partie externe de la cuisse. Après section des parties molles, on tombe sur une vaste collection de pus de 200 grammes environ, ayant décollé presque tout le périoste. On trouve à l'extrémité inférieure du fémur et sur sa face externe, une excavation du volume d'une grosse noix, permettant d'arriver sur du tissu osseux malade, infiltré de pus (séquestre en voie de formation). En dehors il existe une lamelle d'os nouveau de 3 à 4 millimètres d'épaisseur.

L'os est largement trépané à la curette. Pendant l'opération, alerte choloformique.

La plaie est en partie suturée et tamponnée à la gaze iodoformée.

Le 5 décembre, même état général. La température cependant n'a pas dépassé 38,5. On ne touche pas au pansement.

Le pus, examiné par M. Achard, contenait du streptocoque.

Le 6 décembre même état que la veille. Premier pansement. On remarque alors qu'il y a de la rougeur et de la douleur au niveau de l'extrémité inférieure du fémur du côté opposé avec empâtement profond.

Le 7 décembre, les signes de la veille se sont accentués. D'urgence, on fait une nouvelle opération du côté opposé. On trouve quelques gouttes de pus sous le périoste. L'os est trépané. La moelle est congestionnée et infiltrée de pus. Pansement à la gaze iodoformée.

L'enfant dont l'état général est très mauvais, bien que la température n'ait jamais été très élevée, quitte l'hôpital le 9 décembre.

Le 10, le 11 et le 12, sa mère le mène au pansement. Le 12 décembre quand nous voyons l'enfant, il est mourant.

Nous avons appris depuis qu'il était mort le 13 décembre.

La bactériologie de l'ostéomyélite du jeune âge nous offre quelques particularités remarquables, sur lesquelles on n'a pas assez insisté jusqu'ici.

Chez l'adolescent, l'ostéomyélite à staphylocoque est de toutes la plus fréquente.

Dans neuf de nos observations l'examen bactériologique du pus a été fait.

Dans quatre cas, on a trouvé du streptocoque. Ce sont les observations XI, XVIII et XXXV.

La quatrième est la suivante.

Obs. XIX. — *Ostéomyélite aiguë à streptocoques de l'extrémité inférieure de l'humérus droit. Trépanation.*

Gaston P..., âgé de 15 mois, se plaint du coude depuis trois semaines. Les parents racontent qu'à cette époque il avait eu de l'entérite et des convulsions. Les douleurs et le gonflement ont apparu brusquement.

Quand l'enfant nous est présenté, le 10 mai 1894, on trouve tous les signes d'un abcès nettement fluctuant à la partie inférieure de son bras droit avec empâtement de l'humérus. L'abcès est immédiatement incisé et au-dessous de lui, on trouve l'humérus dénudé à son extrémité inférieure. Evidement de l'os. Il y a arthrite suppurée. Tamponnement de la plaie à la gaze iodoformée.

Il est venu se faire panser pendant deux mois environ.

L'examen bactériologique du pus fait par M. Achard a démontré qu'il ne contenait que du streptocoque.

Nous n'avons pas revu l'enfant, mais ses parents, que nous avons vu le 21 avril 1895, nous ont dit qu'il était absolument guéri. Les mouvements du coude sont parfaits.

L'observation IV, dans laquelle un érysipèle apparut peu après l'opération, était sans doute aussi une ostéomyélite à streptocoque.

La staphylocoque doré n'a été trouvé que deux fois (observation VI et XIV). Il en est de même du pneumocoque, qui cependant passe pour exceptionnel dans l'ostéomyélite ordinaire.

Nous l'avons rencontré dans l'observation V et dans celle-ci.

Obs. XX. — *Ostéomyélite aiguë à pneumocoques de l'extrémité supérieure du tibia gauche. Trépanation. Guérison.*

Marcelle Ch..., 21 mois, est amenée à la consultation pour un abcès de la partie antérieure et supérieure de la jambe gauche, le 30 janvier 1893. Ses parents nous racontent qu'un mois environ avant d'être malade, elle avait eu aux bras une éruption de boutons (?) dont quelques-uns ont laissé une cicatrice profonde. Nous n'avons pas vu ces boutons au moment de leur évolution, mais ils auraient été pris par un médecin de la ville pour un érysipèle. Ils ont laissé une cicatrice blanche et étendue.

L'abcès est incisé aussitôt et on trouve le tibia dénudé vers sa partie moyenne. L'os est trépané.

Le pus cultivé contenait du pneumocoque.

La petite malade a été revue le 7 avril 1895. Elle est petite pour une enfant de 4 ans, mais cependant n'a jamais été malade depuis. Elle court toute la journée sans avoir jamais ressenti de douleur dans la jambe. La cicatrice de l'opération est peu visible et adhère à peine à l'os. Elle siège au milieu de la face interne du tibia gauche. A son niveau, il n'y a pas d'hyperostose. La mensuration des deux tibias, de l'interligne articulaire du genou à la pointe de la malléole nous a donné les chiffres suivants : à gauche, 17 centimètres, à droite 16 centimètres. Il y a donc un allongement de 1 centimètre du côté malade. Malgré cela, pas de boiterie.

Dans l'observation XXXIV, le pus était stérile.

Si nous réunissons ces examens bactériologiques à ceux que cite Dardenne dans sa thèse, nous arrivons aux résultats suivants :

Streptocoque....................	10 cas
Staphylocoque doré............	7 —
Pneumocoque....................	4 —
Pus stérile........................	1 —

Il convient de noter la fréquence du streptocoque dans

les ostéomyélites du jeune âge. On sait, en effet, quel bon terrain les jeunes enfants offrent pour ce microbe. La plupart des suppurations qui surviennent chez eux à la convalescence des maladies graves lui sont dues. D'autre part, nous l'avons vu, parmi les causes de l'ostéomyélite à cette période de la vie, les infections d'origine puerpérale doivent être comptées parmi les plus fréquentes. Tout semble donc concourir à faire du streptocoque le microbe ordinaire des suppurations osseuses du jeune âge.

Le staphylocoque vient ensuite.

Quant au pneumocoque, bien qu'il n'occupe que le troisième rang, on peut dire qu'il n'est à aucune époque de la vie si souvent la cause de l'ostéomyélite.

Le bacille d'Eberth n'a jamais été signalé comme cause d'infection osseuse chez les jeunes enfants. C'est que ceux-ci sont presque indemnes de fièvre typhoïde.

La marche clinique de l'ostéomyélite de ces petits malades a-t-elle une allure spéciale? Existe-t-il chez eux des signes spéciaux qui en fassent une forme à part?

Pour Aldibert et Dardenne, ses signes caractéristiques sont : la fréquence des localisations multiples, des arthrites suppurées et des décollements épiphysaires. Nous avons vu plus haut ce qu'on devait penser de ces affirmations et pourquoi les chiffres donnés par ces auteurs étaient exagérés. Sans nier absolument ces faits, nous ne les croyons vrais que dans une limite restreinte.

Généralement, la marche de l'ostéomyélite de la première enfance est une marche franchement aiguë, dans laquelle les phénomènes généraux l'emportent souvent sur les phénomènes locaux d'une façon remarquable.

Cependant, ici comme à un âge plus avancé, il existe tous les degrés d'acuité. A côté des formes suraiguës, il en est de subaiguës et même de chroniques d'emblée, bien que cette forme ait été niée par Aldibert et Dardenne. Nous n'avons pas l'intention de décrire ici les symptômes de l'ostéomyélite des jeunes enfants, les uns après les autres. Ce sont en effet ceux que l'on rencontre dans cette affection à tous les âges.

Mais nous citerons quelques observations pour bien faire voir quels sont les divers types que l'on rencontre à cet âge, car l'aspect clinique change souvent d'un malade à l'autre.

Nous n'avons aucune observation d'ostéomyélite foudroyante parmi celles que nous avons recueillies à Trousseau. Mais nous en avons trouvé un remarquable exemple pris dans la clientèle privée de notre maître M. Broca. Bien qu'il ait déjà été publié dans la thèse de Girard (1), nous en donnons ici l'observation très résumée :

A. P..., fillette de six mois, était soignée pour impétigo du cuir chevelu avec adénite mastoïdienne suppurée. Cette dernière fut incisée le 24 mars 1893.

Le 29 mars, l'enfant a un frisson violent. Sa température est de 40°6 le matin, et 41° le soir. On constate en même temps de l'œdème et du gonflement à la racine de la cuisse gauche avec maximum en dedans, profondément sous les adducteurs.

M. Broca fait en ce point une incision verticale. Il tombe sur un abcès volumineux et évacue une grande quantité de pus. La tête fémorale dénudée est trépanée.

Le 30 mars, malgré l'incision, état stationnaire. T. 41°.

L'enfant meurt dans la nuit du 1er au 2 avril.

Voici maintenant quelques observations d'ostéomyélite aiguë, telle qu'on la rencontre le plus souvent chez le jeune enfant.

Obs. XXI. — *Ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur gauche. Trépanation. Arthrite suppurée. Arthrotomie. Guérison.*

Georges G..., 21 mois, est amené à la consultation pour une tuméfaction de l'extrémité inférieure de la cuisse gauche.

La mère habite depuis un an une maison humide et a eu souvent depuis des douleurs rhumatismales, surtout dans les épaules.

Mais l'enfant s'est toujours bien porté. Pas de scarlatine, de rougeole ni de coqueluche. A noter seulement une fluxion de poitrine à trois mois.

Le 25 mai 1893, dans la nuit, la mère remarqua qu'il était brûlant; il pleurait dès qu'on le prenait sur les bras. Elle constata alors que le membre inférieur gauche était douloureux. Cependant, dans le courant de la journée, l'enfant avait été gai, jouant comme d'habitude et n'accusant aucun signe de souffrance.

Depuis ce moment, l'enfant refuse toute nourriture, il est grognon et pleure dès qu'on le touche. Il a, dit la mère, de la fièvre tous les soirs.

Pas de traces d'écorchures ni de piqûres.

Le 27 mai, on constate une tuméfaction notable siégeant surtout au niveau du fémur gauche, vers les condyles. La peau est rosée avec exagération de la circulation veineuse superficielle. Douleur vive à ce niveau.

Ce même jour, incision sous le chloroforme, trépanation de l'os. Pus intra et extra-osseux. Drainage. Pansement à la gaze iodoformée.

Suites opératoires bonnes.

Le 6 juillet 1893, il persiste un trajet fistuleux et l'articulation du genou est volumineuse et douloureuse. On fait une incision passant par le trajet fistuleux et on évacue par l'arthrotomie le pus contenu dans l'articulation du genou.

L'enfant a été pansé régulièrement et a guéri sans fistule.

Nous avons eu de ses nouvelles le 7 avril 1895, mais nous n'avons pu le revoir car il habitait la campagne. Nous avons appris de ses parents que son membre inférieur gauche était dévié et qu'il boitait un peu.

Obs. XXII. — *Ostéomyélite aiguë de l'extrémité inférieure du fémur gauche. Trépanation. Drainage. Guérison.*

René C..., 17 mois, entre salle Denonvilliers le 30 octobre 1894, pour une ostéomyélite aiguë de l'extrémité inférieure du fémur gauche.

Nous ne trouvons rien à signaler dans ses antécédents héréditaires, si ce n'est un eczéma chronique chez son père.

Lui-même s'est toujours bien porté jusqu'à il y a 6 semaines. Il eut, à cette époque, la rougeole et fut soigné chez lui. A la convalescence apparurent de gros boutons, ressemblant à des furoncles, qui percèrent seuls. Plusieurs devinrent comme des œufs de pigeon. Il en existe encore, en voie de guérison, sur la jambe et le genou.

Ce n'est que le 28 octobre que sa mère s'aperçut, en le ramenant de la crèche, que la cuisse gauche était enflée. Il avait, dit-elle, beaucoup de fièvre et poussait des cris au moindre contact.

Le 29, la situation s'est aggravée.

Le 30, quand nous voyons l'enfant, nous constatons que la cuisse gauche est enflée, sans œdème, sauf vers le tiers inférieur, au côté externe. Il existe là un point douloureux arrachant des cris au malade dès qu'on appuie. Il n'y a pas trace de fluctuation. L'état général de l'enfant est assez bon en apparence. La température est de 39°2 le 30 au soir.

Le 31 au matin, elle tombe à 38°4. Incision à la région externe, sur le point douloureux. On trouve, sous le périoste, un abcès contenant 60 grammes de pus environ. Il n'existe nulle part de surface osseuse dénudée dans le creux poplité, mais en incisant le périoste sur le condyle externe, l'os apparaît strié de quelques lignes rouges. Aussi se décide-t-on à trépaner. On retire ainsi du canal médullaire plusieurs curettes pleines de pus. Drainage. Pansement à la gaze iodoformée.

Le soir, la température monte encore à 38°8. Mais à partir de ce moment la courbe atteint deux ou trois fois 38° sans jamais dépasser cette température. Les suites opératoires ont donc été très bonnes. L'enfant est pansé tous les deux jours.

Lorsqu'il quitte l'hôpital, le 7 mars 1895, il persiste seulement un peu de raideur du genou du côté malade. Il n'y a aucun épanchement dans l'articulation. Pas d'allongement,

(1) Girard, *De l'ostéomyélite de la hanche*, Th. de Paris, 1893.

ni de raccourcissement du membre. La plaie est complètement fermée. Il n'y a pas de température. Le fémur est indolent. Il part donc tout à fait guéri.

Cet enfant est atteint en même temps d'un prolapsus rectal.

Les jours suivants, la raideur articulaire cède facilement au massage.

L'enfant a été revu le 21 avril. Il existe une petite ulcération au niveau de la cicatrice, mais le stylet ne fait pas sentir de point osseux dénudé.

Obs. XXIII. — *Ostéomyélite aiguë de la hanche droite (début par l'os iliaque) avec luxation du fémur, destruction du ligament rond. Arthrotomie. Mort.*

Jean M..., sept mois, est atteint depuis quelque temps déjà de coqueluche avec convulsions. Il a eu de la diarrhée avant de souffrir de la hanche.

L'abcès de la hanche a débuté il y a 15 jours. Depuis, il a augmenté rapidement. Quand l'enfant est apporté à l'hôpital, le 29 juin 1893, son état général est déplorable. Il est mourant. T. 38°6.

Il existe une collection purulente énorme à la racine de la cuisse droite. On fait immédiatement une large incision à la région externe. La poche est tellement tendue que le pus est projeté à un mètre. La poche est tapissée de fongosités. La tête du fémur, dénudée au niveau du col, est sortie de la cavité cotyloïde. Plus de trace de ligament rond. La cavité articulaire est rugueuse, dénudée, et les lésions sont encore plus marquées sur l'os iliaque que sur le fémur.

Il s'agit donc d'une ostéomyélite à début probable par l'os iliaque.

Les parents ont refusé de laisser leur enfant à l'hôpital. Ils ne l'ont plus ramené au pansement et vu son mauvais état général on peut affirmer qu'il est mort peu de temps après l'intervention.

Mais l'ostéomyélite n'a pas toujours une marche si aiguë. Non avons cité dans ce travail plusieurs observations à évolution subaiguë. Nous en citerons encore une autre.

Obs. XXIV. — *Ostéomyélite subaiguë du 3e métacarpien droit.*

Aimée V..., 16 mois, est amenée à la consultation de l'hôpital Trousseau le 16 mars 1893 pour une tuméfaction douloureuse siégeant au niveau du troisième métacarpien droit.

Les parents nous disent que l'enfant a fait une chute et que la grosseur est survenue peu à peu.

Quand nous examinons la petite malade nous constatons une hyperostose du métacarpien. La pression détermine de la douleur en ce point. Il n'y a pas de fluctuation. On porte d'abord le diagnostic de tuberculose osseuse au début. L'enfant revient à la consultation le 30 mars. Elle a souffert spontanément jusqu'à il y a 8 jours au niveau de la grosseur. Maintenant, elle ne souffre plus. On sent encore l'hyperostose et on porte le diagnostic de fracture du métacarpien avec col un peu volumineux.

Nous revoyons encore la petite malade le 26 avril. De nouveau, les douleurs ont apparu. Il existe du gonflement osseux mais pas de suppuration.

Le 25 mai, la suppuration est manifeste.

La petite malade a été opérée le même jour.

Elle est venue se faire panser pendant six semaines. Guérison.

Nous avons eu de ses nouvelles le 18 avril. La guérison s'était maintenue.

Quant à l'ostéomyélite chronique d'emblée, qui est niée par Aldibert et Dardenne chez les jeunes enfants, on peut la rencontrer aussi. Les deux observations qui suivent sont des types de cette variété.

Obs. XXV. — *Ostéomyélite chronique d'emblée de l'extrémité inférieure du tibia gauche. Trépanation. Guérison.*

Lucien G... nous est amené à l'hôpital Trousseau, à la consultation, au commencement de février 1895, parce qu'il boite et qu'il présente une tuméfaction au voisinage de l'articulation tibio-tarsienne.

Sa mère, rhumatisante, a perdu six enfants sur sept de méningite ou de convulsions (?) sauf le dernier venu au monde mort. Le père est bien portant.

L'enfant s'est toujours assez bien porté, sans avoir jamais été très fort. La tuméfaction pour laquelle on nous le présente est venue peu à peu, insidieusement, sans fièvre, sans douleur. Elle a débuté en septembre 1894.

On pense d'abord à une affection tuberculeuse et on prescrit un traitement interne (sirop d'iodure de fer, huile de foie de morue) et l'immobilisation dans un plâtre, le tout sans résultat d'ailleurs.

Le 20 février 1895, tenant surtout compte des antécédents héréditaires, on met le petit malade au traitement spécifique :

1° Liqueur de Van Swieten, une cuillerée à café par jour dans du lait.

2° Solution avec :

Iodure de potassium.......	30	grammes.
Eau......................	300	—

une cuillerée à café par jour.

Le seul résultat de cette nouvelle médication fut une éruption de boutons sur tout le corps, mais l'état local demeura le même.

Aussi, le 2 mars 1895, on se décide à intervenir. Incision à l'extrémité inférieure du tibia, sur sa face interne. On trouve du pus sous le périoste. L'os est ensuite trépané et on rencontre du pus dans l'os lui-même. La plaie est tamponnée à la gaze iodoformée. Pansement.

L'enfant vient régulièrement à l'hôpital Trousseau.

Le 20 avril 1895, l'état général est très bon. La plaie est encore large et profonde.

On la tamponne à la gaze iodoformée. Pansement deux fois par semaine.

Obs. XXVI. — *Ostéomyélite chronique d'emblée de l'extrémité inférieure du tibia gauche. Repos au lit. Compression ouatée. Fistule osseuse.*

Charles C..., 14 mois, nous est présenté à la consultation de l'hôpital Trousseau pour une tuméfaction peu douloureuse de la région du cou-de-pied gauche.

Ses antécédents sont très bons. Nous n'y relevons que le décès d'une petite sœur morte à 22 mois, après 15 jours d'une maladie indéterminée.

Charles C... s'est lui-même très bien porté. Signalons cependant une rougeole bénigne il y a 6 mois. Il louche depuis le mois d'octobre.

C'est le 12 janvier que, par hasard, la mère s'aperçut de la lésion de la face interne de l'extrémité inférieure du tibia gauche. Il n'a jamais eu de boutons, ni d'écorchures quelconques.

Le 14 janvier 1895, l'enfant nous est amené. Nous constatons alors un gonflement osseux de toute l'extrémité inférieure du tibia gauche qui remonte presque jusqu'au milieu de la diaphyse. La peau à ce niveau est normale. A peine y a-t-il une légère exagération de la circulation veineuse superficielle. Il existe nettement une douleur profonde à la pression. Il n'existe pas de point fluctuant, mais plutôt une sorte d'empâtement des parties molles au niveau de la lésion.

Pas de fièvre, ni de perte d'appétit ou de sommeil.

On prescrit simplement le repos au lit et un pansement ouaté compressif.

Nous revoyons l'enfant le 21 janvier. L'empâtement des parties molles et la douleur à la pression ont diminué, mais l'os est resté volumineux.

Le petit malade a été revu le 7 avril 1895. Il existe une fistule au niveau de la base de la malléole interne par où s'écoule du pus blanchâtre assez épais. Cette fistule existe depuis 6 semaines, nous dit la mère. La peau qui l'entoure est d'un rouge inflammatoire. Son orifice est à bords nets sans bourgeons fongueux. A ce niveau on sent profondément une hyperostose notable de toute l'extrémité inférieure du tibia gauche. La pression est un peu douloureuse.

Nous n'avons pas eu de nouvelles de l'enfant qui devait venir se faire opérer.

Il existe donc chez le jeune enfant comme chez l'adolescent tous les types de l'ostéomyélite, depuis la forme suraiguë, foudroyante, qui tue en trois jours, jusqu'à la forme chronique d'emblée. Entre ces deux extrêmes, il y a tous les intermédiaires.

Cependant, le début est souvent aigu, avec des phénomènes généraux graves. L'affection commence souvent par des frissons, des convulsions. Il y a de l'inappétence, l'enfant refuse le sein. Il est grognon, pleure sans cesse et ne dort plus. Il a de la constipation, quelquefois de la diarrhée. Son aspect est tantôt pâle, tantôt plombé. Son poids diminue ou reste stationnaire. Presque toujours le thermomètre indique une élévation de température, surtout manifeste pendant les premiers jours. Fréquemment, ce sont ces signes généraux qui frappent surtout. C'est pour quelques-uns d'entre eux que les parent viennent vous consulter.

C'est que les symptômes locaux sont dans bien des cas au second plan. Il faut les rechercher avec soin pour les découvrir. Mais un examen attentif vous fera reconnaître en un point un empâtement profond, osseux, avec douleur vive localisé en ce point. La jointure voisine peut être immobilisée en attitude vicieuse.

Vous devrez tenir compte de la circulation veineuse collatérale exagérée qui fait bien rarement défaut et qui est un signe de lésions profondes.

Comment va évoluer cette ostéomyélite? Quelquefois dans les cas graves, les malades sont rapidement emportés avec tous les signes de l'infection généralisée. Mais, s'ils ont la chance de guérir, il est rare de voir succéder immédiatement la forme chronique prolongée à la forme aiguë. L'os, nous l'avons dit, a peu de tendance à la mortification à cet âge et le plus ordinairement assez vite, en un mois ou un mois et demi, la cicatrisation se fait dans des conditions qu'on n'aurait pas osé espérer. C'est la guérison. Celle-ci peut être définitive, mais elle peut n'être que temporaire. Dans l'os, le microbe sommeille, prêt à s'éveiller à la moindre occasion, quelquefois plusieurs années après.

Nous donnons ici une observation de ce genre dans laquelle la guérison s'était maintenue pendant plus de cinq ans.

Obs. XXVII. — *Ostéomyélite chronique prolongée de l'extrémité inférieure du fémur gauche ayant débuté à l'âge de 13 mois. Nouvelle intervention à l'âge de 7 ans. Persistance d'un petit trajet fistuleux.*

Marcel C..., âgé de 7 ans, nous est amené le 27 septembre 1894 pour une vieille ostéomyélite de l'extrémité intérieure du fémur gauche.

Ses antécédents sont bons. Il a deux frères et deux sœurs en très bonne santé. Lui-même a toujours eu un bon état général.

Ses parents nous racontent qu'à l'âge de 13 mois, il tomba de la voiture où on le promenait et 3 mois après (à 16 mois), quand il commença à marcher, sa cuisse gauche devint énorme. Un médecin appelé fit une incision, qui resta blanche. Aussi l'envoya-t-il le lendemain à l'hôpital, où il fut opéré. Pendant six semaines, l'enfant vint régulièrement se faire panser; puis la plaie étant fermée, il marcha de nouveau comme par le passé. Il resta guéri, sans fistules, jusqu'à l'âge de 3 ans.

A cette époque, la cuisse gauche augmenta encore de volume et il se forma spontanément un trajet fistuleux. Celuici se refermait pour s'ouvrir de nouveau avec des symptômes phlegmoneux. La région devenait douloureuse à la moindre fatigue.

Bientôt ces phénomènes subaigus se calmèrent; la fistule s'établit définitivement et jusqu'à l'âge de 7 ans, époque où nous le voyons, il n'a plus eu de douleurs dans la cuisse. Cependant l'enfant est très turbulent, court toute la journée, grimpe aux arbres, sans souffrir. Il ne boite pas en marchant.

A son entrée à l'hôpital Trousseau, le 27 septembre 1894, nous constatons que le fémur est très augmenté de volume dans sa moitié inférieure, douloureux à la pression. Il existe une fistule à la partie inférieure et externe de la cuisse conduisant sur l'os dénudé. La circulation collatérale est très développée. Il n'y a rien à l'articulation du genou.

Il est opéré le jour même de son entrée 27 septembre 1894. On fait une incision verticale de 15 centimètres passant par la fistule et la dépassant un peu en bas. On arrive ainsi sur le fémur dont le corps est un peu rugueux en dehors. Sur sa face antérieure, la fistule aboutit à un point fongueux où le stylet s'engage dans un canal limité de toutes parts par de l'os. Son diamètre est de 1 centimètre environ. L'instrument arrive à la face interne du fémur, où il existe un orifice communiquant avec les parties molle, mais si on l'infléchit il s'engage dans le canal osseux. Ouverture de l'os à la gouge, jusqu'au canal médullaire. On arrive sur la face interne, sur l'orifice signalé. Il n'y a ni fongosités, ni abcès sous-périostique. A l'extrémité supérieure du tunnel ainsi creusé, il y a des séquestres, dont un assez volumineux conservé au musée du professeur Lannelongue. Vu l'ancienneté du début, le séquestre s'est trouvé repoussé par l'accroissement de l'os jusque dans le tiers supérieur de la diaphyse. Il n'y a pas d'ostéite fongueuse, il y a simplement un peu d'ostéite raréfiante autour.

Régularisation de la gouttière osseuse à la gouge. Attouchement au sublimé. Drain sutures.

Les suites opératoires ont été bonnes.

Il quittait l'hôpital le 17 novembre 1894, presque guéri. Il ne persiste plus qu'un petit trajet fistuleux dans lequel on ne parvient plus depuis quelques jours à enfoncer de gaze iodoformée. Plus de suppuration.

L'enfant marche sans boiterie et ne souffre aucunement de sa jambe. Nous avons revu le petit malade le 6 avril 1895. Il y a de l'atrophie du côté malade et la circonférence du membre mesurée à 15 centimètres au-dessus de la rotule nous a donné à gauche, 31 centimètres, à droite 34 centimètres.

La longueur du fémur est de 36 centimètres et demi à droite et de 28 à gauche. Il y a donc allongement manifeste.

L'articulation du genou est libre. Il existe 2 ou 3 petits ganglions cruraux, durs, mobiles et indolents. Au niveau de l'ancienne cicatrice, il persiste un petit trajet fistuleux conduisant sur un nouveau séquestre.

Un point qui nous a frappé dans l'évolution de l'ostéomyélite des tout jeunes enfants, c'est la facilité avec laquelle ils recouvrent l'*intégrité parfaite de leurs articulations*, même lorsque celles-ci ont été atteints d'arthrites suppurées. Les observations V, VII, XIX et XLI en offrent de bien remarquables exemples. C'est à peine si dans quelques cas il persiste un peu de boiterie comme dans l'observation XXI et dans la suivante.

Obs. XXVIII. — *Abcès de la région dorsale; ostéomyélite de l'extrémité supérieure du cubitus gauche et de la tête du fémur droit. Guérison avec boiterie légère.*

Marie B..., 6 semaines, se présente le 14 décembre 1893 pour un abcès du dos et du coude gauche.

Il n'y a rien à noter dans ses antécédents personnels ni héréditaires.

Il y a 5 jours, les parents remarquèrent que leur enfant portait à la région dorso-lombaire une grosseur du volume d'une noisette.

Elle est actuellement (14 décembre 1893) du volume d'une demi-noix, fluctuante, mais non rouge. Elle glisse sur les parties voisines.

Du côté de l'avant-bras, la tuméfaction ne date que de deux jours, bien qu'elle soit déjà plus volumineuse. A sa surface, la peau est tendue, œdémateuse et présente quelques veines. Fluctuation probable près de l'extrémité supérieure du cubitus. Cette tuméfaction est limitée nettement en haut à l'articulation, en bas à deux travers de doigts au-dessous de celle-ci.

Le 14 décembre. Incision de l'abcès dorsal. On ne trouve pas de point dénudé.

Incision sur le bord postéro-interne du cubitus. On trouve

le périoste décollé. L'os est trépané à la curette. Pansement iodoformé.

Le 23 décembre. — Les deux abcès incisés vont très bien; mais depuis hier, il y a du gonflement à la racine de la cuisse droite, surtout en dedans. La tuméfaction est profonde.

Immédiatement, on incise sur la tuméfaction et on trouve du pus sous les adducteurs et dans l'articulation. Os dénudé sur le col du fémur.

La petite malade a été revue le 29 mars 1894 absolument guérie.

Nous n'avons pas revu l'enfant depuis. Mais nous avons appris (7 avril 1895) que depuis l'opération, bien qu'elle soit complètement guérie, elle boite légèrement. La sœur jumelle n'a jamais marché, nous disent ses parents.

Encore nous devons avouer que pour ces deux derniers cas, il est possible que la boiterie soit due à un allongement ou à un raccourcissement du membre inférieur, car nous n'avons pas vu les malades eux-mêmes et les renseignements que nous donnons sont dus aux parents.

Ces changements de longueur des membres sont très fréquents. Le plus souvent il y a *allongement*, contrairement à ce qu'on pourrait penser en trépanant un os si jeune. Ce n'est que bien rarement que nous avons noté du *raccourcissement*. Encore, dans un de ces cas (obs. XV), la diminution de la longueur du membre, était-elle due à une fracture mal consolidée.

Il résulte de tout ceci que, si les petits malades résistent à l'infection du début, ils guérissent, au point de vue local, beaucoup mieux qu'à tout autre âge.

Cependant, même dans ces cas favorables lorsque la guérison locale est complète, les petits enfants ne sont pas encore à l'abri de tout danger. Il est une complication qui les guette pendant longtemps. Nous voulons parler de la broncho pneumonie. Il semble qu'il se fasse des embolies microbiennes qui partent de l'os et s'arrêtent dans le poumon; nous en avons cité déjà dans ce travail de nombreux exemples soit peu après l'intervention, soit après guérison complète. En voici encore quelques autres.

Obs. XXIX. — *Ostéomyélite aiguë de l'extrémité supérieure du fémur. Incision simple, sans trépanation. Mort de broncho-pneumonie plus d'un mois après.*

Henri H..., deux ans, est porté sur le registre d'opérations le 31 décembre 1892 avec le diagnostic d'ostéomyélite aiguë de la hanche.

L'incision a été faite en dedans et en avant. Il y avait du pus entre la capsule et les muscles et d'autre part dans l'articulation elle-même. Le premier de ces foyers était volumineux et situé en dedans et en arrière du fémur. L'os n'a pas été trépané.

Il sort guéri le 27 janvier 1893.

Nous avons appris que, peu après sa sortie, il était mort de fluxion de poitrine (broncho-pneumonie probable).

Obs. XXX. — *Ostéomyélite aiguë du fémur droit et de l'humérus. Evidement osseux. Mort de broncho-pneumonie.*

Julia L..., 16 mois, est opérée le 16 juillet 1893 d'une ostéomyélite du fémur droit. On trouve le périoste décollé par le pus. L'os est évidé à la gouge.

Le 26 juillet, nouvelle poussée d'ostéomyélite du côté de l'humérus. De nouveau incision et trépanation de l'os. Pansement à la gaze iodoformée. L'enfant est gardée salle Giraldès, où elle est pansée régulièrement.

Elle quitte l'hôpital guérie le 3 septembre 1893.

Huit jours environ après sa sortie de l'hôpital, elle meurt chez elle de fluxion de poitrine, nous disent ses parents.

Enfin, nous devons encore signaler les autres *complications viscérales*. La néphrite par exemple est possible, bien que nous ne l'ayons jamais rencontrée chez les jeunes sujets atteints d'ostéomyélite.

Dardenne et Aldibert citent des cas d'endocardite et de péricardite. Ce sont là des complications qu'on ne rencontre que dans les cas très graves et terminés par la mort.

Le *diagnostic* de l'ostéomyélite offre souvent dans le jeune âge des difficultés extrêmes. Cela tient à plusieurs causes.

D'abord, vous n'avez comme renseignements que ce que vous raconte la mère.

Celle-ci vous dira: « Depuis quelques jours, mon enfant refuse le sein, il est grognon, crie sans cesse, ne joue plus. Il a de la diarrhée et de la fièvre. »

Mais il est rare qu'elle attire votre attention sur la région malade. Or pour avoir des renseignements de votre petit malade, vous devez l'interroger par un palper soigné, et il vous répondra par ses cris, dès que vous arriverez au siège du mal.

D'autrefois, au contraire, les parents viendront vous consulter pour une tuméfaction douloureuse apparue plus ou moins rapidement en telle ou telle région.

Dans ce dernier cas, votre tâche sera facilitée, mais vous pourrez encore vous tromper.

Les causes d'erreur sont donc de deux ordres. Tantôt ne voyant que l'état général, on méconnaît l'infection osseuse locale; tantôt il y a des signes locaux, mais à cause de leur évolution ou de leur siège, on ne pense pas à l'ostéomyélite.

Les fautes du premier groupe sont les plus fréquentes. Nous rappellerons le cas de la petite malade qui fait le sujet de l'observation V qui fut soignée pendant une semaine pour simple diarrhée avec fièvre. Celle de l'observation XIV avait été traitée comme atteinte d'affection pleuro-pulmonaire, puis comme tuberculose osseuse.

Aussi quand vous serez consulté pour un tout jeune enfant ayant des phénomènes généraux graves, examinez-le nu de la tête aux pieds. Comparez les deux membres en leurs points symétriques. Recherchez la rougeur et la circulation veineuse, collatérale exagérée. Palpez avec soin, si vous voulez trouver au début la tuméfaction osseuse et la douleur en un point limité. La fluctuation est souvent difficile à sentir pendant les premiers jours. Or, il importe de faire le diagnostic dès le début, car l'ostéomyélite des jeunes enfants est une affection extrêmement grave, qui tue en quelques jours. De la rapidité que vous mettez à intervenir dépend souvent le sort de votre malade.

Les causes d'erreurs du second groupe sont fréquentes. Elles varient avec la région qui est atteinte.

En général, on peut dire que c'est avec le rhumatisme, la tuberculose, la syphilis ou les lésions traumatiques (fractures, etc.) qu'on les confond le plus souvent. Il arrive aussi qu'on pense être en présence d'un simple abcès où d'une arthrite suppurée et qu'on méconnaisse l'ostéomyélite qui en a été la cause, au moins au début.

(*A suivre.*)

CORRESPONDANCE

Tuberculose et fièvre puerpérale.

Je viens de lire dans le dernier numéro de la *Gazette hebdomadaire* une lettre de M. Mougeot qui signale, comme une particularité curieuse, l'existence fréquente de l'infection puerpérale chez des femmes ayant des tuberculeux dans leurs familles. Vous appelez sur ce point l'attention des médecins, de ceux des petites villes surtout qui connaissent mieux les antécédents de leurs malades.

Voulez-vous me permettre de vous apporter mon témoignage confirmatif, et d'essayer de donner la raison de cette

coïncidence dont la tuberculose offre d'ailleurs maints autres exemples? Je n'aurais pour cela qu'à reprendre et à résumer les communications que j'ai faites aux congrès sur la tuberculose.

Nous, médecins de campagne, nous sommes toujours étonnés de la part assez restreinte que nos confrères des grandes villes font à la prédisposition morbide héréditaire (je fais exception pourtant pour l'école de Charcot dans les maladies nerveuses), alors que nous accordons presque tout à cette prédisposition, dans la tuberculose surtout. Au fond nous avons peut-être raison les uns et les autres, et tout dépend de la différence des milieux d'observation.

Dans les grandes villes l'hérédité du terrain est sans aucun doute un facteur important dans la production de la tuberculose; mais, outre qu'il est toujours très difficile à reconstituer dans ses origines, il est loin d'être le seul comme à la campagne. Quelle que soit la provenance familiale d'un habitant des villes et ne fût-il pas de souche tuberculisable bien démontrée, le surmenage, la misère physiologique, le confinement, le séjour prolongé dans l'air vicié et déjà respiré des ateliers, des usines, des bureaux, l'alcoolisme, la syphilis... toutes les excitations en un mot et toutes les intoxications de la vie urbaine peuvent faire de son organisme originellement réfractaire une proie facile pour le bacille tuberculeux : d'autant plus facile que souvent celui-ci passe directement dans son organisme, sans avoir été longtemps véhiculé, ballotté dans le milieu ambiant, sans avoir rien perdu de sa puissance virulente et contagieuse. Alors il advient de notre citadin ce qu'il est advenu de la poule de M. Pasteur, qui, bien que naturellement réfractaire, en tant que bipède volatile, à la bactéridie charbonneuse, finit par prendre le charbon, quand on la fixe sur une planche, qu'on la refroidit dans l'eau, qu'on la prive de nourriture et qu'on abaisse ainsi le taux de sa vitalité.

Le séjour dans les campagnes exclut presque toujours ces causes adventices, dans ma contrée du moins. L'existence en plein air, le travail régulier, le confortable des habitations, la nourriture saine, la sobriété, la tempérance... n'y sont heureusement pas des fictions d'un Berquin. Cela viendra peut-être; mais en attendant ce sont des facteurs qui doivent rendre les chances de contagion moins fréquentes, ou tout au moins beaucoup plus inoffensives.

Et pourtant le médecin rencontre la tuberculose à la campagne; il l'y rencontre même assez fréquemment. Et voici ce qu'il constate, si après une pratique d'une vingtaine d'années et plus, il vient à grouper les cas qu'il a observés. La grande majorité appartient à certaines familles, presque toujours les mêmes, atteignant de loin en loin tels ou tels de leurs membres, souvent alors même qu'ils vivent dans des conditions d'éloignement qui excluent tout idée de contagion réciproque. Alors le médecin se demande pourquoi les germes tuberculeux, qui se transmettent par la génération si rarement qu'on n'a presque pas à tenir compte du fait en clinique, mais qui apparemment sont embusqués un peu partout à la campagne comme à la ville, restent stériles chez la plupart des paysans, alors qu'ils végètent avec une si malheureuse facilité dans ces familles prédestinées. Et par élimination il arrive à conclure que la cause doit résider dans certaines conditions défectueuses du terrain familial, qui se transmettent plus ou moins intégralement à travers les générations.

Ce n'est pas ici le lieu de s'arrêter aux conditions biochimiques propres à ce terrain, et sur lesquelles je n'aurais d'ailleurs à apporter que des notions bien imparfaites; ni aux questions de taille, d'aspect physique, de développement thoracique,... qui toutes ont certainement leur importance, mais qui, réduites à elles seules, sont insuffisantes et exposeraient à des erreurs d'interprétation certaines. Mais l'observation clinique, qui ne se borne pas à l'examen d'un seul individu, qui s'étend à tout le terrain familial, peut, sinon pénétrer dans l'essence de ce terrain, tout au moins y relever d'importants signes de reconnaissance. Elle y constate, en effet, tantôt chez un parent, tantôt chez l'autre, des stigmates morbides, des états pathologiques, des malformations congénitales, dont la constance, la répétition ne sauraient être fortuites, qui sont devenus pour moi comme des signes spécifiques du terrain tuberculisable.

J'ai dit, au premier Congrès sur la tuberculose, qu'à propos de 59 cas tuberculeux recueillis dans une même année, et dans 59 familles différentes, j'avais, en cherchant dans les ascendants et les collatéraux, trouvé 181 cas de tuberculoses, et à côté 84 cas de névroses motrices et psychiques, dont 45 convulsions infantiles, 38 cas de luxations congénitales de la hanche, 33 cas de déviations osseuses, 20 cas de cancers, 8 cas de nœvi pigmentaires, etc.

Au dernier Congrès, pénétrant plus avant dans l'étude des malformations congénitales, j'ai relevé dans les familles de mes tuberculeux des lésions moins visibles, moins fréquentes, mais tout aussi édifiantes pour l'étude que nous poursuivons ici :

Ici c'est *une asymétrie de la face;* là c'est *une implantation vicieuse des cheveux sur le front*, des *oreilles mal ourlées;* ici *des inégalités dans les fentes palpébrales* ou *dans les hauteurs des sourcils*, des *épicanthies*, des *difformités de la voûte nasale, de la voûte palatine*, des *végétations adénoïdes;* là comme une *atrophie de la lèvre supérieure* qui au repos *laisse saillir des dents souvent mal implantées*, quelquefois *surnuméraires;* ici se sont chez des femmes des *bouts de seins invaginés;* là un *nombril mal ourlé;* ici un *phimosis*, une *atrésie du méat urinaire*, un *testicule inclus;* plus loin des *membres* (bras ou jambes) de *longueurs inégales*, quelquefois même *absents*, ou encore des *hernies*, etc.

Or, que veulent dire ces malformations congénitales plusieurs fois répétées dans les mêmes familles, sinon que celles-ci sont en état de dégénérescence, que l'impulsion créatrice dont elles sont sorties, que les éléments cellulaires (ovules et spermatozoïdes) qui la réalisent en se combinant n'ont plus qu'une modalité incomplète et déviée. Et cette déviation retentit sur toute l'existence des individus, laissant d'abord comme je viens de le dire, les organes inachevés ou difformes, jetant le trouble plus tard dans les actes et fonctions, diminuant le taux de la vitalité, laissant presque sans défense les organismes à toutes les attaques du dehors, aux invasions microbiennes comme aux traumatismes, et par-dessus tout aux assauts du bacille tuberculeux.

Comme je le disais encore dans le premier numéro de la *Revue de la Tuberculose*, «cette déviation, on peut la suivre dans ses irrégularités presque dès la fécondation. Ici elle semble rendre plus fréquents *les nœuds, la brièveté, les tours du cordon ombilical, les insertions vicieuses du placenta*, les *présentations anomales, les avortements.* Là ce sont des *convulsions infantiles*, du *strabisme*, des *nœvi*, des *accidents de dentition*, des *retards dans l'apparition des dents*, dans la *marche*, des *déviations rachitiques*, de la *myopie*... et toujours un certain degré de *névrosisme*, allant quelquefois jusqu'aux *névroses, tics, chorée, épilepsie, goître exophthalmique, éclampsie puerpérale, chlorose*... et rendent plus redoutables toutes les maladies, toutes les grandes *pyrexies*, même tous les grands actes physiologiques comme l'ACCOUCHEMENT, l'âge critique, etc. »

Et c'est par là, que je rentre dans le sujet traité par M. le Dr Mougeot. Je lui fais mille excuses de l'y ramener par un aussi long détour. Vraiment le streptocoque n'y a pas fait tant de façons pour franchir la barrière, d'ailleurs largement ouverte, pour envahir les organismes déjà trop bien préparés, nous venons de voir pourquoi, de ses malheureuses parturientes.

D'ailleurs, en tout cela, moi je n'ai guère inventé. Dans son remarquable mémoire à l'Académie de médecine (1885), sur la *Tuberculose dans les familles*, le regretté M. Leudet, de Rouen, qui, comme M. Mougeot, avait pu consulter les notes manuscrites de son père, était arrivé à des constatations tout à fait identiques. En plaçant ma lettre sous les auspices de ce médecin distingué, je lui donnerai ainsi toute l'autorité qui me fait défaut et lui préparerai un bon accueil auprès de tous, j'en suis sûr.

Dr RICOCHON.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Altération des cellules nerveuses dans l'alcoolisme aigu (Experimentelle Untersuchungen über die Veränderungen der Ganglienzellen bei der acuten Alcoholvergftung), par Dehio (*Centralblatt fur Nervenheilkunde und Psych.*, 1895, mars p. 113). — Nissl et d'autres auteurs ont étudié au point de vue anatomo-pathologique l'action nocive de certains poisons sur les cellules nerveuses, lorsque ces poisons ont été pris d'une façon prolongée. Dehio s'applique à étudier au contraire l'effet de l'intoxication aiguë chez le lapin et chez le chien. On sait combien il serait intéressant de connaître les lésions dépendant de l'alcool, à cause de l'influence considérable de cette substance dans l'étiologie des diverses affections mentales. Cette occasion lui permettait en même temps de se rendre compte de la valeur de la méthode de Nissl dans l'appréciation des lésions fines des cellules nerveuses. Il a examiné particulièrement le cervelet. Il administrait aux animaux 20 à 25 centimètres cubes d'alcool à 40° soit par la voie dermique, soit par la voie digestive à l'aide d'une sonde. La mort la plus rapide survenait au bout d'une heure; il a pu cependant garder un animal pendant 34 heures en l'enveloppant d'ouate pour éviter la déperdition de chaleur. Les altérations des cellules de Purkinje qu'il a trouvées dans ces conditions sont les suivantes. La substance chromatique qui constitue à l'état normal un réseau fin et très régulier était remplacée par des granulations irrégulières, assez grossières. La substance fondamentale qui est incolore à l'état normal prend un léger ton normal. Ces lésions intéressaient tantôt tout le corps de la cellule, tantôt une partie seulement. Le noyau et le nucléole dans leur coloration par la méthode de Nissl étaient intacts. Même quand les altérations cellulaires étaient très prononcées elles n'intéressaient pas toutes les cellules nerveuses; le plus souvent, on trouvait des groupes de cellules normales séparées par des groupes de cellules altérées.

Les lésions de la moelle épinière et leurs symptômes dans l'anémie pernicieuse (The spinal cord lesions and symptomes of pernicious anemia), par Ch. W. Burr (*University medical Magazine*, avril 1895, n° 7, p. 472). — L'auteur a eu l'occasion de faire une étude approfondie dans neuf cas d'anémie pernicieuse terminés par la mort. Dans un seul cas, la moelle a été trouvée normale. La localisation des lésions spinales dans l'anémie pernicieuse est très caractéristique par leur topographie et leur constance. Le maximum des lésions se trouve toujours dans le renflement cervical et elles diminuent d'intensité à mesure qu'on se rapproche de la région lombaire où elles peuvent faire absolument défaut. Ce sont les cordons postérieurs qui sont le plus souvent affectés, tandis que les faisceaux du cordon antéro-latéral sont moins fréquemment pris. La substance grise n'est presque jamais altérée. La dégénérescence des racines postérieures quand elle existe est très peu accusée. Les cordons postérieurs peuvent être affectés seuls, ou bien en même temps que les cordons latéraux, mais ceux-ci ne sont jamais atteints isolément. Contrairement à ce qui arrive dans le tabes, il y a toujours une bande de tissu sain qui sépare la région du cordon postérieur affectée de la substance grise. Dans les cordons postérieurs, on trouve assez souvent deux zones de dégénérescence, une postéro-interne, une autre postéro-externe, les deux étant séparées l'une de l'autre par une bande de substance blanche normale. Dans la région dorsale inférieure et lombaire, le siège de prédilection de la lésion se trouve entre le septum postérieur et la corne postérieure. La lésion est toujours symétrique dans les deux moitiés de la moelle. L'auteur pense que la lésion primitive est parenchymateuse et non sous la dépendance de lésions vasculaires. La cause de ces lésions est difficile à préciser, d'autant plus qu'on n'a pas trouvé dans tous les cas d'anémie, des lésions semblables. L'hypothèse que normalement les cordons postérieurs sont moins bien irrigués que le reste de la substance blanche n'est pas encore bien établie. Une autre hypothèse qui serait plus plausible est celle qui ferait dépendre l'anémie et les lésions de la moelle d'une cause commune: l'intoxication. Un travail récent de Bickels, qui a trouvé des lésions des cordons postérieurs après la diphthérie, semblerait confirmer cette opinion. On sait du reste que des lésions des cordons postérieurs ont été trouvées dans la pellagre et dans l'ergotisme. Les symptômes médullaires de l'anémie pernicieuse sont ordinairement si peu accusés que quelquefois ils peuvent passer inaperçus. Quelquefois l'ataxie est très prononcée, mais elle ne ressemble jamais à celle du tabes dorsal. Le réflexe patellaire est souvent aboli, quelquefois au contraire, il est augmenté. Il existe très rarement du clonus du pied. La présence de la paraplégie est souvent masquée à cause de la faiblesse excessive déterminée par l'état général. Il y a souvent de la paresthésie et de l'anesthésie tactile. Il n'existe jamais de douleurs fulgurantes caractéristiques comme dans l'ataxie locomotrice. Il n'y a pas non plus le signe d'Argyll Robertson. Dans quelques cas, les troubles médullaires présentent une grande importance au point de vue du diagnostic de l'anémie. En effet, on rencontre quelquefois des malades qui se plaignent de troubles dyspeptiques, de faiblesse, de troubles de la marche et à l'examen objectif, on trouve une ataxie plus ou moins accentuée, abolition du réflexe patellaire et quelquefois diminution de la sensibilité tactile. L'examen du sang dans ces circonstances est d'une importance capitale, il prouve que les phénomènes indiqués sont en rapport avec l'anémie. Le diagnostic devient délicat, dans les cas où, dans le cours du tabes, il se développe une anémie secondaire. L'auteur incline à admettre que certains cas de symptômes débutant par les membres supérieurs ayant une allure particulière, peuvent être dus à l'anémie pernicieuse. Ajoutons, pour terminer, que l'auteur a examiné la moelle épinière d'individus qui avaient succombé à des affections anémiales comme la phthisie, le cancer de l'estomac, le mal de Bright, et il n'a trouvé comme lésions, qu'une augmentation légère du tissu interstitiel.

MÉDECINE

Saccharomycose de l'homme (Ueber Saccharomycosis hominis) par Busse (*Virchow's. Arch.* 1895 vol. CXL p. 23). — En s'appuyant sur l'étude très complète d'un cas l'auteur décrit sous le nom de saccharomycose de l'homme une affection qui évoluerait cliniquement comme une pyohémie chronique et qui serait produite par une levure, un champignon pathogène, auquel il faut d'après l'auteur, attribuer le processus destructif du côté de la peau, de la cornée, des os, des poumons, du rein et de la rate, constaté chez le malade.

Le champignon a été trouvé soit à l'intérieur même des cellules soit en dehors des cellules, dans les fentes des tissus, libre ou entouré d'une sorte de capsule homogène.

Sous le microscope, la plupart de ces parasites présentent à l'intérieur de leur capsule un centre à double contour, renfermant un ou plusieurs corpuscles brillants. Le parasite a une forme arrondie; ses dimensions oscillent entre celles d'une granulation et celles d'une cellule hépatique.

Il se cultive fort bien sur bouillon, agar, sérum, agar-glycériné, pomme de terre, décoction acide de prunes. Les cultures présentent une couleur blanchâtre et se développent particulièrement bien entre 10 et 38° c.

Dans les cultures jeunes, les individus se présentent avec un contour unique; une membrane manifeste n'apparaît qu'au bout de plusieurs jours.

Dans la décoction de prunes et sur du bouillon avec sucre de radiou, les culture provoquent une vive fermentation avec formation de sucre et d'acide carbonique.

Inoculé à des animaux, le parasite prolifère et donne lieu à une inflammation locale, pouvant aboutir à la suppuration, mais se terminant toujours par la guérison. Chez les souris blanches il amène rapidement la mort et peut être retrouvé dans le sang.

CHIRURGIE

Acétonurie après narcose chirurgicale (Ueber Acetonurie nach der Narkose) par Becker (*Virchow's Arch.*, 1895, vol. CXL, p. 1). — Le travail basé sur l'étude critique de la question et l'examen de 4 cas personnels d'acétonurie après

narcose faite trois fois avec l'éther et une fois avec le bromure d'éthyle, aboutit aux conclusions suivantes :

1° Chez les individus bien portants la narcose chirurgicale donne lieu à une acétonurie passagère, pouvant durer de quelques heures à plusieurs jours. Dans deux tiers des cas où la recherche de l'acétone a été faite, dans les conditions analogues, avec le réactif de Legal, les résultats ont été positifs. On peut enfin trouver des traces de l'acetone par la distillation de l'urine.

2° L'acétonurie qui existe avant la narcose, est considérablement augmentée après.

3° L'acétonurie a été énorme dans le cas d'intoxication par le bromure d'éthyle.

4° L'acétonurie qui survient après la narcose est due à la destruction exagérée des substances albuminoïdes.

Plaies de la moelle par instruments piquants (Ueber Stichverletzungen des Ruckenmarks) par Enderlen. (*Deut. Zeitschr. f. Klin Chir.*, 1895, vol. XL, p. 201). — Le travail de l'auteur comprend une partie expérimentale et une partie clinique.

Une première série d'expériences a consisté à trépaner la colonne lombaire des lapins et à enfoncer une aiguille dans la moelle épinière à travers la dure-mère intacte. La piqûre faite, l'aiguille était retirée, et la plaie fermée. Les animaux étaient ensuite sacrifiés vingt-quatre heures à trente-cinq jours après l'opération et leur moelle soumise à un examen microscopique.

L'opération elle-même était fort bien supportée par les animaux. Presque toujours il survenait des phénomènes paralytiques qui, dans l'énorme majorité des cas, disparaissaient, au bout d'un à trois jours, d'une façon définitive.

Les résultats de l'examen microscopique des moelles de ces animaux ont été les suivants.

La piqûre de la moelle était régulièrement suivie d'une dégénérescence qui n'était pas limitée aux parties atteintes par l'aiguille, mais envahissait aussi les parties voisines. La dégénérescence ne suivait dans son extension aucune règle: elle apparaissait tantôt au voisinage même de la piqûre, tantôt à une distance plus ou moins éloignée de la plaie; toujours son extension était en rapport avec l'étendue de la plaie.

Les phénomènes principaux de cette dégénérescence étaient constitués par la tuméfaction des cylindres-axes, qui commençait déjà deux heures après le traumatisme et se retrouvait encore au bout de trente-cinq jours; par l'hyperplasie et la proliferation de la névroglie; par la disparition des cellules ganglionnaires dans le canal creusé par l'aiguille; par la prolifération des noyaux dans la substance grise qui reprenait son aspect normal presque immédiatement au-dessus et au-dessous de la piqûre. Enfin, des foyers de dégénérescence se trouvaient encore assez loin de la piqûre, soit dans la moitié blessée de la moelle, soit dans la moitié opposée.

Un point que l'auteur a étudié d'une façon particulière, est la question de la régénération de la moelle après le traumatisme. Cette étude, qui a été faite sur des lapins, des rats et des chiens, a montré que s'il peut être question de régénération, le processus progressif ne se manifestait que dans la névroglie et les éléments conjonctifs mais nullement dans les cylindres-axes et les cellules ganglionnaires.

En effet, déjà quarante-huit heures après le traumatisme, on trouve, à côté des phénomènes de dégénérescence, les indices d'un processus prolifératif du côté de la névroglie, mais les noyaux des cellules ganglionnaires ne présentent pas encore de division. Au troisième jour, les mitoses et les phénomènes de prolifération s'accusent davantage, tandis que les phénomènes de dégénérescence se meuvent dans les mêmes limites. Au quatrième jour, on trouve une néoformation des vaisseaux partant de la pie-mère, tandis que les cylindres-axes et les cellules ganglionnaires présentent, dans l'étendue de la piqûre, les phénomènes de dégénérescence graisseuse. A partir de ce jour, néoformation des vaisseaux et phénomènes de prolifération diminuent et disparaissent vers le onzième jour. Au treizième jour, apparaissent les cellules étoilées dont le nombre augmente progressivement. Au vingtième jour, on trouve un réticulum névroglique épais avec mitose et prolifération des noyaux, puis encore quelques cellules ganglionnaires et des cylindres-axes dégénérés.

Dans une troisième série d'expériences, l'auteur a étudié les lésions consécutives à l'injection de sang ou à l'introduction de corps étrangers (lamelles de moelle de sureau, parcelles de parenchyme rénal) sous la dure-mère. Les lésions observées, que l'auteur attribue, non pas à la compression, mais à la congestion et à des troubles vaso-moteurs, étaient les mêmes que dans les piqûres, mais à un degré bien moins accusé.

Dans la partie clinique du travail, l'auteur a réuni 67 cas de plaies de la moelle par des instruments piquants. Sur ce nombre, il y eut 5 guérisons, 47 améliorations et 15 morts. L'examen microscopique n'a été fait d'une façon complète que dans un cas. Laissant de côté les cas compliqués de méningite, les cas de section complète et enfin les cas de section de la moelle cervicale avec mort rapide, l'auteur n'envisage, pour les besoins de sa cause, que les cas de piqûre simple de la moelle. Ces cas se divisent en deux groupes. Dans l'un, le diagnostic était hésitant entre plaie de la moelle et hémorrhagie sous la dure-mère; pour ces cas, l'auteur pense qu'il s'agissait plutôt des hémorrhagies, les phénomènes paralytiques ayant été minimes. Dans le second groupe se rangent les cas de lésion manifeste de la moelle avec phénomènes paralytiques passagers. Souvent ces derniers ont été très accusés et faisaient soupçonner des lésions étendues. Or, d'après l'auteur, dans ces cas encore, la lésion était probablement moins étendue qu'on ne le croyait, l'intensité des phénomènes paralytiques étant due aux modifications qui se produisent au niveau de la plaie : section de quelques fibres, tuméfaction des fibres voisines abolissant temporairement leurs fonctions, tout comme dans les expériences rapportées plus haut. Quant au retour partiel ou total de la fraction abolie, l'auteur l'attribue d'une part à la disparition de la tuméfaction, et d'autre part, à l'action vicariante des fibres remplaçant celles qui ont été détruites par le traumatisme ou les processus de dégénérescence.

BIBLIOGRAPHIE

Traitement des fractures par le massage et la mobilisation par J. Lucas-Championnière, chirurgien de l'hôpital Beaujon, membre de l'Académie de médecine, 1 vol. in 8, 550 p. avec 66 gravures. — Paris, Rueff et Cie, 1895.

A plusieurs reprises déjà depuis quelque 25 ans M. J. Lucas-Championnière nous a rendu le grand service de mettre sa combativité naturelle au service d'idées qui contredisaient directement certaines doctrines et certaines pratiques réputées classiques, dans notre pays tout au moins. Aujourd'hui que s'il est, à son tour, passé dans les rangs des maitres auxquels l'âge donne de l'autorité, il peut se dire avec fierté qu'il a rencontré sur sa route plus d'obstacles qu'il n'aurait dû, la cause en est surtout dans la vigueur avec laquelle il a attaqué des citadelles aujourd'hui démantelées. Mais il ne s'endort pas sur ses lauriers et, contrairement à ce que font la plupart des révolutionnaires, il n'est pas devenu rétrograde; homme en place, il continue à mener l'assaut — avec vivacité et quelquefois une pointe de paradoxe — contre ce qu'il croit être les préjugés de l'ancienne chirurgie.

Aujourd'hui, c'est au traitement des fractures par le massage qu'il consacre un gros volume, avec l'épigraphe: le mouvement c'est la vie. Au premier abord, on est surpris, mais à lire l'ouvrage on est vite convaincu que M. Lucas-Championnière n'est pas aussi radical qu'on le croirait d'après les premières pages. Peu à peu, depuis une vingtaine d'années, il a démontré que le mouvement n'a pas, dans les foyers de fracture, l'influence désastreuse que lui attribuaient nos devanciers; qu'il n'est pas tant qu'on l'a dit une cause de pseudarthrose; que surtout il n'a jamais suffi, sans l'intervention de germes microbiens, à enflammer et à faire suppurer le foyer. Par contre, il a l'avantage inestimable d'éviter dans une large mesure les atrophies musculaires, la dénutrition des membres, les troubles fonctionnels consé-

cutifs aux fractures trop longtemps immobilisées. Il importe de masser le foyer de la fracture, de mobiliser les jointures voisines, et la réparation se fait à merveille. Est-ce à dire, cependant, que M. Lucas-Championnière soit l'adversaire résolu des appareils ? Il n'en est rien. L'immobilisation est, même à ses yeux, formellement indiquée quand les fragments ont tendance au déplacement, ou quand il y a une plaie qu'il faut panser antiseptiquement : mais bientôt la plaie est cicatrisée, les os sont un peu consolidés, et alors il faut chaque jour enlever l'appareil et faire une séance de massage et de mobilisation.

Il est hors de doute que ces préceptes, aujourd'hui presque classiques dans ma génération, mais très révolutionnaires lorsque, le premier, M. Lucas Championnière chercha à les formuler, sont presque toujours excellents. Leur auteur, par moments, les exagère un peu, mais c'est surtout une affaire de tempérament, et d'ailleurs tous les apôtres en sont là.

A. Broca.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons de clinique chirurgicale professées à l'hôpital Saint-Louis pendant les années 1889 et 1890, par M. le Dr Péan. Paris, F. Alcan, 1895.

Ce volume contient des leçons sur les rétrécissements non cancéreux du pharynx, les tumeurs vasculaires du méat urinaire chez la femme, les kystes de la région thyroïdienne, les tumeurs des mâchoires, les relations des lésions dentaires avec les ostéites des mâchoires et en particulier avec la nécrose phosphorée, le traitement des anévrysmes par le pincement. La seconde partie est consacrée aux observations recueillies dans le service ; la troisième, à la statistique opératoire.

Traitement chirurgical des affections de l'estomac et du duodénum, par le Dr E. Doyen, de Reims, avec 185 figures dans le texte. Paris, Rueff et Cie, 1895.

Après un chapitre d'historique et de statistique sur les opérations qui se pratiquent sur l'estomac, M. Doyen montre comment il comprend l'anatomie et la physiologie normales de l'estomac et du duodénum. Il aborde ensuite l'étude pathologique et expose les opinions — que nous avons résumées l'an dernier dans le *Mercredi médical* à propos d'une communication de M. Doyen à l'Académie de médecine — qu'il professe sur le rôle des spasmes du pylore dans les affections inflammatoires de l'estomac et du duodénum et sur l'utilité d'une intervention chirurgicale dans les cas de ce genre. Après avoir passé en revue les opérations proposées, M. Doyen se prononce en faveur de la gastro-entérostomie.

Thèses des Facultés.

Contribution à l'étude des palpitations liées aux affections gastriques, par Mlle Anastasie Porojns'akow.

Les troubles fonctionnels du cœur sont très souvent d'origine gastrique ; ils se rattachent aux diverses dyspepsies stomacales mais non point aux affections graves et douloureuses de cet organe. Parmi ces troubles fonctionnels les plus fréquents sont des palpitations. Pour que ces palpitations se produisent, il faut une prédisposition héréditaire ou acquise « mélange du névrosisme et de l'anémie ». Les troubles peuvent se borner à de simples sensations subjectives, le plus souvent comprennent aussi l'accélération des battements du cœur et quelquefois un changement du rhythme cardiaque. Les sensations subjectives n'ont pas reçu d'explication satisfaisante, peut-être sont-elles dues à la présence de la névralgie du cinquième espace intercostal gauche et à l'hyperesthésie de la moitié gauche du tronc. L'accélération des battements est probablement due à la parésie du pneumo-gastrique souffrant de par l'anémie bulbaire et troublé dans son fonctionnement par la longueur de la digestion ; peut-être à l'action inhibitoire portée vers le centre par les filets sensitifs du pneumo-gastrique anormalement irrité. Les irrégularités sont dues au trouble dans l'équilibre normal de l'innervation qui est indispensable pour le fonctionnement régulier du muscle cardiaque. Les palpitations ne sont qu'exceptionnellement suivies d'altérations organiques du cœur. Elles sont curables et disparaissent habituellement avec la dyspepsie qui les avait provoquées. La suggestion joue un grand rôle dans la disparition de ces palpitations.

Albuminurie dans la fièvre typhoïde. Pronostic et traitement par les bains froids, par Louis Lecoq.

En employant des réactifs très sensibles, on peut, dans presque tous les cas de fièvre typhoïde, déceler à un certain moment de l'albumine dans les urines du malade. Il existe deux sortes d'albumine : une qui apparaît dès le début de la maladie, est passagère, non rétractile et en général peu abondante ; une autre tardive, persistante, abondante et parfois rétractile. L'albumine précoce est un simple symptôme qu'on trouve dans beaucoup de pyrexies, l'albuminurie tardive est un signe de gravité. Lorsque dans les urines d'un typhique on peut du 15e au 20e jour déceler de l'albumine en assez grande abondance, le pronostic est très sévère ; la mortalité a dépassé dans nos cas 60 0/0 avec le traitement ordinaire sans bains froids. Le seul traitement à instituer est la réfrigération, bains froids, serviettes, draps mouillés. Ce traitement est, suivant nous, le seul capable actuellement de modifier le pronostic.

VARIÉTÉS

Inauguration de l'Ecole du service de santé militaire. — Dimanche dernier a eu lieu à Lyon l'inauguration de l'Ecole du service de santé militaire, que la mort tragique du président Carnot avait fait retarder. Le ministre de la guerre accompagné de MM. les médecins inspecteurs Dujardin-Beaumetz et Vallin a été reçu par le maire de Lyon et M. le médecin inspecteur Kelsch, Directeur de l'Ecole. Des discours qui ont été prononcés et que nous ne pouvons tous reproduire nous tenons à citer celui de M. le Dr Gailleton qui a rendu un éloquent hommage aux vertus professionnelles des médecins de l'Armée.

« A l'heure actuelle, a-t-il dit en terminant, où tous les fils de France passent sous les drapeaux de l'armée nationale, c'est une grande et douce consolation pour les mères de famille d'être assurées que partout, à la caserne comme en expédition, au bivouac comme au chevet du fiévreux et du blessé, veille un médecin militaire, dont les qualités du cœur sont à la hauteur des connaissances professionnelles ; qui a pour mission, non seulement de guérir la maladie, mais d'encourager et de réconforter les âmes, et qui, pour accomplir ce noble devoir, s'inspire toujours de cette devise du corps de santé : Honneur et courage, science et amour du soldat. »

M. le Dr Kelsch, en remerciant le ministre de l'intérêt qu'il portait au corps de santé de l'armée a rappelé les services qu'avait rendus l'Ecole de Strasbourg et ceux que devait rendre l'Ecole de Lyon.

Le général Zurlinden a rendu hommage au dévouement, à la science et au désintéressement des médecins militaires et signalé le nom de ceux qui sont morts pour la patrie et dont les noms ont été donnés aux diverses parties du casernement de Lyon. Il a rappelé le courage des élèves de Strasbourg dont plusieurs ont été tués pendant le siège et répété aux élèves de la nouvelle école ce que M. L. Colin avait si bien dit aux stagiaires du Val-de-Grâce.

Banquet des anciens élèves de Strasbourg. — Le banquet annuel des anciens étudiants de la Faculté de Strasbourg aura lieu le samedi 1er juin, à 7 heures du soir, au Grand-Hôtel, à Nancy, sous la présidence du Dr Bernheim, professeur à la Faculté.

Les adhésions doivent être envoyées à M. le Dr Stœber, 66, rue Stanislas, à Nancy.

Faculté de Bordeaux. — Il est créé à Bordeaux une chaire de clinique gynécologique (fondation Cézaire Dupouy). M. le Dr Boursier, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de cette chaire.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

BULLETIN

Jurisprudence médicale. — **Enregistrement des diplômes de docteur en médecine. — Réquisitions médico-légales.**

Deux questions, que la Cour de cassation va être très prochainement appelée à résoudre dans des termes qui ne laisseront plus place à aucune interprétation abusive, ont été différemment jugées par le tribunal de Cosne et la Cour de Bourges.

Avant d'examiner ces questions au point de vue du droit, nous croyons devoir rappeler les faits.

Le 13 février dernier, entre 2 et 3 heures du matin, par un froid de — 20°, le commissaire de police de la Charité se transporte successivement au domicile des quatre médecins exerçant dans cette ville et les requiert de se rendre avec lui à une distance de 9 kilomètres pour relever le cadavre d'un individu assassiné la veille au soir, faire les constatations médico-légales nécessaires et rédiger un rapport qui sera transmis au parquet. Sans exiger que chacun de ces médecins se lève pour lui répondre, sans leur faire parvenir de réquisitions écrites, le commissaire de police se borne à leur transmettre, par l'intermédiaire d'une domestique, une réquisition verbale qui leur est plus ou moins exactement rapportée. Chacun des médecins ayant cru devoir lui faire répondre verbalement par une fin de non-recevoir, il se retire sans plus tarder et, une heure à peine après avoir commencé son infructueuse tournée, il rentre chez lui et, à l'exemple des quatre médecins de la Charité, il s'endort paisiblement. Le lendemain, vers 10 h. ou 11 h. du matin, le procureur de la République de Cosne se garde bien de requérir à nouveau les dits médecins. Il déjeune paisiblement et se rend directement à Chaulnes où les opérations médico-légales sont faites en sa présence, nous ignorons par qui. Cependant quelques heures plus tard trois des quatre médecins de la Charité — on ne sait pourquoi le quatrième n'a pas été poursuivi — reçoivent une assignation à comparaître devant le tribunal de 1re instance de Cosne : 1° pour avoir refusé de répondre à une réquisition judiciaire; 2° pour avoir négligé de faire enregistrer leur diplôme, ainsi que l'exige la loi du 30 novembre 1892.

Ce simple récit semble démontrer que, comme l'affirment d'ailleurs nos confrères de la Charité, il s'agissait moins d'obtenir le concours des médecins dans une affaire dont l'urgence n'était pas évidente — puisqu'il s'agissait non d'un blessé mais d'un mort — que de placer ceux-ci dans une situation illégale vis-à-vis du Parquet et d'en profiter pour les faire condamner, plus d'une année après le moment où la loi de 1892 est devenue exécutoire, à la peine qu'elle édicte contre ceux qui n'ont pas fait enregistrer leur diplôme. Il nous paraît évident, en effet, que si l'un des quatre médecins requis s'était levé, avait vu le commissaire de police et lui avait déclaré qu'il était prêt à accompagner à Chaulnes le procureur de la République devant lequel les constatations médico-légales devaient être faites, ledit commissaire eût consenti à attendre l'arrivée de son chef pour faire un voyage aussi pénible qu'inutile à 3 heures du matin. Et c'est parce que nous avons cru à une vexation préméditée que nous avons accueilli la plainte de nos confrères et que nous prenons leur défense.

Examinons maintenant la question de droit.

Au point de vue de l'enregistrement du diplôme, voici ce que dit le tribunal de Cosne qui, le 27 février 1895, a condamné à 25 francs d'amende les médecins de la Charité : « Tous les médecins sont tenus à faire enregistrer leur diplôme : 1° parce que ce n'est qu'une formalité matérielle qui ne modifie, ne change, ni ne porte atteinte au titre lui-même ou aux droits qu'il confère, formalité exigée dans un but purement administratif; 2° puisqu'il est certain que la loi dont s'agit a entendu édicter une mesure générale, obligatoire pour tous les médecins, quelle que soit la date de leur exercice; puisque le paragraphe 2 de l'article 9 oblige celui qui porte son domicile dans un autre département à renouveler l'enregistrement et que l'article 22 stipule que quiconque exerce la médecine sans avoir fait enregistrer son diplôme est puni d'une amende de 25 francs à 100 francs, ce qui indique bien la généralité de la prescription. »

Ce jugement, s'il nous paraît discutable au point de vue des textes de loi qu'il invoque, nous semble juste au

point de vue du bon sens et de l'équité. Il est parfaitement certain, M. Cornil le rappelait à la dernière séance du Conseil général de l'Association des médecins de France, que les articles 9 et 22 de la loi nouvelle ont été rédigés en vue de permettre à l'autorité administrative de dresser une liste exacte de tous les médecins autorisés à exercer en France, de donner dès lors au pouvoir judiciaire plus de facilités pour réprimer l'exercice illégal de la médecine; par conséquent, de protéger et non de molester les médecins. Ceux-ci devraient tous comprendre que l'enregistrement de leur diplôme est une formalité nécessaire, utile, et qu'ils ont grand tort de ne pas se soumettre, à ce point de vue, aux prescriptions de la loi. Mais, ceci dit, nous devons reconnaître aussi que la doctrine du tribunal de Cosne n'est pas juridiquement acceptable parce que la loi n'a *imposé* l'enregistrement de leurs diplômes qu'aux médecins reçus depuis sa promulgation et qu'elle n'a pas *explicitement indiqué* que les médecins diplômés depuis plusieurs années étaient soumis à cette obligation. Nous pensons donc que la Cour de cassation ratifiera l'arrêt de la cour de Cosne dont voici le texte :

Attendu que l'obligation imposée aux médecins par l'article 9 de la loi du 30 novembre 1892 de faire enregistrer leur titre, dans le mois qui suit leur établissement, au greffe du Tribunal civil de leur arrondissement, est empruntée à l'article 24 de la loi du 19 ventôse an XI; que cette loi, faisant une distinction entre les médecins reçus suivant les anciennes formes supprimées en France et ceux qui seraient reçus suivant les formes nouvelles, avait astreint les premiers à présenter dans l'espace de trois mois après la publication de la loi leurs lettres de réception et de maîtrise au Tribunal de leur arrondissement et les seconds à présenter, dans le délai d'un mois après la fixation de leur domicile, les diplômes qu'ils auraient obtenus, au greffe du Tribunal de première instance dans l'arrondissement duquel ils voudraient s'établir; que cette dernière obligation ne concernant que ceux qui n'avaient point encore été examinés et reçus dans l'une des écoles spéciales créées par la loi nouvelle ne pouvait produire d'effet que dans l'avenir;

Attendu que la loi de 1892 n'a retenu de la loi du 19 ventose au XI en ce qui concerne la présentation des diplômes au greffe que la disposition relative aux médecins non établis; qu'elle n'a pu statuer également que pour l'avenir et qu'elle a laissé en dehors de ses prévisions les docteurs en médecine qui pratiquaient déjà leur art au moment de sa promulgation;

Attendu, en effet, que l'enregistrement du titre devant être opéré obligatoirement dans le mois qui suit l'établissement, il en résulte que les médecins établis depuis plus d'un mois à l'époque où la loi du 30 novembre 1892 est entrée en vigueur ont été dans l'impossibilité de satisfaire à ses prescriptions; que pour étendre à ces derniers les effets de l'article 9 de cette loi il faudrait fixer un autre point de départ de son exécution, ce qu'il n'appartient pas aux tribunaux de faire, puisque, agissant ainsi, ils n'interpréteraient pas la loi mais la modifieraient.

En ce qui concerne le deuxième point, la question est plus délicate à apprécier.

Sur la proposition de M. Grousset, appuyé par M. le Dr Armand Desprès, alors député, la loi de 1892 (art. 22) a décidé que tout médecin était tenu de déférer aux réquisitions de la justice. En vain M. Brouardel, commissaire du gouvernement, a-t-il protesté contre les dangers que présente cet article de la loi et affirmé l'incompétence, au point de vue médico-légal, de la plupart des médecins. En vain le rapporteur, M. le Dr Chevandier, a-t-il soutenu que, si le médecin se récuse, « c'est de sa part un acte d'humilité et d'honnêteté qui est le propre d'une conscience sévère ». A une écrasante majorité, la Chambre d'abord, le Sénat ensuite, ont imposé à *tous les médecins* (docteurs et officiers de santé) l'obligation de répondre aux réquisitions de l'autorité judiciaire, non seulement dans les cas de flagrant délit, mais chaque fois que, dans des circonstances quelconques, il plaira à un officier de police judiciaire, auxiliaire du procureur de la République (officiers de gendarmerie, commissaires de police, préfets des départements et préfet de police à Paris, maires et adjoints des communes de 3,000 habitants et au-dessous) de réclamer leur concours. Si le médecin a quelques motifs de se récuser, il devra les faire valoir devant le tribunal qui les appréciera souverainement; mais il ne peut en aucun cas, sans motif valable, décliner une réquisition qui lui est légalement adressée.

Le tribunal de Cosne, pour condamner les médecins de la Charité, a bien invoqué l'article 22 de la loi sur l'exercice de la médecine; il a justement fait remarquer que les réquisitions peuvent être écrites ou verbales et qu'elles ne sont soumises à aucune formalité spéciale; mais il a ajouté (et c'est ce point de vue qui dans l'espèce est contestable) « qu'il suffit, pour qu'elles soient obligatoires, que la personne à laquelle on s'adresse ne puisse pas se méprendre sur la qualité de l'agent qui agit et sur la nature des constatations qu'on exige ».

Or, la cour de Bourges, tout en reconnaissant, comme le tribunal de Cosne, que tous les médecins sont tenus de répondre aux réquisitions de la justice, tout en admettant que les réquisitions peuvent être verbales ou écrites, a explicitement affirmé qu'une demande transmise verbalement par un domestique ne pouvait suffire pour *obliger* un médecin à la considérer comme *impérative*, c'est-à-dire comme tenant lieu d'une réquisition légale. Il importe de remarquer en effet que, dans les trois arrêts rendus par la cour de Bourges, les excuses invoquées par les médecins de la Charité n'ont été ni acceptées, ni rejetées. Il n'en a pas été tenu compte. La Cour s'est bornée à affirmer que le commissaire de police de la Charité avait un peu trop cavalièrement exécuté son mandat. Voici le texte de l'un de ces arrêts :

Attendu qu'aucune loi n'a attaché une forme particulière aux réquisitions adressées par les officiers de police judiciaire aux médecins; qu'elles peuvent être écrites ou verbales; mais que, constituant une véritable mise en demeure, elles doivent être conçues en termes suffisamment impératifs pour que les citoyens à qui elles sont présentées comprennent que la magistrature entend non pas exprimer un désir mais user d'un droit fortifié par une sanction pénale;

Attendu que le 13 février 1895, entre deux heures et trois heures du matin, le commmissaire de police de la Charité s'est transporté au domicile du docteur C... et l'a invité et requis de l'accompagner à Chaulnes où un crime de meurtre venait d'être commis; qu'il ne s'est pas adressé au docteur lui-même mais à sa domestique qui lui répondit, suivant les indications qu'elle reçut, que le cheval de son maître n'était pas ferré de façon à suivre la route, couverte à cette époque de neige et de verglas;

Attendu qu'il est inutile de rechercher si ce motif pouvait constituer un cas de force majeure en présence des allégations de l'inculpé qui prétend que la réquisition du commissaire de police lui a été transmise dans des termes qui lui ont laissé croire qu'il était l'objet d'une invitation n'engageant pas sa responsabilité en cas de refus;

Attendu que cette explication n'est contredite par aucun document de la cause; qu'elle est vraisemblable si l'on tient compte de la qualité de la personne chargée de rapporter des paroles dont elle n'a probablement pas compris le sens précis et rigoureux et de cette autre circonstance que le commissaire de police n'a pas insisté et s'est retiré immédiatement, ce qui permettait de supposer qu'il n'attachait pas à sa démarche l'importance d'une réquisition véritable qui, si elle avait été renouvelée, aurait pu vaincre le premier refus du médecin;

Attendu, par suite, qu'il n'est pas suffisamment établi que le Dr C. ait reçu une réquisition de justice à laquelle il était tenu de déférer;

Par ces motifs:

Infirme le jugement rendu par le tribunal de 1re instance de Cosne et renvoie le prévenu C. des fins de la poursuite dirigée contre lui sans dépens.

Le second médecin requis avait fait répondre qu'il était malade. La Cour n'a pas non plus examiné la validité de cette excuse; mais elle a admis, comme dans le cas précédent, que la réquisition n'avait pas été régulière. Quant au troisième médecin, il a fait répondre qu'il n'exerçait plus la médecine. La réquisition à lui adressée ayant été, comme dans les cas précédents, jugée trop peu impérative, la Cour n'avait pas à examiner s'il exerçait ou non. Elle eût sans doute infirmé plus explicitement le singulier jugement rendu, dans ce cas particulier, par le tribunal de Cosne.

« Attendu, dit-il, que l'article 23 de la loi du 30 novembre 1892 édictant que tout docteur en médecine est tenu de déférer aux réquisitions de justice, il est indifférent que le médecin à qui s'adresse la réquisition exerce ou non, puisque la loi n'a fait aucune distinction et a voulu embrasser, en employant l'expression « tout docteur en médecine » toute personne pourvue du diplôme de docteur. »

Si, en effet, les juges de Cosne avaient pris la peine de relire la discussion qui a précédé le vote de la loi, ils y auraient vu qu'au Sénat, au nom de la commission, M. Bardoux a prononcé les paroles suivantes : « On nous a demandé si cette expression de notre projet : « tout docteur en médecine » pouvait contraindre le médecin qui ne pratiquait pas son art à obéir aux réquisitions. Evidemment non. » Et M. Bardoux, examinant ensuite les cas d'excuse valable (impossibilité matérielle ou physique, incompétence du médecin dans un cas médico-légal difficile exigeant une expertise particulièrement délicate, etc.), ajoute que ces cas sont résolus par le bon sens et que le juge a un pouvoir discrétionnaire « toujours bienveillant vis-à-vis d'un homme de l'art ».

C'est en s'inspirant de ces sentiments de bienveillance et d'équité que la Cour de Bourges a acquitté les médecins de la Charité, et c'est parce que nous croyons, nous aussi, qu'ils ont été victimes d'un mauvais vouloir prémédité que nous prenons leur défense.

Me Morillot, conseil judiciaire du Conseil général de l'Association, défendra donc leurs intérêts devant la Cour de cassation et nous espérons qu'il obtiendra, contrairement aux réquisitions de M. le Procureur général de Bourges, que l'arrêt de la Cour ne soit point cassé.

Mais si, dans l'espèce et pour ce cas particulier, nous soutenons la cause de nos confrères, nous devons hautement déclarer que la loi de 1892 impose à tous les médecins l'obligation de déférer aux réquisitions de la justice. Nous avons assez souvent protesté contre cet article de la loi au moment des discussions préliminaires; trop souvent nous avons fait ressortir ses inconvénients et ses dangers pour que nous ne puissions pas être suspecté de partialité. Il nous faut malheureusement, aujourd'hui que la loi est rendue exécutoire, nous incliner devant son texte.

Quant à l'enregistrement du diplôme c'est une formalité qui n'est ni onéreuse, ni préjudiciable aux intérêts du médecin, qui est au contraire très utile au point de vue de la répression de l'exercice illégal et que dès lors tout médecin devrait se hâter de remplir. Tel est du moins notre avis, conforme à celui qu'a exprimé, sur notre demande, le Conseil général de l'Association.

L. Lereboullet.

REVUE GÉNÉRALE

Les fièvres paludéennes dites pernicieuses. Leur prophylaxie, par M. le docteur Catrin, médecin-major de 1re classe, professeur agrégé à l'Ecole du Val-de-Grâce.

Rien de plus délicat à définir que la perniciosité. Est-ce à dire que c'est là un de ces mots exprimant une idée comprise par chacun et que la simplicité même de sa compréhension rend difficile à spécifier. Il n'en est rien, car la définition des fièvres pernicieuses varie avec les auteurs. Pour les uns, et c'est la majorité, fièvre pernicieuse signifie fièvre grave, et c'est depuis Torti la conception la plus généralement adoptée et aussi la plus simple. Mais encore pourrait-on se demander ce qu'il faut entendre par gravité d'un accès. Ne sait-on point que tel médecin, sans être un pessimiste, voit toujours des maladies graves, que tel autre, sans égaler Démocrite, a tendance à trouver les maladies légères. Le terrain, dont la bactériologie nous a montré toute l'importance et sur lequel évolue le paludisme, ne va-t-il pas modifier complètement tous les symptômes et ne devrait-on pas une fois pour toutes renoncer à donner une sorte de personnalité aux diverses entités morbides, se rappelant cet axiome tant de fois répété et aussi vieux que la médecine : Il n'y a pas de maladie, il n'y a que des malades. N'est-il pas de notion vulgaire que la fièvre la plus simple, la plus légitime prendra un caractère pernicieux chez un dysentérique, un scorbutique, etc. Tous les accès ne sont-ils point graves chez les paludéens chroniques et surtout chez les cachectiques, si sujets d'ailleurs à ces fièvres dites pernicieuses.

Qu'on ne pense pas que je veuille faire ici des subtilités; qu'on interroge les statistiques des médecins séjournant dans une même localité, à une même époque, et l'on verra combien le pourcentage des accès pernicieux varie, combien surtout leur léthalité a des échelles d'une graduation presque infinie.

Au Mexique, par exemple, Debout n'a pas un décès sur cinq accès algides, ces fièvres que Maillot, Colin,

Griesinger, etc., considèrent comme les plus graves des pernicieuses et qui, au Sénégal, ont donné six décès sur sept cas. Grenet, à Mayotte, n'a qu'un mort sur dix-sept accès comateux, Jacquot, un sur seize en Italie et Bailly un sur 10, Colin un sur cinq dans le même pays Broussais un sur quinze, Louis Laveran un sur deux et demi, Maillot un sur cinq en Algérie. Mais je ne veux pas insister sur ces chiffres et ne donnerai qu'un dernier exemple ; on sait que beaucoup de médecins, pratiquant aux colonies, regardent la bilieuse hématurique ou hémoglobinurique comme le summum de l'intoxication malariale ; or, tandis qu'à Gorée, Borius a huit morts sur neuf, Chabert a à peine un décès sur huit et Bourgarel sur dix-huit cas a dix-huit guérisons. De même, à Nossi-Bé, Guiol n'a pas vu mourir un seul individu atteint de ce genre de fièvre qu'il considère comme peu grave.

Songe-t-on d'ailleurs à voir dans une fièvre typhoïde grave une autre espèce de maladie et de même pour telle ou telle fièvre infectieuse.

Un même accès peut être pernicieux au début, puis simple dans sa terminaison, ou le contraire se présentera plus souvent encore. Aux Antilles, Augier rapporte des observations où un homme a un premier accès diaphorétique dont il guérit, puis le lendemain un algide qui le tue.

Un autre meurt d'un accès algide survenant après un accès cholériforme dont il avait guéri, un troisième échappe à un accès comateux mais non à un algide qui survient la nuit suivante.

Dans les fièvres pernicieuses dites solitaires, c'est-à-dire dans celles : « où la gravité résulte de l'ensemble des troubles morbides sans que l'un d'eux prédomine » le temps permettra quelquefois de faire le diagnostic, mais dans la fièvre comitée, celle où l'un des phénomènes morbides est prédominant, les erreurs seront légion. Ces faits avaient frappé Laveran père qui, dès 1842, disait que suivant leur intensité on pouvait rapporter les fièvres continues aux fièvres bénignes ou aux fièvres pernicieuses. Et dans le même travail il ajoutait : Le vomissement sans importance dans les fièvres de Toulon pourra être à Alger le seul symptôme alarmant d'une fièvre fatalement mortelle.

En outre on ne saurait ouvrir un recueil d'observations de fièvres pernicieuses paludéennes, sans y trouver des erreurs de diagnostic : Kelsch nous montre une insolation compliquée de pneumonie qui, sans la connaissance de la mélanémie, aurait été diagnostiquée accès pernicieux. Colin, en Italie, Cuvilier à Guelma ont fait l'autopsie d'un accès pernicieux qui était une méningite suppurée, Pellereau signale un cas d'ulcère rond diagnostiqué fièvre pernicieuse algide. Dans un autre cas de fièvre algide, l'autopsie démontre une rupture de la rate. Et combien de ces erreurs sont tues et combien d'autres seraient dévoilées si les autopsies étaient plus fréquentes. Enfin que d'accès sont diagnostiqués pernicieux par ce seul fait que la mort a été la terminaison de la maladie.

La gravité, on le voit, n'est donc pas toujours un caractère pathognomonique et Rush dans la guerre de la Sécession rapporte deux cas où des soldats atteints de fièvre pernicieuse avaient été considérés comme simulateurs, tellement les symptômes qu'ils montraient étaient bénins.

Mais encore pour d'autres auteurs la fièvre pernicieuse se caractérise moins par la gravité que par la soudaineté, la brusquerie des accidents. D'autres observateurs basent leur diagnostic sur la rapidité de l'évolution de l'accès, que la terminaison soit la guérison ou la mort. On a même voulu distinguer les accès malins et les pernicieux : la malignité était comparée au chien qui mord sans aboyer, la perniciosité au chien qui mord aussitôt qu'il aboie, Dutrouleau a bien démontré que la fièvre pernicieuse pouvait être insidieuse c'est-à-dire maligne et pernicieuse tout à la fois.

Si je reviens aux fièvres comitées, faut-il remonter bien loin de nous pour trouver les classifications les plus compliquées, les plus inextricables, les plus étranges, pour voir que selon certains auteurs tout est regardé comme pernicieux, et les vingt espèces de fièvre pernicieuse d'Alibert sont simples encore si on les compare aux pernicieuses de Mongellaz. Récemment, un observateur affirmait qu'à Zanzibar tout accès si bénin qu'il soit tend à devenir pernicieux. Aussi Mahé consacre-t-il de longs chapitres à la seule énumération des classifications de ces fièvres pernicieuses, aussi voit-on chaque auteur créer pour ainsi dire sa classification personnelle d'après ce qu'il a observé ou d'après les idées théoriques qu'il a conçues ; les uns prenant pour guide les symptômes, les autres les lésions, un troisième l'exagération d'un stade. Ceux-ci nient l'accès dysentérique, l'accès cholérique, l'accès pneumonique, ceux-là admettent l'accès tétanique, bronchitique, pleurétique. Jacquot à Civita Vecchia sur 34 fièvres pernicieuses en compte 18 pectorales. Pourquoi, dit Laveran père, existe-t-il des fièvres pernicieuses sans symptômes saillants ?

J'avoue que, depuis longtemps, j'avais été frappé de l'obscurité de la notion de ces fièvres pernicieuses, car au début de ma carrière, en Algérie il y a 20 ans, j'avais assisté à une discussion entre médecins distingués pour savoir si une fièvre était pernicieuse ou non et quelle thérapeutique devait être suivie. L'autopsie démontra l'existence d'une atrophie jaune aiguë.

Par ailleurs, il semble que je combatte pour une cause gagnée depuis longtemps, car ils sont nombreux ceux qui ne veulent point reconnaître la classe des fièvres pernicieuses. Dans les Indes, Morehead et la plupart des médecins anglais n'admettent que des « fièvres compliquées ». Aitken avait sagement fait observer qu'il semblait bien singulier qu'on eût affaire à une espèce particulière de fièvre, puisque sur 100 individus exposés au même miasme paludéen, les uns étaient atteints de fièvre simple, certains autres, de fièvres pernicieuses. Pour Pellereau, ce terme fièvre pernicieuse n'a aucune signification. Corre n'admet que des fièvres franches ou modifiées.

Enfin M. Laveran dans son « Traité des fièvres paludéennes » dit que la dénomination de fièvres pernicieuses ne lui semble pas devoir être conservée, il n'y a pas, ajoute-t-il, de fièvres pernicieuses distinctes des fièvres intermittentes ou des continues palustres, il y a seulement des fièvres palustres intermittentes ou continues qui se compliquent d'accidents graves, c'est à ces fièvres compliquées que s'applique l'expression d'accidents ou accès pernicieux ?

Tant de témoignages venant à des époques diverses, de pays différents, d'observateurs multiples semblent donc rendre inutiles les arguments que j'ai développés.

Il n'en est rien pourtant, car à peine la découverte de Laveran avait-elle reçu la sanction du monde scientifique qu'on voyait un grand nombre d'observateurs s'efforcer de trouver un organisme spécial aux fièvres pernicieuses ; et il existe certes autant de travaux sur ce point que sur la constatation de l'oscillaria aujourd'hui universellement admis.

Je ne rappellerai que les travaux italiens à ce sujet.

Néanmoins rien ne justifierait la longueur de cette communication, s'il n'y avait qu'une idée théorique à combattre, mais dans cette question la thérapeutique va intervenir. C'est qu'en effet, devant un symptôme grave

survenant dans un accès de fièvre intermittente quotidienne tierce, etc., ou dans une fièvre continue, lorsque se produit cette complication, il ne faut pas longuement discuter le diagnostic; comme l'a dit Colin, l'aggravation ne se fait plus ici jour par jour, heure par heure, chaque minute de retard compromet une médication qui, appliquée à temps, peut sauver le malade. De ces considérations, qui à première vue peuvent paraître théoriques, résulte donc une règle d'une importance capitale: dès qu'une *complication* quelconque se présente dans un accès paludéen, *dûment* diagnostiqué, il ne faut pas hésiter à donner le quinique à haute dose, on doit laisser de côté les distinctions subtiles de délire faible ou fort, de coma simple ou non, etc., et traiter largement. Les inconvénients, si l'accès est bénin, seront minimes, un peu de surdité quinine, quelques bourdonnements; l'erreur dans un autre sens conduirait à un résultat autrement grave.

Mais ce n'est là qu'une mesure de prophylaxie relative, en est-il d'autres? Pour arriver à déterminer ces mesures prophylactiques, il faut nécessairement rechercher quelles causes ont été invoquées pour expliquer l'étiologie des accès pernicieux, quelles sont les circonstances qui semblent les provoquer?

II. — Beaucoup d'observateurs signalent la fréquence des accès pernicieux chez les nouveaux arrivants. C'est là à mon sens une erreur, d'autant plus singulière, que si l'on parcourt les observations publiées par ces auteurs mêmes, on trouve que les accès dits pernicieux ont surtout atteint d'anciens paludéens.

« Les accès pernicieux n'éclatent jamais d'emblée chez des sujets jusque-là indemnes de toute atteinte du paludisme; je n'ai observé pour ma part aucune exception à cette règle » (Laveran, Traité des fièvres intermittentes, 1884).

La plupart du temps au contraire, ce sont des paludéens chroniques qui sont frappés, et l'on sait en outre combien sont relativement fréquents les accès pernicieux chez les cachectiques même rentrés depuis un certain temps dans des pays indemnes de malaria. J'ai déjà dans un livre sur le paludisme chronique relaté deux observations absolument typiques à ce sujet. Pendant vingt mois, j'ai vécu avec un bataillon d'infanterie en Tunisie; des 600 hommes qui composaient cette unité, bien peu échappèrent à la malaria, il y eut des récidives extrêmement fréquentes, des cas graves, néanmoins grâce aux évacuations, je n'ai pas eu à signaler un décès par paludisme pendant la durée de la campagne. Mais après le retour en France, ayant continué à servir dans ce même bataillon, je pus constater les effets ultérieurs du poison tellurique et deux accès pernicieux causèrent la mort de deux de mes hommes; l'un des deux n'avait pas eu moins de cinq entrées à l'hôpital, l'un et l'autre étaient des paludéens chroniques. Ces faits ne sont pas exceptionnels, O. Saint-Vel en a signalé de nombreux exemples; Rousseau, Keisser, dans leur thèse (Bordeaux 1886 et 87) citent des observations d'accès de fièvre bilieuse hématurique deux mois après le retour du Sénégal en France.

Quelle que soit d'ailleurs l'opinion des auteurs, dans toutes les observations où sont données avec quelque soin les anamnestiques, on voit combien sont rares les cas de fièvres pernicieuses chez les nouveaux arrivants. Dans le livre du regretté Maillot, dont nous pleurons encore la mort récente, 14 décès causés par des accès pernicieux, concernent des individus ayant de 2 à 4 atteintes antérieures; un autre avait des accès depuis un mois et demi, un onzième cachait avec soin ses accès, celui-ci avait 2 ans d'Algérie et était alcoolique, celui-là est mort après deux mois et demi d'hôpital et ayant des escharres gangréneuses enfin, un dernier, dont l'autopsie est relatée, semble avoir eu des lésions de fièvre typhoïde, mais on sait, à l'époque où Maillot pratiquait en Algérie, combien était encore fragile le diagnostic de fièvre typhoïde.

Colin, sur 5 décès par accès pernicieux, cite deux paludéens chroniques, deux ayant eu des attaques antérieures et 3 ou 4 ans d'Afrique.

Sur cinq morts par accès pernicieux, Kelsch a 3 cas où à diverses reprises la fièvre avait frappé des patients qui vivaient depuis 2 ou 3 ans en Algérie, le quatrième décès n'est survenu qu'après 18 jours d'hôpital, le cinquième malade n'avait, il est vrai, que six mois d'Afrique quand il fut atteint d'accès chôlériforme.

Il est inutile de continuer ces citations; quiconque lira les observations d'accès pernicieux se convaincra facilement que ce sont surtout les individus atteints antérieurement par le paludisme qui sont le plus souvent frappés.

La première et la plus importante règle de la prophylaxie des accès pernicieux est donc le rapatriement ou l'envoi dans un sanatorium de tout individu dont les accès récidivent avec fréquence et à plus forte raison de tout paludéen chronique.

L'expérience a d'ailleurs consacré ce principe.

Colin constatait que, pendant l'année 1864, l'armée française en Italie n'avait pas perdu un seul homme par accès pernicieux, parce que, disait-il, on avait multiplié les envois de convalescents dans la mère-patrie.

M. Pallu, médecin de la marine, était, en 1888, chargé du service des évacuations au Tonkin; dans un premier transport, il eut 33 décès sur 511 évacués, soit 6 0/0; dans un deuxième transport, alors que les hommes avaient pourtant plus de temps de colonie, circonstance éminemment défavorable, il ne perdit que 3 hommes sur 594 évacués, soit 0,5 0/0. Ce n'était point que les maladies eussent changé de forme, ce n'était pas que les médications fussent modifiées, mais dans l'intervalle des transports, une circulaire avait rappelé aux médecins, toujours très heureux de ces rappels, que les évacuations devaient être aussi précoces que possible.

C'est encore à la précocité de ces évacuations que M. Martinet (thèse de Bordeaux, 1881) attribue la rareté des accès pernicieux (5 cas seulement) et l'absence de décès dans un détachement de 242 hommes séjournant aux Nouvelles-Hébrides, île extrêmement malsaine puisque en l'espace de deux mois, tous les soldats du détachement avaient été atteints par la malaria; l'auteur ajoute que ces accès pernicieux sont fréquents chez les colons, les libérés qui ne peuvent fournir l'argent nécessaire pour quitter ces terres cruelles et se réfugier dans la Nouvelle-Calédonie.

Cependant, nous avons vu que, parmi les observations d'accès pernicieux, on en pouvait rencontrer quelques-unes qui concernaient les nouveaux arrivés.

Dans ces cas, toujours on trouvera la raison de l'accès dans une cause accessoire. Une des plus fréquentes de ces causes c'est l'insolation. Votre ennemi, c'est le soleil, disait à nos soldats du Sénégal le vieux marabout Mamadou, et peu après, par bravade, un officier sortant au soleil sans képi était atteint d'un accès algide.

Rey, au Tonkin, insiste pour montrer l'influence des insolations sur la genèse des accès pernicieux.

L'alcool est encore un facteur important à invoquer. Chez les alcooliques chroniques, les accès sont plus sévères; mais, en outre, l'alcoolisme aigu prédispose aux accès graves, et à la suite des fêtes populaires en pays paludéen, on a fréquemment à enregistrer des accès pernicieux les lendemains de ces fêtes d'ordinaire célébrées par de copieuses libations; de même lors des changements de garnison où entre camarades on célèbre le départ des uns, l'arrivée des autres. Les écarts de

régime ont un rôle analogue aux excès alcooliques.

Partout, l'influence des fatigues a été également invoquée; les débilités, quelle que soit la cause de leur faiblesse, sont toujours plus atteints que les robustes. C'est ainsi que dans la guerre de la Sécession on constata que les troupes surmenées qui opéraient entre Washington et Richemond eurent des cas de paludisme plus nombreux et plus graves que dans les autres régiments où les opérations étaient moins actives.

Il est encore fort probable que certains accès pernicieux ne sont que des maladies associées, proportionnées. A Rome, où la dysenterie est peu fréquente, l'accès dysentérique se voit rarement. En Cochinchine, où le choléra est endémique, Liebermann rapporte qu'un accès sur deux est cholériforme.

Enfin l'intensité de l'intoxication paraît aussi devoir être invoquée pour expliquer la pathogénie des accès graves, ainsi que semble le prouver le récent travail de Doch, qui put constater la présence d'un grand nombre d'hématozoaires dans le sang des individus atteints d'accès pernicieux. Or on sait que certaines localités ont une réputation d'insalubrité notoire; les intoxications nocturnes sont très intenses et tel traversera impunément un marais en plein midi, sera atteint d'accès pernicieux s'il s'expose aux émanations nocturnes du même marais. Lind avait signalé cette particularité dans son admirable livre. Plus récemment Griffon du Bellay montrait la fréquence des cas de fièvre grave chez les ouvriers nocturnes dans les pays paludéens, c'est ainsi que sur deux boulangers à bord de la Zélie, un mourut d'accès pernicieux et en trois ans, quatre boulangers durent être rapatriés.

Combien d'officiers en Algérie ont vu éclater chez eux des accès de fièvre dangereuse et parfois mortelle à la suite d'une partie de chasse trop matinale ou d'un *affut* trop prolongé dans la nuit.

Je résumerai en quelques lignes les indications prophylactiques des accès pernicieux.

1° *Rapatriement* fréquent et précoce de tout individu chez lequel les fièvres récidivent et à plus forte raison évacuation immédiate de tout paludéen chronique.

2° Eviter l'action directe des rayons solaires.

3° N'admettre dans les corps coloniaux ou parmi les émigrants que des individus robustes, triés avec soin, exempts de toute tare organique.

4° Avoir une hygiène sévère, ne se livrer à aucun excès de fatigue physique ou intellectuelle, se garder également des excès de table, d'alcool.

5° Ne pas s'exposer aux émanations nocturnes des terres ou des marais à malaria, ni aux brouillards du matin si fréquents dans les pays paludéens.

TRAVAUX ORIGINAUX

HÔPITAL TROUSSEAU. — *M. Broca.*

De l'ostéomyélite des enfants en bas âge,

par J. BRAQUEHAYE, interne des hôpitaux.

(Fin.)

En plus des observations XXIV et XXV, nous citerons encore les suivantes :

OBS. XXXI. — *Ostéomyélite aiguë de l'extrémité inférieure du péroné droit. Trépanation. Guérison.*

Lucien N..., âgé de deux ans, est amené à la consultation de l'hôpital Trousseau le 1er juin pour tuméfaction de l'extrémité inférieure de la jambe droite prise pour du rachitisme.

Le 6 juin, elle est devenue douloureuse; son maximum est au niveau de la malléole externe et on porte le diagnostic d'ostéomyélite.

On fait aussitôt une incision sur la face externe de la jambe. On trouve une goutte de pus sous le périoste du péroné. Cet os est trépané et on rencontre du pus dans l'os. — Pansement à la gaze iodoformée.

L'enfant est pansé régulièrement.

Il est guéri le 10 juillet 1893.

Nous avons appris le 7 avril 1895, qu'il y a 9 mois, il est parti en province avec ses parents et que la guérison s'était maintenue.

OBS. XXXII. — *Ostéomyélite aiguë de l'extremité inférieure du fémur. Trépanation. Mort.*

Gustave M... nous est amené à la consultation à l'âge de 3 semaines pour une tuméfaction de l'extrémité inférieure du fémur.

Dans ses antécédents héréditaires, nous ne relevons ni rhumatisme, ni syphilis, ni tuberculose.

L'enfant, élevé au sein, s'est toujours bien porté. Il ne tousse pas et n'a ni furoncle, ni excoriations de la peau, ni angine.

Les parents nous racontent que le genou est gros et douloureux depuis 15 jours. Ils ont vu un médecin qui diagnostiqua une fracture de cuisse et appliqua sur le membre une bande serrée. Mais loin de s'améliorer la lésion empira.

Quand nous voyons le petit malade, le 3 juin 1893, l'extrémité inférieure de la cuisse est tuméfiée, rouge. La peau y est tendue, luisante, œdémateuse. Elle est chaude à la main. Par la palpation on sent que la tuméfaction se trouve sur la partie inférieure du fémur. La fluctuation est manifeste. L'enfant est opéré aussitôt. On fait une incision au point fluctuant. Il s'écoule du pus. L'os dénudé est trépané à son tour.

Le 7 juin, nouveau pansement. L'état général n'est pas plus mauvais que quand nous avons vu l'enfant. Localement, la plaie va bien.

Depuis nous avons appris qu'il était mort peu après.

OBS. XXXIII. — *Ostéomyélite aiguë de l'extrémité supérieure de l'humérus. Trépanation. Guérison.*

Léonie M..., âgée de 2 ans, nous est présentée à la consultation le 21 août 1894 pour une tuméfaction de l'épaule.

Sa mère, rhumatisante et cardiaque, a été soignée pendant 6 mois à Lariboisière. Sa fillette s'est toujours bien portée jusqu'au 11 août 1894. Ce jour-là, après avoir été gaie et avoir joué toute la journée comme de coutume, elle se plaignit de l'épaule. La mère la frictionna avec de l'alcool camphré et l'enfant fut soulagée.

Cependant le 13 août, elle l'amenait à la consultation de médecine de l'hôpital Trousseau. On crut à des douleurs rhumatismales et on prescrivit des frictions à l'huile de camomille camphrée, sans résultat.

Aussi la mère faisait-elle venir le médecin de la mairie qui crut encore au rhumatisme et ordonna un traitement analogue.

La petite malade ne nous est amenée que le 21 août, dix jours après le début des accidents.

A la vue, on constate que l'épaule est tuméfiée; la circulation veineuse superficielle est très exagérée.

Au palper, on sent que la tuméfaction est diffuse. Il existe là, de l'empâtement et de la fluctuation. Cependant l'articulation est libre et ses mouvements passifs sont peu douloureux. La tête humérale est bien à sa place dans la cavité glénoïde. Elle suit bien les mouvements imprimés à l'humérus. Il existe un point très douloureux immédiatement au-dessous de la grosse tubérosité.

L'enfant est opérée le 22 août. Incision à la région externe. On trouve du pus sous les parties molles. L'humérus qu'on sent dénudé est à son tour trépané. Il y a du pus dans l'os. Drainage. Pansement à la gaze iodoformée.

Les suites opératoires ont été bonnes. La plaie marche régulièrement vers la cicatrisation. Nous revoyons l'enfant le

17 septembre. Elle est guérie. La cicatrisation est complète. L'articulation de l'épaule est libre.

Le 7 avril 1895 nous avons des nouvelles de l'enfant. La guérison s'est maintenue parfaite jusque là.

Non seulement le diagnostic est difficile tout à fait au début, mais même au moment de l'intervention et dans le cas suivant, par exemple, pendant l'opération on n'avait pas senti d'os dénudé et ce n'est qu'à l'autopsie qu'on reconnut l'ostéomyélite.

Obs. XXXIV. — *Ostéomyélite de l'omoplate méconnue. Mort.*

Joseph W..., 8 mois, entre le 24 janvier 1893 pour un abcès chaud volumineux de l'épaule gauche, à l'hôpital Trousseau, salle Denonvilliers.

L'abcès est incisé dès l'entrée du malade et malgré les recherches qui sont faites, on ne parvient pas à sentir de points osseux dénudés. Aussi fait-on un simple pansement.

Le pus, examiné par M. Achard, n'a pas donné de cultures.

Notons que ce petit malade porte une tourniole au médius droit.

Malgré l'intervention du 24 janvier, l'état général reste mauvais et l'enfant meurt le 25 janvier.

A l'autopsie, on trouve une ostéomyélite de l'omoplate, méconnue pendant la vie du malade.

Il est un diagnostic sur lequel Dardenne insiste tout particulièrement dans sa thèse. C'est celui de la pseudo-paralysie syphilitique de Parrot. C'est qu'en effet il existe des rapports entre l'ostéomyélite des jeunes enfants et la syphilis héréditaire. Un cas de Thibierge (1) est absolument probant à cet égard. Valleix (2) en avait autrefois rapporté un semblable. Les lésions syphilitiques des os servent de point de moindre résistance et favorisent la fixation des microbes en ce point. Les signes propres à la présence du pus pourront seuls servir à établir le diagnostic entre les cas de ce genre et ceux dans lesquels la lésion est restée uniquement syphilitique.

Voici justement une observation dans laquelle l'ostéomyélite s'est développée chez une enfant ayant nettement une hérédité syphilitique. Il est vrai que dans ce cas le diagnostic était facile car l'affection évoluait d'une façon aiguë.

Obs. XXXV. — *Ostéomyélite aiguë du grand trochanter gauche de l'os iliaque. — Trépanation. — Mort.* (*En partie publié dans la thèse de Girard.*)

Augustine T..., deux ans, se présente à la consultation le 1er février 1893, pour un volumineux abcès à la partie externe et supérieure de la cuisse gauche. Les parents sont syphilitiques avérés. La mère a eu quatre enfants dont un mort-né, un fœtus macéré, un enfant vivant ayant toujours eu des abcès et des croûtes. Celle-ci est la quatrième.

Le gonflement de la hanche a débuté il y a six semaines.

Lorsque nous voyons la petite malade, le 1er février 1893, nous constatons que sa hanche gauche est énorme, douloureuse. La rougeur est presque nulle. Cependant il existe là des signes d'abcès manifestes, la fluctuation est évidente. L'état général est mauvais, la face est pâle. La température est de 39.

Incision de 10 à 12 centimètres à la région externe. Il en sort un pus vert, phlegmoneux, très abondant. Celui-ci est contenu dans une poche anfractueuse avec vastes décollements intermusculaires. Il y a un point dénudé à la partie supérieure du grand trochanter et sur l'iléon, au-dessus et en arrière du cotyle. Evidement osseux à la curette. Pas de réunion. La plaie est bourrée de gaze iodoformée.

Du pus a été recueilli pour l'examen bactériologique. On y a trouvé du streptocoque.

Le soir, la température est moindre. On constate des deux côtés de la congestion pulmonaire. Pas d'autres lésions viscérales.

Les jours suivants, pas d'amélioration notable.

Le 4 février, l'enfant passe aux douteux où une rougeole se déclare. Elle meurt bientôt après de bronchopneumonie.

Pas d'autopsie.

Mais dans les cas d'ostéomyélite chronique d'emblée le diagnostic peut être extrêmement difficile. Fatalement on pensera à la syphilis héréditaire. Pour établir ce diagnostic, on aura recours à la forme de la tuméfaction osseuse, à la périodicité des douleurs qui sont surtout nocturnes et enfin au traitement d'épreuve qui devra toujours être essayé.

Le diagnostic de la tuberculose osseuse est aussi quelquefois délicat. On recherchera la forme spéciale de l'os, la présence d'abcès froid ou de fongosités. D'ailleurs si l'on se décidait à l'intervention sanglante, de règle dans les deux cas, il ne saurait y avoir de doute.

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic des complications, arthrites suppurées, décollement épiphysaire. Il suffira d'être prévenu de leur possibilité pour les rechercher et leur appliquer le traitement qui leur convient.

Quant au diagnostic bactériologique, il n'offre ici rien de spécial. Il n'a que peu d'intérêt au point de vue clinique ou thérapeutique.

Le pronostic de l'ostéomyélite chez les jeunes enfants est plus grave, au point de vue de l'existence, qu'à un âge plus avancé.

Nous avons pu suivre 38 de nos malades et nous avons eu 13 morts contre 25 guérisons. Il y a donc une mortalité de 35 pour 100, ce qui est énorme. Elle est cependant moindre que celle que donne d'Aldibert, qui trouve 15 morts et 10 guérisons.

Mais si le malade ne succombe pas à l'infection dès le début, ou aux complications tardives (broncho pneumonie, etc.) il est bénin au point de vue fonctionnel, ainsi que nous l'avons établi, même dans les cas où il survient une arthrite suppurée.

Dans le pronostic immédiat, on doit tenir compte de l'état général du malade, de l'os atteint, du nombre des lésions. Plus tard on devra éviter, même après guérison, toutes les causes capables d'amener des complications pulmonaires. Celles-ci en effet serviraient presque fatalement de point d'appel à la bronchopneumonie. Même dans les cas favorables, où la guérison est survenue sans encombre, même lorsqu'elle s'est maintenue pendant de longues années, on devra penser que le malade a une épine, un lieu de moindre résistance, où les microbes sommeillent prêts à s'éveiller s'ils en trouvent l'occasion. Notre observation XXVII est absolument probante à ce sujet.

Enfin, dans le pronostic, on doit tenir compte de la rapidité de l'intervention chirurgicale, ainsi que nous allons le voir.

Le traitement variera selon les cas.

Il y en a de bénins (observations I et XXXVII) où la guérison se fait spontanément sans intervention chirurgicale. Il est vrai qu'ils sont rares et lorsqu'on les rencontre on doit toujours se tenir prêt à intervenir s'ils s'aggravent, ou bien s'ils s'accompagnaient de lésions aiguës sur d'autres os.

D'autres fois, après une évolution pendant longtemps bénigne, il se forme une fistule osseuse. Dans ces cas (observation XXVI), on devra intervenir dès qu'il y aura manifestement du pus et même avant, si la lésion se prolonge sans aucune tendance à la régression.

Mais dans les cas aigus, il faut toujours intervenir et au plus tôt.

Si le cas est très grave, même s'il n'y a pas de signes

(1) Thibierge, *Bullet. de la Soc. Anat.*, octobre 1888.
(2) Valleix, *Bullet. de la Soc. Anat.*, 1834.

manifestes de purulence d'emblée, incisez jusqu'à l'os et trépanez.

Dans les cas moyens, vous pourrez vous contenter de livrer passage au pus situé sous le périoste en débridant jusque-là, sans trépaner.

Vous pourrez voir ainsi guérir quelques malades peu gravement atteints, nous en avons cité plusieurs exemples dans ce travail, en voici encore un autre.

Obs. XXXVI. — *Osteomyélite aiguë de la clavicule gauche. Incision du périoste sans trépanation. Guérison.*

Henriette M..., deux mois, est amenée à l'hôpital le 6 novembre 1894, pour une tuméfaction de la région moyenne de la clavicule gauche dont le début remonte à 15 jours.

Quand l'enfant nous est présentée, nous constatons une tuméfaction fluctuante de tout le creux sous-claviculaire, empiétant même sur le creux sus-claviculaire. La peau est rouge, chaude, douloureuse avec exagération de la circulation veineuse superficielle. La pression sur la clavicule est douloureuse. T. 38,5.

L'enfant refuse le sein depuis quelques jours.

Le 26 novembre incision sur la région fluctuante. Il s'écoule une quantité de pus assez notable. La clavicule dénudée sur une grande étendue n'est pas trépanée. Large incision du périoste. Pansement à la gaze iodoformée.

Dès le lendemain, l'enfant prend facilement le sein. Plus de fièvre.

On l'amène régulièrement au pansement deux fois par semaine.

Un mois après, la petite malade est complètement guérie, sans fistule.

L'enfant a été revue le 7 avril 1895. Elle est en très bonne santé. La cicatrice n'est pas adhérente à l'os. Pas de douleur à la pression, ni d'hyperostose notable de la clavicule. Des deux côtés cet os mesure 6 centimètres et demi, mais la clavicule gauche semble plus incurvée à sa partie externe.

Mais si, après la simple incision, vous voyez la température rester élevée et persister les phénomènes généraux graves, c'est que votre intervention a été insuffisante. Vous devrez aussitôt trépaner l'os, curetter la moelle infiltrée de pus et vous verrez alors tous les symptômes précédents tomber parfois rapidement. L'observation X était un cas de ce genre. En voici une autre plus nette encore.

Obs. XXXVII. — *Osteomyélite aiguë de l'extrémité supérieure du tibia gauche (légère) et de l'extrémité supérieure de l'humérus gauche. Trépanation de l'humérus.*

Armand D..., deux ans, est présenté à la consultation le 26 février 1895, pour des brûlures multiples aux cuisses et à la face. Il est aussi porteur d'un abcès banal du cuir chevelu, ouvert par notre collègue Blanc et d'une adénite sous-maxillaire tuberculeuse avec ulcération de la peau. Il présente en même temps un gonflement douloureux de l'extrémité supérieure du tibia gauche. L'enfant, après avoir été pansé, est ramené chez lui.

Il revient à Trousseau le 28 février, et entre salle Denonvilliers. L'enfant est mal en train depuis quelques jours. La température est de 38,6.

Le 1er mars, on s'aperçoit que l'épaule gauche est grosse et douloureuse. La température est de 39,2.

Le 2 mars, même état. Le gonflement douloureux du tibia a disparu.

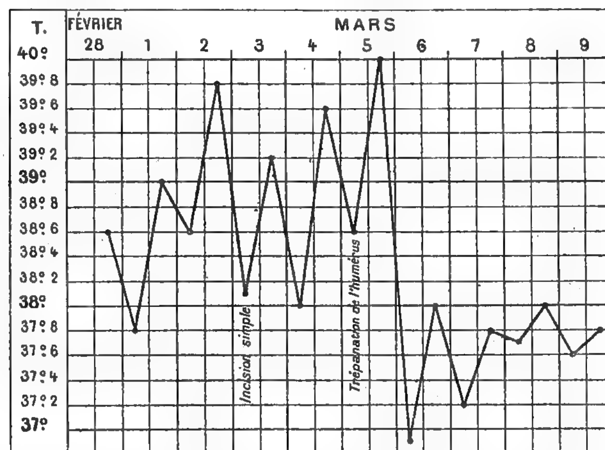
Le 3 mars. L'épaule a encore augmenté de volume. Il existe à son niveau une exagération notable de la circulation collatérale veineuse. La région pectoro axillaire offre une plaque rouge, sans œdème ni fluctuation nets. La température a encore augmenté.

On fait, au bromure d'éthyle, une incision verticale partant de la pointe de l'acromion et on va à la recherche du pus à la sonde cannelée. On trouve une cuillerée à café environ du pus séreux, peu abondant dans l'articulation. On ne sent pas d'os dénudé.

Contre-ouverture dans l'aisselle, suture partielle de la plaie. Drain. Pansement.

A la suite de cette intervention, léger abaissement de la température pendant 24 heures. Mais bientôt le thermomètre monte de nouveau régulièrement jusqu'à 40°.

Aussi, le 5 mars, fait-on sauter les sutures. Incision jusqu'à l'os. On trouve du pus dans l'articulation et sous le périoste. Il existe un point érodé sur la face interne de l'extrémité supérieure de l'humérus. L'os est trépané par sa face externe. La moelle osseuse est remplacée par des fongosités rougeâtres, imbibées de pus. Grattage à la curette du canal médullaire. La plaie est drainée. Pansement à la gaze iodoformee.



Dès le lendemain, la température tombe à pic à 37°. L'état général devient meilleur. L'enfant est pansé régulièrement. Pas de nouvelles poussées osseuses.

Le 2 avril il va très bien. La cavité se comble régulièrement. Il est en bonne voie de guérison.

Il sort guéri vers le 15 avril.

Il ne faudrait pas croire que la chute de la température se fait toujours brusquement comme dans l'observation précédente. Souvent, au contraire, pendant plusieurs jours, la courbe se maintient élevée. La défervescence se fait peu à peu, irrégulièrement même. Mais si vous voyez que la température, après avoir notablement baissé, remonte tout à coup et se maintient élevée pendant 24 heures, examinez plusieurs fois par jour les autres os et les articulations et tenez-vous prêt à intervenir énergiquement à la moindre alerte.

Trépanez encore dans les formes chroniques d'emblée, si après quelques jours de repos au lit, le gonflement et la douleur ne diminuent pas. N'attendez pas pour intervenir qu'il se soit formé des fistules, c'est au moins inutile. Chez les jeunes enfants, soyez sobre de grands délabrements. A moins d'y être absolument forcé, n'enlevez jamais une diaphyse entière comme on l'a conseillé; car à cet âge, on voit revivre des parties qui semblaient vouées à la mort.

Vous ferez vos trépanations à la curette. Le tissu osseux est mou, cartilagineux et se laisse facilement enlever avec cet instrument.

Après l'opération, laissez la plaie largement ouverte. Drainez-la ou tamponnez-la à la gaze iodoformée, mais soyez sobres de points de suture, si vous en faites.

Vous verrez ainsi se réparer les lésions en six semaines en moyenne.

Si, plus tard, il se forme un séquestre, vous l'enlèverez comme il est de règle dans l'ostéomyélite prolongée.

Donc, intervenez chez les jeunes enfants dans tous les cas sérieux, puisque de votre intervention dépend souvent l'existence des petits malades. Souvenez-vous que si vous arrivez à temps il ne restera le plus souvent plus

tard d'autre trace de votre intervention qu'une cicatrice peu adhérente. Les jointures récupèrent leurs mouvements; les hyperostoses disparaissent. A peine persiste-t-il dans les cas les plus défavorables un peu d'allongement, rarement du raccourcissement ou des raideurs articulaires. Mais, au moment de la convalescence, surveillez votre malade, et par une bonne hygiène, faites-lui éviter tout ce qui pourrait déterminer chez lui l'éclosion d'une de ces complications viscérales infectieuses, surtout de la broncho-pneumonie, qui enlève encore les malades alors qu'ils sont complètement guéris.

Nous donnons ici quelques observations, la plupart incomplètes de malades soignés dans le service. Avec les 37 intercalées dans ce travail, nous arrivons au total de 44 cas d'ostéomyélite chez les jeunes enfants en deux ans et demi.

Obs. XXXVIII. — *Ostéomyélite aiguë de l'extrémité inférieure de l'humérus gauche. Trépanation. Guérison.*

Louis Bourdel, 9 mois, est amené à la consultation se plaignant de son coude gauche, le 31 août 1893.

On constate une tuméfaction rouge, douloureuse, fluctuante, manifeste, surtout au niveau de l'épitrochlée.

On fait aussitôt une incision sur la face interne de la partie inférieure du bras. L'humérus dénudé est trépané. Pansement à la gaze iodoformée.

L'enfant vient se faire panser régulièrement.

Le 2 octobre 1893, il est guéri.

Obs. XXXIX. — *Ostoémyélite de l'humérus droit. Trépanation.*

Juliette Lamalle, 1 an, est portée sur le registre d'opérations comme atteinte d'ostéomyélite de l'humérus du côté droit, à la date du 14 novembre 1893.

On fit l'incision des parties molles pour évacuer le pus. L'os dénudé fut trépané. Pansement. Tamponnement à la gaze iodoformée.

L'enfant n'a pas été revu et nous n'avons pu savoir ce qu'elle était devenue.

Obs. XL. — *Ostéomyélite bipolaire du cubitus gauche. Trépanation de l'os. Guérison avec un séquestre.*

Eugène P..., 18 mois, est amené à la consultation le 1er août 1894 pour une tuméfaction de l'avant-bras gauche.

Ses parents sont tuberculeux.

Quand l'enfant entre à l'hôpital, nous constatons que les lésions siègent sur le cubitus en deux points : l'un un peu au-dessous de l'olécrâne, l'autre vers le tiers inférieur de l'os. On y constate de la douleur et de la fluctuation. Œdème et exagération de la circulation collatérale de tout l'avant-bras. Rougeur, chaleur.

Le 1er août, trépanation au niveau des deux points malades. Pansement à la gaze iodoformée. L'enfant est pansé régulièrement pendant les premières semaines.

Mais bientôt la plaie est infectée, suppure abondamment ; le 4 janvier 1895, nous voyons survenir un adéno-phlegmon axillaire qui est ouvert le 8 janvier.

La plaie est d'ailleurs toujours restée fistuleuse.

Le 21 avril 1895, quand nous voyons le malade, nous constatons qu'il persiste dans la moitié inférieure du cubitus, mais assez haut sur la diaphyse, deux trajets fistuleux conduisant le stylet sur un séquestre, qu'on doit enlever les jours suivants.

Obs. XLI. — *Ostéomyélite aiguë de l'extrémité supérieure du fémur gauche. Trépanation. Guérison.*

Marguerite C..., 7 mois, est amenée le 20 juin 1893 à l'hôpital Trousseau. Ses parents nous racontent qu'elle fait ses dents, mais que l'évolution de la dernière s'est accompagnée de beaucoup de fièvre et qu'il existe en même temps de la douleur à la hanche gauche. Un médecin consulté, n'a vu qu'une cause dentaire à ces phénomènes généraux et a prescrit un traitement médical sans résultat.

Nous constatons qu'il s'agit d'une ostéomyélite aiguë de l'extrémité supérieure du fémur. Le 20 juin, l'enfant est opérée par notre collègue Delanglade, qui trépane l'os malade.

La petite malade a été ramenée au pansement pendant six semaines, temps que nécessita la guérison.

Celle-ci s'est maintenue depuis.

Quand nous revoyons l'enfant, le 18 avril 1895, c'est une superbe fillette de trois ans ; sa hanche est parfaitement mobile, sans le moindre craquement L'extrémité supérieure du fémur est normale. Marguerite C... trotte toute la journée sans fatigue, ni douleur.

La ensuration des deux fémurs nous a donné : à gauche, 21 ce timètres ; à droite, 20 centimètres. Il y a donc un léger allongement du côté malade.

Obs. XLII. — Marius J..., 16 mois. Consultation du 14 août 1893. Ostéomyélite du tibia gauche.

Opéré le même jour ; mort trois jours après.

Obs. XLIII. — Henri E..., 20 mois, est amené le 4 mars 1895 pour une ostéomyélite de l'extrémité inférieure du tibia droit.

Obs. XLIV. — Eugénie B..., 11 mois, le 26 janvier 1894, est présentée à la consultation pour une ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur et du coude.

Conclusions. — C'est de 0 à 1 an que l'ostéomyélite a son maximum de fréquence. Si cette affection n'est pas notée plus fréquemment à cette période de la vie, c'est qu'elle est souvent méconnue, car on a peu de renseignements de la part des petits malades et ils peuvent mourir avant que le gonflement n'apparaisse. Dans l'ostéomyélite de la première enfance, le streptocoque et le pneumocoque se rencontrent bien plus souvent que plus tard. On trouve des formes aiguës et chroniques d'emblée avec tous les intermédiaires. Le pronostic à cet âge est plus grave que chez les adolescents au point de vue vital, mais il est bien meilleur au point de vue fonctionnel car il ne survient pas d'ankylose (même après arthrite suppurée), pas d'hyperostose, à peine un peu d'allongement du membre (le raccourcissement est rare).

Il y a peu de tendance à la formation du séquestre après les poussées aiguës. La broncho pneumonie est une complication grave et fréquente même au delà de la convalescence.

Comme traitement, il faut trépaner dans tous les cas sérieux, mais en évitant les grands délabrements, car le tissu osseux se revivifie très bien à cette époque de la vie.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Traitement des névralgies. (Hydriatische Behandlung der Neuralgieen), par Buxbaum. (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, 27 décembre 1894). — Les névralgies sont dues dans la plupart des cas à un agent nocif qui agit directement ou d'une manière reflexe sur l'irrigation sanguine dans la région affectée. Il se forme, dans ces conditions, des produits de désassimilation qui déterminent dans les nerfs un trouble fonctionnel, de la douleur. Le traitement dans ces cas de névralgie dite rhumatismale aurait pour but d'activer la circulation de cette région pour enlever les substances résultant de la désintégration des tissus. Dans les cas de névralgies infectieuses causées par la présence des microorganismes ou de leurs ferments solubles, on a recours au traitement sudorifique qui a pour but d'élever la température du sang, élévation qui, comme l'ont prouvé plusieurs auteurs, a

une action bactéricide très prononcée. D'autres névralgies relèvent d'une intoxication par des substances minérales. Le traitement doit viser aussi dans ces circonstances, l'élimination de ces substances par des moyens thermiques ou mécaniques. Mais le traitement qui a donné les meilleurs résultats dans les diverses formes de névralgie c'est le traitement hydrothérapique. 83 cas de névralgie caractéristique ont été traités par l'hydrothérapie, les résultats obtenus furent des plus encourageants. Il n'y a que dans 4 cas que le traitement est resté sans résultats, tandis que, dans les autres cas, la guérison a été complète. Le traitement, bien entendu, doit varier avec le siège et la gravité de la névralgie. Mais ce sont surtout les douches écossaises qui se sont montrées d'une efficacité incontestable. Cependant il faut ajouter que Lambert vante beaucoup les bains russes et prétend que toutes les névralgies guérissent sans exception avec un bain russe. Il est arrivé quelquefois à Buxbaum de voir des malades atteints de névralgie sciatique récente qui, après la première douche ont guéri complètement. Même dans des cas à marche chronique, ce résultat s'est montré quelquefois supérieur à d'autres traitements. Il faut noter que ce traitement n'est pas suivi d'aussi bons résultats dans les névralgies symptomatiques d'une lésion osseuse ou d'un néoplasme. Toutefois on peut faire usage, dans ces cas, de douches écossaises, comme moyen de diagnostic ou de pronostic. En effet, toutes les fois que l'hydrothérapie n'amène aucune rémission ou aggrave plutôt la névralgie, on doit être certain qu'il s'agit plutôt de névralgie incurable.

Arrachement du trijumeau (Die Ausreissung der Nervus Trigeminus zur Beseitigung schwerer Nevralgien). par Karewski, (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, 27 déc. 1894, n° 52. p. 970). — Les névralgies du tréjumeau, si fréquentes dans la pratique, reconnaissent des origines variables. Très souvent, elles sont liées à des caries dentaires, qui déterminent une irritation de la terminaison nerveuse de la pulpe dentaire. Il s'ensuit, d'après l'auteur, une névrite ascendante se propageant le long du tronc du trijumeau et pouvant envahir le ganglion de Gasser. Les anastomoses entre les 3 branches du trijumeau facilitent la propagation du processus morbide d'une branche à l'autre. Dans des cas récents on peut, grâce à l'extraction des dents malades et de la résection des parois alvéolaires enrayer la névralgie et arrêter sa propagation. Fréquemment le processus morbide a atteint déjà une longue portion du nerf et dans ces cas, il est nécessaire, pour obtenir la guérison, de reséquer la portion malade. Si l'on n'a pas toujours un succès à la suite de cette opération, c'est que le chirurgien n'a pas enlevé assez de nerf. C'est pour cette raison que l'auteur recommande de ne pas s'attarder trop aux différents analgésiques et de recourir d'emblée à la résection du tronc nerveux ou bien d'une branche aussi longue que possible. Le procédé de Thiersch, qui recommande l'arrachement des branches du trijumeau est celui qui donne de bons résultats. L'auteur s'est appliqué à améliorer ce procédé dans ce sens que, il va à la recherche du nerf malade aussi près que possible de son émergence. Son procédé simple et sans danger pour le malade lui a donné de très bons résultats dans 5 cas. La difficulté opératoire commence surtout quand il s'agit d'enlever la 3e branche du trijumeau. Son procédé lui a permis quelquefois d'enlever toutes les branches du trijumeau sans que l'opération ait été suivie d'accidents graves. Il a obtenu de très bons résultats dans des cas de névralgie dans le domaine de la 2e et la 3e branches du trifacial alors que tous les analgésiques avaient échoué. La durée de la disparition des douleurs varie; cependant une chose semble certaine, c'est que toutes les fois qu'après l'ablation de toutes les branches du trijumeau, les douleurs ne disparaissent pas, c'est que la névralgie a une origine centrale. Il lui est arrivé quelquefois, après l'extirpation de la deuxième branche du trijumeau, d'observer de la paralysie faciale transitoire; l'extirpation de la 3e branche a été aussi une fois suivie de parésie faciale, non durable, trouble qui était sous la dépendance d'un traumatisme opératoire.

MÉDECINE

Recherches expérimentales sur les hémorrhagies pulmonaires (Ein Beitrag zur Frage über Lungenblutungen), par Gluzinski (*Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1895, vol. LIV, p. 178). — Le travail de l'auteur a pour but d'élucider le sort du sang épanché dans le parenchyme pulmonaire et se rapporte par conséquent à la question de l'influence des hémoptysies sur le développement de la tuberculose.

Les expériences faites par l'auteur sur des chiens et des lapins ont consisté à introduire dans les poumons de ces animaux brachéotomisés 5 à 20 grammes de sang pris avec une canule dans la carotide. Les animaux étaient ensuite sacrifiés à divers intervalles après l'opération (24 à 31 semaines après l'injection), et leurs poumons soumis à un examen microscopique.

Ces recherches ont montré: 1° Que le sang normal épanché dans un poumon normal est loin de constituer un phénomène indifférent pour l'organisme, comme l'ont soutenu Perl, Lippmann et Nothnagel;

2° Que déjà au bout de 24 heures on peut déjà trouver du côté des poumons, des phénomènes réactionnels se manifestant les jours suivants par une desquamation de l'épithélium alvéolaire et bronchiolaire, par l'immigration des leucocytes et, quelquefois, par une péribronchite secondaire;

3° Qu'à partir du sixième jour on voit se développer le tableau d'atélectasie pulmonaire avec épaississement du tissu interstitiel au niveau du foyer de l'épanchement; le processus dans les branchiales évolue alors et aboutit quelquefois à la pneumonie, desquamation de Buhl, dont le tableau se retrouve encore au bout de 21 jours après l'expérience.

L'auteur en conclut que dans la tuberculose pulmonaire débutant par une hémoptysie, l'hémorrhagie joue un rôle considérable dans l'évolution ultérieure de la tuberculose.

CHIRURGIE

Malformation congénitale de l'ombilic (Congenital malformation of the umbilicus), par Heaton (*Brit. med. Journ.*, 2 mars 1895, p. 473). — Le premier cas est celui d'une petite fille chez laquelle aussitôt après la naissance on constate l'existence d'une hernie ombilicale avec anses intestinales visibles à travers le sac. Les intestins n'ayant pu être réduits dans la cavité abdominale, on ouvrit le sac, on agrandit l'ouverture ombilicale par une incision verticale faite au-dessus et au-dessous de l'ombilic, et on réduisit l'intestin. Le cæcum et son appendice adhérant intimement au sac, on réséqua ce dernier ne laissant que sa partie ainsi adhérente. Puis on sutura la plaie. Guérison complète.

La seconde observation se rapporte à un enfant né dans les conditions ordinaires, de sorte qu'on fit comme d'habitude la ligature du cordon. Pendant deux jours le méconium sortit par l'anus. Le quatrième jour, on trouva un peu de méconium sortant par l'ombilic; cette sortie du méconium par l'ombilic se fit de plus en plus et finalement il ne sortit plus rien par l'anus. L'enfant ne tarda pas à mourir. A l'autopsie, on vit qu'il y avait une persistance du canal vitellin sous forme d'un diverticule partant de l'intestin grêle et venant s'ouvrir au niveau de l'ombilic.

Le troisième cas est celui d'un enfant de deux ans et demi entré à l'hôpital pour une fistule ombilicale. D'après la mère, l'enfant avait toujours eu, depuis sa naissance, un écoulement d'urine par le nombril. Une sonde introduite dans la fistule ramena un liquide clair, jaunâtre, mais alcalin, renfermant de l'albumine et ne contenant pas d'urée. On fit une incision et on trouva que la fistule conduisait dans un sac à parois musculaires attaché à l'ombilic et se prolongeant en bas et en arrière sans entrer en rapport avec la vessie, mais se continuant par un cordon fibreux court allant s'attacher à l'intestin grêle. On fit une résection partielle de ce sac. Plus tard on dut réopérer pour enlever le reste du sac. Guérison. Il s'agissait évidemment là de la persistance d'une partie du canal vitellin.

Infusions salines dans la paralysie cardiaque au cours de la chloroformisation (Ueber Infusion von Kochsalzlœsung bei Herzlæhmung in Folge von Chloroformeinathmung) par Rein. *Centralb. f. Chir.* 1895 n° 17, p. 405. — L'auteur attire l'attention sur les transfusions salines qui permettent de ramener à la vie les malades qui sont pris de paralysie cardiaque au cours de la chloroformisation. Ce procédé expérimenté chez des animaux, s'est montré actif non

seulement en cas d'arrêt complet du cœur mais encore en cas d'arrêt de la respiration. Dans ce dernier cas, il doit être combiné avec la respiration artificielle. L'action physiologique de la transfusion consisterait principalement dans l'élévation de la tension sanguine.

A la clinique du professeur Bobroff (Moscou) ce procédé n'a jamais échoué depuis les quatre ans qu'il est employé.

BIBLIOGRAPHIE

Les microbes des eaux minérales de Vichy (asepsie des eaux minérales), par le Dr Poncet médecin principal de 1re classe, ancien professeur du Val-de-Grâce, Paris, J. B. Baillière, 1895.

M. le Dr Poncet, après avoir été un anatomiste et un chirurgien très estimé et un histologiste dont les travaux sur la structure de l'œil font autorité, s'est retiré prématurément à Vichy où il exerce comme médecin consultant. Mais il ne pouvait se désintéresser complètement des études scientifiques et le livre qu'il publie, quel que soit son intérêt au point de vue pratique, montre que notre ancien collègue sait envisager de haut et traiter avec une compétence indéniable tous les sujets dont il s'occupe.

Au lieu de se borner à étudier l'action thérapeutique des diverses sources de Vichy, l'auteur s'est préocupé de préciser quels sont les microbes qu'elles peuvent renfermer, pourquoi ceux-ci y parviennent, par quels procédés il deviendra possible de protéger les sources contre les causes diverses de contamination qui viennent à empoisonner l'eau qu'elles fournissent.

Pendant cinq années M. Poncet a analysé, au point de vue microbiologique, l'air de Vichy, les eaux de l'Allier et d'autres cours d'eau plus purs, puis les eaux de la Grande Grille, de l'Hôpital, des Célestins, etc.

Il démontre ainsi que tous les microbes retrouvés dans les eaux de Vichy proviennent soit de l'air, soit du sol, soit de cours d'eau voisins, qu'il n'existe pas de microbe spécifique donnant à chaque source un caractère spécial, que la pureté des eaux pourrait être mieux réalisée si l'on employait pour le captage et les procédés d'adduction et d'embouteillage de ces eaux les procédés qu'il recommande depuis longtemps.

L'Académie de médecine a d'ailleurs, par un vote récent, approuvé les idées de l'auteur en donnant les instructions nécessaires pour que de plus grandes précautions soient prises en vue de réaliser ce que M. Poncet réclamait depuis l'année 1891.

Son livre si consciencieux, illustré de nombreuses planches photographiques a été renvoyé à l'étude de la commission des eaux minérales. Nous espérons que la commission des correspondants à l'Académie n'oubliera pas les titres si anciens et si nombreux d'un médecin qu'un excès de conscience et de modestie a seul privé des honneurs qu'il pouvait si légitimement ambitionner.

L. L.

VARIÉTÉS

Cours d'hygiène de la Faculté de médecine de Lyon.

Cours d'ouverture.

Messieurs,

En prenant possession de cette chaire ma première pensée est une pensée de gratitude envers tous ceux qui m'en ont facilité l'accès. Vous me permettrez d'adresser en premier lieu mes remerciements à M. le ministre de l'Instruction publique et à M. le directeur de l'enseignement supérieur, qui ont bien voulu sanctionner la présentation du Conseil de la Faculté, et qui m'avaient déjà donné, avant cette présentation elle-même, de précieux témoignages de leur estime et de leur bienveillance. Je remercie plus particulièrement les membres du Conseil de notre Faculté qui ont bien voulu, en me présentant au choix du gouvernement, me confier l'enseignement que j'inaugure aujourd'hui.

En me désignant pour devenir leur collègue ils m'ont imposé le devoir d'élever mon enseignement au niveau du leur et de consacrer tous mes efforts à maintenir la chaire qui m'est confiée, à la hauteur de la réputation acquise par notre Faculté.

Je ne puis m'engager à y réussir, mais je puis leur promettre d'y consacrer tout mon zèle et toutes mes aptitudes.

Toute ma carrière médicale, depuis l'époque déjà lointaine de ma première année d'études, s'est écoulée dans notre Faculté; par mes origines, aussi bien que par tout mon développement scientifique, j'appartiens exclusivement au milieu médical lyonnais; aussi, en entrant au Conseil de la Faculté, j'y retrouve la plupart de mes maîtres et je ne cesserai pas pour cela de profiter de leurs exemples et de leurs conseils. Il en est plusieurs parmi eux dont les encouragements et la protection ne m'ont jamais fait défaut, ce sont eux qui ont contribué encore plus que tous les autres à me faire gravir le dernier échelon de notre hiérarchie médicale; c'est à eux surtout que vont aujourd'hui mes sentiments d'affectueuse reconnaissance. Parmi eux personne ne s'étonnera de me voir mettre hors de pair M. le professeur Raymond Tripier, dont je n'ai pas cessé d'être l'élève, depuis mon dernier semestre d'internat, passé sous sa direction, jusqu'à ces derniers jours où j'avais encore l'honneur d'être le chef des travaux pratiques de son laboratoire. Ils sont nombreux, dans les générations médicales voisines de la mienne, ceux qui ont été ses élèves et qui ont profité de son expérience et de ses conseils, mais je doute qu'il y en ait aucun parmi eux qui ait pu apprécier mieux que moi tout leur intérêt et toute leur valeur. J'ajouterais volontiers aussi qu'il n'en est peut-être aucun qui en ait profité autant que moi, si je ne craignais que ma pensée ne put être ici mal comprise; je veux dire par là que, par les défauts mêmes de mon esprit, trop enclin à la synthèse, trop porté aux idées générales et aux conceptions rapides, j'avais plus besoin que tout autre d'être tempéré dans mon ardeur et d'être contraint aux observations patientes, par les leçons et par les exemples d'un esprit plus temporisateur, plus porté aux analyses lentes et aux recherches minutieuses. Ces qualités précieuses, que nul ne possède à un plus haut degré que lui, et qui en ont fait un des premiers cliniciens, non seulement de Lyon, mais de notre pays, ne se transmettent malheureusement pas d'elles-mêmes; je n'ai pas la prétention de les avoir acquises à son contact, mais du moins elles m'ont servi d'exemple et de guide, je me suis efforcé de m'en approcher en quelque mesure; et si cet exemple n'a pas toujours suffi à me mettre en garde contre les généralisations étendues, il a réussi du moins à m'imposer la tâche de les établir toujours sur des observations anatomo-pathologiques et cliniques, prises avec attention, et retournées sur toutes leurs faces avec la plus scrupuleuse bonne foi.

Aux qualités scientifiques qui justifient la reconnaissance de l'élève pour le maître, M. Raymond Tripier a toujours su allier la tolérance absolue pour les idées personnelles de chacun, la bienveillance de chaque jour, qui inspirent les sentiments affectueux d'une respectueuse intimité. Pour toutes ces raisons, au moment où je quitte son laboratoire après une collaboration de douze années, je ne pouvais laisser passer cette occasion de lui témoigner publiquement ma vive gratitude, tout en lui demandant pardon de soumettre à pareille épreuve son excessive modestie.

Messieurs,

La satisfaction que j'éprouve en entrant dans cette chaire d'hygiène, satisfaction bien légitime et que je ne cherche pas à cacher, est en grande partie tempérée par le sentiment des difficultés qui m'attendent et des responsabilités que j'aurai à encourir. L'hygiène jouit aujourd'hui de la faveur générale; elle a franchi le cercle étroit des milieux médicaux pour prendre une large place dans les préoccupations de tous et pour s'imposer à l'attention des pouvoirs publics. A mesure que s'agrandit son domaine et que son importance s'accroît, augmentent aussi la tâche et les responsabilités

morales de ceux qui reçoivent la mission de l'enseigner et de parler en son nom.

Ces responsabilités, messieurs, vous êtes tous appelés à les partager en quelque mesure pour votre compte; plus nous allons et plus les médecins sont appelés à intervenir dans les questions d'hygiène, et je ne parle pas seulement ici d'un petit nombre de médecins mais bien de tous les praticiens, dans quelque modeste sphère qu'ils soient appelés plus tard à exercer leur activité professionnelle.

Déjà, au sein même des familles, au jour le jour de la pratique médicale, les conseils de l'hygiène prennent une place de plus en plus large, qui est à la veille de l'emporter sur celle de la thérapeutique elle-même; dans toutes les agglomérations humaines, écoles, usines, etc., où vous serez appelés à exercer votre profession, l'hygiène a dès aujourd'hui acquis ce rôle prépondérant; de nombreuses lois d'hygiène ont été promulguées, ou sont à la veille de l'être, qui assignent à tous un rôle à remplir, une place à occuper dans les multiples ressorts de l'hygiène publique. Dans l'armée, médecins de l'armée active ou médecins des armées de réserve et de territoriale, vous serez tous appelés à faire œuvre d'hygiénistes, et j'ajoute que ce côté de votre rôle sera le plus important et le plus efficace, non seulement au point de vue des intérêts supérieurs de l'humanité, mais même au point de vue plus étroit des intérêts militaires eux-mêmes; c'est l'hygiène qui peut seule exercer la conservation des effectifs, c'est par elle que les médecins sont appelés à jouer un rôle militaire efficace et à devenir un des facteurs de la victoire.

Ainsi donc, tous ceux qui aspirent à exercer la profession médicale auront à faire œuvre d'hygiénistes; et cette partie de leur tâche s'accroîtra toujours davantage, à mesure que l'hygiène verra grandir la confiance que l'on place en elle. Mais pour que vous puissiez rendre les services qu'on est en droit d'attendre de vous, vous ne devez pas vous contenter de quelques notions banales et vulgaires, il faut vous appuyer sur des données précises et exactes; ainsi comprise, croyez-le bien, messieurs, la connaissance de l'hygiène n'est pas innée dans l'esprit humain, elle ne s'acquiert que par le travail, elle ne s'improvise pas, elle a besoin d'être apprise avec la même précision que les autres branches des sciences médicales.

Le développement de l'hygiène publique, l'importance du rôle qu'elle vous appelle à remplir, vous imposent plus impérieusement que par le passé l'étude attentive de l'hygiène. Ils créent aussi de nouveaux devoirs à celui qui est chargé de vous l'enseigner et ce n'est pas sans quelque inquiétude que j'envisage cette tâche et que je me demande comment je pourrai réussir à la remplir sans trop d'imperfections et de lacunes. J'aurai, du moins, pour me soutenir et me guider, le souvenir et l'exemple de mon illustre prédécesseur.

Ceux d'entre vous qui n'ont connu M. le professeur Rollet que dans ses dernières années, ont surtout gardé le souvenir de sa douceur, de son inaltérable bonté, de son jugement scientifique droit et sûr, de son expérience d'hygiéniste consommé et de son extrême modestie. Mais ils ont pu se laisser égarer par cette douceur indulgente, et méconnaître la haute originalité et la vaillance dont il avait fait preuve au cours de sa carrière scientifique. Bien que Rollet ait été enlevé par une courte maladie, et qu'il eût conservé jusque dans une vieillesse d'ailleurs peu avancée, toute l'intégrité de ses hautes facultés, il avait renoncé depuis longtemps à la science militante, et il se contentait du rôle, plus effacé en apparence, quoique éminemment utile, de mettre ses conseils et son expérience au service de tous; notamment au service de ses collègues du conseil d'hygiène, où il a siégé pendant 30 ans, où il avait rempli pendant longtemps les fonctions actives de secrétaire, et dont il occupait depuis quelques années la présidence, avec une autorité et une compétence qui ne seront pas égalées de longtemps.

Mais tel n'avait pas été le Rollet des jeunes années; à peine arrivé au majorat de l'Antiquaille en 1850, il s'attaqua à la question si capitale, et alors si confuse, de la pluralité des maladies vénériennes et de leur distinction spécifique. A cette époque, on commençait à peine à tenter la différenciation des trois grandes affections vénériennes, blennorrhagie, syphilis et chancre simple, qui nous semblent aujourd'hui si clairement et si indiscutablement distinctes, que l'on a peine à comprendre comment elles ont pu rester aussi longtemps confondues. On venait à peine de séparer la blennorrhagie des affections chancreuses, et Bassereau commençait à affirmer la dualité du chancre mou et du chancre induré, sans avoir pu encore rallier grands partisans à sa manière de voir. Rollet intervient alors dans la question; avec une admirable lucidité, il remet toutes choses à leur place, par la découverte capitale du *chancre mixte* qui lui permet d'effacer toutes les obscurités, de faire disparaître toutes les causes d'erreur, et d'établir enfin, sur des bases inébranlables, la spécificité virulente des trois affections vénériennes. En même temps, il place hors de toute discussion la contagiosité des accidents secondaires, généralement méconnue, spécialement combattue par Ricord alors à l'apogée de son influence; il y parvient grâce à une étude plus attentive de la syphilis des nourrissons et de la syphilis vaccinale, grâce surtout à la découverte de la syphilis des verriers.

Quelque éclatante que la vérité nous apparaisse aujourd'hui que les polémiques sont éteintes, et que l'assentiment unanime a été réalisé, la doctrine nouvelle ne parvint à s'imposer qu'après de longues difficultés. Pendant tout ce temps, Rollet resta sur la brèche, il combattit le bon combat dans plusieurs mémoires, dans de multiples discussions devant les Sociétés savantes, et enfin dans son admirable traité des maladies vénériennes paru en 1865. Je ne saurais trop vous engager à lire la merveilleuse introduction de ce livre, dans laquelle il résume, dans un langage d'une clarté et d'une netteté sans égales, les origines de la question, la part qu'il a prise à son étude, les causes d'erreur dont elle était entourée et la méthode qui lui a permis d'y porter la lumière. A trente ans d'intervalle, chose rare à notre époque dans les questions médicales, ces pages conservent toute leur fraîcheur, et il n'est aucun passage qui ait été démenti par les observations ultérieures.

Et cependant, au moment où ces idées ont été émises, que d'oppositions violentes elles ont soulevé: Ricord acceptait difficilement qu'un de ses anciens internes, retourné en province, eût la tranquille audace de contester la parole du maître et de révolutionner sa doctrine; ici même sur le théâtre de ses observations, Rollet rencontrait un adversaire courtois, mais redoutable dans son prédécesseur et ami Diday, journaliste de talent, mais plus préoccupé de sa réputation de polémiste que de la recherche scientifique de la vérité. Longtemps Diday et Rollet ont personnifié au dehors l'école de l'Antiquaille, et, singulière anomalie des renommées contemporaines, je crois que de ces deux noms, celui de Diday a été le plus répandu et le plus populaire même dans le monde scientifique. Une fois encore, le polémiste brillant a paru jeter un éclat plus vif que le savant et le penseur. La postérité ne devait pas tarder à rétablir chacun à sa vraie place: la gloire de Rollet est impérissable comme son œuvre; et Diday a du moins réussi à attirer l'attention sur les découvertes de son émule par les polémiques même sous lesquelles il voulait les accabler.

Je n'ai pas eu l'intention de passer en revue devant vous toute l'œuvre scientifique de Rollet, je ne saurais égaler l'éloge et l'exposition qui en ont été faits récemment par ses collègues les plus autorisés. Je n'ai voulu attirer votre attention que sur une partie de cette œuvre, sur celle qui, d'une part, en est la caractéristique principale, et qui, d'autre part, se rattache par ses conclusions et par ses principales conséquences à l'hygiène elle-même. Je ne méconnais pas l'influence considérable que la démonstration définitive et la pluralité des maladies vénériennes a exercé sur la pathologie spéciale, je n'ignore pas non plus qu'elle a sauvé d'un traitement mercuriel offensif, un grand nombre de malades blennorrhagiens ou chancrelleux qui y étaient soumis auparavant; je sais aussi quel rôle elle a joué en médecine légale, surtout au point de vue de la syphilis des nourrices; mais tous ces avantages sont peu de chose à côté des modifications profondes que cette pluralité a imprimées à la prophylaxie de la syphilis et précisément à la prophylaxie des cas de cette affection, les plus intéressants entre tous, puisqu'ils ont mérité d'être réhabilités du nom de syphilis des innocents.

(*A suivre.*)

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

REVUE GÉNÉRALE

Des propriétés bactéricides des sécrétions vaginales chez les femmes enceintes.

I

Depuis quelques années il s'est formé parmi les accoucheurs allemands un mouvement très manifeste en faveur de l'asepsie en obstétrique. De plus en plus, on tend en Allemagne à renoncer aux classiques injections vaginales et à les remplacer, du moins dans les accouchements normaux, par l'abstention. Ce mouvement a son origine dans une série de recherches sur la bactériologie du vagin, qui ont montré que le vagin d'une femme enceinte non touchée était aseptique en ce sens qu'il ne renfermait pas de micro-organismes pathogènes, septiques. Et dès la première heure il s'est trouvé des accoucheurs assez hardis, comme Léopold, Mermann, Bumm, qui n'ont pas craint de renoncer aux anciennes pratiques, aux injections vaginales en particulier, et de remplacer, comme les chirurgiens, l'antisepsie par l'asepsie. Les événements, qui en l'espèce portent le nom de statistiques, leur ont donné raison. Comme conséquence, il a fallu changer bien des choses dans l'obstétrique courante, une fois que l'état aseptique du vagin d'une femme enceinte non touchée devenait la base de la pratique obstétricale. C'est ainsi que pour éviter l'infection du vagin aseptique, par le doigt de l'accoucheur, Léopold et Spœrlin (1) ont réduit au minimum les indications du toucher vaginal et décrit toute une nouvelle méthode de palpation abdominale externe qui, permettant non seulement de reconnaître la position de la présentation de la partie fœtale et de suivre les diverses phases de l'accouchement, mais encore de diagnostiquer les rétrécissements du bassin : et sur mille accouchements conduits exclusivement par l'exploration externe le diagnostic n'a été trouvé en défaut que dans 6,5 0/0 des cas. C'est ainsi encore que Krœnig (1), puis Ries (2), ont proposé, — toujours dans le but d'éviter l'infection du vagin par le doigt, — de remplacer le toucher vaginal par le toucher rectal qui, d'après eux, permettrait fort bien de diagnostiquer les présentations, de reconnaître les sutures et d'apprécier même les rétrécissements du bassin. On peut citer encore dans le même ordre d'idées le travail de Strassmann (3) qui a préconisé une série d'interventions externes destinées à remplacer les interventions internes, pour éviter ainsi les éventualités d'une infection du vagin ou de l'utérus. Pour lui, l'expression du fœtus, faite sous le chloroforme, peut, dans un grand nombre des cas, remplacer les applications de forceps et doit être le procédé de rigueur dans les cas où l'enfant est mort. Il exige encore qu'en cas de tête retenue au détroit supérieur, on ait recours, avant d'appliquer le forceps, à l'engagement manuel de la tête d'après le procédé de Hofmeier, en utilisant la position de Walcher. Il préconise également l'emploi plus fréquent de la version externe, la compression externe de l'utérus et de l'aorte dans les hémorrhagies survenant après la sortie du placenta, l'abaissement forcé de l'utérus avec torsion du placenta au niveau de la vulve en cas de décollement partiel du placenta.

On voit que les quelques faits que nous venons de citer relèvent d'une seule idée : éviter autant que possible le contact du vagin ou de l'utérus avec le doigt de l'accoucheur ou un corps étranger, instrument ou canule, afin de réduire au minimum les éventualités d'une infection. Et comme la canule de l'injecteur pouvait dans l'espèce devenir le grand coupable, surtout entre des mains inexpérimentées, les injections vaginales, comme nous l'avons dit, furent sacrifiées les premières.

Les résultats fournis par la nouvelle pratique caractérisée par l'absence du toucher vaginal et par l'absence de toute désinfection du vagin, à l'aide des injections, avant ou après l'accouchement, ont été très remarquables. Mermann (4), sur 1200 accouchements normaux conduits sans antisepsie vaginale, suivant les nouvelles règles, note une morbidité de 5 à 7 0/0 et une mortalité de 0 0/0. De même Léopold et Golberg (5), sur 1489 accouchements conduits aseptiquement, en 1891, à la Clinique de Dresde, n'ont eu qu'une morbidité (par infection) de 8,34 0/0 et une mortalité (par infection) de 0,4 0/0. Plus récemment Léopold a publié une statistique de

(1) *Arch. f. Gynækol.*, 1894, vol. XLVII.

(1) *Centralb. f. Gynækol.*, 1894, n° 10.
(2) *Centralb. f. Gynækol.*, 1894, n° 17.
(3) *Centralb. f. Gynækol.*, 1894, n° 49.
(4) *Centralb. f. Gynækol.*, 1894, p. 792.
(5) *Deut. med. Wochenschr.*, 1892, p. 275.

1382 accouchements normaux conduits sans injections vaginales et ayant donné une morbidité de 0,65 0/0 et une mortalité de 0,07 0/0. Disons enfin que, dans la statistique de Ferrata (1) portant sur 800 accouchements aseptiques, la morbidité a été de 4 0/0 et la mortalité de 0,05 0/0.

La nouvelle obstétrique et les résultats que nous venons d'exposer, sont basés, comme nous l'avons dit, sur une série de travaux fort intéressants, que nous allons maintenant passer en revue.

II

Les premières recherches sur la bactériologie du vagin et des sécrétions vaginales ont été faites par Kehrer (2), qui a vu se former des abcès chez des animaux inoculés sous la peau avec des sécrétions vaginales; par Gonner (3) et par Bumm (4), qui ont examiné les sécrétions vaginales des femmes enceintes, sans y trouver des micro-organismes. Le premier travail pourtant qui eut le don d'attirer l'attention des accoucheurs et des bactériologues, est celui de Doderlein (5).

Le travail de Doderlein où se trouvent pour la première fois nettement formulées les indications pratiques tirées des données expérimentales, s'appuie sur l'examen bactériologique des sécrétions vaginales de 195 femmes enceintes. Les sécrétions sont divisées par Doderlein en normales et en pathologiques, mais indépendamment de la présence ou de l'absence des germes pathogènes, et plus spécialement des streptocoques.

Les sécrétions normales, dont le type est fourni par celles des vierges et qu'on trouve également chez les femmes enceintes, principalement chez les primipares n'offrant aucune lésion de l'appareil génital, se présentent sous forme d'une masse blanchâtre, granuleuse, sans mucosités proprement dites, de consistance de lait caillé, formant un enduit grisâtre étendu uniformément sur la muqueuse et les replis du vagin. Les sécrétions normales possèdent une réaction franchement acide et présentent sous le microscope des cellules épithéliales, des corpuscules muqueux isolés et des bacilles spéciaux que Doderlein a désignés sous le nom de bacilles vaginaux. Quand on ensemence les sécrétions normales, le bacille vaginal se développe presque seul, quelquefois on trouve encore du muguet et quelques saprophytes, mais presque jamais de bactéries pathogènes. Les expériences sur les animaux (inoculations sous-cutanées) montrent également l'absence des micro-organismes pathogènes.

Les sécrétions pathologiques sont toutes celles qui n'ont pas les caractères des sécrétions pathologiques. Elles se présentent sous forme de mucosités blanc jaunâtre ou verdâtres, souvent si abondantes qu'elles s'écoulent de la vulve. Sur la muqueuse du vagin elles forment un enduit épais, visqueux, grisâtre. Les sécrétions pathologiques ne sont jamais aussi acides que les normales : fréquemment leur réaction est alcaline. Sous le microscope, elles renferment des cellules épithéliales, des corpuscules du pus et des micro-organismes très variés, parmi lesquels les bacilles vaginaux sont moins abondants que dans les sécrétions normales. Par les cultures et les inoculations sous-cutanées, on peut y démontrer la présence assez fréquente des micro-organismes pathogènes. Les sécrétions pathologiques se rencontrent surtout chez les multipares offrant diverses lésions de l'appareil génital, catarrhe purulent du col, vaginite granuleuse, etc.

(1) Cité par Walthard, in *Arch. f. Gyn.*, 1895, vol. XLVIII, p. 201.
(2) Cité par Walthard, *Ibid.*
(3) *Centralb f. Gynækol.*, 1887, n° 28.
(4) *Arch. f. Gynækol.*, vol. XXXIV.
(5) *Das Scheidesecret und seine Bedeutung für Puerperalfieber*, 1889.

Sur les 195 cas, l'examen ne montra que dans 8 cas l'existence des streptocoques, agents spéciaux de l'infection puerpérale, qui dans cinq cas seulement étaient virulents.

Les principaux points qui résultaient des recherches de Doderlein, existence des sécrétions normales et pathologiques et rareté de la présence des streptocoques, furent confirmés en tous points par Burgubru (1) qui trouva des streptocoques 1 fois sur les 12 femmes examinées; par Williams (2) qui constata leur présence dans 3 cas sur 15; par Stroganoff (3) qui les cultiva 2 fois sur 9; par Burkhard (4) enfin qui sur 116 cas trouva des streptocoques dans 4.3 0/0 des cas.

Les conclusions pratiques que Doderlein (5) tirait de ces faits étaient les suivants. Il admettait tout d'abord que d'une façon générale les sécrétions pathologiques devaient plus fréquemment renfermer des streptocoques que les sécrétions vaginales, et que la rareté relative de la présence des micro-organismes virulents (streptocoques en particulier) dans les sécrétions vaginales permettait de considérer le vagin d'une femme enceinte comme relativement aseptique dans l'énorme majorité de cas. Dans ces conditions si l'on prenait en considération la possibilité de l'infection du vagin et du transport dans l'utérus des bacilles virulents du vagin par le doigt relativement aseptique de l'accoucheur ou par le doigt d'une asepsie fortement douteuse de la sage-femme — et ce sont justement les sages-femmes qui font le plus grand nombre d'accouchements, — il valait mieux, pour les *accouchements normaux*, de réduire au minimum, voire même proscrire, le toucher vaginal et de supprimer avant tout les injections vaginales avant ou après l'accouchement.

Quant aux cas nécessitant l'intervention obstétricale, comportant presque toujours, pour ne pas dire toujours, des manipulations sur l'utérus, la désinfection du vagin devait rester de rigueur. Dans ces cas notamment, les streptocoques qui se trouvent chez 4 0/0 environ des femmes enceintes seraient, d'après Doderlein, forcément transportés dans l'utérus, et c'est ce transport qui devrait être rendu non dangereux, soit par la destruction soit par la diminution de la virulence des micro-organismes pathogènes par le liquide antiseptique.

Disons enfin que, pour Doderlein (6), la cause de l'absence des micro-organismes pathogènes dans le vagin, tiendrait surtout à la présence des bacilles vaginaux, qui se trouvent à l'état de culture presque pure dans les sécrétions normales et en assez grand nombre dans les sécrétions pathologiques, et à la réaction acide des sécrétions, qui serait le résultat de l'activité biologique des bacilles vaginaux.

C'est aux conclusions pratiques formulées par Doderlein que se rattacha Léopold dans ses premiers essais d'asepsie dans les accouchements normaux. Comme le conseillait Doderlein, il réduisit au mininum le toucher vaginal et renonça aux injections vaginales dans les accouchements normaux, en réservant la désinfection rigoureuse du vagin pour les cas anormaux nécessitant une intervention obstétricale.

Les choses en étaient là, lorsqu'il y a huit mois

(1) *Arch. f. experim. Pathol.* vol. XXX, p. 463.
(2) *Americ. journ. of. med. sciences*, juillet 1893.
(3) *Centralb. f. Gynækol.*, 1893, p. 935.
(4) *Arch. f. Gynækol.*, 1893, vol. XLV.
(5) *L.c.* et *Deut. med. Wochenschr.*, 1895, n° 10, p. 157.
(6) *Deut. med. Woch.*, 1895, n° 10, p. 157.

Krœnig (1) publia son travail très remarquable sur les propriétés bactéricides des sécrétions vaginales chez les femmes enceintes.

Dans ses recherches, basées sur l'examen des sécrétions vaginales de près de 200 femmes enceintes, Krœnig a trouvé que les sécrétions vaginales, qu'elles soient normales ou pathologiques ou très pathologiques, ne renfermaient jamais, à part le gonocoque et le muguet, de microorganismes pathogènes, jamais de streptocoques.

Dans une autre série d'expériences, Krœnig a étudié la façon dont se comportent les microorganismes introduits dans le vagin des femmes enceintes. C'est ainsi qu'en introduisant des cultures pures de streptocoques, de staphylocoques ou de bacilles pyocyaniques, il a pu constater, en examinant bactériologiquement les sécrétions vaginales à des intervalles variables après l'infection, que tous ces bacilles disparaissaient des sécrétions vaginales au bout de 11 à 20 heures. Les sécrétions vaginales paraissaient donc posséder des propriétés bactéricides manifestes, les sécrétions normales aussi bien que les sécrétions pathologiques.

De ces expériences, Krœnig tirait les trois conclusions suivantes :

1° Le pouvoir bactéricide des sécrétions vaginales chez les femmes enceintes ne dépend pas de la flore bactérienne du vagin et est le même, quand les sécrétions renferment des bacilles ou des microcoques.

2° Le pouvoir bactéricide des sécrétions vaginales ne s'exerce pas avec la même intensité envers les microorganismes pathogènes qui peuvent pénétrer dans le vagin : les streptocoques sont tués très rapidement ; viennent ensuite les staphylocoques et en dernier lieu les bacilles pyocyaniques. En tous les cas, quand les microorganismes pathogènes ou non, pénètrent dans le vagin, ils y sont rapidement détruits par les sécrétions vaginales.

3° Le vagin d'une femme enceinte doit être considéré comme aseptique (comme ne contenant pas de microorganismes pathogènes) quand il s'est passé trois fois 24 heures après le dernier toucher vaginal.

Quant à la valeur désinfectante des injections vaginales antiseptiques, Krœnig a fait les expériences suivantes :

Des femmes enceintes, au nombre de 30, furent infectées dans le vagin avec des cultures de bacilles pyocyaniques, de streptocoques ou de staphylocoques, puis soumises, une heure après, à une injection vaginale de 2 litres d'une solution de lysol. L'examen bactériologique des sécrétions vaginales, fait à divers intervalles après l'injection antiseptique, montra que, dans aucun cas, l'injection n'a diminué le nombre de microorganismes virulents introduits dans le vagin. De plus, après les injections les sécrétions vaginales ne se débarrassèrent des microbes introduits qu'au bout de 19 à 36 heures après l'infection, c'est-à-dire bien plus tard que lorsque l'introduction de microorganismes pathogènes dans le vagin n'était pas suivie d'injection antiseptique. Autrement dit, les injections antiseptiques, au lieu de venir en aide aux propriétés bactéricides des sécrétions vaginales, semblaient plutôt les détruire. Et il en était de même lorsque les injections, au lieu d'être faites après, étaient faites avant l'infection du vagin.

Le travail de Menge (2), qui suivit de près celui de Krœnig et se rapportait aux propriétés bactéricides des sécrétions vaginales des femmes non enceintes, confirma en grande partie les faits énoncés par Krœnig.

Pour faire ses recherches dans des conditions constantes, Menge a choisi des femmes laparotomisées depuis une quinzaine de jours, pour des affections autres que celles de l'appareil génital. Toutes ces femmes gardaient le lit : le vagin se trouvait donc à l'abri des infections accidentelles, à l'état pour ainsi dire normal. Chez 50 femmes qui réalisaient ces conditions, Menge examina par les mêmes procédés que Krœnig, par les cultures et le microscope, les sécrétions du fond et de l'entrée du vagin.

Contrairement à Krœnig, Menge trouva des streptocoques 1 fois dans les sécrétions du fond, 2 fois dans celles de l'entrée du vagin. Par contre, il a pu confirmer, point par point, tout ce que Krœnig avait dit sur le pouvoir bactéricide des sécrétions vaginales. Chez 35 femmes auxquelles Menge a introduit dans le vagin des bacilles pyocyaniques, des staphylocoques ou des streptocoques, on ne trouvait plus, au bout d'un certain temps, dans les sécrétions vaginales, les microorganismes qui y avaient été introduits. Les sécrétions acides tuaient les microbes aussi bien que les sécrétions alcalines ou les sécrétions neutres. L'auto-aseptisation du vagin était complète au bout d'un temps allant de deux heures et demie à soixante-dix heures, et aussi bien au fond qu'à l'entrée du vagin.

Les recherches de Menge et surtout celles de Krœnig portaient donc directement atteinte aux conclusions pratiques et aux restrictions formulées par Doderlein. Comme d'après les recherches de Krœnig, les sécrétions vaginales des femmes enceintes non touchées ne renferment jamais des streptocoques et que les injections vaginales amoindrissent le pouvoir bactéricide des sécrétions, il était évidemment inutile de faire la désinfection du vagin dans les cas indiqués par Doderlein.

Doderlein (1) répondit à Krœnig en établissant que Krœnig était le seul à ne pas trouver des streptocoques dans les sécrétions vaginales, et que celles-ci se modifiant naturellement après l'accouchement et l'établissement des lochies, l'antisepsie du vagin redevenait au moins indifférente pour le pouvoir bactéricide des sécrétions vaginales, et pouvait très probablement avoir l'avantage de désinfecter le vagin dans les cas où ce dernier renfermait des streptocoques.

Les points en litige entre Dœderlein et Krœnig ont été tranchés plutôt en faveur des théories de Doderlein, par un travail très remarquable et extrêmement consciencieux publié tout récemment par Walthard (2). Walthard ne s'est pas contenté de l'examen bactériologique des sécrétions utéro-vaginales chez les femmes enceintes : il a étendu son étude aux suites de couches, examiné les propriétés des sécrétions utéro-vaginales pendant la période puerpérale et étudié la virulence des microorganismes trouvés. Il nous semble donc que ce travail est tout à fait décisif en l'espèce, même et surtout au point de vue pratique.

Les recherches de Walthard ont été faites sur 100 femmes. Voici comment la question se présenterait d'après cette étude.

D'après Walthard, le canal génital d'une femme enceinte non touchée depuis quelque temps se composerait de deux parties : une renfermant une flore bactérienne variée, l'autre stérile, aseptique dans le sens microbiologique du mot. La partie peuplée de microbes comprend le vestibule du vagin, le vagin et la partie tout à fait inférieure du canal cervical ; la partie stérile se compose de la partie supérieure du canal cervical, de la cavité utérine et de la cavité des trompes.

La cause de cette délimitation très nette, au point de vue bactériologique, du canal utéro-vaginal, résiderait d'après Walthard dans l'existence, dans le canal cer-

(1) *Deut. med. Woch.*, 25 octobre 1894, p. 819.
(2) *Deut. med. Woch.*, 15, 22 et 29 novembre 1894.

(1) *Deut. med. Woch.*, 1895, n° 10.
(2) *Arch. f. Gynækol.*, 1895, vol. XLVIII, p. 201.

vical, d'un bouchon muqueux sécrété par les glandes du col et constituant, grâce à sa pauvreté en substances albuminoïdes, un mauvais milieu de culture pour les microorganismes du vagin. Ce bouchon est expulsé dans le vagin par la formation continuelle de mucosités, et se mélange au niveau de l'orifice externe du col avec les sécrétions vaginales. Comme il n'est nullement antiseptique dans le sens propre du mot, les microorganismes qui végètent dans le vagin, vivent aux dépens des sécrétions propres du vagin.

Un autre facteur qui assure l'asepsie de la portion supérieure du canal génital sont les propriétés chimiotaxiques que, d'après les recherches très précises de Walthard, posséderaient les sécrétions vaginales. Celles-ci se mélangeant avec le bouchon muqueux cervical au niveau de l'orifice externe du col, font venir les leucocytes qui s'emparent des microorganismes qui tendraient à pénétrer dans le col et à remonter le long du bouchon muqueux. Ce fait est si net, que, d'après Walthard, le bouchon muqueux du canal cervical comprendrait trois zones bien distinctes: une zone inférieure renfermant des microorganismes vaginaux et un grand nombre de leucocytes; une zone sus-jacente contenant des leucocytes; une zone supérieure ne contenant ni leucocytes ni microorganismes, mais simplement quelques cellules.

Cet état ne change pas *pendant* l'accouchement *normal*. Il n'y a pas, dans ces conditions, infection de la cavité utérine *per vias naturales*, et ce fait concorderait avec les recherches de Straus et Sanchez-Toledo (1) qui ont constamment trouvé stérile l'utérus des animaux (lapins, cobayes, souris) à différentes périodes de la puerpéralité. De plus, comme les sécrétions vaginales, le liquide amniotique posséderait, d'après les recherches de Walthard, des propriétés chimiotaxiques positives, si bien qu'après la rupture des membranes, il se ferait un appel de leucocytes qui réduirait au minimum le nombre de microorganismes de la partie inférieure du bouchon muqueux.

Pendant la période puerpérale, c'est encore le bouchon muqueux qui n'est nullement dissous par les lochies, qui constituerait, d'après Walthard, la sauvegarde de l'utérus. Toutefois Walthard a constaté que pendant les suites de couches, le nombre de microorganismes de la partie bactérifère du canal génital augmente un peu au début.

Quant aux sécrétions vaginales, Walthard y trouva, aussi bien pendant la grossesse qu'après l'accouchement, des microorganismes pathogènes : des streptocoques (2), des staphylocoques, des gonocoques et des coli-bacilles. Sur les 100 femmes examinées sous ce rapport, 27 avaient des sécrétions vaginales contenant des streptocoques, microorganismes particulièrement intéressants en l'espèce. *Seulement ces streptocoques étaient dépourvus de toute virulence, étaient*, suivant l'expression de Walthard, *de véritables saprophytes.*

Les études faites avec ces streptocoques ont permis à Walthard d'établir les faits suivants :

Les streptocoques isolés des sécrétions vaginales et inoculés à des lapins ne provoquaient chez ces animaux aucun phénomène morbide local ni général. Le microorganisme en question poussait fort bien sur le liquide amniotique et les lochies; les cultures sur liquide amniotique ne présentaient pas traces de virulence, celles sur lochies devenaient très légèrement virulentes sans jamais acquérir le degré de virulence des streptocoques venant des cas d'infection puerpérale.

Mais si, au lieu d'inoculer les streptocoques vaginaux à des animaux bien portants, on traumatisait préalablement les tissus ou on provoquait une simple stase sanguine, les microorganismes proliféraient, acquéraient rapidement une virulence extrême, tout à fait comparable à celle des streptocoques de l'infection puerpérale et donnaient lieu à une septicémie aiguë par envahissement du sang et des organes.

De ces recherches sur le streptocoque vaginal, Walthard tirait les conclusions suivantes :

1° La virulence des streptocoques vaginaux d'une femme enceinte non touchée depuis quelque temps est égale à celle des streptocoques qui vivent sur d'autres muqueuses (tube digestif) aux dépens des sécrétions de ces dernières; autrement dit, les streptocoques vaginaux ne sont pas virulents et se comportent à la façon des saprophytes envers les tissus sains.

2° Comme les streptocoques de l'intestin, les streptocoques du vagin peuvent devenir parasites quand la résistance des tissus avec lesquels ils se trouvent en contact, diminue. La virulence que les streptocoques vaginaux atteignent dans ces conditions peut alors égaler celle des streptocoques de la fièvre puerpérale.

Les conclusions pratiques que Walthard tire de ces faits au point de vue des indications de l'antisepsie vaginale, s'imposent pour ainsi dire d'elles-mêmes : c'est la condamnation des injections vaginales dans tous les accouchements normaux, chez des femmes bien portantes, quand l'acte d'accouchement n'amène pas de traumatisme proprement dit des tissus. En second lieu, abstention du toucher répété et surtout du toucher pour ainsi dire intense qui risque de porter les streptocoques vaginaux dans la partie aseptique supérieur (au delà de l'orifice externe, en pratique) du canal génital.

Par contre la désinfection rigoureuse du vagin est, d'après Walthard, indiquée dans les conditions suivantes :

1° Dans tous les cas quand l'exploration ou l'intervention doit porter au delà de l'orifice externe du col;

2° Dans tous les accouchements anormaux;

3° Chez toutes les femmes qui sont atteintes d'une affection qui diminue la résistance des tissus (nephrite, lésions non compensées du cœur, syphilis, diabète, maladies infectieuses intercurrentes, anémies).

III

Les recherches de Walthard sur le rôle du bouchon muqueux du canal cervical d'un côté et de la leucocytose de l'autre, expliquaient suffisamment les causes de l'état aseptique de la partie supérieure du canal génital. Mais il restait à connaître les causes du pouvoir bactéricide des sécrétions vaginales, le mécanisme par lequel les microorganisme pathogènes qui pénètrent dans le vagin perdent leur virulence.

Nous avons vu que pour Doderlein tout se réduirait aux bacilles vaginaux, à leurs produits qui donnaient aux sécrétions vaginales leur réaction acide. Krœnig (1) qui aborda incidemment cette question, n'attribue pas une grande importance aux bacilles vaginaux, pas plus qu'à la phagocytose, et arrive à conclure que l'absence de microorganismes pathogènes dans les sécrétions vaginales est due probablement en grande partie à l'écoulement continu des sécrétions au dehors.

Les causes du pouvoir bactéricide des sécrétions vagi-

(1) Cités par Walthard, *loc. cit.*

(2) Disons à ce sujet que dans une publication récente (*Centralb. f. Gynækol.*, 20 avril 1895, n° 16 p. 409) Krœnig revient sur ces premières affirmations et décrit dans les sécrétions vaginales des femmes enceintes un streptocoque particulier, anaérobie et non virulent.

(1) *Loc. cit.*

nales ont été étudiées d'une façon très détaillée par Menge (1) dont les expériences ont été conduites de la façon suivante.

Tout d'abord Menge a ensemencé et examiné microscopiquement les échantillons de sécrétions vaginales prises avant et après l'infection artificielle du vagin avec des streptocoques, des staphylocoques et des bacilles pyocyaniques. Dans ces conditions il constata que l'ensemencement des sécrétions vaginales prises avant l'infection, donnait des résultats négatifs, tandis que sur les plaques ensemencées avec les sécrétions vaginales prises après l'infection on trouvait les colonies de bactéries introduites dans le vagin. Très nombreuses sur les plaques ensemencées immédiatement après l'infection, ces colonies devenaient de plus en plus rares à mesure qu'on s'éloignait du moment de l'infection, si bien qu'au bout d'un certain temps les plaques ensemencées avec les sécrétions vaginales prises plus ou moins longtemps après l'infection redevenaient stériles.

Sous le microscope le tableau variait également avec le moment auquel la préparation était faite. Tantôt on trouvait au milieu des bacilles vaginaux, les microorganismes introduits dont le nombre diminuait progressivement dans les préparations faites longtemps après l'infection; tantôt l'apparition des microorganismes étrangers était accompagnée d'une diminution du nombre de bacilles vaginaux qui devenaient de plus en plus nombreux à mesure que les premiers disparaissaient; tantôt enfin on trouvait une leucocytose intense, même dans les cas où, avant l'infection, les sécrétions ne renfermaient presque pas de leucocytes. Cette leucocytose disparaissait quand les microorganismes introduits dans le vagin étaient détruits, et s'accompagnait d'une phagocytose intense. On trouvait notamment à l'intérieur des leucocytes soit les microorganismes introduits seuls soit ces microorganismes et les bactéries ordinaires du vagin. Pourtant dans certains cas où le pouvoir bactéricide des sécrétions vaginales s'exerçait dans toute son intensité, la leucocytose et la phagocytose faisaient défaut. Le rôle de la phagocytose dans le pouvoir bactéricide des sécrétions vaginales était donc limité et à elle seule la phagocytose n'expliquait pas encore le mécanisme de ce pouvoir bactéricide.

Pour ce qui est d'un autre facteur invoqué par Doderlein, le rôle des bacilles vaginaux et de l'acidité des sécrétions vaginales, due à la formation d'acide lactique par ces bacilles, Menge fait tout d'abord observer que la présence des bacilles vaginaux de Doderlein est loin d'être constante. D'un autre côté, le pouvoir bactéricide de l'acide lactique dans un milieu artificiel d'une composition identique à celle des sécrétions vaginales, s'est montré comme minime. D'autres expériences encore ont montré à Menge que le degré d'acidité n'intervenait que d'une façon très restreinte dans le pouvoir bactéricide des sécrétions vaginales. Ces expériences ont été conduites de la façon suivante :

Une certaine quantité de sécrétions vaginales, à réaction acide, est divisée en deux portions égales, l'une est préalablement stérilisée à la chaleur, puis toutes les deux ensemencées avec la même culture de streptocoques. Or, tandis que les sécrétions vaginales non stérilisées conservent leur pouvoir bactéricide en totalité, les sécrétions préalablement stérilisées perdent entièrement ce pouvoir ou ne le conservent qu'en partie.

Dans une autre expérience, une certaine quantité de sécrétions acides est divisée en deux portions égales. L'une est additionnée d'une certaine quantité d'une solution de bicarbonate de soude, de façon à présenter une réaction alcaline; l'autre est additionnée d'une quantité égale d'eau distillée; puis, toutes les deux ensemencées avec la même culture de streptocoques. On constate alors que la culture alcalinisée a un pouvoir bactéricide notablement diminué, tandis que dans la seconde culture les sécrétions vaginales continuent à l'exercer comme auparavant. Si, maintenant, avant l'ensemencement on stérilise préalablement les sécrétions alcalinisées, celles-ci deviennent un excellent milieu de culture pour les streptocoques ou les staphylocoques. Du reste, les sécrétions vaginales naturellement alcalines se comportent de la même façon : en nature, elles exercent *in vitro* les propriétés bactéricides tout comme les sécrétions acides; une fois stérilisées, elles deviennent un excellent milieu de culture.

Cette série d'expériences montre donc que si l'acidité joue un certain rôle dans le pouvoir bactéricide des sécrétions vaginales, il faut dans cette question compter encore avec d'autres facteurs plus puissants que l'acidité. En analysant de plus près les faits consignés, Menge arrive à préciser le rôle respectif de divers éléments qui interviennent dans le pouvoir bactéricide des sécrétions vaginales.

Les expériences avec les sécrétions alcalinisées et ensemencées ensuite avec des microorganismes pathogènes, avec ou sans stérilisation préalable du milieu, montrent, d'après Menge, qu'il faut compter en premier lieu avec les bactéries qui habitent ordinairement le vagin et avec leurs sécrétions. En effet, l'explication de l'action de la stérilisation sur les sécrétions alcalinisées ou naturellement alcalines, réside tout entière dans ce fait que la chaleur détruit les bacilles et leurs produits et transforme les sécrétions vaginales en un milieu de culture. C'est par le même mécanisme qu'agirait, d'après Menge, l'alcalinisation des sécrétions acides, où la diminution du pouvoir bactéricide tiendrait moins à la neutralisation de l'acidité qu'à la dilution des produits solubles des bacilles du vagin et à l'affaiblissement de leur activité dans un nouveau milieu. L'antagonisme entre ces microorganismes et les bactéries introduits artificiellement ou accidentellement dans le vagin, constituerait donc un facteur de premier ordre dans le mécanisme de l'auto-aseptisation du vagin.

A côté de cet antagonisme, il existe un autre facteur non moins puissant. Menge a notamment trouvé chez les nouveau-nées les sécrétions vaginales bactériologiquement stériles et ne renfermant que des cellules épithéliales, possédant un pouvoir bactéricide très manifeste. Si l'on introduit des streptocoques dans le vagin d'une nouveau-née, ils disparaissent ordinairement au bout de 50 heures. En suivant pas à pas le processus, on constate la diminution progressive du nombre de streptocoques, l'apparition d'une leucocytose accompagnée ou non de phagocytose et disparaissant avec la disparition des streptocoques, et finalement l'établissement définitif de la flore microbienne ordinaire du vagin. Dans ces cas, la destruction des microorganismes pyogènes relevait, d'après Menge, en partie de l'acidité des sécrétions vaginales, en partie de la leucocytose et de la phagocytose quand elles existent, et très probablement des propriétés bactéricides des sécrétions des éléments anatomiques du vagin.

En résumé, d'après Menge, les causes du pouvoir bactéricide des sécrétions vaginales seraient multiples et se succéderaient, suivant leur importance, dans l'ordre suivant : l'antagonisme entre la flore microbienne ordinaire du vagin et les microorganismes qui y pénètrent par hasard; les produits de l'activité des bacilles vagi-

(1) *Loc. cit.*

naux; l'acidité des sécrétions; les propriétés des sécrétions des éléments anatomiques du vagin; la leucocytose avec ou sans phagocytose; l'absence d'oxygène libre dans le vagin.

R. Romme.

TRAVAUX ORIGINAUX

Arthropathies et hématomes diffus chez les hémophiles, par M. G. Gayet, interne des hôpitaux de Lyon.

Nous avons eu l'occasion, pendant notre internat à l'Antiquaille, dans le service de chirurgie infantile, alors aux mains de M. Rochet, agrégé, d'observer un cas curieux d'hémophilie. Nous ayant fait remarquer l'intérêt du cas, M. Rochet nous a engagé à faire quelques recherches à ce sujet et a bien voulu nous fournir deux autres observations analogues qu'il possédait. Nous lui en exprimons ici tous nos remercîments.

Ces cas sont intéressants par la netteté de deux complications particulières, les *hématomes diffus*, plus ou moins spontanés, et les *arthropathies*. Sans doute ces symptômes ne sont pas nouveaux. Dans toutes les monographies qui ont été faites sur la diathèse hémophilique, ils sont signalés et décrits avec observations à l'appui. Mais il nous a semblé que leur importance clinique, surtout pour le diagnostic, a presque toujours été laissée un peu dans l'ombre, et dans les traités généraux, au cours des articles consacrés aux arthropathies, aux hématomes, nulle part on ne trouve discutée la question des difficultés de diagnostic qui pourtant est très importante parfois pour le chirurgien. Nos observations personnelles, et plusieurs autres tirées de la littérature médicale nous en fourniront la preuve.

Déjà, dans un des plus anciens cas observés, Tardieu (1) avait décrit chez un hémophile avéré l'apparition spontanée de véritables tumeurs sanguines; elles se développaient surtout sur les membres, se résorbaient ensuite constamment. En même temps, les genoux étaient le siège de gonflements avec douleurs, persistant pendant quelques jours pour disparaître ensuite.

En 1855, paraît la première étude complète de l'affection qui nous occupe. Elle est due à Grandidier (de Cassel) (2) et bientôt reproduite et critiquée en France par Schneff (3), puis par Fritz (4). Ces auteurs signalent les tumeurs sanguines dont le volume atteint parfois la grosseur d'une tête d'enfant; elles sont douloureuses à la pression qui engendre des ecchymoses dans les parties voisines; elles siègent surtout au niveau des fausses côtes, vers les lombes, la racine des cuisses et autour des genoux. On cite même un cas de mort à la suite d'une de ces tumeurs sanguines généralisée chez un jeune homme à tout le tissu cellulaire du thorax.

Les arthropathies sont signalées dans ces travaux. Il est rare, d'après Grandidier, qu'un des membres au moins d'une famille de « *bluter* » ne soit pas atteint de douleurs articulaires. Pour Lebert et Fournier ce fait ne se déclare qu'à la suite d'hémorrhagies externes ou interstitielles; mais, d'après Wachsmuth et Grandidier, ces douleurs peuvent se montrer avant toute espèce d'hémorrhagie, et il n'est pas rare de les voir alterner avec les pertes de sang et les tumeurs sanguines. Elles s'accompagnent souvent de gonflement. Les ecchymoses qui s'y montrent paraissent dues à l'examen, et seraient donc secondaires.

Dans la thèse de Giraudeau (1), nous trouvons l'observation d'un enfant de quinze mois qui présenta une tumeur spontanée, dure et noire à la fesse.

On pratiqua la ponction qui fut suivie de l'issue d'une certaine quantité de sang noirâtre, puis d'une hémorrhagie très rebelle. Plus tard l'enfant eut fréquemment de ces tumeurs.

En 1871, M. le professeur Poncet qui était alors précisément interne à l'Antiquaille, a publié dans le *Lyon Médical* (2) une observation très intéressante d'arthropathie hémophilique. Elle a trait à un enfant de seize ans, sujet aux douleurs rhumatismales, chez qui le genou droit était resté douloureux, avec les mouvements de flexion et d'extension difficiles. Le genou était augmenté de volume, il y avait du choc rotulien. Trois ans auparavant, il s'était développé une petite grosseur noirâtre à la partie interne du genou; cette tumeur s'était ouverte d'elle-même, et avait donné une abondante hémorrhagie.

Après traitement par le repos dans une gouttière, l'état ne s'améliorant pas, le chef de service d'alors, M. Horand, se décida à faire des pointes de feu; à la chute des escharres, il se produisit une hémorrhagie qu'aucun moyen ne put arrêter. Pendant un mois, le malade continua à perdre son sang goutte à goutte, et mourut au bout de ce temps.

Malgré ces observations si probantes, Cadet de Gassicourt (3), dans une clinique sur un cas d'hémophilie, nie les arthropathies hémophiliques. Il les rattache, soit à des erreurs de diagnostic (pseudo-rhumatisme infectieux du purpura), soit à des hémorrhagies intra-articulaires.

Au contraire, M. Potain (4) faisant une clinique sur un sujet hémophile ayant eu auparavant des attaques de rhumatisme aigu, rapproche de ce fait les arthropathies fréquentes dans cette maladie, et pense prouver par là que l'hémophilie est une manifestation arthritique.

Enfin, plus récemment, Bowlby (5) rapporte trois faits d'arthropathies hémophiliques avec attitudes vicieuses, déformations, gonflement de la synoviale, craquements. Chez l'un de ces sujets, il y avait eu à dix-neuf ans un immense épanchement intra-musculaire.

L'année suivante, Kœnig (6) présente des remarques intéressantes sur les arthropathies des hémophiles. Il en étudie l'anatomie pathologique et montre combien les symptômes peuvent simuler des arthrites chroniques simples ou tuberculeuses. D'où l'importance du diagnostic, au point de vue surtout de l'intervention. Ces remarques sont basées sur une quinzaine de cas personnels.

C'est là, approximativement, tout ce que comporte le bulletin bibliographique des principales publications sur la question.

Voici maintenant nos observations personnelles :

Observation I (Rochet). — Jeune homme de 16 ans. Rien de particulier dans les antécédents héréditaires, rien non plus de bien saillant dans son histoire pathologique, si ce n'est précisément de l'*hémophilie* nette (saignements de

(1) Tardieu, *Archives de médecine*, 1841.
(2) Grandidier, *Die Hæmophilie oder die Bluterkrankheit*. Leipzig 1855.
(3) Schneff, Rech. histor. sur l'hémophilie, *Gaz. Méd. Paris* 1855.
(4) Fritz, Hémophilie, *Arch. de médecine*, 1863.

(1) Giraudeau, th. de Paris 1863.
(2) Poncet, *Lyon Médical*, 1871.
(3) Cadet de Gassicourt, *France Médicale* 1876.
(4) Homolle, *France Médicale* 1879.
(5) Bowlby, *Saint-Bartholomew's Hospital Rep.*, 1890.
(6) Kœnig, *Berlin. klin. Wochenschr.*, 1891.

nez incoercibles, ecchymoses cutanées au moindre heurt contre le tégument, à la moindre pression sur la peau, etc.).

Depuis 18 mois environ, le sujet se plaint de douleurs articulaires répétées, à déterminations multiples, et qui ont même fait penser à du rhumatisme à un moment donné. Ce qui l'amène voir un chirurgien, c'est surtout l'état de ses coudes. Ces deux articulations sont tuméfiées, douloureuses à la pression, avec mouvements de flexion et d'extension limités. L'empâtement siège surtout à la face postérieure de l'article, sur l'insertion tricipitale. La peau est un peu tendue tout autour de la jointure. Il n'y a pas de craquements articulaires.

Quelques jours après son entrée au service, le malade présente une nouvelle poussée articulaire du côté des genoux. Les signes du côté de ces jointures sont les mêmes que ceux observés pour les coudes.

Bientôt apparaissent de nouveaux signes extérieurs qui mettent sur la voie du diagnostic, jusque là hésitant. Au niveau du coude, puis autour des genoux se montrent des ecchymoses, diffusées sur une large surface autour des jointures malades et s'étendent de là comme d'un centre en mourant vers les parties voisines. Peu à peu, la douleur, le gonflement diminuent dans les régions articulaires malades. Et, au bout de 15 jours ou trois semaines, il ne reste plus qu'une limitation assez marquée, mais non douloureuse des mouvements de la jointure.

Enfin, comme pour confirmer encore le diagnostic de décharge sanguine, d'origine hémophilique, du côté des articulations, apparaît un nouveau symptôme tout à fait caractéristique. Le malade était presque guéri de tous ses accidents articulaires quand, un matin, on le trouve étendu sur le dos, avec de vives souffrances dans la région ilio-fémorale, et dans l'attitude classique d'une psoïte aiguë (flexion, abduction et rotation en dehors de la cuisse). Toute la fosse iliaque et la partie supérieure de la cuisse sont le siège d'un empâtement dur, diffus, très douloureux, formant plastron. La veille, le malade ne présentait rien de semblable.

C'était un hématome diffus, produit brusquement dans la gaîne du psoas et qui, du reste, par la perte de sang rapide et assez considérable qu'il avait soustrait à la circulation, mit le malade dans un état alarmant et demi-syncopal d'anémie aiguë pendant plusieurs jours. Pendant tout ce temps le malade se plaignait de douleurs violentes tout le long de la cuisse.

Cet hématome mit longtemps à se résoudre. Il disparut cependant sans qu'on fût obligé de l'évacuer.

La température de ce malade n'a malheureusement pas été prise pendant les poussées articulaires; elle est restée normale lors de l'hématome du psoas.

Obs. II (Rochet). — Petit malade de 12 ans, assez bien portant, mais de constitution frêle et délicate. Depuis un an a présenté des signes d'*hémophilie*. Il a eu à plusieurs reprises des hémorrhagies sérieuses par le nez, et même par les gencives. Ecchymoses faciles.

Un jour, sans cause apparente, il est pris de douleurs extrêmement vives dans le bras gauche, avec gonflement rapide des parties molles dans toute la circonférence du bras, et presque dans toute sa longueur. Ce gonflement s'accroît rapidement, et quand le médecin revoit l'enfant, 24 h. après sa première visite, il trouve la région extrêmement dure et tendue, avec peau luisante à la surface et comme une teinte brunâtre dissimulée par-dessous. La moindre pression, le moindre contact sur ce tégument tendu à l'excès sont horriblement douloureux. En raison de ce tableau symptomatique, en raison de la température montée aux environs de 39°, le praticien eut peur d'un phlegmon suraigu et fit entrevoir la possibilité d'une opération. La famille se refusa tout à fait à cette proposition, et on fut obligé d'attendre.

On n'eut pas, tout d'abord, lieu de s'en repentir, car quelques jours après ce début à grand fracas, l'empâtement avait diminué notablement, les douleurs étaient beaucoup moins vives, et une large ecchymose apparaissait le long du bras. C'est alors seulement que le mal fut rapporté à sa véritable origine, l'hémophilie du sujet, et on en eut bientôt la confirmation.

L'hématome se comporta absolument comme dans un de nos cas. Il se ramollit au point de donner la sensation d'une immense poche fluctuante, prête à s'ouvrir. Les parents consentirent, cette fois, à l'ouverture de ce qu'ils croyaient être un abcès, et l'incision de la poche ne donna issue qu'à un liquide sanguinolent et à une grande quantité de caillots.

Os. III (Rochet). — M. Pierre âgé de 9 ans, né à Aveize (Rhône), entre le 22 septembre 1894 à l'hospice de l'Antiquaille, salle Saint-Mathieu.

Père bien portant, mère cardiaque; sœur bien portante. Personnellement, ni affections pulmonaires, ni affections nerveuses.

Depuis sa naissance, hémophilie qui paraît diminuer ces dernières années. Epistaxis longues et répétées, hémorrhagies abondantes pour la moindre lésion cutanée (durant plusieurs jours). Les ecchymoses sont toujours très considérables, noires, lentes à guérir.

Il y a environ 3 mois, chute sur le genou droit; l'articulation enfle le lendemain; douleurs à la pression. Au bout de 8 jours l'enflure disparaît.

Il y a deux mois, nouvelle chute à la suite de laquelle le genou grossit, devient douloureux, la jambe entière enfle aussi. Douleurs violentes, la jambe est en flexion à 25° environ. Au bout de quinze jours, la douleur et l'enflure disparaissent, mais la flexion de la jambe persiste ainsi qu'une grosseur mal limitée à la partie interne du genou (1).

A l'entrée, la jambe n'est pas enflée, elle est en légère flexion sur la cuisse, le genou est un peu gros; empâtement sur les côtés du ligament rotulien; point nettement douloureux en arrière, dans le creux poplité; l'aspect général est celui d'une tumeur blanche et à forme d'*hydrops tuberculosus* très tendu.

L'enfant boîte un peu depuis le début des accidents.

Pendant la nuit qui a suivi l'entrée, la jambe a commencé à enfler. Le lendemain l'aspect avait totalement changé. La jambe tout entière était enflée, peau tendue, lisse, réseau veineux sous-cutané très apparent au genou. L'enfant pousse des cris dès qu'on appuie sur le membre, surtout le long du tibia. L'aspect général est celui d'un phlegmon diffus de la jambe, sauf que la coloration est plutôt pâle, rosée seulement à la partie postérieure.

On immobilise le membre dans une gouttière plâtrée.

Le 27 septembre, l'enflure a encore augmenté; mais à la partie postérieure, on trouve une coloration nettement ecchymatique, jaunâtre, violacée par endroits, avec phlyctène à la partie externe. Ces signes, et les renseignements fournis par la mère permettent de poser le diagnostic d'hématome chez un hémophile.

15 octobre. — On pratique une incision. Il sort une sérosité sanguinolente, épaisse, semblable aux épanchements décrits par Morel-Lavallée (2). En outre, le doigt permet de reconnaître de très gros caillots, dont le poids total atteint 230 grammes. On retire ces caillots et on referme la plaie. Tamponnement à la gaze iodoformée.

28 janvier 1895. — Le malade a encore un peu de flexion de la jambe qu'il ne peut étendre complètement. Il marche assez difficilement, par suite de la raideur articulaire du genou et du cou-de-pied.

L'hématome est complètement guéri.

Voyons maintenant les points intéressants de ces observations.

1° *Etiologie des arthropathies et des hématomes.*

Dans l'un de nos cas, le malade invoque comme cause de l'arthrite une chute sur le genou. Est-ce le traumatisme banal, auquel le sujet a tendance à rapporter l'origine de ses maux, ou réellement la cause efficiente. Il est difficile de le dire. Rien de pareil en tout cas dans l'Observation I.

Pour les hématomes, il est difficile encore de se prononcer sur le point de savoir si l'hématome est entièrement spontané. Dans l'Obs. II aucun traumatisme. Dans

(1) Ne pas attacher beaucoup d'importance aux chutes sur le genou qui ne sont pas très certaines. Les accidents signalés tenaient sans doute à des poussées hémorrhagiques survenant dans l'articulation.

(2) Morel-Lavallée, Épanchements traumatiques de sérosité, (*Archives gén. de médecine, 1853.*)

l'Obs. III, il est permis de se demander si les examens répétés auxquels le malade a été soumis, d'abord au bureau d'admission, puis dans le service le jour de son entrée, n'ont pas eu une influence sérieuse sur le développement de l'hémorrhagie intestitielle. Dans un grand nombre d'observations, la même question paraît se poser; et un argument qui serait en faveur de cette explication, c'est que le lieu d'élection des tumeurs sanguines est précisément sur les alentours des articulations malades, et par suite soumises à des palpations prolongées.

En tout cas, si l'hématome est parfois précédé d'une petite violence locale, il n'en reste pas moins vrai qu'on peut le considérer comme presque toujours spontané, vu le minimum de trauma nécessaire pour lui donner naissance.

2° *Symptomatologie.* — Pour ce qui est des symptomes propres aux arthropathies, on a pu voir que le malade se plaint ordinairement de douleurs plus ou moins vives au niveau de ses articulations. Il s'ensuit une gêne fonctionnelle marquée, bientôt accrue par le gonflement et la flexion du membre. L'aspect rappelle alors absolument dans bien des cas celui d'une arthrite subaiguë, par exemple au genou où on note du gonflement de chaque côté du tendon rotulien, et bientôt une articulation branlante, avec contractures, déformations, genu valgum, rotation de la jambe en dehors, etc.

A la palpation, on sent une tuméfaction semi-molle. Parfois, des craquements. La palpation est quelquefois très douloureuse.

Quant aux hématomes, ils tiennent à la fois du phlegmon pour la rapidité de leur apparition, *la tension des téguments qui deviennent lisses, brillants*, avec exagération du réseau veineux sous-cutané et de l'hématome vrai traumatique par l'apparition consécutive d'une ecchymose diffuse absolument caractéristique. Il s'y joint parfois des douleurs extrêmement violentes, dues probablement à la compression des nerfs par l'épanchement. Grenaudier, dans sa thèse, rapporte un cas d'hématome de la fosse iliaque droite, ayant produit des douleurs très vives tout le long du trajet du sciatique. Dans notre observation II également l'enfant qui en est l'objet présenta des irradiations douloureuses intenses dans tout le bras. Le malade de l'hématome du psoas souffrait aussi de douleurs violentes le long de la cuisse (territoire du nerf crural).

Enfin, l'abondance du sang épanché dans les vastes hématomes (observation III) est parfois telle que le malade présente les signes extérieurs d'une véritable hémorrhagie interne (pâleur, refroidissement, petitesse du pouls, etc).

3° *Pathogénie et anatomie pathologique.* — Quelle peut être la cause anatomique de tous les symptômes observés?

Au point de vue de l'anatomie pathologique, la question des arthropathies des hémophiles reste entière, et il ne nous appartient pas de la résoudre, d'autant plus que nous n'avons pas eu l'occasion de pratiquer d'autopsies.

Devons-nous voir là une affection rhumatismale chez des sujets que la majorité des auteurs classent dans la grande famille des arthritiques; ou bien y a-t-il quelque chose de plus, une véritable décharge hémorrhagique, se produisant à la fois dans l'articulation et dans le tissu cellulaire environnant? Les deux hypothèses peuvent se concilier, à ce qu'il nous semble. Chez les rhumatisants ordinaires, à l'autopsie d'une jointure en plein rhumatisme aigu, on trouve que la synoviale est le siège d'une injection vasculaire vive, surtout accusée au niveau des franges synoviales. Les cartilages prennent aussi une part active à l'inflammation. Pourquoi chez un hémophile, c'est-à-dire un individu dont les capillaires ont le triste privilège de se laisser congestionner et rompre avec une déplorable facilité (et cela, sans prendre parti entre les nombreuses théories qui invoquent soit des paralysies vaso-motrices, soit des troubles de nutrition des parois vasculaires) pourquoi, disons-nous, sous l'influence d'une poussée rhumatismale dans ce terrain particulier, ne se produirait-il pas une hémorrhagie bien explicable de cette façon, à la fois dans l'articulation même et dans les parties voisines également congestionnées.

Dans l'observation, citée plus haut, du professeur Poncet, on voit qu'à l'autopsie, les parois de l'articulation présentaient une teinte rouge sang. Les cartilages étaient le siège de lésions du rhumatisme chronique telles que les ont décrites Redfern, Charcot, Weber. A l'examen microscopique, on trouve ces tissus formés de granulations jaune foncé avec d'autres granulations pigmentaires et graisseuses. En somme une vive congestion des articulations.

4° *Diagnostic.* — La question diagnostic est plus intéressante.

Si l'on se reporte à nos trois observations, on verra que, dans la première, on pensa d'abord à du rhumatisme, puis à des tumeurs blanches des coudes; que dans la deuxième, le diagnostic de phlegmon diffus fut le premier posé; — enfin que le troisième sujet était entré dans un service de chirurgie avec l'étiquette de tumeur blanche du genou. Supposons que le malade de l'observation I soit entré au lendemain de l'apparition brusque de son hématome du psoas, n'aurait-on pas eu encore de sérieuses difficultés à déceler l'origine du mal?

Il en est de même dans la plupart des observations connues. Ainsi Tardieu avait eu l'idée de rechercher les diagnostics portés au moment des entrées répétées de son malade dans les hôpitaux. Il trouva qu'on avait cru à un rhumatisme 7 fois, à des arthrites 5 fois, à de simples contusions 3 fois, etc., etc.

Enfin, les cas de Kœnig sont plus frappants encore : sur trois malades opérés pour ce qu'on croyait être des tumeurs blanches, il en perdit deux par hémorrhagie presque sur la table d'opération. On voit par là toute l'importance en clinique d'un diagnostic précis, et surtout fait à temps, dans l'intérêt des malades et aussi du chirurgien.

Sur quoi se baser pour éviter ces erreurs? Au sujet des arthropathies, Schneff indiquait déjà pour les différencier des douleurs rhumatismales l'apyrexie, la brièveté de leur durée, l'absence d'élévation de température locale et de modification des téguments. Tous ces signes n'ont rien d'absolu.

Quant à l'erreur qui consiste à les prendre pour des tumeurs blanches, Kœnig conseille de s'appuyer 1° sur les antécédents héréditaires et personnels; 2° sur l'âge (on a en effet toujours affaire à de jeunes sujets et du sexe masculin); 3° sur l'évolution indolore (?); 4° sur les déformations caractéristiques; 5° sur l'existence de contractures et de déformations au niveau d'autres jointures anciennement malades et d'altérations simultanées de plusieurs articulations.

Là encore, il y aurait bien des choses à dire (par exemple les douleurs nous ont paru de règle dans les manifestations articulaires de l'hémophilie) et rien n'est décisif dans les signes invoqués. Un seul, pourtant, et heureusement il suffira dans la plupart des cas. C'est l'existence d'antécédents hémophiliques. Quant un sujet se présentera avec le cortège symptomatique que nous avons exposé, il sera généralement simple de rechercher dans le passé du malade et de ses ascendants ces épistaxis répétées et graves, ces ecchymoses au moindre

choc, ces saignements abondants et rebelles à la moindre excoriation. Et dès qu'on en connaîtra l'existence, on pourra affirmer qu'on est présence des accidents classiques de l'hémophilie et la plus grande prudence sera indiquée dans toute intervention. Du reste une ponction pourra souvent lever tous les doutes.

Nous dirons la même chose pour ce qui est des hématomes. Le praticien hésitant en face de ces collections bizarres, aux allures parfois phlegmoneuses, avec leurs douleurs vives et irradiées dans les membres, verra ses incertitudes se dissiper dès qu'il aura dépisté l'hémophilie par l'examen de l'état général du malade et surtout les commémoratifs. Il ne s'exposera pas ainsi à des ouvertures hâtives qui pourraient être mortelles.

5° *Traitement.* — Que faire en présence de ces accidents chez des hémophiles. Doit-on s'abstenir, et le bistouri est-il toujours formellement contre-indiqué? Nous le croyons pour les arthropathies récentes. On a, du reste, à sa disposition des moyens inoffensifs tels que l'élévation du membre, l'immobilisation dans des gouttières ou dans des attelles plâtrées; enfin, la compression méthodique et modérée. Ces moyens sont précieux pour diminuer les douleurs articulaires soit pour limiter l'hémorrhagie interstitielle. Plus tard, on pourra, suivant l'exemple de Kœnig, imprimer au membre des mouvements passifs, prudents. Si l'épanchement intra-articulaire est abondant, la ponction évacuatrice serait indiquée et ne donne pas d'ordinaire d'hémorrhagie secondaire.

Même pour les hématomes diffus, il ne faut pas se presser d'agir. Il semble véritablement qu'on ait affaire à une décharge sanguine dans les tissus cellulaires. Opérer immédiatement, pendant l'orage, serait s'exposer à de graves accidents opératoires. Plus tard, au contraire, quand le calme s'est rétabli, quand la poche s'est rétractée, quand les caillots se sont formés, il semble que le danger soit écarté; et c'est chose curieuse que de voir comment, chez notre opéré, par exemple (obs. III), alors que le moindre contact provoquait des ecchymoses immédiates, on peut, quelque temps plus tard, pratiquer une large incision, râcler la poche et l'exprimer pour en chasser les caillots, et cela sans hémorrhagie bien notoire. Une petite hémorrhagie tardive se déclara pourtant dans la nuit qui suivit l'opération; mais l'interne de garde appelé n'eut qu'à renouveler le pansement et faire une légère compression et il n'y eut pas d'autre suite.

Donc, en présence de ces vastes poches où l'épanchement est trop abondant pour que la résorption soit facile et rapide; où la persistance de la compression nerveuse produit des douleurs; et où le foyer livré à lui-même risque de s'enflammer, on pourra pratiquer la ponction; et si les caillots sont trop volumineux pour être retirés de la sorte, on devra sans trop de crainte recourir au bistouri, après quelque temps d'expectation, et alors que l'orage qui a produit la brusque apparition de l'hématome se sera tout à fait apaisé.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Sur un cas d'hypnotisme mortel. Post hoc non propter hoc. Phlébite dans le membre inférieur gauche. Embolie de l'artère pulmonaire, par Bernheim (*Revue médicale de l'Est*, 1er février 1895, p. 65, n° 3). — L'auteur rapporte l'histoire d'un homme de peine, âgé de 37 ans, entré à l'hôpital avec des symptômes de phlébite de la veine tibiale postérieure et de la poplitée gauche, de nature probablement grippale. Comme traitement on a employé l'immobilisation complète avec compresses d'eau blanche sur la jambe. Quelques jours après, le malade se plaignant de douleurs dans la cuisse gauche, ce qui l'empêchait de dormir, Bernheim lui proposa de l'en débarrasser par suggestion. Mais à peine est-il endormi qu'il porte la main sur sa poitrine, accuse de l'oppression avec respiration accélérée et face anxieuse. L'auteur s'évertue à le calmer; cependant la respiration resta fréquente et anxieuse. A son réveil, le malade respirait mieux; mais il est mort deux jours après, l'oppression et l'angoisse ayant continué. A l'autopsie, on trouva dans le membre inférieur gauche, un thrombus qui oblitérait la tibiale postérieure, la poplitée, la crurale jusqu'à l'origine de la veine iliaque interne. Les sommets des deux poumons contiennent quelques tubercules fibreux; il y a de nombreux infarctus aux bases; le poumon gauche contient deux infarctus considérables. L'artère pulmonaire présente, au-dessus des valvules sigmoïdes, un premier caillot qui se prolonge dans la branche pulmonaire droite. Un second thrombus plus ancien commence à l'origine de l'artère pulmonaire gauche oblitérant complètement celle-ci. L'auteur conclut à une phlébite ancienne, d'origine grippale, occupant la tibiale postérieure, la poplitée et la crurale. Le moment de l'hypnose a coïncidé avec la production de l'embolie qui, détachée du caillot oblitérant les veines malades, est allée obstruer le tronc de l'artère pulmonaire.

Des paralysies chloroformiques, par Vautrin (*Revue médicale de l'Est*, 1er février 1895, n° 3, p. 72). — Büdinger, qui a fait un travail sur les paralysies chloroformiques, avait noté qu'elles intéressent le plexus brachial du côté droit et que ces paralysies s'installent généralement pendant l'anesthésie mais peuvent mettre, pour se développer, quelques heures ou même quelques jours. Elles s'accompagnent parfois de troubles oculaires plus ou moins persistants. La paralysie la plus fréquente est celle qui atteint le groupe musculaire d'Erb. La perte de la sensibilité est inconstante. Büdinger pense que les paralysies du plexus brachial du côté droit sont dues à ce que l'opérateur fait maintenir les bras élevés pour rendre le champ plus libre à l'opérateur. Dans cette position élevée le plexus brachial peut se trouver comprimé entre la clavicule et la première côte. De plus, les tractions sur le bras auraient pour effet de tirailler les fibres nerveuses, tiraillement qui retentirait quelquefois sur le sympathique cervical, ce qui donnerait lieu aux phénomènes oculo-pupillaires.

Vautrin apporte trois observations de paralysie chroroformique dont la première se rapporte à un homme de 48 ans atteint d'un petit papillome sur la partie antérieure de la langue. Après l'opération, le malade ne pouvait pas soulever le bras droit au-dessus du plan du lit. Aujourd'hui, c'est-à-dire 5 ans après l'opération, il existe encore une grande raideur dans les muscles de l'épaule, principalement dans le deltoïde et le biceps. Il est à noter que dans ce cas, l'opérateur a administré très peu de chloroforme pour l'anesthésie,

Le deuxième cas de paralysie chloroformique que l'auteur a eu l'occasion d'observer est une paralysie du deltoïde du biceps du long supinateur. Dans un autre cas, à la suite d'une anesthésie chloroformique pour ablation d'un cancer du sein, il se produisit une paralysie faciale type qui ne dura qu'une quinzaine de jours.

L'hypothèse qui explique les paralysies chloroformiques par la compression peut être invoquée dans un bon nombre de cas; cependant il y a des cas où l'on voit intervenir une origine centrale. Dans ce dernier cas on observe d'ordinaire des phénomènes concomitants du côté des nerfs crâniens et des membres inférieurs. L'origine centrale, dans ces cas, est d'autant plus probable qu'on a trouvé quelquefois des foyers de ramollissement au niveau des circonvolutions rolandiques.

MÉDECINE

Valeur thérapeutique de la digitoxine (Ueber die therapeutische Wirksamkeit des Digitoxins), par Wenzel (*Centralb. f. innere Medic.*, 1895, n° 19, p. 457). — Pour

l'auteur qui a étudié l'action de la digitoxine chez une douzaine de malades, cette substance serait un tonique du cœur de premier ordre principalement dans les affections valvulaires et les myocardites; son action se manifesterait même dans les cas où les autres toniques du cœur, la digitale en particulier, ont échoué. Avec quelques milligrammes de digitoxine on obtient chez les cardiaques, au bout de vingt-quatre heures, la disparition de la dyspnée et de la cyanose, la régularisation du pouls et l'élévation de la tension artérielle, etc.

En cas de néphrite, la digitoxine amène une diurèse abondante pouvant aller à 3, voire même à 4 et 4 litres 1/2 d'urine, par 24 heures.

Pour éviter l'intolérance de l'estomac, se manifestant sous forme de vomissements, l'auteur conseille d'administrer la digitoxine en lavements qui sont fort bien supportés.

CHIRURGIE

Résection de l'intestion avec réunion par le bouton de Murphy (Case of resection of intestine, with approximation of the divided ends by means of Murphy's button), par Bush (*Lancet*, 6 avril 1895, p. 869). — Dans un cas de hernie inguinale étranglée chez un cyphotique de 55 ans, chez lequel la kélotomie montra l'existence d'une gangrène etendue de l'anse étranglée, l'auteur, pour réséquer l'anse gangrenée, a été obligé de faire la laparotomie sous-ombilicale. L'abouchement fut fait ensuite avec le bouton de Murphy. Guérison.

Occlusion intestinale par calcul biliaire (Impaction of enormous gall-stone in the lower portion of the ileum; intestinal obstruction; laparotomy; recovery), par Taylor (*Lancet*, 6 avril 1895, p. 867). — Il s'agit d'une femme sujette à des coliques hépatiques qui, après plusieurs jours de vomissements incoercibles est prise d'accidents subaigus d'occlusion intestinale avec formation d'une petite tumeur dans la fosse iliaque gauche. La laparotomie ne fut faite que 24 jours après le début des accidents, au moment où parurent les vomissements fécaloïdes. A l'ouverture de l'abdomen on trouva dans la fosse iliaque gauche une anse intestinale contenant une masse dure; on incisa cette anse intestinale parallèlement à son axe et on retira un calcul biliaire. On referma la plaie à l'aide de sutures de Lembert; puis on sutura le péritoine et enfin la paroi abdominale. Guérison.

Contribution à l'étude des myomes de la vessie, par Terrier et Hartmann (*Revue de la chirurgie*, 1895, n° 3, p. 181). — Etude basée sur une observation personnelle et 15 autres recueillies dans la littérature.

Sur les 16 cas réunis par les auteurs il y avait 7 femmes et 8 hommes. L'âge des malades a varié entre 12 à 77 ans.

L'étiologie de ces tumeurs ne se laisse pas préciser. Au point de vue anatomique, les myomes utérins présentent des grandes analogies avec des fibro-myomes utérins. Comme ces derniers, les myomes vésicaux naissent dans l'épaisseur de la couche musculaire de l'organe et tendent le plus souvent à s'encapsuler et, dans ces conditions, ils font rapidement saillie vers l'une ou l'autre face de la vessie, méritant suivant le sens dans lequel ils se dirigent le nom de myome cavitaire ou celui de myome excentrique.

La variété la plus fréquente est celle de myome cavitaire. Sur les 16 observations, cette variété est signalée 10 fois; 4 fois il s'agissait d'un myome excentrique, 1 fois d'un myome infiltré, 1 fois enfin il y avait à la fois des tumeurs saillant dans la cavité vésicale et d'autres développées vers le péritoine.

La région de la vessie qu'ils occupent, est très variable : 6 fois le myome occupait le bas fond ou la région du trigone; 3 fois la paroi antérieure, 2 fois le sommet, 1 fois la paroi postérieure et le trigone, 1 fois presque toute la vessie sauf la paroi droite, 1 fois les tumeurs étaient multiples et disséminées un peu partout. Leur volume a varié depuis une noisette jusqu'à une tête d'adulte. Leur forme, généralement arrondie, était plus ou moins lobulée. Les tumeurs sont tantôt noriles, tantôt pédiculées.

La muqueuse qui recouvre la tumeur peut être saine, séparée du néoplasme par une couche cellulaire, ou au contraire être enflammée, ulcérée même, villeuse.

Au point de vue histologique les myomes de la vessie sont presque toujours des myomes purs.

Les symptômes cliniques diffèrent suivant qu'il s'agit d'un myome excentrique ou d'un myome cavitaire. Dans les myomes excentriques il n'y a que peu de symptômes vésicaux (pas d'hématurie, à peine quelques troubles de miction), mais assez souvent des phénomènes de compression des organes voisins. Les myomes cavitaires trahissent leur présence par la réunion des symptômes habituels des néoplasmes vésicaux et des signes physiques d'une tumeur qui par tous ses caractères de forme et de consistance rappelle un fibrome utérin. Le traitement diffère suivant qu'il s'agit d'un myome excentrique ou d'un myome cavitaire. Pour les myomes excentriques on suit en général les règles de la chirurgie abdominale. Dans les myomes cavitaires, le chirurgien sera guidé par la ligne de conduite habituellement suivie pour l'ablation des tumeurs de la vessie.

BIBLIOGRAPHIE

La confusion mentale primitive (Stupidité, démence aiguë, stupeur primitive), par Chaslin. Asselin et Houzeau, 1895, 264 p.

M. Chaslin donne de la confusion mentale primitive la définition suivante : c'est une affection ordinairement aiguë, consécutive à l'action d'une cause ordinairement appréciable, en général une infection, qui se caractérise par des phénomènes somatiques de dénutrition et des phénomènes mentaux, le fond essentiel de ceux-ci est constitué par une forme d'affaiblissement et de dissociation intellectuels, confusion mentale, qui peut être accompagnée ou non de délire, d'hallucinations, d'agitation, ou au contraire d'inertie motrice, avec ou sans variations marquées de l'état émotionnel. M. Chaslin fait une étude historique très complète de la confusion mentale; il montre que, d'abord décrite par Delasiauve, cette forme fut pour ainsi dire oubliée par la plupart des aliénistes français qui la passent sous silence dans leurs classifications. En Allemagne, au contraire, à la suite d'une communication de Westphal on décrit et on étudie de près des cas de *folie aiguë* s'accompagnant de confusion; cette question fut également l'objet de travaux en Russie, en Italie, en Angleterre. En France, M. Chaslin l'a mise à l'ordre du jour dans une communication faite au Congrès de Blois en 1892.

Au point de vue symptomatique on observe dans la confusion mentale un état d'obtusion, d'indifférence : il est difficile de fixer l'attention du patient et d'obtenir de lui une réponse correcte. Le malade ne comprend point l'ensemble de la question qui lui est posée, semble parfois écouter, mais retombe ensuite ses rêvasseries ou dans son bavardage incohérent. Les actes et l'aspect du sujet révèlent également l'état de confusion psychique : la physionomie est stupide, inerte, le regard sans expression; les mouvements sont automatiques, absurdes, incohérents. « L'incertitude, dit M. Chaslin, plane sur tous les actes intellectuels ». Le malade ne sait où il est, ne reconnaît personne, ne se reconnaît pas lui-même; il y a de l'amnésie pour les faits récents, l'orientation dans le temps et l'espace est amoindrie, perdue ou pervertie. En outre de ces symptômes, on peut observer des idées délirantes, des illusions, des hallucinations.

Les troubles mentaux, ci-dessus résumés, s'accompagnent de symptômes somatiques caractérisés par un affaiblissement généralisé, l'épuisement, la dénutrition, parfois on note des troubles pupillaires des grincements de dents, des symptômes gastriques, des troubles circulatoires (petitesse du pouls, œdème, cyanose), de la fièvre, ou, dans certains cas, de l'hypothermie. Le sommeil est généralement irrégulier.

La maladie se termine par la guérison, par la démence ou par la mort. Sa durée varie de quelques jours à plusieurs mois.

Des états analogues peuvent se rencontrer au cours de certaines affections somatiques telles que : les infections, les intoxications, les lésions cérébrales, ou dans l'épilepsie, la

neurasthénie, l'inanition. M. Chaslin consacre un chapitre à la psychologie pathologique de la confusion idiopatique, un autre au diagnostic de cette affection.

Il insiste sur la difficulté de préciser les différences qui séparent les démences de la confusion mentale, le diagnostic de la mélancolie et de la manie ne présente pas en général de grandes difficultés. Il n'en est pas de même pour les cas de paranoïa aiguë (délires, hallucinations aigus), de délire aigu, de psychose polynévritique, pour les états de demi-rêve.

M. Chaslin considère la confusion mentale comme une affection sérieuse, tandis que pour les Allemands, le pronostic serait en général favorable. Il reconnaît cependant que dans certains cas la guérison semble plus parfaite que dans les autres formes aiguës. Il étudie dans des chapitres distincts l'étiologie, la pathogénie, l'anatomie pathologique de la confusion mentale, la place de celle-ci dans la classification, et termine par un examen du traitement : bains sinapisés, bains froids, alimentation reconstituante, repos au lit, opium.

Le livre de M. Chaslin constitue une monographie importante dont la lecture s'impose à tous ceux qui s'intéressent aux maladies mentales.

G. Marinesco.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

La pratique de la sérothérapie et les traitements nouveaux de la diphthérie, par le Dr H. Gillet. Paris, J.-B. Baillère. 1 vol. in-16, 290 pages, cartonné.

Petit livre pratique divisé en deux parties : 1° sérothérapie avec son manuel, ses résultats, ses indications ; 2° intubation et trachéotomie, avec étude soignée de leur manuel opératoire.

Manuel d'hygiène coloniale, guide de l'Européen dans les pays chauds, par le Dr P. Just Navarre, ancien médecin de la marine. Paris, O. Doin, 1895. 1 vol. in-18, 620 pages. Prix : 6 francs.

Dans ce volume, l'auteur a condensé tous les préceptes qui concernent l'hygiène dans nos colonies tropicales. Il y passe successivement en revue la climatologie intertropicale, l'acclimatement de la race et de l'individu, l'anémie tropicale, l'hygiène privée (habitation, ingesta, vêtement) et l'hygiène publique. Tout cela est pratique et en même temps scientifique, et les données modernes de la bactériologie y sont mises à profit.

Thèses des Facultés.

Traitement de la période algide du choléra a l'hopital Saints-Pierre et Paul de Saint-Pétersbourg pendant l'épidémie de 1892, par Mme Anna Feit.

Les cholériques, qui n'ont pas atteint la période d'algidité, sont traités avec succès par les antiseptiques (calomel, acide lactique, salol, etc.), Le secours médical porté à temps peut donc garantir, à peu d'exceptions près, la guérison du malade.

Toute diarrhée pendant l'épidémie doit être traitée avec beaucoup de soin, l'analyse bactériologique (le seul moyen de porter un diagnostic différentiel) ne pouvant pas être faite dans tous les cas douteux.

Il est indispensable que la population vienne en aide aux médecins dans la lutte contre l'épidémie et ne s'oppose pas, comme cela n'arrive que trop souvent dans des classes peu éclairées, au traitement en ne déclarant pas les malades. Dans ce but, il est utile d'instruire le peuple à ce sujet par des avis, des brochures, des conférences, etc.

La période d'asphyxie du choléra, n'ayant pas de traitement spécifique, doit être combattue par des moyens symptomatiques, dont le plus efficace est l'introduction du sérum artificiel dans l'organisme, qui a pour but de supprimer le principal danger de cette période, les troubles de la circulation.

Des deux méthodes d'introduction du sérum artificiel dans l'organisme — le procédé des injections hypodermiques et celui des transfusions intra-veineuses, — le dernier doit être préféré, comme le plus efficace et n'ayant pas les inconvénients du premier.

La facilité d'application, au point de vue technique, de même que la simplicité de l'outillage, militent en faveur du large emploi de ce procédé.

VARIÉTÉS

Cours d'hygiène de la Faculté de médecine de Lyon.

Cours d'ouverture.

Par M. le professeur Bard.

(*Suite*).

Dans toutes ses recherches sur les maladies vénériennes, Rollet a fait œuvre d'hygiéniste encore plus que de syphiligraphe ; la nosographie, la description précise des accidents syphilitiques ne l'arrêtent et ne l'intéressent guère que dans la mesure où elles sont utiles à leur différenciation spécifique. A chaque pas, on constate la tendance invincible qui l'entraîne à rechercher avant tout les conditions de transmission et, par voie de conséquence directe, les mesures de prophylaxie à leur opposer. C'est ainsi que parti syphiligraphe, Rollet se révèle hygiéniste, et ne devait plus cesser de l'être. Aussi lorsqu'une mauvaise organisation hospitalière, quelque peu amendée depuis, mais dont une administration toujours respectueuse des traditions du passé n'a encore conservé que trop de vestiges, chasse Rollet des hôpitaux, après quelques années aussi courtes que bien remplies ; lorsqu'il voit ainsi se fermer devant lui le champ des observations cliniques, dans lequel il avait déjà fait une si fructueuse moisson, il se tourne définitivement vers les choses de l'hygiène, que son entrée au Conseil départemental d'hygiène et de salubrité lui permet d'aborder par le côté pratique et utilitaire qui l'a toujours dominé.

Quand, plus tard, la Faculté viendra faire appel à toutes les sommités médicales lyonnaises, Rollet sera tout désigné pour la chaire d'hygiène, que nul ne pouvait songer à lui disputer, et qui devait être le couronnement naturel de la carrière de celui qui, le premier dans notre ville, avait apporté à l'hygiène des contributions d'une valeur inappréciable.

C'est le propre des découvertes scientifiques vraiment grandes et élevées, d'exercer leur influence bien au delà de leurs premières conséquences, et de dépasser les limites qu'on serait d'abord tenté de leur assigner ; l'œuvre de Rollet n'échappe pas à cette loi. La découverte du chancre mixte, qu'est-elle autre chose que la notion, jetée pour la première fois dans la science, des infections mixtes, des associations virulentes. Jusque-là on avait bien entendu parler de la réunion de plusieurs maladies sur un même organisme, voire même de l'association de plusieurs états généraux, pour donner naissance à des hybrides diathésiques ; mais nul n'avait encore su se douter que les virus pouvaient s'associer pour porter leur action commune, non pas seulement sur un même malade mais sur un même point de l'économie, sur une même lésion élémentaire, pour y tendre le piège le plus redoutable aux observations nosographiques.

Cette conception parut même si plaisante aux beaux esprits d'alors que le chancre mixte fut baptisé du nom de *mulet*, et qu'on se hâta de prédire obligeamment à Rollet que ce mulet ne ferait pas le tour du monde ! En réalité, messieurs, cette découverte marquait une étape de premier ordre dans la pathologie générale des maladies virulentes. Cette conception a acquis tout à coup, depuis quelques années, une importance qui ne fera que grandir, et le mulet de Rollet, après avoir fait le tour du monde pour son propre compte, est à la veille de réaliser le prodige bien plus merveilleux d'engendrer une nombreuse descendance qui ne tardera pas à prendre le même chemin.

La notion et la description du chancre mixte, tel qu'il est sorti du génie créateur de Rollet, ont dévoilé la principale des causes d'erreur qui marquaient la spécificité des deux affections composantes ; elles ont montré en même temps que cette spécificité restait intacte, au sein même de leur association ; par là, elles ont apporté la plus précieuse des contributions à la question toujours débattue de la *spécificité virulente*.

Sous des formes diverses, cette question est aussi vieille que la science médicale, et nul ne peut méconnaître l'importance primordiale qu'elle acquiert en hygiène. Si j'avais le temps d'y insister comme elle le mérite, je vous montrerais

que toute l'épidémiologie, toute la prophylaxie des maladies transmissibles est dominée par ce problème et que, à chaque époque, les conclusions pratiques ont toujours été étroitement subordonnées à la solution qui prévalait dans l'opinion générale du moment.

Malgré l'importance que présente la solution du problème, ou peut-être même à cause d'elle, il n'en est pas qui ait présenté plus de vicissitudes et de fortunes contraires ; c'est bien le cas de rappeler ici, pour en faire la plus exacte des applications, cette phrase de Duclaux, que le char du progrès a des roues carrées, voulant dire par là qu'il avance par soubresauts, élevant un jour ce qu'il doit abaisser le lendemain.

Beaucoup d'entre vous se figurent peut-être que la notion de la spécificité des virus est née dans ces dernières années, et qu'elle procède des recherches bactériologiques modernes ; il n'en est rien, et, en science comme en politique, c'est toujours une grande cause d'erreur d'oublier le passé et de méconnaître ses enseignements. La notion de la spécificité virulente remonte aux premiers âges de la médecine : dès l'origine, elle s'est presque toujours solidarisée avec la notion de la nature animée des germes virulents, avec la doctrine du contagium vivum. Les mesures rigoureuses employées au moyen âge contre les pestiférés et contre les lépreux, plus loin encore, le passage au fil de l'épée des filles madianites vénériennes par les ordres de Moïse, procédaient de cette notion et de la lutte contre les germes vivants des maladies transmissibles.

A mesure que les procédés d'investigation et d'examen se sont perfectionnés, on a poursuivi plus loin la recherche de ces germes malfaisants ; les premiers grossissements ont révélé ceux qui appartenaient aux insectes microscopiques, comme la gale ; un pas de plus a fait découvrir les champignons des teignes ; les perfectionnements de la chimie et les forts grossissements modernes se sont associés pour nous faire découvrir les microbes.

A chaque nouvelle étape, la science a cru un moment avoir atteint le but, et chaque fois on n'a pas manqué de généraliser la découverte positive, et d'attribuer à des êtres similaires toutes les affections dont le germe échappait encore aux recherches. Sommes-nous bien sûrs d'avoir réellement atteint le dernier but, et ne sommes-nous pas, au contraire, simplement en présence d'une étape nouvelle, qui, de même que toutes les précédentes, aura ajouté quelques unités à la liste déjà longue de nos parasites animés, mais qui n'en laisse pas moins la voie ouverte à des investigations ultérieures, devant révéler à leur tour un nouveau groupe de germes virulents ? C'est là, messieurs, ma conviction profonde, et si je vous la signale brièvement en passant c'est uniquement pour vous mettre en garde contre la tentation bien naturelle, mais d'autant plus dangereuse, de résoudre sans appel cette grave question de la spécificité virulente avec les uniques données de la bactériologie expérimentale.

Il est arrivé en effet que cette dernière n'a pas pu éviter les écueils que les procédés antérieurs d'investigation avaient déjà rencontrés ; son char particulier présente les mêmes roues carrées que ses devanciers. A l'origine, la bactériologie a paru devoir établir, sur des bases définitives et inébranlables, la spécificité des virus ; on a pu même, un moment, entrevoir la terre promise dans laquelle chaque maladie, chaque affection relèverait d'un microbe particulier et spécial, dont l'étude et la domestication *in vitro* résoudraient sans efforts tous les problèmes nosologiques, aussi bien ceux du diagnostic que ceux de l'hygiène et de la thérapeutique.

Vaines promesses, il a bientôt fallu en rabattre, un petit nombre de microbes se sont partagé la mission d'engendrer les affections les plus diverses ; que dis-je, chacun d'eux se fait un jeu de modifier sa morphologie, de varier sa virulence, voire même de la changer de toutes pièces, de telle façon que mon collègue et ami M. Rodet a dû conclure, dans une excellente étude récente sur les variations des microbes, sanctionnée par une préface de M. le professeur Arloing, qu'il fallait agir, en pratique, comme si tous les microbes étaient susceptibles de malignité, et qu'il fallait les traiter tous en suspects. Que devient alors le guide si sûr que la bactériologie promettait à ses origines à la médecine et à l'hygiène ? Par quel étrange aveu d'impuissance nous ramène-t-elle aujourd'hui, par une voie à peine détournée, à la vieille doctrine de la spontanéité morbide, qu'on croyait définitivement vaincue depuis Bretonneau ?

Je sais bien que la plupart des bactériologistes reculent encore devant cette conclusion cependant inévitable de leurs travaux, et qu'ils voudraient bien essayer de nous convaincre que la transformation en agents virulents des microbes saprophytes, hôtes normaux de nos cavités naturelles, n'a rien de commun avec la spontanéité morbide telle qu'elle était comprise par nos devanciers. Je reconnais bien qu'ils ont quelque peu modifié son mécanisme de production, mais quelle différence essentielle pourrait-on bien découvrir entre la genèse des maladies épidémiques par l'aggravation progressive de la constitution médicale régnante, et l'accentuation graduelle de la virulence d'un microbe saprophyte, qui acquiert par ses passages successifs d'homme à homme des propriétés nouvelles. Les deux doctrines ne conduisent-elles pas aux mêmes conceptions pathogéniques et, ce qui doit intéresser par-dessus tout les hygiénistes, à peu près aux mêmes conclusions prophylactiques.

C'est qu'en effet la question de la spécificité des virus intéresse plus encore l'hygiène que la pathologie générale ; toute la prophylaxie procède des données étiologiques, et à toutes les époques l'hygiène pratique a été dominée, qu'elle le voulût ou non, par les doctrines scientifiques régnantes.

A l'époque, moins lointaine qu'elle ne le paraît et qui n'a pas encore pris fin pour tous les esprits, où, comme le dit Arnould, Dieu et le diable résumaient toute l'étiologie, les exorcismes ou les prières devaient naturellement constituer tout l'arsenal de l'hygiène. Je vous engage, messieurs, à ne pas trop sourire de cette étiologie naïve, elle n'a pas complètement cessé de nous troubler ; les peuples les plus civilisés entretiennent encore la jeunesse de l'histoire des sept plaies d'Egypte, et ici même, dans notre ville, notre administration hospitalière préside encore chaque année à une procession solennelle destinée à remercier la basilique de Fourvières de la cessation miraculeuse de je ne sais plus quelle épidémie, dans notre ville, au cours des siècles passés !

La doctrine de la spontanéité morbide possède sans doute des avantages appréciables sur l'étiologie théocratique ; elle a inspiré d'excellentes mesures d'assainissement, elle a fait régner à juste titre la crainte du miasme humain et de l'encombrement ; mais elle laisse encore trop de place aux influences mystérieuses des météores, trop de marge à la crainte superstitieuse du génie épidémique.

Seule, la doctrine de la spécificité virulente nous offre de vastes espérances, et nous permet d'entrevoir le jour, où les qualités et les mœurs des virus étant mieux connus et définitivement fixés, il sera possible d'engager contre eux une lutte éclairée et par suite toujours efficace. Seule elle peut donner à l'hygiène l'assurance de remporter un jour la victoire définitive sur les virus, et d'en débarrasser dans une large mesure la marche de l'humanité.

(*A suivre.*)

Nécrologie. — Au moment de mettre sous presse, nous apprenons la mort de M. le Dr Brun, trésorier général de l'Association des médecins de France. En rendant compte de ses obsèques qui auront lieu demain vendredi à 10 heures du matin, nous dirons ce que doit le corps médical à cet homme de bien qui, pendant de si longues années, consacra toute son intelligence et son activité à faire prospérer l'œuvre à laquelle il s'était dévoué.

Livres déposés.

La variabilité des microbes, par A. Rodet, agrégé à la Faculté de médecine de Lyon. Paris, librairie de J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, 1895. 1 vol. gr. in-8° de 216 pages, 6 fr.

L'art de donner les soins et d'administrer les médicaments aux enfants malades, par le Dr Caradec, médecin de l'hôpital civil de Brest, directeur du journal *la Mère et l'Enfant*, etc. 1 vol. in-12 de 145 pages. Prix : broché, 2 francs ; cartonné, 2 fr. 50. Paris, 1895. O. Doin, éditeur.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

BULLETIN

Intoxications alimentaires et police sanitaire.

Le débat soulevé à l'Académie de médecine, à propos de la communication de M. Vallin sur les dangers de l'ingestion des viandes provenant de veaux atteints de certaines diarrhées infectieuses compliquées ou non de pneumonie, a montré une fois de plus les incohérences et les difficultés de notre législation sanitaire. On nous pardonnera même de penser que les explications fournies au cours du débat n'ont peut-être pas beaucoup éclairé la question.

De quoi s'est-il agi en effet? M. Vallin, dans une étude des plus documentées, a établi la nocuité de ces viandes; il s'est cru, par suite, autorisé à demander l'inscription des maladies incriminées parmi celles que permet de viser la loi du 21 juillet 1881 sur la police sanitaire des animaux. Par contre, M. Nocard, et avec lui ses collègues de la section de médecine vétérinaire, ont pensé que la question était bien plutôt du ressort de l'hygiène publique et que dans l'espèce la loi municipale du 5 avril 1884 devait être appliquée. Finalement, l'Académie, que ces divergences d'interprétation ne pouvaient que troubler, s'est montrée unanime pour exprimer le vœu que « toute viande destinée à l'alimentation publique ne puisse être mise en vente et colportée que si elle est pourvue d'une estampille prouvant qu'elle a été reconnue saine par un inspecteur compétent... »

Tel est, au reste, le point essentiel. On a pu dire, avec trop de justesse, qu'en France la surveillance des viandes livrées à la consommation n'existait pas à proprement parler. Limitée à quelques grandes villes et le plus souvent dans des conditions insuffisantes, elle ne peut exercer une action efficace sur tous les abattoirs et surtout sur les tueries particulières qui pullulent de tous côtés et présentent de si graves dangers pour l'alimentation publique. De là partent ces viandes foraines malsaines qui pénètrent d'ordinaire sans difficultés sur nos marchés et qui surprendraient même parfois la surveillance la plus habile; là aussi se débitent des viandes qui exigent une prompte consommation et ne sont pas toujours sans dangers, même si elles sont mangées dans le voisinage, ainsi que M. Brouardel en a rappelé un très curieux exemple. Tous les orateurs ont cité des faits lamentables qui ne laisseraient pas que de faire redouter de véritables désastres si nos habitudes culinaires n'y apportaient le plus heureux correctif.

Quoi qu'il en soit, il importe de fortifier, ou mieux d'organiser enfin, une surveillance efficace des viandes livrées à la consommation sur tous les points du territoire. Voilà bien des années, et M. Nocard était tout particulièrement autorisé à le rappeler, que les vétérinaires et les hygiénistes la réclament en France; mais c'est en Belgique qu'on l'a obtenue en vertu de la loi du 4 août 1890, aux termes de laquelle « en ce qui concerne spécialement les viandes de boucheries, elles ne pourront être débitées ni exposées en vente que si elles ont été reconnues propres à l'alimentation à la suite d'une expertise. S'il s'agit de viandes fraîches, cette expertise devra porter notamment sur les organes internes des bêtes dont proviennent les viandes... »

La nécessité de l'expertise préalable domine en effet toute la question. Nos voisins l'ont résolue en instituant dans chaque commune un expert, vétérinaire ou ayant tout au moins des connaissances suffisantes quoique sommaires, et qui, dans ce dernier cas, doit, s'il se trouve en présence de viandes malades ou suspectes, avertir immédiatement le vétérinaire voisin, lequel a seul le droit d'ordonner les mesures autorisées par la loi et les règlements ultérieurs. Sur un territoire restreint et en raison de son nombre considérable de vétérinaires, la Belgique a pu organiser ce service très rapidement et à peu de frais, puisque l'inspection donne lieu à une taxe équivalente à son budget de dépenses. Mais en France il n'en a pu être ainsi, pour des raisons inverses assurément et aussi parce que notre législation, ou plutôt nos habitudes administratives, y ont apporté jusqu'ici les plus sérieuses entraves.

L'Académie n'a pas paru trop s'en apercevoir et cependant c'est bien sur ce point que MM. Vallin et Nocard pouvaient se rencontrer pour demander des

réformes urgentes. M. Brouardel s'y est d'ailleurs un instant arrêté en montrant les conséquences que l'on devait tirer de la difficulté dans laquelle ses collègues se trouvaient pour remédier à une situation dont l'un comme l'autre reconnaissaient la gravité. Appliquez la loi de 1881, déclarait M. Vallin, c'est-à-dire déclarez que les dispositions de la police sanitaire des animaux sont applicables aux maladies incriminées. Mais c'est une question d'hygiène publique, objectait M. Nocard, et c'est au maire qu'il appartient, d'après la loi de 1884, d'assurer la salubrité des comestibles mis en vente.

Cette distinction entre la police sanitaire et l'hygiène publique nous paraît en tout cas bien subtile ; les domaines sont ici communs et il est d'autant plus malaisé de les séparer que la loi de 1881 ne prévoit pas seulement la prophylaxie des épizooties, mais aussi la vente et la consommation des viandes malades, sans compter que le règlement d'administration publique du 22 juin 1882 a pris soin de détailler les dispositions qui s'appliquent à ces divers cas. Quant à l'article 97 de la loi municipale du 5 avril 1884, il a une application plus générale et veut seulement dire que c'est au pouvoir municipal qu'il appartient de prendre les arrêtés propres à assurer ces mesures, tout comme la loi de 1881 en charge les maires pour tout ce qui concerne notamment la vente et la consommation des viandes.

Il n'est pas douteux que si le législateur de 1884 n'a pas été plus explicite, c'est uniquement parce que la législation de 1881 réglait la matière et qu'il ne semblait pas nécessaire de légiférer à nouveau. Nous ne pensons pas qu'il puisse y avoir la moindre équivoque à cet égard.

Ce n'est pas ici le lieu de montrer, en outre, que la surveillance des épizooties et aussi celle des viandes livrées à la consommation a été nettement fixée par cette loi et que le législateur de 1881 a eu soin de prévoir les résistances des pouvoirs locaux, d'organiser un service d'inspection et d'en rendre la dépense obligatoire. Il est vrai que ce service est exclusivement confié à des vétérinaires, en nombre trop restreint en France; mais il ne serait pas impossible, par mesure administrative, de leur adjoindre des experts analogues à ceux que la Belgique a si heureusement institués. Aussi estimons-nous que ce n'est pas tant une législation nouvelle qu'il y a lieu de réclamer que l'application de celle qui existe; car cette législation, il faut bien le dire, n'a pu jusqu'ici produire tout son effet utile, faute de ressources parfois, ou plutôt grâce à la faiblesse des pouvoirs publics.

Assurément il est indispensable que les épizooties, dont le danger aura été nettement reconnu pour la consommation, soient inscrites parmi les maladies visées par la loi de 1881; ce sont en effet les seules que la surveillance sanitaire pourra sûrement atteindre en raison du caractère spécial de cette loi; mais il est non moins urgent que la loi soit enfin exécutée, puisqu'elle a tout prévu, tout ordonné, et que seule son application est abandonnée à des indécisions et à des atermoiements qu'on a peine à concevoir et à excuser.

A.-J. M.

REVUE GÉNÉRALE

L'hérédité et la pathologie générale (1)

par M. Paul Le Gendre, médecin des hôpitaux.

I

Les pères ont mangé des raisins verts,
Et les dents des enfants ont été agacées.
Jérémie, XXXI, 29-30.

Voilà une parole biblique qui a frappé par son symbolisme imagé les savants convaincus de l'influence néfaste des méfaits ancestraux sur les générations futures: Renan l'affectionnait ; j'ai entendu souvent mon maître Bouchard la citer et je la trouvais récemment sous la plume de Berthelot (2). Elle prouve que toujours les hommes ont eu conscience du lien redoutable noué entre eux par l'hérédité à travers les âges. Aucune épigraphe ne peut mieux convenir à cette étude sur le rôle de l'hérédité en pathologie générale.

Question obscure entre toutes, et qui a toujours préoccupé les moralistes autant que les médecins. Montaigne (3) ne la rangeait-il pas déjà parmi les « estrangetés si incompréhensibles qu'elles surpassent toute la difficulté des miracles? » — « Quel monstre est-ce », ajoutait-il, « que cette goutte de semence de quoi nous sommes produits porte en soi les impressions, non de la forme corporelle seulement, mais des pensements et des inclinations de nos pères? Cette goutte d'eau, où loge elle ce nombre infini de formes? Et comme porte elle ses ressemblances, d'un progrez si téméraire et si déréglé, que l'arrière-fils respondra à son bisayeul, le nepveu à l'oncle? »

Certes les connaissances humaines en matière de physiologie se sont étendues depuis le jour où « un individu extraordinairement intelligent de la fin du XVIe siècle » (4) exprimait ainsi son étonnement; mais, si Montaigne avait su ce que nous savons aujourd'hui, son étonnement n'eût pas été moindre sans doute. Lui qui trouvait plus que miraculeux qu'en une goutte d'eau il y eût tant de choses, par quelle formule encore plus hyperbolique aurait-il exprimé sa stupeur d'apprendre que le véhicule de tant de « formes, pensements et inclinations » est encore des milliers de fois moins pesant que cette goutte d'eau!

Il avait d'ailleurs bien nettement vu les difficultés du problème, lui qui se citait en exemple d'hérédité à la fois pathologique et morale. Ayant ressenti, à quarante-cinq ans, les premiers accidents de la lithiase rénale, c'est-à-dire ayant commencé à « practiquer la cholique », puisqu'il en avait déjà « essuyé cinq ou six bien longs accès et pénibles », il sait qu'il « doit à son père cette qualité pierreuse ». Mais ce qui le surprend, c'est que ce bon père, qui mourut à soixante-quatorze ans, « merveilleusement affligé d'une grosse pierre qu'il avait en la vessie, ne s'était apperçeu de son mal que le soixante-septiesme an de son aage; » or lui, Michel, était né vingt-cinq ans et plus avant la maladie de son père, et durant le cours de son meilleur

(1) D'après un article du *Traité de pathologie générale* publié sous la direction de M. le professeur Bouchard (sous presse), G. Masson éditeur.

(2) « Nos pères ont mangé du verjus, nous en avons encore les dents agacées ». La science et la morale. In *Revue de Paris*, 1895.

(3) De la ressemblance des enfants aux pères. Essais, chap. XXXVII.

(4) Montaigne, par Paul Stapfer, 1895, p. 7.

estat, le troisième de ses enfants, en rang de naissance. « Où se couvait tant de temps », s'exclame-t-il, « la propension à ce défaut? et, lorsqu'il estoit si loing du mal, cette legiere pièce de sa substance de quoy il me bastit, comment emportoit elle pour sa part une si grande impression? Et comment encore si couverte que, quarante-cinq ans après, j'aye commencé à m'en ressentir, seul jusques à cette heure entre tant de frères et sœurs, et touts d'une mère? »

Hélas! il nous faut faire cet aveu que tant de progrès de la médecine ne nous ont pas encore mis en état de répondre aux questions du curieux Gascon.... Et lui, nous voyant quinauds sur ce point, n'eût pas manqué d'étaler, comme en un malicieux chapitre des *Essais*, la « dyspathie naturelle à la médecine » qu'il avait reçue de ses ascendants. Car, s'il était un échantillon de l'hérédité morbide par sa gravelle, il prouve encore l'hérédité des passions, lorsqu'il s'excuse de déclarer aux médecins que « par cette mesme infusion et insinuation fatale (la procréation) il a reçu la haine et le mespris de leur doctrine, que cette antipathie qu'il a à leur art lui est héréditaire ». Les médecins d'ailleurs n'ont guère tenu rigueur à leur amusant détracteur, car il a toujours été pour beaucoup d'entre eux un livre de chevet ou un compagnon de route dans les perpétuelles courses professionnelles.

Le lecteur des travaux innombrables qu'a suscités la question déplorera sans doute que les voiles qui nous dérobent le mystère de l'hérédité soient encore trop peu écartés. C'est en vain que les microscopes de plus en plus perfectionnés ont successivement fait apparaître aux chercheurs de deux siècles le spermatozoïde et l'ovule, le protoplasma de ces cellules et leurs noyaux; dans ces noyaux, les granulations de chromatine du filament nucléaire. Les progrès n'ont consisté qu'à reculer la difficulté, le problème reste entier. Nous savons de mieux en mieux comment s'opère la fusion des substances mâle et femelle; mais comment cette fusion de si infinitésimales parcelles d'une matière qui se subdivise de plus en plus sans s'anéantir, permet-elle à tant d'aptitudes physiques, morales et morbides de persister intactes à travers tant de générations humaines ou de se réveiller après de longues périodes de sommeil, — aucune des théories les plus ingénieuses qu'ait enfantées l'imagination des naturalistes et des médecins, n'a pu éclaircir d'une façon satisfaisante cette « estrangeté incompréhensible ». Chacun d'eux nous a presque toujours donné « en payement une doctrine beaucoup plus difficile et fantastique que n'est la chose même ».

Tout être vivant se reproduit, c'est-à-dire qu'il donne naissance à un ou plusieurs autres êtres généralement semblables à lui ou à un autre de ses ascendants. Cependant il y a des espèces à générations alternantes, dans lesquelles le fils ressemble non à son père, mais à son grand-père. La loi d'hérédité n'est alors apparente qu'après l'évolution du cycle complet des transformations (le tænia et l'échinocoque, etc.).

L'hérédité est une loi de biologie générale qui réagit les êtres les plus simples, les végétaux unicellulaires aussi bien que les plus perfectionnés; d'ailleurs, au point de vue philosophique, les êtres végétaux et animaux d'une organisation complexe n'étant que des associations de cellules, l'hérédité doit être étudiée dans l'histoire même de la cellule.

L'hérédité transmet la forme et la structure, la composition chimique et les propriété vitales qui sont indissolublement liées avec elle, les organes et leurs modalités fonctionnelles. Telle est l'hérédité physiologique. Mais les êtres vivants ne se transmettent pas seulement leurs propriétés anatomiques et physiologiques, leur manière de vivre; il est d'observation aussi ancienne que la médecine qu'ils se transmettent également leurs manières d'être malades. Le pathologiste doit donc étudier la transmission héréditaire des maladies et, d'une manière plus générale, des anomalies structurales ou fonctionnelles.

L'anomalie structurale, c'est tantôt une altération de la structure, de la forme d'organes (vices de conformation héréditaires), tantôt une mauvaise composition chimique de certaines cellules; l'anomalie fonctionnelle est tantôt une modalité vicieuse du fonctionnement des cellules ou des organes, tantôt une réaction particulière des cellules, de tel ou tel organe, de l'organisme entier contre les causes morbifiques. Ainsi nous concevons l'hérédité non seulement de la forme extérieure, de la constitution, du tempérament, mais de la diathèse et des maladies diathésiques, des maladies de la nutrition. Tout fonctionnement vicieux de la nutrition a pour effet d'encombrer l'organisme de substances chimiques anomales dont la présence, chez les enfants comme chez les parents, provoque des altérations des tissus ou des modalités réactionnelles vicieuses qui à la longue engendrent des maladies. Ce qui se transmet par l'hérédité, c'est surtout la prédisposition morbide; mais cette prédisposition peut affecter plus spécialement tel ou tel tissu, tel ou tel système, tel ou tel organe (dystrophies héréditaires).

Un groupe de maladies de plus en plus vaste comprend celles qui sont causées par des parasites végétaux ou animaux. Ces maladies parasitaires ou infectieuses sont-elles héréditaires? Il est certain qu'elles peuvent être congénitales; mais il y a lieu de distinguer entre l'hérédité de fécondation (infection *ab ovo*) et l'hérédo-contagion (infection *in utero*). S'il est prouvé qu'il y a des infections héréditaires *ab ovo*, le parasite est-il transmis en nature de l'ascendant ou descendant? Le fait est exceptionnel (hérédité de la graine, du germe infectieux). Il n'a été *vu* que pour la pébrine du ver à soie. Mais on peut concevoir qu'une infection soit héréditaire *ab ovo*, sans que le parasite lui-même ait pénétré le spermatozoïde ou l'ovule; la maladie n'est pas le microbe. Celui-ci, en traversant l'organisme, le lèse de diverses façons : il l'inonde de poisons qui y causent des altérations de structure; il provoque par sa présence des modifications dans la vie des cellules. Cette modalité vitale peut être transmise héréditairement (hérédité du terrain) et constituer aux rejetons des organismes infectés une aptitude à se laisser plus facilement infecter eux-mêmes, s'ils viennent à rencontrer les agents infectieux.

On peut rapprocher très légitimement à ce point de vue les infections des intoxications. L'alcool, le plomb, comme d'autres poisons, peuvent passer exceptionnellement peut-être en nature du corps des parents, de la mère du moins, dans celui de l'enfant; mais, plus habituellement, ces poisons qui ont causé dans l'organisme des parents certaines altérations matérielles, y ont provoqué une perturbation dynamique, modification de la nutrition qui peut être reproduite chez les descendants. Cette modification de la nutrition de toutes les cellules et de leurs réactions peut avoir pour effet de rendre les descendants aptes à s'intoxiquer plus facilement encore que leurs parents par les poisons qui avaient intoxiqué ceux-ci. Elle a pour conséquence aussi d'amoindrir leur résitance vitale à toutes les causes morbifiques.

Il est des maladies infectieuses qui vaccinent, c'est-à-dire confèrent à ceux qui en ont été atteints l'immunité contre des atteintes ultérieures; cette immunité peut, dans certains cas, être transmise héréditairement. C'est

encore une des faces de la question de l'hérédité en pathologie.

II

L'hérédité, comme facteur de maladies, peut être envisagée au point de vue de chacun des grands processus pathogéniques, tels que les a si clairement isolés M. Bouchard : ce sont, d'après lui, les dystrophies élémentaires primitives, les réactions nerveuses, les troubles préalables de la nutrition, l'infection et l'intoxication, qui tantôt résulte de ce que les agents infectieux inondent l'organisme de leurs poisons et tantôt de ce que l'économie est saturée par les poisons de la désassimilation cellulaire.

La démonstration de l'HÉRÉDITÉ DES DYSTROPHIES ÉLÉMENTAIRES PRIMITIVES est comprise dans la notion même de l'hérédité en général. Les générateurs transmettent à l'engendré les qualités de leurs propres cellules, c'est-à-dire les manières de réagir de celles-ci en face des agents physiques, mécaniques et chimiques. Ces modes réactionnels cellulaires propres à chaque individu expliquent la transmission des anomalies de structure et de capacité fonctionnelle de tel ou tel tissu, de tel ou tel organe ou appareil, suivant que la déviation du type réactionnel normal se limite à tel ou tel tissu, organe ou appareil (*hérédité des malformations*). Ils engendrent une catégorie de *prédispositions morbides*, celle des hypotrophies, des meiopragies, qui ouvrent la porte aux maladies proprement dites, soit parce qu'elles troublent la nutrition générale, soit parce qu'elles facilitent éventuellement l'invasion des agents infectieux dans l'organisme, soit parce qu'elles favorisent la localisation des poisons, infectieux ou autres, sur telle ou telle partie de l'organisme.

A l'hérédité des dystrophies élémentaires primitives, il y a peut-être lieu de rattacher l'*hérédité des néoplasmes*, cancéreux ou autres, si on envisage ceux-ci comme résultant d'une déviation de l'évolution cellulaire normale.

La transmission héréditaire des anomalies de structure et des aptitudes fonctionnelles du système nerveux (HÉRÉDITÉ DES RÉACTIONS NERVEUSES) mérite d'être envisagée à part, à cause de l'importance primordiale du système nerveux dans la genèse ou l'acceptation des maladies. Le système nerveux, par son rôle de régulateur de la vie cellulaire, des échanges nutritifs et de l'activité circulatoire, est capable de modifier assez profondément la nutrition pour créer des troubles permanents de celle-ci ou diathèses.

L'HÉRÉDITÉ DES TROUBLES DE LA NUTRITION doit être étudiée dans ses deux grandes formes diathésiques, la *scrofule* et l'*arthritisme*.

La nutrition n'est pas immuable, elle a ses degrés. L'intensité du mouvement nutritif de chaque granulation chromatique du filament nucléaire est la même chez l'engendré que chez son générateur. Beaucoup de circonstances la font varier. L'alimentation, d'abord : les inanitiés, les individus affaiblis par une maladie du tube digestif engendrent des enfants qui forment une sorte de tache dans une famille. Quand un grand nombre d'individus se trouvent dans ces conditions, ils peuvent engendrer toute une population atteinte d'une dégénérescence particulière, c'est ce qu'a montré Féré pour les « enfants du Siège ». Il suffit que le générateur ait subi, pendant quelques semaines de fièvre, une moins bonne élaboration de la matière alimentaire, pour qu'il engendre, pendant sa convalescence, un enfant atteint de phocomélie, avec des oreilles collées aux apophyses mastoïdes ; au moment de la reconstitution du filament nucléaire des granulations chromatiques ont manqué, des activités nerveuses ont été déviées.

L'homme ne reçoit pas un héritage immuable, c'est un capital qu'il peut modifier, gaspiller ou accroître. Parmi les circonstances qui modifient l'activité de la nutrition, il y a l'âge ; les « enfants de vieux » ont des formes grêles, une force vitale diminuée ; mais la sélection peut réparer le dommage qui résulterait pour le produit de l'affaiblissement d'un générateur trop âgé, en l'accouplant avec un conjoint jeune.

Parmi les circonstances d'ordre pathologique qui, en viciant la nutrition des générateurs, peuvent donner naissance à des produits défectueux, il y a les intoxications par les poisons minéraux, organiques, microbiens. Il a suffi à Charrin d'une seule injection de produits solubles pyocyaniques à des femelles pour qu'elles donnent une race nouvelle d'animaux nains.

« De même que l'alcool, pris d'une façon prolongée à petite dose et sans jamais produire l'ébriété, provoque cependant des troubles permanents et héréditaires de la nutrition dans plusieurs systèmes anatomiques, de même les matières utiles ou nuisibles élaborées par telle ou telle partie peuvent, en les pénétrant, associer les autres parties à l'état d'énergie vitale ou de nutrition viciée de l'organe qui les a produites. Cette modification nutritive, avantageuse ou défavorable, peut s'accomplir dans les cellules qui préparent et façonnent l'ovule ou le spermatozoïde. Ce qu'elles font dans l'ovule ou le spermatozoïde, elles le font dans chacune des parties de ces cellules, dans le protoplasma et dans les granulations chromatiques du noyau et, par conséquent, dans toutes les cellules du nouvel être, qui reproduira pour cette raison le type nutritif du père ou de la mère. »

L'hypothèse qu'a proposée M. Bouchard (1), en prenant d'abord soin de déclarer qu'elle n'est que pure hypothèse, est l'application à l'hérédité du rôle pathogénique des « produits solubles », pour employer l'expression par laquelle M. Pasteur a désigné en bloc les matières chimiques fabriquées par les microbes.

« Les bactéries et les cellules humaines malades agissent de la même façon ; elles distribuent dans l'économie leurs produits solubles qui éveillent une nutrition anomale, orientée suivant une direction nouvelle. Quand ces produits solubles seront éliminés, le type nutritif nouveau persistera. Il en pourra résulter l'impossibilité de la conception, ou la formation d'un embryon incomplet, monstrueux, non viable, ou bien un enfant naîtra avec les stigmates de la dégénérescence. »

Personne ne saurait aujourd'hui méconnaître le rôle que peut jouer l'HÉRÉDITÉ DANS LES INTOXICATIONS, L'INFECTION ET L'IMMUNITÉ.

Enfin, aucun médecin éclairé ne voudra nier l'importance de la notion d'hérédité au point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement des maladies, au point de vue de la prophylaxie individuelle et sociale.

III

Les modes de l'hérédité morbide sont, dans une certaine mesure, comparables aux divers modes d'hérédité biologique.

Comme l'hérédité normale, l'hérédité morbide peut être *directe* ou *indirecte*, *convergente* ou *divergente*, *similaire* ou *transformée*.

L'hérédité morbide, dit M. V. Hanot dans une remarquable leçon qu'il vient de publier (2), peut se manifester

(1) *Leçon d'ouverture du cours de Pathologie générale*, 1895.
(2) *Arch. gén. de méd.*, 1895.

sous la même forme pathologique et avec une même localisation organique. Un goutteux typique, avec arthropaties uratiques, peut engendrer un goutteux ayant comme son père des arthrites avec tophus d'urates, la même « estampille articulaire ». C'est l'hérédité *homœomorphe*. Mais un goutteux peut engendrer un migraineux ou un asthmatique; un alcoolique, un saturnin peuvent procréer un épileptique; un syphilitique procréera un ataxique, un paralytique général. C'est là de l'hérédité *hétéromorphe*. De pareils exemples peuvent être fournis pour toutes les classes de maladies. Ainsi, « pour l'intoxication comme pour l'infection, pour l'infection comme pour la diathèse, l'hérédité peut être *polymorphe* ».

Mais la tare spécifique héréditaire peut s'accompagner de troubles dans l'évolution de l'organisme procréé, d'hypotrophies pures et simples, d'arrêts de développement proprement dits. L'hérédité est alors à la fois homœomorphe et hétéromorphe, lorsqu'un goutteux seulement arthropathe engendre un goutteux arthropathe et migraineux.

L'altération héréditaire directe et spécifique paraît dans certains cas s'être atténuée et résolue pendant la vie embryonnaire, tandis que les altérations de contre-coup persistent indéfiniment et se localisent en certains points; ainsi un goutteux arthropathe peut procréer un goutteux simplement asthmatique.

L'hérédité hétéromorphe peut encore transmettre, pour ainsi dire, en ligne oblique, l'impulsion morbide héréditaire. Le goutteux arthropathe, qui a procréé un goutteux arthropathe par hérédité homœomorphe ou un migraineux ou un asthmatique par hérédité hétéromorphe, peut procréer un enfant qui ne présentera plus aucune empreinte spécifique, mais seulement une hypotrophie, une moindre résistance des tissus conjonctifs, fibreux, osseux, etc., en un mot de tous les tissus émanés du feuillet moyen du blastoderme. L'enfant ne comptera plus parmi les goutteux, mais parmi les arthritiques. L'hérédité simplement hétéromorphe peut être encore spécifique à un certain degré ou ne plus l'être du tout. L'asthme et la migraine sont des produits d'hérédité hétéromorphe, mais encore spécifique, parce que, malgré l'absence de substances spécifiques, leur mode d'évolution, leur alternance possible avec les accidents goutteux proprement dits attestent suffisamment leur origine.

Chez l'arthritiquee issu de goutteux, la substance spécifique n'intervient plus, même quand la tare héréditaire se fixe sur les articulations. L'arthritique présente alors des arthrites chroniques, où les tissus fibreux, cartilagineux et osseux de l'articulation sont lésés, mais où on ne retrouve plus l'urate de soude. L'arthritique issu de goutteux n'a gardé de l'influence héréditaire qu'une vulnérabilité plus grande du tissu conjonctif et de ses homologues, qui seule a persisté du trouble nutritif embryonnaire.

Ainsi un tuberculeux pulmonaire engendre soit un tuberculeux pulmonaire, soit un enfant atteint de mal de Pott, soit un malformé ou un dégénéré proprement dit. M. Hanot cite l'exemple de deux consanguins mariés l'un à l'autre, non tuberculeux, mais issus de parents tuberculeux, qui ont procréé deux enfants morts de méningite, un troisième atteint de mal de Pott, un dernier phocomélique.

L'hérédité pathologique va en s'atténuant lorsque, après avoir été directe et homœomorphe, elle n'aboutit plus qu'à des troubles de la nutrition constituant seulement une vague prédisposition morbide; mais, à certains moments, semblable au microbe qui, de pathogène devenu peu à peu par atténuation un simple saprophyte, peut, dans des conditions nouvelles, récupérer graduellement sa virulence pathogénique, l'influence héréditaire peut redevenir plus active et se manifester de nouveau dans les générations ultérieures par des troubles morbides nettement spécifiques. Il aura suffi que tel ou tel des descendants, dont l'héritage s'était trouvé réduit à un trouble nutritif, ait rencontré des circonstances extérieures, ou se soit créé un genre de vie de nature à rendre au germe morbide héréditaire son intégrité première; il aura fallu quelquefois que l'action des influences hygiéniques ait pu modifier en série plusieurs individus d'une même souche. « L'organisme peut aller de la modification individuelle acquise par processus physiologico-pathologiques en quelque sorte accidentels jusqu'à la modification héréditaire inéluctable. La vie physiologique est un mouvement moléculaire et la vie pathologique un trouble de ce mouvement, dont les modifications en direction et en intensité constituent en dernière analyse tous les états morbides. » (Hanot).

Les *sexes* jouent-ils un rôle dans la transmission des maladies ou aptitudes morbides?

Au point de vue de l'hérédité morbide, Orchansky (de Charkow), auteur d'un travail considérable sur l'hérédité normale et morbide (Saint-Pétersbourg 1894), a déduit de sa statistique que, si les parents ont des maladies nerveuses, ce sont surtout les pères, et surtout ceux qui sont malades qui transmettent leur sexe et leur type à leurs enfants. Dans les familles où les parents sont phthisiques, le contraire s'observe: c'est le parent sain dont l'influence prévaut dans la transmission du sexe et du type.

La tendance des parents malades à transmettre leurs maladies aux descendants est plus considérable du côté du père. Le danger de l'hérédité morbide est plus grave pour les garçons que pour les filles. L'état morbide des pères a une tendance à se renforcer chez les enfants, surtout chez les fils (hérédité progressive); l'état morbide des mères, au contraire, s'affaiblit chez les enfants, surtout chez les filles (hérédité régressive).

Le danger de la dégénérescence est plus grand pour les garçons des pères malades que pour les filles des mères malades.

La mère tend à faire prévaloir son état normal contre la constitution pathologique du père.

L'hérédité morbide est plus intensive chez les jeunes parents qu'à l'époque de la maturité individuelle complète.

C'est parmi les premiers enfants des parents malades qu'on trouve la plus forte proportion des malades et les maladies les plus graves.

L'hérédité morbide du côté du père est plus de nature organique; celle de la mère a plus le caractère fonctionnel.

Ordinairement on considère l'hérédité comme une fonction des parents seuls. En réalité, les enfants jouent aussi un rôle bien considérable dans la manifestation de l'hérédité. Si les parents transmettent leurs caractères par l'hérédité, ce sont les enfants qui acceptent activement l'influence des parents et ils ne sont pas, comme on le suppose ordinairement, des facteurs passifs. L'hérédité ne se réalise pas à un moment donné une fois pour toute la vie. Le moment de la fécondation et même la période intra-utérine ne déterminent pas pour toujours l'influence de l'hérédité. Celle-ci demeure à l'état latent et se manifeste peu à peu par petits à-coups successifs pendant toute la période du développement. A chaque moment, les diverses conditions intérieures et extérieures contribuent à sa réalisation.

Dans la transmission des qualités des parents, l'interférence ou lutte entre les influences paternelle et maternelle est antagoniste de la prédominance de l'une d'elles: les fonctions biologiques des deux cellules embryo-plas-

tiques sont à peu près égales, l'interférence tend à établir toujours un état d'équilibre. La prédominance d'influence de l'un des parents, comme résultat de la lutte entre leurs deux forces, ne dure que pendant la première période de la vie conjugale; puis vient une période plus longue de stabilité.

La manifestation de l'hérédité dans une partie de l'organisme suit le développement de cette partie et est au maximum quand cet organe se trouve à l'apogée de son développement.

Chacun des deux parents joue un rôle spécial dans l'hérédité. L'influence du père favorise la variabilité ou l'individualité. La mère tend à conserver le type moyen. C'est elle qui maintient la stabilité dans l'hérédité de la constitution et dans la transmission des maladies. Elle transmet très faiblement sa propre hérédité morbide; elle combat, en outre, énergiquement l'influence morbide paternelle; elle transforme une hérédité grave en une moins grave (Orchansky).

IV

Quand on est parvenu au terme d'une minutieuse enquête sur l'hérédité, au cours de laquelle on a recueilli tous les témoignages capables d'éclairer la question, ceux des physiologistes comme ceux des psychologues, des botanistes et des zootechniciens, des médecins et des vétérinaires, peut-on dégager de cet énorme dossier de dépositions quelques conclusions générales?

Pendant longtemps, les auteurs qui ont écrit sur l'hérédité ont pris parti pour ou contre son influence, en obéissant à deux tendances radicalement opposées : pour les uns, l'hérédité primait tous les autres facteurs étiologiques; pour les autres, son influence était nulle. Une plus juste et moins radicale appréciation des faits paraît s'être répandue actuellement.

L'hérédité normale détermine non seulement la conformation et les aptitudes de l'enfant, mais elle influe sur les multiples circonstances de la vie physiologique, croissance, menstruation, grossesse, lactation, ménopause, sur l'accomplissement de toutes les fonctions, sur la sensibilité aux poisons, y compris ceux que fabriquent les agents infectieux et les médicaments. L'hérédité physiologique, c'est le triomphe de l'hérédité similaire. Encore n'est-elle, bien entendu, que contingente et non nécessaire; ou, du moins, ses effets sont-ils variables, suivant que prédomine au moment de la fécondation l'influence de l'un ou de l'autre des générateurs, suivant que les échanges transplacentaires entre la mère et le fœtus accentuent ou dévient la direction initiale imprimée au développement de l'être, suivant enfin que l'action ultérieure des milieux (alimentation, éducation) contrecarre ou favorise les aptitudes originelles.

L'hérédité morbide diffère principalement de l'hérédité normale en ce qu'elle est rarement directe et similaire ou homœomorphe. Elle se manifeste le plus souvent par l'apparition périodique de certaines maladies dans certaines familles et leur coexistence chez des collatéraux. Tandis que la ressemblance entre les parents et les enfants est le caractère fondamental de l'hérédité normale, c'est la dissemblance qui est le trait le plus ordinaire de l'hérédité morbide; c'est l'hérédité par transformation, ou hétéromorphe. C'est surtout la prédisposition morbide, découlant d'une similitude dans la structure anatomique des organes et dans leur activité fonctionnelle, d'une conformité dans les modalités de la nutrition. On n'hérite le plus souvent que d'une anomalie de la nutrition; mais la déviation de la vie normale chez les ascendants peut, à un moment donné, avoir pour conséquence la création d'une véritable maladie familiale transmissible en nature par hérédité. Une maladie de famille pourrait-elle devenir une maladie de race, puis une maladie d'espèce? Sans doute, si la reproduction était possible; mais les maladies organiques éteignent la reproduction et la maladie reste une maladie de famille. Le type dégénéré s'éteint en vertu de la sélection naturelle (P. Londe) (1). En outre, les maladies infectieuses qui frappent avec prédilection les dégénérés, mettent bon ordre à l'extension indéfinie des nouveaux types pathologiques. La tuberculose, par exemple, est considérée par Bennett comme une sorte de nécessité destinée à faire disparaître les familles impropres à la reproduction, et M. Bouchard a dit dans le même sens que la phthisie était une manière de mourir.

Ainsi la loi d'hérédité morbide est, en définitive, défensive de l'espèce; car d'un côté elle assure dans certains cas l'immunité contre certaines infections aux descendants dont les procréateurs ont su résister aux assauts de ces mêmes infections; de l'autre, en rendant plus vulnérables aux agressions banales, ou inféconds, les descendants des individus trop tarés, elle empêche la dégénérescence indéfinie.

Comme l'a dit Woods Hutchinson, les maladies qui tueraient l'espèce sont corrigées par elles-mêmes, puisqu'elles empêchent la reproduction ou tuent les enfants en bas-âge. D'après cet auteur, qui s'est livré à d'importantes recherches statistiques, la tare héréditaire n'a pu être relevée que dans 10,1 0/0 des cas sur 57,000 cas de folie, dans 10,5 0/0 sur 20,000 cas de carcinome, dans 37,3 0/0 sur 22,000 cas de tuberculose; il refuse donc de considérer les lois de l'hérédité comme le facteur prédominant dans la production des maladies et, comparant aux faibles et incertains dommages qu'elle cause, les avantages sans prix qu'elle assure à l'homme par l'accumulation sur chaque individu des forces de résistance aux maladies acquises par la race, il conclut : « Ses effets bienfaisants sont innombrables et indiscutables; ses effets nuisibles, peu nombreux et douteux » (2). Le sociologiste peut s'associer à cet optimisme au point de vue philosophique des intérêts généraux de l'espèce; mais le médecin, qui a surtout à s'inquiéter des intérêts particuliers de chaque famille et de chaque individu redoute nécessairement l'hérédité pathologique pour ses clients. C'est une raison d'ailleurs pour lui de ne s'en point désintéresser.

En effet la connaissance des lois de l'hérédité n'est pas seulement une curiosité scientifique, mais elle présente une importance pratique considérable pour le médecin.

Au point de vue du *diagnostic*, du *pronostic*, du *traitement* et de la *prophylaxie* nous pouvons tirer un parti considérable des notions d'hérédité.

Quelques exemples le prouveront.

Au cours de maladies aiguës, comme la fièvre typhoïde ou toute autre infection fébrile, la notion d'hérédité névropathique nous guidera dans la saine appréciation de l'intensité des réactions nerveuses et de la vraie thérapeutique à y opposer; c'est à elle que nous devons souvent de pouvoir diagnostiquer d'après les antécédents de famille les pseudo-méningites et les pseudo-péritonites, différencier les hyperthermies qui dépendent d'une réaction nerveuse excessive de celles qui sont liées à la gravité même de l'infection; c'est elle qui nous indiquera l'utilité des moyens les plus convenables à opposer à ces affolements imprévus de systèmes nerveux déréglés par l'hérédité névropathique.

(1) *Maladies familiales du système nerveux.* Paris, 1895.
(2) *The influence of heredity in the prevention of disease. Med. New's*, 13 février 1892.

La même chose peut être dite au sujet de l'hérédité alcoolique. Les enfants des intoxiqués ne réagissent pas comme d'autres à la pierre de touche des infections.

Au cours de bon nombre de maladies chroniques la notion d'hérédité n'est pas moins importante; sans parler de la syphilis, à propos de laquelle le fait est de toute évidence, c'est elle qui permet de soupçonner la goutte larvée derrière certains accidents obscurs et formidables en apparence et de leur opposer, quand on aura démasqué l'étiologie héréditaire, la seule thérapeutique logique.

La notion d'hérédité n'est pas moins importante au point de vue du pronostic. Est-il indifférent de savoir que la tuberculose évolue autrement chez les fils d'arthritiques et chez les descendants de scrofuleux? La prédisposition héréditaire peut devenir une cause d'atténuation de la gravité de l'infection tuberculeuse, puisque les individus vierges de tare tuberculeuse héréditaire paraissent réaliser l'infection sous la forme la plus virulente, celle de la tuberculose aiguë généralisée. C'est du moins ce qu'a pensé Léon Collin à propos de la fréquence de la tuberculose aiguë chez les soldats d'élite, les gardes de Paris. N'est-il pas précieux pour l'accoucheur de savoir que, dans certaines familles de névropathes, il existe une prédisposition héréditaire à l'éclampsie? Quel parti ne tire pas l'aliéniste, au point de vue du pronostic, de la notion d'hérédité? N'est-ce pas elle qui lui permet de prévoir la rapidité de l'évolution ou l'éventualité probable des rémissions?

Et maintenant, que pouvons-nous faire au point de vue prophylactique?

A envisager les choses au point de vue le plus général, le médecin doit faire tous ses efforts pour vulgariser autour de lui les notions relatives à l'hérédité pathologique et en faire saisir l'importance aux familles dont il a la confiance. « Un bon choix dans les mariages ne concourt pas peu, a dit Portal, à diminuer et à atténuer les vices de familles, et sans doute que naturellement ces heureux effets s'opèrent très souvent dans les grandes villes, surtout par des hommes et des femmes de campagne qui, en quelque manière, renouvellent la race. Il est certain qu'on voit ainsi disparaître de vrais maux d'origine. » Si le médecin, imbu de cette idée, réussit par une prédication incessante à convaincre ses clients de la gravité des unions conclues à la légère sur les seules considérations d'intérêt, il sera sans nul doute souvent consulté sur l'opportunité de tel ou tel choix. Il s'inspirera alors des circonstances et des renseignements réunis par l'enquête dont nous parlions tout à l'heure, pour donner le conseil qu'il jugera le meilleur, et il aura — quelquefois — la satisfaction de constater qu'on en aura tenu compte.

Plus souvent sans doute il apprendra qu'on a passé outre à ses avis, et plus tard, quand un mariage conclu malgré lui aura mal tourné, on viendra lui en faire la triste confidence et lui demander de réparer le mal dans la mesure possible. Il pourra souvent encore le faire, soit par la thérapeutique, soit en conseillant une hygiène appropriée à l'éducation des enfants malades. — Mais, avant même que des naissances d'enfants malformés ou débiles soient survenues, ou que des maladies héréditaires se soient déclarées chez les enfants issus des unions mauvaises contractées malgré ses conseils, le médecin aura pu quelquefois intervenir utilement en donnant certains conseils aux parents récemment mariés, pour qu'ils se mettent dans les conditions physiologiques les plus favorables à la procréation d'enfants sains.

Et cette vue n'est pas purement spéculative. Il est certain pour les éleveurs qu'un même reproducteur donne des produits de valeur inégale suivant son état de santé au moment précis de la saillie fécondante. Il n'est pas douteux qu'il en soit ainsi dans l'espèce humaine. Nous savons que le taux de la nutrition est variable, que c'est une fonction élastique, que l'activité des échanges est plus ou moins ralentie, et que l'être engendré doit être conforme à son générateur dans les modalités de la nutrition. Un individu qui est soumis à une intoxication habituelle, soit par auto-intoxication d'origine digestive, s'il est dyspeptique, ou d'origine interstitielle, s'il est soumis au surmenage, n'est pas toujours intoxiqué au même degré à tous les moments de sa vie. Une hygiène bien comprise peut modifier avec avantage des états semblables, ne fût-ce que temporairement. Un père momentanément alcoolisé, ou morphinisé, ou surmené, peut, après quelques mois de repos ou d'abstention des poisons, devenir un reproducteur meilleur, comme un syphilitique ancien et traité est meilleur générateur qu'un homme encore sous le coups d'accidents secondaires. Un tuberculeux, dans une période d'enkystement de sa lésion, ayant engraissé, vivant à la campagne, sera moins dangereux pour sa progéniture. Ces exemples pourraient être multipliés à volonté et prouvent qu'une prophylaxie bien comprise peut écarter quelques-uns des dangers de l'hérédité pathologique pour les enfants à naître.

Et, quand les influences héréditaires sont défavorables du côté des deux générateurs, il ne faut pas encore désespérer absolument de l'avenir du produit; car l'influence des milieux, de l'éducation et des soins préventifs peut modifier beaucoup les qualités héréditaires. Déjerine dit, dans sa belle étude sur l'hérédité dans les maladies du système nerveux, qu' « au moment de la naissance l'hérédité psychologique n'est qu'une probabilité, jamais une certitude »; la même réflexion s'applique à toutes les formes de l'hérédité pathologique. Le médecin, mis en défiance contre les maladies auxquelles est plus spécialement exposé l'enfant par les tares de ses parents, conseillera les mesures préservatrices les plus convenables.

Certaines périodes de la vie seront l'objet d'une sollicitude plus vive. Si les tares sont d'origine maternelle, l'allaitement sera confié à une nourrice mercenaire bien choisie. Si c'est la souche paternelle qui est défectueuse et si la mère au contraire est exempte de tares héréditaires, on insistera pour que ce soit elle qui nourrisse son enfant; en tout cas l'enfant sera élevé de préférence à la campagne, et ne sera jamais confiné dans un établissement scolaire de grande ville.

Aux étapes principales de la croissance on redoublera de surveillance. L'influence réciproque de l'hérédité morbide et de la croissance a été bien mise en lumière par M. Springer.

« L'hérédité, dit-il, est considérée, à juste titre, comme le facteur le plus important de la prédisposition morbide. Ce fait est bien démontré pour un grand nombre d'affections, parmi lesquelles on doit citer les troubles nerveux, les affections syphilitiques et para-syphilitiques, la tuberculose, les gastropathies, etc.

L'apparition des symptômes spécifiques est fréquemment actionnée par les poussées de croissance qui accompagnent et suivent la puberté; mais, d'autre part, ces maladies, par leurs conséquences dystrophiques, ralentissent la croissance et entravent le développement, d'où résulte un amoindrissement physique des individus, des familles et des races. Toutefois, cet effet est évitable, et le clinicien pénétré de la valeur de la notion de l'hérédité peut, dans une certaine mesure, neutraliser son action. C'est là un fait qui ressort de l'examen des enfants que l'Assistance publique réunit à Montévrain près de

Lagny-Thorigny, et qui sont catalogués sous l'étiquette administrative « d'enfants moralement abandonnés ». Les garçons de treize à dix-neuf ans sont, pour la plupart, des Parisiens; ils sont puisés parmi les Enfants Assistés ou dans le même milieu social. Par leur origine, ces enfants réunissent toutes les tares héréditaires et acquises, satellites de la misère. Aussi est-on quelque peu surpris de constater chez eux, après quelques années de séjour à Montévrain, tous les caractères objectifs de la santé la plus florissante. Un grand nombre d'entre eux présentent bien les empreintes indélébiles de leurs maladies du premier âge, mais on ne rencontre aucun trouble fonctionnel, et ils sont surtout intéressants par leur parfait développement général.

Comment ces résultats sont-ils obtenus? A l'aide d'un traitement méthodique et judicieusement appliqué. L'alimentation est l'objet d'une surveillance attentive, et les substances considérées comme aliments de croissance y occupent une large place. La ventilation des logements est bien assurée. Sans négliger l'instruction générale, la plus grande partie du temps est employée à l'enseignement professionnel. Les exercices physiques en plein air jouent un rôle important. Grâce à l'entraînement progressif et modéré, on ne constate jamais les effets de l'intoxication et de l'auto-infection résultant du surmenage. Il faut tenir compte, en outre, de l'action de l'hydrothérapie sous forme de bains de rivière pendant l'été.

Cet exemple peut servir de guide pour la thérapeutique des manifestations héréditaires de la croissance anormale. Il montre comment des enfants destinés aux accidents pathologiques des plus graves, peuvent, jusqu'à un certain point, éluder cet avenir et présenter les attributs de la force, de la vigueur et de la résistance. Cette modification du terrain par le milieu, résultant de l'ensemble des moyens mis en œuvre et concourant au même but, s'obtient surtout grâce à l'utilisation de la dynamique de la nutrition mise en œuvre par la puberté, et, en effet, la croissance bien dirigée est une force dont on doit profiter pour la thérapeutique. » (1)

La puberté dans les deux sexes, le mariage, les grossesses, la ménopause chez la femme, sont encore des circonstances physiologiques qui favorisent chez les prédisposés l'apparition de tels ou tels accidents morbides suivant la tare pathologique héréditaire, névropathique, infectieuse ou néoplasique. Le médecin, instruit des éventualités fâcheuses que peuvent amener ces circonstances, pourra souvent les prévenir en conseillant à ces prédisposés telles ou telles réformes dans leur hygiène.

En terminant, nous émettons encore le vœu que les médecins, bien convaincus de la réalité des influences héréditaires, s'appliquent à vulgariser autour d'eux cette notion, car elle est de la plus haute conséquence morale. L'hérédité, c'est la solidarité entre les générations successives; elle pourrait devenir le plus puissant facteur du progrès humain, si chaque homme était convaincu que chacun de actes de sa vie doit retentir sur sa descendance.

> Pour que vos actions ne soient vaines ni folles,
> Craignez déjà les yeux futurs de vos enfants.
>
> JEAN LAHOR.
> *Bénédiction du mariage persan.*

(1) Congrès de médecine interne, Lyon, 1894.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Ostéome des fosses nasales; crises épileptiformes; abaissement du nez; ablation de la tumeur. Guérison, par ADENOT (*Lyon Médical*, n° 17 et 18, avril 1895, p. 562.) — L'auteur rapporte l'observation d'une malade, âgée de 27 ans, atteinte d'un ostéome des fosses nasales, qui présente depuis 5 ans environ des crises nerveuses survenant la nuit. Ces crises présentent les caractères des crises épileptiques et sur lesquelles le traitement bromuré n'a pas eu d'influence. Dans les antécédents de la malade il n'y a pas d'hérédité nerveuse. L'auteur admet que le point de départ des phénomènes épileptiques est la tumeur nasale; il s'agit là de convulsions épileptiques d'ordre réflexe. L'ablation de l'ostéome, en modifiant les conditions de la circulation intra-cranienne ou en supprimant le foyer d'excitation, supprima temporairement les crises d'épilepsie.

De quelques actions réflexes à distance provoquées par le froid, par BOTTEY. Genève 1895. — Les actions réflexes à distance produites par le froid sur le système nerveux sont très nombreuses. Elles sont d'ordre différent. Aussi elles aboutissent quelquefois à des effets vaso-dilatateurs; d'autres fois elles exercent leur action sur les vaso-constricteurs; elles agissent également sur les muscles lisses et exercent une influence certaine sur les sécrétions et le fonctionnement de certains organes. Dans beaucoup de cas ces phénomènes sont soumis à l'intensité et à la durée des applications froides. Si celle-ci est très courte et son action très percutante, ce sont des effets de vaso-dilatation que l'on observe. Tantôt au contraire si cette application est plus prolongée et moins intense, ce sont des phénomènes de vaso-constriction que l'on constate. Les exemples que l'auteur donne de ces effets sont nombreux. Citons-en quelques-uns. Une application d'eau très froide et de très courte durée sur le front et sur la nuque dilate les vaisseaux du cerveau. Prolongée davantage elle les contracte. L'immersion prolongée des mains dans l'eau froide combat l'hyperhémie cérébrale. Une application de glace au niveau des vertèbres lombaires produit une dilatation vaso-motrice des vaisseaux de l'utérus. La douche lombaire froide, lorsque la pression modérée est d'une durée assez longue, produit un spasme des vaisseaux de l'utérus. La douche lombaire administrée au niveau des dernières vertèbres lombaires influence le centre vesico-spinal et ano-spinal et par ses effets très nets sur l'intestin et la vessie combat la rétention d'urine et l'incontinence due à une parésie de la vessie.

CHIRURGIE

Gastrostomie (Ueber Gastrostomien), par SCHONWERTH (*Münch. med. Wochenschr.*, 1895, n° 19, p. 437). — Après l'étude critique de divers procédés de gastrostomie, l'auteur rapporte 11 observations de gastrostomies pour cancer de l'œsophage, faites d'après le procédé de Fenger (incision le long des fausses côtes, suture du péritoine à la peau, fixation de l'estomac à la plaie et ouverture de ce dernier au bout de deux jours avec le thermocautère).

La survie de ces 11 opérés a été de 2 jours à 6 mois. Chez trois la fistule était parfaitement continente, chez trois autres les aliments et le suc gastrique s'écoulaient continuellement au dehors; chez cinq enfin la bouche stomacale était partiellement continente.

L'auteur se prononce pour l'opération en deux temps et n'admet l'opération en un seul temps que pour les malades très affaiblis.

Deux cas de complications rares des suites de couches (Zwei seltene Wochenbettcomplicationen), par WANNER (*Münch. med. Wochenschr.*, 1895, n°s 16 et 17). — La première observation est celle d'une femme qui au 4e jour après un accouchement des plus normaux est prise de tuméfaction des deux membres inférieurs tenant à un thrombose des veines profondes. Dix jours plus tard, le matin, à l'occa-

sion d'un mouvement brusque dans le lit, la malade est prise de dyspnée avec suffocation, sueurs froides, cyanose, etc.

L'accès se calme dans la journée, mais dès le lendemain on constate l'existence d'une gangrène de la jambe gauche commençant aux deux tiers supérieurs du membre, avec obstruction de la poplitée. Les jours suivant, la gangrène fait des progrès, une ligne de démarcation s'établit, et 3 semaines plus tard on pratique l'amputation de la jambe au tiers inférieur.

D'après l'auteur il s'agissait dans ce cas d'un embolus parti d'un thrombus des veines du membre inférieur et ayant pu passer, par la persistance probable du trou ovale, du cœur droit dans le cœur gauche, et de là dans l'aorte. L'autopsie n'a pas été faite.

La seconde observation se rapporte à une femme souffrant depuis longtemps d'une cystite avec pyélo-néphrite, et entrée à la clinique au 7e mois de la grossesse, pour des douleurs dans le dos et l'abdomen. Le soir même de son entrée, elle est prise de douleurs et accouche très rapidement d'un enfant viable. Dès les premiers jours après l'accouchement la température monte à 39°, pour osciller ensuite entre 38°5 et 40°. Au huitième jour on fait une injection intra-utérine qui au lieu d'améliorer, aggrave la situation, et la malade succombe au 19e jour après l'accouchement avec des phénomènes d'infection profonde. L'autopsie montra l'existence d'une pyonéphrose droite et des abcès multiples dans le rein gauche. Les autres viscères ne présentaient pas de lésions de pyohémie.

MÉDECINE

La chaux dans le diabète (Ueber die Bedeutung des Kalkes bei Diabetes mellitus), par Grabe (*Münch. med. Woch.*, 1895, n° 21, p. 487). — L'auteur rapporte l'observation de deux diabétiques acétonuriques, atteints de diabète maigre et considérablement amélioré par l'administration de sels de chaux.

Dans le premier cas, considéré par l'auteur comme absolument désespéré, le malade sur le conseil d'un ami, également diabétique, prenait tous les jours une cuillerée à café de coquilles d'œufs pilées. Sous l'influence de ce traitement l'amélioration fut telle que lorsque l'auteur revit le malade au bout d'un an, il ne le reconnut pas : l'embonpoint et les forces étaient revenues, l'état général était excellent, le malade a pu reprendre ses occupations et mener une vie active. L'examen de l'urine releva pourtant que la glycosurie et l'acétonurie étaient restées les mêmes.

Dans le second cas, l'auteur remplaça les coquilles pilées par une poudre composée de 7 parties de carbonate de chaux pour 1 partie de phosphate de chaux, dont le malade prenait tous les jours 4 grammes (3 gr. 50 de carbonate et 0.50 centigr. de phosphate de chaux). Le résultat a été le même que dans le cas précédent.

L'auteur attribue cette action particulière de sels de chaux dans le diabète à ce que dans cette affection il existe une élimination considérable de chaux et de phosphates. La médication par les sels de chaux parerait ainsi à la dénutrition particulière de l'organisme diabétique.

BIBLIOGRAPHIE

La syphilis et les maladies vénériennes, par E. Finger. Traduction française par A. Doyon et P. Spillmann, 1 vol in 8° de 360 pages. Paris 1895. F. Alcan, éditeur.

Le livre de Finger a eu en Allemagne un véritable succès, puisque dont l'espace de 7 ans il est arrivé à sa 3e édition. Ce succès, joint à la haute notoriété de l'auteur, justifie pleinement la traduction française qu'en donnent aujourd'hui MM. Doyon et Spillmann.

La faveur dans cet ouvrage jouit dans son pays d'origine tient certainement à ce qu'il représente un des ouvrages les plus complets qui aient été publiés sur la syphilis et en même temps un exposé très clair des nombreuses questions que soulève ce sujet. Les descriptions des diverses modalités des syphilides secondaires sont particulièrement remarquables et méritent d'être lues avec attention, car elles sont le fruit d'une vaste expérience. Le chapitre du traitement de la syphilis est également à citer en raison des détails dans lesquels entre l'auteur et des nombreuses préparations dont il donne les formules et de ses idées personnelles sur certaines méthodes peu usitées en France.

Finger, dualiste convaincu, à l'invers de certains représentants ultra-conservateurs de l'école de Vienne, sépare nettement le chancre simple (qu'il appelle chancre vénérien contagieux) de la syphilis ; mais, se basant sur des expériences personnelles très discutables, continue à le considérer comme le résultat de l'inoculation de sécrétions purulentes banales et variées ; il cite sans leur accorder la valeur qu'elles possèdent, les recherches de Ducrey sur le microbe spécifique du chancre simple.

Le chapitre de la blennorrhagie est le résumé du remarquable ouvrage que Finger a publié sur ce sujet.

Des planches chromolithographiques représentant les principales lésions histologiques de la syphilis et de la blennorrhagie accompagnent ce volume.

Les lecteurs français, qui doivent déjà de nombreuses traductions d'ouvrages allemands à MM. Doyon et Spillmann, leur seront certainement reconnaissants d'avoir mis à leur portée le livre de Finger ; la compétence des traducteurs en matière de syphiligraphie et leur connaissance approfondie de la littérature spéciale française et étrangère, rendent leur œuvre particulièrement précieuse : non seulement elles leur ont permis d'ajouter au texte allemand des notes rectificatives importantes sur quelques points diversement compris en France et en Allemagne, mais encore elles assurent le lecteur contre toute interprétation défectueuse du texte allemand, écueil dans lequel tombent parfois de bonne foi des traducteurs qui s'imaginent que la connaissance de la langue originale suffit pour comprendre des traités spéciaux.

Georges Thibierge.

VARIÉTÉS

Cours d'hygiène de la Faculté de médecine de Lyon.

Cours d'ouverture.

Par M. le professeur Bard.

(*Fin.*)

C'est qu'en effet la spécificité des virus entraîne des conséquences et comporte des enseignements pratiques dont l'importance grandit et se découvre, à mesure qu'on les étudie davantage. Ce n'est encore que le moindre de ses bienfaits, que de nous permettre, par la connaissance plus exacte de chacun d'eux, de les détruire avec le minimum d'efforts, tandis que la doctrine bactériologique actuelle de l'indifférence microbienne, nous conduit, comme l'indique M. Rodet, à traiter tous les microbes en suspects, c'est-à-dire à poursuivre l'œuvre impossible de la stérilisation absolue des milieux extérieurs et de notre organisme lui-même. Mais ce n'est pas tout ; les virus ne sont pas seulement spécifiques par la variabilité de leur résistance propre aux moyens de destruction, ils le sont encore, et surtout par tous les détails de leur biologie. Chacun d'eux possède des portes d'entrée, des incubations, des modes de contagion, des procédés d'attaque en un mot, qui lui appartiennent en propre, qui donnent aux épidémies qu'il crée, une allure spéciale, un génie particulier, et je dirais volontiers une véritable personnalité.

C'est par là que le génie épidémique des anciens n'était pas une pure conception de l'esprit ; les épidémies de diphthérie et de rougeole, par exemple ne présentent pas les mêmes allures et ne relèvent pas des mêmes lois ; toutes leurs différences sont fonction, n'en doutez pas, de la biologie spécifique de

leurs virus; il faut apprendre à les connaître avec précision, si l'on veut entreprendre contre eux une lutte à armes égales. La doctrine de la spécificité des virus conduit à une prophylaxie spécifique, c'est-à-dire spéciale à chaque virus, établie d'après ses modalités épidémiologiques particulières, et donnant par suite le maximum de garanties d'efficacité, avec le minimum d'exigences.

La notion de l'indifférence conduit au contraire à une prophylaxie banale, à ce que j'appelle volontiers une prophylaxie passe-partout, prête à toutes les indications, mais incapable d'en remplir aucune. Avec elle, on s'expose à chaque instant, à laisser échapper le virus à travers les mailles d'un filet mal placé, ou au contraire à multiplier les sévérités inutiles et à décourager de toute précaution par l'exagération même des exigences formulées.

Ne croyez pas, messieurs, que je charge à dessein les ombres de ce tableau; aujourd'hui encore, les instructions prophylactiques imprimées, inspirées par les milieux parisiens imbus des données bactériologiques actuelles, que le ministère adresse aux services provinciaux pour leur servir de guides, ces instructions, dis-je, diffèrent en apparence pour les diverses maladies épidémiques, mais cette différence ne va pas loin, elle cesse avec le titre placé au haut de la première page. Celui-ci franchi, on reconnaît les mêmes préceptes, dont on n'a pas même pris soin de voiler les similitudes par quelque changement de typographie ou de mise en pages!

Je ne puis pas insister plus longtemps sur ce point, mais ce que je viens de vous dire suffira, je l'espère, à vous convaincre de l'importance primordiale de la question, et plus encore du puissant intérêt qu'il y a à la résoudre dans le sens de la spécificité, bien que la bactériologie expérimentale nous conduise aujourd'hui à la révoquer en doute. Je vous ai indiqué comment l'expérimentation a relevé de ses cendres la spontanéité morbide, en la rajeunissant, je le veux bien, mais sans lui enlever aucune de ses déplorables conséquences hygiéniques. Faut-il donc nous résigner à cette formule décevante, et renoncer à jamais à la notion si féconde de la spécificité virulente? Devons-nous consentir, comme les données actuelles nous y invitent, à admettre que tout est dans tout et que tout peut venir d'autre chose!

Pour ma part, messieurs, je me refuse formellement à cette pensée; j'ai déjà trouvé ailleurs, en histologie, cette conclusion stérilisante; là aussi on admettait, et presque tout le monde admet encore aujourd'hui, que les cellules de l'organisme sont indifférentes et qu'elles n'ont aucune fixité héréditaire; j'ai la conviction d'avoir victorieusement établi le contraire, et la *spécificité cellulaire* conquiert tous les jours de nouveaux suffrages. Pour arriver à l'établir, il fallait trouver un bon terrain d'études, un ordre de faits d'où les causes d'erreur fussent exclues ou réduites à leur minimum; il fallait surtout demander à la clinique sa puissante collaboration. Les tumeurs m'ont fourni ce terrain; c'est grâce à elles que j'ai pu, par des méthodes d'observation, pures de tout mélange expérimental, voir en œuvre la filiation cellulaire, dégagée de ses obscurités et de ses obstacles, et reconnaître le caractère étroitement spécifique des diverses modalités cellulaires.

J'ai la ferme confiance qu'il en sera de même de la spécificité virulente, et que l'observation, armée de tous les moyens puissants d'investigation dont elle dispose et qui se multiplient chaque jour, que l'observation, dis-je, saura trouver le défaut de la cuirasse, et rendre à la spécificité virulente, le rang que l'histoire médicale et les observations épidémiologiques bien conduites, lui ont assigné depuis longtemps.

Là encore, messieurs, l'œuvre scientifique de Rollet peut nous servir de guide et de modèle; la confusion, qui reparaît aujourd'hui dans l'étude des affections virulentes, présente de grandes similitudes avec celle qui régnait à l'époque de ses recherches, entre les diverses affections vénériennes. Dans les premières années qui suivirent l'apparition de la syphilis, les cliniciens ne s'y étaient pas trompés; les médecins étaient unanimes à distinguer les trois maladies, ils se montraient plus frappés de leurs différences que de leurs analogies. La confusion, qui avait suivi, était née de leur réunion et de leur association fréquente dans les grands centres de population, où il était facile de perdre la trace de leur filiation, et par suite de méconnaître leur spécificité. Les recherches expérimentales des syphilisateurs, les auto-inoculations au porteur des divers ordres de lésions, loin d'apporter la lumière qu'on eût été en droit d'en attendre, n'avaient eu d'autre résultat que de développer les opinions erronées, et de les établir sur des bases qui paraissaient inattaquables. Rollet, éclairé par ses observations médicales, ne se laissa pas hypnotiser par ces résultats expérimentaux, il s'attaqua directement à eux, dans un travail qui portait ce titre significatif: « Inoculation, contagion, et confusion en matière de syphilis ».

Délaissant l'expérimentation, il demande à l'observation attentive des épidémies et des malades, le secret de leur évolution et de leur nature. « Expérimenter, écrit-il dans l'introduction de son livre, est-ce donc nécessaire? L'expérimentation fait plus que nous montrer les phénomènes morbides, puisqu'elle nous permet de les reproduire à volonté. Je l'accorde, mais cette supériorité, dans le cas présent, ne la fait-elle pas payer trop cher? La clinique a été notre meilleur refuge, notre plus sûr abri, et c'est toujours sur ce terrain, que nous convions de préférence ceux que le spectacle de tant de ruines a rendus incrédules. »

C'est ainsi que Rollet arrive à établir la dualité des deux virus, syphilitique et chancrelleux, en s'appuyant sur l'histoire et l'évolution des épidémies, sur la différence des durées d'incubation, sur les diversités des modes de contamination, sur la recherche attentive de la filiation des cas par les confrontations des contagionnants et des contagionnés, et enfin sur quelques détails du diagnostic différentiel des deux variétés de chancre, aux premiers stades de leur évolution. Ces divers moyens, tous empruntés à l'observation pure, lui suffirent pour dissiper toutes les obscurités, lever tous les voiles et s'affranchir de toutes les causes d'erreur accumulées par les expérimentateurs de son époque. L'exemple de ce succès ne doit pas être perdu, et il est bien de nature à démontrer que les observations cliniques et épidémiologiques l'emportent en importance sur l'expérimentation elle-même, dans les divers problèmes que soulèvent la pathologie générale et la prophylaxie des maladies virulentes.

Je sais bien qu'on a beaucoup médit de l'observation, et que sa sœur cadette, l'expérimentation, a réussi dans notre siècle à capter tous les regards; je n'en suis pas moins de ceux qui pensent que les qualités solides de la première l'emportent encore sur les charmes brillants de la seconde. On se plaît volontiers à répéter que l'expérimentation permet de reproduire à volonté les phénomènes qu'on étudie, et d'en établir facilement le déterminisme exact; mais quand on y regarde de près, on s'aperçoit bien vite que les causes d'erreurs surabondent, que les déterminantes inconnues sont légion, que les phénomènes qu'on reproduit à volonté ne rappellent que de fort loin ceux qu'on veut déterminer, et que, somme toute, on est réduit presque toujours à se contenter de singuliers à peu près.

Je suis loin d'avoir la pensée de refuser à l'expérimentation son droit de cité dans les méthodes scientifiques, loin même de lui refuser la reconnaissance qu'elle mérite pour les services rendus; mais il est bien permis de constater que l'expérimentation a longtemps bénéficié de ce prestige particulier, qui s'attache toujours en quelque mesure aux choses mystérieuses, à celles qui ne paraissent accessibles qu'à quelques privilégiés; genre de prestige, qui diminue d'ordinaire à mesure que se multiplie le nombre de ceux qui sont admis à pénétrer dans le sanctuaire, et à contempler de près l'image de l'idole.

J'ai la ferme conviction que les méthodes d'observation sont loin d'avoir dit leur dernier mot; comment pourrait-il en être autrement, quand elles disposent à l'heure actuelle de tant de procédés nouveaux d'investigation, alors qu'elles ont réalisé, dans le passé, de si grandes choses, avec les faibles moyens dont elles disposaient alors! Parmi toutes les branches de la science, il n'en est aucune qui ait pu se passer complètement des méthodes d'observation; il en est beaucoup qui ont dû à ces méthodes la presque totalité de leurs progrès; il en est une au moins, l'astronomie, qui n'a jamais rien demandé à l'expérimentation, et qui oserait prétendre que malgré cela, et peut-être même à cause de cela, elle

n'égale pas en précision et en certitude n'importe quelle autre branche des connaissances humaines.

Je sais bien que l'observation a un grave défaut, elle exige pour être pratiquée avec fruit, beaucoup de patience, beaucoup d'attention et beaucoup de clairvoyance; tandis que ces qualités, pour n'être pas inutiles aux expérimentateurs, ne leur sont pas nécessaires au même degré. L'observation veut aussi être fécondée par le raisonnement; il lui faut, pour livrer ses secrets, les déductions et les inductions rationnelles, basées sur les faits déjà étudiés, et donnant naissance aux hypothèses, que les vérifications ultérieures par des faits nouveaux élèveront au rang de lois scientifiques. Seul et isolé le fait d'observation est une richesse stérile, il ne vaut que par son interprétation; la vapeur d'eau a soulevé pendant des siècles le couvercle des marmites, sous les yeux indifférents de millions d'hommes, avant que le génie d'un Papin ait analysé le fait, l'ait interprété, et en ait fait jaillir la semence d'où devait sortir toute l'industrie moderne.

Je m'aperçois, messieurs, que je me suis laissé entraîner en dehors des limites que je m'étais tracées, par mon ardent désir de vous communiquer la confiance que j'éprouve dans les méthodes d'observation; je ne le regretterai pas si j'ai pu les réhabiliter à vos yeux comme elles le méritent; mais je le regretterais si, dépassant ma pensée, j'avais pu vous laisser croire qu'il faut abandonner l'expérimentation, comme inutile et comme impropre aux recherches scientifiques.

Toutes les méthodes d'investigation sont précieuses; les problèmes que nous avons à résoudre sont trop graves et trop complexes, pour que l'on néglige aucune des armes qui permettent de les aborder. L'expérimentation rend les plus grands services, quand elle se préoccupe de rester en harmonie avec les données de l'observation pure, quand elle se laisse guider par elles, quand elle se borne à creuser le sillon qu'elles lui ouvrent; mais elle est inhabile à devancer sa sœur aînée et elle ne sait guère, sans elle, éviter les écueils dont la route est semée.

La bactériologie d'ailleurs, remarquez-le bien, n'est pas exclusivement une science expérimentale; à ses origines elle était surtout une science d'observation; actuellement encore, dans bien des circonstances, elle se contente d'apporter à l'observation clinique, la puissante collaboration de nouveaux procédés d'investigation, et elle participe alors à toutes les précieuses qualités des méthodes d'observation pure. C'est à elle que notre époque est redevable de l'un des plus grands mouvements de rénovation que les sciences médicales aient jamais présenté, et cela seul serait déjà un immense bienfait.

La meilleure preuve, messieurs, que je puisse vous donner de la nécessité que je reconnais de lui accorder la place qu'elle mérite en hygiène, c'est de consacrer tous mes efforts à obtenir la création d'un laboratoire d'hygiène, qui fait encore défaut dans notre Faculté, et que je m'efforcerai d'élever à la hauteur des exigences modernes. Une fois ce laboratoire créé, vous me verrez demander à tous les procédés nouveaux d'investigation, et à l'expérimentation elle-même, la collaboration féconde, dont l'hygiène a besoin pour poursuivre ses progrès et remplir sa mission. Je n'oublierai jamais cependant, et je ne vous laisserai pas oublier, que les méthodes d'observation, l'étude de l'organisme sain, l'observation des malades et des groupes humains, par la statistique, par les recherches épidémiologiques, doivent toujours garder le premier rang; je n'oublierai pas davantage que toutes les solutions des problèmes hygiéniques ne peuvent être jugées que par l'expérience pratique, et que c'est elle qui doit toujours se réserver le dernier mot.

Je viens de vous entretenir longuement d'épidémiologie et de spécificité des virus, mais vous n'ignorez pas que la prophylaxie des maladies transmissibles ne constitue pas toute l'hygiène. Nous aurons bien d'autres questions à aborder, bien d'autres problèmes à approfondir; le domaine de l'hygiène est devenu si vaste, que nul ne peut espérer aujourd'hui, le parcourir dans son entier. Dans son œuvre de préservation de la santé et de la vie humaine, l'hygiène est obligée de faire appel à toutes les branches de la science; pour être un hygiéniste, également versé dans toutes les parties de son art, il faudrait posséder une telle somme de connaissances qu'elle est au-dessus des forces humaines. Il faudrait être chimiste, pour résoudre comme il convient les questions de l'hygiène alimentaire, compliquées par les falsifications sans nombre du commerce moderne; il faudrait être versé dans les études industrielles, pour formuler dans leurs détails les desiderata de l'hygiène professionnelle; il faudrait être ingénieur et architecte, pour mieux apprécier les exigences de construction des logements collectifs et privés, et résoudre les multiples problèmes que soulève la salubrité des grandes agglomérations urbaines; il faudrait être physiologiste consommé, pour poser les règles du développement harmonique et de l'intégrité durable de tous nos sens et de toutes nos fonctions; j'en passe, et des plus importantes; vous signaler toutes les connaissances nécessaires à l'hygiéniste idéal, ce serait réunir dans une énumération indéfinie toutes les branches de la science et de l'activité humaines.

Rassurez-vous cependant, ce qu'il faut être avant tout, et surtout, c'est être un médecin, c'est-à-dire s'être familiarisé avec le fonctionnement de l'organisme humain, à l'état de maladie comme à l'état de santé; connaître les ressources qu'il porte en lui pour résister aux causes de destruction, pour s'adapter aux milieux qui l'entourent, avoir appris enfin comment il réagit vis-à-vis des influences favorables ou défavorables, qui s'exercent sur lui.

L'hygiène est, avant tout, l'étude des rapports qui unissent l'homme aux agents extérieurs, faite dans le but particulier d'écarter l'influence des agents nuisibles et de faire servir ces rapports à l'amélioration de la santé. De ces deux facteurs en présence, les milieux extérieurs et l'homme lui-même, c'est ce dernier qui a le rôle prépondérant, c'est celui qu'il est le plus indispensable de bien connaître, et j'ajoute, sans crainte d'être démenti par personne, que c'est celui dont l'étude est la plus ardue, la plus laborieuse, celle qui exige la plus longue préparation pratique.

Chimistes, physiologistes, architectes, industriels, ou bactériologistes, chacun dans leur sphère, s'ils veulent bien s'instruire des choses de l'hygiène et se placer à l'occasion à son point de vue spécial, pourront résoudre avec plus de compétence que l'hygiéniste médecin, tel ou tel point particulier qui se rattache à leur domaine; mais le médecin est seul capable d'embrasser dans leur ensemble les problèmes hygiéniques, seul capable surtout de soumettre au contrôle souverain de l'observation médicale, les solutions inspirées par les contributions des autres branches scientifiques. Ajoutez encore que les questions qui ressortissent plus spécialement au domaine de la médecine, et qui relèvent de ses investigations directes, forment la plus grande partie de la science hygiénique, et vous ne pourrez plus méconnaître que, à toute époque, quelles que puissent être les modes du moment, que ce soit la chimie ou la bactériologie qui détienne le record de l'attention publique, c'est à la médecine, aux méthodes et aux connaissances médicales, que doit toujours revenir la direction suprême des choses de l'hygiène.

S'il pouvait encore rester quelque doute sur ce point, quand on considère l'hygiène à un point de vue très général ou purement théorique, comment pourrait-on hésiter quand il s'agit de l'enseignement de l'hygiène, non pas dans un collège de France étranger à toute préoccupation pratique et à toute éducation professionnelle, mais dans une Faculté de médecine, destinée à former des médecins, et ayant pour devoir strict de les préparer à la tâche qu'ils sont appelés à remplir dans le monde. Je suis avec ceux qui pensent, naïvement peut-être, que les professeurs ont été créés pour enseigner, et même pour enseigner précisément ce qu'il est utile que leurs élèves apprennent, ce qu'ils auront besoin de savoir pour exercer utilement leur profession.

Je sais bien que noblesse oblige, que l'enseignement supérieur ne doit pas se proposer pour unique but l'instruction élémentaire des étudiants, et que les professeurs de nos Facultés ont le devoir de s'efforcer de contribuer à la marche progressive de la science. Je crois fermement qu'ils manqueraient à leur mission s'ils négligeaient cette partie de leur tâche, et ma conduite passée suffit, il me semble, à montrer que, pour ma part, je ne faillirai pas à ce devoir. Par contre, je ne vois pas que ces deux côtés de notre rôle puissent être inconciliables; je pense plutôt qu'ils sont appelés à se donner un mutuel appui. Le professeur ne s'abaisse pas, quand il s'astreint à donner aux débutants, avec l'autorité qui s'atta-

che à sa situation et avec le discernement qu'il tient de son expérience, les conseils et les connaissances pratiques, dont ils sont à la veille d'avoir besoin.

Il résulte de là que l'enseignement de l'hygiène, dans une Faculté de médecine, doit se porter de préférence, et presque exclusivement, sur les parties de cette science dont les applications sont précisément confiées aux médecins eux-mêmes; ces parties sont assez nombreuses, assez importantes par elles-mêmes, pour occuper toute l'activité d'un professeur d'hygiène, ce sont elles qui seront toujours l'objectif principal de mes leçons. J'aurai pour première ambition, celle de vous donner, et aussi, prenez-y garde, d'exiger de vous, un ensemble de connaissances précises sur les questions essentielles de l'hygiène publique et privée, dont la direction va vous incomber au dehors. Les médecins ont le noble devoir, et doivent avoir la légitime ambition d'exercer autour d'eux une influence rayonnante, utile au bien public: vous vous devez à vous-même, vous devez à votre pays, de pouvoir donner aux particuliers et aux autorités locales les conseils autorisés qui leur sont nécessaires, et qu'on n'a jamais été disposé à écouter plus volontiers qu'aujourd'hui.

C'est qu'en effet, l'hygiène est plus écoutée, non seulement parce qu'elle est mieux préparée à sa mission, mais encore et surtout parce que le besoin s'en fait sentir plus vivement que jamais. La marche rapide de la civilisation, les progrès de l'industrie, comportent avec eux des dangers nouveaux; l'accroissement sans limites des agglomérations humaines, les excès et les surmenages de toutes sortes de la vie moderne, dans toutes les classes de la société, menacent plus gravement la santé publique, et rendent plus indispensables les mesures de préservation. Par contre, parallèlement, l'instruction progresse, le bien-être s'accroît, et grâce à ces deux auxiliaires essentiels, l'hygiène est à même de sortir victorieuse de la lutte; mais il dépend des médecins, il dépend de vous tous, messieurs, de prendre la tête du mouvement, et d'en assurer la direction. Pour cela, il faut que dès les bancs de la Faculté, vous ayiez pris goût aux choses de l'hygiène, que vous en ayiez compris la haute portée sociale, et que vous ayiez conçu l'ambition d'en répandre autour de vous l'influence bienfaisante.

J'en ai dit assez pour vous montrer que, dans la mesure du possible, je m'attacherai surtout dans mes cours à l'hygiène pratique et que j'accorderai une très large place à l'hygiène publique. Pour cette première année, je ne puis pas songer à autre chose qu'au cours didactique qui s'adresse à tous; je vous ai dit que la chaire d'hygiène est encore dépourvue d'un laboratoire de recherches, mais j'ai la ferme espérance qu'il ne s'agit là que d'une situation passagère. Bientôt sans doute, j'aurai obtenu les moyens d'aborder cette seconde partie de la mission des professeurs de l'enseignement supérieur, celle qui consiste à soumettre à des investigations personnelles les multiples questions controversées de la science. Les sujets d'études ne font pas défaut, les problèmes apparaissent en foule à qui se donne la peine d'y réfléchir; ce jour venu, je serai toujours heureux de donner accès au laboratoire à ceux d'entre vous, qui, plus libres de leur temps ou plus ardents pour la science, voudront entreprendre des recherches personnelles, ou simplement se perfectionner, en vue de situations spéciales, dans l'étude de l'hygiène. Mes conseils ne feront jamais défaut à ceux qui leur feront appel, dans la mesure où les limites de mes connaissances me permettront de leur répondre.

Ce n'est ni le moment, ni le lieu de vous entretenir de la direction que je compte donner à mes travaux personnels; aussi bien peut-elle se trouver modifiée, ou même complètement transformée, au cours des recherches entreprises et par le fait même des résultats obtenus. Je ne vous étonnerai pas, cependant, en vous disant que je compte poursuivre, avec plus d'activité que par le passé, et avec de nouveaux moyens d'investigation, les recherches que j'ai déjà entreprises avant d'entrer dans cette chaire, sur les modalités spéciales des diverses maladies épidémiques et sur les qualités spécifiques des germes virulents.

Je ne me dissimule pas les difficultés nouvelles du problème, mais je suis loin de croire qu'il soit au-dessus des efforts combinés de la clinique et du laboratoire. Nombreuses sont les recherches poursuivies sur ces questions, mais vous savez déjà que je me sépare de la plupart de ceux qui les ont entreprises, par ce fait que j'estime, que pour réussir dans cette tâche, il ne faut jamais perdre de vue le fil directeur de la clinique. Dans toutes les recherches d'hygiène, c'est elle qui, comme l'étoile céleste dans la légende des rois mages, doit nous maintenir sur la bonne route; moins heureux que ces derniers, qui ont réussi à pénétrer dans l'étable de Bethléem, but ultime de leur voyage, nous sommes destinés à poursuivre un idéal que nous ne pourrons jamais réaliser dans son entier. Nous avons du moins la certitude de nous en approcher tous les jours davantage; une bonne partie de la route a été parcourue, les résultats déjà atteints sont riches de promesses pour l'avenir. Dès aujourd'hui, sans crainte de faillir à sa parole, l'hygiène peut s'engager à diminuer dans des proportions considérables la mortalité prématurée, à réduire le lourd tribut des infirmités et des maladies, à améliorer la santé de tous et de chacun, et à contribuer ainsi, pour une part prépondérante, à ce qui est le but dernier de toutes les sciences, l'amélioration toujours progressive du bien-être de l'humanité.

Nécrologie. — Le Dr Brun. — Vendredi dernier ont eu lieu les obsèques du regretté trésorier de l'Association générale. M. le Dr Brun avait été en 1828, 1829, 1830 successivement stagiaire, externe, enfin interne dans le service de Dupuytren. Il avait eu Littré comme externe en 1834, alors qu'il était interne dans le service de Rayer, le fondateur et le premier président de l'Association générale. Bientôt nommé médecin des prisons, médecin du chemin de fer du Nord, etc., il se trouvait dans une brillante situation médicale lorsque fut fondée l'Association des médecins de France. Il accepta tout aussitôt d'en être le trésorier et, après avoir depuis 1859 géré les fonds de la Société centrale, il succéda en 1866 à M. Chaillaux, au trésorier agent comptable de l'Association. Tous les médecins savent avec quel désintéressement, quelle assiduité, quelle entente des affaires M. Brun administra la fortune de l'œuvre à la prospérité de laquelle il a si puissamment contribué.

A ses obsèques assistaient MM. Lannelongue, président, L. Colin, vice-président, Lereboullet, secrétaire général, Blache, trésorier, Bucquoy, Hérard, Bergeron, Amodru, Millard, Motet, A. J. Martin, Chauffard, Hallopeau, Douvre, président de la Société de la Seine-Inférieure, Leroux, président de la Société de Seine-et-Oise, Deligand, avocat à la Cour d'appel, Bourgeois avoué, membres du Conseil général de l'Association; puis MM. Laboulbène, Cadet de Gassicourt, Thibierge, Trousseau, Machelard, Neumann, Foucard, E. Piogey, etc., de la Société centrale.

Au cimetière du Père-Lachaise, M. le président Lannelongue a prononcé les paroles suivantes.

Messieurs,

La vie de l'homme de bien ne s'étale pas au grand jour. Celle de M. Brun a été régulièrement inscrite dans chacun des 35 volumes qui composent les archives de notre société depuis son origine.

En perdant son trésorier, l'association générale des Médecins de France perd une partie de son cœur! Aussi est-ce une grande et unanime douleur, partie de tous les points de la France Médicale, que le Président de cette grande Association vient exprimer en ce moment.

Que sa famille en reçoive ici l'expression: puisse-t-elle être pour elle un adoucissement à l'amertume de la séparation!

Puis M. Lereboullet, secrétaire général, a lu un discours racontant la vie et appréciant l'œuvre de l'homme de bien dont les aptitudes financières, les qualités administratives et la bienveillante courtoisie ont été si précieuses, à tous ses collaborateurs.

Un compte rendu des obsèques de M. Brun paraîtra dans le prochain annuaire de l'Association.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

BULLETIN

Le professeur Verneuil.

A la dernière heure, nous apprenons la mort du professeur Verneuil, et quoique nous soyons pris de court pour apprécier l'œuvre de ce maître, nous ne voulons pas renvoyer à la semaine prochaine, l'hommage dû à l'un des fondateurs de la *Gazette*, resté un de ses collaborateurs assidus.

Né en 1823, successivement interne, aide d'anatomie, prosecteur, agrégé, chirurgien des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine et de l'Institut, Verneuil eut une carrière brillante, que facilita sans doute la disparition prématurée de ses émules Follin et Paul Broca, mais dans laquelle, grâce à ses qualité personnelles, il méritait d'arriver au premier rang.

Travailleur infatigable, il fut un des premiers, avec Broca et Follin, à comprendre l'importance du microscope pour l'examen des lésions chirurgicales, et si de nos jours on considère que les études histologiques doivent ressortir à des spécialistes, il est certain qu'il y a 40 ans le « trio » a combattu le bon combat, contre les maîtres de cette époque.

Verneuil a occupé une place considérable dans la chirurgie contemporaine : les procédés opératoires pour l'ablation des tumeurs de la face et du cou, les méthodes anaplastiques qu'il a préconisées et vulgarisées restent classiques encore aujourd'hui.

A une période plus rapprochée de nous, Verneuil a surtout consacré ses efforts à démontrer l'influence des états généraux diathésiques sur l'évolution des lésions traumatiques et inversement. Avec Paget, en Angleterre, il fut des premiers à nous apprendre à examiner médicalement les malades de chirurgie, à rechercher méthodiquement chez eux la glycosurie, l'albuminurie, etc. Sans doute, il s'est laissé aller sur ces points à plus d'une exagération, et trop souvent les « rappels de propathies » n'étaient que des insuccès dus à une antisepsie défectueuse. Il y a là une revision à entreprendre dans l'œuvre du maître ; mais bien des données resteront acquises.

Dans les dernières années de sa vie, Verneuil, toujours enthousiaste des découvertes modernes, a été entraîné vers les études bactériologiques, vers les recherches sur le tétanos, les suppurations, la pathogénie des tumeurs. Ici, nous ne croyons pas qu'il ait été dans le vrai, mais au moins devons-nous lui rendre cette justice que jusqu'à son dernier jour il a cherché à faire progresser notre art.

A. BROCA.

Le service militaire des médecins de réserve.

En rendant compte de la dernière séance de l'*Association générale*, nous avons parlé du vœu, concernant les médecins qui exercent dans les stations d'eaux minérales, émis par la Société de l'Allier. Nos confrères, qui n'ont que cinq mois d'exercice professionnel par année, demandaient d'être exemptés, du mois de mai au mois d'octobre, de tout service militaire et sollicitaient la faveur de n'être appelés que durant les périodes relativement longues où ils sont plus libres de remplir leurs fonctions de médecins de la réserve ou de l'armée territoriale. Nous avions promis de transmettre ce vœu à M. le directeur du service de santé au Ministère de la Guerre. Nous avons tenu notre promesse et M. le médecin inspecteur Dieu a bien voulu nous répondre dans les termes suivants :

Tout médecin, quelle que soit sa situation professionnelle, obtiendra de faire son service comme médecin militaire de l'armée de réserve ou de l'armée territoriale, en dehors des périodes officielles d'appel, pourvu qu'il adresse sa demande au Ministre de la Guerre deux mois au moins avant le jour où il désirera être convoqué et qu'il renonce à la solde à laquelle il aurait eu droit s'il avait attendu une convocation régulière.

Cette réponse nous a paru donner toute satisfaction au vœu qu'il nous était demandé d'appuyer. Il en résulte, en effet, qu'un médecin exerçant à Vichy, au Mont-Dore ou dans les Pyrénées pourra faire son service militaire

au mois de décembre ou de janvier s'il le désire. Il lui suffira, dans ce but, d'adresser une demande, au mois de septembre ou d'octobre. Les facilités qui lui seront ainsi accordées compenseront largement le petit sacrifice pécuniaire qu'il fera en renonçant à la solde allouée aux médecins de réserve. De même un médecin qui exerce l'hiver à Cannes, à Menton ou à Biarritz obtiendra dans les mêmes conditions de faire son service militaire aux mois de mai ou de juin.

Nous devons ajouter que le directeur du service de santé au Ministère de la Guerre fait partie de notre Association et qu'il est animé, vis-à-vis de tous ses membres, des sentiments de la plus libérale cordialité. Il nous a déclaré qu'il ferait toujours tout ce qui dépendra de lui pour accueillir toutes les demandes qui ne seront pas contraires aux règlements de l'armée ou au bien du service. Nous l'avons remercié, au nom de tous nos confrères, de son affectueux accueil.

L. L.

CLINIQUE CHIRURGICALE

De la tuberculose rénale primitive, communication faite à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux dans la séance du 4 janvier 1895, par le Dr A. Pousson, agrégé, chargé du Cours des maladies des voies urinaires à la Faculté de Médecine.

L'observation que je vais vous rapporter me semble intéressante à divers points de vue, que j'essaierai de mettre en relief après vous en avoir donné connaissance. Il s'agit d'une tuberculose primitive du rein droit s'étant uniquement révélée pendant plus de sept mois par des hématuries profuses et de longue durée, sans purulence des urines, sans troubles vésicaux, sans augmentation de volume de l'organe malade, hématuries qui avaient plongé le malade dans un tel état d'anémie que je pensai un instant être obligé de pratiquer la néphrectomie.

M. M..., âgé de vingt-cinq ans, est issu de père et de mère qui vivent encore et se portent bien; cependant, sa mère est de constitution assez délicate et souffre de l'estomac depuis longtemps. Ni frère ni sœur. La grand'-mère maternelle et un oncle dans la même ligne seraient morts de phthisie pulmonaire, mais à un âge avancé (soixante-quatre et soixante-six ans).

Le malade, qui a toujours habité la campagne, où sa position de fortune lui permet de vivre sans travailler et avec tout le confort désirable, a toujours eu une bonne santé. Sauf une fièvre muqueuse à l'âge de six ans et des migraines fréquentes auxquelles il est sujet, on ne relève rien dans ses antécédents. Aucun accident strumeux ou lymphatique dans son enfance. Jamais de troubles du côté des voies urinaires; pas d'incontinence infantile dans sa jeunesse; plus tard, pas de blennorrhagie, pas d'affections vénériennes. M. M..., reconnu apte au service militaire, a accompli son année de volontariat dans l'artillerie. Il a très bien supporté les fatigues de son nouvel état et, malgré les exercices divers auxquels il a dû se livrer et en particulier celui du cheval, il n'a jamais souffert des reins ni d'aucune autre partie de l'appareil urinaire.

Au commencement d'octobre 1893, le malade, ayant été appelé à faire une période d'instruction militaire, est pris tout à coup, dès les premiers jours de son arrivée au régiment, sans aucune cause, sans aucun phénomène prémonitoire, d'une hématurie qui s'est continuée depuis lors sans interruption, mais avec des redoublements d'intensité, jusqu'au milieu du mois d'avril, époque à laquelle M. M... est venu me consulter pour la première fois, c'est-à-dire pendant plus de sept mois.

Comme le sang qui teignait son urine était en quantité assez faible, sans caillots, qu'il n'y avait aucun trouble apporté à la miction, aucune douleur, M. M... continua à faire son service; mais, en présence de la persistance de l'hématurie, il se décida après quelques jours à entrer à l'infirmerie. Le repos et un traitement approprié par les hémostatiques ne modifièrent en rien la situation.

Le malade, rentré chez lui dans les derniers jours d'octobre, garda la chambre.

Le jour de la Toussaint sans que rien ait été changé à ses habitudes, l'hématurie devint subitement plus abondante et les urines, simplement rouges jusqu'alors, prirent une coloration noire très foncée en même temps qu'elles s'épaissirent et que des caillots accumulés dans la vessie déterminèrent de la gêne de la miction et même de la rétention pendant quelques heures. A ce moment aussi et pour la première fois, le malade ressentit des douleurs dans les lombes du côté droit; très violentes, ces douleurs restèrent localisées et ne se propagèrent pas le long de l'uretère, vers l'aine ni dans le testicule. Cette crise d'hématurie dura trois ou quatre jours. Le traitement consista dans l'administration de l'opium à l'intérieur et l'application de quelques ventouses sur la région lombaire. Les douleurs se calmèrent assez vite, mais l'urine resta foncée pendant quelques jours pour reprendre ensuite sa teinte rougeâtre habituelle.

Le reste du mois de novembre et tout celui de décembre se passèrent sans incident. M. M... continua à rendre comme par le passé des urines rouges, sans que le repos ou l'exercice, la marche ou la voiture aient la moindre influence sur leur coloration ou déterminent la plus petite douleur du côté des reins.

Au commencement de janvier, nouvelle crise de douleur rénale toujours à droite et d'hématurie avec caillots et gêne de la miction. Moins intense et moins longue que la première, cette crise dure deux jours, après quoi les urines reprennent leur coloration rouge habituelle.

Vers le milieu de février, troisième crise hématurique analogue aux précédentes et durant deux jours.

En mars, l'état restant stationnaire, notre malade, qui n'éprouve aucune douleur, reprend tout à fait le genre de vie qu'il menait avant de pisser le sang. Il se tient longtemps debout dans la journée, fait des courses assez longues à pied, va en voiture, sans que tous ces exercices réveillent la moindre souffrance du côté du rein ni augmentent la proportion du sang contenu dans les urines.

Le 12 mai 1894, M. M... vient me consulter pour la première fois. A son entrée dans mon cabinet, je suis frappé par la pâleur extrême de son visage, qui est celle des gens perdant depuis longtemps du sang; la muqueuse des lèvres, celle des gencives et la conjonctive sont décolorées. Malgré cela, le pouls est assez plein; le malade a conservé ses forces et il n'a pas maigri, dit-il. Son appétit est bon; il n'a pas et n'a jamais eu de fièvre; pas de sueurs nocturnes, pas d'essoufflement. Toutes ses fonctions se font bien et il ne se plaint que de pisser du sang depuis sept mois d'une façon constante et avec les redoublements que nous avons signalés.

Ayant fait six à sept heures de chemin de fer pour se rendre à Bordeaux, il éprouve, dit-il, en ce moment quelques douleurs dans les lombes, à droite. Les urines qu'il rend devant moi dans deux verres sont également teintées en rouge foncé; le sang est intimement mélangé

et quelques petits caillots noirâtres, du calibre d'une plume de corbeau et de quelques centimètres seulement de longueur, se déposent au fond du dernier verre. Leur expulsion n'a donné lieu à aucun effort, aucune douleur; la miction, d'ailleurs, n'a jamais été douloureuse ni fréquente; c'est ainsi qu'il est exceptionnel que le malade se lève la nuit pour uriner et le jour il reste trois, quatre heures et plus sans en éprouver le besoin.

Le mélange intime du sang à l'urine, la nuance uniforme que ce liquide présente du commencement à la fin de la miction, l'absence de toute douleur et de fréquence des besoins d'uriner me donnent à penser que le sang provient non de la vessie, mais du rein, et l'examen que je fais du réservoir me confirme de suite dans mon opinion. En effet, après m'être assuré que le canal est libre avec un explorateur à boule n° 20, j'introduis dans la vessie une sonde en caoutchouc n° 18, qui donne d'abord issue à quelques grammes d'urine foncée comme celle émise par le malade un moment auparavant. La vessie ayant été lavée à l'acide borique, ce liquide ressort clair et incolore jusqu'à la dernière goutte. La palpation bi-manuelle du réservoir révèle une souplesse parfaite de ses parois et son expression entre le doigt rectal et la main hypogastrique ne détermine aucun saignement de la muqueuse.

L'exploration des deux uretères est absolument négative; pas de douleur; pas de tuméfaction; pas d'induration le long de leur trajet. Il en est de même de l'exploration des deux reins. Comme il y a tout lieu de supposer, en raison des douleurs que le malade a toujours ressenties à droite au moment de ses crises hématuriques, que le rein de ce côté est la source de l'hémorrhagie, je mets en œuvre tous les moyens d'investigation en usage aujourd'hui pour surprendre les affections de ces organes. Mais, non seulement le rein droit ne me paraît pas augmenté de volume, mais encore il n'est nullement douloureux. Malgré cette intégrité apparente, je n'en persiste pas moins à localiser dans ce rein l'origine de l'hématurie.

Me réservant de contrôler ultérieurement l'exactitude de cette première partie de mon diagnostic par l'examen cystoscopique, je m'applique pour le moment à en résoudre la seconde partie, à savoir la nature de l'affection rénale dont mon malade est atteint. Toute idée de néoplasme bénin ou malin s'éliminant pour ainsi dire d'elle-même, du fait que le rein n'est ni déformé ni augmenté de volume et que le malade a conservé un état de santé relativement satisfaisant, je me rallie aux deux hypothèses suivantes: calcul ou tuberculisation du rein, et me rappelant la physionomie des hématuries nullement influencées ni par le repos ni par l'exercice, j'incline vers la seconde.

Si les antécédents de famille de M. M..., que j'ai rappelés au début de mon observation, contribuent à étayer cette opinion, on ne trouve rien dans ses antécédents personnels qui soit de nature à la fortifier. L'examen le plus minutieux, que je fais à ce moment des testicules, des épididymes, du cordon, de la prostate et des vésicules, ne me révèle aucune lésion de ces organes. Mais l'analyse bactériologique des urines vint trancher la question. Mon excellent collègue et ami Denigès, à qui je confie cet examen, me remet, en effet, quelques jours après, une note dans laquelle il me dit que les urines, normales au point de vue de leur composition chimique (éléments constitutifs du sang mis à part), contiennent, avec les hématies et quelques cylindres muqueux, de nombreux leucocytes nettement bacillaires.

Étant données l'abondance et la persistance des hématuries, qui n'ont jamais complètement cessé depuis sept mois et demi et qui ont amené cet état de pâleur extrême qui frappe tout d'abord en voyant M. M..., *je me demande si, au cas où un traitement médical ne parviendrait pas à arrêter les pertes de sang, il ne serait pas indiqué de pratiquer la néphrectomie.* Je m'en ouvre au malade, tout en lui représentant cette opération comme une ressource ultime à laquelle il ne conviendra d'avoir recours qu'après échec d'un traitement par les hémostatiques, les reconstituants et les anti-bacillaires, suivi pendant plusieurs semaines. En conséquence, je prescris: une potion à l'alun de fer, des infusions de matico et de l'arséniate de soude en même temps que des bains salés.

Ce traitement régulièrement suivi ne donne d'abord aucun résultat. L'alun de fer et le matico sont abandonnés après une douzaine de jours, mais la solution arsenicale et les bains de Salies sont continués. M. M..., retourné chez lui, suit ce traitement dans sa famille pendant deux mois sans amélioration notable; il éprouve même dans ce laps de temps deux crises hématuriques, mais moins violentes que dans les premiers temps de sa maladie et sans douleurs lombaires.

Devant cette persistance des pertes de sang, je crois devoir pouvoir rappeler à M. M... la proposition que lui ai précédemment faite d'enlever le rein malade. Il hésite d'abord, puis, après avoir pris conseil de ses parents, il refuse catégoriquement.

Cependant, dans les premiers jours de juin, il semble se produire une légère diminution dans la quantité de sang rendu dans les urines. Le 12, l'hémorrhagie cesse complètement, presque tout à coup, et cela dure jusqu'au 16. Jamais, m'écrit le malade, le sang n'avait disparu d'une façon si complète et surtout pendant si longtemps. Le 16, le sang réapparaît, mais en faible proportion avec quelques petits caillots, mais sans douleur dans le rein et le long de l'uretère.

A partir de la fin de juin, l'hématurie, qui jusqu'alors avait été le phénomène prédominant et pour ainsi dire unique de l'état pathologique de M. M..., passa au second rang et fut remplacée par la pyurie. De temps en temps et à des intervalles assez rapprochés, le malade rend bien du sang dans ses urines, mais cela dure peu; par contre, il y a toujours une assez forte proportion de pus, ce qui n'existait pas auparavant.

L'état général reste bon; il n'y a pas de fièvre; l'appétit est conservé; pas d'amaigrissement; la pâleur tend même à disparaître depuis que l'hémorrhagie est suspendue.

La guérison complète n'arrivant pas, M. M... va consulter un maître éminent de Paris, qui confirme le diagnostic de tuberculose rénale droite avec intégrité de la vessie, mais avec un commencement d'infiltration de la prostate et du col des deux vésicules séminales; les cordons, les épididymes et les testicules sont sains. En présence de ces lésions de l'appareil génital interne et étant donnée la suspension à peu près complète de l'hématurie, le chirurgien consulté est d'avis qu'il n'y a pas lieu de faire une néphrectomie préventive et que l'ablation du rein ne serait exigée que si des symptômes graves venaient à se déclarer: pour le moment, il conseille de recourir à un traitement médical par les anti-bacillaires, les reconstituants, la vie au grand air.

J'ai revu M. M... le 4 décembre; il ne rend plus maintenant que tout à fait exceptionnellement du sang dans ses urines, mais, par contre, celles-ci sont toujours troubles, purulentes, ne s'éclaircissent pas par le repos. Le rein droit n'est pas augmenté de volume; il n'est pas douloureux ni spontanément ni à la pression; la palpation sur le trajet de l'uretère est indolente. Il n'est pas

douteux que le malade soit aujourd'hui au stade de suppuration d'une pyélo-néphrite ou tout au moins d'une néphrite tuberculeuse; mais, comme sa santé se maintient bonne, je crois qu'il convient de s'en tenir encore à un traitement purement médical.

Si j'ai cru devoir vous rapporter cette observation, c'est qu'à mon avis elle constitue un document de quelque importance pour l'histoire de la tuberculose rénale.

Elle apporte d'abord son appoint à la question si controversée de la tuberculisation primitive du rein. Vous savez que si depuis bien longtemps on ne met plus en doute l'existence de la tuberculose localisée à l'appareil génito-urinaire, on discute encore sur son point de départ. Pour les uns, les bacilles se développeraient d'abord dans les parties inférieures de cet appareil pour gagner ensuite les parties supérieures; pour les autres, ils coloniseraient au début dans le rein et n'envahiraient que consécutivement la vessie, la prostate et le reste de l'appareil génital. L'existence de ces deux modes d'évolution de la tuberculose ne saurait être mise en doute aujourd'hui; mais, comme le fait remarquer mon collègue et ami Vigneron dans son travail : *De l'intervention chirurgicale dans les tuberculoses du rein*, il est impossible, dans l'état actuel de la question, d'établir par des chiffres la fréquence relative de la tuberculose rénale primitive ou secondaire. A l'exception de Dickinson, tous les auteurs s'accordent néanmoins à considérer, d'une façon générale, la tuberculose secondaire ou ascendante comme la forme de beaucoup la plus fréquente. Dans son *Traité des affections chirurgicales des reins, etc.*, le professeur Le Dentu, examinant la question de la tuberculose descendante, ne la nie pas; mais il pense qu'il convient de faire des réserves sur le degré de fréquence que quelques-uns lui reconnaissent. Le professeur Guyon considère ce mode de propagation de haut en bas des bacilles comme tout à fait exceptionnel, et son élève Vigneron, bien qu'ayant réuni dans son travail déjà cité quatre-vingt-quatre cas de tuberculisation primitive du rein contre vingt deux cas de tuberculisation secondaire, déclare que, pour lui comme pour son maître, la tuberculose rénale secondaire est de beaucoup la plus fréquente. Si les résultats de sa statistique sont contraires à l'opinion qu'il avance, c'est qu'il n'a relevé que les faits ayant donné lieu à une intervention chirurgicale, précisément parce que les lésions étaient limitées au rein. Sur vingt-deux observations cliniques de tuberculose génito-urinaire relevées sur le registre de la consultation des voies urinaires de la Faculté par M. Donnadieu (1), une seule fois le rein semble avoir été pris d'abord.

C'est principalement à l'aide d'observations de malades soignés dans les hôpitaux et de constatations faites à l'amphithéâtre qu'a été étayée cette opinion, en quelque sorte classique, d'après laquelle la tuberculose rénale secondaire l'emporterait de beaucoup par sa fréquence sur la tuberculose primitive. La disproportion entre ces deux modes de l'infection bacillaire de l'appareil génito-urinaire serait peut-être moindre, si les malades étaient observés dès le début et avec toutes les ressources que nous avons aujourd'hui de dépister le bacille de Koch.

Le fait que je viens de vous rapporter donne un appui à cette proposition que j'émets avec toute réserve. Considéré comme atteint de tuberculose rénale secondaire ou ascendante, lorsqu'il fut examiné par le chirurgien consultant de Paris un an après le début des accidents, le malade avait été regardé par moi lorsque je fus appelé à lui donner mes soins au sixième mois de sa maladie comme atteint de tuberculose rénale primitive. A ce moment, comme je l'ai noté dans mon observation, le malade ne présentait aucun des troubles fonctionnels de la tuberculisation de la prostate et des vésicules, encore moins du col de la vessie, et l'examen très attentif et plusieurs fois répété que je fis par le toucher rectal et les autres modes d'exploration de l'appareil génital interne ne me révéla absolument rien de ce côté. Si en l'absence de tous symptômes du côté de l'uretère et de la vessie, permettant de supposer que les bacilles se sont propagés par continuité du rein aux vésicules et à la prostate, il est difficile d'affirmer dans ce cas l'existence d'une tuberculose descendante, au sens qu'on attache aujourd'hui à ce mot, il est encore plus difficile de croire à l'existence d'une tuberculose ascendante. La vessie, en effet, est saine; l'examen endoscopique l'a démontré; l'uretère paraît aussi indemne, et il n'existe aucune trace de cette sorte d'ensemencement progressif de l'agent tuberculeux reliant entre eux les différents territoires de l'appareil uro-génital atteint. J'inclinerai volontiers à penser que chez M. M... la prostate et les vésicules ont été infectées par la voie sanguine, comme le rein l'avait été lui-même antérieurement par les bacilles charriés dans le sang, et dont le mode de colonisation dans le parenchyme rénal a été si bien étudié par Durand-Fardel et Baumgarten.

Le second point intéressant de mon observation, sur lequel je désire d'autant plus insister qu'il me semble aussi plaider en faveur du début par le rein de l'invasion bacillaire de l'appareil uro-génital, est l'hématurie continue avec redoublement, mais toujours abondante, qui a été pendant plus de six mois le symptôme prédominant et presque unique de la maladie de M. M... Assurément, le pissement de sang n'est pas rare dans la tuberculisation rénale. Tous les auteurs qui ont écrit sur la question sont unanimes à le regarder comme un bon signe de la première période de la maladie, mais tous aussi s'accordent à dire que la quantité de sang contenue dans les urines n'est jamais abondante, que souvent il faut en rechercher la présence, que l'hématurie est transitoire, qu'elle apparaît et disparaît sans cause, qu'elle est de courte durée et qu'enfin elle diminue de fréquence et d'intensité au fur et à mesure que les lésions rénales se prononcent. Comparées très judicieusement par le professeur Guyon aux hémoptysies pulmonaires, les hémoptysies rénales sont aussi d'ordre congestif et leur évolution suit l'évolution de la tuberculisation du parenchyme infecté. Tous les médecins ne savent-ils pas que les crachements de sang très fréquents pendant la période de crudité des tubercules deviennent rares au fur et à mesure que survient l'état caséeux et la phase cavitaire de l'affection? Ce qui se passe dans le poumon se passe également dans le rein.

Je n'insiste pas sur ces faits, qui sont connus de tous et je reviens à mon malade dont les hématuries, contrairement à la règle, ont été profuses et de longue durée.

J'ai fait quelques recherches pour trouver des cas analogues au mien et je n'en ai rencontré que trois qui puissent lui être comparés.

L'un appartient à Czerny et se lit dans la thèse de Vigneron; il s'agit d'une femme de trente-cinq ans, chez laquelle la tuberculisation rénale s'annonça par une hématurie qui dura trois mois consécutifs.

Le second a été observé par Habershon et est cité également par Vigneron; il a trait à un homme de vingt-huit ans qui pissa du sang pendant quatre mois consécutifs.

Le troisième a été rapporté par Tuffier dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires* de

(1) Du point de départ de la tuberculose urinaire. (*Arch. clin. de Bordeaux*, nov. 1892.)

juillet 1893 et lui a servi à établir l'existence d'une forme hématurique de la tuberculose rénale, correspondant à la forme hémoptoïque de la tuberculose pulmonaire; il s'agit également d'une femme, âgée de quarante deux ans, qui après avoir eu pendant un certain temps des hématuries abondantes, mais intermittentes, fut ensuite prise d'un pissement de sang considérable, qui dura plus de quinze jours; il plongea la malade dans un état de pâleur excessive et d'affaiblissement très grand.

Chez ces deux malades comme chez le mien, la tuberculose rénale était bien nettement primitive; en dehors des hématuries, les urines étaient absolument normales.

N'est-il pas permis, en face de ces quatre faits, de se demander si la violence et la durée de l'écoulement sanguin mélangé à l'urine ne tient pas précisément à l'évolution des tubercules dans la zone corticale presque exclusivement composée de vaisseaux? A l'abri des infections mixtes qui, on le sait, impriment dans le poumon une marche rapide à la fonte purulente, sinon à la caséification des tubercules et à la formation des cavernes, les granulations restent longtemps à l'état de crudité dans cette portion du parenchyme rénal et ont ainsi tout le temps de produire, du côté des vaisseaux, sur les parois et dans l'intérieur desquels ils se développent principalement, les altérations diverses qui aboutissent au raptus hémorrhagique. Il n'en est pas de même lorsque la tuberculisation du rein est secondaire ou ascendante. Se propageant au rein à la faveur d'une uretéro-pyélite, dans les produits de laquelle on trouve toujours avec les bacilles d'autres microbes pyogènes en abondance, le processus destructeur, mixte d'emblée, frappe d'abord la zone des pyramides relativement peu vasculaire et détermine rapidement la mortification de grandes étendues de tissus sans donner aux hémorrhagies congestives le temps de se produire.

L'opposition que je viens de faire entre la tuberculose rénale primitive et secondaire au point de vue du symptôme hématurie se vérifiera-t-elle en clinique? L'avenir nous l'apprendra; j'ai voulu seulement par les quelques considérations précédentes attirer l'attention sur un point, qui peut être important, de la séméiologie de la tuberculose du rein.

Un troisième et dernier point, que je désire aborder à propos de mon observation, est relatif à l'intervention opératoire. Comme je l'ai dit, l'état de pâleur était si grand et les pertes de sang se continuaient si abondantes chez M. M... durant les premières semaines qu'il fut soumis à mon observation, que je crus devoir proposer la néphrectomie. Cette opération se trouvait-elle justifiée par la situation?

Je ne puis évidemment entrer ici dans la discussion de la valeur des interventions hâtives dans les tuberculoses localisées, interventions théoriquement séduisantes, mais bien décevantes dans la pratique. Peut-on, en effet, nourrir l'espoir de retirer de l'organisme tous les bacilles susceptibles de s'y trouver, alors que par une exérèse, large et hâtive, on supprime le foyer circonscrit où tout d'abord ils accusent leur présence? Assurément non. Ne semble-t-il pas sage dès lors d'être très réservé dans l'emploi de toutes opérations précoces chez les tuberculeux et de repousser en particulier celles qui s'adressent à des viscères importants? L'ablation d'un rein bien pertinemment reconnu tuberculeux, alors que la maladie ne se traduit que par la présence de bacilles dans les urines, ne saurait être plus justifiée que la résection du genou ou de la hanche aux premiers symptômes de tumeur blanche. Aussi, tous nos auteurs classiques, et parmi eux ceux qui se sont plus spécialement consacrés à l'étude des maladies de l'appareil urinaire, les professeurs Guyon et Le Dentu, Tuffier dans le *Traité de chirurgie*, se prononcent contre l'intervention hâtive dans la tuberculose rénale; mais tous recommandent d'y avoir recours dans la période d'état, lorsque le rein suppure, qu'il y a des douleurs, de la fièvre et que, sous l'influence de ces divers accidents, la santé générale commence à s'altérer.

Si l'hématurie ne figure pas au nombre de ces indications de la néphrectomie, c'est sans doute qu'elle revêt rarement le caractère de persistance et de gravité qu'elle présentait chez M. M... Lorsque j'ai été appelé à lui donner mes soins, les pertes de sang qu'il subissait depuis plus de six mois constituaient un véritable danger; sans menacer immédiatement son existence, elles mettaient au moins le malade dans des conditions inférieures de résistance vis-à-vis l'infection bacillaire. La proposition que je lui fis de supprimer la source des hématuries en lui extirpant le rein ne me semble pas avoir été téméraire; elle était simplement rationnelle. Grâce à la médication interne, les hémorrhagies ont cessé; malgré cette heureuse terminaison, dont je suis le premier à me féliciter, *je crois que les hématuries doivent prendre rang au nombre des indications de la néphrectomie dans certaines formes de la tuberculose rénale*. C'est pour obéir à cette indication que, dans le cas de Tuffier que j'ai précédemment signalé comme exemple de tuberculisation rénale à forme hématurique, ce chirurgien pratiqua l'extirpation du rein et guérit sa malade (1).

TRAVAUX ORIGINAUX

Tabes et paralysie générale, Observation recueillie et publiée par le Dr H. Hannion, ancien interne des asiles de la Seine (2).

L'étude des rapports du tabes et de la paralysie générale qui passionne à bon droit depuis quelque temps les neuropathologistes et les aliénistes renferme plus d'un problème difficile à résoudre. Pour arriver à des solutions satisfaisantes dans cet ordre d'idées, il ne sera point superflu de demander à la clinique et à l'anatomie pathologique tout ce qu'elles peuvent donner. Et c'est parce que leurs résultats combinés se trouvent consignés dans notre observation que nous croyons faire œuvre utile en la publiant telle qu'elle est, avec les commentaires qu'elle comporte.

Ce sujet a donné lieu déjà à de nombreux travaux (3). Nous ne pouvons citer que les principaux. Voici, en résumé ce que contient le mémoire de M. Klippel, relatif aux altérations de la moelle chez les paralytiques généraux.

Les lésions de la substance grise (cornes antérieures et postérieures) atteignent parfois un haut degré, elles sont très fréquentes. Celles de la substance blanche atteignent la moitié postérieure de la moelle (cordons postérieurs et faisceaux pyramidaux croisés) et respec-

(1) Depuis la communication de ce travail à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux (séance du 4 janvier 1895), Routier a rapporté à la Société de Chirurgie de Paris, une nouvelle observation de néphrectomie pour tuberculose rénale hématurique prise pour un néoplasme.

(2) Nous remercions M. le Dr Klippel d'avoir bien voulu se charger de l'examen anatomique.

(3) On en trouvera la bibliographie dans le mémoire de M. Klippel in *Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*, janvier 1894.

tent la moitié antérieure, sauf, parfois, le faisceau de Türck. Les lésions des cordons latéraux sont peu intenses relativement à ce qu'on voit dans la dégénérescence secondaire à un foyer cérébral. Au contraire, les lésions des cordons postérieurs, quoique très variables d'intensité, peuvent présenter le même aspect que dans un tabes avancé.

Au niveau des points sclérosés il existe ordinairement de la méningite spinale.

La moelle est toujours plus altérée dans les régions cervicale et dorsale que dans la région lombaire.

Les altérations consistent, pour la substance blanche, dans un épaississement du tissu de soutènement (tissu conjonctif et névroglie), suivant la plupart du temps, non toujours, la direction des vaisseaux gros et moyens jusqu'aux capillaires, dans une dilatation et un engorgement des vaisseaux, et dans la disparition par voie d'atrophie simple ou de dégénérescence des tubes nerveux.

Dans la substance grise on remarque l'atrophie simple ou dégénérative des cellules et leur disparition en plus ou moins grand nombre, la destruction des réseaux nerveux des cornes antérieures et des colonnes de Clarke et une multiplication des noyaux névrogliques indiquant un processus inflammatoire.

Les racines antérieures et postérieures sont fréquemment atteintes. On y observe de petites fibres grêles en plus grand nombre qu'à l'état normal. L'atrophie en est la lésion dominante.

Par contre les nerfs périphériques, quand ils sont touchés offrent les caractères de la névrite dégénérative.

Considérant les divers éléments du tissu médullaire isolément soit par le procédé de la dissociation à l'état frais, soit par des coupes transversales ou longitudinales, M. Klippel décrit d'abord les lésions des tubes nerveux consistant essentiellement dans une raréfaction, puis dans une disparition complète de la gaine de myéline, le cylindre-axe persistant le dernier et peut-être ne se détruisant jamais. Les fibres nerveuses les plus fines semblent épargnées et même multipliées par le processus atrophique des éléments voisins.

L'auteur passe ensuite à l'examen des vaisseaux.

Il y découvre des altérations de deux ordres suivant les points qui s'offrent au regard, et ces deux ordres d'altérations sont pour lui deux stades différents d'un processus morbide unique. Les premières en date dépendent de ce que le savant histologiste appelle un processus purement exsudatif ou myxomateux, exsudatif parce que la seule lésion des vaisseaux consiste dans une dilatation et une exsudation séreuse infiltrant les tissus environnants, myxomateux parce que l'aspect du tissu conjonctif et névroglique infiltré, rappelle celui de l'œdème et du myxome. Au milieu de ce tissu infiltré on remarque cependant quelques corps hyalins et des noyaux épars chargés de granulations vasculaires et myéliniques.

Dans le deuxième stade, stade inflammatoire, les gaines vasculaires sont remplies de cellules rondes et de corps granuleux. Les noyaux névrogliques sont proliférés et au milieu du tissu de soutènement se voient des amas de cellules rondes formant des îlots disséminés un peu partout dans les diverses régions de la moelle.

L'inflammation serait le dernier terme de l'évolution pathologique dont le fait primordial serait l'altération des éléments nerveux.

M. Klippel se range donc à l'opinion de notre maître M. Joffroy qui considère la paralysie générale comme relevant primitivemont d'une inflammation parenchymateuse (1), ainsi que le tabes.

D'ailleurs ces lésions histologiques ne paraissent pas appartenir en propre à la paralysie générale. Si l'on compare les lésions des cordons latéraux dans cette dernière maladie avec celles qui se montrent secondairement à un foyer cérébral on ne voit de différence que dans l'intensité de la sclérose, intensité plus grande dans ce dernier cas, et dans leur asymétrie qui, dans les dégénérescences secondaires à une lésion cérébrale circonscrite contraste avec la symétrie qu'elles affectent dans la moelle des paralytiques généraux.

Le parallèle à établir entre les lésions des cordons postérieurs seuls dans la paralysie générale et dans le tabes est également intéressant. Si dans ce dernier elles sont plus profondes c'est que la maladie a duré beaucoup plus longtemps. Au point de vue de leur distribution on est forcé de reconnaître dans les deux cas les plus grandes analogies, surtout si l'on prend une paralysie générale à forme tabétique comme terme de comparaison.

Quant à la démence sénile sans ramollissement les lésions médullaires qu'on y rencontre sont à peine appréciables.

Ces considérations portent l'auteur à admettre que les lésions médullaires dans la paralysie générale sont de deux ordres. Les unes, comme celles des cordons latéraux ou des faisceaux de Türck et peut-être aussi en partie celles des cordons postérieurs relèvent de l'encéphalite; les autres, comme celles de la substance grise et d'une autre partie des cordons postérieurs, sont dues à des foyers inflammatoires s'étant développés dans la moelle et analogues à ceux qui naissent dans l'encéphale.

M. Klippel ne parle pas au point de vue pathogénique des lésions des racines ni des nerfs périphériques.

Dans la seconde partie de son mémoire que nous résumerons plus rapidement il passe en revue les symptômes spinaux de la paralysie générale : 1° les douleurs névralgiques telles que sciatique, ou névralgie de la 5e paire, les douleurs musculaires vagues attribuées souvent à la diathèse arthritique, et les élancements douloureux imitant les douleurs fulgurantes ; 2° les anesthésiés et les dysesthésies dues tantôt au rétrécissement de la conscience, tantôt aux lésions des nerfs périphériques ; 3° l'altération des réflexes tendineux, le plus souvent exagérés, plus rarement abolis, exceptionnellement intacts ; 4° les phénomènes pupillaires avec le faux signe d'Argyll Robertson (Ballet.) ; 5° les troubles trophiques comme les eschares sacrées relevant des lésions médullaires, les eschares fessières dépendant des lésions cérébrales, les eschares du talon d'origine mécanique ou névritique, le mal perforant, l'asphyxie locale des extrémités, le zona, le pemphigus, la chute des ongles, l'othématome, etc. ; 6° les troubles moteurs tels que la faiblesse musculaire due tantôt à la sclérose médullaire, tantôt à une simple diminution de la volonté, les diverses formes de tremblement et l'incoordination des mouvements des membres inférieurs rappelant la démarche des ataxiques, enfin des contractures et l'atrophie musculaire diffuse ou localisée, ces deux derniers symptômes pouvant exister séparément ou s'associer, et donner l'apparence d'une sclérose latérale amyotrophique.

Lorsqu'un ou plusieurs de ces symptômes apparaissent au début avant les troubles cérébraux, les phénomènes oculaires et l'embarras de la parole, ils peuvent pendant un certain temps faire errer le diagnostic en le mettant sur une fausse piste de tabes, de sclérose latérale,

(1) Voir *Congrès de Lyon* 1891, la discussion à la *Société des Hôpitaux* 1892, et les leçons du professeur Joffroy, 1893-1894.

d'atrophie musculaire (type Aran Duchenne), de sclérose latérale amyotrophique (maladie de Charcot), voire même de paralysie bulbaire comme M. Klippel en a observé un cas, ou de simples névrites.

On peut donc dire, pour la clarté des descriptions, qu'en outre des formes de la paralysie générale décrites par Falret, il existe des formes spinales.

La principale, celle qu'on rencontre le plus fréquemment, est la forme tabétique qu'il ne faut pas confondre avec l'association possible du tabes et de la paralysie générale, pas plus qu'avec un tabes compliqué de symptômes de démence sans lésion d'encéphalite (démence tabétique). Il y en a d'autres qu'on pourrait appeler spasmodique, amyotrophique, scléro-amyotrophique, bulbaire, névritique.

Mais il convient de remarquer avec l'auteur que ce sont là des formes de début et que ce qui les différencie des affections dont elles prennent le masque c'est qu'au bout d'un certain temps évalué par M. Klippel à quelques mois le tableau clinique se modifie, et que d'autre part il est rarement aussi nettement caractérisé que dans le tabes vrai, la sclérose en plaques, etc...

Nous ne voulons retenir de cette analyse qu'un fait qui nous intéresse aujourd'hui particulièrement, c'est l'analogie profonde qui peut exister, au point de vue anatomique surtout, entre certaines formes de paralysie générale et le tabes.

Déjà en 1892, M. le Dr Raymond, frappé comme d'autres auteurs avant lui de cette ressemblance, émit l'opinion qu'il n'y avait pas de différence de nature entre les deux affections. On n'a pas oublié l'importante discussion qui s'ensuivit alors devant la Société Médicale des hôpitaux. MM. Joffroy et Ballet, tout en étant en divergences d'idées au sujet de la nature intime du processus dans la paralysie générale, tombèrent d'accord pour rejeter l'hypothèse du Dr Raymond.

Depuis cette époque, le professeur Joffroy est revenu plusieurs fois sur ce sujet, d'abord dans ses leçons cliniques 1893-1894, puis au Congrès de Clermont-Ferrand de 1894 où il apporta un nouveau fait, le troisième qui lui fût personnel, qu'il cita comme un nouvel exemple de paralysie générale à forme tabétique, enfin dans une étude récente publiée dans « l'Iconographie de la Salpêtrière » (1).

Voici le résumé de la communication faite au Congrès de Clermont-Ferrand :

« Dans le courant de l'année 1890, je fus, dit-il, consulté pour un malade qui présentait tous les symptômes du tabes : crises douloureuses, troubles urinaires, signes de Romberg et d'Argyll Robertson, etc., etc., sans aucun trouble cérébral.

» L'année suivante, j'envoyai ce malade à Lamalou, et à son arrivée on remarqua qu'il présentait quelques troubles cérébraux survenus inopinément pendant le voyage : peut-être avait-il eu à ce moment une petite attaque épileptiforme ou apoplectiforme. Amélioré, il retourne à Lamalou deux ans plus tard, et l'on constate alors des troubles de la parole, de la mémoire et de l'intelligence qui ne laissent aucun doute sur l'existence d'une paralysie générale. Enfin, cette année, le malade entra dans mon service avec un accès maniaque violent, à la suite duquel il succomba. Fait remarquable, il présentait une amélioration très marquée de la marche et la disparition du signe de Romberg.

» L'examen histologique de la moelle a donné les résultats suivants :

(1) Cette étude a trait à la même observation, mais elle est plus détaillée et accompagnée de planches qui en rendent la lecture plus facile et plus frappante.

» Sur une coupe au niveau du tiers moyen de la région cervicale de la moelle épinière, on trouve les racines saines ; les méninges sont épaissies. Les cordons de Goll sont pris dans leur totalité et leur lésion s'étend en se réfléchissant à la façon d'une bordure au niveau de la commissure postérieure. Dans le faisceau pyramidal croisé et la zone de Gowers, les vaisseaux présentent des gaines épaissies et les capillaires sont entourés d'un tissu interstitiel plus abondant que d'habitude. Les faisceaux latéraux postérieurs sont sains.

» Au niveau de la région cervicale inférieure, les modifications sont profondes. Il existe de la méningite, et dans les cordons de Goll, et la zone voisine de la commissure postérieure, on observe les mêmes lésions que sur la coupe précédente. Au niveau des racines postérieures, on constate des lésions mais légères. De plus, on trouve ici la lésion dans la zone latérale des cordons postérieurs.

» Sur une coupe de la région dorsale moyenne, on voit : l'épaississement des méninges avec périartérite ; dans les cordons postérieurs, les mêmes lésions que sur la coupe précédente. Au niveau des racines postérieures, on constate des lésions, qui sans être très profondes, le sont plus que sur la coupe précédente. Dans les cordons latéraux (faisceau pyramidal croisé), on n'a plus la lésion constatée plus haut, mais seulement un très léger épaississement des vaisseaux de cette région.

» Dans la région dorso-lombaire, on note l'épaississement des méninges et de leurs vaisseaux, la sclérose de l'ensemble des cordons postérieurs, l'atrophie des cellules de la corne antérieure et de la colonne de Clarke. La lésion des racines est loin d'atteindre ce qu'on voit dans le tabes.

» Sur des coupes de la région lombaire, il y a de la méningite spinale, pas de lésions dans les cordons antéro-latéraux, et une lésion totale des cordons postérieurs s'avançant jusqu'à environ un quart de la distance de la commissure postérieure à la périphérie.

» Si nous jetons un coup d'œil sur l'ensemble des lésions rencontrées sur ces différentes coupes, nous voyons qu'elles diffèrent de celles du tabes par plusieurs points de détail : d'abord par les lésions des cornes antérieures qui s'observent rarement à un si haut degré dans le tabes, mais surtout par l'état des racines dont les altérations sont minimes sur une grande étendue de la moelle et beaucoup moins accusées que dans le tabes classique ; c'est en réalité à une paralysie générale spinale ayant simulé le tabes aussi bien au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique que j'ai eu affaire dans ce cas. Au point de vue clinique, il faut remarquer l'amélioration si notable des symptômes moteurs et la disparition du signe de Romberg. » (*Semaine médicale*, 1894, p. 371.)

On verra que cette intéressante observation de notre maître se rapproche de la nôtre par plusieurs points. La comparaison en sera facile pour le lecteur. Nous nous contenterons d'une seule remarque. La maladie, dans le cas rapporté par M. le professeur Joffroy, datait de 4 ans environ, au moment où un accès maniaque entraîna la mort ; dans notre cas, elle était d'au moins deux ans plus ancienne.

Enfin, avant de commencer notre description, nous rappellerons la communication de M. P. Marie à la Société médicale des hôpitaux au mois de janvier 1894, sur l'origine des lésions médullaires dans le tabes, la pellagre et la paralysie générale.

Le tableau suivant présente résumés les traits saillants de l'histoire pathologique de notre malade.

1° Hérédité nerveuse et alcoolique ; 2° syphilis pro-

bable; 3° antécédents personnels névropathiques; 4° symptômes tabétiques et de paralysie générale; 5° idées de satisfaction, de richesse, délire hypochondriaque très caractérisé, hallucinations de la sensibilité générale, fausses hallucinations sensorielles; 6° rétraction des fléchisseurs des deux derniers doigts de la main gauche due à une atrophie des antagonistes, atrophie des interosseux et de l'éminence hypothénar; 7° lésions prédominantes dans les cordons postérieurs, sclérose légère des cordons latéraux; 8° atrophie des cellules de la corne antérieure des deux côtés; 9° dégénérescence et atrophie simple des muscles de la main gauche dans la sphère du cubital; 10° dégénérescence et sclérose du nerf cubital gauche.

Antécédents héréditaires. — La malade, Alphonsine Br..., âgée de 37 ans, entre à l'asile Sainte Anne dans le service de la clinique dirigé par M. Ballet, chargé de cours, le 25 juin 1892.

Sa sœur, âgée de 19 ans, est sujette à des crises nerveuses et nous fournit les renseignements suivants :

Son père, maquignon, mort à 57 ans, était buveur et très emporté.

La mère est bien portante.

Antécédents personnels. — La malade elle-même avait des attaques d'hystérie depuis l'âge de 18 ans. A la moindre contrariété, elle étouffait, se débattait à terre violemment, faisait l'arc de cercle, et il fallait plusieurs personnes pour la maintenir.

Depuis un an ces attaques ont disparu.

Elle prenait quelquefois un petit verre de vulnéraire le matin, mais n'a jamais eu de cauchemars ni d'autres symptômes d'alcoolisme.

On note bien, il est vrai, des troubles gastriques datant de 7 ans, mais ils consistaient en douleurs vives survenant par intermittences, durant environ 8 jours et disparaissant pendant plusieurs semaines sans laisser de traces du côté de l'appétit et de la digestion. Il semble donc qu'on doive les considérer plutôt comme de simples gastralgies de nature purement nerveuse, et non comme étant d'origine alcoolique.

C'est sans doute aussi sur le compte de l'hystérie qu'il convient de mettre un affaiblissement considérable de la vue que la sœur de la malade nous signale en disant que celle-ci était devenue « presque aveugle » et qui aurait duré 6 ans.

Par contre, il est vraisemblable que la malade a eu la syphilis, bien qu'il ait été impossible d'obtenir sur ce point des renseignements très positifs. En effet, dans son délire elle déclare qu'on a voulu l'empoisonner avec du mercure et qu'on lui a ouvert le ventre pour lui retirer cette substance. De plus, nous savons qu'ayant vécu de 18 à 25 ans avec un officier, elle eut un enfant mort-né et une fausse couche. Si de pareilles constatations ne sont pas suffisantes pour permettre une affirmation catégorique dans le sens de l'existence antérieure d'une affection spécifique, elles justifient du moins de fortes présomptions à cet égard.

Histoire de la maladie. — C'est 5 ans avant son entrée à l'Asile que la malade commença à ressentir les premières atteintes du mal dont elle souffre encore aujourd'hui. Ce furent les douleurs fulgurantes dans les membres qui ouvrirent la scène, douleurs assez violentes pour lui arracher des cris, et qu'elle comparait à des coups de marteau. Elles se montraient surtout au moment des règles pendant 8 jours et se calmaient un peu pendant les périodes intermenstruelles.

Il y a 4 ans, Br... accusa de la diplopie, de plus on remarqua à ce moment un resserrement exagéré des pupilles et pendant quelque temps une chute de la paupière gauche.

Depuis plusieurs années également elle présentait le phénomène du dérobement des jambes; mais c'est surtout depuis deux ans (avant son entrée), que la marche était devenue difficile. Elle a commencé alors à jeter les jambes en avant en levant les pieds plus haut que d'habitude. (Ce sont les remarques de la sœur.) Elle ne pouvait monter les escaliers et tombait dans l'obscurité.

Nous n'avons pu obtenir de renseignements, cela se comprend, sur l'état de la sensibilité.

Il ne paraît pas y avoir eu de crises laryngées ni de troubles urinaires.

Jusqu'ici, les symptômes semblaient être ceux du tabes, lorsqu'en 1891, quatre ans après l'apparition des douleurs fulgurantes, de nouveaux phénomènes d'un caractère différent vinrent se surajouter aux premiers.

Le caractère de la malade changea. De violentes colères éclataient sans motifs plausibles.

Les facultés mentales donnèrent, avec la perte relative de la mémoire des mots et des choses, le premier signal de leur affaiblissement. Br... cessa dès lors de travailler (elle était couturière); puis on s'aperçut que sa prononciation devenait défectueuse.

Enfin, au mois d'avril 1892, étant entrée pour ses douleurs fulgurantes à l'hôpital de la Pitié, elle manifesta pour la première fois des idées de grandeur.

Deux fugues qu'elle fit sur ces entrefaites annoncèrent les progrès de l'affaiblissement intellectuel. Une première fois, en effet, ayant été retirée de l'hôpital par sa sœur, elle s'enfuit de chez celle-ci et se représenta la nuit à l'hôpital. Une seconde fois, ayant disparu de nouveau, elle fut retrouvée le lendemain matin au Jardin des Plantes couverte de boue et prétendant avoir passé la nuit à la Salpêtrière, fait qui fut trouvé inexact.

C'est dans ces conditions qu'elle fut amenée dans le service de la Clinique à Sainte-Anne le 25 juin 1892, munie du certificat suivant :

Méningo-encéphalite chronique caractérisée par des troubles de la mémoire, un peu d'embarras de la parole, de l'inégalité pupillaire, de la céphalée, de *l'incoordination des mouvements des jambes*, l'absence des réflexes rotuliens, par des actes inconscients consistant en particulier à s'égarer dans les rues.

Signé : Dr A. Voisin.

Le certificat immédiat, rédigé par M. Pactet, chef de Clinique, est ainsi conçu :

Paralysie générale. Affaiblissement des facultés mentales. Inconscience de sa situation. Idées de satisfaction, de grandeur et de richesse. Embarras de la parole. Tremblement. Myosis et inégalité pupillaire. Phénomènes tabétiques.

Les phénomènes tabétiques étaient représentés par l'abolition des réflexes rotuliens, le signe de Romberg, le signe d'Argyll Robertson avec myosis très prononcé, les douleurs fulgurantes, les troubles de la marche.

Il n'y avait pas de trouble de la sensibilité tactile.

Comme signes de paralysie générale, on notait un affaiblissement intellectuel assez marqué, des idées de satisfaction, et de richesse (« elle avait, disait-elle, beaucoup d'argent, des diamants, de belles robes, des montres, des châteaux en Espagne »), des idées hypochondriaques (« on lui avait ouvert le corps, le cerveau »), enfin de l'inégalité pupillaire, de l'embarras de la parole, du tremblement des mains.

Etat mental dans le service. — Depuis son entrée jusqu'à sa mort, la malade conserva les mêmes idées puériles de satisfaction et de richesse, montrant également en paroles une générosité inépuisable autant qu'absurde. « Je vous donnerai, dit-elle le 28 février 1893, un lorgnon en brillants. Je vous emmènerai dans mon château de Montauban, je vous donnerai de beaux corps, de beaux yeux bleus, un beau front blanc, de longs cheveux, des habits en or. Vous irez dans une calèche etc... »

Comme idées délirantes, qu'on pourrait appeler simplement démentielles, nous signalerons celle par laquelle elle se croit mariée plusieurs fois et le fait qu'elle a changé de nom.

Elle prétend en effet ne plus s'appeler Br..., mais Benoît, nous n'avons jamais pu savoir pourquoi. C'est là une simple conception et non une transformation de la personnalité, car elle n'est accompagnée d'aucun trouble de la conscience justifiant cette dernière hypothèse. La malade se sent toujours elle-même, elle n'est point une autre, tout ce qui est en elle est bien l'attribut de sa propre personne. Seulement elle paraît avoir oublié son vrai nom et en avoir pris un autre. On conçoit que pour une démente cela n'a aucune importance.

La démence s'affirme au plus haut point quand la malade

déclare le 20 avril 1893 qu'elle avait 18 ans la veille et qu'elle aura 20 ans le lendemain.

L'absurdité de ses conceptions va jusqu'à l'énormité quand elle dit : « J'ai 100 maris » ou bien : « J'ai accouché de 100 enfants en dix minutes » ou encore : « Je vous mettrai 100.000 beaux corps » (25 mars 1893).

Au contraire des idées de richesse, les idées hypochondriaques se sont manifestées avec des intermittences variables, disparaissant et réapparaissant avec la plus grande facilité, si bien qu'il est rare de trouver la malade semblable à elle-même à ce point de vue plusieurs jours de suite. Dès son entrée elle prétendait qu'on l'avait empoisonnée avec du mercure et qu'on lui avait ouvert le corps pour le lui retirer. Cette idée lui est revenue à plusieurs reprises avec quelques variantes. Ainsi le 9 février 1893 elle demandait qu'on lui ouvrît le ventre pour enlever tout ce qu'il y avait de pourri. Tout était pourri en elle, et en même temps, elle accusait une sensation intérieure de brûlure.

Rien ne nous autorise à penser que cette dernière sensation ne fût pas véritable. Il nous paraît même assez rationnel de ne voir dans ces idées hypochondriaques que des interprétations fausses de sensations anormales, mais réelles, interprétations frappées au coin de la démence comme toutes les conceptions des paralytiques généraux.

Nous pouvons seulement affirmer qu'aucune hallucination de l'odorat ne les accompagnait.

Les mêmes interprétations délirantes hypochondriaques ou d'autres analogues se reproduisirent à plusieurs intervalles irréguliers. Ainsi, le 23 mars 1893, elle déclare que « tout est pourri en elle jusqu'aux os et que son mari va venir lui enlever toute cette pourriture ». Elle veut « qu'on lui arrache toutes les dents parce qu'elles lui font mal ».

Le 25 mars, c'est la même sensation de brûlure que précédemment et en plus des douleurs dans la tête et dans les jambes. Ces dernières ne seraient-elles pas une réminiscence des douleurs fulgurantes dont la malade ne parle plus depuis quelque temps ?

Le 26 mars au matin, nous trouvons la malade étendue sur le dos, la bouche ouverte, les yeux fermés, la tête fortement rejetée en arrière, animée de mouvements latéraux lents et semblables à ceux d'un pendule.

Interrogée, elle nous répond que ces mouvements ont pour but de faciliter l'expulsion du sang qu'elle a dans l'estomac et plein la bouche.

Elle pleure et dit qu'elle souffre horriblement. Avant la visite la surveillante l'a entendue se plaindre d'avoir des cheveux plein la gorge.

Nous constatons que la langue et les gencives sont sèches. On lui donne à boire. Elle se sent immédiatement soulagée et paraît contente. Elle voit dans l'eau rougie qu'on lui donne du bon vin de Bordeaux qui doit lui enlever tout le sang qu'elle a dans l'estomac et dans la bouche.

Pourtant, après avoir bu, elle reprend son balancement de tête en disant : « Mon mari me dit que ce n'est pas fini », puis : « Ça se retire, tout se retire ».

Après de nombreuses suggestions de notre part, elle cesse de remuer la tête, mais elle demeure les yeux fermés et la bouche ouverte comme si réellement celle-ci était pleine. Elle continue, en somme, à éprouver les mêmes sensations tout en n'accusant plus de souffrance.

Quelques minutes plus tard, spontanément, tout est fini.

Elle mêle son mari imaginaire à tout ce qu'elle éprouve. C'est lui qui lui retire tout ce qu'elle a bu; c'est lui qui lui commande de balancer la tête pour que le sang s'échappe, et ce disant elle se met à rire. Rire de démente, non justifié, accompagné, précédé et suivi de pleurs.

Cette sensation de sang remplissant la bouche reparaît un grand nombre de fois. Ainsi, nous l'avons notée le 29 mars, le 14 et le 19 avril. A la fin de ce dernier mois elle se reproduit presque tous les jours, mais souvent en notre absence, dans la journée.

Coïncidence remarquable : à la fin d'avril, l'état physique de la malade est plus mauvais et la fièvre s'allume, comme nous le verrons plus loin.

Toutes les idées hypochondriaques que nous venons de passer en revue pouvaient être rapportées à des sensations réellement perçues mais mal interprétées.

Il n'en a pas toujours été ainsi. Le 25 mars, apparut un phénomène pouvant en imposer pour être de la même nature que les précédents et qui cependant ne nous semble pas devoir être expliqué de la même manière, à cause de la facilité avec laquelle nous pûmes le faire disparaître. Ce jour-là, en effet, la malade déclarait que du sang s'écoulait continuellement de son oreille gauche. Or, il nous suffit de lui suggérer en lui pinçant l'oreille, qu'elle ne sentait plus rien pour qu'immédiatement elle cessât d'éprouver ce symptôme.

Du résultat de cette simple expérience nous croyons pouvoir conclure qu'il s'agissait là d'un phénomène tout entier d'ordre purement psychique ou cérébral, et non, comme précédemment, d'une simple erreur d'interprétation sur une sensation anormale mais réellement existante. En un mot, il s'agirait ici plutôt d'une véritable hallucination de la sensibilité générale.

Ce fait, si insignifiant qu'il paraisse, mérite cependant d'être souligné.

Il nous permet, en passant, de ranger sous trois chefs les éléments constitutifs du délire hypochondriaque. Ces divers éléments ne sont pas toujours faciles à séparer dans la pratique. Nous croyons cependant qu'ils existent et qu'on peut dans des circonstances heureuses les mettre en évidence.

Dans la première catégorie nous mettons les *idées hypochondriaques proprement dites*, simples conceptions qui naissent spontanément sans aucun trouble de la sensibilité comme cause ni comme objectif; telles sont les convictions que manifestent certains malades d'être atteints d'une ou plusieurs affections sans pouvoir appuyer leur dire sur aucun symptôme éprouvé. Ils croient sans aucune raison de croire.

Dans la seconde catégorie on peut grouper ce que nous appellerons les *interprétations hypochondriaques* qui ont des troubles de sensibilité comme cause et comme objectif, ces troubles étant ou simplement exagérés ou complètement dénaturés par le délire. Nous en avons rencontré en grand nombre chez notre malade.

Enfin la 3e catégorie comprend les hallucinations de la sensibilité générale, qui ont un trouble de sensibilité comme objectif mais non comme cause (1). Le fait que nous venons de signaler en est un exemple. Par lui-même il a donc une certaine valeur.

Nous avons recherché également chez notre malade des hallucinations de l'ouïe dont son langage paraissait indiquer l'existence; mais après un interrogatoire minutieux nous avons acquis la conviction qu'il ne s'agissait en réalité que de conceptions morbides et non de représentations mentales extériorisées comme sont les vraies hallucinations.

Nous en dirons autant des illusions visuelles.

Pendant plus d'un mois la malade demandait tous les matins du champagne en indiquant une carafe d'eau.

Cette illusion rudimentaire, la seule qu'il nous ait été donné de relever, n'en était même pas une, car Br... percevait nettement la véritable apparence de ce faux champagne et avouait naïvement qu'il était de la même couleur que l'eau.

Nous n'avons eu d'ailleurs à constater du côté de la vue aucune hallucination ni vraie ni fausse, malgré toutes les tentatives que nous avons faites pour les surprendre ou lui en procurer par suggestion. Pourtant elle montra souvent une crédulité extrême. Elle donnait à son faux champagne la couleur que l'on voulait, voire même une couleur invraisemblable comme la couleur bleue.

Il en fut de même pour ses idées délirantes qu'on parvenait quelquefois à lui faire abandonner grâce à un stratagème.

Ainsi, comme elle nous parlait de ses 100.000 maris, nous lui avons affirmé qu'ils étaient tous morts du choléra.

Après s'être défendue pendant quelques minutes contre cette idée elle finit par l'admettre.

Il fut plus difficile de lui faire croire qu'Eustache, son premier mari imaginaire, avait été assassiné. Elle nia d'abord et pendant plusieurs jours nous raconta chaque matin qu'il « avait été plus fort que l'assassin, l'avait réduit en mille morceaux et jeté dans le poêle, que d'ailleurs il lui

(1) Nous n'entendons pas dire par là que les hallucinations de la sensibilité générale sont le propre du délire hypochondriaque; mais simplement qu'elles peuvent en faire partie. On les rencontre en effet souvent chez les persécutés; mais ceux-ci les interprètent d'une autre façon.

parlait. » Mais il nous suffit de lui dire une fois à brûle-pourpoint que nous venions de voir passer l'enterrement pour qu'elle fondît en larmes en disant : « C'est vrai ? Ha bien, vous savez, ça me fait de la peine. — Mais je les ressusciterai tous. »

Enfin l'affaiblissement intellectuel fit des progrès sensibles, si bien que le 2 avril il existait pour la malade une difficulté extrême, voire même une impossibilité absolue de répéter exactement une seule phrase. Elle en changeait ou en oubliait toujours quelques mots, ce qui la rendait incorrecte.

(*A suivre.*)

CONTRIBUTION PHARMACEUTIQUE

Sur la liqueur de Van Swieten employée comme antiseptique.

Quand, en 1730, Van Swieten composa la célèbre liqueur qui porte son nom, il n'avait en vue que l'administration du sublimé en solution pour l'usage interne. Alors, l'adjonction de l'alcool s'expliquait parfaitement ; c'était un excellent dissolvant du chlorure de mercure, et un agent précieux de conservation. Mais aujourd'hui que cette liqueur s'emploie constamment en chirurgie, l'addition de l'alcool est devenue inutile.

En effet, l'alcool augmente, sans profit, le prix de la préparation ; il n'est pas nécessaire à sa conservation ; enfin il est notoire qu'il diminue son pouvoir antiseptique. Pour toutes ces raisons, il serait bon que les médecins, qui, au lieu de prescrire une solution de sublimé au millième, prescrivent la liqueur de Van Swieten, ajoutassent les mots : *sans alcool* ; elle n'en serait que plus efficace et serait d'un prix moins élevé. Ce « sans alcool » aurait le grand avantage de légaliser la pratique d'un certain nombre de pharmaciens qui se permettent de supprimer l'alcool, ou d'en diminuer la quantité, sachant qu'ils ne sont pas blâmables en raison de l'effet à produire. Notre comité disciplinaire a eu souvent l'occasion de constater ce fait, et il ne se trouvait pas en bonne posture pour sévir. C'est cela même qui m'a suggéré l'idée décrire cet article. Je regrette bien de ne pas l'avoir eue plus tôt, parce que je suis persuadé que j'aurais réussi à faire trancher cette question par la commission du supplément du Codex. On n'aurait eu qu'à ajouter à la formule de la liqueur de Van Swieten cette simple phrase : « On supprimera l'alcool quand elle devra servir à l'antisepsie. » Pour le moment on ne peut revenir là-dessus ; c'est aux médecins à combler cette lacune en écrivant sur leurs ordonnances les mots « *sans alcool* ».

Pierre VIGIER.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Dégénération ascendante de la moelle, par SOUQUES et MARINESCO (Extrait de *la Presse médicale*, 1895). — Les auteurs ont eu l'occasion d'examiner et de nécropsier une malade âgée de 15 ans qui, à la suite de traumatismes dans la région lombaire, a éprouvé des douleurs dans les membres inférieurs, principalement dans les cuisses et les pieds, douleurs qui revenaient sous forme de paroxysmes. La marche d'abord libre devint un peu difficile et la parésie du membre inférieur s'est accentuée rapidement. La malade a affirmé que, quand elle était assise, ses jambes étaient raides et trépidaient. Quelques mois après le traumatisme, a commencé l'incontinence d'urine et des matières. A son entrée à l'hôpital on constate une paraplégie flasque avec abolition des reflexes cutanés et tendineux, de l'anesthésie complète dans tout le membre inférieur droit et dans la jambe gauche. Les muscles des jambes sont atrophiés. Incontinence d'urine et des matières fécales. La malade est emportée un an après le début de la maladie par les eschares vastes qui occupaient la région sacrée et les régions fessières. A l'autopsie on constate une poche kystique dont les parois étaient tout à fait semblables à celles d'un kyste hydatique siégeant au niveau du corps de la 2e vertèbre lombaire et qui comprenait l'extrémité du cône terminal et la queue de cheval. Les auteurs se sont appliqués à étudier la dégénérescence consécutive à cette compression. Au point de vue du trajet et de la topographie des racines postérieures, ils confirment les données de Singer et Münzer et de Tooth, Gombault, etc., qui démontrent que la dégénérescence ascendante à la suite de sections ou de destruction des racines postérieures suit un trajet bien déterminé topographiquement dans les cordons postérieurs, les fibres longues se rapprochant de la ligne médiane pour occuper finalement le territoire du cordon dit de Goll. En raison de cette topographie, les auteurs pensent qu'il est possible de distinguer la dégénération tabétique. Au niveau de la zone dorsale inférieure ils ont trouvé par la méthode du Marché, des fibres dégénérés dans tout le territoire du cordon postérieur, ce qui prouve que le faisceau fondamental de ce cordon n'est pas constitué uniquement par des fibres endogènes.

Deux cas de polyurie familiale dite essentielle, par G. MARINESCO (*Comptes rendus des séances de la Société de Biologie*. Séance du 19 janvier 1895.) — L'auteur rapporte deux cas de polyurie familiale dite essentielle chez deux frères âgés l'un de 17 ans, l'autre de 15 ans.

Les malades présentaient tous les deux une polydipsie impérieuse et une polyurie atteignant jusqu'à 25 litres par jour. L'urine légèrement acide ne renferme ni albumine, ni sucre. L'un des frères étant mort, l'auteur a constaté une hyperplasie de la névroglie du 4e ventricule qui était œdematiée et présentait des hémorrhagies discrètes sur ses parties latérales, en dehors des noyaux du pneumo-gastrique. Les corps restiformes étaient intacts. L'auteur n'ose pas affirmer que ces lésions aient été la cause certaine de la polyurie, mais si l'on veut tenir compte de leur siège et des expériences de Claude Bernard et de celles plus récentes de Kahler, on est autorisé à voir là une relation de cause à effet.

Contribution à l'étude des lésions systématisées dans les faisceaux blancs de la moelle épinière, par A. GOMBAULT et CL. PHILIPPE (*Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*, mai et juillet 1894). — Ce travail repose sur l'étude de six cas de lésions transverses ou radiculaires observées chez l'homme, et assez limitées pour permettre de suivre, par la méthode des dégénérations secondaires, le trajet des faisceaux blancs de la moelle épinière. La première partie s'occupe des dégénérations descendantes, et principalement de celles qui ont lieu au niveau du cordon postérieur : à ce sujet, les auteurs complètent la description de Schultze (1883) en démontrant que le centre ovale de Flechsig, placé par cet auteur au niveau de la 4e racine lombaire, est formé par des fibres anatomiquement identiques à ceux du faisceau en virgule de Schultze ; puis, qu'au-dessous de la 4e lombaire, le même faisceau est représenté par un faisceau médian triangulaire à base périphérique ; bref, comme conclusions générales, « il existe dans le cordon postérieur un système de fibres commissurales courtes, représenté dans le cône terminal par un faisceau médian ayant la forme d'un triangle dont la base atteint la surface de la moelle ; au niveau du renflement lombaire, ce faisceau devient le centre ovale de Flechsig ; plus haut, chacune de ses deux moitiés abandonnant le sillon médian postérieur, finit par se localiser exclusivement dans les zones latérales du cordon postérieur, c'est-à-dire dans le faisceau de Burdach. » L'origine de ce faisceau de commissures courtes aurait lieu dans des cellules situées à la base des cornes postérieures. La deuxième partie s'occupe des dégénérations ascendantes ; à propos des cordons postérieurs et du trajet des fibres radiculaires, les auteurs confirment dans leurs grandes lignes la division antérieure basée surtout sur l'expérimentation (Singer et Münger, Tooth : fibres courtes,

moyennes, longues). Quant au cordon antéro-latéral, les auteurs décrivent une dégénération ascendante, rétrograde au niveau de certains faisceaux et principalement du faisceau pyramidal : dégénération déjà connue dans son existence, mais ignorée dans son mécanisme histologique; or, ce mémoire montre qu'il s'agit là d'un processus bien spécial, différent du processus de la dégénération wallérienne proprement dite. « Le cylindre-axe, longtemps conservé, se présente avec un aspect moniliforme au milieu d'une gaine très élargie et dont la myéline s'est fragmentée en boules ou a disparu; bref, le processus de dégénération rétrograde du faisceau pyramidal est, au début, un processus pénaxile, d'ordre myélinique, laissant longtemps intact le cylindre-axe. »

MÉDECINE

Ulcérations tuberculeuses de la bouche (Zur Aetiologie der tuberculosen Affectionen der Mundhœhle), par Jaruntowski (*Munchen. medic. Wochenschr.*, 1895, n° 18, p. 421). — Il s'agit dans la courte observation de l'auteur d'un phthisique avancé chez lequel l'examen de la bouche, fait à cause d'une dysphagie très vive, permit de découvrir l'existence d'une ulcération gingivale autour de la dernière molaire inférieure du côté gauche. L'ulcération, ayant tous les caractères des ulcérations tuberculeuses et dont l'enduit renfermait du reste des bacilles tuberculeux, s'étendait jusqu'au pilier antérieur de l'amygdale gauche; la moitié correspondante du voile du palais était également couverte d'un semis de granulations jaunes tout à fait caractéristiques.

Comme la racine de la molaire cariée qu'entourait l'ulcération, était à moitié dénudée, on pratiqua l'avulsion de la dent. L'examen microscopique du contenu de sa cavité permit de constater la présence d'un grand nombre de bacilles tuberculeux.

Traitement de la syphilis par les injections intra-veineuses de sublimé (Ueber intravenose Injectionent mit Sublimat), par Gorl (*Munch. med. Woch.*, 1895, n° 20, p. 405). — L'auteur rapporte neuf observations de syphilis secondaire ou tertiaire traitée d'après la méthode de Baccelli par les injections intra-veineuses de sublimé (solution à 1 ou 3 pour 1000 dont on injecte tous les deux jours un centimètre cube en augmentant progressivement la dose pour arriver à 3 ou même à 5 cm. c. suivant les cas).

Comme Blaschko et comme Uhma qui ont également essayé ce traitement, l'auteur a constaté que les injections sont indolores, n'exposent à aucun danger et amènent rapidement la disparition des manifestations syphilitiques, mais que d'un autre côté la récidive apparaît rapidement et que les injections sont difficiles presque impossibles à faire quand le réseau veineux superficiel n'est pas facilement accessible.

CHIRURGIE

Traitement des adhérences entre le voile du palais et le pharynx, d'origine syphilitique (Beitrag zur Behandlung der flachenhaften syphilitischen Verwachsungen, etc.), par Lieven (*Munch. med. Woch.*, 1895, n° 21, p. 489). — Le côté original du procédé qui a donné à l'auteur de bons résultats dans deux cas d'adhérences totales entre le voile du palais et le pharynx, réside en somme dans le traitement post-opératoire.

Après la section des adhérences et la libération du voile du palais, l'auteur met dans le naso-pharynx un tampon de gaze saupoudrée d'europhène et le renouvelle tous les trois jours. A partir du 10e jour, le tampon est remplacé par une sorte de colpeurynter en caoutchouc, que l'on introduit par le nez et qu'on laisse en place pour 4 ou 5 heures. Pendant les trois premières semaines le colpeurynter est introduit tous les jours pour 4 ou 5 heures, plus tard, pendant les 3 ou 4 mois suivants, le colpeurynter n'est placé que 2 ou 3 fois par semaine.

Laparotomie pour ulcère du duodénum (Two Cases of ulcer of the duodenum in which laparotomy was performed, with remarks on ulcers of the duodenum), par Marmaduke Sheild (*Lancet*, 11 mai 1895, p. 1169). — L'auteur publie deux observations de laparotomie, chez un homme de 20 ans et un autre de 23 ans, pour des phénomènes de péritonite suraiguë par perforation, que le siège de la douleur, au niveau de la fosse iliaque droite, faisait attribuer à une appendicite ulcérée. Au cours de l'opération on trouva dans les deux cas l'appendice et le cæcum sains, et ce n'est qu'à l'autopsie que la cause de la péritonite fut reconnue dans un ulcère perforé du duodénum qui dans les deux cas siégeait sur la paroi antérieure de l'intestin.

Dilatation du canal cholédoque (Case of dilatation of the common bile-duchsimulating distension of the gall-bladder), par Edgeworth (*Lancet*, 11 mai 1895, p. 1180). — Il s'agit d'une fille de quatre ans, entrée à l'hôpital pour un ictère assez intense dont elle a eu déjà au cours de la dernière année plusieurs attaques. L'urine contenait un peu de pigment biliaire, mais pas d'albumine; les selles étaient colorées, le foie augmenté de volume. Au point de jonction des régions de l'hypochondre, de l'épigastre, de l'ombilic et des lombes on sentait une tumeur un peu mobile latéralement, arrondie, unie, rénitente, mais sans fluctuation nette. Comme l'âge de la malade ne permettait pas d'attribuer la rétention biliaire à une tumeur maligne, ni à un ganglion tuberculeux comprimant les canaux, on admit que l'occlusion de la vésicule avait été amenée par une série d'attaques de catarrhe des voies biliaires.

On fit la cholécystotomie en 2 temps et, après évacuation d'une grande quantité de bile normale on draina avec un tube en verre. Au bout de peu de jours la jaunisse disparut, et l'enfant paraissait marcher vers la guérison, quand, une semaine après l'opération, l'enfant mourut subitement par arrêt du cœur. Rien à l'autopsie n'expliqua cette mort : on trouva que les différents organes étaient sains, il n'y avait pas de péritonite. En disséquant les voies biliaires on vit que la tumeur avait été formée, non pas par la vésicule distendue, comme on l'avait cru, mais par la dilatation du canal cholédoque. La vésicule était très petite et contenait un peu de bile; le canal cystique était oblitéré et transformé en un cordon fibreux; l'extrémité inférieure du canal cholédoque était le siège d'une sténose très marquée réduisant son calibre au diamètre d'une épingle à cheveux; c'était la partie moyenne dilatée du canal qui avait formé la tumeur. Le canal hépatique et les conduits biliaires étaient un peu dilatés; le foie, augmenté de volume, présentait des lésions de cirrhose biliaire.

La cause de cet accident n'apparaît pas bien clairement; il est probable cependant qu'il s'agit d'attaques successives d'ictère catharral. L'hypertrophie de la rate est la conséquence forcée de la cirrhose biliaire.

Traitement des bubons par les injections de vaseline iodoformée, par Rullier (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*, 1895, n° 3, p. 209). — L'auteur préconise dans son travail le traitement des bubons par les injections de vaseline iodoformée à 1 pour 100, d'après la méthode de Fontan.

Après lavage et antisepsie de la région, on ponctionne la tumeur avec une lancette ou un bistouri étroit et par des pressions énergiques, sans s'occuper de l'hémorrhagie qui est facile à arrêter par la compression, on évacue le contenu de la poche. On fait alors un lavage de la cavité avec de la liqueur de van Swieten dédoublée, on fait sortir le liquide et on injecte dans la poche la vaseline iodoformée préalablement liquéfiée, en plongeant le flacon dans de l'eau à 50°.

Les suites de l'opération sont simples : dès le second ou troisième jour, la peau reprend son aspect normal, sa souplesse et la guérison, qui est complète dans une moyenne de six à sept jours, ne laisse après elle aucune cicatrice visible.

La réunion de la plaie s'accomplit une fois sur huit par première intention, et dans ces cas la guérison est complète dès le lendemain. Dans d'autres cas la guérison n'est pas immédiate, la petite plaie laisse fuser un peu de vaseline avec quelques gouttes de pus. Il faut alors laver la plaie et panser avec de l'iodoforme en poudre, et refaire au besoin une seconde, voire même une troisième injection à deux jours d'intervalle chacune. Il est rare que la guérison ne soit alors obtenue au bout de 8 ou 15 jours.

Les seuls cas où la méthode se montre impuissante, c'est quand la peau, largement décollée, violacée, amincie, n'a plus

une vitalité suffisante et est condamnée à l'élimination, quelque traitement que l'on puisse employer.

GYNÉCOLOGIE

Tétanie des femmes enceintes (Zwei Falle von Tetania gravidarum), par NEUMANN (*Arch. f. Gynæck.*, 1895, vol. XLVIII, p. 499). — Relation détaillée de deux cas de tétanie chez des femmes enceintes. A relever que, d'après l'auteur, l'éther doit être préféré au chloroforme dans les cas où pour terminer rapidement l'accouchement, on aurait besoin d'endormir les malades, le chloroforme appartenant aux substances capables de provoquer la tétanie toxique.

BIBLIOGRAPHIE

Traitement des maladies des voies urinaires (Therapie der Harnkrankheiten), par le professeur C. POSNER, Berlin, 1895. A. Hirschwald, éditeur.

Le petit traité de thérapeutique des affections des voies urinaires que M. Posner vient de publier, est destiné aux médecins et aux étudiants. Dans ces conditions, M. Posner n'a pu faire autrement que d'exposer d'une façon très claire et très nette les idées courantes et éprouvées sur le traitement des affections des voies urinaires. Toutefois nous devons ajouter que dans la rédaction de ce manuel on retrouve les qualités dont M. Posner a fait preuve dans ses diverses publications : clarté d'exposition, netteté des vues, critique judicieuse des méthodes tapageuses, etc.

Les deux premiers chapitres sont consacrés à la gonorrhée aiguë et à ses complications. L'auteur passe en revue les divers traitements de la gonorrhée aiguë simple, localisée à l'urèthre antérieur, en s'arrêtant de préférence sur la méthode de Janet qu'il croit pourtant particulièrement indiquée dans l'uréthrite postérieure, où elle donne d'aussi bons résultats que les instillations de Guyon. Un point sur lequel il insiste d'une façon particulière, c'est que dans la cystite aiguë le traitement médicamenteux (tisanes, eaux minérales balsamiques, salol) joint aux repas, donne de fort bons résultats. Au besoin, on peut y ajouter les instillations de Guyon.

Les deux chapitres suivants sont consacrés au traitement de l'uréthrite chronique et de ses complications. D'une façon générale, M. Posner pose en principe qu'injections astringentes ou antiseptiques et autres interventions superficielles sur la muqueuse, ne peuvent réussir que lorsque le processus est nettement localisé à cette dernière; mais dans tous les cas où la lésion est profonde, le traitement local de la muqueuse doit être précédé d'une cure de dilatation. On peut faire marcher de pair la dilatation et l'intervention sur la muqueuse. La prostatite chronique est, d'après M. Posner, passible surtout et avant tout d'un traitement diététique et hygiénique; au besoin, dilatation de l'urèthre et suppositoires iodés. Le traitement diététique et médicamenteux doit encore tenir une grande place dans le traitement de la cystite chronique où les évacuations régulières et les lavages peu irritants de la vessie (au besoin les instillations de Guyon), forment la base de la thérapeutique urinaire proprement dite.

Rien de spécial dans le chapitre consacré aux rétrécissements et à leur traitement par la dilatation. A noter une étude consciencieuse du procédé de Le Fort et les avantages que M. Posner reconnaît aux ponctions de la vessie en cas de rétention complète d'urine.

Pour ce qui est de l'hypertrophie de la prostate, M. Posner se rapporte entièrement aux idées de Guyon. Elles sont assez connues chez nous pour que nous n'ayons pas à y insister. Rien de particulier à noter au sujet des complications rénales, des tumeurs de la vessie, des reins, de l'urèthre.

Deux chapitres sont encore consacrés aux modifications du chimisme urinaire (phosphaturie, oxalurie, cystinurie), à la lithiase rénale et vésicale. Le dernier chapitre étudie les névroses urinaires et des urinaires. Cette partie est un exposé méthodique des idées courantes.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

LES SOUFFLES CARDIO-PULMONAIRES CHEZ LES ENFANTS, par le docteur Emile DELABOST. Paris, O. Steinhel, 1895.

Elève distingué de M. Potain, le Dr Delabost a étudié dans le service et sous la direction de ce maître éminent, les souffles cardio-pulmonaires qu'il a si bien décrits. Après avoir appris à les reconnaître chez l'adulte, il les a recherchés chez l'enfant et a pu ainsi, à l'aide d'observations personnelles, ajouter un chapitre à l'œuvre édifiée par son maître. Voici les conclusions de ce travail :

I. — Il existe chez l'enfant, comme chez l'adulte, des souffles cardio-pulmonaires, c'est-à dire des souffles indépendants de toute lésion organique, et qui sont la presque totalité des souffles anorganiques.

II. — Ces souffles n'apparaissent que vers 3 ans et demi, et augmentent ensuite progressivement de fréquence jusque vers la vingtième année, comme le montrent mes recherches qui portent sur un total de près de 400 observations.

III. — Le diagnostic des souffles cardio-pulmonaires présente une importance considérable, en dissipant, à raison de leur innocuité, les craintes que font toujours naître les symptômes de lésions organiques du cœur.

IV. — Les règles posées par M. le professeur Potain pour établir ce diagnostic chez les adultes, sont applicables aux enfants.

V. — L'apparition de ces souffles semble favorisée par quelques maladies (chorée, scarlatine, rhumatisme), tandis que l'influence d'autres affections paraît nulle (coqueluche, diphthérie, pneumonie).

VI. — La clinique infantile confirme en son entier la *théorie de Potain* telle qu'elle est formulée dans la *Clinique de la Charité*.

Thèses des Facultés.

SUR LA VESSIE IRRITABLE CHEZ LA FEMME (CYSTOPATHIE HYPERHÉMIQUE), par Georges DACHEUX.

Il existe des formes de « vessie irritable » qu'il faut rattacher à une hyperhémie circonscrite de la vessie. Cette hyperhémie, visible et non supposée, occupe principalement le bas-fond de la vessie, mais aussi parfois l'urèthre, à sa jonction avec le col. Elle prend son origine dans la vascularisation normale, plus marquée à ces endroits. Elle est causée par une lésion de voisinage qui est, le plus souvent, une congestion, soit physiologique, soit pathologique de l'appareil génital. — Nous proposons d'englober les cas analogues sous le nom de : *Cystopathie hyperhémique*.

Elle est caractérisée par deux symptômes essentiels : *la pollakiurie, le ténesme*, auxquels peuvent s'adjoindre *l'hématurie*. Elle demande à être découverte, dans un examen minutieux, par les moyens connus en gynécologie et endoscopie vésico-uréthrale. Elle n'est guère améliorée que par l'amélioration de l'affection génitale causale. Mais elle peut fort bien subsister après la disparition de la cause.

DE LA PERFORATION DE L'UTÉRUS PAR LA SONDE AU COURS DE L'IRRIGATION CONTINUE, par Joseph FLANDRIN.

L'utérus peut être perforé par la sonde au cours de l'irrigation continue, et cette perforation suivie de l'irruption dans la cavité péritonéale d'une quantité toujours considérable de liquide paraît précipiter d'une façon constante la terminaison fatale. Cette complication est rare. On doit cependant y songer chaque fois qu'on institue le traitement de l'infection puerpérale par le lavage continu de la cavité utérine. Elle est favorisée par l'état particulier du muscle utérin après l'accouchement. On la préviendra en veillant avec soin au mode de fixation de la sonde à demeure et en ne se départant pas d'une surveillance de tous les instants.

En l'absence de faits précis, on ne peut se prononcer d'une façon définitive sur le traitement à opposer aux suites de cette complication. Il semble cependant indiqué d'intervenir le plus rapidement possible par des moyens chirurgicaux.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ACCIDENTS SEPTIQUES RÉSULTANT DE L'AVULSION DES DENTS, par Eugène GUÉRARD.

Il est manifeste que par l'ignorance ou la négligence de certains dentistes, des infections buccales peuvent se produire à la suite d'une avulsion dentaire. Ces infections peuvent prendre tous les aspects, depuis la simple inflammation de la gencive jusqu'aux suppurations les plus étendues (la méningite, les phlegmons de l'orbite). Nous citons un cas mortel d'érysipèle ayant débuté au niveau de la plaie dentaire et provoqué par l'ignorance de l'opérateur. Cette gravité est nette et logiquement déduite du mécanisme de l'infection. Il n'y a qu'un moyen d'éviter ces troubles, c'est de considérer l'avulsion d'une dent non comme une opération simple et sans gravité, mais comme une opération laissant une plaie difficile à soigner et s'accompagnant souvent de lésions profondes; de pratiquer cette opération avec toutes les rigueurs possibles de l'antisepsie.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

BULLETIN

L'Association des médecins du Rhône et l'Association générale des médecins de France.

Le Lyon médical nous apprend que, dans sa séance du samedi 25 mai 1895, l'Association des médecins du Rhône qui compte 260 membres a, par 55 voix sur 59 votants, décidé qu'elle cesserait ses versements statutaires à l'Association générale. Nous n'avons encore reçu aucune notification officielle de cette décision que, par un élégant euphémisme, l'Association du Rhône appelle : « *séparation financière de l'Association du Rhône et de l'Association générale des médecins de France* ». Lorsque le Conseil général de l'Association aura reçu la lettre par laquelle ce vote lui sera transmis, il lui appartiendra d'y répondre. Mais nous pouvons dès aujourd'hui faire onnaître au public médical les mobiles d'un acte qui sera, nous n'en doutons pas, très sévèrement apprécié.

Fondée en 1851, l'Association du Rhône a été agrégée à l'Association générale en 1860. Depuis cette date, alors que toutes les sociétés locales s'efforçaient d'enrichir la Caisse des pensions viagères qui rend de si grands services à tous ses membres (la Société centrale a versé 64,000 fr., la Société de la Gironde 31,000 fr., la Société des Bouches-du-Rhône 16,200 fr., etc., etc.), l'Association du Rhône lui a refusé tout concours. Ses membres, disait-elle, n'ont pas besoin de pensions viagères ? ! ! Par contre, elle a versé annuellement une somme variant de 250 à 400 fr., et représentant le dixième de ses cotisations et 6 fr. par droit d'entrée de ses sociétaires. C'est cette subvention annuelle que l'Association du Rhône se refuse désormais à fournir. Elle veut bien consentir à ce que l'Association générale rende des services au corps médical « soit en soutenant les Sociétés locales ou des confrères devant les tribunaux, soit en les aidant dans leurs différends avec la justice, soit en pesant de ses conseils et de son autorité dans l'élaboration des différentes lois intéressant la médecine ». Elle reconnaît que l'union de toutes les Sociétés est une force morale qui n'est point à dédaigner. Elle convient que s'il existe des Sociétés riches qui peuvent à la rigueur se suffire à elles-mêmes, il en est de pauvres qui ont besoin de subsides. Mais elle se hâte de déclarer que ces subsides ce n'est point elle qui consentira désormais à les accorder. Si dérisoire qu'ait été jusqu'à ce jour sa contribution à l'œuvre commune de solidarité et de charité confraternelle, elle prétend la supprimer. Que la Société de la Gironde, celle du Nord, celle des Bouches-du-Rhône qui sont les plus nombreuses ; que d'autres moins fortunées mais aussi généreuses continuent à penser qu'il est en France des départements où les médecins ont besoin de l'assistance de la Caisse centrale pour secourir des sociétaires nécessiteux, leurs veuves ou leurs orphelins, l'Association du Rhône prétend ignorer ces infortunes. Que les autres Sociétés s'arrangent comme elles l'entendront ; ce qu'elle a économisé elle prétend le garder pour elle seule.

Qu'elle le garde ! Ce ne sont pas les quelques louis qu'elle envoyait chaque année à la caisse centrale qui empêcheront celle-ci de continuer à subventionner les Sociétés dont les ressources sont insuffisantes. L'Association générale compte, au contraire, plus que jamais sur l'union des autres Sociétés. Elles comprendront toutes, ce que n'a jamais voulu comprendre l'association du Rhône, que c'est leur intérêt seul qui a dicté nos statuts et que les dons et les legs qui nous arrivent chaque jour plus nombreux nous viennent presque exclusivement de nos confrères parisiens, désireux de bien prouver à leurs confrères de province les sentiments de confraternité qui les animent. Grâce à eux l'association espère parvenir bientôt à perfectionner son œuvre d'assistance en fondant une caisse nouvelle destinée aux veuves et aux orphelins. Et le succès si rapide de sa caisse des pensions viagères qui portera bientôt à mille francs le taux annuel de ses versements aux médecins âgés et infirmes (1) lui

(1) Si nous dédaignons de répondre à ceux qui *contrairement à la vérité* et au bon sens prétendent que le conseil général a laissé parfois à la charge des Sociétés locales l'augmentation des pensions viagères, nous tenons à rappeler aux membres du conseil judiciaire de l'Association du Rhône que leurs assertions sont absolument inexactes en ce qui concerne le contrat passé entre la Société du

permet de penser que la nouvelle fondation répondra aux espérances de ceux qui en préparent l'organisation.

Mais il est bien évident que l'Association générale qui n'est autre que le fédération des Sociétés locales et qui ne peut vivre que grâce aux subventions qu'elle centralise, ne saurait admettre les prétentions de la Société du Rhône. Elle peut, il est vrai, se passer d'elle et des 350 fr. qu'elle lui versait annuellement. Mais elle suivra avec intérêt le fonctionnement de cette Société qui n'a aujourd'hui qu'environ cent mille francs de capital et qui sait donner tant d'intérêt à ses assemblées annuelles que sur 260 membres elle n'a pu réunir que 59 médecins assez inconnus d'ailleurs (tous les médecins ayant une situation officielle s'étant abstenus) pour voter sa séparation de l'Association générale.

Je dis *séparation* sans épithète, car il me semble bien difficile que l'assemblée générale de 1896 désigne sous un autre nom l'acte par lequel la Société du Rhône a prétendu se distinguer des autres Sociétés locales. Reste à savoir ce que décideront ensuite et le conseil général de l'Association et ceux des médecins lyonnais qui ont refusé de se rendre à la convocation du bureau de leur Société et qui, si nous en croyons les lettres qu'ils nous ont adressées, sont loin de partager les idées qui ont été émises et le triste exemple qui a été donné dans la séance du 25 mai dernier.

L. Lereboullet.

REVUE GÉNÉRALE

Les dangers du lait et le moyen d'y remédier par la stérilisation.

Depuis le jour où les progrès de la bactériologie ont permis de découvrir les causes multiples qui engendrent les maladies dues à l'usage d'un lait contaminé, on a cherché les moyens de remédier aux dangers que tant d'individus encourent de ce chef, et l'on est parvenu à ce but en préconisant la stérilisation du lait. Bien que de nombreux travaux sur cette question aient vu le jour dans ces dernières années, il ne nous semble pas inutile de la traiter à nouveau et d'établir le bilan des résultats acquis tant au point de vue de l'étude des différents modes d'infection du lait qu'à celui des moyens prophylactiques.

Le lait de vache, tel qu'on le trouve dans le commerce, est toujours impur. Il peut être dangereux du fait de l'alimentation donnée aux animaux ou des substances que les nourrisseurs et les intermédiaires y ajoutent dans un but de lucre, ou bien encore lorsque la vache est atteinte d'une maladie infectieuse. Alors même que l'alimentation est irréprochable, que le lait est vendu sans avoir été l'objet d'aucune falsification, et qu'enfin l'animal est parfaitement sain, il constitue néanmoins une source redoutable d'infection, de par la présence des innombrables micro-organismes qu'il renferme.

Le danger menace tous ceux qui font usage du lait, mais il est particulièrement à craindre pour les enfants dont l'organisme présente un moindre degré de résistance, leur appareil digestif étant moins apte que celui des adultes à réagir contre l'invasion microbienne.

Rhône et l'Association générale. La lettre du Président de la Société du Rhône prouve qu'à diverses reprises le conseil général a fait des offres de subvention qui ont toujours été repoussées.

Le lait de vache peut donc être dangereux : 1° par l'alimentation donnée aux animaux ;

2° Par les substances étrangères qu'on y ajoute ;

3° Par l'infection résultant d'une maladie de la vache ;

4° Par une infection secondaire.

Celle-ci est la source la plus fréquente des accidents ; c'est contre elle principalement qu'il est nécessaire de se prémunir.

1° *Dangers résultant de l'alimentation donnée aux animaux.* — Les vaches peuvent trouver dans leur pâture différentes plantes qui rendent le lait dangereux à des degrés divers.

Nous ne ferons que signaler celles qui modifient la coloration du lait, comme le galium verum, le rubia tinctorium qui le colorent en rouge pâle, le butonus umbellatus, le mercurialis perennis qui le colorent en bleu.

La coloration anormale prévient contre l'usage de ce lait et suffit à le faire rejeter de la consommation ; d'ailleurs il n'est pas autrement nuisible.

D'autres plantes altèrent non plus la coloration du lait mais sa saveur ; telles la gratiola officinalis, l'alium circinum, l'artemisia absinthum, le zea maïs, etc. Le lait dans ces conditions est d'un goût désagréable, mais il n'est pas dangereux, car sa composition n'est pas altérée.

Le lait devient dangereux quand les vaches absorbent des plantes qui contiennent des principes toxiques, telles les euphorbes, les renoncules, l'aconit, le colchique, etc.

Enfin, il est sensiblement modifié dans sa composition quand on ajoute à la nourriture des vaches des drèches, des tourteaux, des résidus de mélasse, etc. Demme a vu des enfants nourris avec du lait provenant de vaches soumises à ce mode d'alimentation, succomber après avoir présenté des symptômes de gastro-entérite. Ce lait se putréfie rapidement après la traite.

2° *Dangers résultant de l'addition au lait de substances étrangères.* — Parmi ces substances les unes sont ajoutées au lait dans le but de le rendre moins altérable, les autres dans le but coupable de le falsifier.

Parmi les premières les plus employées sont : le bicarbonate de soude, l'acide salicylique, le borax. A doses faibles les deux dernières substances n'ont pas l'action antiseptique que l'on cherche ; par contre, elles peuvent déjà déterminer des troubles digestifs. A doses élevées leur action est encore contestable, tout en devenant très nuisible pour l'organisme.

Quant aux différentes substances que l'on ajoute au lait pour lui donner les apparences d'un lait riche en matériaux solides, il est inutile de les énumérer, n'ayant pas l'intention d'étudier ici les falsifications du lait qui sont aujourd'hui bien connues.

L'addition d'eau au lait est une cause de dangers à laquelle on n'échappe guère ; non seulement le lait perd par le mouillage une partie de ses qualités nutritives, mais il peut encore s'infecter secondairement si l'eau dont il est coupé est une eau impure, riche en microbes pathogènes, ainsi que le fait est si fréquent dans les fermes où l'on se sert d'eau provenant de mares ou de puits ayant subi des infiltrations.

3° *Dangers résultant d'une maladie infectieuse de la vache.* — La tuberculose est la maladie la plus redoutable et aussi le plus fréquemment transmise par la vache. Depuis les travaux de Gerlach, de Bang, de Bœllinger, d'Ernst, etc., la transmission de la tuberculose par le lait est aujourd'hui hors de toute contestation. Le lait de vache est fréquemment infectant même quand la mamelle est saine (Ernst), même quand l'animal n'est atteint que de lésions viscérales localisées.

La fièvre aphteuse se transmet aussi de la vache à l'homme. David, Proust, etc., ont recueilli des cas de transmission assez nombreux.

On a accusé le lait de pouvoir transmettre la scarlatine. En Angleterre, on a signalé des épidémies de scarlatine survenue chez des personnes recevant toutes du lait de même provenance et Klein aurait pu provoquer chez les vaches une maladie analogue à la scarlatine, par voie d'inoculation.

La bactéridie charbonneuse peut passer dans le lait d'une vache atteinte de pustule maligne.

4° *Dangers d'une infection secondaire.* — Outre les microbes pathogènes provenant de l'animal atteint d'une maladie infectieuse, le lait en contient souvent qui sont le fait de l'addition d'une eau impure. Celui que l'on trouve le plus fréquemment dans le lait est le bacille d'Eberth; en 1870, à Islington, Ballard a vu 108 cas de fièvre typhoïde se produire dans la clientèle d'un laitier qui était atteint de cette maladie. Le simple rinçage avec une eau contaminée des bidons qui contiennent le lait peut être l'origine de l'infection du lait.

Le bacille du choléra ne peut vivre que très peu de temps dans le lait; dès que la réaction de ce liquide devient acide, il disparaît.

Les agents de la suppuration, streptocoques et staphylocoques, se rencontrent fréquemment dans le lait; cela tient sans doute à ce qu'ils sont les hôtes habituels de la peau et sont entraînés dans le lait au moment de la traite. Normalement, ils ne paraissent pas déterminer de désordres; ils sont dans le lait en saprophytes et sont sans doute détruits par les sucs digestifs. Dans quelques cas ils existent en grande quantité dans le lait; c'est alors que l'animal est atteint d'une lésion suppurative des mamelles. On conçoit que l'ingestion d'un lait qui est une véritable culture virulente ne soit pas sans présenter de graves dangers. Brown a vu un laitier traire une vache dont le pis donnait du pus, sans qu'il se doutât le moins du monde de la nature du liquide retiré.

S'il n'est pas permis de nier les dangers de l'infection du lait par les microbes pathogènes que nous venons de citer, il faut bien savoir que le véritable danger du lait réside dans la présence des microbes saprophytes qui s'y trouvent constamment contenus. En effet, la présence des premiers n'est en somme qu'accidentelle; les seconds au contraire sont des éléments dont l'existence dans le lait est inévitable.

Ainsi que le dit en d'excellents termes M. Rodet (*Lyon médical*, 1895) « le lait est, en somme, une partie d'un organisme, rejetée dans le monde extérieur, qui, si elle n'est pas utilisée par un autre organisme, ou protégée par une intervention toute spéciale, doit faire retour au monde minéral par la série des mutations chimiques qui constituent les fermentations et la putréfaction. C'est le plan de la nature; et, pour y satisfaire, les agents de ces opérations chimiques sont répandus partout, prêts à attaquer le lait comme toute matière organique privée de vie. Le lait se prête d'ailleurs admirablement à la pullulation des microbes saprophytes : c'est un excellent milieu de culture; on conçoit donc que les premiers éléments qui y élèvent domicile après sa sortie de la mamelle y prolifèrent avec une très grande activité.

» Ces germes de fermentation, le lait les rencontre dans toutes les étapes qu'il parcourt en dehors de l'organisme. Tout au début de ces étapes, à son issue même de la glande mammaire, il recueille des germes qui pullulent sur les mamelons et pénètrent même un peu dans les canaux galactophores; de telle sorte qu'on peut dire que le monde extérieur commence pour le lait dans la partie périphérique de l'organe qui le produit. En effet, si l'on analyse le lait contenu dans une mamelle un certain temps après la traite, on voit que les premières portions recueillies renferment des microbes, en nombre d'autant plus grand qu'un plus long temps s'est écoulé depuis la dernière traite; mais bientôt (après quelques centimètres cubes seulement, d'après Lehmann et Hoffmann), il se montre privé de germes et tout le lait de la profondeur est stérile, conformément à l'ancienne assertion de Chamberland. »

Le lait, une fois sorti de l'organisme, contient un nombre prodigieux de saprophytes qui ont été étudiés par Duclaux, Hüppe, Lœffler, Adametz, etc.

La flore microbienne du lait n'est cependant encore qu'imparfaitement connue et il règne une certaine confusion dans la nomenclature des espèces, des noms différents ayant été attribués à une seule et même espèce.

Les premiers germes qui infectent le lait à sa sortie de la glande mammaire sont recueillis sur le mamelon et même à la partie terminale des canaux galactophores; le lait contenu dans la profondeur est stérile tandis que les premières parties de lait recueilli renferment des germes en nombre d'autant plus grand qu'un plus long temps s'est écoulé depuis la dernière traite.

Le nombre des germes que l'on l'on peut trouver dans le lait est considérable; Cnopf, dans le lait d'une étable bien tenue, a trouvé, peu de temps après la traite, 60,000 à 100,000 germes par cent. cubes, et cinq à six heures après la traite 208,000 à 6000. M. Rodet a trouvé dans un échantillon de lait 424,000 germes par cent. cubes en hiver, et en juillet dans du lait de même provenance 2,000,000; la température a une influence énorme sur le développement des germes; il est inutile d'insister sur ce point.

La classification la plus rationnelle est celle que l'on peut établir d'après la nature des modifications chimiques que les germes font subir au lait; or la plupart de ces modifications ont pour résultat final la *coagulation* du lait; mais tous ne réalisent pas cette altération par le même mécanisme; la caséine peut être en effet coagulée soit par les acides, soit en l'absence de toute réaction acide. Les microbes qui coagulent la caséine en donnant lieu à la production d'acides sont les ferments du sucre de lait; les plus connus sont le *ferment lactique* de Pasteur et le bacillus coli-communis ainsi que le *bacillus lactis ærogenes*, ces deux derniers étant des hôtes normaux de l'intestin. Le vibrion cholérique et le staphylocoque sont également des microbes acidifiants.

Les microbes du second groupe sont nombreux. Citons parmi eux le *bacillus mesentericus vulgatus* (bacille de la pomme de terre), le *bacillus subtilis*, le bacillus *butyricus* (de Hüppe), le *vibrion butyrique* de Pasteur, les *tyrothrix* décrits par Duclaux; ces différents types microbiens présentent entre eux les plus grandes analogies. De même que certains microbes pathogènes décomposent le sucre de lait, de même d'autres microbes pathogènes comme le streptocoque et le bacille du charbon coagulent le lait, sans l'acidifier. Les premiers transforment la lactose en acide lactique, et produisent indirectement la coagulation de la caséine quand le lait est arrivé à un certain degré d'acidité. Les seconds agissent directement sur la caséine au moyen d'un ferment soluble qui coagule la caséine, dans un milieu neutre ou même alcalin, à la manière du ferment lab ou ferment de présure que fabrique l'estomac. Les microbes de ce groupe ne se bornent pas à coaguler la caséine, ils la dissolvent quand elle s'est précipitée, car ils ont pour fonction de transformer en peptone les substances albuminoïdes. Le caillot est moins volumineux, sans doute parce que la phase de destruction est plus ou moins contemporaine de la phase de coagulation. Le

résultat final est un processus de putréfaction, production d'acide butyrique, de gaz, etc.

Bien que le mécanisme d'action des deux espèces de microbes que nous venons de signaler soit distinct, ces espèces s'associent néanmoins dans les conditions ordinaires; la fermentation lactique est la première en date, puis la fermentation albuminoïde entre en scène à son tour.

D'autre microbes font encore subir au lait des modifications beaucoup moins importantes que les précédentes : certains colorent le lait comme le *bacillus cyanogenus* ou bacille du lait bleu, comme le *bacillus prodigiosus* (bacille du lait rouge), etc.; d'autres le rendent filant. Ces microbes, ainsi que les chromogènes, se rencontrent très rarement et d'ailleurs ne possèdent pas de propriétés pathogènes.

Il n'en est pas de même des agents de fermentations qui, s'ils méritent le nom de saprophytes (ferments de la matière morte), n'en sont pas moins nuisibles pour l'organisme vivant, particulièrement chez l'enfant.

Ils sont nuisibles en ce qu'ils modifient le processus normal de la digestion et surtout en ce qu'ils introduisent dans l'intestin des toxines qui de là peuvent se répandre dans l'économie tout entière. Dans l'immense majorité des cas les troubles gastro-intestinaux de l'enfance, depuis les formes les plus légères jusqu'aux formes les plus graves (choléra infantile), sont la résultante de l'usage d'un lait contaminé. Ainsi que le dit M. Rodet, « il n'y a pas à chercher un type microbien pour chaque forme d'accidents. Peut-être faut-il admettre pour certaines diarrhées vertes un microbe spécial; mais, pour le plus grand nombre des accidents, même dans leur forme intense de choléra infantile, il faut simplement incriminer l'ensemble des microbes ordinaires du lait, qui associent leur action, et peuvent déterminer des troubles divers par la combinaison variée d'influences multiples... Ce qui doit être bien mis en relief, c'est l'importance du nombre; la quantité prime ici la qualité. Nous avons affaire à des espèces microbiennes au fond fort peu puissantes contre l'organisme, totalement inoffensives si l'attaque n'est faite que par un petit nombre d'individus (et en cela elles se distinguent des pathogènes vrais): le danger est essentiellement lié au nombre prodigieux des assaillants, et à l'association de plusieurs espèces qui combinent leur attaque. Si cette population microbienne du lait paraît inoffensive lorsqu'il est consommé par un adulte, c'est que l'appareil digestif est certainement moins résistant chez le nourrisson. Nous sommes mal fixés, il est vrai, sur les causes de cette moindre résistance; mais nous savons au moins que l'acidité du suc gastrique, un des principaux moyens de défense de l'appareil digestif, est beaucoup moins développée chez le tout jeune enfant que chez l'adulte. »

Pour obvier aux dangers qu'offre la contamination microbienne du lait il faut:

1° recueillir le lait dans des conditions telles qu'il soit à l'abri de toute souillure;

2° Remédier à la contamination effectuée.

1° Il serait sans doute plus logique d'employer les moyens préventifs permettant de recueillir un lait parfaitement stérile, mais c'est là un idéal irréalisable, car il est impossible d'obtenir que le lait soit recueilli après lavage du pis de la vache, des mains de l'opérateur et des récipients.

D'ailleurs le lait peut être déjà contaminé par un microbe pathogène, c'est-à-dire par le bacille de Koch; or, des vaches en apparence parfaitement saines peuvent être tuberculeuses et susceptibles par suite de donner un lait infecté.

2° On est donc réduit à stériliser le lait contaminé.

Pour cela trois sortes de moyens ont été proposés : les moyens mécaniques, chimiques et physiques.

Les *moyens mécaniques* consistent dans la filtration qui n'est efficace qu'à l'égard des souillures grossières, et la centrifugation qui permet de séparer une partie des microbes, mais une partie seulement ; ce dernier procédé ne serait pratique que si le lait était consommé immédiatement après l'opération.

Les *moyens chimiques* ne peuvent être cités que pour être condamnés. En effet, si l'addition de bicarbonate de soude retarde la coagulation en saturant l'acide lactique, en réalité c'est un moyen non seulement inutile mais encore dangereux, car il permet au lait de supporter sans se coaguler une souillure microbienne plus grande encore que celle du lait non alcalinisé. « J'ai fait un jour, dit M. Rodet, l'analyse quantitative d'un lait commercial dans lequel j'avais de très bonnes raisons de soupçonner la présence du bicarbonate de soude : j'y ai trouvé 2 millions de germes par centimètre cube. Je dis au fournisseur que j'avais reconnu dans son lait la présence du bicarbonate de soude, et lui recommandai de me le donner sans adultération ; les jours suivants, je reconnus qu'il en avait été tenu compte, et l'analyse bactériologique ne me donna plus que 330,000 germes par centimètre cube. Ce moyen chimique doit être rejeté ; c'est une véritable adultération. »

Quant aux corps antiseptiques susceptibles de stériliser le lait, sans être nuisibles pour la santé, ils sont encore à trouver.

Moyens physiques. — Le seul moyen à la fois efficace et pratique pour la stérilisation du lait est la chaleur. On a bien essayé de stériliser le lait par la congélation, mais on a reconnu qu'elle ne détruisait pas les germes, qu'elle gênait simplement leur développement.

C'est donc à la chaleur que l'on demande la stérilisation du lait. Il est à remarquer que ce sont les microbes pathogènes qui résistent le moins à l'action de la chaleur ; ainsi le bacille d'Eberth et le vibrion cholérique sont facilement tués par une température de 80° ; le bacille de Koch est également détruit à 80° ou même 70°, à la condition que l'action de la chaleur soit suffisamment prolongée.

Au contraire, les saprophytes résistent davantage à ces températures ; si le ferment lactique est détruit à 100° ou même à une température uniformément maintenue de 75 à 80°, il n'en est pas de même des ferments des albuminoïdes (bacillus subtilis, bacillus butyricus et surtout bacillus mesentericus) ; à la vérité, ces microbes sont détruits à la température de l'ébullition, mais leurs spores résistent. Emma Strub a constaté que les spores du bacillus mesentericus vulgatus résistaient au chauffage à 100° continué pendant plus de deux heures ; la destruction de ces spores exige une température de 110° à 120°.

En somme, le chauffage à 100° ne détruit qu'une partie des ferments du lait ; le lait est à l'abri de la fermentation lactique, mais les ferments des albuminoïdes continuent leur œuvre, dissolvent la caséine et donnent lieu au processus de la putréfaction.

Il existe trois modes d'application de la chaleur à la stérilisation du lait : 1° la stérilisation proprement dite, au cours de laquelle le lait est soumis à des températures de 110 à 115° ; 2° la pasteurisation qui consiste en un chauffage du lait à une température modérée de 75 à 80°, suivi d'un refroidissement aussi rapide que possible ; 3° le chauffage à 100°.

1° Le premier procédé, celui qui soumet le lait à la température de 110° à 115°, mérite le nom de *stérilisation proprement dite*. Il est d'une efficacité parfaite ;

grâce à lui microbes et spores sont entièrement détruits et le lait ainsi traité se conserve indéfiniment.

2° La *pasteurisation*, ainsi dénommée en raison de son analogie avec la méthode de conservation du vin et de la bière préconisée par Pasteur, n'a au contraire qu'une efficacité des plus relatives. Sans doute elle permet de détruire les microbes pathogènes, notamment le bacille de Koch, et d'autre part de détruire les ferments du sucre de lait, mais elle ne réalise pas une stérilisation parfaite car nombre de germes survivent encore dans le lait pasteurisé.

3° Le *chauffage à* 100° détruit aussi la plupart des germes sauf les ferments de la caséine. Il est nécessaire que l'ébullition soit suffisamment prolongée; sa puissance de stérilisation se mesure à sa durée d'application.

De ces trois procédés le premier est évidemment celui que l'on devrait préférer; mais il exige des appareils spéciaux, de même que la mise en pratique de la pasteurisation; aussi la stérilisation par le chauffage à 100° ou des températures très voisines est-elle universellement adoptée, en raison de ses facilités d'application.

On peut la réaliser par le chauffage direct (ébullition) ou par le chauffage dans le bain à 100°; avec ce dernier procédé il y a moins de perte d'eau, moins de condensation et de séparation de la crème qu'avec l'ébullition à l'air libre. Le plus connu et le plus simple des appareils qui permettent le chauffage au bain-marie est l'appareil de Soxhlet (Münch. Méd. Woch., n[os] 19 et 20, 1891); tous les autres appareils n'en sont que des variantes; celui de Gentile est très employé en France. Le lait est réparti en petits flacons dont chacun contient la quantité de lait nécessaire pour un repas, ces flacons sont placés dans un support qui plonge dans une bassine qu'on ferme et qui est remplie d'eau portée à la température de l'ébullition; la hauteur de l'eau du bain-marie ne doit pas dépasser la moitié de la bouteille. Quinze minutes d'ébullition suffisent. Il importe qu'il y ait uniformité de température entre l'eau bouillante et l'atmosphère sus-jacente; cette uniformité est en effet nécessaire pour la stérilisation des parties supérieures des flacons; pour cela la bassine doit être fermée avec soin. Chaque flacon est obturé par un disque en caoutchouc qui permet l'issue de l'air dilaté et de la vapeur pendant le chauffage et s'applique hermétiquement sur le flacon quand le lait se refroidit. Les flacons qui contiennent le lait doivent être chaque jour stérilisés à l'eau bouillante.

Modifications du lait sous l'influence de la stérilisation. — La stérilisation du lait par le procédé de Soxhlet ne modifie que dans une faible mesure les qualités physiques et chimiques du lait. La saveur du lait est plus agréable que celle du lait bouilli et surtout du lait stérilisé par un chauffage intensif; la condensation des matières grasses est beaucoup moins marquée également.

On a dit que le lait stérilisé était moins bien digéré; d'après Ellenberger et Hofmeister le lait stérilisé ne se coagulerait dans l'estomac que d'une façon incomplète et trop rapide; d'autre part l'assimilation de ce lait serait défectueuse, car le résidu fécal montre des matériaux non assimilés (azotés et gras) plus abondants que dans l'alimentation par le lait cru. Les recherches récentes de Bendix (1894 et 1895) sont en opposition avec ces assertions; elles montrent que chez l'enfant bien portant l'assimilation de l'azote et des graisses du lait stérilisé s'effectue comme celle du lait cru ou bouilli. D'ailleurs les recherches de Chavanne ont montré que le lait stérilisé par le chauffage à 100° donne des granulations de caséine plus fines que les autres, ce qui est tout à l'avantage de ce lait, au point de vue de la digestibilité.

Avantages de l'usage du lait stérilisé. — L'utilité de l'alimentation par le lait stérilisé n'est plus à démontrer. Chez les enfants qui ne peuvent bénéficier de l'allaitement maternel, l'emploi du lait stérilisé s'impose; il permet de prévenir les troubles gastro-intestinaux si fréquents chez les enfants nourris au biberon.

M. Budin (Académie de médecine, 1892) a communiqué à l'Académie de médecine une statistique bien propre à mettre en lumière les avantages du lait stérilisé; aucun enfant nourri avec ce lait n'a présenté de diarrhée ou d'autres troubles digestifs.

L'heureuse influence du lait stérilisé ne s'exerce pas seulement à titre préventif; celui-ci est héroïque dans tous les cas de dyspepsie infantile aiguë ou chronique, dans toutes les diarrhées, dans les états cachectiques (tuberculose en particulier), dans la syphilis qui prédispose particulièrement l'enfant aux troubles digestifs, etc.

G. Lyon.

1893

Budin et Chavane, Académie de médecine, 25 juillet.
Carstens, *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, vol. 36, p. 144.
Boissard, *France médicale*, 25 août, n° 34, p. 530.
Chavane, Thèse de Paris.

1894

Freeman, *Archiv. of Pediatrie*, février.
Bendix, *Jarhbuch für Kinderheilkunde*, vol. 38, p. 393.
Ledé, *Semaine médicale*, n° 21.
Gilbert et Dominici, *Semaine médicale*, n° 17.
Baginsky, *Berliner klinische Wochenschrift*, n° 44.

1895

Rodet, *Lyon médical*.
Troitzky, *Archiv. für Kinderheilkunde*, vol. 18, fasc. 5 et 6, p. 421
Bendix, *Berliner klinische Wochenschrift*, n° 15, p. 320.

TRAVAUX ORIGINAUX

Tabes et paralysie générale, Observation recueillie et publiée par le D[r] H. Hannion, ancien interne des asiles de la Seine (2).

(*Suite*).

Etat physique dans le service. — Nous ne reviendrons pas sur les symptômes physiques constatés à l'entrée de la malade ou relevés dans les anamnestiques.

Dans le service elle fut presque toujours agitée, mais surtout bavarde et bruyante en paroles.

A partir du 9 février 1893 elle s'affaiblit rapidement. La marche et la station debout devinrent impossibles et l'on fut obligé de la tenir couchée à l'infirmerie.

Le 12 février nous notons que le teint est jaunâtre et des vomissements apparaissent avec la diarrhée.

Des vomissements bilieux abondants se montrent également les 18, 19 et 20 mars.

Le 23 mars, nous constatons un certain degré de parésie du facial inférieur du côté droit. La commissure labiale droite est assez fortement abaissée. Cet abaissement s'accuse d'avantage dans le rire et les mouvements occasionnés par la parole. Il n'est pas accompagné de déviation de la langue.

Le 29 avril, il y a de la céphalalgie frontale.

Le 1[er] mai, pour la première fois, notre attention est attirée du côté de la main gauche de la malade. Les deux derniers doigts sont dans une flexion assez marquée. La phalangette est fléchie sur la phalangine, la phalangine sur la phalange et celle-ci sur le métacarpien correspondant. On peut les étendre très facilement, mais dès qu'on les abandonne ils reviennent à leur première position, brusquement comme s'ils étaient mus par un ressort.

Le 10 mai, cette note est complétée. La flexion des deux derniers doigts est plus accusée et paraît menacer le médius. En même temps, il existe une atrophie notable des interosseux. Le 1er interosseux semble avoir disparu totalement, et à sa place on trouve une salière profonde. Les 2e, 3e et 4e métacarpiens sont également séparés par des dépressions beaucoup plus marquées que du côté opposé où il ne paraît y avoir que de l'amaigrissement.

L'éminence hypothénar est atteinte quoique d'une façon moins visible.

L'avant-bras gauche, surtout à sa partie interne, est sensiblement diminué de volume. Enfin, la main gauche ne peut se maintenir en demi-extension sur l'avant-bras et retombe constamment en flexion.

En résumé, il existe du côté gauche une atrophie des muscles compris particulièrement dans la sphère du cubital.

A dater du 1er mai, l'état général va s'empirant, la peau est d'apparence terreuse et l'affaiblissement progressif. Il existe une fièvre assez vive avec un peu de diarrhée. Cependant l'appétit est à peu près conservé et il n'y a pas de complications pulmonaires.

La malade urine constamment sous elle en abondance. Elle n'a jamais été sondée et ses urines n'ont pas été recueillies, notre attention n'ayant jamais été attirée de ce côté ni par les infirmières ni par la malade elle-même. Sans cette lacune nous aurions eu, comme nous le verrons à l'autopsie, l'explication de la fièvre et de la cachexie aiguë qui l'accompagnait.

Le 10 mai, les eschares sacrées qui s'étaient montrées vers le mois de février et s'étaient cicatrisées, se rouvrent de nouveau. De plus, apparaissent sur le périnée, les grandes et les petites lèvres, de petites ulcérations nombreuses, grisâtres, lenticulaires, reposant, les unes sur un fond infiltré, les autres sur des tissus souples et pouvant être considérées comme des troubles trophiques.

Le 13 mai, la malade est très affaiblie, elle a poussé toute la nuit des gémissements plaintifs.

Mort le 14 mai.

Autopsie le 15 mai (24 heures après la mort). — *Cavité crânienne.* — Rien à noter du côté des parois osseuses ou de la dure-mère.

Le cerveau a une consistance assez ferme. Il ne s'affaisse pas après avoir été retiré du crâne. Les ventricules latéraux n'offrent ni dilatation ni granulations; leurs parois sont minces et transparentes.

Pas d'athérome des artères de la base.

Les méninges (pie-mère et arachnoïde) sont minces, plutôt anémiées, sans plaques d'épaississement, sans inflammation.

La décortication se fait presque partout normalement. Sur deux ou trois points des circonvolutions frontales, on enlève de la substance corticale, mais les érosions ainsi produites n'ont pas de caractères pathologiques d'une valeur absolue. En effet, ces érosions sont superficielles et très étendues; à leur niveau, on ne voit point de lésion des méninges, de sorte qu'il est difficile de les considérer avec certitude comme relevant d'une méningo-encéphalite. Le cerveau n'offre pas de signes de putréfaction, mais celle-ci est constatée ailleurs et l'autopsie a été faite 24 heures après la mort dans des conditions atmosphériques défavorables.

A la coupe, il y a un certain degré de congestion du cerveau, caractérisée par des points rouges correspondant à des vaisseaux dilatés.

Le bulbe est hyperhémié. Les parois du 4e ventricule sont lisses et sans granulations.

La moelle ne montre pas à la vue d'atrophie des racines postérieures.

Teinte grise dans les cordons postérieurs et latéraux.

Les cornes sont hyperhémiées.

Cavité thoracique. — Les poumons sont légèrement emphysémateux. Il n'y a ni broncho-pneumonie ni congestion notable. Pas de tuberculose.

Le cœur est sain, de moyen volume sans lésions valvulaires. Les ventricules contiennent des caillots datant de l'agonie qui a été longue.

L'aorte est saine.

Pas d'épanchement pleural.

Cavité abdominale. — Le foie est assez gros, rouge vit avec des points jaunâtres. Sa surface est lisse. Pas de plaques de décoloration.

La rate est notablement augmentée de volume, légèrement diffluente.

L'estomac et l'intestin sont normaux.

Les reins sont très volumineux, doubles du volume normal environ. Le tissu conjonctif qui les entoure est œdématié. Leur coloration est rouge lie-de-vin. Sur les coupes on constate des lésions profondes correspondant à la néphrite suppurative ascendante.

Les bassinets sont dilatés et contiennent un liquide séro-purulent. Leurs parois sont rouge lie-de-vin, fortement injectées avec de larges plaques ecchymotiques.

La substance corticale, très augmentée de volume, est rougeâtre, ramollie sur plusieurs points et présente çà et là des granulations purulentes du volume d'une tête d'épingle sous forme d'amas. Dans ces points, le tissu est rouge foncé, ramolli et ecchymotique. La substance médullaire est fortement hyperhémiée.

La vessie offre de l'épaississement et des lésions de cystite chronique.

Membres supérieurs. — Les muscles de l'éminence hypothénar sont grêles du côté gauche. Leur coloration est pâle. Ceux de l'éminence thénar sont également diminués de volume surtout l'adducteur du pouce. De même pour les interosseux. Les muscles de l'avnt-bras du même côté sont normaux.

En résumé, il existe une atrophie prononcée dans les muscles de la main qui sont innervés par le cubital. Ce nerf, à la vue, est grêle.

Examen histologique. — *Cerveau. Préparations fraîches.* — Diapédèse considérable et confluente sur plusieurs artérioles. Sur les vaisseaux de moyen calibre également. Cellules fortement granuleuses et pigmentées en jaune d'ocre.

Moelle cervicale. — On constate une sclérose des cordons postérieurs dans toute leur étendue. Au milieu du tissu scléreux on trouve encore beaucoup de tubes nerveux sains avec cylindres d'axe conservés et bien colorés. La lésion consiste dans un épaississement du tissu névroglique.

La zone qui avoisine la commissure et les deux zones internes de Lissaner sont moins altérées. Dans ces points, l'épaississement névralgique est très léger, les tubes nerveux sont conservés en grand nombre. Les vaisseaux ne sont ni dilatés ni gorgés de sang. Leurs parois, pour les plus volumineux, sont épaissis dans les points les plus sclérosés.

Dans les cordons latéraux on trouve un épaississement notable des travées conjonctives de cloisonnement et, dans les espaces qu'elles limitent, une sclérose diffuse laissant intacte la grande majorité des tubes nerveux.

Dans les points où cette sclérose est surtout marquée, on contate à un fort grossissement que les tubes nerveux d'assez gros calibre sont peu nombreux, tandis qu'il y a beaucoup de tubes extrêmement grêles dont on voit cependant le cylindre d'axe vivement coloré en rouge. La myéline qui entoure ces cylindres grêles existe, mais elle est difficile à reconnaître. Dans tous les points, la myéline de ces petits tubes semble se colorer en rose et être altérée.

Les noyaux névrogliques sont volumineux, très vivement colorés et multipliés. Les mêmes lésions existent à un fort grossissement dans les les cordons postérieurs. Les cellules des cornes antérieures sont, des deux côtés, en nombre très restreint dans le groupe externe, il n'y en a que trois, petites et atrophiées. Partout le protoplasma s'y colore en rouge vif par le picro-carmin, ce qui rend le noyau mal visible.

Moelle dsrsale. — Sclérose des cordons postérieurs dans la même limite que dans la région cervicale. La sclérose offre la même forme anatomique et la même distribution. Les cordons latéraux sont beaucoup moins touchés que dans la région cervicale, ce qui explique que la lésion y est fort légère.

Dans les colonnes de Clarke ainsi que dans les cornes antérieures, les cellules sont diminuées de nombre.

Les racines spinales postérieures offrent de nombreux tubes très grêles.

Moelle lombaire. — La sclérose n'existe ici que dans les cordons postérieurs les plus périphériques et où elle s'accompagne d'épaississement des tuniques artérielles et surtout de l'artériole occupant la cloison qui est très hypertrophiée. Les autres parties (cordons latéraux et cellules des cornes) sont saines.

Les racines postérieures montrent de nombreux tubes en atrophie simple.

Nerf cubital. — Ce nerf est en voie de dégénérescence parenchymateuse avec lésions du tissu connectif qui est fortement épaissi et présence de gaînes vides.

Muscles de la main gauche (*Sphère du cubital*). — On constate que les fibres des muscles de l'éminence hypothénar sont très grêles, en état d'atrophie simple. La striation y est bien conservée. Ces fibres grêles sont très abondantes et constituent les faisceaux (?) de ces muscles. L'atrophie dégénérative existe également, mais on ne la rencontre que dans quelques faisceaux. Elle est caractérisée par la multiplication des noyaux de ces muscles, par la dégénérescence et l'atrophie des fibres musculaires sur lesquelles il n'y a plus de striation, par la sclérose voisine.

Dans les faisceaux où existe l'atrophie simple, il y a un léger degré de sclérose.

Si maintenant nous voulons résumer, avant de conclure, les principaux points de cette observation, nous voyons d'abord qu'au moment de l'entrée de la malade dans le service, les premiers symptômes dataient de 5 ans et que durant les quatre premières années, ils furent de ceux qu'on a coutume de rencontrer dans l'ataxie locomotrice, au point de rendre impossible durant cette première période, tout autre diagnostic que celui-là.

Quatre ans après le début apparurent seulement des phénomènes d'origine cérébrale, physiques et psychiques, ne permettant pas de douter à ce moment de l'existence de paralysie générale.

Les deux diagnotics placés en tête de l'observation doivent être considérés comme deux jalons marquant les deux étapes si franchement distinctes que parcourut l'affection. Mais en réalité, en présence des deux ordres de symptômes coexistants, on dut se demander s'il s'agissait d'un seul processus, l'encéphalite chronique diffuse, ayant débuté par les phénomènes médullaires, ou de deux processus superposés, celui du tabes franc d'abord, et celui de la paralysie générale ensuite, étant admise, bien entendu, avec MM. Ballet et Joffroy, leur dualité de nature.

Or, ni dans l'analyse de chaque symptôme en particulier ni dans l'étude de leur ensemble, on ne pouvait trouver de raison militant en faveur de l'une plutôt que de l'autre hypothèse. Les douleurs fulgurantes s'étaient montrées assez vives pour motiver l'entrée de la malade à l'hôpital de la Pitié. Elles persistèrent avec toute leur intensité pendant quatre ans et si elles ne disparurent pas complètement dans le service, elles furent tout au moins dominées par le délire, mais leur existence comme celle des autres phénomènes tabétiques dont elles s'accompagnaient, tout en justifiant le diagnostic de tabes pendant un laps de temps assez considérable, n'était pas en contradiction avec celui de paralysie générale, à début médullaire.

D'autre part, l'apparition des signes de cette dernière, à un certain moment, n'était pas un motif suffisant pour annuler le diagnostic de la première affection, si on admet la possibilité de leur association.

La durée de la première période n'était pas non plus de nature à nous tirer d'embarras, car au bout de quatre ans, on n'était pas plus en droit de déclarer cette association impossible que d'affirmer son existence et s'il était permis alors d'attribuer à la paralysie générale les symptômes médullaires du début, on pouvait persister également à les considérer comme dépendant d'un tabes vrai.

La clinique seule se montrait donc impuissante de trancher la difficulté. Elle affirmait bien l'existence de l'encéphalite, mais restait muette sur celle de l'ataxie locomotrice progressive.

En raison même de cet état de choses, l'examen anatomique offrait un intérêt tout particulier. Quelle conclusion allait-on pouvoir en tirer? Y avait-il oui ou non tabes?

Pour jeter un rapide coup d'œil sur les résultats fournis par cet examen, nous ferons d'abord remarquer que la mort fut causée par une affection intercurrente à savoir : une pyélo-néphrite d'origine vésicale qui, grâce à l'état de démence de la malade, demeura ignorée pendant la vie.

Le cerveau, à l'œil nu, ne présentait pas de lésions absolument caractéristiques. On constatait, il est vrai, des adhérences sur plusieurs points du lobe frontal, mais en raison des conditions atmosphériques défectueuses dans lesquelles avait été faite l'autopsie, et en raison également de l'absence de congestion et d'épaississement des méninges, de l'absence de granulations et d'hydropisie ventriculaire et de la fermeté de la substance cérébrale, la signification de ces adhérences restait douteuse.

L'étude microscopique prouva cependant qu'il s'agissait bien réellement d'une encéphalite diffuse. Le diagnostic clinique de paralysie générale etait confirmé.

Les altérations histologiques de la moelle considérées dans leur ensemble présentent les particularités suivantes :

1° Elles sont d'autant moins marquées qu'on descend davantage, atteignant leur maximum dans la région cervicale et leur minimum dans la région lombaire, et cela, quel que soit le cordon que l'on considère.

2° Elles sont diffuses, intéressant les cellules des cornes antérieures et des colonnes de Clarke aussi bien que les fibres nerveuses des cordons postérieurs et latéraux.

3° Dans toute la hauteur de la moelle, elles sont prépondérantes dans les cordons postérieurs et n'existent exclusivement que dans ceux-ci au niveau de la région lombaire.

4° Dans ce dernier segment les lésions occupent tout le cordon postérieur comme dans les segments supérieurs de la moelle, tout en étant moins accusées que dans ceux-ci. Elles prédominent à sa périphérie et atteignent aussi la zone marginale de Lissauer.

5° A tous les étages de la moelle le cordon postérieur est sclérosé dans toute son étendue. A la région cervicale, on fait remarquer seulement que la zone marginale interne de Lissauer et la zone cornu-commissurale sont moins touchées que les autres ; mais, même à ce niveau, elles ne sont pas épargnées.

Il n'y a pas un seul point du cordon postérieur qui soit complètement indemne.

6° Les racines postérieures sont aussi altérées dans les régions lombaire et dorsale.

7° Enfin les lésions consistent dans une atrophie des fibres et des cellules nerveuses et dans une sclérose du tissu névroglique.

Cela étant donné, il est bien certain qu'il y a une très grande différence entre la moelle de Brin et celle d'un simple tabétique. Mais quoi de plus naturel puisque nous sommes en présence d'une paralysie générale?

Cela veut-il dire que parmi ces altérations il n'y en a pas qui puissent être attribuées à un processus tabétique concomitant?

Il nous semble au contraire que notre tâche consiste précisément à rechercher ces dernières que les autres ont pu dissimuler en se développant à côté d'elles, les englobant dans leur diffusion.

Or que signifie cette participation entière du cordon postérieur, y compris les régions que le tabes frappe de préférence? Que signifient également les lésions dégénératives des racines postérieures qui sont les premières constatables et les plus essentielles dans le tabes?

Si le tabes seul peut produire la dégénérescence des

racines postérieures et la sclérose correspondante des cordons postérieurs, nous avons évidemment affaire à un tabes compliqué de paralysie générale.

Mais les lésions diffuses de la paralysie générale ne peuvent-elles atteindre également les racines postérieures et les ganglions spinaux?

Cette question, *a priori*, nous paraît assez difficile à résoudre.

Il n'y a en effet dans les données du problème qu'une quantité connue, qu'une notion acquise, qu'un fait indéniable, c'est que le tabes a pour caractéristique anatomique la lésion dégénérative des racines postérieures et la sclérose médullaire spéciale qui paraît en être la conséquence forcée.

Toutes les fois que nous rencontrerons cette lésion nous aurons donc le droit de la rapporter au tabes, alors même qu'elle serait accompagnée d'autres altérations appartenant sans consteste à la paralysie générale. Celles-ci ne sauraient empêcher celles-là d'être ainsi interprétées, à moins qu'on n'admette deux choses :

La première, que la paralysie générale peut produire les mêmes lésions que le tabes, ce qui serait une pétition de principe, car c'est cela même qu'il faut démontrer;

La seconde, que les deux affections ne peuvent coexister, ce qui ne saurait être prouvé, tant que la première question ne sera pas résolue, car il faudrait pour cela qu'il fût acquis non-seulement que les lésions des racines peuvent appartenir à la paralysie générale, mais encore qu'elles lui appartiennent toujours quand celle-ci existe.

En un mot nous tournons constamment dans un cercle vicieux. Il nous semble donc impossible, et en se basant uniquement sur le siège des lésions, de prouver que le processus anatomo-pathologique de la paralysie générale peut atteindre les racines postérieures parce que le tabes ayant précisément et surtout cette propriété, on se croira toujours autorisé en présence de la dégénérescence des racines de l'attribuer à cette dernière affection.

Mais peut-être, en considérant les lésions des racines de la moelle chez notre malade sous d'autres rapports que ceux de leur siège, y trouverons-nous des caractères permettant de les différencier de celles du tabes?

Or, par leur aspect sous le microscope elles sont identiques à ces dernières.

C'est la même atrophie des tubes nerveux avec la présence de nombreux tubes grêles.

Au point de vue de l'intensité, la lésion, dans le cas qui nous occupe, est assez accusée, surtout dans la région lombaire, et aussi quoique moindre, dans la région dorsale.

L'est-elle au même degré que dans un tabes pur du même âge, c'est-à-dire n'ayant pas plus de 5 ans d'évolution?

Quelle que soit la prédilection marquée du tabes pour les racines postérieures, il nous paraît bien difficile d'admettre qu'elles soient d'emblée altérées au maximun et que, par conséquent, leurs lésions soient toujours les mêmes à quelque période de l'évolution qu'on les examine. N'y a-t-il pas des degrés dans les altérations tabétiques des racines comme dans celles de la moelle, degrés compris entre O. et ∞ ?

Et puis, le processus tabétique, lent et progressif, a-t-il toujours une marche identique chez les différents individus, ou bien, au contraire, affecte-t-il une allure plus ou moins rapide, ou même, plus ou moins lente?

N'est-il pas illusoire de vouloir mesurer le degré de la lésion à la durée de la maladie et d'assigner à chaque période de temps une intensité particulière et fixe de la lésion?

Cessant maintenant d'étudier les racines postérieures isolément, si nous comparons leurs altérations à celles de la moelle nous constaterons avec évidence que ces dernières sont plus avancées.

Que peut-on déduire de ce fait? Rien, à notre humble avis, contre l'existence d'un tabes antérieur à la paralysie générale.

Si l'on songe, en effet, que le processus de la paralysie générale est essentiellement diffus, frappant un grand nombre de points à la fois, et que son évolution est ordinairement beaucoup plus rapide que celle du tabes, on ne sera pas surpris, que dans un laps de temps plus court, elle produise une désorganisation plus profonde et plus étendue.

L'hypothèse de l'existence d'un tabes plus ancien qu'elle ne souffre donc en aucune façon de la constatation que nous venons de faire.

Nous pouvons résumer cette discussion de la façon suivante :

1° La question était, non pas de choisir entre un tabes pur et une paralysie générale, mais de savoir si les lésions diffuses et intenses de cette dernière pouvaient en s'associant à un tabes ferme produire un tableau anatomo-pathologique semblable à celui que nous observions.

2° Pour rejeter l'hypothèse d'un processus tabétique, non pas unique mais associé, il nous aurait fallu trouver indemnes dans les cordons postérieurs de la région dorso-lombaire, les points que le tabes frappe de préférence comme la zone cornu-radiculaire et la zone de Lissauer. Or ces zones étaient également atteintes.

Il aurait fallu aussi, en ne raisonnant que sur les lésions rencontrées chez notre malade, que les racines postérieures fussent intactes. Or nous avons vu qu'il y avait, là encore, dans les régions dorsale et lombaire, une atrophie assez marquée.

3° D'autre part, si nous ne pouvions nier avec certitude l'existence d'un tabes associé, il nous était pareillement impossible de l'affirmer, car il ne suffisait pas pour cela d'avoir constaté des lésions analogues à celles qui appartiennent à cette dernière affection, il aurait fallu prouver en même temps que la paralysie générale ne pouvait pas créer à elle seule de telles analogies; or, cette preuve (et pour cause) n'existait pas.

4° La difficulté du problème trouvait sa raison d'être dans ce fait que la localisation et la nature des lésions n'offraient rien de suffisamment caractéristique pour éliminer le tabes.

5° Seule, la faible intensité des lésions des racines postérieures, comparée au degré qu'elles atteignent dans un tabes franc même au début où elles sont déjà visibles à l'œil nu, nous laissait perplexe. A ce sujet nous nous sommes posé quelques questions que nous avons laissées sans réponse.

Il est temps de combler cette lacune.

M. le professeur Joffroy, dans l'observation dont nous avons parlé au commencement de ce travail, a établi, grâce à une topographie particulière des lésions médullaires, beaucoup moins étendues que dans notre cas et très différentes de celles qu'on rencontre habituellement dans le tabes, que les lésions concomitantes, d'ailleurs minimes des racines postérieures, ne pouvaient être attribuées à cettte dernière affection.

La paralysie générale peut donc, elle aussi, produire un certain degré d'atrophie des racines postérieures mais beaucoup plus léger qu'un tabes même au début.

Si nous ajoutons à cette constatation que les symptômes médullaires chez notre malade comme chez celui de M. Joffroy avaient été nombreux et très accusés, nous en conclurons avec notre maître qu'un tabes vrai s'étant manifesté par un tableau clinique aussi caractérisé aurait

donné lieu suivant la règle, à une atrophie des racines beaucoup plus marquée et visible à l'œil nu.

Il s'agit donc ici, comme dans le cas cité plus haut, non pas d'un tabes unique ni d'un tabes associé; mais purement et simplement d'une paralysie générale à forme tabétique.

Notre observation met encore en évidence ce point particulier, à savoir qu'en présence d'une paralysie générale avérée dont les lésions ont envahi la totalité des cordons postérieurs au point de rendre impossible la recherche au milieu d'elles des lésions systématiques du tabes, c'est par le seul examen des racines postérieures qu'on pourra diagnostiquer l'existence ou l'absence d'une association morbide.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Un cas de trépanation pour épilepsie, par HALLAGER (*Archives de neurologie*, 1895, avril, p. 98). — Il s'agit d'une malade âgée de 22 ans qui présente de temps en temps des attaques épileptiques classiques depuis un an et quelques mois. Les attaques convulsives ont été précédées d'une hémiparésie droite avec troubles de la parole. Avant ces attaques, la malade éprouve des contractions musculaires localisées au bras droit. On admit comme cause de ces attaques convulsives une lésion irritative siégeant dans la région psycho-motrice gauche et intéressant le centre du bras droit. Quant à la nature de la lésion on devait penser d'abord à une hémorrhagie ou plutôt à une embolie, hypothèse qui expliquait l'aphasie et l'hémiplégie qui ont ouvert la scène de la maladie. Le siège exact de la lésion serait dans la frontale ascendante, à la hauteur du pied de Schaffer. Comme le traitement interne s'était montré inefficace la trépanation a été décidée. A l'ouverture du crâne, on constata que la dure-mère était épaissie et après l'incision cruciale de celle-ci la substance corticale faisait saillie dans l'ouverture. On trouva à cet endroit une cavité kystique du volume d'une noisette. Le contenu du kyste fut enlevé et ses parois ont été grattées légèrement avec une curette. Pendant quelques jours après l'opération il persista une parésie dans le bras et dans la jambe à droite et la malade se plaignait toujours d'une sensation d'engourdissement et de pesanteur dans ce membre. Deux mois après l'opération elle eut deux attaques comme les précédentes. A ce moment on appliqua le traitement bromuré et les attaques ne se sont plus répétées. Toutefois, la malade ne se sert de la main droite qu'avec difficulté pour les travaux délicats.

Contribution à l'anatomie du système nerveux central (Beitræge zur Anatomie des Centralnervensystemes), par MUNZER et WIENER (*Prager medicinische Wochenschrift*, 4 avril 1895, n° 14, p. 143). — Les auteurs ont détruit chez une série de jeunes lapins un hémisphère cérébral ou cérébelleux dans le but d'étudier les voies centrifuges qui partent de ces organes. Dans le premier cas, ils ont constaté une atrophie du pédoncule cérébral. Dans beaucoup de cas l'atrophie portait aussi sur le nerf optique (lésions qui s'expliquent probablement par ce fait qu'on a lésé aussi la couche optique). Enfin, ils ont constaté la disparition complète de la pyramide du même côté. Les deux moitiés de la moelle sont restées symétriques. Leurs expériences, en ce qui concerne l'innervation corticale du tronc ne concordent pas avec les données de Kusick. La dégénérescence du faisceau pyramidal consécutive à une lésion de la moelle épinière est beaucoup plus prononcée que celle qui est due aux lésions d'un hémisphère même quand celles-ci sont très accusées. Les auteurs concluent de leurs expériences que le système pyramidal est composé de deux parties, une d'origine corticale, l'autre qui a son point d'origine beaucoup plus bas et provient très probablement de la moelle épinière. Les lésions qu'ils ont constatées après l'ablation d'un hémisphère cérébelleux sont les suivantes. Quand il n'y avait de lésé que le lobe médian ou le lobe supérieur on constatait une dégénérescence ascendante du pédoncule cérébelleux supérieur. Celui-ci, après son entrecroisement, se perd dans le noyau rouge. La destruction du lobe latéral du cervelet détermine une dégénérescence du pédoncule moyen. Ils n'ont jamais constaté une dégénérescence descendante de la moelle épinière après les lésions destructives du cervelet.

Acromégalie et traumatisme (Akromegalie und Trauma), par UNVERRICHT (*Münch. med. Woch.*, 2 avril 1895, n° 14, p. 301). — L'observation rapportée par le professeur Unverricht présente un intérêt particulier, parce que le malade a été considéré par certains médecins comme un géant qui simulait les troubles nerveux dont il se plaignait et la faiblesse qu'il accusait. D'autre part, en raison de ces troubles subjectifs il a été considéré par d'autres comme atteint de névrose traumatique. Quant à la question de savoir si le traumatisme qui a précédé l'éclosion du complexus symptomatique de l'acromégalie, l'auteur la laisse indécise. Voici un court résumé de l'observation. Il s'agit d'un ouvrier âgé de 38 ans qui est tombé d'une hauteur de 40 à 50 pieds et a présenté immédiatement après cet accident une entorse du bras gauche. Trois mois après, les premiers signes d'acromégalie firent leur apparition. Mais ce n'est que deux ans après, que le malade réalisa le tableau classique de l'acromégalie. Les extrémités présentent les troubles décrits par Marie. La langue est si large que quand il la fait sortir, elle presse fortement sur les commissures des lèvres. On ne peut pas sentir le corps thyroïde. La faiblesse de la contraction musculaire contraste d'une façon évidente avec le développement énorme du squelette. Pas de troubles viscéraux. L'urine ne contient ni sucre ni albumine, mais la quantité d'urine émise dans les 24 heures varie de 2 à 3 litres. Atrophie du nerf optique, hémianopsie bitemporale. Les pupilles réagissent d'une façon normale.

CHIRURGIE

Arthrodèse de l'articulation tibio-tarsienne (Ueber im Arthrodese Fussgelenk), par SAMTER (*Centralb. f. Chir.*, 1895, n° 21 p. 497). — Pour l'auteur les insuccès de l'arthrodèse tibio-tarsienne tiendraient au mode opératoire généralement suivi. Personnellement il opère de la façon suivante.

Par une incision longitudinale de 10 centimètres il met à nu le tendon d'Achille, le sectionne et, abordant l'articulation par sa face postérieure, il fait l'avivement de la mortaise tibio-péronéale, de l'astragale à part sa face antérieure, et de la face supérieure du calcaneum, en en enlevant toutes les saillies de façon à donner à l'os une position droite. La plaie est ensuite fermée et le membre mis dans un appareil plâtré qu'on laisse en place pendant 4 semaines.

Dans les deux cas opérés de cette façon l'auteur a obtenu au bout de trois mois une soudure, en apparence osseuse, des parties avivées. Les résultats fonctionnels ont été excellents.

Influence de l'ablation des ovaires sur la nutrition générale (Einfluss der Abtragung der Eierstœcke auf den Stoffwechsel), par CURATULO et TARULLI (*Centralb. f. Gynækol.*, 1895, n° 21, p. 555). — Les résultats encore fort discutés de la castration dans l'ostéomalacie, ont conduit les auteurs à étudier expérimentalement, sur des chiennes, les modifications de la nutrition que l'ablation des ovaires provoque chez les animaux. Ils ont trouvé dans ces conditions une diminution considérable de la quantité d'acide phosphorique de l'urine (1 gr. 50 au lieu de 9 gr. 90) survenant dès le lendemain de l'opération en dehors de toute modification du régime alimentaire.

D'après les auteurs la diminution de la quantité d'acide phosphorique de l'urine, que l'on observe après la castration, serait due à une diminution de l'oxydation du phosphore qui sous forme de combinaisons organiques, se trouve dans les tissus et est utilisé par l'organisme pour la formation des phosphates de chaux et de magnésie qui se déposent dans les os.

Pour les auteurs l'ablation des ovaires supprimerait une sécrétion interne dont le rôle consisterait peut-être à favoriser l'oxydation du phosphore contenu sous forme de combinai-

sons organiques dans les tissus. L'ablation des ovaires aurait donc pour résultat de favoriser la formation de phosphates de chaux et de magnésie et leur dépôt dans les os, et serait par conséquent rationnelle dans le traitement de l'ostéomalacie.

BIBLIOGRAPHIE

Précis d'hygiène publique et privée, par AUG. GÆRTNER. Traduction française, par A. Vanderstraeten et H. Ha quet. 1 vol. in-8° de 437 pages. Paris, 1895. O. Doin, éditeur.

Ce livre, que l'auteur lui-même présente comme une introduction à l'étude approfondie de l'hygiène, est un résumé très clair et très complet de cette science. Les transformations que l'hygiène a subies depuis quelques années en font une science précise et le livre de Gærtner diffère essentiellement dans le fond et dans la forme de ceux qui, il y a quelque 20 ans, servaient de classiques. Ecrit par un hygiéniste habitué à l'enseignement, il a été conçu avec un grand sens pratique, ses descriptions sont rendues plus faciles à saisir par un grand nombre de figures. L'auteur s'est attaché à mettre à côté des données médicales les dispositions légales concernant l'hygiène qui ont cours en Allemagne : il y a dans cet ordre d'idées plus d'un profit pour le lecteur français à consulter ce livre et à méditer ce qu'ont fait nos voisins dans ce sens. Il faut donc savoir gré aux traducteurs d'avoir vulgarisé dans notre langue un ouvrage dont le succès est établi en Allemagne.

Georges THIBIERGE.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

SUR UN CAS D'OPHTHALMOPLÉGIE NUCLÉAIRE TRANSITIVE CONSÉCUTOIRE A UNE MIGRAINE OPHTHALMIQUE, par CHABBERT, de Toulouse. Publication du *Progrès médical*, 1895.

Le malade qui fait l'objet de ce travail est un ecclésiastique âgé de 53 ans. Mère hystérique ; une sœur atteinte de migraine ophthalmique, une cousine atteinte également de migraine ophthalmique. Le premier accès de migraine est survenu chez le malade à l'âge de 23 ans, à la suite de surmenage intellectuel. Depuis, les accès se sont reproduits avec une fréquence variable, leur retour étant favorisé par l'impression vive et subite de la rétine par congestion céphalique, etc. Ces accès ont existé sans la moindre complication jusque vers 52 ans. Pendant cette longue durée, les seuls phénomènes auxquels la migraine a donné lieu ont consisté dans le scotome et l'hémiopie. C'était un point noir auquel succédait un brouillard blanchâtre, puis lumineux, se déplaçant en zigzag, et le malade ne voyait que la moitié des objets. Au bout de deux à trois heures, tout était terminé. Il n'avait ni nausées ni vomissements, ni même la période douloureuse qu'on rencontre dans la migraine ophthalmique. Après s'être ainsi prolongés pendant une trentaine d'années, ces accès se sont accompagnés d'accidents paralytiques. Tout d'abord l'œil droit a été frappé. Les premiers signes qui ont attiré l'attention ont été la diplopie croisée et la déviation à droite du globe oculaire, puis cinq mois plus tard est survenue la chute progressive de la paupière droite ; enfin, au mois de juillet 1894, chute de la paupière gauche avec aggravation du ptosis droit et gêne considérable des mouvements des deux globes oculaires ; de plus, il a eu une paralysie de l'abdomen du côté gauche. Si, par les phénomènes visuels (scotome scintillant, hémiopie), cette observation rentre dans le cadre de la migraine ophthalmique, elle en sort complètement par les troubles paralytiques, lesquels par leur mode d'apparition, leur siège, leur nature, permettent de la considérer comme un cas de migraine ophthalmoplégique. Il faut reconnaître par conséquent que la migraine ophthalmique et la migraine ophthalmoplégique ne constituent pas deux variétés distinctes de la migraine classique. De plus, l'ophthalmoplégie d'abord unilatérale et intéressant les muscles extrinsèques innervés par le moteur oculaire commun, peut devenir bilatérale et porter en outre sur l'abdomen.

Thèses des Facultés.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'EMBARRAS GASTRIQUE, par Emmanuel GLORGET.

L'embarras gastrique résulte surtout d'intoxications légères et répétées auxquelles s'ajoutent une foule de causes prédisposantes tenant à l'individu lui-même ou au milieu matériel et moral dans lequel il vit.

Cette affection produit des altérations superficielles de tout le tube digestif et a un retentissement plus ou moins marqué sur le foie ; elle consiste dans la suppression des sécrétions spéciales du tube digestif avec productions épithéliales exagérées.

L'embarras gastrique, bien que ne comportant pas en lui-même de pronostic grave, touche de près à d'autres affections bien autrement dangereuses (typhoïde tuberculose). Nul doute que des affections latentes ne soient réveillées à son occasion, trouvent ainsi un terrain favorable à leur évolution. Les modifications des sécrétions favorisent certainement les invasions microbiennes.

VARIÉTÉS

Obsèques de M. Verneuil.

Le Corps médical parisien a fait au maître regretté dont nous avons annoncé la mort de splendides funérailles. L'Académie des sciences et l'Académie de médecine, la Faculté de Paris, le Conseil général des facultés, l'Ecole du Val-de-Grâce, la Société de chirurgie avaient envoyé de nombreuses délégations. Les anciens élèves de M. Verneuil, c'est-à-dire presque tous les médecins, jeunes et vieux, ont suivi son convoi.

Au cimetière Montmartre, des discours ont été prononcés par MM. Bouchard, au nom de l'Institut, Berger, au nom de la Faculté de médecine, Nicaise, au nom de l'Académie de médecine, Th. Anger, au nom de la Société de chirurgie.

Nous reproduisons dans la *Gazette*, qui doit tant de gratitude et de respect à la mémoire de son fidèle collaborateur, les discours de MM. Bouchard et Berger. Ils expriment, en termes si élevés, les regrets que laisse après lui l'un des plus savants, des plus laborieux et des plus honnêtes parmi les chirurgiens de ce siècle, que nous n'avons à y ajouter qu'un seul mot.

Le jour même où nous suivions le convoi de M. Verneuil, le sixième volume de ses *Mémoires de chirurgie* paraissait chez M. Masson. Dans la dédicace de cet ouvrage, notre maître rappelle qu'il appartenait depuis 1852 à la Société de chirurgie et que, depuis ce jour, il avait travaillé de son mieux pour justifier cette distinction exceptionnelle.

Il n'a point voulu ajouter, mais telle était sa pensée, que son seul désir était de voir ses œuvres et ses doctrines vulgarisées et discutées. Quelque jugement qu'elles inspirent à ses successeurs, ceux-ci, nous en avons l'intime conviction, rendront justice à l'honnêteté scientifique et à la probité professionnelle de celui qui n'a jamais eu en vue que le progrès de la science et l'amour de la patrie.

L. L.

Discours de M. le professeur Bouchard, membre de l'Institut.

Le confrère qui nous quitte restait parmi nous comme le représentant d'une époque où l'ancienne chirurgie jetait ses derniers éclats. A cette époque déjà lointaine, M. Verneuil était l'un des trois jeunes maîtres sur lesquels se concentraient toutes nos espérances.

Entré dans l'étude de la pathologie par la porte sévère de l'anatomie (1), il fut l'un des rares chirurgiens qui surent être médecins et se glorifièrent de rester médecins. Il ne fut pas, je crois, inférieur à ses contemporains pour l'élégance ou l'habileté opératoire, mais aux opérations brillantes ou rapides

(1) Professeur de pathologie externe, puis de clinique chirurgicale, M. Verneuil était entré à la Faculté de médecine de Paris comme agrégé d'anatomie et de physiologie.

il préférait celles qui font moins de dégâts et s'exécutent avec plus de facilité. Quelque chose le préoccupait plus encore que la plaie, c'était le milieu où elle s'était produite et l'état de santé du blessé. S'il ne les a pas toutes résolues, l'honneur lui appartient d'avoir posé les questions relatives aux causes, d'avoir cherché pourquoi et comment se produisent les complications autrefois si fréquentes et si terribles des blessures et des opérations.

Une révélation soudaine a éclairé l'une de ces questions. Deux de nos plus illustres confrères nous ont appris, l'un ce qui fait le danger des blessures, l'autre comment on peut conjurer ce danger.

Une ère nouvelle s'ouvrit pour la chirurgie le jour où M. Lister appliqua à la thérapeutique les découvertes de M. Pasteur.

L'innocuité rendit possibles les entreprises les plus hardies; la fortune favorisait toutes les audaces; l'impunité semblait assurée à toutes les témérités. Il en résulta, par tous les pays, un mouvement hâtif et confus d'où s'est dégagé un grand progrès.

M. Verneuil n'a pas vu sans appréhension s'accomplir ce changement si profond; il a discerné et blâmé les excès et ne s'est pas laissé saisir par le tourbillon. Il n'a cependant pas fermé les yeux à la lumière; il a reconnu le progrès qui s'accomplissait par d'autres mains et s'il a cherché à l'endiguer il n'a pas eu l'idée de remonter ou d'arrêter le courant. Mais il est resté fidèle à ses autels délaissés par la foule qu'attirait un autre culte. Le *milieu* jusque-là obscur et mystérieux venait de s'éclairer, mais il restait la *blessure* et le *blessé*. Il fit effort pour rappeler vers ce double but l'attention qui lui semblait se porter trop exclusivement ailleurs. Il eut le courage de reprendre, en présence de l'engouement provoqué par une découverte qu'il ne méconnaissait pas, la démonstration de la trilogie suivant laquelle se déroule le drame chirurgical. Plus d'un sage a écouté et compris ses avis; mais l'entraînement était trop violent pour pouvoir être entravé. Notre confrère reconnut que le moment n'était pas propice pour les conseils de modération; mais il estima qu'il ne pouvait pas assister, témoin silencieux, aux entreprises qu'il condamnait. Il résolut de se retirer; il quitta cette jeunesse au milieu de laquelle il aimait tant à vivre et descendit de la chaire qu'il avait illustrée pendant tant d'années. En devançant l'heure de la retraite il a accompli un douloureux sacrifice et donné un rare exemple d'abnégation. C'est dans les Académies qu'il a continué à vivre de la vie scientifique. Il nous communiquait ses réflexions sur les sujets que sa longue expérience lui avait permis d'approfondir et dont l'exposé avait été retardé par les exigences du travail professionnel. Il était près de nous l'intermédiaire toujours obligeant des savants étrangers dont il nous présentait les travaux, et consacrait à l'examen des mémoires qui nous étaient soumis un temps et un soin qui lui ont permis de donner à nos comptes rendus des rapports qu'on aime à relire. L'Académie était le terrain sur lequel il continuait ses relations avec la jeunesse studieuse, où elle retrouvait son assistance, ses encouragements, ses conseils.

L'académicien s'est montré laborieux comme l'avait été le professeur. Sa nomination avait été le couronnement désiré mais non sollicité de sa brillante carrière; elle n'a pas été pour lui le repos. Pendant les huit années qu'il a passées parmi nous avec une assiduité que la maladie seule a pu arrêter, nous avons connu toutes les séductions de son âme expansive, son affabilité, son dévouement à ses confrères, tous les charmes de son esprit cultivé, alerte, aiguisé mais toujours bienveillant, capable de tous les enthousiasmes et prompt aux indignations. Il ne reculait jamais devant la lutte; sa nature ardente s'y dépensait sans compter, soit qu'il voulût faire triompher la vérité, soit qu'il s'efforçât d'assurer le succès du candidat qui représentait pour lui la vérité. Menées à une telle allure, les controverses ou les compétitions risquent de produire des froissements et l'animation prend parfois les apparences de l'animosité. Mais la lutte terminée, on tend la main à l'adversaire que l'on estime. Avec M. Verneuil le rapprochement toujours désiré était toujours facile, et il serrait avec émotion dans une loyale étreinte la main loyale qui lui était tendue.

Ces qualités morales autant que les dons brillants de son esprit avaient valu à M. Verneuil l'ascendant légitime qu'il exerçait. Il était adoré de ses malades. J'ai connu le temps où les élèves auraient fait pour lui une révolution. Ses confrères savaient que son dévouement était sûr et cordial. Il y avait en lui deux sentiments qui l'emportaient sur tous les autres : l'amour de la science et l'amour de la patrie; il n'en contenait pas toujours les manifestations dans les limites de la prudence; mais il y aurait impiété à lui en faire reproche.

Il a obéi à ce double sentiment en réunissant les médecins français dans un effort commun contre deux maladies qui sont un fléau pour l'humanité et un opprobre pour la science : la tuberculose et le cancer. Sa *ligue* contre la tuberculose n'a pas été sans produire déjà des résultats utiles. Il y a quelques jours j'étais allé avec notre confrère, le doyen de la Faculté de médecine, lui porter dans sa retraite de Maisons-Laffitte l'expression de notre sympathie et de notre affectueuse déférence. La maladie faisait déjà peser sa lourde main sur ce vaillant esprit. Sur son lit, je vis une brochure dont le titre me disait ses dernières préoccupations. Je le lui indiquai du doigt. « Oh, dit-il, reprenant comme dans un éclair son enthousiasme d'autrefois, le cancer! Allons-nous donc en triompher enfin! Quel bonheur pour l'humanité; quel honneur pour la science et quelle gloire pour la patrie! »

Il s'est endormi en souriant dans cette espérance et a continué jusqu'au bout le rêve brillant et généreux de ses dernières années.

Discours de M. le professeur P. Berger au nom de la Faculté de Médecine.

Messieurs,

La perte que vient de faire la Faculté de médecine de Paris est de celles que les paroles sont impuissantes à rendre : en face de cette tombe où elle accompagne celui dont elle regrettait naguère la retraite anticipée, la Faculté sent toute l'étendue du deuil où la mort de Verneuil la plonge.

Quels souvenirs, messieurs, ce nom n'éveille-t-il pas? C'est toute une existence adonnée au culte de la science et à la recherche de la vérité! C'est l'activité d'une vie entière consacrée à l'enseignement de la chirurgie et qui semblait s'être identifiée avec lui! C'est ce magnifique ensemble de travaux qui ont jeté sur l'école de Paris un si vif éclat! C'est cette grande figure qui reste une des gloires de la chirurgie française, c'est ce passé tout d'honneur où les plus hautes vertus s'associaient à tant de qualités aimables!

Élève du maître vénéré que nous venons de rendre à la terre, accompagné par sa paternelle sollicitude pendant presque toute ma carrière, ayant appris à ses leçons le peu que je sais, lui devant une grande partie de ce que je suis, je voudrais pouvoir laisser parler ici mon émotion et dire ce que fut pour nous, ses disciples, l'éducateur, l'ami, le père scientifique. Cette dette de cœur, je dois laisser à d'autres le soin de la reconnaître. Parlant, au nom de mes collègues, au nom de la Faculté de médecine de Paris, c'est au professeur Verneuil que je dois adresser notre suprême adieu.

Certes, parmi les maîtres éminents et chers à notre souvenir, que les coups répétés de la mort ont enlevés à notre respect et à notre affection dans ces dernières années, Verneuil restera l'une des personnalités les plus puissantes : professeur, il le fut avant tout! Enseigner était pour lui une passion, un besoin, une condition même de l'existence. Aide d'anatomie, prosecteur, professeur libre, agrégé, il enseignait bien avant que sa nomination à la chaire de pathologie externe vint lui donner le titre pour lequel le désignait, depuis longtemps, un assentiment unanime, et lorsque la maladie, plutôt que l'âge, vint le forcer d'interrompre le cours de ses leçons, ceux qui le connaissaient purent prévoir qu'il ne survivrait pas longtemps à ce qu'il considérait comme le meilleur de son activité. Pendant quarante années et plus, Verneuil se consacra, non point seulement à former aux choses de la chirurgie de nombreuses générations d'élèves, mais à renouveler l'instrument lui-même, à modifier, à perfectionner l'enseignement de la chirurgie, — et l'on peut affirmer, sans aucune exagération, que peu d'hommes auront laissé sur celui-ci une empreinte plus personnelle et plus profonde.

Esprit indépendant, impatient des chemins tout tracés,

Verneuil, dès le début de sa carrière, avait senti le besoin de diriger la chirurgie vers des voies nouvelles. Ses premières études qui l'avaient poussé vers l'anatomie et, en particulier, vers l'anatomie générale, lui avaient fait entrevoir dans l'embryogénie, puis dans l'étude, à peine constituée alors, des tissus normaux et pathologiques, la source de découvertes sans nombre sur la nature et la cause des affections chirurgicales; — aussi se déclara-t-il dès l'abord un des fervents de l'histologie, et ses efforts, combinés avec ceux de ses amis, des Broca, des Follin dont les noms semblaient inséparables du sien, finirent après dix ans de luttes, par triompher de l'opposition que des hommes éminents par leur savoir, par leur talent chirurgical et même par leur jugement, faisaient aux adaptations du microscope à l'anatomie pathologique et au diagnostic chirurgical. — Ce qu'il fallut de conviction, de persévérance, de courage même pour faire prévaloir la bonne cause, pour faire triompher la vérité des obstacles qu'accumulait devant elle la tradition officielle, nous ne pouvons, à l'heure actuelle, nous le représenter qu'avec peine; mais Verneuil était un convaincu, et il eut toujours le courage de ses convictions.

L'une de celles qui lui tenaient le plus au cœur, était relative au rôle que la pathologie générale et particulièrement l'étiologie, doivent jouer désormais en chirurgie. C'était, si l'on veut me passer cette image, l'un des *clous* de son enseignement; il l'enfonçait à coups répétés, y revenant sans cesse, soit dans le cours qu'il professa de 1858 à 1872 dans le grand amphithéâtre de la Faculté, soit dans ses leçons cliniques de la Pitié ou de l'Hôtel-Dieu. — Et n'était-ce pas là une vue supérieure de l'esprit et presque de génie? — Qu'on dise quels sont les merveilleux progrès réalisés dans ces derniers temps dans le traitement des maladies et d'où ils procèdent! n'est-ce pas de la connaissance de la nature intime et des causes de ces dernières?

Bien avant que le mouvement scientifique eût pris dans ce sens l'essor qui promet aux sciences médicales un si bel avenir, Verneuil s'en était fait le précurseur: — Fouiller la nosologie médicale, y chercher les racines des complications dont sont atteints les blessés, les opérés, les malades de chirurgie, s'armer de toutes les méthodes d'investigation modernes pour scruter le processus de ces affections jusque dans leurs origines, telle fut la tâche qu'il entreprit, où il entraîna ses nombreux élèves, telle fut la voie qu'il fut l'un des premiers à ouvrir et où l'ont suivi d'innombrables observateurs.

Cependant la certitude que la pénétration des microbes dans l'économie, que leur multiplication, que les modifications qu'ils y déterminent sont la source de toutes les maladies infectieuses, et par conséquent du plus grand nombre de celles avec lesquelles la chirurgie est aux prises, attirait sur ce genre d'études des investigations de plus en plus nombreuses; Verneuil fut l'un des premiers à s'engager dans ce nouvel ordre de recherches, à les vulgariser dans ses leçons, à en proclamer l'importance en même temps qu'à les faire profiter de ses travaux personnels. « Toujours en avant! », telle fut la devise scientifique à laquelle il ne faillit jamais, sacrifiant sans hésiter celles de ses anciennes opinions que l'évolution des doctrines médicales lui démontrait fausses ou surannées.

Ainsi, dans tout son enseignement se révélait sans cesse la préoccupation de l'idée nouvelle à suivre, de la voie à chercher, et, quand il l'avait trouvée, le maître l'indiquait aux méditations, aux recherches, aux travaux, aux publications de ses disciples, de cette jeunesse qu'il avait su réunir et grouper autour de lui et dont il s'était fait une véritable école. Que d'ouvrages, que de résultats utiles sont sortis de cette collaboration féconde du maître et de ses élèves! Mais aussi, quel charme, quelle douceur dans ce commerce de tous les jours, où l'échange des idées s'accompagnait d'une réciprocité de paternelle affection de la part du maître, de respectueux attachement de la part des élèves! Ceux-là seuls le savent, qui ont eu le bonheur de prendre part à ces réunions d'*ouvriers*, nom que Verneuil aimait à donner à ses collaborateurs intimes, et qui gardent la mémoire de ces jours heureux comme un de leurs plus précieux souvenirs.

J'ai essayé de dire en des termes bien insuffisants ce que fut l'enseignement de Verneuil à l'Ecole: tenterai-je seulement de rappeler ce que fut le professeur pour les étudiants qui se pressaient à ses leçons? Sa parole élégante et facile, son éloquence toute familière, empruntant souvent le ton de la conversation, les attirait et les retenait tour à tour; et quelle grâce affectueuse et bienveillante dans son accueil et dans les directions qu'il aimait à leur donner. Aussi fut-il toujours le maître écouté et suivi; il fut aimé des élèves car il les aimait, car il avait su conserver, jusque dans l'âge avancé, la meilleure de toutes les jeunesses, la jeunesse du cœur.

Un jour vint pourtant où les forces lui firent défaut: tourmenté depuis longtemps par les accès d'une toux qui le forçait parfois à interrompre ses cours, il avait coutume de dire: « Le jour où je ne pourrai plus me charger moi-même de tout mon enseignement, je résignerai mes fonctions de professeur à l'Ecole », et il le fit comme il l'avait annoncé, mais avec quel déchirement de cœur! Vous souvenez-vous, messieurs, de ce jour où, dans le grand amphithéâtre de l'Ecole, Verneuil réunit tous ses amis, tous ses élèves, tous ses fidèles, pour prendre congé d'eux, et pour leur rendre compte du mandat qu'il avait reçu de la Faculté et de la manière dont il avait su le remplir? Ce soir-là nous sentîmes que le mal qui abrégeait sa carrière professorale ne tarderait pas, hélas, à abréger aussi ses jours.

Une seule fois, depuis lors, sa voix se fit encore entendre dans les murs qui avaient si longtemps retenti de ses leçons... La Faculté venait de me confier la clinique chirurgicale de la Pitié, que Verneuil avait faite si grande et si féconde... Il voulut m'installer lui-même dans cette chaire où, pendant tant d'années, il avait tenu ses auditeurs sous le charme de sa parole, sous l'autorité de son enseignement. Ce jour là, mon cher et bien-aimé maître, votre voix retentit pour la dernière fois dans l'enceinte de la Faculté de médecine, il me fut permis pour la dernière fois de vous témoigner mon reconnaissant attachement et de sentir votre loyale étreinte... Je ne devais plus vous revoir que dans ce cercueil.

Et maintenant, messieurs, que le temps achève son ouvrage: Verneuil est mort, mais son souvenir, son exemple, son œuvre sont impérissables, et tant que l'antique Faculté de médecine de Paris sera debout, son nom y vivra, transmis à la postérité par d'innombrables générations d'élèves et entouré de la vénération qui s'attache à un grand talent joint à un grand caractère.

Le service médical des étudiants en médecine. — Dans sa séance du 17 juin dernier, la Chambre des députés a adopté la proposition de loi votée par le Sénat, sur la demande de MM. Cornil et Labbé, et tendant à reporter à 27 ans la limite d'âge à laquelle devront être reçus docteurs ou internes des hôpitaux, dans une ville où il existe une Faculté de médecine, tous les étudiants admis à bénéficier de l'article 23, c'est-à-dire à ne faire qu'une année de service. La loi ainsi votée aura un effet rétroactif et sera applicable à dater du 1er janvier 1895.

Nous applaudissons de grand cœur à ce vote dont le résultat sera de rendre un peu plus facile et plus complet l'étude de la médecine. Mais nous persistons à penser que l'armée et l'enseignement médical bénéficieraient tous deux d'une mesure plus radicale, celle qui consisterait à accorder à tous les étudiants en médecine le sursis qu'obtiennent les élèves des grandes écoles du gouvernement et à ne les faire servir ensuite que comme médecins.

Livres déposés.

Hygiène alimentaire des enfants durant la santé, les maladies et la convalescence, par le Dr PÉRIER. Un vol. de la bibliothèque médicale Charcot-Debove, peau pleine, souple, tête dorée. 3 fr. 50. Paris, Rueff et Cie, éditeurs.

Précis des maladies de l'oreille, par P. GARNAULT, docteur en médecine, docteur ès sciences naturelles. Un vol. in-12 cartonné diamant tranches rouges de 550 pages avec 173 figures dans le texte. Prix: 8 francs. Paris, 1895, O. Doin, éditeur.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

REVUE GÉNÉRALE

Les sérums antitoxiques.

Depuis les admirables travaux de Pasteur, une véritable révolution s'est peu à peu opérée en thérapeutique. Jusqu'à cette époque la découverte des différents médicaments avait été œuvre fortuite, et, qu'on me pardonne le mot, ce n'était que par empirisme qu'on appliquait ces remèdes aux diverses maladies. Mais, avec la méthode pastorienne des virus atténués, la logique est entrée dans les recherches thérapeutiques, et ce n'est pas au hasard qu'est due la merveilleuse découverte de la sérothérapie.

C'est aujourd'hui une question absolument brûlante que celle des sérums préventifs et curatifs, et le biologiste comme le médecin s'y attachent avec un intérêt de plus en plus grandissant.

C'est à deux savants français, le professeur Ch. Richet et M. Héricourt, que revient l'honneur d'avoir pour ainsi dire fait naître la question. En 1889, ces deux physiologistes faisaient à la Société de biologie une communication dans laquelle ils montraient qu'ils avaient pu ralentir chez des lapins l'évolution d'une tuberculose aviaire ou bovine, en injectant dans le péritoine de ces animaux du sang de chien.

Déjà, peu de temps après, Behring poursuivait cette admirable étude de l'immunisation et arrivait à immuniser des animaux contre le tétanos et la diphthérie en leur injectant des produits solubles des microbes de ces maladies, produits étendus auparavant avec une solution de trichlorure d'iode.

L'année suivante (1890) Bouchard et Charrin répétèrent en les complétant les expériences de Richet et Héricourt. Ils montrèrent que non seulement on peut immuniser un lapin contre le bacille du pus bleu en lui inoculant du sang de chien, mais encore que le sérum de chien donne aussi bien cette immunité.

S. Bernheim a cherché et obtenu l'immunisation d'un lapin contre la tuberculose en transfusant du sang de chèvre à ce lapin (*Soc. de thérapeutique*, 1890).

Bientôt, en Allemagne, Behring, étudiant les divers sérums, ne tardait pas à montrer que certaines espèces d'animaux sont plus ou moins réfractaires à certaines maladies, et qu'en injectant leur sérum à d'autres animaux, eux sensibles, on pouvait arriver à immuniser ces derniers. Il montra ainsi que le sérum de rat rend le cobaye plus résistant au bacille de Lœffler.

Behring et Kitasato, partant alors de cette notion si capitale et s'appuyant sur cette propriété préventive du sérum des animaux réfractaires, se demandèrent si, en immunisant des animaux contre une maladie donnée, leur sérum ne pourrait pas alors donner l'immunité à d'autres animaux témoins. Ils firent alors des recherches sur le tétanos (*Deutch. medic. Woch.*, 1890), et arrivèrent à la confirmation de l'hypothèse qu'ils avaient faite. Ils expérimentèrent sur la souris avec le sérum de lapin; Tizzoni et Cattani, avec celui de chien et de pigeon. Toutefois c'est Kitasato qui, le premier, voulut appliquer à l'homme ces injections de sérum d'animal immunisé, et il traita des individus atteints de tétanos à l'aide du sérum de lapin immunisé préalablement, il n'obtint que des insuccès, très vraisemblablement dus à des erreurs de méthode.

Tizzoni et Cattani obtinrent quelques succès en employant le sérum du chien.

Puis Behring (1890), Kitasato (1891) (*Deutch. medic. Woch.*), appliquent à la diphthérie ce qu'ils avaient observé pour le tétanos; Aronson, Kossel (1893) poursuivent les mêmes études; et enfin M. Roux fait sa communication si retentissante au congrès de Buda-Pest.

Ces études furent aussi poursuivies dans le domaine d'autres maladies infectieuses. Emmerich et Mastbaum, Fovitzky (*Münch. medic. Woch.*, 1892), essaient la sérothérapie, les premiers à propos du rouget des porcs, le deuxième dans la pneumonie. Klemperer, Foa, Scabia, Archaroff, Mosny étudient eux aussi la sérothérapie dans la pneumonie.

Les sérums ont aussi été essayés pour la fièvre typhoïde, l'érysipèle, l'infection puerpérale, le cancer, le choléra, la syphilis. Mais nous ne voulons pas fatiguer par un historique trop long et vraiment fastidieux lorsqu'il est fait tout d'une traite; nous préférons le reprendre à propos de chaque sérum; les choses seront ainsi mises à leur place légitime.

Nous ferons de même pour des recherches poussées dans un domaine bien plus étendu; nous voulons parler des études sur les venins de serpents (Calmette, Phisalix et Bertrand). Nous nous réservons de dire la part qui

revient, dans la découverte, à chaque auteur, lorsque nous serons arrivé à ces expériences.

II

Qu'est-ce qu'un sérum antitoxique. — Il importe avant d'entrer plus avant dans cette étude de voir ce qu'est un sérum antitoxique, quelles sont ses propriétés, et à quoi elles sont dues.

Il est un fait bien connu de tous aujourd'hui, c'est que les microbes sécrètent des poisons; c'est à ces poisons que sont dus tous les accidents que l'on observe dans le cours de la maladie.

Une fois cette notion bien établie, on a immunisé les animaux contre ce poison et ses effets nocifs. Voilà donc, par exemple, un animal immunisé, rendu réfractaire au poison diphthérique. Eh bien, si on recueille le sérum de cet animal, si on le mélange à une dose considérable de poison diphthérique, dose bien supérieure à celle qu'il suffirait d'employer pour tuer un autre animal de même taille, et si on injecte ce mélange à un animal témoin, cette injection n'a plus aucun effet pathogène, l'animal reste absolument sain; le sérum qu'on lui a injecté était du sérum *antitoxique*, du sérum anti-diphthérique.

Voilà la base, voilà l'expérience fondamentale de la sérothérapie.

Pour qu'un sérum soit réellement spécifique, il doit posséder plusieurs propriétés; il doit être antitoxique, préventif, et curateur; il faut qu'il soit capable de détruire la toxine contre laquelle il est dirigé; il doit préserver de la maladie que donne habituellement cette toxine, et enfin, il doit, injecté dans l'organisme, amener la guérison lorsque l'affection est déclarée et même très avancée.

Comment le sérum acquiert-il toutes ces propriétés? Se forme-t-il dans le sang des animaux ainsi immunisés une substance particulière, substance à laquelle on a donné le nom d'*antitoxine*? Qu'est-ce que cette antitoxine?

Cette substance n'existe pas dans le sang d'un animal naturellement réfractaire; mais on peut l'y faire apparaître très aisément; il suffit pour cela d'injecter d'une façon continue pendant un certain temps des doses modérées; par conséquent, il est donc nécessaire pour que l'antitoxine apparaisse, pour qu'elle se produise, il est donc nécessaire que l'organisme subisse une modification préalable, absolument capitale; il faut que la toxine entre en action. Et le rôle de la toxine est si bien évident qu'on obtient avec la même quantité de cette substance des antitoxines très variables, de plus ou moins grande activité, et par suite plus ou moins efficaces, suivant que les toxines auront été inoculées de telle ou telle façon; ainsi on obtiendra une antitoxine bien plus active, si l'on fait agir *quotidiennement* la toxine, à doses très modérées, que si l'on administre à l'animal une forte dose de cette toxine, en ne la faisant suivre d'une autre inoculation qu'à une date assez éloignée de la première.

Si l'on étudie les propriétés chimiques de l'antitoxine, on constate qu'elles sont en tous points comparables à celles de la toxine dont elle dérive; comme cette dernière elle est précipitable par l'alcool, le tannin, le sulfate neutre d'ammoniaque; si on fait agir sur elle une température suffisamment élevée pour coaguler l'albumine, on amène la destruction de cette antitoxine.

Comment se forme l'antitoxine et d'où vient-elle?

M. Roux, dans sa communication au congrès de Buda-Pest, a étudié cette question d'une façon magistrale, comme tout ce qu'il touche, mais il faut bien le dire, il n'a pu arriver à élucider complètement et d'une façon certaine cette question.

Il semblerait, d'après certains faits, que l'antitoxine ne serait qu'une transformation de la toxine au sein de l'organisme, et les partisans de cette idée mettent en avant que, puisque l'antitoxine se produit en quantité d'autant plus considérable qu'on injecte à l'animal une plus grande quantité de toxine, il doit sembler naturel que l'antitoxine n'est qu'une modification de la toxine. Buchner soutient hardiment cette théorie, et il ajoute que les propriétés chimiques de l'antitoxine sont presque identiques à celles de la toxine; en outre, si après un certain nombre d'inoculations on cesse brusquement l'administration de la toxine, on voit l'antitoxine diminuer très rapidement pour disparaître bientôt. Tous ces faits, n'est-il pas vrai, sembleraient donner raison à Buchner et devraient nous faire admettre que l'antitoxine n'est qu'un dérivé de la toxine.

Mais d'autres expérimentateurs (Vaillard, Roux) apportent des arguments bien plus probants en faveur de la théorie opposée, arguments qui réduisent à néant les faits précédents.

En effet si, à un animal immunisé, on pratique des saignées répétées et suffisamment rapprochées pour renouveler la masse de son sang, d'après la théorie de Buchner la proportion d'antitoxine devrait diminuer dans le sérum de cet animal à chaque saignée, pour disparaître complètement quand toute la masse sanguine aurait été renouvelée; or, il n'en est rien; le sérum de l'animal ne perd rien de son activité, malgré ces saignées répétées, et à la dernière il est aussi antitoxique qu'avant la première.

L'antitoxine, dans ce cas, s'est donc reproduite au fur et à mesure de l'écoulement du sang, et par suite elle n'est donc pas une transformation de la toxine qu'on avait cessé d'injecter depuis longtemps.

Nous disions plus haut qu'il est possible d'obtenir des antitoxines d'intensité variable, avec la même quantité de toxines, suivant le mode opératoire adopté. Il n'y a aucun rapport entre la quantité de toxine inoculée et la quantité d'antitoxine produite; par suite, cette dernière n'est donc pas un dérivé de la précédente, et il semble plus simple d'admettre que la toxine agisse comme « un excitant, comme un stimulant, sur les cellules qui sécrètent l'antitoxine » (1).

Jusqu'à maintenant il n'existe pas d'organe qui puisse être dit le générateur de l'antitoxine; où se forme-t-elle? voilà un problème qui est encore aujourd'hui insoluble. Tout ce qu'il est possible de dire, c'est que c'est dans le sang des animaux immunisés qu'on la rencontre plus abondante que partout ailleurs, ou, pour parler plus exactement, dans le sérum de ces animaux; on la rencontre aussi, mais en bien moins grande quantité, dans l'humeur aqueuse, l'urine, la salive et le lait.

Il serait également très important de savoir comment agit cette antitoxine. Détruit-elle la toxine? La neutralise-t-elle? Ou bien, simplement, en masque-t-elle les effets? Mais ce sont encore là des problèmes non résolus et qui appellent toute l'attention des expérimentateurs. Il semble, toutefois, d'après certains faits, bien mis en évidence par Roux et Vaillard, que la toxine n'est pas détruite par l'antitoxine. En effet, si on fait, *in vitro*, un mélange d'une toxine donnée et d'un sérum antitoxique correspondant, possédant même une haute propriété immunisante, on verra que ce mélange laisse indemnes, par exemple, dix cobayes sur douze, tandis que deux autres sont tués par les mêmes doses du même mélange; la toxine n'était donc pas détruite, puisque chez ces deux animaux, sans doute moins résistants, elle a procuré la maladie.

(1) Roux, Communication au Congrès de Buda-Pesth.

De plus, voici par exemple un mélange de 900 parties de toxine tétanique et d'une partie de sérum anti-tétanique. Ce mélange, si on l'inocule à un cobaye à la dose de un demi-centimètre cube, est absolument inoffensif; mais à la même dose, il tue une souris, et à la dose de un centimètre cube, il tue cobaye et souris.

Evidemment, de tous ces faits, il faut bien conclure que l'action de l'antitoxine sur la toxine n'est point de même nature que les actions chimiques, où un corps est détruit par un autre. Il semble plus probable que la toxine et l'antitoxine continuent à vivre à côté l'une de l'autre. L'opinion qui nous paraît la plus acceptable, en l'état actuel de la science, est que l'antitoxine agit peut-être moins sur la toxine que sur les cellules de l'organisme; elle donne peut être plus de résistance à ces cellules, les rend momentanément insensibles à l'action de la toxine, ou peut-être les rend aptes à détruire ce poison.

III

Tétanos. — C'est à Brieger que l'on doit les premières études sur le poison tétanique, qu'il affirma être des ptomaïnes.

Behring et Kitasato (1) continuèrent ces recherches et prétendirent que le véritable poison tétanique n'était pas dû aux ptomaïnes de Brieger.

Tizzoni et Cattani (2) montrèrent que le bacille du tétanos, cultivé sur gélatine, produit une diastase peptique; et Brieger, revenant sur ses premières recherches, obtient (3) en filtrant des cultures de ce microbe une toxalbumine soluble dans l'eau.

Vaillard et Vincent (*Soc. Biologie*, 1890), Kitasato (*Zeits. f. Hygiene*, t. X), confirmèrent ces résultats et étudièrent d'une façon bien plus approfondie l'action sur ce poison de l'air, de la chaleur, de la lumière, etc.

D'après Courmont et Doyon (4) il faudrait des conditions toutes particulières au poison tétanique pour agir sur l'organisme; c'est un certain temps après son inoculation que, d'après ces auteurs, il se ferait certaines fermentations au sein des tissus vivants, fermentations ayant pour résultat ultime la production du véritable poison tétanique.

De telles études et de si beaux résultats devaient fatalement conduire à des essais d'immunisation, et la sérothérapie du tétanos allait bientôt naître.

En effet, dès 1890, Behring et Kitasato (*Deut. med. Woch.*), après avoir rendu des animaux réfractaires au tétanos, parvinrent à démontrer que si l'on mélange, *in vitro*, le sérum de ces animaux avec de la toxine tétanique, cette toxine est détruite; de même si on injecte ce mélange à un animal, ce dernier reste indemne et ne contracte pas le tétanos. Ces auteurs purent, même, grâce à ce sérum, guérir des souris préalablement rendues tétaniques.

La même année, M. le professeur Vaillard (5) était arrivé à vacciner les animaux contre le tétanos en leur inoculant des cultures filtrées et chauffées à 60°. Mais cet éminent observateur avait en même temps noté que cette immunité était de fort courte durée.

Behring (*Zeits. f. Hyg.* t. XII), perfectionna alors le procédé de Kitasato et put l'appliquer au cheval, au mouton et au lapin.

Toutes ces études n'étaient pour ainsi dire que des recherches d'essai. Mais bientôt avec M. Vaillard la question allait entrer dans une voie plus féconde (1892, *Ann. de l'Inst. Pasteur*). En outre de la méthode qu'il avait tout d'abord employée, et que nous signalions tout à l'heure, cet expérimentateur inocula un mélange de culture et d'eau iodée, puis dans une troisième série de recherches il fit des injections *fréquemment répétées de très petites doses de poison tétanique.*

Mais tout ceci ne donnait encore que la prévention contre le tétanos; il fallait arriver à avoir un sérum curateur.

Behring et Kitasato entreprirent des expériences sur ce point, et publièrent des résultats très favorables, qu'ils dirent avoir obtenus en traitant le tétanos déclaré chez la souris et chez le cobaye.

MM. Roux et Vaillard (1) reprirent leurs expériences en variant le mode d'opérer; ils agirent non seulement sur des animaux de diverses espèces (lapins, moutons, cobayes, souris, etc...), mais encore ils varièrent leur mode d'infection.

En inoculant des cobayes et des souris avec de la toxine tétanique, à doses moyennes, ces auteurs n'ont obtenu que quatre guérisons sur neuf animaux inoculés, puis ils ont traité des cobayes et des souris inoculés avec des spores tétaniques chauffées à 80°, tantôt seules, tantôt associées à un coccus favorisant; dans d'autres expériences ils ont produit l'infection par introduction dans les muscles d'échardes de bois imprégnées de spores chauffées à 80°. La plupart du temps, ils ont eu au moins autant d'insuccès que de guérisons sinon plus, et dans cette dernière série d'expériences sur 11 animaux inoculés, ils ont eu 11 morts. Mais il vaut mieux reproduire leurs chiffres, pour avoir une idée plus exacte des résultats qu'ils ont obtenus.

Sur 32 souris traitées, il y a eu 28 morts et 4 guérisons; 42 cobayes ont donné 42 morts; 4 lapins, 2 morts; 2 moutons, 2 morts. Soit, au total, 73 morts pour 10 guérisons; or des animaux témoins, inoculés d'une façon analogue mais non traités, ont donné 4 guérisons et 39 morts.

Voilà, certes, des résultats assez peu encourageants et qui diffèrent beaucoup de ceux de Behring et de Kitasato. Et certes, les expériences de MM. Roux et Vaillard ont été conduites avec une telle méthode et une telle précision, avec leur compétence habituelle, qu'on ne peut un instant mettre en doute leurs résultats. On a dès lors beaucoup de peine à s'expliquer comment, par les mêmes moyens, Kitasato a pu guérir 8 cobayes sur 12, après les avoir inoculés avec des échardes imprégnées de spores.

On fut bientôt conduit à appliquer ces expériences à la thérapeutique humaine.

Le premier cas signalé de ces essais est dû à Kitasato, Mais on ne peut tenir aucun compte de cette observation, l'affection était à sa dernière période et on injecta une trop faible dose de sérum, le malade succomba.

C'est en réalité à Tizzoni et Cattani qu'on doit les premiers cas de guérison. Ces auteurs traitèrent 8 malades par les injections de sérum de chiens immunisés, ils obtinrent 8 succès. Il est permis de prendre peu garde à ces observations; en effet, les médecins italiens rapportent là l'histoire de malades atteints de tétanos lents et qui auraient très vraisemblablement guéri pour la plupart sans l'intervention sérothérapique.

Renon, alors interne de M. Dieulafoy, publie en 1892, dans les *Annales de l'Institut Pasteur*, deux cas de tétanos qu'il a traités par les injections de sérum antitétanique; il a eu deux insuccès. Ces deux observations sont très bien étudiées et méritent qu'on y prête grande attention.

(1) *Zeits. f. Hyg.*, t. VIII.
(2) *Riforma medica*, 1890, et *Arch. f. exper. path.*, t. XXVII.
(3) *Berl. klin. Woch.*, 1890.
(4) Courmont et Doyon, *Société de biologie*, 1893.
(5) *Société de biologie*, 1890.

(1) *Annales de l'Institut Pasteur*, février 1893.

MM. Roux et Vaillard ont traité 7 cas de tétanos humain par les inoculations de sérum très actif. Ces sept cas leur ont donné 5 morts et cependant un des patients avait reçu 402 cc. d'un sérum dont le pouvoir immunisant était de un milion.

Emmerich, employant l'antitoxine de Tizzoni, rapporte (*Wien. klin. Woch.* 1893) 4 cas de tétanos de nouveaux-nés dans lesquels il obtint 4 guérisons.

Magagni (1), Galtaï (2), Lési (3) rapportèrent de nouveaux cas de guérison, et enfin en 1894, Huebner (3), Percy Dean (5) et Evans (6) firent également des recherches sur ce sujet et obtinrent quelques guérisons.

Quoi qu'il en soit, ces résultats sont encore assez médiocres. Mais il importe de ne pas préjuger encore de la question, et surtout de ne pas porter un jugement définitif d'après des faits encore relativement peu nombreux. Il n'en reste pas moins acquis que c'est en ce moment le seul traitement rationnel du tétanos, et qu'il ne faudra jamais hésiter à l'employer.

IV

Fièvre typhoïde. — C'est à Chantemesse et Widal (*Ann. de l'Institut Pasteur*, 1892) que l'on doit les recherches les plus intéressantes sur la fièvre typhoïde expérimentale, sur l'immunisation et la sérothérapie de cette maladie. Grâce à un procédé d'exaltation dans la virulence des microbes, ces auteurs ont pu, en partant d'un bacille typhique quelconque, obtenir chez le cobaye un virus fixe, capable de reproduire une maladie à évolution cyclique uniforme.

Puis ils ont poursuivi leurs études sur l'immunisation contre le bacille typhique. Dans toutes leurs expériences, ils se sont servis de bouillons virulents chauffés à 37°, puis stérilisés à 100°. Puis ils injectent de petites doses, suffisamment espacées, et encore perdent-ils par ce procédé la moitié de leurs animaux.

Mais il existe d'autres procédés d'immunisation, c'est celui de Brieger, de Kitasato et de Wassermann, et celui de Beumer et de Peiper. Enfin on peut conférer l'immunité en inoculant à des cobayes le sérum de cobayes et de lapins vaccinés et non vaccinés. Chantemesse et Widal ont pu ainsi, au bout de quelques heures, constater que l'immunité existait parfaite; mais cette action préventive est peu persistante, et déjà au bout de 4 à 5 semaines elle a disparu.

Poursuivant leurs recherches ces auteurs ont pu voir que ce sérum des animaux préalablement immunisés possède contre l'infection typhique de réelles propriétés curatrices; il est d'autant plus efficace que la dose de sérum inoculée est plus grande, et qu'on intervient plus rapidement, à un moment très rapproché du début de l'infection.

Quoi qu'il en soit, malgré cet excellent résultat les animaux guéris de l'infections typhique par l'inoculation du sérum, bien que rendus insensibles au bacille d'Eberth, peuvent encore succomber sous l'action des toxines qu'il sécrète.

Voilà, n'est-il pas vrai, des résultats des plus encourageants et MM. Chantemesse et Widal, séduits par leurs premiers succès, ne s'arrêtèrent pas en chemin et montrèrent aussitôt que l'on peut parfois obtenir la guérison de l'infection typhique expérimentale en inoculant du sérum d'animaux sains. Mais il faut bien le dire, ils ont constaté que c'était là une action bien moins sûre et bien moins fidèle que celle produite par le sérum des animaux préalablement immunisés.

De même, si on injecte à un cobaye ou à un lapin, infecté expérimentalement par le bacille typhique, du sérum provenant d'un homme en déclin de fièvre typhoïde ou convalescent, ou même guéri depuis très longtemps, on obtient la guérison de ces animaux. Chantemesse et Widal ont eu 6 résultats positifs sur 6 animaux mis en expérience.

Enfin restait à essayer la sérothérapie sur l'homme. C'est encore aux mêmes savants que revient l'honneur d'avoir les premiers essayé de traiter des malades atteints de fièvre typhoïde par du sérum d'animaux immunisés. Mais, hélas! le succès n'a pas répondu à leurs espérances.

Dans une première observation, ils ont obtenu après la première inoculation une chute absolue de la température. Mais le jour suivant, malgré une nouvelle injection, la température remonte à 40° et dès lors la maladie suit son cours, sans être le moins du monde modifié par ces inoculations.

Dans un deuxième cas, même insuccès. « Ces deux insuccès ne suffisent peut-être pas à prouver l'insuffisance de la méthode séro-thérapeutique appliquée au traitement de la fièvre typhoïde. En opérant plus près encore du début de la maladie, dès l'apparition des premiers symptômes, en employant un sérum encore plus actif, peut-être pourrait-on réaliser la thérapeutique abortive de la dothiénentérie. Mais ces deux tentatives montrent, en tout cas, que pour la fièvre typhoïde comme pour le tétanos, ou pour la diphthérie, en se plaçant dans les conditions de la pratique journalière, en opérant chez des malades atteints de fièvre typhoïde confirmée, peu de temps après l'apparition des taches rosées, l'inoculation de sérums d'animaux immunisés n'entrave pas la marche de la maladie. Si, malgré les espérances fondées sur l'expérimentation, la sérothérapie appliqué aux typhiques n'a pas donné de meilleurs résultats que la sérothérapie appliquée aux tétaniques, c'est peut-être parce que chez l'homme nous arrivons trop tard. Pour arriver à temps chez l'animal, nous avons un élément qui nous fera toujours défaut chez l'homme, la connaissance de la date exacte de la pénétration du virus. (1) »

Typhus exanthématique. — Les premiers essais de sérothérapie dans cette maladie, si voisine de la véritable fièvre typhoïde, sont dus à un médecin militaire français, M. Legrain (2).

Cet auteur a essayé l'effet des injections sous-cutanées de sérum des convalescents de typhus sur des malades atteints de cette affection. Il n'a fait d'injections qu'à des malades qui, après diagnostic confirmé, présentaient un typhus à pronostic très grave. L'effet le plus constant a été un abaissement thermique proportionnel à la quantité de sérum injectée; cet abaissement commence trois heures environ après l'injection et passe par un maximum vers la quinzième heure.

Dans un cas de typhus grave avec éruption pétéchiale confluente et température en plateau à 41 degrés sans rémission, la température tomba pour ne plus se relever, et le malade guérit au bout de six jours; la quantité de sérum injecté fut de 14 cc., au quatrième jour de l'affection. Dans d'autres cas, très graves par la continuité de l'hyperthermie et l'intensité de l'intoxication, mais traités tardivement, l'évolution du mal ne semble pas avoir été abrégée; mais il importe de noter dans ces

(1) MAGAGNI, *Riforma Medica*, février 1893.
(2) GALTAI, *Ibid.*, juillet 1893.
(3) LÉSI, *Ibid.*, août 1893.
(4) HUEBNER, *Deutch. Med. Woch.*, 1894.
(5) DERCY PEAN, *Brit. Med. Journ.*, 15 septembre 1894.
(6) EVANS, *Ibid.*

(1) CHANTEMESSE et WIDAL (Loc. cit.).
(2) *Soc. Biologie*, 19 janvier 1895.

cas le soulagement apporté par l'abaissement thermique et l'atténuation des phénomènes d'intoxication.

L'épidémie dans laquelle ces injections ont été essayées présentait au début une mortalité de 25 0/0; sur les 39 derniers malades dont les 12 plus graves ont reçu ces injections, il n'y a eu à noter qu'un seul décès chez un indigène cachectique palustre, et non soumis à ce traitement.

V

Pneumonie. — Le premier travail relatif à l'immunisation dans la pneumonie est dû à Emmerich et Fovitsky (1). Puis Klemperer (2) montre que le pneumocoque sécrète une toxine, capable de réaliser la production d'une antitoxine. Cette antitoxine s'obtient rapidement et avec grande facilité en modifiant la toxine par la chaleur avant de l'inoculer aux animaux.

Foa et Scabia (3) réussissent à immuniser un lapin en lui inoculant pendant 5 jours consécutifs une culture de pneumocoque; ce lapin infecté ensuite est resté indemne.

Ces mêmes auteurs, poursuivant leurs recherches, ont pu également immuniser des lapins en leur inoculant des extraits d'organes d'animaux morts pneumoniques.

Ils ont également essayé la sérothérapie dans les pneumonies humaines; mais ils n'ont obtenu aucun résultat appréciable. Klemperer a traité 40 cas de pneumonie humaine par le sérum anti-pneumonique et a obtenu d'excellents résultats (4).

Six mois après, Lava faisait à l'Académie de médecine de Turin une communication dans laquelle il apportait une statistique de 10 cas de pneumonie, traités par le sérum. D'après cet observateur, cette méthode aurait pour avantage de raccourcir l'évolution de la maladie et d'en activer la résolution.

Enfin signalons les travaux de Bozzolo, d'Issaef (*Ann. de l'Institut Pasteur*, mars 1893), de Pausini, d'Audeoud (*Revue med. de la suisse Romande*, 1893), tous auteurs qui, sans apporter des résultats, absolument démonstratifs, ont fourni un certain nombre de faits tendant à prouver que le sérum anti-pneumonique peut dans certains cas favoriser et accélérer la résolution de la maladie.

VI

Erysipèle et infection puerpérale. — C'est à Klemperer que l'on doit les premières études sur l'immunisation contre le streptocoque; il a pu guérir des souris de l'infection streptococcique en leur inoculant du sérum de lapin immunisé contre la même maladie.

Nironoff (*Soc. de Biologie*, avril 1893) a pu immuniser des lapins contre le streptocoque en leur injectant sous la peau une faible quantité de culture de ce microbe, préalablement chauffée à 120°. Le sérum du lapin ainsi immunisé était antitoxique, antistreptococcique.

Enfin depuis quelques mois il se poursuit des études fort intéressantes sur la sérothérapie dans l'érysipèle et l'infection puerpérale.

Marmorek (*Biologie*, février 1895) a pu, grâce à de nombreux passages successifs, exalter la virulence du streptocoque et par suite rendre très actives ses toxines. Pour rendre un sérum antistreptococcique, il a dû inoculer une grand quantité de toxines.

C'est alors que Roger, dans la même séance, exposa des recherches poursuivies en collaboration avec Charrin. Ils ont immunisé des lapins, puis un cheval, et ont pu appliquer la méthode à une femme atteinte d'infection puerpérale. C'est du reste ces auteurs qui, les premiers, en France, ont établi la réalité des principes bactéricides que Buchner rapproche des antitoxines chez les sujets rendus réfractaires. A l'aide de leurs études sur le bacille pyocyanogène, ils ont montré d'où venait l'erreur des Allemands qui comptaient les microbes pullulant dans les humeurs des animaux sains et dans celles des immunisés, et ne trouvaient pas toujours de grandes différences; ils ont prouvé que ces différences existaient constamment, portant souvent sur la forme ou sur les sécrétions et non sur la quantité.

Ils ont appliqué d'abord la sérothérapie à l'infection pyocyanique, puis à l'infection streptococcique, et maintenant ils appliquent à l'homme leur expérimentation sur les animaux. La première malade ainsi traitée a parfaitement guéri.

Bientôt ils eurent l'occasion de traiter une seconde malade (*Biologie*, mars 1895), qui, quoique gravement atteinte, guérit parfaitement après inoculation de 86 cc. de sérum antistreptococcique, en 4 doses. Ces mêmes auteurs traitèrent également un cas d'érysipèle survenu chez un enfant de trois semaines, élevé à la couveuse. En quatre jours, l'enfant guérit après avoir reçu 5 cc. de sérum, cette dernière observation a paru d'autant plus intéressante aux auteurs que l'érysipèle des nouveaux-nés est presque toujours mortel.

Enfin, dans la même séance, ils relatent l'observation d'une femme qui, vingt jours après l'accouchement, était atteinte d'une angine pseudo-membraneuse à streptocoques; ils inoculèrent le sérum. La malade reçut 60 cc., le premier jour, en deux fois, et 30 le lendemain; guérison très rapide.

Ces auteurs concluent en disant que si ces faits sont encore trop peu nombreux pour justifier une conclusion touchant l'action curative du sérum, ils permettent du moins d'affirmer déjà son innocuité et autorisent à en commencer l'usage dès le début des accidents.

M. Marmorek répondit à son tour par une statistique de 46 malades atteints d'érysipèle grave et qui ont tous guéri.

MM. Josué et Hermary (4 mai 1895. *Soc. Biologie*) rapportent également la guérison d'un cas grave d'infection puerpérale par les injections de sérum.

Enfin le 11 mai dernier, M. Jacquot, de Creil, rapporta à la même Société savante l'observation d'une septicémie puerpérale, chez laquelle tout avait été essayé en vain. Une injection de sérum antistreptococcique fit tomber, le soir même, la température à 37°. Cette femme contracta un érysipèle; une nouvelle injection fut faite, et la guérison fut alors définitive.

Cette observation, qui démontre bien l'action utile du sérum antistreptococcique, est également propre à appuyer les rapports qui existent entre l'infection puerpuérale et l'érysipèle.

Voilà, pour le moment, le bilan du sérum antistreptoccique. Certes, les faits ont encore besoin de se multiplier; mais, tels qu'ils sont, ils n'en sont pas moins très favorables, et doivent encourager à poursuivre cette voie, du reste des plus rationnelles.

(*A suivre.*) AUSSET.

(1) EMMERICH et FOVITSKY. *Mün. med. Woch.*, août 1891.
(2) KLEMPERER. *Berlin. klin Woch.*, août 1891.
(3) *Acad. di midic. di Torino*, mai 1892.
(4) *Berlin. klin. Woch.*, mai 1892.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pseudo-tuberculose. — Observation communiquée à la Société anatomique dans sa séance du 21 juin par M. du CAZAL, médecin principal, professeur au Val-de-Grâce.

En 1891, nous avons, monsieur le professeur Vaillard

et moi, étudié (*Annales de l'Institut Pasteur*, janv. 1891) une nouvelle maladie parasitaire de l'homme qui ne paraît pas, depuis, avoir été retrouvée par d'autres.

J'ai eu récemment l'occasion d'en observer un second cas, et comme cette observation me paraît intéressante à plus d'un titre, je la publie avec quelques détails.

B..., âgé de 22 ans, est entré au service militaire en novembre 1892.

Il ne présente aucun antécédent héréditaire ou personnel. Placé comme domestique de ferme à l'âge de onze ans, il ne se rappelle pas avoir jamais été malade avant d'être militaire.

Le 20 décembre 1892, un mois à peine après son incorporation, il était occupé, le soir, dans la cour du quartier, à transporter des sacs de pain, lorsqu'il fut pris, tout à coup, de mouvements convulsifs limités au membre supérieur droit: bras, avant-bras et main. Ces mouvements durèrent deux à trois minutes et se dissipèrent en laissant si peu de traces que B... put reprendre et terminer sa corvée.

Pendant quatorze mois, de décembre 1892 à janvier 1894, le malade ne présente rien d'anormal.

Le 25 janvier 1894, il entre à l'hôpital de Vincennes pour une attaque de rhumatisme articulaire aigu qui cède facilement à l'administration du salycilate de soude.

Dès cette époque, et pendant la convalescence de cette affection, il s'aperçoit d'une diminution très sensible de la force dans le côté gauche.

Le 15 mars il part en congé de convalescence d'un mois.

Pendant ce congé, cette hémiparésie, au lieu de diminuer, ne fait qu'augmenter; le malade était condamné à ne marcher qu'avec lenteur; s'il voulait hâter le pas, il traînait le pied gauche, sa jambe fléchissait et il butait au moindre obstacle. Il ne pouvait non plus se servir de sa main gauche; lorsqu'il prenait, avec cette main, un objet un peu pesant, un plat ou une assiette par exemple, l'avant-bras se mettait brusquement en pronation et la main lâchait prise.

Quelque temps aussi avant sa sortie de l'hôpital, le malade avait éprouvé une nouvelle attaque de mouvements convulsifs dans le *membre supérieur droit* en tout semblable à celle qui s'était produite quinze mois auparavant.

Pendant son congé, nouvelle crise; à partir de ce moment celles-ci vont se renouveler à peu près tous les mois.

Vers le commencement du mois d'avril 1894 apparurent dans la main gauche des mouvements athétosiques très nets.

Le malade revient au corps à la fin de son congé; mais on reconnaît qu'il est incapable de faire son service et on le renvoie dès le 28 avril à l'hôpital de Vincennes.

Là on constate les progrès faits par l'affaiblissement des membres supérieur et inférieur *du côté gauche;* la persistance des mouvements athétosiques des doigts de la *main gauche;* enfin la production de crises jacksoniennes limitées au membre supérieur du côté droit.

Mais bientôt celles-ci ne sont plus seulement limitées au bras; elles s'étendent à la face; de plus, le malade, maintenant, les sent venir; une aura, partant du côté droit du cou, en annonce le début.

Le 15 juin, le malade est renvoyé en congé de convalescence de deux mois.

Pendant la durée de ce congé, l'hémiparésie gauche persiste, mais ne s'aggrave pas.

Les crises d'épilepsie partielle se montrent, comme nous l'avons dit, à peu près tous les mois; à l'une d'elles, plus violente que les autres, lorsque la convulsion est arrivée à la face, le malade a perdu connaissance; il est tombé et s'est fait une ecchymose au sourcil. Cette crise a été suivie de coma et d'urination involontaire.

Enfin, dans une crise survenue le 5 décembre 1894, après son retour à l'hôpital de Vincennes, on note pour la première fois la participation du membre inférieur droit à la convulsion.

Vers le 15 octobre, s'était aussi produit un phénomène que nous devons noter: le malade, qui jusqu'alors avait pu marcher, quoique avec peine et en traînant le pied, se vit complètement immobilisé par l'apparition dans le membre parésié de douleurs extrêmement vives et aiguës, se manifestant uniquement à l'occasion des mouvements volontaires. Cette crise douloureuse persista environ un mois à l'état aigu, puis les douleurs se calmèrent, et vers la fin de novembre, le malade put de nouveau marcher en s'aidant d'une canne.

Le 8 janvier 1895, il est évacué de l'hôpital de Vincennes sur celui du Val-de-Grâce.

Etat du malade à son arrivée. — B... est un homme très grand et, malgré la date déjà ancienne du début de sa maladie, d'apparence encore très forte et très vigoureuse.

L'examen du poumon et du cœur ne révèle rien d'anormal. Le malade, du reste, ne tousse jamais et n'a jamais toussé.

La motilité est normale à droite; à gauche, on constate une hémiplégie très incomplète portant sur les membres supérieur et inférieur, à l'exclusion de la face.

Les doigts de la main de ce côté sont animés de mouvements athétosiques tout à fait caractéristiques.

Les réflexes de ce côté sont exagérés; mais on ne peut pas provoquer la trépidation épileptoïde du pied non plus que celle de la rotule.

La sensibilité dans tous ses modes (contact, douleur, température, réaction électrique) est aussi très diminuée à gauche; il n'y a aucun retard dans la transmission des sensations.

Cette hémianesthésie incomplète ne porte, comme l'hémiplégie, que sur les membres, à l'exclusion de la face.

Les fonctions digestives s'accomplissent normalement.

Pas d'albumine dans l'urine.

A partir de ce moment, le malade, considéré comme un chronique, n'était examiné que de temps en temps et ces examens ne révélèrent rien de nouveau.

Les crises d'épilepsie jacksonienne se répétaient à intervalles irréguliers. Plusieurs fois elles se produisirent en ma présence: elles débutaient toujours par l'avant-bras et quelquefois restaient limitées au membre supérieur; elles ne s'accompagnaient pas alors de perte de connaissance. D'autres fois, surtout vers la fin, elles s'étendaient à la face et à la jambe et le malade alors perdait connaissance.

En février, nous vîmes reparaître une crise douloureuse, semblable à celle que nous avons relatée plus haut, pendant laquelle B... fut confiné au lit et qui dura une vingtaine de jours au bout desquels il put reprendre ses promenades dans les jardins de l'hôpital.

L'histoire de la maladie et l'étude du malade me firent diagnostiquer une tumeur — probablement un tubercule — siégeant à la partie moyenne de la circonvolution frontale ascendante droite, et je proposai au malade de lui faire pratiquer une trépanation. Il se refusa absolument, malgré toutes mes instances, à aucune intervention chirurgicale.

Il paraissait aller mieux; ne présentait aucun phénomène cérébral nouveau; ne se plaignait en particulier jamais de maux de tête; mangeait et dormait très bien en même temps que, sous l'influence du bromure de potassium, les crises d'épilepsie partielle s'étaient faites plus rares.

Lorsqu'à la date du 14 mai, nous constatâmes les premiers phénomènes d'une méningite cérébro-spinale qui enleva rapidement le malade; il mourut le 28 à deux heures de relevée.

Autopsie pratiquée vingt-quatre heures après la mort.

A l'ouverture du crâne on constate une congestion très intense des méninges. Cette congestion existe sur tout le cerveau et s'accompagne, en certains points, de véritables petites hémorrhagies sous-méningées.

Une couche de pus visqueux, très épais, recouvre tout le mésocéphale et s'étend du chiasma des nerfs optiques à l'extrémité du bulbe où elle paraît se continuer sur la moelle.

On en trouve également dans les scissures de Sylvius le long des artères sylviennes.

Sur la face convexe de l'hémisphère droit apparaît une tumeur au niveau de laquelle les méninges sont adhérentes. Du volume d'une grosse noisette, cette tumeur siège assez exactement au niveau du lobule du pli courbe, entre la scissure interpariétale et la scissure de Sylvius.

Une seconde tumeur insérée sur le plexus choroïde, s'épanouit librement dans le ventricule latéral droit dont les parois sont détruites: la substance blanche est à l'état de bouillie, la couche optique a disparu; la capsule interne est restée intacte malgré la compression dont elle a dû être l'objet. Cette tumeur, régulièrement arrondie, est du volume d'une grosse châtaigne et ne pèse pas moins de 17 grammes.

Enfin en faisant des coupes méthodiques dans le cerveau

on trouve une troisième tumeur, de volume intermédiaire à celui des deux autres, occupant le lobe du pli pariétal du côté gauche et située immédiatement au-dessous de l'écorce grise. Le poids total de ces tumeurs réunies est exactement de 26 grammes.

Elles sont toutes trois de même nature : une coupe pratiquée à leur centre montre une structure analogue à celle d'un bulbe d'oignon; elles sont formées par des couches concentriques très nettes, très distinctes, sans aucun ramollissement à leur centre; elles sont très dures et très résistantes.

En aucun point on ne trouve de granulations tuberculeuses grises.

Cage thoracique : les feuillets de la plèvre droite présentent des adhérences dans toute leur étendue; adhérences récentes et faciles à rompre; à gauche, on en trouve aussi le long de la colonne vertébrale.

Les plèvres sont parsemées de petites tumeurs d'apparence caséeuse, de forme arrondie et du volume d'un noyau de cerise; elles sont disséminées sur les deux plèvres et développées en dehors du sac pleural; ainsi celles du feuillet viscéral font saillie du côté du poumon; celles en moins grand nombre, développées sur la plèvre pariétale, font saillie du côté des côtes.

Sur les plèvres du reste l'examen le plus attentif ne permet pas de découvrir la moindre granulation grise.

Le long de la colonne vertébrale, on trouve un chapelet de tumeurs semblables à celles des plèvres; enfin sur la plèvre diaphragmatique on trouve un amas considérable de ces tumeurs, quelques-unes ayant le volume d'une châtaigne et aplaties par le fait du frottement des deux feuillets pleuraux. Le poumon présente les lésions caractéristiques d'une broncho-pneumonie à sa première période. Mais, pas plus dans le poumon que dans les plèvres, on ne trouve trace de granulations tuberculeuses grises.

Abdomen : Foie normal pesant 1400 gr.

Rate normale pesant 190 gr. Aucune granulation sur la capsule de Glisson non plus que sur la capsule splénique.

Le rein droit pèse 230 gr.; il présente à sa partie inférieure une tumeur de même structure que les autres, du volume d'un œuf de pigeon, qui arrive à sa surface et au niveau de laquelle la capsule est légèrement adhérente.

Le rein gauche pèse 255 gr.; il contient une seconde tumeur pareille à celle du rein droit, mais qui n'est pas visible à la surface de l'organe; chacune de ces tumeurs est encavée à son centre.

Dans l'intestin grêle, on trouve, à un mètre environ de la valvule iléo-cæcale, une ulcération ressemblant à s'y méprendre à une ulcération tuberculeuse, mais ni sur le fond de cette ulcération, ni sur la face correspondante du péritoine on ne trouve la plus légère granulation grise.

En réfléchissant à la marche de la maladie, à ses symptômes; en tenant compte surtout du nombre et du volume des tumeurs trouvées dans l'organisme, de leur aspect macroscopique et de leur consistance; en raison de l'absence absolue de granulations grises, il est facile de se convaincre que nous nous trouvons en présence d'une pseudo-tuberculose, mais d'une pseudo-tuberculose seulement et non d'une tuberculose véritable.

Et de fait, j'ai l'absolue conviction, bien que l'inoculation à l'animal n'ait pas été faite, que j'ai eu affaire à la maladie parasitaire que j'ai déjà rencontrée à l'autopsie d'un sujet mort dans mon service en 1890, que j'ai étudié avec la collaboration de mon collègue et ami, M. le professeur Vaillard, et dont nous avons publié l'observation dans le numéro de juin 1891 des *Annales de l'Institut Pasteur*.

Le lendemain du jour où j'avais pratiqué cette autopsie j'ai prié M. Vaillard de faire l'examen bactériologique du contenu d'une des tumeurs de la plèvre; il y a constaté la présence de bacilles, *mais pas celle du bacille de Koch*.

C'est tout aussi vainement qu'il les a recherchés dans des coupes faites sur une des tumeurs du cerveau; il est vrai que celle-ci avait séjourné 24 heures dans le liquide de Müller; mais cette condition serait-elle suffisante à empêcher la coloration des bacilles de Koch?

M. Gombault a bien voulu faire l'examen histologique d'une tumeur cérébrale et d'une tumeur de la plèvre; il y a trouvé des cellules géantes, mais, d'après lui, les caractères anatomo-pathologiques ne permettent pas de différencier ces tumeurs du véritable tubercule.

Cela n'a rien qui doive étonner et prouve seulement que ce n'est pas à l'anatomie pathologique, mais bien aux caractères macroscopiques et à la bactériologie qu'il faut demander le critérium distinctif entre cette maladie et la tuberculose.

La situation n'est-elle pas la même pour la morve, par exemple?

Aussi est-ce sur les caractères macroscopiques surtout que je voudrais insister pour permettre à ceux qui la retrouveront de ne pas la confondre avec la tuberculose vraie, ce qui certainement a été fait jusqu'ici.

Parmi ces caractères, il m'a semblé que le plus saillant était le suivant : Dans la tuberculose vraie, à côté des tubercules caséeux d'âge variable, on trouve toujours des tubercules jeunes et, surtout sur les séreuses, des tubercules gris à l'état naissant.

Dans la maladie nouvelle dont je parle, dans cette pseudo-tuberculose, je n'ai trouvé absolument que des nodules caséeux à l'exclusion absolue de toute granulation grise.

Puis ces tumeurs, dans un même organe, sont plus régulièrement distribuées que ne le sont d'ordinaire les tubercules; elles sont plus égales entre elles; bref, elles n'ont pas la *physionomie* des tubercules vrais; on se dit : « c'est de la tuberculose, mais c'est une tuberculose particulière ».

L'attention étant ainsi éveillée, si l'on examine le contenu caséeux des tumeurs, on trouve des bacilles dont les caractères morphologiques ont été décrits dans le mémoire cité plus haut, mais on y chercherait en vain le bacille de Koch.

Enfin le contenu de ces tumeurs, inoculé à un lapin, reproduit chez cet animal une maladie identique à celle de l'homme, c'est-à-dire des tumeurs de même nature dans le contenu caséeux desquelles on retrouve le bacille primitif.

J'ai dit que cette observation me paraissait intéressante à plusieurs titres :

On est en effet toujours étonné de constater l'extraordinaire tolérance du cerveau pour des corps étrangers d'un pareil volume.

Voilà un homme qui portait dans son cerveau trois tumeurs, dont la moindre était grosse comme une forte noisette, dont la plus grosse avait le volume d'une belle châtaigne ou d'une grosse prune et pesait 17 grammes et qui, jusqu'aux derniers jours de sa vie — puisqu'il a succombé à une méningite qui a duré huit jours — était à peine incommodé, ne présentait aucun trouble intellectuel, mais seulement un peu d'hémiparésie d'un côté du corps!

J'ai dit aussi, qu'en m'appuyant sur les expériences de Ferier, sur la célèbre opération du chirurgien Horsley et sur les conseils du professeur Charcot, j'avais proposé à ce malade une trépanation qu'il avait refusée, avec raison du reste, car l'autopsie a démontré que cette opération eût été sans résultat.

Cela ne veut pas dire que la théorie des localisations cérébrales soit mise en défaut par cette observation, mais bien seulement qu'il faut être très réservé dans l'intervention chirurgicale sur le cerveau basée sur cette théorie parce que, dans cet organe, il faut prendre en grande considération les actions à distance.

L'épilepsie jacksonienne, chez mon malade, avait bien

pour point de départ une irritation des centres dits psycho-moteurs, mais cette irritation était due, non pas à une tumeur développée directement sur ces centres, mais bien à une action à distance, très vraisemblablement à la compression exercée par la tumeur développée dans le ventricule latéral, ou peut-être à celle qui était développée au niveau du pli courbe, compression qui s'exerçait de dedans en dehors.

Dans une autre circonstance déjà, où j'avais eu affaire à un cas d'épilepsie jacksonienne typique, une application de trépan était restée sans résultat. Le malade mourut et, à l'autopsie, je ne trouvai qu'un peu de méningite diffuse s'étendant aux centres psycho-moteurs.

Note sur un cas de cholécystite calculeuse

par MM. A. Létienne et M. Jourdan.

Les succès obtenus contre des affections, où la thérapeutique de nos prédécesseurs était inefficace, fixent actuellement l'attention sur la chirurgie des voies biliaires. Il arrive cependant que dans certaines conditions encore mal déterminées, une opération n'ait pas l'issue favorable espérée. La mort survient sans qu'on puisse remonter à ses causes certaines. On épuise toutes les conjectures sans trouver une explication suffisante. Les actes opératoires se sont déroulés sans contre temps, le malade n'a pas subi l'influence manifeste du choc, les suites directes de l'opération ont été satifaisantes, des accidents infectieux locaux ou généralisés ne se sont pas produits et pourtant la mort arrive dans un laps de temps plus ou moins long, amenée par un affaiblissement progressif, sans fièvre, sans complication d'aucune sorte. On a le pressentiment que l'opération n'a joué qu'un rôle occasionnel, que cette déchéance inexplicable ne vient pas d'elle, qu'elle n'a servi que de prétexte à la précipitation d'événements funestes.

Il importe de rechercher les raisons de ces phénomènes pour y pallier s'il est possible ; et surtout pour en prévoir les risques chirurgicaux si nous ne pouvons en établir que le pronostic.

Parmi ces causes encore obscures se trouve au premier rang l'état préalable de la cellule hépatique. C'est de cet état que dépendent les suites de l'intervention, c'est sur lui que doivent porter les recherches. Quand les faits étudiés seront plus nombreux et classés, on pourra savoir quelles lésions hépatiques s'accommodent de l'opération et quelles lésions l'interdisent. Dès maintenant, avant d'opérer un lithiasique, par exemple, l'évalution de la qualité cellulaire du foie s'impose ; et il est cliniquement possible de la faire, sinon complètement, du moins avec une certaine approximation.

Il ne faut point croire que des lésions puissent porter leur action sur les voies biliaires seules, leur siège fût-il extra-hépatique, sans provoquer un retentissement de quelque ordre qu'il soit sur le foie. Ce serait méconnaître la nature même de l'appareil biliaire et oublier la fusion intime qui existe dès les premiers stades du développement embryonnaire entre la glande hépatique et son système d'excrétion.

Outre ces lésions qu'il importe de préciser, le foie peut avoir subi les atteintes de maladies antérieures qui passent inaperçues; et derrière l'opération faite en vue de guérir une affection d'un abord simple se dressent des difficultés imprévues.

C'est un de ces cas complexes que nous venons d'observer dans le service de M. le professeur Terrier. Nous en avons fait une étude très incomplète, étant données les exigences qu'ont les recherches de ce genre. Nous présentons cette observation comme un document de réserve pour servir à l'explication des causes de la mort chez certains opérés sur les voies biliaires.

Un homme, âgé de 55 ans, sans antécédents héréditaires, a contracté la syphilis à 23 ans. Jusqu'à 36 ans, il subit diverses manifestations cutanées et osseuses ; puis les accidents spécifiques ont disparu.

A 54 ans, pour la première fois, il présente des symptômes frustes de colique hépatique, qui, après cinq mois de cessation, se fixent sous forme de douleurs continues dans l'hypochondre droit, vers la vésicule. Ces douleurs l'amènent à l'hôpital Bichat, où huit jours après son entrée il eut la première attaque franche de colique hépatique avec subictère, mais sans décoloration des matières fécales. La constatation d'une tumeur vésiculaire et les souffrances constantes qu'aucun traitement médical n'améliorait nécessitent une intervention. M. le professeur Terrier pratique la cholécystostomie, après avoir ramené de l'extrémité du canal cystique un calcul du volume d'un gros pois.

Consécutivement à l'opération, la température, sauf une ascension unique au 3e jour, oscille autour de 37° ; le pouls devient de plus en plus petit et fréquent. L'écoulement de la bile par la fistule cutanée, sauf le 1er jour, est peu abondant et diminue progressivement ; l'ictère s'éteint et s'efface presque complètement.

Les selles sont colorées ; la quantité moyenne d'urine émise est de 700 cc. Cependant l'état général décline peu à peu et la mort survient le 9e jour.

A l'autopsie, on ne trouve aucune trace de péritonite aiguë. Le foie est manifestement lésé ; sa surface est mamelonnée et fissurée ; l'organe est petit, ne pèse que 1150 grammes ; son tissu est dur, de couleur rouge brun. La vésicule biliaire est légèrement dilatée, épaissie, sclérosée ; sa muqueuse a un aspect tomenteux ; les mailles de son reticulum sont élargies, étalées.

Le canal cystique est fibreux, dilaté ; sa muqueuse est chagrinée et d'un bout à l'autre présente des lésions causées par le calcul qu'il contenait.

Les canaux hépatique et cholédoque sont normaux, non dilatés, non sclérosés ; mais à l'extrémité terminale du cholédoque siège un petit calcul qui oblitère incomplètement ce canal. Les divers autres viscères n'offrent rien d'important à signaler.

L'histologie montre un foie scléreux, syphilitique, surchargé de graisse et portant les traces d'une légère rétention biliaire.

Tel est le résumé de l'observation dont les détails sont relatés plus loin. Nous croyons pouvoir y relever des particularités intéressantes à divers titres.

Considérations cliniques. — I. — Nous signalerons tout d'abord la coexistence de la syphilis hépatique et de la lithiase biliaire.

Y a-t-il dans ce fait simple coïncidence ou bien l'atteinte antérieurement portée au foie par un processus infectieux a-t-elle dans la suite favorisé la production de la lithiase? Cette question nous semble digne d'être posée. En effet, la lithiase suit assez fréquemment les maladies du foie, quelle que soit leur nature. La bile élaborée par un parenchyme altéré offre un milieu plus favorable au développement des micro-organismes qui y parviennent soit par la voie intestinale, soit par la voie sanguine même à l'état de santé apparente. Or les recherches récentes tendent à démontrer de plus en plus clairement le rôle des microbes virulents *ou non virulents* dans la pathogénie de la lithiase.

Pour nous, la desquamation épithéliale provoquée par

une cholécystite est contingente dans la production de la lithiase ; aussi l'élément infectieux, dans le sens ordinaire où on l'entend, n'est-il pas indispensable à la formation des calculs.

Pour ce qui est de la syphilis, nous n'avons pu voir dans le grand nombre d'observations que nous avons compulsées, qu'elle ait une action spéciale sur l'apparition ultérieure de la lithiase. Il faut remarquer toutefois que la plupart des rapports d'autopsie faits sur les foies syphilitiques ne mentionnent ni l'état de bile ni celui des voies biliaires.

II. — La marche de cette cholécystite calculeuse a affecté un type fréquent. L'affection a débuté insidieusement. Les symptômes de la colique hépatique ont été latents pendant longtemps, puis se sont manifestés d'une façon irrégulière et fruste. Ce n'est qu'au bout de plusieurs mois que les phénomènes de cholécystite se sont précisés et que les douleurs localisées à la vésicule ont apparu. Pendant plusieurs semaines, ces douleurs, véritables coliques vésiculaires, ont persisté d'une façon continue : la vésicule a été constamment douloureuse. Il importe de faire la distinction entre ces douleurs du cholécyste et l'accès franc de colique hépatique qui survint après l'entrée du malade à l'hôpital et qui avait pour cause le cheminement d'un calcul dans le cholédoque où l'on le retrouva d'ailleurs à l'autopsie. C'est à l'obstruction incomplète du cholédoque que le calcul avait déterminée qu'est dû l'ictère survenu avant l'opération.

III. — L'examen du foie pendant la vie laissait croire à un certain degré d'hypertrophie de l'organe. En effet la percussion lui assignait comme limite supérieure la sixième côte et la palpation donnait nettement la sensation du bord tranchant du foie au-dessous des fausses côtes. Cette dernière sensation n'était pas illusoire puisque la laparotomie montra une assez grande part de la face convexe pour qu'on pût constater que le foie était scléreux. Dans ces conditions il était évident que le foie dût être plus gros que normalement. Or l'autopsie prouva l'inverse : le foie et ses annexes ne pesaient que 1150 grammes, poids trop faible, même en admettant la décongestion de l'organe après la mort.

IV. — Notons encore sans en tirer de conclusions nettes que la seule élévation de température présentée par le tracé thermique après l'opération a coïncidé avec une diminution de l'écoulement de la bile par la fistule cutanée et avec une coloration plus foncée de cette bile. La température est devenue normale, après que la bile eût repris son abondance et sa couleur jaune d'or.

Considérations anatomiques. — I. — Il est intéressant de comparer l'état de la vésicule et du canal cystique d'une part et l'état des canaux hépatique et cholédoque d'autre part. Ce dernier seulement influencé par la migration très récente d'un calcul n'a pas subi le moindre changement appréciable dans sa texture. Le cystique et la vésicule au contraire présentent des lésions anciennes, caractérisées par un épaississement considérable et irrégulier de leurs parois, la disparition des plis et mamelons de leur muqueuse, qui a revêtu l'aspect particulier que l'observation ci-dessous exprime.

II. — La vésicule était dilatée, bien qu'il y ait un calcul arrêté à l'extrémité du cholédoque. Les recherches systématiques de Courvoisier, Terrier, Hanot, les observations de Peyrot, Routier, Reynier, etc., ont montré que l'oblitération calculeuse du cholédoque s'accompagnait beaucoup plus souvent d'atrophie de la vésicule que de dilatation. Récemment L. Galliard (1) a consacré une intéressante étude historique et critique à l'atrophie du cholécyste et a confirmé sa fréquence. Le cas présent, où la vésicule était dilatée, ne vient pas à l'encontre de ces faits ; il ne saurait être question ici d'oblitération chronique du cholédoque, la colique hépatique et l'ictère s'étant produits trois jours avant l'intervention. La vésicule était distendue par suite de la présence d'un calcul dans le canal cystique, calcul dont nous avons retrouvé la loge et que M. Terrier avait extrait au cours de l'opération.

(1) L. Galliard. — *L'atrophie de la vésicule dans la lithiase biliaire. Médecine moderne*, 20 février, 1895, n° 15.

III. — L'examen histologique du foie a montré les traces d'un processus complexe qui, suivant nous, a parcouru trois périodes : 1° l'altération syphilitique, scléreuse du foie (lésion la plus ancienne); 2° la rétention biliaire incomplète dont l'évolution a été cliniquement observée; 3° la stéatose diffuse.

La syphilis hépatique est ici démontrée par les caractères particuliers de la cirrhose. Celle-ci est en effet caractérisée par la densification considérable du tissu conjonctif néoformé, par l'irrégularité de systématisation de la sclérose, par son siège presque exclusif dans les espaces porto-artériels, par les ramifications des bandes scléreuses à prolongements irréguliers, par l'intégrité du système sus-hépatique et par les lésions des tuniques artérielles.

En certains points du tissu scléreux, on remarque des agglomérations de cellules embryonnaires. Celles-ci peuvent être interprétées dans le sens de nodules gommeux en voie d'évolution : elles donneraient à la lésion l'aspect de l'hépatite scléro-gommeuse. Mais cette dernière hypothèse n'est avancée qu'avec réserve.

Ce foie scléreux, syphilitique, a subi à la suite de la lithiase et de l'obstruction des voies biliaires un certain degré de rétention. Celle-ci a été, à notre sens, trop courte et trop peu accentuée pour que les lésions cirrhotiques anciennes puissent lui être attribuées. D'ailleurs, dans aucune de nos coupes, nous n'avons remarqué de dilatation notable des canalicules biliaires. La rétention n'est ici signalée que par l'existence des blocs biliaires dans les racines intra-lobulaires des canalicules.

L'absence de nodules inflammatoires dans les aires lobulaires, l'absence de microorganismes sur les coupes écartent l'idée d'une infection secondaire récente. Mais la constatation d'une stéatose hépatique fait retenir la possibilité d'une infection ou d'une intoxication (1). Il n'est pas ici question d'une stéatose banale ou physiologique : ce sont en effet les zones péri-sus-hépatiques qui sont les plus indemnes. Et, bien que la surcharge graisseuse soit diffuse dans ce foie, elle est à son maximum au niveau des aires réfringentes péri-lobulaires. Celles-ci sont assez analogues aux îlots de tuméfaction transparente que MM. Hanot et Gilbert ont relevés sur les foies des cholériques. Si l'on joint à cette dégénérescence graisseuse extrême quelques foyers hémorrhagiques discrètement disséminés dans le parenchyme, on retrouve ici les stigmates communs aux infections cliniques, les marques de dégénération dues aux infections expérimentales.

C'est à ces lésions graves de la cellule hépatique que nous croyons pouvoir rapporter les accidents terminaux. Or ces lésions existaient-elles avant l'opération? Ont-elles apparu à la suite de celle-ci? La solution de ce problème est très délicate. Si l'on peut répondre aisément par l'affirmative quant à la sclérose syphilitique et la réten-

(1) A ce propos, une intoxication extérieure ne saurait être incriminée, car on ne s'est servi d'aucun agent médicamenteux (sublimé, iodoforme, etc.); le pansement a été fait avec des substances aseptiques seules.

tion biliaire, il n'en est plus de même pour la stéatose, celle-ci pouvant évoluer avec une extrême rapidité. La dégénérescence graisseuse phosphorée nous est un exemple de la vitesse de ce processus : quelques heures suffisent à sa production, ainsi que MM. Cornil et Brault l'ont démontré expérimentalement. Aussi nous semble-t-il qu'on eût tiré le plus grand profit à assurer les indications de l'opération par la recherche de la valeur cellulaire du foie.

Des procédés cliniques nous permettent de reconnaître les symptômes révélateurs de l'insuffisance hépatique, comme les appelle justement M. Chauffard. Leur emploi s'imposera désormais avant toute opération sur le foie et les voies biliaires.

Un prochain travail sera consacré aux méthodes à employer pour évaluer la capacité cellulaire du foie.

(A suivre.)

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Sur un cas de paraplégie spasmodique juvénile (Ein Fall von Paraplegia spartica juvenillis), par Benedikt (*Wiener med. Presse*, 31 mars 1895, n° 3, p. 482). — Un ouvrier peintre âgé de 25 ans, s'est aperçu il y a dix ans, après une chute, qu'il présentait une faiblesse des jambes qui augmenta pendant deux années consécutives. Il survint ensuite une amélioration ; cependant deux ans après, il dut renoncer à sa profession parce qu'il éprouvait parfois des secousses involontaires dans ses membres inférieurs.

Dans la station verticale, les genoux sont en contact, les jambes sont fléchies, les pieds dans l'adduction et le tronc courbé en avant. Pendant la marche, la jambe et le pied sont maintenus dans l'adduction et la rotation en dedans. Il n'y a pas de paralysie, mais le malade se fatigue assez facilement. Les réflexes rotuliens sont exagérés et il y a aussi du clonus du pied. Le signe de Romberg est seulement esquissé. Légère scoliose dans la région dorsale supérieure. Strangurie fréquente. Déformation du crâne caractéristique et celui ci présente une atrophie du côté gauche, tandis que l'occiput est plus développé du côté droit. Prognathisme prononcé. Brachycéphalie occipitale droite. L'avant-bras et la main gauche sont plus courts qu'à droite. Ce cas se distingue de la paraplégie spinale spasmodique, parce qu'il est survenu chez un individu jeune, parce que la maladie a eu de la tendance à la rémission et d'autre part, elle n'a pas été précédée de phénomènes parétiques. Elle se distingue également de la paraplégie spasmodique infantile par l'absence de troubles moteurs à l'état de repos et par son apparition tardive. Les modifications très prononcées du crâne et du cerveau constituent pour l'auteur une prédisposition pour la maladie qui s'est développée à la suite de l'ébranlement causé par la chute.

Diagnostic des tumeurs du cervelet (The value of expérimental evidence in the diagnosis of diseases of the cerebellum), par Russel (*Britisch medical Journal*, 18 mai 1895, p. 1879). — Il existe aujourd'hui une confusion assez grande en ce qui concerne les résultats obtenus par divers observateurs après l'ablation partielle ou totale du cervelet et les faits cliniques sont en désaccord avec certaines données expérimentales. Les causes de ce désaccord sont variables. C'est que les lésions du cervelet ont le plus souvent une évolution lente et peuvent même rester ignorées. L'auteur passe en revue les divers phénomènes qui ont été constatés d'une part par les physiologistes, d'autre part, par les cliniciens. L'incoordination est le phénomène le plus fréquent dans les maladies du cervelet. C'est surtout le vermis qui a été incriminé dans ce cas. Les lésions de la partie antérieure du vermis se traduisent souvent par la tendance qu'a le malade à tomber en avant, tandis que dans les lésions de sa partie postérieure, l'animal ou l'homme tombe plutôt en arrière. Dans le cas de Handford, où le malade tombait en arrière, tout le vermis était détruit par un sarcome. Quand il s'agit de lésions d'un lobe latéral, l'animal ou l'individu tourne ou tombe du côté opposé à la lésion, pour quelques auteurs ; au contraire, pour d'autres, l'individu tourne ou tombe du côté de la lésion. L'auteur se rattache à la première opinion. La parésie motrice est un phénomène qui appartient en propre aux affections du cervelet et ne dépend pas, comme certains auteurs l'ont prétendu, d'une compression exercée par cet organe sur les organes du voisinage. Dans ses expériences sur le singe, l'auteur a constaté une parésie motrice du même côté que la lésion du cervelet. Dans certains faits cliniques comme celui de Ogle, qui avait constaté un kyste dans la région du corpus dentatus du côté gauche, il y avait pendant la vie une parésie dans le bras et la jambe gauches. Les faits plus récents de Aclaud et Ballame militent en faveur de cette opinion. Huglings Jackson avait soutenu depuis longtemps que les affections du lobe moyen du cervelet déterminent une faiblesse des muscles spinaux. Le singe, privé de son cervelet, est incapable de se tenir debout, ce qui dépend, d'après l'auteur, d'une paralysie des muscles du dos.

Les déviations oculaires que l'on trouve dans les affections du cervelet est un phénomène de même ordre que la paralysie motrice des membres contrairement à l'opinion de Luciani. Ces phénomènes ne dépendent pas de la compression du nerf auditif dont les lésions déterminent toutefois les mêmes phénomènes. Le nystagmus qui s'associe à ces troubles oculaires résulte aussi de la faiblesse de certains muscles du globe oculaire. L'animal qui a subi des lésions d'un lobe du cervelet prend une attitude caractéristique. Le cou est en rotation et le côté correspondant à la lésion est tourné en haut, tandis que le menton est dirigé du côté de la lésion. Le tronc présente une concavité du même côté. Russell a constaté de la rigidité musculaire dans le membre correspondant à la lésion et particulièrement dans la patte antérieure. Les hémorrhagies et les abcès déterminent aussi quelquefois chez l'homme un pareil phénomène qui se trouve du même côté que la lésion : Les lésions du cervelet peuvent donner lieu à des convulsions tétaniformes comme Serrier l'a déjà prouvé. L'auteur admet que ce phénomène, quand il siège du même côté que l'altération cérébelleuse, est dû directement à cet organe. L'état des réflexes tendineux chez les animaux en expérience a suscité aussi beaucoup de controverses. Le réflexe rotulien du côté de la lésion est exagéré immédiatement après l'opération et décroît lentement ensuite, cependant trois mois après l'opération il était plus fort qu'après l'opération; par contre, le réflexe du côté sain, qui était diminué au début, augmente progressivement. Deau, dans un cas d'abcès du lobe droit du cervelet, a trouvé des réflexes exagérés des deux côtés. Il n'est pas rare cependant de voir les réflexes diminués ou abolis dans les lésions du cervelet.

MÉDECINE

Hypertrophie et néoformation de parenchyme hépatique (Ueber die Hypertrophie und Neubildung der Lebersubstanz), par Floeck (*Deut. Arch. f. klin. med.*, 1895, vol. LV, p. 397 (Festschr. en l'honneur du prof. Zenker). — Pour étudier les phénomènes de régénération et de néoformation de parenchyme hépatique, l'auteur a fait sur des lapins une série d'expériences qui ont consisté en l'ablation du lobe gauche et de la partie antérieure du lobe droit du foie ; les animaux étaient ensuite sacrifiés à des intervalles variables après l'opération et le foie soumis à l'examen histologique. L'auteur a pu suivre ainsi pas à pas le processus de régénération du parenchyme hépatique, qui commence déjà dix-huit heures après l'opération pour se terminer au bout de quarante-quatre jours.

Voici quels seraient d'après l'auteur les phases successives et les caractères anatomiques du processus.

L'ablation d'une partie de parenchyme provoque tout d'abord une hyperémie intense du foie, attribuable en grande partie à la diminution du système capillaire de l'organe. Dix-

huit heures après, on constate déjà une néoformation de cellules hépatiques à la périphérie des lobules, laquelle néoformation se poursuit les jours suivants, toujours de la périphérie vers le centre, si bien qu'au bout de quarante-quatre jours, la perte de substance semble complètement remplacée.

Cette régénération des cellules hépatiques n'était nullement limitée à la région adjacente à la surface de section, mais se manifestait encore et surtout dans les anciens lobules; dans ces conditions, le remplacement par le parenchyme hépatique de la portion enlevée, avait tous les caractères d'une hypertrophie compensatrice.

La néoformation de cellules à la périphérie du lobule a lieu par division des cellules hépatiques périphériques. Les cellules néoformées arrivent à la longue à se substituer aux anciennes cellules et à régénérer, en l'augmentant, le lobule hépatique. La régénération et l'hypertrophie du parenchyme est donc due au pouvoir de prolifération des cellules périphériques du lobule.

L'épithélium des canaux biliaires et des capillaires ne prend pas une part active au processus; il n'y a pas, non plus, néoformation proprement dite de capillaires, mais simplement agrandissement de l'ancien réseau.

L'hypertrophie compensatrice du parenchyme hépatique s'observe également chez l'homme dans certaines affections du foie. Le fait est constant dans les kystes hydatiques du foie; il existerait également dans le cancer, comme l'auteur a pu le constater plusieurs fois. Dans un cas notamment où la moitié du foie était envahie par des nodules cancéreux, on trouvait dans les lobules de grandes cellules claires contenant plusieurs noyaux.

CHIRURGIE

Contribution à l'étude de l'ostéomalacie (Weitere Beitræge zur Lehre von der Osteomalakie), par Fehling (*Arch. f. Gynækol.*, 1895, vol. XLVIII, p. 472). — L'auteur prend dans son travail la défense de la castration dans le traitement de l'ostéomalacie. Sur 14 cas personnels l'auteur a obtenu six guérisons complètes, datant de 3 à 7 ans, une amélioration considérable qui ne s'est pas démentie depuis 3 ans; une récidive au bout de 3 ans. Quatre autres femmes, guéries également depuis 2 à 4 ans ont succombé à des affections diverses; une opérée a été perdue de vue, une autre a succombé à l'occlusion intestinale quelques jours après l'opération.

Dans les autres cas l'auteur a fait l'opération de Porro qui lui a donné 5 guérisons et 1 mort par septicémie.

La castration et l'opération de Porro donnent donc de bons résultats dans l'ostéomalacie. Le succès ne serait pas d'après l'auteur dû à la chloroformisation, comme l'a soutenu Latzko, puisque quand l'opération est faite sous l'éther, les résultats sont les mêmes qu'avec le chloroforme.

Les recherches faites par l'auteur lui ont montré que, contrairement à ce qui a été avancé par certains auteurs, la diminution régulière de l'acide phosphorique de l'urine après l'opération, l'existence constante des lésions inflammatoires du côté des annexes, l'augmentation du nombre des erythrocytes dans le sang, n'existe pas dans tous les cas.

Lésions des ovaires dans l'ostéomalacie (Anatomische Untersuchungen der Ovarien in Fallen von Osteomalacie), par Rossier (*Arch. f. Gynækol.*, 1895, vol. XLVIII, p. 606.) — L'auteur a eu l'occasion de faire l'examen histologique des ovaires provenant de trois ostéomalaciques ayant subi la castration. Les lésions que l'auteur a trouvées étaient une hyperémie de l'ovaire avec congestion des vaisseaux du hile et une dégénérescence hyaline de la substance corticale, des parois vasculaires et du tissu conjonctif péri-vasculaire. La dégénérescence hyaline de la couche corticale était partielle.

GYNÉCOLOGIE

Extirpation au thermocautère de l'utérus cancéreux (Die Igniextirpation des Uterus bei Carcinom), par Mackerodt (*Centr. f. Gynækol.*, 1895, n° 24, p. 646). — Le procédé que décrit l'auteur consiste à faire l'hystérectomie vaginale ou vagino-abdominale, en se servant exclusivement du thermocautère, dans le but d'éviter l'infection de la plaie par des produits cancéreux. Voici comment l'auteur décrit son procédé.

Après la désinfection du vagin et le grattage du col pour enlever les produits cancéreux, on fait au thermocautère, quand le vagin est étroit, une incision vagino-périnéale latérale assez profonde et on ferme le col avec deux ou trois pinces dont on se sert pour attirer l'utérus en bas. Avec le thermocautère, on sépare alors du col la paroi postérieure du vagin, on ouvre le cul-de-sac de Douglas, et on incise les parois antérieure et latérale. Ceci étant fait, on exerce avec le pouce de la main gauche une pression sur la paroi antérieure du vagin de façon à tendre le ligament large et les adhérences entre la vessie et l'utérus; le ligament large et les parties qui unissent la vessie à l'utérus sont alors divisés avec le thermocautère que l'on conduit, comme un bistouri, de gauche à droite. Si l'utérus est tout à fait mobile, la vessie peut être séparée du col et du ligament jusque dans l'excavation. Si la mobilité de l'utérus laisse à désirer, on ne poursuit pas le décollement et on applique sur la périphérie du ligament large dénudé une pince à mors en forme de cuiller, de façon à ce que sa concavité regarde l'utérus, en introduisant la branche inférieure à travers le Douglas, et en plaçant la branche supérieure sur la surface du ligament. La pince est placée aussi haut que le permet le décollement de la vessie, et avec le thermocautère on divise le pédicule, après avoir fait tourner l'utérus, en suivant la pince. La même manœuvre est exécutée de l'autre côté, et l'on retire les pinces. Si un vaisseau donne encore, on le saisit avec une pince et on le cautérise. L'utérus peut maintenant être attiré plus bas, et le décollement de la vessie est repris comme précédemment. Ordinairement on ne rencontre plus de difficultés; dans le cas contraire, on fait basculer l'utérus, ce qui facilite beaucoup la manœuvre. Il ne reste plus qu'à diviser le ligament de l'autre côté, à enlever l'utérus et à placer un tampon de gaze. Si l'hémostase des ovariennes ne paraissait pas très sûre, on peut placer une ligature sur les vaisseaux. On suture en dernier lieu l'incision périnéo-vaginale. Les malades peuvent se lever au bout de deux à trois semaines.

Dans les cas où les ligaments larges sont envahis par le néoplasme, on commence à faire l'hystérectomie vaginale, et quand les difficultés deviennent grandes, on termine l'opération par la voie abdominale.

L'auteur a utilisé ce procédé dans quatre cas d'hystérectomie vaginale qui ont tous guéri, et dans deux cas d'hystérectomie vagino-abdominale : sur ces deux dernières opérées, une déjà très cachectique a succombé à l'épuisement quelques jours après l'opération.

BIBLIOGRAPHIE

Etude sur les virus, par Jean Hameau (1836 et 1847), préface par M. Grancher. Paris, G. Masson 1895.

« Les faits doivent précéder les doctrines ». Lorsque j'écrivais cet aphorisme en tête de ma thèse de docteur, je ne me doutais pas que maintes fois, dans le cours de ma carrière de journaliste, je serais obligé d'en atténuer la rigueur. Qu'il est fréquent, en effet, de voir le génie d'un philosophe prévoir et prédire ce que l'expérience n'a pu encore démontrer et donner ainsi, à des observateurs patients et rigoureux, l'idée directrice qui leur permettra d'instituer de fécondes expériences.

Le livre de Jean Hameau, que son fils, notre très distingué confrère le Dr Hameau (d'Arcachon), a eu la bonne pensée de reproduire, prouve bien qu'à une époque où les moyens d'étude étaient tout à fait insuffisants, où il était impossible de rechercher l'agent, aujourd'hui si bien connu, des maladies virulentes, un médecin, tout à la fois instruit et penseur, a pu prédire l'évolution scientifique contemporaine. Certes sa doctrine des virus et des maladies virulentes pourrait avoir été écrite, comme l'a dit M. le Dr Salles, par un élève de Pasteur. Et M. Grancher a eu raison de rendre hommage à la sagacité pénétrante de ce « médecin de cam-

pagne, chevauchant à travers les landes jour et nuit, isolé de tout foyer scientifique et livré en somme à ses propres réflexions sur les faits dont il était témoin ». Jean Hameau, en effet, ne s'est pas dissimulé que ses idées doctrinales pouvaient et devaient choquer celles de ses contemporains. C'est avec une grande modestie qu'il demande non qu'on les approuve de suite « mais seulement qu'on les examine avec cette disposition qui fait désirer de connaître la vérité». Et c'est avec une merveilleuse sagacité que ce médecin de campagne a pressenti la science que devaient fonder, bien des années après sa mort, l'Ecole de Pasteur. Il a affirmé l'existence de *germes* qui meurent s'ils ne trouvent *à de courtes distances* les facilités convenables à leur reproduction, qui ont besoin pour accomplir leur destinées de vaincre toutes les forces vitales (je cite ses propres expressions). Il a donc, en s'appuyant sur les observations vagues, peu précises en elles-mêmes que lui fournissait la clinique rurale, deviné que les maladies virulentes étaient des maladies parasitaires, que les germes de ces maladies entraient en nous et se trouvaient aux prises avec les cellules vivantes qui proliféraient à leur tour pour lutter contre cet envahissement. Il a établi une classification des virus qui mérite de rester. Que lui manquait-il pour laisser la renommée impérissable d'un grand savant, sinon la preuve matérielle de l'exactitude de ses conceptions théoriques? Mais il n'y avait en 1836 ni microscopes perfectionnés, ni technique microbiologique. Et les savants qui auraient pu, en lisant le mémoire de J. Hameau et en s'inspirant de ses idées, discuter quelques-unes de ses assertions n'avaient pas les instruments nécessaires pour les contrôler.

Aussi faut-il doublement remercier aujourd'hui M. le docteur Hameau. En reproduisant *in extenso* le mémoire sur les virus qu'avait publié en 1847 la *Revue médicale* de Cayol, il a rendu hommage à la mémoire de son père et fait connaître au monde savant une œuvre des plus remarquables. En faisant précéder cette reproduction d'une étude historique sur les précurseurs de l'école médicale contemporaine, il a rendu service à tous les médecins. Cette introduction et la magistrale préface écrite par M. Grancher montrent bien comment a pu se réaliser lentement, progressivement, par l'anatomie pathologique, par l'histologie, puis par la microbiologie une révolution médicale que n'avait pu que pressentir, en 1836, le médecin de la Teste. « Cherchez et vous trouverez avec un bon microscope la cause animée de cette maladie virulente que vous approfondissez avec tant de talent; cherchez et vous trouverez », écrivait-il au Dr Vénot. Hélas! il ne suffit pas d'avoir un bon microscope. Il faut encore trouver des réactifs assez sensibles pour mettre en évidence les agents infectieux. Mais c'est déjà beaucoup de savoir ce qu'il faut chercher et dans quel sens il faut orienter les recherches. A ce point de vue encore l'œuvre du Dr J. Hameau est digne d'intérêt et l'on peut dire avec M. Grancher que les descendants « de cet humble et grand médecin de campagne ont le droit d'être fiers de l'homme qui a découvert la *pellagre* et qui a signé l'*Etude sur les virus* ».

L. Lereboullet.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Maladies familiales du système nerveux. Hérédo-ataxie cérébelleuse, par le docteur P. Loude, Thèse de Paris, 1895.

Les maladies de famille sont celles qui frappent, sans changer de forme, plusieurs enfants d'une même génération. La maladie familiale peut être soumise soit à l'hérédité homologue, soit à l'héridité hétérologue, c'est-à-dire qu'elle n'est pas forcément héréditaire au sens étroit du mot. Elle se manifeste comme un trouble de développement indépendamment d'une affection acquise ou d'un accident de la vie intra-utérine. Toutes les parties du système nerveux cérébro-spinal et des nerfs périphériques peuvent être atteintes par les maladies familiales.

On sait que Marie, en se basant sur les observations de Fraser, de Nonne, etc., a tracé l'histoire clinique et anatomo-pathologique d'une maladie à laquelle il a donné le nom d'hérédo-ataxie cérébelleuse. L'attitude et la démarche cérébelleuse sont tellement spéciales dans la majorité des cas qu'elles appellent immédiatement la pensée du médecin vers l'hypothèse des lésions du cervelet. A la démarche ébrieuse s'ajoute une sensation de fatigue continuelle et le malade marche plus difficilement dans l'obscurité. Aux membres supérieurs, l'incoordination n'existe qu'exceptionnellement dès le début, mais au bout d'un certain temps ils sont pris presque constamment. On a souvent rencontré un tremblement intentionnel analogue à celui de la sclérose en plaques. Cependant les secousses choréiformes, aussi bien au repos que pendant les mouvements, sont très fréquentes. Le vertige n'est pas un phénomène constant. Le sens musculaire a été trouvé intact. Un phénomène d'une importance capitale entre l'ataxie cérébelleuse et la maladie de Friedreich, c'est l'exagération des réflexes dans la première de ces affections. Dans l'hérédo-ataxie cérébelleuse, il y a très peu de troubles de la sensibilité, à moins qu'il n'existe une association avec l'hystérie. Les troubles oculaires sont importants à relever. Dans 7 cas sur 25, on a trouvé l'atrophie de la papille généralement bilatérale. M. Loude est conduit à admettre une forme d'hérédo-ataxie cérébelleuse, sans troubles visuels. L'anatomie pathologique de l'hérédo-ataxie cérébelleuse est à peine ébauchée. Le fait fondamental anatomique sur lequel est basée la création de l'hérédo ataxie est l'atrophie du cervelet.

Les affections avec lesquelles l'hérédo-ataxie peut se confondre sont : 1° l'atrophie cérébelleuse acquise ; 2° la maladie de Friedreich ; 3° sclérose en plaques. La question du diagnostic est très délicate en ce qui concerne la maladie de Friedreich. On doit se demander s'il ne s'agit pas de deux formes de la même maladie. Dans l'une d'elles, la lésion commencerait par le cervelet (hérédo-ataxie cérébelleuse de Marie), dans l'autre, par la moelle (maladie de Friedreich) et chacune d'elles pourrait se localiser à l'organe primitivement atteint. Mais ce qui montre bien qu'il s'agit là d'un même groupe morbide, c'est que le type Friedreich peut s'accompagner de lésions du cervelet, de même que le type Marie peut s'accompagner de lésions médullaires.

VARIÉTÉS

Les réclames pharmaceutiques. — Plusieurs médecins avaient été très surpris de voir, dans le *Bulletin de thérapeutique* qui paraît sous la direction scientifique de M. A. Robin, des annonces pharmaceutiques pouvant, par une similitude de noms, et par la manière adroite de leur encartage au milieu d'un article signé de notre très estimé confrère, créer une regrettable confusion. Le numéro suivant du *Bulletin de thérapeutique* ne contenait plus ces annonces mais renfermait les phrases suivantes : « Qu'il me soit permis, en terminant, de protester énergiquement contre la spéculation faite par un industriel qui utilise une similitude de noms pour établir à, son profit, une confusion et couvrir les journaux médicaux d'annonces où mon nom s'étale en grosses lettres sans aucun prénom distinctif et cela malgré mes réclamations. C'est là un procédé dont je veux publiquement flétrir l'inconvenance, en outre des poursuites judiciaires que je me réserve de faire. »

M. A. Robin doit être hautement loué de l'énergie avec laquelle il a condamné des procédés que ceux qui ont la charge de diriger le journal dans lequel il écrit avaient trop complaisamment acceptés. Il adresse aux journaux de médecine une lettre qui confirme la protestation que son journal a déjà insérée et qu'il nous paraît dès lors superflu de reproduire.

Exposition internationale d'hygiène. — Aujourd'hui jeudi 27 juin a été inaugurée au Palais des Arts libéraux (Champ de Mars), une exposition d'hygiène qui vulgarise les plus récents progrès de l'industrie sanitaire en France et notamment tous les services d'assainissement et de prophylaxie de la ville de Paris. Conduit par M. Brouardel, M. le Président de la République a bien voulu présider lui-même à l'ouverture de cette exposition.

Livres déposés.

Traitement des fractures par le massage et la mobilisation, par le Dr Just Lucas-Championnière, chirurgien de l'hôpital Beaujon, membre de l'Académie de médecine, président de la Société de chirurgie. Paris, Rueff et Cie, éditeurs. Volume de 560 pages avec 66 gravures dans le texte, reliure d'amateur, 18 francs.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

QUARANTE-DEUXIÈME ANNÉE N° 27 6 JUILLET 1895

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

REVUE GÉNÉRALE

Les sérums antitoxiques.

(Fin.)

VII

Choléra. — En 1885, Ferran (de Barcelone) venait annoncer à l'Académie de médecine qu'il possédait le vaccin anticholérique; Gamaléia, en 1888, communiquait à l'Académie des sciences le résultat de ses recherches d'après lesquelles il serait lui aussi arrivé à vacciner contre ce terrible fléau.

En 1892, Haffkine, semant du bacille virgule, à 39°, au contact de l'air, vit que le virus obtenu préservait le lapin, le pigeon et le cobaye contre le choléra.

De telles découvertes devaient fatalement conduire à l'immunisation.

Klemperer, le premier, puis Behring, Kitasato, Wassermann ont montré que le sérum d'un animal vacciné contre le choléra injecté à un autre animal de même espèce donne l'immunité. Ces expérimentateurs obtinrent également le même résultat avec le sérum d'un homme ayant eu le choléra ; de même, il semble qu'on ait obtenu des résultats analogues avec le sérum du lait d'animaux auxquels on a injecté des vibrions cholériques. Mais, toutes ces propriétés immunisantes ne sont pas constantes et les recherches ont encore grand besoin d'être longuement poursuivies.

Pour ce qui est du traitement curatif, les résultats sont eux aussi fort peu précis. Behring posséderait, dit-on, l'antitoxine cholérique; mais il faut attendre la publication de ses résultats pour pouvoir se prononcer sur ce point.

Grippe. — Les seuls études faites sur l'immunisation contre la grippe sont dues à Brischettini (1). Cet auteur a vu que le sérum d'animaux immunisés ne gênait en rien le développement du microbe de Pfeiffer; toutefois la virulence de ses toxines semble un peu diminuée.

Tels sont les seuls résultats obtenus jusqu'à ce jour sur cette grippe qui, il faut bien le dire, est encore assez mal connue au point de vue microbiologique.

Tuberculose. — Les nombreux méfaits de la tuberculose devaient évidemment porter les savants à s'occuper activement des moyens propres à en enrayer la marche.

On a tout d'abord cherché à arrêter la marche de l'infection en inoculant au tuberculeux une autre maladie. Porroncito, Schmidt, Tillmans, Brandt, Waibel et Schœfer rapportent des observations de malades qui pendant l'évolution de leur tuberculose furent pris d'érysipèle, et chez lesquels la guérison sembla survenir par le fait de cette maladie intercurrente.

Emmerich s'est efforcé de traiter des animaux tuberculeux en leur inoculant des cultures de streptocoque; mais il n'obtint aucun bon résultat; il eut même quelques accidents. Sa méthode aurait été plus rationnelle s'il avait inoculé à des tuberculeux du sérum d'animaux immunisés contre le streptocoque.

Dans une autre ordre d'idées, on a essayé de lutter contre le bacille de Koch en se servant de produits tuberculeux atténués ou provenant d'espèces différentes.

Cavignis, inoculant à des animaux des cultures atténués par une dilution dans l'eau phéniquée, Daremberg, pratiquant des inoculations préventives de moelles tuberculeuses, n'ont pu obtenir de résultat appréciable.

Grancher et H. Martin ont expérimenté en se servant de tuberculose aviaire. Sur 9 lapins inoculés, 7 ont survécu très longtemps et n'ont jamais présenté d'altérations tuberculeuses.

Babès, Richet, Héricourt n'ont obtenu que des mécomptes par la même méthode; quelques animaux seulement ont pu être rendus réfractaires.

Nous ne citerons que pour mémoire les fatales expériences faites avec la tuberculine, à l'instigation de Koch. Les insuccès, disons mieux, les accidents ont été si nombreux qu'on a dû renoncer rapidement à cette méthode qui n'avait qu'un effet bien certain, celui d'activer l'évolution de la maladie, de transformer, comme le dit si bien S. Bernheim (1), une phthisie commune en phthisie galopante.

Les recherches de S. Bernheim, de Richet et Héricourt, sur la transfusion aux tuberculeux de sang d'animaux réfractaires, comme la chèvre, quoique ayant donné à leurs auteurs quelques bons résultats, surtout au point de vue de l'état général des malades, n'ont pas

(1) *Riforma medica*, juillet 1893.

(1) *Immunisation et sérumthérapie*, chez Maloine.

encore pu obtenir la guérison de la tuberculose. Comme le dit S. Bernheim, cette méthode n'est pas nuisible, et elle a tout au moins l'avantage de mettre l'organisme en bonnes conditions de résistance.

Babès, Richet et Héricourt ont vacciné des animaux contre la tuberculose, puis ils ont traité des tuberculeux avec le sérum de ces animaux ainsi immunisés; il y a quelques mois à peine, Richet a communiqué à la Société de biologie deux cas de guérison par cette méthode. D'après ce savant physiologiste, il suffirait d'inoculer à des animaux de la tuberculose aviaire pour avoir un sérum immunisant contre la tuberculose humaine.

Enfin, le traitement de la tuberculose a été entrepris à l'aide du sérum d'animaux immunisés contre cette maladie.

Déjà Courmont et Dor étaient arrivés à l'immunisation des animaux; mais ils ne poussèrent pas plus loin leurs recherches et ne les appliquèrent pas à la clinique.

Au Congrès de la tuberculose de 1893 et au Congrès de Rome (1894), S. Bernheim a exposé tout au long sa méthode de sérothérapie dans la tuberculose, qui n'est autre que la méthode de Behring dans la diphthérie. Cet auteur aurait obtenu ainsi d'excellents résultats chez des tuberculeux, même déjà assez avancés.

Il semble donc qu'on soit sur la voie du vrai traitement de la bacillose; mais il y a encore beaucoup à faire; il faudra aussi, sans doute, tenir compte des associations microbiennes, et certes, il y aura peut-être lieu de prendre en certaine considération la théorie d'Emmerich qui propose de traiter la tuberculose par les inoculations de sérum antistreptococcique.

Variole. — Deux mots seulement peuvent être dits sur la sérothérapie de la variole.

Auché, de Bordeaux, a essayé cette méthode, mais il n'a obtenu aucun succès.

S. Bernheim l'a également appliquée et ses résultats ne semblent pas non plus bien probants.

Ici, la voie est encore à trouver, et les expérimentateurs ont le champ complètement libre.

Syphilis. — Bien que l'agent pathogène de la syphilis soit encore inconnu, on a fait déjà de nombreuses recherches en vue de conférer l'immunité et de traiter par les sérums antitoxiques les individus infectés. Malheureusement ici, la difficulté s'est encore accrue de ce que les animaux ne sont pas susceptibles de contracter la syphilis; seul le cheval semble pouvoir être inoculé. Il est vrai que puisque l'espèce animale semble ainsi réfractaire à cette maladie, toute une méthode d'immunisation trouvait là de précieuses ressources et était ainsi en possession de sérums les plus divers, qui semblaient par le fait même devoir être antisyphilitiques.

C'est en France que ces premiers essais de sérothérapie ont été tentés. Dès 1891, à l'instigation de Ch. Richet, M. Fournier traitait des syphilitiques par le sérum de chien. Les résultats de ces essais ont été publiés par Feulard (*Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, juillet 1892); deux malades furent considérablement améliorés par cette méthode.

Kollmann (*Deut. med. Woch.*, 1892) essaya sans succès le sérum de mouton, de veau, de lapin.

Tommasoli continua ces recherches et, attribuant les échecs de Kollmann à l'emploi de doses insuffisantes, il inocula à des femmes en pleine période secondaire du sérum d'agneau à la dose de 6 à 8 cc. chaque fois, de façon à atteindre 32 à 49 cc. dans un intervalle de trois semaines au maximum. D'après cet auteur, non seulement il serait ainsi parvenu à guérir les accidents secondaires, mais encore il aurait pu prévenir l'infection syphilitique, puisqu'aucun de ces malades ne présenta de récidive.

Mais il faut bien le dire, tout n'était pas merveille dans la méthode, et souvent les malades présentaient après l'inoculation une fièvre assez intense, de la tuméfaction douloureuse locale, parfois un malaise général assez accentué, et surtout chez les sujets très affaiblis de la céphalée et des vomissements.

Pellizari (*Riforma medic.*, 1893), s'appuyant sur les faits bien connus de la syphilis par conception et expliquant ces faits par une sorte d'antagonisme entre le microbe de la syphilis et ses toxines, entreprit d'inoculer le sang des syphilitiques; ce sang, d'après lui, contiendrait des matières immunisantes ou tout au moins atténuantes; il se servit de sérum d'individus rendus à la période tertiaire de leur maladie; la dose employée était de un demi à un centimètre cube. Les résultats qu'il a obtenus ne sont pas assez probants pour qu'on puisse s'engager dans une telle voie si semée de dangers, car outre la syphilis, on peut bien ainsi inoculer au patient les maladies les plus diverses.

Ch. Richet et Héricourt reprirent alors leur premier mode d'expérimentation. Ils infectèrent expérimentalement des chiens et ainsi renforçaient l'immunité naturelle par cette immunisation expérimentale. A la Société de biologie (janvier 1895), M. Richet apporte le résultat de ses expériences et dit avoir ainsi obtenu de fort beaux succès. Au mois d'avril dernier, le même auteur dépose à cette Société une note relatant l'observation d'une femme atteinte d'une gomme syphilitique, traitée sans succès par le traitement spécifique, qui a été guérie par des injections de sérum provenant d'un animal qui avait reçu du sang de syphilitique.

Enfin, il y a quelques jours à peine (1), MM. Gilbert et L. Fournier ont publié le résultat d'expériences qu'ils poursuivent depuis déjà assez longtemps.

Ces auteurs, tout au début de leurs recherches, ont répété l'expérience de Pellizari.

Ils se servirent d'un sérum fourni par un tabétique, ancien syphilitique, et par un autre syphilitique ayant eu des gommes. Le sérum fut injecté à un malade encore porteur de son chancre, et en pleine roséole. Ils inoculèrent 304 cc. en vingt jours et n'eurent jamais le moindre accident ni local, ni général; pas d'élévation de la température, pas d'éruption. Ils obtinrent une amélioration très rapide de l'état général du malade, qui au début était assez mauvais, la disparition des douleurs nocturnes, et enfin la guérison rapide du chancre et de l'éruption au niveau et autour des points d'inoculation.

MM. Gilbert et L. Fournier ont ensuite infecté des animaux, et recueillant leur sérum, ont traité 17 malades à l'aide de ce sérum.

Sur un certain nombre de ces malades, l'action des sérums s'est traduite par une amélioration très notable de l'état général, la disparition des douleurs, la guérison rapide des chancres et l'atténuation des éruptions cutanées.

« Mais de tels résultats n'ont pas été obtenus constamment, et plusieurs fois, malgré de larges injections, l'insuccès a été plus ou moins complet.

» On conçoit l'hésitation du jugement en présence de faits aussi contradictoires. Cette hésitation s'accroît encore si l'on considère que les injections de sérum d'animaux non inoculés sont loin d'être sans action sur l'état général des syphilitiques et sur l'évolution des accidents dont ils sont porteurs.

» Nous nous garderons donc de conclure avant d'avoir poursuivi de nouvelles recherches, nous bornant dans cet article à l'exposé de la méthode sérothérapique que nous

(1) *Semaine médicale*, 1895, p. 181.

avons suivie et des résultats qu'elle nous a donnés jusqu'ici. » (Gilbert et L. Fournier).

VIII

Diphthérie. — Nous arrivons maintenant à la diphthérie; c'est là que la sérothérapie triomphe; et c'est là que nous allons pouvoir en constater presque sans réserves les admirables résultats.

Grâce aux belles recherches de MM. Roux et Yersin qui démontrèrent que la diphthérie est une intoxication, que c'est par ses toxines que le microbe agit, on pensa rapidement à l'immunisation contre cette maladie.

Déjà, en 1889, Behring pensait à immuniser des animaux en leur inoculant de la toxine diphthérique mélangée à du trichlorure d'iode pour en atténuer la virulence; il fit sur ce point quelques essais thérapeutiques.

En même temps, Korhovsky, Emmerich conseillèrent le traitement de la diphthérie par le sérum antistreptococcique; mais leur idée, quoique très rationnelle, ne reposait sur aucun fait expérimental ni clinique.

En 1891, Aronson continua ces expériences et constata, lui aussi, non seulement l'innocuité de la méthode, mais encore il obtint des guérisons inespérées dans certains cas.

Puis vinrent, en 1893, les travaux de Heubner qui traita 60 diphthériques par le sérum de Behring.

Behring, lui-même, poursuivant ses recherches, établit une sorte d'échelle dans l'antitoxicité des sérums dont l'unité de départ est représentée par une dose de sérum suffisante pour neutraliser une quantité dix fois plus forte de poison. Aujourd'hui, pour évaluer le degré de l'immunisation et la valeur d'un sérum, on dit qu'un animal est immunisé, par exemple, au 50 0/00, quand il suffit du 50 0/00 de son poids en sérum pour l'immuniser.

Mais pendant tout ce temps, les savants français ne restaient pas inactifs; dès 1891, M. Roux poursuivait avec MM. Martin et Chaillou des expériences sur ce sujet et en 1892 M. Roux et M. Nocard entreprenaient l'immunisation du cheval. Adoptant cet animal à cause de l'innocuité de son sérum pour l'homme, à cause de sa taille qui permet une récolte plus abondante de liquide, à cause de la facilité avec laquelle il supporte la toxine, ils en firent l'animal producteur type du sérum antidiphthérique.

Bientôt allait arriver le Congrès de Buda-Pesth, qui restera désormais célèbre par la communication retentissante du savant français et par les résultats sérieux et bien fondés qu'il apporta, résultats dus à une expérimentation déjà laborieusement poursuivie à l'hôpital des Enfants.

Pour obtenir sa toxine, M. Roux cultive le bacille diphthérique dans du bouillon, au contact de l'air. Pour gagner du temps, il cultive à l'air humide par un procédé qui lui est propre et que nous ne rapporterons pas ici (1).

Une fois sa toxine bien préparée il la renferme après l'avoir filtrée sur une bougie Chamberland, dans des vases bien remplis, bouchés et conservés à l'abri de la lumière à la température ordinaire. Cette toxine tue un cobaye de 500 grammes à la dose de un dixième de centimètre cube.

Pour immuniser l'animal, M. Roux mélange d'abord sa toxine avec un tiers de liqueur iodée (liquide de Gram) afin d'en atténuer la virulence. Puis il injecte une très faible dose de toxine iodée; on renouvelle l'injection deux ou trois fois par semaine, 20 à 30 c. c. à chaque séance. On obtient un résultat bien meilleur si on injecte ainsi de petites doses fréquemment répétées que si on injectait de fortes doses à intervalles très espacés. Il semble que les cellules de l'organisme doivent être fréquemment excitées pour sécréter l'antitoxine. M. Roux a pu rendre des chevaux absolument réfractaires en deux mois et vingt jours.

Les animaux qui reçoivent le sérum antidiphthérique deviennent réfractaires à la maladie presque immédiatement, mais cette immunité disparaît assez rapidement.

M. Roux, pour essayer le pouvoir curateur de son sérum, inocule d'abord la diphthérie à des cobayes, puis il leur injecte le sérum 12 heures et même 24 heures après que les fausses membranes sont développées; la maladie s'arrête alors et les animaux guérissent, tandis que les témoins meurent en quatre à six jours; quelques heures, déjà, après l'injection du sérum, la rougeur et le gonflement des tissus diminuent, les fausses membranes se détachent et la muqueuse se répare avec rapidité. Le sérum empêche donc non seulement l'empoisonnement général, mais son action sur la lésion locale est des plus marquées.

Les expériences que fit M. Roux sur les lapins inoculés dans la trachée sont surtout intéressantes, parce que la diphthérie ainsi provoquée rappelle tout à fait la diphthérie de l'enfant. Les lapins auxquels on a donné la diphthérie trachéale meurent en trois à cinq jours, s'ils ne sont pas traités par le sérum; ceux qui reçoivent du sérum en quantité suffisante, même 12 et 24 heures après l'injection, reviennent à la santé.

Il est beaucoup plus difficile de guérir les lapins inoculés dans la trachée avec un mélange de bacille diphthérique et de streptocoque. Les diphthéries à association de streptocoques sont les plus graves que l'on puisse rencontrer; elles déterminent souvent chez le lapin, comme chez l'enfant, des foyers de broncho-pneumonie. Si l'on intervient dans les douze premières heures de la maladie, on peut arrêter le processus en inoculant de fortes doses de sérum à différentes reprises; mais le plus souvent on échoue, non pas parce que l'action du sérum sur la toxine est entravée, mais parce qu'il ne peut plus stimuler assez énergiquement les cellules de l'organisme trop impressionnées déjà par la toxine du streptocoque.

MM. Roux, Martin et Chaillou ont traité du 1er février au 24 juillet 1894 300 cas de diphthérie vraie; ils ont eu 78 décès, soit 26 0/0, alors qu'une statistique antérieure, établie dans les mêmes conditions que la leur, donnait une mortalité de 50 0/0.

Ces auteurs ont vu que l'injection n'était pas douloureuse; ils en font une ou deux de 20 c. c., suivant les cas. Sous l'influence des injections, ils ont vu l'état général devenir excellent; quant aux fausses membranes elles cessent d'augmenter dans les 24 heures qui suivent la première injection; après 36, 48, 72 heures au plus tard, elles se détachent; la fièvre cède, le pouls redevient normal.

Mais ces résultats n'ont plus été si favorables pour ces mêmes auteurs quand ils ont eu affaire à des diphthéries à associations microbiennes. Les angines associées au streptocoque ont donné une mortalité de 34.28 0/0, tandis que la mortalité habituelle est de 87 0/0; il a toujours fallu dans ces cas prolonger les inoculations. Les croups purs leur ont donné une mortalité de 22.44 0/0, et les croups à associations microbiennes 50 0/0 pour les croups à staphylocoques et 63 0/0 pour ceux à streptocoques.

Le retentissement de cette communication fut considérable; tout le monde s'émut de cette immense décou-

(1) Voir communication au Congrès de Buda-Pesth (*Semaine médicale*, 1894, p. 407). Tout ce qui va suivre, au sujet des travaux de M. Roux, n'est que le résumé de sa communication.

verte et des résultats produits par notre savant compatriote.

A l'Académie de médecine, M. le professeur Strauss, chargé de faire un rapport sur les faits relatés par M. Roux, propose à l'Assemblée d'émettre un avis favorable sur l'emploi du sérum antidiphthérique.

Dans le monde entier les statistiques se multiplièrent et les essais de la méthode furent poursuivis avec assiduité.

Au mois de décembre 1894, M. Moizard communiqua à la Société médicale des hôpitaux le relevé des cas qu'il a traités par le sérum du 1er octobre au 30 novembre précédent. 231 enfants furent ainsi traités, 34 ont succombé, soit 14.71 0/0, chiffre déjà bien inférieur à celui de M. Roux; et encore en déduisant neuf cas traités *in extremis* on a une mortalité de 11.26 0/0. M. Moizard a également observé que les cas à associations microbiennes sont toujours plus graves, et ce sont ceux qui grèvent les statistiques de la mortalité.

Une fois le diagnostic bactériologique fait, s'il est nécessaire, il fait une seconde injection de sérum, la première étant toujours faite dès l'entrée du malade. Cet auteur n'a pas observé plus d'albuminurie chez les malades traités que chez les autres.

A ce traitement sérothérapique, M. Moizard joint un traitement local sur lequel nous n'avons pas à insister ici.

Au point de vue des accidents, ce savant clinicien n'en a presque pas observé de locaux; quant aux accidents généraux, ils sont plus fréquents; il a observé 33 cas d'éruptions cutanées assez intenses (urticaire, érythème, etc.), deux fois de la phosphaturie et quelques arthropathies; mais tous ces accidents sont peu graves.

M. Le Gendre apporte sa statistique de Trousseau qui lui a donné 12.5 0/0. En outre des accidents cutanés, il a observé de la phosphaturie, de l'urobilinurie, des vomissements, de la diarrhée. Il a même vu certains enfants revenir quelque temps après avec une paralysie diphthérique. Il conseille dans les cas de croup de ne pas négliger la trachéotomie, le tubage exposant les enfants à une asphyxie subite, si une fausse membrane vient obstruer le tube.

M. Lebreton, aux Enfants Malades, a obtenu une statistique de 11.5 0/0. Il ne fait pas de traitement local, ou presque pas. Le tubage lui semble infiniment supérieur à la trachéotomie.

M. Sevestre, du 1er au 25 décembre 1894, a traité 150 cas de diphthérie vraie; sa statistique lui donne 10 0/0 de mortalité et même 6,66 0/0 si l'on élimine les cas traités *in extremis*. C'est là une statistique excellente; mais M. Sevestre avoue que celle de janvier et février est moins bonne, probablement à cause de l'épidémie de grippe.

Schubert, de Berlin, donne une statistique de mortalité de 18 0/0; Canon, 20 0/0; Kossel, 23 0/0; Aronson, 12 0/0.

A Lyon, M. Rabot accuse une mortalité de 34 0/0 au lieu de 50 0/0, l'année précédente.

Enfin au dernier Congrès de Munich, plusieurs savants sont venus apporter les résultats de leur pratique. Heubner vient apporter un tableau statistique qui montre une diminution des deux tiers dans les cas de mortalité, depuis qu'on emploie le sérum antitoxique (1). Nous renvoyons à sa communication publiée *in extenso* dans la *Semaine Médicale* pour tout ce qui concerne l'action du sérum.

On pourrait ainsi multiplier les statistiques, car de toutes parts, les cliniciens sont venus apporter les résultats de leur expérience; tous, ou à peu près, sont unanimes pour reconnaître l'efficacité de ce traitement.

Nous préférons maintenant donner une vue d'ensemble sur les phénomènes cliniques qui se produisent sous l'effet de la sérothérapie, et les accidents qui peuvent résulter de ce traitement.

Et d'abord dès qu'on soupçonne la diphthérie il faut, toutes choses cessantes, inoculer 20 cc. de sérum. Puis on fait l'examen bactériologique des produits pathologiques. Alors, si on a reconnu de la diphthérie, 24 heures après la première injection, on en fait une deuxième de 20 cc. ou de 10 cc., suffisante généralement pour conduire à la guérison.

Ce sont le pouls et la température qui doivent toujours servir de guides; si celle-ci se maintient élevée, on doit renouveler l'injection; tant que le tracé n'est pas au-dessous de 38° la guérison n'est pas complète; il faut la précipiter par une injection supplémentaire.

Lorsqu'on a injecté le sérum à un enfant diphthérique, on constate que son état général s'améliore très vite; l'enfant devient plus vif, il reprend rapidement sa gaieté naturelle, son appétit se relève, et on ne le voit pas maigrir, ainsi que cela s'observe d'une façon si frappante avec les autres traitements.

Généralement la chute de la température est brusque; toutefois dans les cas graves, cette chute est un peu plus lente à se produire. Il y a seulement quelques semaines MM. Legendre, Variot, Rendu sont venus apporter à la Société médicale des hôpitaux certains faits tendant à prouver qu'à la suite des injections, surtout à fortes doses, il peut se produire de l'hyperthermie. Aussi ces auteurs proposent-ils de débuter par 10 cc. au lieu de 20 cc.

Le pouls est plus lent à revenir à son chiffre normal que la température; dans les angines graves, il peut même se faire que le nombre des pulsations diminue après l'injection, mais c'est là un phénomène passager, et bientôt il remonte à la normale.

Du côté de l'état local, l'action bienfaisante du médicament se fait rapidement sentir; les fausses membranes sont pour ainsi dire arrêtées dans leur production; elles cessent de se développer et se détachent généralement trente-six à quarante-huit heures, au plus tard trois jours après le début du traitement.

Dans les diphthéries à associations microbiennes le sérum est moins efficace; il ne donne de bons effets qu'à la condition d'être injecté à doses fortes et répétées. Et encore ici, la maladie sera toujours de plus longue durée; la température et le pouls ne reviendront que lentement à la normale; et c'est dans ces cas qu'on observera de la broncho-pneumonie.

La sérothérapie, dont la supériorité est incontestable, présente cependant quelques inconvénients.

Localement, du fait des piqûres, les accidents sont exceptionnels, grâce à l'asepsie rigoureuse que l'on doit toujours observer. A part quelques abcès, des plus rares, on observe un peu de sensibilité qui persiste généralement vingt-quatre heures, et un érythème fugace autour du point inoculé.

Nous avons déjà parlé de l'hyperthermie qui peut succéder à l'injection. Mais plus importantes sont les éruptions cutanées. Elles sont précoces ou tardives, s'accompagnant ou non de phénomènes généraux; on note alors de l'urticaire, de l'érythème scarlatiniforme, polymorphe, et parfois même du purpura. M. Roux, dans sa communication, et tous les auteurs, ont surtout insisté sur l'urticaire; et, de fait, c'est l'accident qui s'observe le plus souvent, se produisant d'habitude par poussées successives.

M. Descroizilles a signalé des troubles pseudo-ménin-

(1) Voir *Semaine médicale*, p. 145, 1895

gitiques très intenses, mais de très courte durée ; on a également observé une élévation subite et considérable de la température se produisant, en apparence sans raison, quinze jours après l'injection; enfin on a noté quelques cas de collapsus cardiaque aussitôt après l'injection.

Enfin on a prétendu qu'à la suite des injections, et par leur fait, il se produisait des néphrites; M. Roux nie absolument lors de sa communication l'existence de cet accident. Toutefois, on ne peut encore prendre parti ni dans un sens, ni dans l'autre, il faut pour cela un plus grand nombre de faits. De même pour la question de savoir si l'on observera moins de paralysies à la suite de la sérothérapie. Ce sont des points qui sont encore à l'étude et qui ont besoin pour être élucidés de plusieurs années d'expérience.

Quoi qu'il en soit, on conviendra bien que ces accidents sont peu graves, et si on veut les mettre en parallèle avec les résultats obtenus par cette méthode de traitement, on nous accordera qu'ils sont de quantité et de qualité négligeables; il suffit d'être prévenu de leur apparition possible aussi bien que de leur innocuité habituelle pour ne pas s'en laisser imposer par eux.

En somme, comme le disait M. Martin dans une de ses remarquables leçons faites à l'Institut Pasteur, dans ces recherches deux noms doivent être placés au premier plan et *intimement associés*, celui d'un Allemand, Behring, et celui d'un Français, M. Roux, et, planant au-dessus d'eux, le nom de Pasteur.

IX

Les venins de serpents. — C'est Kaufmann qui, le premier, poursuivant des recherches sur le venin de la vipère, a découvert qu'en inoculant à des animaux de petites doses de venin fréquemment répétées, on pouvait les immuniser contre les atteintes et les effets mortels de ce venin.

Si la nature des venins nous est encore inconnue, leur action sur l'économie a donné lieu à un certain nombre de travaux; mais c'est surtout aux belles recherches de M. Calmette et de Phisalix et Bertrand que l'on doit non seulement la connaissance approfondie de ces poisons, mais encore c'est grâce à eux que l'on peut maintenant appliquer un traitement rationnel et efficace contre l'envenimation.

Philasix et Bertrand montrèrent tout d'abord que le crapaud, la salamandre, la vipère portent dans leur sang le venin qu'ils sécrètent dans leurs glandes venimeuses, et ils expliquèrent ainsi l'immunité naturelle dont jouissent ces animaux vis-à-vis de ce venin. Continuant leurs recherches, ils communiquèrent à la Société de biologie, le 10 février 1894, une note disant que si on atténue du venin de vipère en le chauffant à 75° pendant cinq minutes, et qu'on en injecte une dose considérable à un cobaye, ce cobaye reste indemne; bien plus le cobaye peut désormais recevoir ultérieurement une dose mortelle de venin; il ne succombera pas, il est vacciné, disent ces auteurs.

Calmette, depuis 1892, a entrepris de savantes recherches sur ces venins, et c'est le résumé de ces études, publiées tout au long dans les *Annales de l'Institut Pasteur* (1), que nous allons maintenant exposer.

Pendant un séjour à Saïgon, M. Calmette eut l'occasion d'étudier le venin de vingt-deux glandes de naja adulte. L'expérimentation a donc pu être poursuivie avec toute la minutie et les précautions nécessaires ; rien dans cette étude n'a été oublié. Ce savant observateur, dans son premier mémoire, démontre, avec des faits indéniables à l'appui, que le chlorure d'or en solution à 1 0/0 arrête les effets nocifs des morsures des serpents qu'il examinait.

Une fois revenu en France, il a continué ses recherches et a pu arriver à l'immunisation des animaux, il a pu arriver à ce résultat, soit par l'accoutumance à l'aide de faibles doses répétées, soit par le mélange de chlorure d'or avec le venin, soit par le venin modifié par la chaleur.

Le procédé d'accoutumance le plus facile est d'insérer à demeure sous la peau un petit bâton de craie imprégné de 4 ou 5 milligrammes de venin et entouré de collodion; on a ainsi une sorte de glande artificielle, « d'où le venin diffuse lentement et d'une manière continue, à travers la couche de collodion formant membrane dialysante. » (Calmette). Par cette méthode, il faut un mois pour immuniser l'animal.

Bien mieux, on peut immuniser sans recourir au venin lui-même. L'hypochlorite de soude, le chlorure de chaux injectés en petites quantités pendant quatre à cinq jours de suite sous la peau des lapins, produisent d'emblée l'état réfractaire.

Eh bien, le sérum des animaux ainsi immunisés contre les venins, par une méthode quelconque, possède des propriétés préventives et curatrices semblables aux sérums des animaux immunisés contre la diphthérie, le tétanos, etc., propriétés que nous avons étudiées plus haut, et sur lesquelles nous ne reviendrons pas ici, car ce serait absolument nous répéter.

Enfin dans son dernier mémoire, M. Calmette a vu que certains animaux, tels que le mangouste des Antilles, possèdent une immunité relative très manifeste vis-à-vis des venins de serpents, et que leur sérum possède un certain pouvoir antitoxique.

« Elargissant le champ de nos expériences, nous avons constaté, avec d'autres expérimentateurs, que le sérum normal de l'homme est quelquefois antitoxique vis-à-vis de la diphthérie, et que beaucoup de sérums d'animaux immunisés soit contre des toxines, soit contre des virus pathogènes, acquièrent, par le fait du traitement vaccinal, un certain pouvoir antitoxique et même préventif à l'égard d'autres toxines ou d'autres virus..... Tous ces faits montrent donc que le sérum des animaux immunisés contre certains virus ou certains poisons peut devenir capable de donner l'immunité contre d'autres virus ou d'autres poisons...

» Pouvons-nous en conclure que les sérums antitoxiques n'ont point de spécificité réelle, et sommes-nous en droit d'espérer qu'on découvrira peut-être quelque jour un sérum idéal donnant l'immunité contre les poisons microbiens les plus redoutables? L'hypothèse, quelque séduisante qu'elle puisse paraître, ne semble pas admissible, car nous ne connaissons pas un seul sérum capable de modifier avec la même énergie plusieurs toxines, et réciproquement. Le sérum antivenimeux, par exemple, est beaucoup plus actif sur le venin qu'aucun autre sérum antitoxique, et nous voyons qu'il en est de même en ce qui concerne l'abrine, la diphthérie et le tétanos.

» Mais nous devons considérer comme très probable que les sérums anti toxiques ne modifient pas la toxine avec laquelle on les mélange, et qu'ils se bornent à exercer, à côté de celle-ci, une action contraire, de telle sorte que ses effets nocifs ne peuvent plus se produire (1). »

Dr Ausset.
Médecin militaire, professeur agrégé
à la faculté de médecine de Lille.

(1) *Annales de l'Institut Pasteur*, mars 1892, mai 1894, avril 1895.

(1) Calmette. *Annales de l'Institut Pasteur*, avril 1895.

TRAVAUX ORIGINAUX

Note sur un cas de cholécystite calculeuse

par MM. A. Létienne et M. Jourdan.

(*Fin.*)

Observation. — *Cholécystite calculeuse. Cholecystostomie. Mort par insuffisance hépatique. Autopsie et examen histologique du foie : syphilis hépatique.*

A. B..., cinquante-cinq ans, entre le 18 novembre 1894, dans le service de M. le professeur Terrier, à l'hôpital Bichat, salle Jarjavay, n° 16.

Pas d'antécédents héréditaires.

Syphilis contractée en 1862 : à cette époque, chancre induré sur le gland, suivi d'accidents secondaires. En 1865, exostose sur le tibia gauche. En 1875, gomme osseuse du frontal, aboutissant au ramollissement et à l'issue d'un petit fragment osseux nécrosé. Actuellement, on voit sur le front la cicatrice déprimée et caractéristique de cette lésion spécifique.

A part ces accidents syphilitiques, le malade n'a rien d'intéressant à signaler dans ses antécédents. Sa santé s'est maintenue assez bonne jusqu'au commencement de cette année.

A cette époque, mars 1894, il ressent pour la première fois des douleurs dans l'hypochondre droit. Ces douleurs surviennent un soir vers dix heures et durent toute la nuit. Elles sont assez légères : douleurs sourdes n'atteignant pas l'acuité de la colique hépatique franche que le malade a eue sous nos yeux à l'hôpital. Le lendemain, ces douleurs disparaissent. Pas d'ictère à leur suite.

En avril 1894, un mois après, réapparition d'accidents analogues : douleurs dans l'hypochondre droit, débutant un soir trois ou quatre heures après le repas, plus vives et plus persistantes que celles du mois précédent. Elles cessent, au bout de cinq à six jours. Pas d'ictère.

Pendant les cinq mois suivants, santé assez satisfaisante, absence de douleurs.

Celles-ci reparaissent en septembre : dès lors, elles deviennent continuelles, et le malade ressent constamment, dans l'hypochondre droit, des douleurs s'irradiant le long des côtes inférieures, et dont le maximum correspond à la région de la vésicule biliaire. De temps en temps, ces douleurs s'exagèrent sous forme d'élancements, ressentis surtout au siège de la vésicule. Jusqu'ici, il n'y a jamais eu d'ictère.

Ces souffrances constantes privent A... de tout repos et ont altéré son état général.

Etat du malade à son entrée à l'hôpital. — La palpation de l'abdomen éveille de la douleur dans la région de la vésicule biliaire. A ce niveau, on reconnaît le bord inférieur du foie, débordant les fausses côtes de deux travers de doigt, et, au-dessous de lui, une tumeur nettement appréciable, lisse, dure, très douloureuse. Cette tumeur a une forme générale arrondie et son contour se sent nettement lorsqu'on déprime doucement à ce niveau la paroi abdominale, en appuyant de bas en haut l'extrémité des doigts; elle dépasse le bord inférieur du foie de trois travers de doigt, et arrive au niveau d'une ligne horizontale passant par l'ombilic; sa largeur mesure 5 centimètres environ. La pression à son niveau est très pénible, et là, est ressentie la douleur maxima spontanée et provoquée par la palpation. Au palper bimanuel, elle donne la sensation assez nette du ballottement.

Le foie paraît augmenté de volume : sa limite inférieure dépasse de deux travers de doigt le rebord des fausses côtes, mais la ligne supérieure de sa matité correspond, sur la ligne verticale mamelonnaire, à la sixième côte.

Examen négatif des autres organes : estomac non dilaté; rate de matité normale; poumons et cœur normaux. Pas d'accidents fébriles.

Urines, quantité éliminée en 24 heures : 1,500 grammes. Densité : 1,021. Urée : 29 gr. 4 par litre; dépôt d'acide urique assez abondant; pas d'albumine ni de sucre.

L'ensemble de ces symptômes amène au diagnostic de cholicystite calculeuse.

Huit jours après son entrée à l'hôpital, le 25 novembre, A... est pris d'un accès franc de colique hépatique, bientôt calmé par une injection de morphine. Le lendemain, ses conjonctives présentent une légère teinte subictérique qui s'accentue le surlendemain 27 novembre. Dans cette journée, deux selles non décolorées et l'ictère se généralise.

Le 29 novembre 1894, laparotomie par M. F. Terrier. Incision verticale sur le bord externe du muscle droit, prolongée en haut jusqu'au rebord costal et longue de 14 centimètres.

Le ventre ouvert, la vésicule apparaît, augmentée de volume ; elle dépasse le bord du foie et son fond adhère à l'épiploon, on l'en détache facilement. Le foie présente des lésions manifestes : sa surface est grisâtre, irrégulière, granuleuse.

Ponction de la vésicule, au niveau de son fond, avec le trocart moyen de l'appareil Potain; aspiration de 240 gr. de liquide vert foncé, contenant de la boue biliaire et de nombreux petits graviers; l'orifice de ponction est oblitéré par une pince à pression.

La vésicule ne contient pas de gros calculs; mais l'exploration du hile fait reconnaître dans la profondeur la présence d'un calcul.

La vésicule est alors libérée des adhérences qui unissent sa face inférieure à l'épiploon et au duodénum; ces adhérences sont détruites avec l'extrémité du doigt et ne donnent pas de sang. L'épiploon et l'intestin sont refoulés vers la partie inférieure de la plaie avec des compresses pliées et un écarteur. Un autre écarteur attire fortement et soulève la lèvre gauche de la plaie. L'exploration du cystique et du cholédoque devient alors moins difficile et le calcul, senti vers l'extrémité du canal cystique ou au commencement du cholédoque, peut être ramené peu à peu, par la pression du doigt, dans le cystique et la vésicule biliaire.

Il est conduit jusque dans le fond de la vésicule ; une pince courbe enserre la vésicule au-dessus du calcul ; et celui-ci est extrait par une petite incision de la vésicule. Il a le volume d'une petite noisette et pèse 65 centigrammes.

L'incision de la vésicule est oblitérée par une pince de Kocher.

M. Terrier fait alors une cholécystostomie : le fond de la vésicule est amené entre les lèvres de la plaie, suturé à celles-ci, et la vésicule ouverte après fermeture de la paroi abdominale au-dessous et au-dessus d'elle.

Pour cela, un fil de soie de moyen calibre est d'abord placé sur la paroi inférieure de la vésicule; il traverse en faufilant cette paroi dans une partie de son épaisseur et, de chaque côté, les lèvres péritonéales et aponévrotiques de la plaie abdominale. Il est immédiatement serré et, au-dessous de lui, la plaie abdominale est refermée par une suture à trois étages. Deux autres fils de soie moyenne unissent, d'une façon analogue, les parois latérales de la vésicule aux lèvres péritonéales et aponévrotiques droites et gauches de la plaie. Un quatrième fil est placé de même sur la paroi supérieure de la vésicule et, au-dessus de lui, la plaie abdominale refermée par trois étages de sutures.

Le fond de la vésicule ainsi fixé, saillant entre les lèvres de la plaie abdominale, est alors réséqué. Les dimensions de la partie réséquée dépassent un peu celles d'une pièce de 2 francs. Les bords de l'ouverture ainsi faite à la vésicule sont suturés par quatre points de soie fine, un supérieur, un inférieur, deux latéraux, à l'aponévrose et au tissu cellulaire sous-cutané. Ces fils ne traversent pas la peau : Dans ce cas, la muqueuse de la vésicule n'a pas été suturée à la peau de façon à ce que les bords de la bouche vésiculaire restent au-dessous du niveau des lèvres cutanées de la plaie.

Un petit drain est introduit dans la vésicule. Pansement aseptique : gaze, compresses et ouate stérilisée ; le tout maintenu par un bandage de corps en flanelle.

Le soir : T., 37°8 ; pouls, 104 ; respiration, 28.

Bon état : pas de vomissements.

30 novembre. — Matin : T., 37° ; pouls, 108 ; respiration, 24.

Le pansement est souillé par un abondant écoulement de bile.

Le malade urine seul; quantité d'urine émise dans les 24 heures précédentes : 500 grammes.

Champagne, eau de Vichy.

Le soir : T., 37°5; pouls, 100.

1er décembre. — L'écoulement de bile est peu abondant, mélangé d'une petite quantité de boue biliaire.

T. : 37°2 le matin ; le soir, sans cause manifeste, la température atteint 39°, pour retomber le lendemain matin à 37°.

Pouls : 100 et 120. Urines : 500 grammes,

Le 2. — Une selle colorée.

T., 37° matin, et 37° soir; pouls, 100 et 110; urines, 700 grammes.

Lait et eau de Vichy.

Le 3 et le 4. — L'écoulement de bile est moins abondant que les jours précédents. La température reste normale : le 2, 36°8 et 37°1 ; le 4, 36°9 et 36°9. Urines : 700 et 900 grammes. Plusieurs selles diarrhéiques, colorées. L'ictère diminue : il a presque totalement disparu. Mais l'état général est moins bon que les jours précédents. Le malade est abattu. Le pouls faiblit et bat 120 à la minute.

Le 5. — L'abattement augmente : le pouls, à 125, est petit. La bile écoulée dans le pansement est en faible quantité, mélangée à quelques fragments de concrétions biliaires.

T. : 36°9 et 37°2. Urines : 700 grammes.

Le 6 la quantité de bile écoulée a encore diminué :

La prostration a beaucoup augmenté : le pouls est faible, bat 140 pulsations, température toujours normale, 37° 2 et 37° 4.

Le malade continue à s'affaiblir peu à peu et meurt dans la nuit.

En résumé : dans les jours qui suivent l'opération, l'écoulement de bile par la fistule cutanée est, sauf le premier jour, peu abondant, et diminue progressivement. — La quantité d'urine émise est en moyenne de 700 grammes. — Sauf une ascension unique le soir du 3e jour, la température oscille autour de 37°. — Malgré l'apyrexie, le pouls devient de plus en plus petit et fréquent. — L'état général décline, le malade s'affaiblit progressivement et meurt le 9e jour.

Autopsie. — Aspect normal de la cavité abdominale : anses intestinales non dilatées, normales, ainsi que le péritoine. Surcharge graisseuse de l'épiploon, du mésentère, et du mésocolon.

Foie et voies biliaires. — Entre la portion de la face inférieure du foie située immédiatement en avant de l'épiploon gastro-hépatique, et la partie de l'estomac avoisinant la petite courbure, existent de nombreuses adhérences anciennes, tractus lamelleux que le doigt déchire assez facilement ; des adhérences analogues existent entre la face inférieure du foie et le diaphragme.

La bouche vésiculaire adhère parfaitement au péritoine pariétal, absolument normal à ce niveau; ces adhérences sont déchirées avec le doigt, les sutures unissant la vésicule à la paroi abdominale sont sectionnées: et le foie est enlevé avec les voies biliaires et le duodénum.

Le foie est petit : il ne pèse, avec le duodénum et la tête du pancréas, que 1150 grammes. Sa surface, irrégulière, présente des tractus blanchâtres de tissu fibreux, qui enserrent des îlots de parenchyme hépatique : cet aspect est surtout marqué sur le lobe gauche. La surface du foie présente ainsi des mamelons, d'étendue variable, séparés par des sillons plus ou moins profonds de tissu fibreux. A la coupe, ces tractus de tissu fibreux s'enfoncent de la surface dans l'épaisseur du foie, dont la consistance est augmentée. Il n'y a pas de dilatation apparente des vaisseaux biliaires.

La vésicule biliaire est augmentée de volume : des bords de la bouche vésiculaire à l'origine du canal cystique, elle mesure 10 centimètres. Dans sa cavité se trouvent deux petits calculs, du volume d'un pois. Ses parois sont très épaissies, dures, fibreuses : elles ont, en moyenne, 5 à 6 millimètres d'épaisseur, cette épaisseur varie selon ces points. Sa surface interne a conservé un aspect villeux, mais les villosités sont moins hautes, et le réticulum plus étalé qu'à l'état normal : ces modifications sont surtout marquées vers la partie supérieure, à mesure que l'on se rapproche du bassinet de la vésicule.

Au niveau de ce bassinet, les deux replis valvulaires qui y existent normalement, sont ici très accusés. Nés de la paroi gauche du bassinet, ils se dirigent en divergeant de gauche à droite, et vont se perdre sur la paroi opposée. Le bassinet n'est pas dilaté; sa surface interne présente un aspect normal. Un troisième repli valvulaire, transversal, moins accusé que les précédents, marque ici l'origine du canal cystique.

A partir de ce point, et dans toute son étendue, le canal cystique présente des lésions nettes. Ses parois sont épaissies, comme celles de la vésicule. Sa surface interne est irrégulière, grenue, tomenteuse, rosée de place en place par de petits exsudats hémorrhagiques. Cet aspect tomenteux contraste avec l'aspect normal du bassinet, et surtout avec la surface normale du cholédoque. La longueur du canal cystique est de 3 cm. 5; son calibre est dilaté, et sa circonférence mesure 18 millimètres. Cette dilatation est régulière sur toute sa longueur, et il n'existe aucun rétrécissement valvulaire ni inflammatoire.

Le canal cholédoque et le canal hépatique sont absolument normaux comme volume, paroi et surface interne. Dans l'extrémité du canal cholédoque, près de son abouchement dans le duodénum, se trouve un petit calcul du volume d'un pois.

En somme, lésions localisées aux voies biliaires, anorexies : vésicule et canal cystique.

Autres organes : rate légèrement hypertrophiée (13 centimètres de diamètre vertical et 270 grammes); reins de volume normal, à parenchyme d'aspect normal, à bassinet et à calices entourés d'une abondante atmosphère graisseuse; cœur surchargé de graisse ; poumons normaux.

L'examen bactériologique du liquide biliaire retiré par aspiration de la vésicule, lors de l'opération, a été fait par notre ami et collègue M. Raymond, interne du service. Il a bien voulu nous remettre à ce sujet la note manuscrite suivante, sur les cultures fournies par la bile en question :

« Deux espèces microbiennes dissociées par boites de Pétri : 1re espèce : bactérie identique au bactérium coli à l'examen direct : l'inoculation dans le péritoine du cobaye n'a rien donné ; les cultures sur gélose ressemblent à celles du bactérium coli, mais les cultures sur gélatine donnent une légère liquéfaction.

» 2e espèce : microcoque troublant rapidement le bouillon ; se présentant souvent sous forme de diplocoque ou de tétracoque ; ne liquéfiant pas la gélatine. Son inoculation au cobaye n'a donné aucun résultat. »

La bile retirée de la vésicule, lors de l'opération, a été analysée par M. L.tham, interne en pharmacie du service, qui a bien voulu nous remettre à ce sujet la note suivante :

« Quantité de liquide fournie à l'analyse : 240 grammes. Le liquide s'est séparé en 3 couches : une supérieure liquide, la suivante floconneuse, la dernière présentant l'aspect de petites concrétions très colorées. Ces 2 dernières couches n'ont présenté à l'analyse que de la mucine colorée par le pigment altéré qu'elle a entraîné.

» La partie liquide après filtration est devenue limpide et de couleur madère. Elle a pour densité 1,0. Sa saveur n'est pas amère.

» L'extrait sec à 100° donne 21 gr. 75 pour 1000 (matières minérales et organiques).

» Les cendres, résidu de la calcination au rouge sombre, donne 7 gr. 70 pour 1000 (matières minérales).

» L'acide acétique précipite à froid de la mucine : 3 gr. 60 pour 1000.

» Il reste après filtration une albumine précipitable à chaud en présence de l'alcool et de l'acide acétique : 4 gr. 05 pour 1000.

» La réaction de Pettenkofer a démontré la présence des sels biliaires (glycocholate et taurocholate de soude), mais elle est lente à se produire et le poids de l'extrait sec par rapport aux autres matériaux isolés montre que s'ils existent en quantité notable, cette quantité est moindre que 6 grammes pour 1000.

» Bien que la bile filtrée fut fortement colorée on n'a pas pu obtenir par l'acide azotique nitreux le jeu de couleurs de Gmelin.

» En somme : diminution du poids des matériaux solides organiques, — sels biliaires à peu près disparus. — pigments altérés. »

Examen histologique du foie. — La topographie générale du foie est considérablement modifiée.

A l'œil nu, la coupe apparaît irrégulièrement sillonnée de bandes scléreuses inégales, dont les principales émettent des ramifications. La capsule de Glisson épaissie est plissée, mame-

lonnée : de sa face profonde naissent des prolongements interstitiels.

A un faible grossissement, le tissu scléreux dense s'allonge en bandes assez épaisses, ou bien forme autour des vaisseaux des anneaux compacts. On ne reconnaît pas de systématisation nette dans le développement de cette sclérose. Les lobules ne sont pas encerclés par elle. Leur périmètre est marqué par une zone où les cellules hépatiques sont écartées les unes des autres, le tissu n'ayant sa condensation normale que dans les deux tiers de l'aire lobulaire autour de la veine centrale.

A des grossissements progressifs, on remarque les détails suivants :

Tissu scléreux. — Les bandes scléreuses traversent le tissu hépatique sans qu'on puisse voir d'une façon certaine quelle est la raison anatomique qui a motivé leur direction. Elles donnent naissance à des prolongements dont les uns sont très courts et les autres s'allongent considérablement. Parfois ces bandes s'élargissent et forment des nappes assez étendues. Elles sont formées d'un tissu conjonctif très dense, parsemé de noyaux allongés. Elles contiennent quelques cellules isolées, déformées, perdues au milieu du tissu scléreux. Ces cellules sont allongées, plus rarement arrondies : leur protoplasma est grenu, leur noyau se colore faiblement. Leur identification avec les cellules hépatiques est aisée, car sur les bords des bandes scléreuses on voit des traînées discontinues de cellules hépatiques partant du lobule et s'enfonçant en file, à la manière d'une pointe, dans le tissu scléreux. Vers l'extrémité de cette pointe, les cellules s'allongent et s'effilent. Cette disposition est encore nette au niveau des éperons que forment certains lobules à la bifurcation de deux bandes scléreuses.

Ces bandes sont parcourues par des vaisseaux sanguins et des canalicules biliaires coupés en divers sens. En certains points, de petites hémorrhagies se sont produites.

Les anneaux scléreux représentent la coupe des bandes précédentes passant par un plan perpendiculaire à leur axe. Ils entourent les vaisseaux sanguins et les canaux biliaires. Ils occupent surtout les grands espaces portes : les petits espaces ne semblant que faiblement lésés et marqués par une gaine conjonctive normale. C'est la section artérielle qui paraît occuper la partie la plus centrale de l'anneau. Les artères sont le siège de lésions endartéritiques importantes : épaississement de la tunique interne. La veine porte avec sa lumière aplatie et de contours irréguliers est rejetée vers la périphérie. Le tissu conjonctif entoure les canaux biliaires dont l'épithélium apparaît sur une ou plusieurs rangées de cellules régulièrement disposées, suivant que la coupe comprend un ou plusieurs lits superposés de cellules épithéliales. Des cellules desquamées encombrent souvent la lumière de ces canaux. Ceux-ci ne sont pas dilatés.

Sur la nappe conjonctive se détachent en outre des amas plus ou moins diffus de noyaux.

La capsule de Glisson, fibreuse, très épaissie, est extrêmement riche en canalicules biliaires aberrants.

La cirrhose n'est pas uniformément répartie dans tout le parenchyme, et des coupes faites sur divers fragments ne montrent pas la même prédominance du tissu scléreux.

Cellules. — Les cellules des lobules voisins des masses scléreuses sont refoulées par celles-ci, mais elles ne semblent pas avoir subi d'orientation particulière du fait de la néoformation conjonctive.

Les lobules sont régulièrement disposées autour de la veine centrale non sclérosée. Ils sont séparés des lobules voisins par une zone périphérique, assez régulièrement circulaire, où les travées hépatiques, légèrement dissociées, sont constituées par des cellules pigmentées. En certains points, les espaces inter-cellulaires de cette zone sont comblés par des globules sanguins agminés, formant ainsi un foyer de congestion intense. Parfois même les travées sont disloquées par un raptus hémorrhagique.

Les aires lobulaires ne présentent aucun nodule de cellules embryonnaires.

Les cellules centrales sont généralement les plus normales. Elles forment autour de chaque veine centrale un îlot d'apparence saine où le parenchyme a sa cohésion normale, où les trabécules sont réguliers. Les cellules ont là un protoplasma bien limité, grenu ou finement réticulé. Leur noyau est bien coloré et montre dans son intérieur soit des grains chromatiques épars sans groupement précis, soit des figures de karyokinèse qu'on distingue mal.

A la périphérie du lobule, les cellules sont disjointes, plus ou moins écartées les unes des autres et réunies par de fins linéaments granuleux. Pour la plupart, elles ont perdu la régularité de leurs contours. Leur protoplasma est peu homogène et comme raréfié : il est encombré d'amas pigmentaires et de vésicules graisseuses.

Beaucoup de ces cellules sont bi ou polynucléées. Certains noyaux se colorent mal, ont une tendance à s'effriter. Ils sont alors constitués par une agglomération plus ou moins serrée de grains chromatiques. Quelquefois le noyau est réduit à quelques petits grains rares, mal colorés, à peine visibles. Entre certaines cellules déformées, on voit des blocs de matière biliaire jaune verdâtre.

En certains points des marges lobulaires, il y a plus qu'une disjonction des cellules. On voit des territoires clairs où, à un faible grossissement, il semble que les cellules se soient fondues entre elles. Au niveau de ces aires réfringentes, la dégénérescence graisseuse est extrêmement accusée. Les cellules sont disposées sans ordre, les unes à côté des autres. Toutes sont graisseuses, presque toutes ont perdu leur noyau. Celles qui l'ont conservé et qui sont le plus souvent sur les confins de ces aires, sont à la fois surchargées de graisse et de pigments. Ces pigments sont représentés par de fines granulations jaunâtres et par de petits blocs homogènes, réfringents, colloïdes.

Les coupes colorées par divers procédés (violet, Kühne, Weigert) pour la recherche des microbes, n'ont pu donner l'assurance nette de la présence de ceux-ci.

En résumé : cirrhose inégalement répartie, prédominant suivant la distribution de l'artère hépatique. Intégrité du système sus-hépatique. Rétention biliaire légère. Stéatose diffuse du foie.

Ophthalmie purulente à pneumocoques dans un cas de pneumonie, par MM. les Drs HAUSHALTER, agrégé à la Faculté de Nancy, et VILLER (de Toul).

Le rôle du pneumocoque en pathologie oculaire s'accroît à mesure qu'il est mieux connu. Hôte habituel des voies respiratoires supérieures, des fosses nasales, des sinus, le pneumocoque peut gagner le sac conjonctival par trajet ascendant, par l'intermédiaire des voies lacrymales (Cuenod) (1); Gasparrini (2), d'après une étude bactériologique de la conjonctive normale portant sur 100 yeux sains, conclut que le diplocoque est le microorganisme que l'on rencontre le plus souvent dans les replis conjonctivaux (8 fois sur 10); Guaita (3) arrive aux mêmes conclusions.

Etudiant *expérimentalement* l'influence pathogène du pneumocoque sur la conjonctive normale, Gasparrini a constaté qu'il y produit une réaction inflammatoire suppurative; inoculé entre les lames de la cornée, il détermine des ulcérations avec hypopyon, laissant souvent après elles un leucome; injectées dans la chambre antérieure ou dans l'humeur vitrée, des cultures fraîches amènent constamment de la panophthalmie, tandis que des cultures de 4 à 5 jours produisent soit une iritis plastique, soit des infections lentes aboutissant à l'atrophie de l'œil. D'ailleurs en clinique ophthalmologique, le diplocoque est fréquemment l'agent de conjonctivites bénignes, de dacryocystites catarrhales, d'ulcères graves de la cornée, de kératohypopyon (Gasparrini, Cue-

(1) CUENOD, Du pneumocoque en pathologie oculaire (*Soc. française d'ophthalmologie*, mai 1895).

(2) GASPARRINI, Le diplocoque de Frænkel dans la pathologie oculaire (*Congrès international de médecine à Rome*, 1894).

(3) GUAITA, Le diplocoque en pathologie oculaire (*Congrès international de médecine à Rome*, 1894).

nod, etc.); Hirschberg l'a trouvé dans plusieurs yeux énucléés pour iridocyclite traumatique, Cuenod dans un cas de panophthalmie par leucome adhérent avec dacryocystite concomitante, Gasparrini dans 4 cas de panophthalmie d'origine exogène, dont une post-opératoire, deux traumatiques et une consécutive à un kératohypopyon; Guaita l'a décelé dans 4 cas de panophthalmie dont l'origine n'est pas indiquée.

L'ophthalmie purulente à pneumocoques, *d'origine endogène*, a été observée dans des septicémies médicales accompagnées d'endocardite, de méningite cérébrale ou cérébro-spinales, à la suite d'une cholécystite (Axenfeld) (1); dans la méningite cérébro-spinale, dont le germe pathogène est bien certainement le pneumocoque, l'ophthalmie, souvent double, est fréquente; dans un fait de ce genre, Axenfeld trouva des pneumocoques dans la gaine du nerf optique; rien ne prouve néanmoins que l'ophthalmie ne soit pas plutôt dans ces cas d'origine métastatique ou cryptogénétique, comme la méningite cérébro-spinale elle-même.

Dans la pneumonie franche, même dans celle qui s'accompagne de complications extra-pulmonaires multiples, l'ophthalmie purulente semble, d'après les données de la clinique, infiniment rare : le silence de la plupart des auteurs à ce propos d'ailleurs en fait foi. Les traités de médecine ne signalent pas la panophthalmie parmi les accidents possibles de la pneumonie; les traités spéciaux ne sont guère plus explicites. Dans le traité d'ophthalmologie de Wecker et Landolt, dans le manuel de Fuchs, aucune mention n'est faite à la pneumonie parmi les causes de la panophthalmie; Berger (*Les maladies des yeux dans leurs rapports avec la pathologie générale*, p. 192, 1892), à propos de la pneumonie, signale les altérations des sinus, sans parler de l'inflammation oculaire. Cependant, Nimier et Despagnet (*Traité élémentaire d'ophthalmologie* p. 757, 1894) placent la pneumonie infectieuse parmi les infections générales capables de se compliquer de panophthalmie; Delens, dans le traité de chirurgie de Duplay et Reclus, dit avoir observé le phlegmon de l'œil à la suite d'une pneumonie (t. IV, p. 312, 1894); Panas (*Traité des maladies des yeux*, t. I, p. 399) cite un cas de Herrnheiser (2) où, chez un malade qui avait succombé à la pneumonie, on trouva des diplocoques encapsulés aussi bien dans les yeux atteints de suppuration que dans le poumon; Dianoux (*Les affections de l'œil dans les fièvres graves. Annales d'oculistique*, 1893) se borne à citer ce cas de Herrnheiser.

A n'en pas douter, le phlegmon de l'œil est parmi les manifestations extra-pulmonaires les moins fréquentes de la pneumonie, une des plus rares; le cas de Herrnheiser est, croyons-nous, jusqu'ici le seul où l'examen bactériologique dans une ophthalmie secondaire à la pneumonie ait été pratiqué : aussi avons-nous cru intéressant de relater en quelques mots l'observation suivante :

Pneumonie survenue au cours de l'influenza. — Phlegmon de l'œil. — Méningite suppurée. — Présence du diplocoque encapsulé dans le poumon, l'œil malade, les méninges, la rate.

X..., 35 ans, employé aux chemins de fer; *alcoolisé endurci*; célibataire.

Le 6 janvier 1895, est pris d'influenza; entre à l'hôpital de Toul; le 8, foyer de pneumonie à la base gauche; jusqu'au 12, état général assez bon.

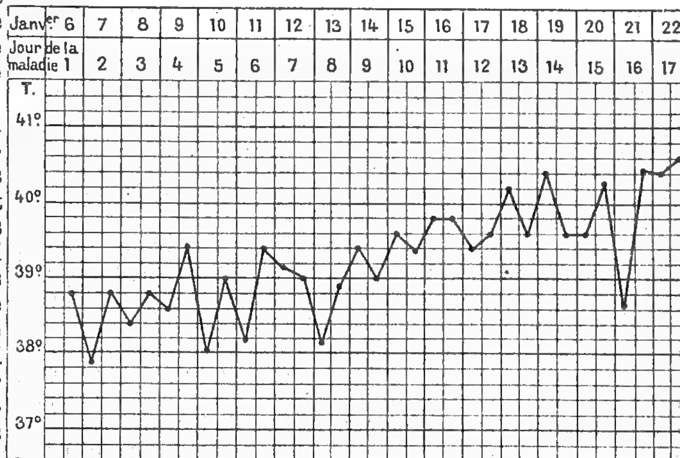
Le 12, le malade se plaint de douleurs vagues dans l'œil gauche.

(1) Axenfeld, De l'ophthalmie purulente métastatique; étiologie et pronostic (*Arch. d'opht. de von Græfe*, t. 40, 1894).
(2) Herrnheiser, *Klin. méd.*, décembre 1892, p. 393.

Le 13, iritis séreuse intense; pupille contractée; état trouble de la chambre antérieure. On prescrit des instillations de pilocarpine, une application de sangsues, des compresses chaudes et du calomel à l'intérieur; réaction très modérée, douleurs très peu intenses.

Le 14, exophthalmie très prononcée. Œdème énorme des paupières. Trouble plus notable de la chambre antérieure. Chémosis considérable. Le diagnostic de phlegmon de l'orbite est porté.

Le 15, œdème plus considérable encore des paupières : opacité de la chambre antérieure. La commissure externe est fendue; un ténotome est poussé à 3 centimètres en suivant le plancher de l'orbite : pas de pus; le globe oculaire est alors fendu; du pus s'échappe en abondance de la chambre antérieure; on trouve l'iris en partie sphacélé; dans ce pus le *pneumocoque* est décelé à l'état de pureté.



Aggravation progressive de l'état général, délire; état adynamique.

Le malade succombe le 22.

Autopsie. — Congestion des méninges; à l'ouverture des méninges, écoulement de sérosité abondante; à la convexité des hémisphères, surtout à gauche, traînées et plaques de pus concret, adhérent.

A la base du cerveau, pas de pus, mais quelques adhérences fibreuses anciennes (méningite chronique alcoolique).

Foyer de pneumonie à la base du poumon gauche à l'état d'hépatisation grise; à la base droite, état carnisé du tissu pulmonaire.

Cœur pâle. Rien de particulier aux valvules.

Foie et rate très volumineux.

Reins volumineux; état piqueté; ponctué hémorrhagique de la substance corticale.

Etude bactériologique et anatomo-pathologique. — Dans le pus frais, obtenu pendant la vie, par incision du globe de l'œil, trois jours après le début des accidents oculaires, sept jours avant la mort, le pneumocoque de Frænkel est décelé à l'état de pureté.

Dans le poumon hépatisé, l'exsudat des méninges, le pneumocoque est décelé.

L'inoculation à une souris, de pulpe splénique délayée dans du bouillon, amène la mort en vingt-quatre heures; le pneumocoque est décelé dans le sang de la souris.

Œil. — Pas de pus ni de lésions apparentes dans le tissu cellulo-adipeux de l'orbite.

Epaississement, aspect gris jaunâtre de la cornée; iris épais, dur, déchiqueté; la chambre postérieure est bourrée de pus gris jaunâtre, fibrineux, compact, adhérent à la paroi interne de la chambre.

Sur des lamelles faites avec ce pus, diplocoques encapsulés nombreux non décolorables par Gram.

Des fragments des parois de l'œil, de la cornée, de l'iris, des parois totales, après durcissement dans l'alcool, sont inclus dans la parafine; les coupes sont colorées par le procédé de Weigert.

Dans les lames de la cornée, infiltrées de nombreux leucocytes, quelques rares diplocoques.

Dans la choroïde infiltrée de leucocytes, surtout dans la couche vasculaire, diplocoques encapsulés assez nombreux.

La rétine, énorme, de structure méconnaissable, est représentée par une couche épaisse de globules blancs tassés; c'est dans la rétine que les éléments microbiens s'observent avec le plus d'abondance, formant par place des taches, des placards.

Le nerf optique ne présente macroscopiquement aucun signe d'altération.

Cette histoire est des plus simples : au 4e jour d'une pneumonie grippale chez un alcoolisé, surviennent des douleurs oculaires uni-latérales; le lendemain on observe une iritis intense; 4 jours après le début de ces phénomènes, au 7e jour de la pneumonie, du pus apparaît dans la chambre antérieure qui est incisée : dans ce pus le diplocoque de Frœnkel est décelé. La mort survient 14 jours après le début de la pneumonie, 10 jours après le début des accidents oculaires. Les lésions constatées furent un foyer de pneumonie en voie d'hépatisation grise, un phlegmon de l'œil et quelques plaques de méningite à la convexité; toutes ces lésions recélaient le pneumocoque à l'état de pureté; il fut aussi décelé dans la rate par l'inoculation à la souris.

La suppuration de l'œil sous l'influence du pneumocoque, la rétinite qui fut en la conséquence et la manifestation anatomique dominante, sont dans cette observation le fait intéressant. Nous poserons pour la rejeter la question de l'origine exogène de l'infection oculaire : l'absence de toute altération antérieure de l'œil ou de ses annexes chez cet homme employé dans une compagnie du chemin de fer, le début des lésions par l'iris, puis l'apparition du pus dans la chambre antérieure, tout assigne dans ce cas une origine endogène à la suppuration de l'œil.

Bien que l'autopsie ait révélé quelques îlots de méningite suppurée à pneumocoques, nous ne croyons pas que l'ophthalmie fut le résultat d'une propagation de l'inflammation par continuité le long de la gaine du nerf optique. L'ophthalmie, souvent double, complique fréquemment, il est vrai, comme nous l'avons dit, la méningite cérébro spinale; mais la méningite cérébro-spinale elle-même ne semble bien être que la manifestation d'une septicémie pneumococcique dont l'ophthalmie n'est peut-être qu'un autre phénomène. Dans notre cas, le nerf optique du côté malade ne présentait aucune lésion; et à la base du crâne on ne trouva aucune trace de suppuration. Cliniquement nous avons de bonnes raisons de supposer que l'ophthalmie fut antérieure à la méningite: les premiers troubles oculaires apparurent au 4e jour de la pneumonie, alors que le malade n'offrait aucun symptôme cérébral qui pût être rapporté à la méningite; ce n'est que dans les derniers jours de la maladie que s'exagérèrent les phénomènes nerveux ataxo-adynamiques qui pouvaient être imputés d'ailleurs aussi bien à l'alcoolisme du sujet qu'à une irritation méningée. Il est à remarquer du reste que l'ophthalmie n'est notée nulle part parmi les conséquences possibles de la méningite compliquant la pneumonie, ce qui permet de supposer que la propagation de l'inflammation depuis les méninges jusqu'à l'œil par la gaine du nerf optique a dû être bien rarement observée, si tant est qu'elle l'a été.

C'est par voie sanguine, sans nul doute, que se fit l'infection oculaire. L'absence d'endocardite aiguë ne nous permet pas de songer qu'un embolus venu du cœur gauche ait pu servir de véhicule au germe virulent: des symptômes brusques auraient d'ailleurs annoncé l'arrivée semblable d'embolies dans une artériole de la rétine. Nous sommes forcés, pour expliquer l'invasion de l'œil par le pneumocoque de supposer une infection sanguine dès les premiers jours de la maladie, fait relativement rare : des embolies microbiennes capillaires furent sans doute à cette époque le point de départ de la lésion oculaire, comme elles furent plus tard la cause de la méningite suppurée. D'après Axenfeld, l'ophthalmie purulente dans les infections résulterait ordinairement d'embolies bactériennes dans les capillaires rétiniens. De fait, dans notre cas, les lésions de la rétine l'emportent de beaucoup sur celles des autres parties de l'œil; c'est bien de rétinite suppurée qu'il s'agit; et c'est dans la rétine que le pneumocoque se trouvait avec la plus grande abondance.

Il reste très difficile d'expliquer pourquoi l'infection sanguine, qui dans la pneumonie peut être la source de complication extra-pulmonaires variables, aboutit si rarement à la localisation oculaire : dans notre cas en particulier aucune altération préalable de l'œil ne semble avoir préparé le terrain à l'infection.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Contribution à l'étude des affections spasmodiques de l'enfance, par HAUSHALTER (*Revue de médecine*, mai 1895, p. 412). — Cliniquement, la paraplégie spasmodique, la rigidité généralisée, l'hémiplégie spasmodique bilatérale, l'athétose double, constituent des formes symptomatiques, des types que l'on peut différencier. Il n'en est pas moins vrai que la frontière entre ces types n'est pas toujours facile à tracer, que les termes de transition sont fréquents. L'auteur rapporte neuf observations qui reproduisent des types plus ou moins classiques d'affections spasmodiques de l'enfance. Dans les deux premières il s'agit de deux enfants nés avant terme et qui ont présenté depuis la naissance de la rigidité spasmodique dans les membres inférieurs et un affaiblissement de l'intelligence. En outre, le deuxième enfant présente de l'athétose de la main. Dans la cinquième observation il s'agit d'un enfant de 8 ans atteint d'athétose généralisée ayant débuté dans la première enfance : raideur musculaire, réflexes marqués, imbécillité. La septième observation se rapporte à un enfant issu de consanguins et qui présente de la raideur musculaire généralisée, de l'exagération des réflexes, secousses musculaires, troubles de la déglutition et de la parole, incoordination ataxo-choréiforme dans le membre supérieur, mouvements athétoïdes des mains, démarche titubante, ataxiforme, troubles de la station, intelligence bornée. La huitième et la neuvième observation concernent deux frères issus de consanguins. Chez eux, le début des symptômes s'est fait dès le jeune âge : marche progressive de la maladie, ataxie des mouvements dans les membres supérieurs et inférieurs, instabilité choréiforme au repos, exagération des réflexes, équinisme, raideur des muscles de la face et de la langue, troubles de la prononciation. Chez l'un, troubles de la mastication et de la déglutition; chez l'autre, convulsions, et chez tous les deux nystagmus, imbécillité.

L'histoire de ces deux frères offre de grandes analogies avec deux observations qui ont été publiées récemment par Bouchaud, mais chez ses malades les réflexes rotuliens étaient abolis. Quoique la physionomie générale les rapproche par certains points du type de la maladie de Friedreich, ils s'en écartent par d'autres symptômes; en effet, il y a de l'exagération des réflexes avec gâtisme. La maladie à début très précoce et à évolution très rapide s'est développée chez deux frères imbéciles, ce qui ne se voit pas dans la maladie de Friedreich. Du reste, dans cette maladie, les réflexes sont abolis.

D'autre part, l'exagération du réflexe rotulien, l'existence de phénomènes spasmodiques, l'absence de cypho-scoliose

rapprochent au point de vue clinique les deux derniers cas de l'auteur du type de l'hérédo-ataxie cérébelleuse de Marie. Ils en diffèrent par l'âge précoce du début de la maladie, par l'existence du pied-bot, par les troubles psychiques profonds. Il est certain qu'il doit y avoir des cas de transition entre la rigidité spasmodique congénitale, la maladie de Friedreich et l'hérédo-ataxie cérébelleuse. Les observations 7, 8, 9 semblent bien réaliser ces termes de transition. Du reste, dans les formes familiales, on retrouve à côté des cas si complexes des types répondant au type de rigidité de Little.

MÉDECINE

Symptomatologie des néoplasmes du cœur (Beitrag zur Studium der Symptomatologie der Neubildungen des Herzens), par Pawlowsky (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1895, nos 18-19). — L'auteur n'envisage dans son travail que les néoplasmes pédiculés de l'oreillette gauche dont il a observé 2 cas et trouvé dans la littérature 2 autres.

Sur les 11 cas il y avait 6 hommes et 5 femmes. Le rôle du sexe est donc nul. L'âge des malades est également très variable, 18 à 80 ans, et souvent la lésion n'est découverte qu'accidentellement au cours de l'autopsie.

La symptomatologie n'a rien de particulier et est très souvent celle d'autres affections du cœur. La dyspnée, la toux, les hémoptysies relèvent des phénomènes de stase dans la petite circulation. L'œdème des pieds, la cyanose de la face, les extrémités froides sont dues à des troubles de la circulation générale. La petitesse du pouls, qu'on trouve notée dans toutes les observations, est un signe caractéristique qui tient à la vacuité relative du système artériel.

A l'autopsie on trouve le cœur normal ou légèrement augmenté de volume, le péricarde vide ou renfermant (4 cas) une certaine quantité de liquide. Dans six cas le néoplasme faisait saillie dans la cavité du ventricule gauche.

D'après l'auteur la symptomatologie en question est si peu précise que le diagnostic pendant la vie n'est guère possible et, du reste, n'a pas d'importance si l'on prend en considération la rareté extrême de ces cas et l'impuissance absolue de toute médication.

CHIRURGIE

Résection de l'estomac pour cancer (Zur Magenchirurgie), par Kocher (*Deut. med. Woch.*, 1895, nos 16, 17 et 18). — L'auteur revient encore une fois sur son procédé de pylorectomie combinée à la gastro-entérostomie pour carcinome de l'estomac, procédé qu'il a décrit déjà en 1893 et qui depuis cette époque ne lui a pas donné un seul cas de mort dans les sept dernières interventions où il a été appliqué.

Le procédé, comme nous venons de le dire, est en somme une résection combinée à la gastro-entérostomie postérieure. Avec deux pinces à mors longs munis de caoutchouc on délimite le néoplasme du côté de l'estomac et du côté du duodénum, on coupe le néoplasme presque au ras de la pince stomacale et on ferme l'incision faite à l'estomac; après quoi on coupe le néoplasme du côté du duodénum et on abouche le duodénum divisé avec la paroi postérieure de l'estomac, préalablement incisée.

Ce procédé appliqué dans 12 cas de carcinome de l'estomac a donné un seul cas de mort. Il s'agissait dans ce cas d'un carcinome stomacal très adhérent ayant envahi la face inférieure du foie. Avant de faire la gastro-entérostomie, l'auteur a voulu attirer au dehors tout le néoplasme; malheureusement la tumeur se déchira, si bien que pour arrêter l'hémorrhagie, on fut obligé de lier l'artère hépatique. L'opération ne put être terminée qu'avec de grandes difficultés, et le malade succomba quelques jours plus tard à la nécrose du foie.

Les autres opérés sont encore vivants. Chez l'un, l'opération a été faite depuis sept mois et depuis cette époque, l'opéré jouit d'une santé excellente et doit être considéré comme radicalement guéri; 4 sont guéris depuis dix-neuf à vingt mois, et 1 seul d'entre eux, sans avoir présenté de récidive proprement dite, est atteint actuellement d'un cancer du rectum: le sixième, opéré depuis seize ans, a eu récemment une récidive locale qui a nécessité une nouvelle gastro-jéjunostomie: depuis cette nouvelle opération le malade se porte de nouveau fort bien; les autres sont opérés depuis huit mois et n'ont pas de récidive jusqu'à présent.

Traitement du glaucome par l'ésérine (Ueber die Behandlung des Glaucoms mit Eserin), par Cohn (*Berl. klin. Woch*, 1895, n° 21, p. 452). — En s'appuyant sur une dizaine de cas personnels et les observations publiées dans la littérature relative à la question, l'auteur préconise le traitement du glaucome par l'ésérine qui pour lui serait presque un spécifique. Il formule en effet les conclusions suivantes:

1° L'ésérine doit être employée chez tous les glaucomateux.

2° Comme les effets de l'ésérine sont surtout appréciables pendant le stade prodromique, il faut s'adresser à cette substance aussitôt que le malade commence à se plaindre d'apercevoir des arcs-en-ciel.

3° L'ésérine agit admirablement dans les accès inflammatoires aigus. Dans ces cas, les instillations doivent être faites toutes les heures. Si l'on obtient un rétrécissement de la pupille, l'accès disparaît au bout de 24 à 48 heures.

4° L'ésérine n'est jamais nuisible et peut être employée sans inconvénient pendant un ou deux ans.

5° Si les instillations d'ésérine n'arrêtent pas la marche du glaucome, il faut faire l'iridectomie.

6° Le catarrhe folliculaire n'est produit que par l'ésérine malpropre. Le liquide sera conservé aseptiquement; les instillations seront faites avec toutes les rigueurs de l'antisepsie.

L'auteur se sert pour ces instillations d'une solution d'ésérine au 20e.

BIBLIOGRAPHIE

Traité élémentaire de thérapeutique par le Dr Manquat. Tome II, in-8°, Paris J.-B. Baillière, éditeur, 1895.

Nous avons dans la *Gazette* du 24 novembre 1894 parlé du 1er volume de ce traité en rappelant l'éloge mérité qu'en avait fait M. Thibierge deux ans auparavant.

Dans le tome second, comme dans le premier, M. Manquat reste thérapeute clinico-physiologiste, aussi demeure-t-il adversaire déclaré du vésicatoire « dont l'usage est presque tout entier du domaine de l'empirisme » et qui déprime le système nerveux, congestionne les reins, etc. Au contraire, il est partisan résolu de l'empyème, quel que soit le microbe constaté dans le pus.

Le chapitre des bains froids est particulièrement intéressant surtout en ce qui concerne la fièvre typhoïde.

Le chapitre relatif à l'électrothérapie a été entièrement revisé par M. le Dr Vigouroux et les lecteurs apprécieront comme elles le méritent la valeur des modifications introduites dans le texte primitif par le savant électrothérapeute de la Salpétrière.

Enfin dans un addendum M. Manquat traite de la sérothérapie dans la diphthérie; il fait connaître « le progrès considérable que les travaux de Roux, commencés dès 1891, ont fait réaliser au traitement de la diphthérie. Il admet l'opinion de Metchnikoff qui considère l'action du sérum comme « stimulant des cellules phagocytaires ».

Après avoir cité les travaux divers sur la sérumthérapie diphthéritique, l'auteur conclut qu'elle « mérite véritablement le nom de médication spécifique ».

Telle est dans son ensemble et très résumée l'analyse de ce traité dont la valeur justifie amplement l'accueil qu'a fait le public médical à la première édition et qu'il ne manquera pas de faire à la seconde.

Catrin.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses des Facultés.

De la répartition des épanchements séro-fibrineux dans la cavité pleurale, par Léon Brodier.

Lorsque la plèvre est exempte d'adhérences, tous les épanchements séro-fibrineux obéissent aux lois de la pesanteur et leur répartition varie suivant les différentes positions prises par le malade. Ils deviennent immobiles en un temps qui varie suivant de nombreuses conditions, surtout suivant l'état du poumon, mais qui est toujours

relativement court. La ligne de matité est parfois horizontale; plus souvent elle affecte la direction d'une courbe à convexité supérieure et offre en arrière, dans la station assise, une forme en S, laissant ainsi une zone de submatité au voisinage de la colonne vertébrale. L'état du poumon, congestionné ou atélectasié, est la principale cause de l'immobilité du liquide. Diverses conditions peuvent localiser le liquide en des points différents de la grande cavité pleurale; ce sont, tantôt la présence d'adhérences anciennes, tantôt l'induration et la congestion du poumon. Les modifications de la congestion pulmonaire sous-jacente peuvent localiser l'épanchement dans la région sous-claviculaire, faisant parfois *basculer* sa limite supérieure autour d'un point situé sur la ligne axillaire moyenne. La forme de la ligne de matité peut révéler la position adoptée par le malade au moment où l'épanchement s'est formé. Elle peut, dans certaines circonstances, autant et mieux que l'interrogatoire, servir à évaluer l'âge de l'épanchement. Elle donne ainsi de précieuses indications thérapeutiques.

VARIÉTÉS

Nécrologie. — Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Ferraton, médecin principal de 1re classe en retraite, officier de la Légion d'honneur. M. le docteur Ferraton, qui meurt à l'âge de 80 ans, avait longtemps et dignement servi dans l'armée. Son fils, médecin major et professeur agrégé du Val-de-Grâce et plusieurs membres de sa famille continuent dans la médecine militaire les traditions qu'il leur a léguées.

Le buste de M. Dujardin-Beaumetz. — Samedi dernier a eu lieu à l'hôpital Cochin, l'inauguration du buste de Dujardin-Beaumetz.

M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, présidait, entouré de MM. Laurent, secrétaire général de la préfecture de police, Cadet de Gassicourt, Budin, le médecin inspecteur Dujardin-Beaumetz, plusieurs conseillers municipaux, etc.

La remise du buste a été faite au nom de la famille et des amis de Dujardin-Beaumetz, par M. le docteur Stackler; puis M. le Dr Le Gendre a fait l'éloge du maître regretté.

Enfin, M. Peyron a pris la parole et a rappelé que M. Dujardin-Beaumetz a largement ajouté de ses propres deniers aux sacrifices de la Ville et de l'Assistance publique. Personne n'oubliera, a-t-il dit, le dévouement dont il fit preuve dans cette création des laboratoires de thérapeutique à Cochin qui sont bien son œuvre, œuvre féconde entre toutes.

Les étudiants des écoles annexes de médecine. — En raison de la réorganisation des études médicales et de l'institution d'un certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, le ministre de la marine, après avoir consulté le ministre de l'instruction publique, a adopté les dispositions suivantes relatives aux étudiants en médecine qui solliciteraient, en novembre prochain, de redoubler une année d'études dans les écoles annexes:

Comme les années précédentes, ces étudiants pourront, sur la proposition du préfet maritime, obtenir l'autorisation de redoubler; mais ils cesseront d'être soumis au régime de 1878 et suivront le nouveau régime dont l'application est fixée au 1er novembre.

Toutefois, d'après l'avis du ministre de l'instruction publique, les étudiants ayant subi avec succès le premier examen de doctorat pourront seuls être admis à redoubler leur première année en vue du concours de 1896 pour l'école de Bordeaux; en second lieu, s'ils échouent à ce concours, ils ne pourront se prévaloir de la seconde année faite dans les écoles annexes pour demander, en novembre 1896, à être inscrits dans une faculté ou une école de médecine comme étudiants de troisième année à douze inscriptions.

L'hôpital de l'Association des dames françaises. — Samedi dernier a été posée la première pierre de l'hôpital construit à Auteuil par l'Association des dames françaises.

Mme Félix Faure, présidente d'honneur de l'association, avait accepté de présider cette cérémonie.

A son arrivée M. le Dr Duchaussoy a prononcé un discours dans lequel il a fait connaître l'idée patriotique qui a présidé à cette fondation, le but et le fonctionnement de l'hôpital, sa transformation facile à l'aide de tentes en un grand hôpital; puis il a fait appel, dans un langage élevé, aux sentiments de générosité de l'assemblée pour réunir les fonds nécessaires à l'achèvement de cet édifice si bien commencé.

Les dames, a dit M. Duchaussoy, n'ont qu'un accès difficile dans les hôpitaux de Paris. Elles ne pourraient y apprendre l'enseignement qui convient à des ambulancières.

Tout cela a été prévu chez nos voisins d'outre-Rhin; là on a créé des hôpitaux d'instruction pour les dames allemandes; c'est pour elles et à leur usage que l'enseignement s'y fait; chaque province allemande a son hôpital de femmes; les plus grandes dames et les souveraines elles-mêmes tiennent à honneur d'y avoir fait un stage et obtenu le dipôme; des milliers de femmes de tout rang sont aujourd'hui instruites et disciplinées, sachant ce qu'elles auraient à faire en cas de guerre, toutes prêtes à rejoindre le poste qui leur est assigné d'avance, et tout cela se prépare sans bruit, sans ostentation, comme la chose la plus naturelle, parce qu'elle est la plus indispensable.

C'est pour imiter l'étranger que les Dames françaises élèvent cet hôpital. M. Duchaussoy explique ensuite quel doit être son fonctionnement:

Pendant la paix, 24 lits seulement: 12 de médecine, 12 de chirurgie; le premier étage leur est consacré en entier. Qu'une guerre survienne, ou que la santé publique soit gravement menacée, notre petit hôpital de 24 lits se trouve transformé en un hôpital de 120 lits.....

Après ce discours a eu lieu, avec le cérémonial habituel, le scellement de la première pierre de l'édifice.

Comité du Monument à élever à la mémoire du Dr Alphonse Guérin.

Les amis et anciens élèves du Dr Alphonse Guérin ont eu la pensée de lui élever une statue à Ploërmel, sa ville natale. Deux Comités se sont constitués pour organiser une souscription dans ce but, l'un, médical, présidé par M. le Professeur Guyon; l'autre, Breton, sous la présidence de M. Jules Simon. Le monument sera leur œuvre commune.

Le Comité médical fait appel aux collègues, amis et élèves d'Alphonse Guérin, en leur demandant d'adresser leur souscription à M. G. Masson, éditeur, 120, Boulevard Saint-Germain.

Le Président du Comité: Professeur Guyon, Membre de l'Institut.

Le Vice-Président: Dr Jules Bergeron, Secrétaire Perpétuel de l'Académie de Médecine.

Les Secrétaires: Dr Kirmisson, chirurgien de l'Hospice des Enfants-Assistés. — Dr P. Merklen, Médecin de l'Hôpital Laennec.

Le Trésorier: G. Masson.

Membres du Comité: Dr Delacour, Directeur de l'Ecole de Médecine de Rennes. — Dr Duguet, Membre de l'Académie de Médecine. — Dr Landrieux, Médecin de l'Hôpital Lariboisière. — Dr Mossé, Professeur à la Faculté de Médecine de Toulouse. — Dr Nicaise, Membre de l'Académie de Médecine. — Dr Pozzi, Chirurgien de l'Hôpital Broca. — Dr Ribemont-Dessaignes, Accoucheur de l'Hôpital Beaujon. — Dr Rigal, Médecin de l'Hôpital Beaujon. — Dr Sevestre, Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades.

Première liste de souscription.

Professeur Guyon	200	francs.
Dr J. Bergeron	200	—
Dr Kirmisson	200	—
Dr Merklen	200	—
Dr Pozzi	200	—
M. G. Masson	40	—
Les Professeurs de l'Ecole de Médecine de Rennes	150	—
Professeur Mossé	150	—
Dr Ribemont-Dessaignes	100	—
Dr Ch. Périer	20	—
Professeur Brouardel	20	—
Dr Lereboullet	20	—
Dr Broca	20	—
Dr Rouxeau (de Nantes)	20	—

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

BULLETIN

Les examens bactériologiques et la diphthérie.

L'enchevêtrement des deux discussions pendantes devant l'Académie de médecine, sur la prophylaxie de l'alcoolisme et sur la prophylaxie de la diphthérie, n'a pas encore permis d'en finir avec la première ; dans huit ou quinze jours seulement, la Compagnie devra sans doute se prononcer sur les propositions qui lui ont été soumises, pour clôturer la dernière, par MM. Cadet de Gassicourt et Dieulafoy. La *Gazette hebdomadaire* a depuis longtemps insisté en faveur de l'examen bactériologique dans tous les cas de diphthérie et pour l'isolement des personnes atteintes de cette affection jusqu'à cessation de tout pouvoir contagieux ; les résolutions soumises à l'Académie auraient trouvé ici le meilleur accueil, si M. Dieulafoy n'avait demandé à ajouter à la proposition de son savant collègue une disposition qui ne sera pas sans soulever de vives critiques. Il s'agit du rôle qu'il assigne aux pharmaciens pour l'examen des fausses membranes diphthéritiques ou non.

Réduite à ses termes essentiels, la brillante argumentation de M. Dieulafoy a pour but de montrer qu'en matière de diagnostic de la diphthérie et surtout des angines, « la clinique doit céder le pas à la bactériologie » ; il suffit, ajoute-t-il, « d'être au courant des travaux bactériologiques de ces dernières années pour voir le nombre incalculable d'erreurs qui ont dû être commises, alors que le diagnostic des angines n'avait que la clinique pour critérium ». Aussi s'empresse-t-il de demander, avec M. Cadet de Gassicourt, que « des laboratoires d'examen bactériologique, dirigés par des savants spéciaux, soient ouverts dans le plus bref délai et que tous les médecins en soient avisés par la plus large publicité ».

A la demande de plusieurs Sociétés médicales qui avaient approuvé l'initiative de la Société de médecine de Paris, le Conseil municipal, imitant l'exemple déjà donné par d'autres grandes villes, telles que Bordeaux, Lille, Grenoble, etc., a voté, sur le rapport de M. le docteur Paul Dubois, les crédits nécessaires pour assurer un tel service dans la capitale. « Depuis le 1er juillet, le laboratoire de bactériologie de la Ville de Paris (dirigé par M. le Dr Miquel) met gratuitement à la disposition des médecins des nécessaires pour le diagnostic de la diphthérie. Ces nécessaires sont délivrés sur la demande écrite des médecins et les résultats des analyses leur sont communiqués 24 heures, au plus tard, après le retour au laboratoire des nécessaires utilisés. Le laboratoire de diagnostic bactériologique de la diphthérie, situé rue Lobau, 2, à l'entresol, est ouvert tous les jours de 8 heures du matin à 8 heures du soir, y compris les dimanches et fêtes. Le dépôt d'une somme de 0 fr. 50 donne droit à une réponse par voie télégraphique. »

Tel est le texte de l'avis qui est en cours d'expédition à tous les médecins de Paris. Quelles que soient les modifications que, dans la pratique, les dispositions qui précèdent pourraient être appelées à subir, le vœu du corps médical se trouve aujourd'hui réalisé avec tous les avantages qu'il était en droit d'espérer.

Les propositions de MM. Cadet de Gassicourt et Dieulafoy ne se bornent pas, il est vrai, à l'application de pareille mesure dans la Ville de Paris, ou dans d'autres grandes villes dont les administrations sanitaires et les conseils électifs se sont trouvés promptement d'accord pour la réaliser; mais elles s'adressent aussi à l'ensemble du territoire. A première vue cela paraît singulièrement difficile; il n'est pas douteux que, dans l'état actuel, certains centres seulement pourraient posséder ces laboratoires et que ceux-ci sembleraient maintes fois bien éloignés, surtout lorsqu'il s'agit de les utiliser pour une telle maladie. D'où le vœu additionnel de M. Dieulafoy, à savoir que « les études bactériologiques prennent à l'avenir une place importante dans les écoles de pharmacie » et celui de M. Laborde, « qu'il y aurait lieu tout d'abord d'organiser cet enseignement dans nos écoles de médecine, de façon à ce que tout médecin fut initié, tout au moins, à la recherche pratique dont il peut avoir besoin pour établir son diagnostic; sans préjudice de l'organisation de laboratoires appropriés à cette recherche dans tous nos centres d'enseignement ».

M. Dieulafoy estime en effet que certains examens bactériologiques, et notamment celui de la diphthérie, « sont tellement simples qu'il n'est pas de pharmacie bien outillée où ils ne pourraient être pratiqués ». Nous ne nous croyons aucune qualité pour émettre une appréciation quelconque sur le plus ou moins de difficultés que peut présenter la recherche des bacilles diphthéritiques et des bacilles associés qu'on peut rencontrer actuellement dans les cas déclarés ou suspects, non plus que pour ceux que la science bactériologique pourrait déceler dans l'avenir; mais nous nous permettons de penser qu'au point de vue médical comme au point de vue prophylactique, ce serait faire œuvre quelque peu inquiétante et dangereuse que de détourner ainsi la corporation des pharmaciens du rôle que lui a dévolu la loi du 21 germinal, an XI. « Ils ne pourront faire, déclare cette loi dans son article 32, dans les mêmes lieux ou officines, aucun autre commerce ou débit que celui des drogues et préparations médicinales. »

Nous savons bien que, dans la pratique, le pharmacien devient souvent l'auxiliaire du médecin pour certaines analyses; mais de là à l'autoriser à faire des examens bactériologiques, qui ne voit quelles différences? Quels que soient ses rapides progrès et les services qu'elle a rendus, la microbie n'est point seulement affaire de manipulations; de même que la physiologie, il y faut une pensée directrice que seules des études médicales peuvent donner, tout ou moins, en se plaçant au point de vue général qui importe ici.

D'autre part, alors qu'une voix des plus autorisées proclame l'infériorité, sinon la nullité, des données de la clinique et de l'observation lorsqu'il s'agit de différencier les angines et qu'elle ne craint pas d'en faire en quelque sorte table rase au profit de l'examen bactériologique, quelle puissance ne tarderait pas à acquérir dans l'opinion publique, celui auquel cet examen serait confié et quelle crainte n'a-t-on pas le droit d'avoir si le domaine de son intervention n'était pas très nettement limité? On ne sait que trop combien l'exercice de la médecine et celui de la pharmacie tendent souvent à se confondre dans certaines localités, et non des moins peuplées. L'impuissance du diagnostic du médecin, si elle venait à être admise, et l'obligation ou même la simple recommandation de confier au pharmacien la partie essentielle de ce diagnostic pour la diphthérie d'abord, pour combien d'autres maladies plus tard, personne ne le sait aujourd'hui, cette impuissance et cette obligation ne tarderaient pas à accroître ce danger dans des proportions plus considérables encore. Pour ces diverses raisons, nous croyons savoir que la proposition de M. Dieulafoy sera vivement combattue, tandis que celle de M. Laborde pourra compléter utilement celle de M. Cadet de Gassicourt.

Il n'est pas jusqu'à la nécessité, dans l'intérêt général de la santé publique, de maintenir la gratuité pour de tels examens bactériologiques, qui ne fasse comprendre combien il convient de les confier exclusivement au corps médical, soit que les praticiens, éloignés de tout centre de population, s'en chargent eux-mêmes ou que les laboratoires des écoles ou de certains services sanitaires locaux ou départementaux en soient chargés. C'est là une question d'organisation que nous ne pourrions examiner ici sans nous y étendre trop longuement; il suffit de dire que sa solution, dans tous les cas, ne nécessite que de bien minimes dépenses.

Ce n'est d'ailleurs pas au moment où la lutte contre la diphthérie au moyen de la sérumthérapie et des mesures prophylactiques obtient de si grands succès, qu'il puisse être un instant question d'hésiter à entrer dans cette voie. Les constatations que nous sommes appelés à faire personnellement sont de plus en plus probantes. Lorsqu'un mouvement épidémique de diphthérie vient à se produire actuellement en un point quelconque de Paris et lorsque l'enquête sanitaire, toujours complexe dans une grande ville, nous conduit à un résultat, presque toujours il est facile de voir que la sortie trop prompte d'un diphthéritique de l'hôpital ou la fréquentation trop prompte d'un diphthérique convalescent ou de sa famille en est la cause. Autrefois, le diphthéritique était assez longtemps malade pour qu'on ne rentre en contact avec lui que lorsque ses sécrétions buccales et pharyngiennes étaient devenues indemnes; aujourd'hui, il est encore dangereux alors qu'il n'est plus considéré comme malade; d'où la difficulté de prendre et de faire prendre les mesures prophylactiques nécessaires; d'où la nécessité de savoir jusqu'à quel moment ces précautions doivent être prises.

Lorsqu'on sera parvenu à compléter ainsi la lutte si heureusement entreprise contre cette affection autrefois si meurtrière, sa mortalité se trouvera encore abaissée et le nombre de ses victimes baissera dans une proportion d'autant plus grande que l'on ne saurait plus avoir le moindre doute sur la valeur des procédés mis en œuvre pour y parvenir.

Depuis le milieu de 1892, à Paris tout au moins, la diphthérie ne cesse de diminuer : alors qu'elle causa dans cette année 1403 décès, en 1893 elle n'en comptait plus que 1266; en 1894, 1009 et depuis le 1er janvier 1895 jusqu'à dimanche dernier, fin de la 26e semaine, 230 seulement. Ces chiffres montrent combien, depuis qu'on a énergiquement entamé cette lutte, soit depuis les derniers mois de 1892, et ensuite en 1894 par la sérumthérapie, la victoire s'est de plus en plus confirmée. Raison de plus pour n'exposer à aucun hasard la persistance d'un tel triomphe, dont les conditions indispensables ne peuvent être entourées de trop de garanties.

A.-J. MARTIN.

TRAVAUX ORIGINAUX

Contribution à l'étude de la cirrhose pigmentaire et du diabète bronzé (1), par MM. MOSSÉ, professeur de clinique médicale et DAUNIC, chef du laboratoire des cliniques à la Faculté de Toulouse.

(*Travail du laboratoire des cliniques de la Faculté.*)

Nous avons eu l'occasion d'observer récemment un cas de diabète bronzé. A l'autopsie nous avons constaté, en même temps que d'autres lésions, l'existence d'une cirrhose pigmentaire du foie et du pancréas. Depuis le

(1) Communication au Congrès de médecine interne (1re session. Lyon. — Séance du 29 octobre 1894).

moment où MM. Hanot et Chauffard (1) ont appelé l'attention sur la coïncidence du diabète sucré mélanodermique avec une cirrhose pigmentaire du foie (1882), il n'a été publié qu'un très petit nombre de faits de ce genre : huit seulement à notre connaissance (2). Celui-ci serait le neuvième et mériterait déjà d'être mentionné à titre de nouvel exemple d'un complexus pathologique rare dont la pathogénie reste à l'étude (3). Mais, dans la relation que nous apportons aujourd'hui, deux points encore peu connus dans l'histoire du diabète bronzé doivent être surtout signalés :

1° Nous nous sommes attachés à combler l'importante lacune résultant de l'absence complète de renseignements sur les modifications histologiques de la peau et le mode de distribution du pigment dans le corps de Malpighi. Sans données certaines sur ce point, les théories pathogéniques de la pigmentation des organes manquent d'un appui solide. Tous les auteurs le reconnaissent et demandent cette description. Les planches qui accompagnent notre travail permettent de se rendre compte pour la première fois des altérations du tégument et de constater la localisation du pigment pathologique dans la couche profonde du corps de Malpighi.

2° Nous avons de plus constaté chez notre sujet l'existence d'une *infiltration glycogénique du foie* analogue à celle décrite dans le rein diabétique par Armanni, Erlich, Strauss.

Enfin, malgré un aspect macroscopique normal, nous avons trouvé une altération histologique des *capsules surrénales* analogue à celle du foie. Nous insisterons donc sur la relation des lésions anatomiques constatées à l'autopsie ou étudiées au laboratoire, après avoir résumé dans ses lignes essentielles l'histoire clinique du malade; nous présenterons ensuite quelques courtes remarques et déductions comme conclusions de cette étude.

Observation — *Diabète bronzé. — Cirrhose pigmentaire du foie et du pancréas. — Infiltration glycogénique du foie. — Examen histologique de la peau.*

Le nommé R..., 39 ans, domestique, salle Saint-André, n° 12.

Antécédents. — D'après l'enquête à laquelle nous nous sommes livrés pour avoir des renseignements sur le passé du malade, R... qui niait tout excès aurait cependant commis de fréquents abus alcooliques et mené une vie assez heurtée. Ayant d'abord possédé une certaine aisance il a compromis son avoir, s'est éloigné des siens, a tenu un café dans un village et a fini, après avoir fait de mauvaises affaires, par occuper à Toulouse divers modestes emplois de domestique.

Comme *antécédents pathologiques*, il n'y aurait à signaler, en dehors de la maladie actuelle, que quelques rhumes facilement contractés depuis plusieurs années.

L'évolution de la maladie actuelle peut être divisée en deux périodes. L'une, dont la durée ne saurait être précisée mais qui paraît s'être prolongée pendant plus d'un an, s'étend depuis le moment de la manifestation évidente des perturbations de la nutrition jusqu'au moment où des accidents aigus ont amené le malade à demander son admission à l'hôpital.

Cette première période permet à R... de vaquer à ses occupations. Elle est marquée par divers troubles qui autorisent à reconnaître déjà à cette époque l'existence du diabète : polyurie, augmentation de la faim et de la soif, amaigrissement, diminution des forces. En même temps, la peau prend progressivement une coloration de plus en plus foncée qui vaut à R... d'être surnommé *le mulâtre*.

La deuxième période commence quelques jours avant l'entrée à l'Hôtel-Dieu, prend une allure rapidement grave, et en moins d'un mois aboutit à la mort.

Sans cause apparente, le 1er octobre 1893, R... est atteint dans la soirée d'une diarrhée intense et de vomissements qui durent toute la nuit, puis disparaissent. Affaibli, se sentant encore malade, il se présente à la consultation gratuite de l'Hôtel-Dieu le 4 octobre; il est admis dans notre service alors dirigé par M. Rémond.

Le 17 octobre, au moment où nous en reprenions la direction, R..., dans un état d'amaigrissement extrême, semble arrivé à la dernière période de la consomption : la peau présente sur toute son étendue une coloration noir brun de teinte uniforme. A la face interne d'une joue et de la lèvre inférieure, légère pigmentation peu marquée de la muqueuse. Gingivite.

Appétit conservé; affaissement complet des forces; pas de fièvre.

Douleurs vives dans la région de l'hypochondre droit et autour de l'ombilic. Ces douleurs existent depuis un certain temps, spontanées et réveillées par la pression. La palpation profonde ne permet de sentir, soit dans la région douloureuse, soit dans les autres régions abdominales, ni tumeur, ni empâtement plus ou moins circonscrit. Les accidents gastro-intestinaux qui ont précédé l'entrée à l'hôpital, ne se sont plus reproduits. Les selles sont plutôt rares; sans caractères particuliers.

Le foie dépasse légèrement les fausses côtes, il ne paraît pas sensiblement augmenté de volume.

De même pas d'augmentation notable de la matité splénique.

Pas d'ascite. Pas d'œdème des extrémités inférieures ni d'infiltration du tissu cellulaire sous-cutané. Pas d'ictère de la conjonctive.

Quelques râles pulmonaires.

Rien de particulier au cœur.

Les urines abondantes n'ont pas la teinte ictérique, elles sont transparentes (jusqu'au moment de la mort, elles n'ont jamais été brunes, ni foncées), elles gardent sensiblement la teinte ordinaire. Leur densité est augmentée d'hier à aujourd'hui, 5 litres; densité, 1030. Pas d'albumine, sucre en quantité assez abondante.

18 octobre. — Même état. Poids du malade, 39 kilogrammes. Urines 4 litres 500. Densité, 1030.

19 octobre. — Urines, 4 litres 300 en 24 heures. Densité, 1028. Urée, 24 gr. 20. Sucre, 270 grammes.

21 octobre. — Muguet. Le malade éprouve une certaine peine à déglutir les aliments solides. Poudre de viande, 150 grammes, à la place de la viande crue prescrite jusqu'à ce jour. Lait, 2 litres. Pancréatine, 0 gr. 50, Café. Collutoire boraté.

21 octobre. — Urines, 4 litres 400. Densité, 1030.

22 octobre. — Urines, 4 litres 200, contenant 227 grammes de sucre.

24 octobre. — Urines, 5 litres 800, contenant 30 gr. 72 d'urée, 4 gr. 312 d'acide phosphorique et 258 grammes de sucre; hier, la quantité de glycose excrété dans le nychthémère précédent (1) a été de 250 grammes. Urée, 32 grammes.

26 octobre. — L'état s'aggrave sensiblement. Le muguet

(1) Hanot et Chauffard, Cirrhose hypertrophique pigmentaire dans le diabète sucré. *Rev. de méd.*, 1882, p. 385. — Hanot et Schachmann, Cirrhose pigmentaire dans le diabète sucré. *Arch. de physiol.*, 1886, 3e série, t. VII, p. 51. — Chauffard, Cirrhoses pigmentaires. *Traité de médecine*, Charcot-Bouchard, 1892, t. III, p. 891.

(2) Hanot et Chauffard (mém. cité), *deux;* Letulle (*Bull. Soc. méd. hôpitaux*, 1885, p. 406), *deux;* Hanot et Schachmann (mém. cité, service de M. Lucas-Championnière), *une;* Brault et Galliard (*Arch. gén. de méd.*, p. 39, 1888), *une;* Barth (*Bull. Soc. an.*, 1888, p. 560), *une;* Gonzalès (*La cachexie bronzée dans le diabète*, th. Montpellier, 1892), *une.* Ajoutons que le fait que nous étudions a déjà été en partie relaté : Cf. Rémond : Maladie d'Addison et diabète maigre. *Languedoc médical*, 15 décembre 1893, p. 78 et Fournié, *Contribution à l'étude de la pathologie du sympathique abdominal*, th. Toulouse, 1893-94, n° 37.

Voir aussi Trousseau, Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, T. II, 4e édition, p. 181. — Palma, Zwei falle von diabetes mellitus und Lebercirrhose. *Berliner Kl. Woch.*, n° 34, p. 815, 21 août 1893, et *R. S. M.*, 1891, t. XLIV, p. 198.

(3) Après que la partie essentielle de ce mémoire avait déjà paru dans les *Comptes rendus du Congrès* (page 776), et alors que cet article était à l'impression, la *Semaine médicale* a publié un nouveau cas de diabète bronzé dû à M. Marie (n° du 22 mai 1895),

(1) Les chiffres de ces analyses correspondent tous à l'excrétion urinaire du nychthémère précédant la date de l'analyse.

augmente. La diurèse semble avoir diminué; le malade a uriné dans le lit. La consomption, déjà très marquée au moment où nous avons vu le malade pour la première fois, a fait de grands progrès en huit jours; R... a sensiblement perdu de poids sous la double influence d'une alimentation insuffisante et des pertes subies par l'économie (polyurie, glycosurie, azoturie). Nous avons cherché à nourrir le malade avec de la viande crue, puis avec de la poudre de viande, du lait et pour faciliter la digestion, nous avons prescrit de la pancréatine; mais ni la thérapeutique ni la régime alimentaire n'ont paru avoir d'effet appréciable. La mastication et la déglutition, chaque jour plus pénible depuis l'apparition du muguet, ont augmenté l'inanition progressive du malade.

Dans la journée du 26, le coma se montre, il s'accentue le lendemain. Les injections d'éther, les injections de suc pancréatique restent sans effet (1), la température rectale, le 27 octobre, ne dépasse pas 33°, le pouls est à 90; l'haleine a une odeur légèrement chloroformique. Mort dans le coma, le 28 octobre, à 1 heure du matin.

AUTOPSIE pratiquée le 29 octobre, 32 heures après le décès.

Aspect extérieur. — Cadavre profondément émacié, sans aucune lésion extérieure.

Coloration brun sombre généralisée à toute la surface cutanée et absolument uniforme. Pas de plaques de vitiligo. Sur le bras gauche, une zone d'un demi-centimètre carré environ présente une teinte rouge foncé.

Dans la cavité buccale et sur les lèvres, on n'aperçoit pas nettement de taches bronzées caractéristiques (2). Pas d'hémorrhagies sous-muqueuses.

La peau est dure au toucher, tendue et d'une sécheresse particulière. Plusieurs fragments recueillis sur l'abdomen, la partie externe de la jambe, le doigt, etc., sont placés dans la liqueur de Muller.

CAVITÉ ABDOMINALE. — *Foie* volumineux, pèse 1.800 grammes, présente une teinte rouge brique foncé. La capsule de Glisson se détache difficilement, adhère en certains points à la surface de l'organe qui est granuleuse dans toute son étendue. L'aspect général du foie est conservé; ni déformations, ni travées fibreuses apparentes à la surface.

A la coupe, le parenchyme hépatique offre une induration et une résistance indiquant un degré de sclérose accentuée. La surface de section, examinée à la loupe, permet d'apercevoir de grands tractus conjonctifs sillonnant l'organe en tous sens, séparant des lobes et lobules de volume différent. On aperçoit en outre, de distance en distance, des points où le tissu hépatique est devenu transparent, vitreux. Dans toute l'étendue de l'organe (débité en tranches minces), on trouve disséminés quelques-uns de ces foyers qui sont comparables à de petits blocs de gélatine fondue, puis solidifiée sous une certaine épaisseur. En certaines régions, les zones ainsi transformées atteignent un volume notable; elles mesurent parfois 4 millimètres de longueur sur 2 ou 3 de largeur. Distribuées irrégulièrement sans topographie spéciale, elles sont cependant plus nombreuses au niveau du lobe gauche.

A simple inspection ces zones donnent d'abord l'idée d'une dégénérescence amyloïde, mais la grande étendue des plaques, leur teinte moins brillante, enfin l'absence de la réaction iodée caractéristique amènent bientôt à éliminer cette hypothèse. (Nous verrons plus loin que, traitées par la gomme iodée d'après la méthode d'Erlich, elles ont donné la réaction de l'*infiltration glycogénique.*)

L'arbre biliaire et la vésicule qui renferme une bile visqueuse et filante, ne présentent aucune altération macroscopique.

Reins. — Légèrement diminués de volume. Capsule peu adhérente; surface lisse; coloration grisâtre de la zone corticale.

Capsules surrénales, — A l'œil nu paraissent normales. Leurs dimensions, leur volume et leur aspect extérieur n'offrent rien de bien spécial. A la coupe, présentent simplement une teinte jaunâtre à la périphérie.

Rate. — Volumineuse, surchargée de graisse. A la section; les glomérules de Malpighi paraissent plus gros qu'à l'état normal. La pulpe splénique conserve sa coloration ordinaire : elle est traversée en tous sens par des travées conjonctives constituant à leurs points de convergence des zones fibreuses blanchâtres.

Pancréas. — A l'œil nu, ne paraît pas altéré dans sa forme ou ses dimensions; sa coloration est peut-être un peu plus jaunâtre qu'à l'état normal; sa consistance ferme et la résistance qu'il offre à la section dénotent un certain degré de sclérose. Le canal de Wirsung est perméable, il s'ouvre librement dans l'ampoule de Water.

CAVITÉ THORACIQUE. — *Poumons.* Aspect normal, excepté à la partie antérieure et supérieure où l'on constate un début d'emphysème.

Cœur. — Présente de légères adhérences du péricarde et de belles taches laiteuses. Pas de lésions orificielles. La fibre cardiaque est d'une coloration douteuse, d'un rouge pâle se rapprochant de la teinte feuille morte des cœurs dégénérés.

ENCÉPHALE. — *Cerveau.* Rien d'anormal sur les hémisphères; léger degré d'infiltration séreuse des méninges. Les artères paraissent avoir toute leur perméabilité.

Le *bulbe,* sectionné en tranches minces, ne laisse rien apercevoir de particulier à l'œil nu.

EXAMEN MICROSCOPIQUE.

Foie : 1° Faible grossissement. La topographie de l'organe au point de vue histologique est absolument bouleversée; de grandes travées conjonctives parcourent le tissu hépatique divisant certains lobules en îlots composés d'un petit nombre de cellules, ou bien enserrant plusieurs lobules à la fois et rappelant alors l'aspect de la cirrhose de Hanot. Cependant cette sclérose diffuse semble correspondre plutôt au type biveineux; elle présente plusieurs aspects différents parmi lesquels on trouve de vrais anneaux scléreux rappelant le type de cirrhose atrophique, mais on rencontre aussi, en nombre beaucoup plus considérable, de vraies dispositions de cirrhose hypertrophique.

Au sein de ces travées, on aperçoit quelques néocanalicules biliaires peu nombreux, le plus souvent encombrés de matière pigmentaire. De distance en distance, on voit dans les espaces porte encore reconnaissables, de fins ramuscules de l'artère hépatique dont les parois paraissent épaissies. Il en est de même du système porto-biliaire, dont les parois sont plus volumineuses qu'à l'état normal.

2° *Fort grossissement* (Zeiss DD, oc. I. fig. 1). Les travées conjonctives apparaissent chargées de granulations pigmentaires. Celles-ci, très nombreuses, de volume variable, d'une façon générale se rapprochent des dimensions de la cellule normale du foie. Leur orientation reproduit parfois la direction des trabécules hépatiques et suggère l'idée qu'elles ont pu être formées par des cellules épithéliales infiltrées de pigment, dégénérées sur place et envahies par les travées cirrhotiques. La coloration de cette substance pigmentaire est d'un jaune ambré plus ou moins foncé, rappelant l'aspect du pigment sanguin; quand les blocs sont plus considérables ils ont une teinte sépia.

Les *cellules hépatiques* voisines des travées fibreuses sont en général très altérées: elles sont en effet enserrées par le processus scléreux et envahies par la substance pigmentaire qui transforme sur place plusieurs d'entre elles en blocs plus ou moins foncés. On peut les apercevoir parfois au nombre de dix ou quinze formant un îlot noirâtre au milieu des travées conjonctives. Les lésions des cellules éloignées des bandes scléreuses sont bien moins marquées. Le protoplasma

(1) Nous avons employé du suc pancréatique conservé en tubes scellés de Jacquet. Voir au sujet de l'injection des sucs organiques, le travail publié par l'un de nous : Mossé : *La médication séquardienne. Notes et réflexions.* (*Midi médical,* janvier 1894.)

(2) On sait que les plaques bronzées de la muqueuse buccale sont considérées comme caractéristiques de la maladie d'Addison. Cependant l'un de nous a eu récemment l'occassion de montrer (Mossé, Leçons de clinique médicale, Toulouse, janvier 1895) comme l'avait déjà noté Thibierge (Soc. méd. des hôpitaux. Paris, 1891) la pigmentation de la muqueuse buccale et du voile du palais, dans un cas de mélanodermie phtirasique (*maladie des vagabonds*). D'un autre côté, Chauffard a signalé dans une de ses observations de cirrhose pigmentaire, la coloration foncée de la muqueuse intestinale. Nous avons relevé pendant la vie chez notre malade une pigmentation légère de quelques points de la muqueuse buccale. Il est donc probable : 1° que le diabète bronzé, comme la maladie bronzée, peut s'accompagner d'une pigmentation plus ou moins marquée de la muqueuse du tube digestif; 2° que cette pigmentation n'est pas pathognomonique de la maladie d'Addison.

de beaucoup d'entre elles est encore, il est vrai, partiellement infiltré de pigment, mais celui-ci peu abondant est à l'état de fine poussière et non aggloméré en blocs. Les cellules du centre, malgré cet encombrement pigmentaire, paraissent douées de vitalité. Les cellules englobées par la sclérose semblent au contraire perdre rapidement leur autonomie.

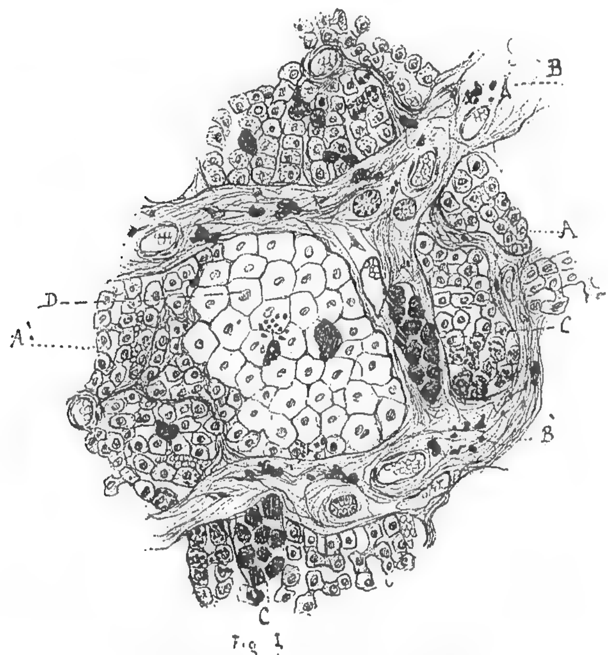


FIG. 1. — Coupe du foie. Obj. DD, oc. 8, Zeiss.
A. Trabécules hépatiques. — B. Travées de sclérose. — C. Grosses granulations pigmentaires. — D. Cellules hépatiques infiltrées de glycogène.

La topographie des lésions et la distribution du pigment dans les diverses parties des préparations laissent penser que la transformation se fait dans l'ordre suivant : le pigment se montre d'abord au voisinage du noyau sous forme de fine poussière, devient plus abondant, se substitue au protoplasma et progressivement arrive à constituer ainsi de petits blocs qui ne conservent de la cellule primitive que la forme plus ou moins ressemblante et quelques débris de noyau.

De distance en distance, sur les préparations (1) on aperçoit de grands territoires dans lesquels les cellules ont subi une transformation spéciale. (Ces territoires correspondent aux zones transparentes constatées à l'œil nu et décrites plus haut dans la relation de l'examen microscopique.) Les cellules n'ont pas pris la coloration. Elles sont volumineuses, tuméfiées et d'une transparence remarquable. On se croirait en face de l'épithélium pavimenteux du mésentère ayant subi la nitratation. Les cellules, accolées les unes aux autres, forment une couche uniforme, ayant perdu tout caractère de ressemblance avec les trabécules hépatiques. Nous savons déjà qu'il ne s'agit point là d'une dégénérescence amyloïde, d'après ce que nous avons dit plus haut. Etions-nous en présence d'une dégénérescence graisseuse ou d'une tuméfaction transparente analogue à celle que l'on rencontre dans le choléra (2)?

L'action de l'acide osmique, auquel les coupes sont soumises avant l'inclusion dans la paraffine, ne permet de constater que quelques rares gouttelettes graisseuses et ne révèle que quelques points de dégénérescence graisseuse sans systématisation.

En présence de ces résultats, nous soumettons la lésion à l'examen de M. Morel, professeur agrégé, chef des travaux d'anatomie pathologique, que nous prions de recevoir nos remerciements pour son obligeance. Notre collègue émet

(1) Les fragments de tissus ont été inclus dans la paraffine, coupés au microtome à bascule et colorés à l'hémateine suivie d'une élection à l'éosine, à l'amantia, ou bien au carmin boraté suivi d'une élection à l'acide picrique chlorhydrique.

(2) Note sur les lésions histologiques du foie dans le choléra. Hanot et Gilbert. *Arch. de phys.* 1885.

l'opinion qu'il pourrait peut-être s'agir d'une lésion analogue à celle décrite par Armanni et Ehrlich (1) dans le rein des diabétiques, c'est-à-dire d'une infiltration par le glycogène.

Sur une coupe du foie durcie dans l'alcool, il essaie la coloration des cellules par la gomme iodée. Celle-ci donne en effet aux cellules tuméfiées la teinte jaune foncé caractéristique de l'infiltration glycogénique.

Au niveau de ces zones qui sont, nous l'avons dit, nombreuses et parfois de dimensions assez étendues, on ne remarque point de pigmentation exagérée des cellules ; aussi est-il impossible d'après ce seul examen de dire s'il existe ou non une corrélation entre cette altération déjà rencontrée chez les diabétiques sans mélanodermie (2), et l'infiltration pigmentaire. Nous serions plutôt disposés à y voir le résultat de l'hyperglycémie (v. fig 1. D, et fig. 2 A).

Pancréas. — Les coupes histologiques permettent de se rendre compte que cet organe a été, lui aussi, franchement envahi par une cirrhose pigmentaire. Par places, on voit des dépôts considérables de pigment. Il est difficile de décrire une topographie systématisée pour l'infiltration qui paraît diffuse et généralisée.

Les espaces interacineux sont sillonnés par des travées scléreuses, épaissies, au niveau desquelles on constate une infiltration pigmentaire qui s'étend aux cellules glandulaires. En outre, d'autres cellules ont subi la dégénérescence graisseuse. En un mot le pancréas, dont nous avions constaté à l'autopsie la couleur ocracée, l'augmentation de consistance, offre à l'examen histologique un ensemble de lésions (épaississement, néoformation de tissus scléreux, dégénérescence, envahissement des cellules par le pigment, présence de blocs pigmentaires dans les travées) qui rappellent celle du foie et permettent de dire que le pancréas est frappé d'une cirrhose pigmentaire tout comme cet organe.

Les *reins* présentent des lésions de néphrite diffuse. En certains points l'épithélium est profondément abrasé, les limites cellulaires confondues, la lumière des tubes très augmentée, parfois encombrée par des boules hyalines ou granulo-graisseuses ; en d'autres points on aperçoit des traînées conjonctives séparant les tubes et des capsules de Bowmann épaissies.

La pigmentation de ces organes est peu accusée ; elle est localisée autour du glomérule et dans les petites artères droites. On aperçoit celles-ci encombrées de fines granulations qui n'obturent pas cependant complètement leur lumière.

La zone corticale, dans sa partie la plus superficielle, prend mal la coloration à l'hémateine ou au carmin. Les cellules

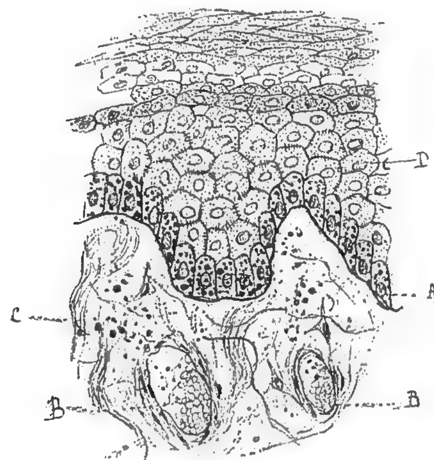


FIG. 2. — Coupe de peau. Obj. DD, oc. 8, Zeiss et chambre claire.
A. Couche génératrice infiltrée de pigment. — B. Vaisseau. — C. Granulations pigmentaires sorties du vaisseau. — D. Cellules du corps de Malpighi sans pigmentation.

paraissent tuméfiées et plus transparentes qu'à l'état normal. Il est permis de les soupçonner atteintes d'infiltration

(1) Strauss. Lésions histologiques du rein dans le diabète sucré. *Arch. de phys.* 1885.

(2) Ehrlich, cité par Strauss. *Arch. de phys.* 1885.

glycogénique comme le foie, mais nous ne pouvons en faire la preuve, car il n'est malheureusement pas possible de chercher à obtenir la réaction caractéristique, les pièces ayant été fixées par la liqueur de Müller.

Les *capsules surrénales* présentent une infiltration pigmentaire considérable. On aperçoit le dépôt de matière colorante dans la zone corticale où il forme un piqueté granuleux et parfois de gros blocs comme dans le foie. En ces points, les cellules n'existent plus. Elles sont infiltrées et remplacées en quelque sorte par des amas pigmentaires. Il y a, à ce niveau plus que de simples embolies pigmentaires; les cellules elles-mêmes sont lésées profondément.

La *rate* contient peu de pigment; on n'en voit que quelques débris sur une coupe assez étendue. Les blocs pigmentaires sont très nettement localisés au voisinage des artérioles. Nous n'insistons pas sur l'épaisseur des travées fibreuses formant le squelette de l'organe, nous l'avons dit plus haut, la rate était grosse et fibreuse.

Peau. — Nos coupes ont porté sur des points différents (face osseuse de la jambe, extrémité d'un doigt). Sur toutes nous avons remarqué les mêmes lésions à des degrés à peu près semblables.

1° *Derme.* — Dans le derme, on aperçoit de multiples parcelles de matière pigmentaire. Elles apparaissent dans les fins ramuscules artériels sous la forme de petits fragments jaunâtres non coaptés, n'interceptant pas complètement la perméabilité du vaisseau.

En certains points cependant la dilatation des branches vasculaires en amont de ces petites masses pigmentaires est considérable. Elle donne même l'illusion d'une coupe d'angiokératome. Cette dilatation paraît être l'effet de l'encombrement du réseau capillaire dont quelques portions peuvent être plus ou moins obstruées. On constate, en outre, la diffusion du pigment dans le tissu cellulaire voisin des artères; en plusieurs points, on remarque de petits blocs déposés entre les vésicules graisseuses ou dans les travées conjonctives formant la charpente du derme.

2° *Epiderme.* — A la face profonde du stratum de Malpighi, étendue seulement à la couche de cellules cylindriques reposant sur les papilles du derme, apparaît la substance pigmentaire. Elle siège exclusivement dans cette couche de cellules qui se différencient très nettement de leurs voisines. Il nous a été impossible de retrouver des grains pigmentaires dans les couches supérieures du stratum de Malpighi et naturellement dans les couches les plus superficielles (v. fig. 2 D).

Cette infiltration ressemble à celle que l'on a décrite dans la maladie d'Addison. Elle en diffère par la présence des nombreuses granulations de substance pigmentaire dans les vaisseaux qu'elles encombrent; la mélanémie se rencontre rarement en effet dans la *maladie* bronzée.

Remarques et réflexions

La pathogénie de la cirrhose pigmentaire et du diabète bronzé touche à de trop nombreuses inconnnes pour qu'il soit possible de les étudier ici avec quelque détail. Nous nous bornerons donc à présenter quelques réflexions générales sur ce sujet à propos du fait particulier que nous venons de relater.

1° *Origine du pigment.* — Deux théories sont en présence pour expliquer l'origine du pigment et sa dissémination dans l'économie. L'une, soutenue par Hanot et Chauffard, met au premier plan un trouble nutritif de la cellule hépatique; ce trouble, entraîné par trois influences combinées (lésion préalable déterminante de l'hyperglycémie, altération du sang, insuffisance circulatoire créée par l'artérite diabétique), aboutit à une hypergénèse ou plus exactement à une dysgénèse pigmentaire. Le pigment pathologique produit en excès dans le foie s'y résorbe et diffuse par voie embolique dans tout l'organisme.

L'autre théorie, présentée avec un grand talent dialectique par Letulle dans son très intéressant travail, attribue la production du pigment à une dégénérescence de l'hémoglobine du sang et des organes sous l'influence primordiale de l'hyperglycémie « surtout quand la glande hépatique, ce grand émonctoire du sang, est désorganisée par la cirrhose ». Hanot et Chauffard à qui nous devons la création du type morbide, *diabète bronzé avec cirrhose pigmentaire*, acceptent bien avec Letulle que la pigmentation pathologique provienne de l'évolution de l'hémoglobine vers le pigment noir, mais défendent encore aujourd'hui l'opinion que le « foie est le grand foyer de ce pigment pathologique et qu'il contribue par voie embolique à la pigmentation des autres organes et tissus ».

Pour nous, tout en admettant que le pigment accumulé dans le foie, en raison de la spécialisation fonctionnelle biligénique de la cellule hépatique et de la grande masse de sang qui traverse cet organe, puisse être l'origine d'embolies, nous sommes portés à penser que l'imprégnation pigmentaire du foie est surtout un phénomène secondaire, que le processus embolique n'a qu'un rôle restreint comme facteur de la mélanose générale.

La localisation du pigment à la couche profonde des cellules du corps de Malpighi si nette chez notre malade, l'abondance des granulations et amas pigmentaires dans le réseau vasculaire du derme, les recherches récentes de Gonzalès et Kiener sur la constitution chimique de ce pigment (p. ferrugineux) nous paraissent des arguments de nature à établir que les granulations pigmentaires dont l'agrégat constitue les blocs bruns ou noirs ne procèdent sans doute pas d'une dysgénèse de la cellule hépatique, mais qu'elles se forment dans les vaisseaux aux dépens de l'hémoglobine altérée ou dissoute. Nous sommes ainsi conduits à admettre la formation et le dépôt primitif de ce pigment pathologique dans tous les points de l'économie où l'hémoglobine dissoute peut se trouver extravasée (Kiener), mais principalement dans les milieux considérés comme les foyers de production, d'emmagasinement ou de transformation de l'hémoglobine (sang, foie, muscles, etc.) (1). A l'hyperglycémie, à l'altération primordiale qui tient le diabète sous sa dépendance s'ajoute ainsi une nouvelle altération physique et chimique du sang qui rend celui-ci encore plus impropre à la nutrition.

2° *Rapports de la cirrhose hépatique, de la mélanémie et de la pigmentation.* — Quand on cherche à se rendre compte de la pathogénie et de l'évolution du syndrome morbide qui nous occupe, on ne tarde pas à comprendre que le pigment une fois formé doit devenir par lui-même une cause de sérieux désordres. L'imprégnation générale des tissus et organes par le pigment entraîne des lésions anatomiques et des troubles fonctionnels généralisés. L'émonction se fait mal, d'où imminence chaque jour plus grande de l'auto-intoxication et déchéance rapide de l'état des forces.

Chez notre malade, le foie, le pancréas, le rein, la rate et même les capsules surrénales présentaient des lésions histologiques évidentes. Ces lésions, ainsi que la pigmentation, prédominaient manifestement dans le foie et le pancréas, portant sur les *cellules* et sur le *tissu conjonctif* (sclérose péri- et intra-lobulaire, péri- et intra-acineuse avec surcharge pigmentaire). Dans le foie, la cirrhose très avancée, irrégulièrement distribuée, appartenait au type bi-veineux, reproduisant par sa disposition générale la description de la cirrhose pigmentaire.

(1) « Si l'on démontrait un jour que le pigment est localisé à la couche profonde des cellules du corps muqueux de Malpighi, il semble que la théorie embolique ne pourrait exister. Peut-être serait-on amené à penser, au contraire, que le pigment déposé dans les couches profondes de la peau doit subir à ce niveau une élaboration spéciale destinée à assurer l'élimination partielle des matériaux non utilisés par le foie. » Brault et Galliard, Sur un cas de cirrhose hypertrophique pigmentaire (Mém. cité. *Arch. gén. de méd.*, 1888, p. 50).

La nature, l'âge et le degré de ces lésions comparées à celles des autres organes peuvent-ils fournir des indices de quelque valeur sur les rapports réels de la cirrhose hépatique et de la pigmentation? sur leur ordre d'apparition chronologique? La question, assez difficile à trancher dans l'état actuel de nos connaissances, ne nous paraît pas susceptible d'une solution univoque. Toutes les fois que la circulation charrie un sang toxique ou de composition adultérée, il se développe plus ou moins vite dans le foie une réaction inflammatoire périvasculaire (cirrhose alcoolique, diabétique, cardiaque, etc.), on comprend que la présence du pigment dans les vaisseaux et les cellules détermine un processus scléreux. Celui-ci peut être le premier en date. Il peut venir s'ajouter à une sclérose déjà déterminée dans cet organe soit par le diabète seul (Hanot, Sabourin, Troisier, Brault), soit par le diabète et l'alcoolisme. La coïncidence du diabète et de l'alcoolisme a été constatée assez souvent dans la cirrhose pigmentaire (Barth, Letulle (1), et obs. personnelle).

En un mot, s'il faut admettre avec Hanot et Chauffard qu'il existe au cours de certains diabètes sucrés, une cirrhose spéciale pigmentaire, nous inclinons à penser que dans ces diabètes la coexistence de la mélanémie et de l'hyperglycémie contribue pour une très grande part à la production de *cette cirrhose qui souvent pourrait être effet au lieu de cause.*

Contre cette manière d'envisager la genèse des principaux éléments du syndrome anatomo pathologique que nous étudions, une objection semble devoir s'élever aussitôt. Il ne faut pas oublier, nous dira-t-on, que la cirrhose pigmentaire a été constatée plusieurs fois au cours du diabète, sans coexistence d'une coloration bronzée de la peau; le foie, en raison de sa double spécialisation fonctionnelle (biligénie, glycogénie), semble donc bien être le siège où se forme et se dépose le pigment pathologique, par suite d'une dysgénèse pigmentaire de la cellule hépatique. Ces observations, l'argument qu'on peut en tirer ne sauraient en effet être négligés; ils nous engagent à présenter avec quelque réserve l'hypothèse en faveur de laquelle militent les faits que nous venons d'exposer. Toutefois on voudra bien reconnaître que l'absence d'examen histologique de la peau enlève la plus grande partie de leur valeur aux quelques rares observations auxquelles nous faisons allusion. Le pigment pathologique ne pouvait-il être déjà formé et circuler dans les vaisseaux du tégument, mais en quantité encore insuffisante pour changer la coloration d'une façon bien évidente? Dans le foie, on a trouvé ce pigment, peut-être parce que les raisons données plus haut expliquent son abondance et son emmagasinement dans la trame et les cellules du tissu hépatique, mais surtout parce que l'on a fait l'examen histologique de cet organe.

Dans notre observation, le *pancréas*, les *capsules surrénales* ne présentaient pas à *l'œil nu* dans leur coloration des modifications apparentes permettant de soupçonner *a priori* la richesse de l'infiltration pigmentaire que devait nous révéler le microscope. Pour les capsules surrénales, en particulier, la lésion existante n'aurait pas été soupçonnée, si nous nous étions contentés de l'examen macroscopique fait à l'amphithéâtre (V. la relation de l'autopsie, page 328).

(1) Letulle dans la discussion de l'observation de M. Barth (Soc anat. 1888), a déclaré que pour deux malades, il était certain des antécédents alcooliques. Sur 9 observations de cirrhose pigmentaire actuellement connues, nous trouverions donc 4 fois (c'est-à-dire dans la moitié des cas environ) des antécédents alcooliques. Nous n'avons pas besoin de faire ressortir l'importance spéciale que peut prendre dans ce cas au point de vue qui nous occupe l'existence de l'*alcoolo-diabétisme.*

D'un autre côté, dans le groupe des observations où la mélanodermie est signalée (6), il est facile de trouver chez les divers malades, comme une gamme de teintes depuis « la teinte grisâtre légèrement bronzée » ou « plombée uniforme, terreuse à reflets gris plutôt que bruns » jusqu'à « la coloration ardoisée à reflets bleuâtres » et à « la coloration uniforme noir brun foncé ». Or ces teintes s'accentuent avec le temps chez un même malade (V. obs. I de Rendu, Hanot et Chauffard) (1). On est donc légitimement amené à penser qu'elles correspondent aux divers degrés d'évolution d'une mélanémie progressive, et à admettre comme probable l'hypothèse que le pigment pathologique, circulant déjà dans les vaisseaux dès les premiers stades de la maladie, aurait pu être décelé, au moyen du microscope, dans la peau comme dans le foie, alors même qu'aucun changement apparent de couleur ne le révélait.

3° *Importance et degré de la cirrhose pigmentaire dans le foie et le pancréas* (Appareil glyco-formateur). — Chez notre malade, comme chez quelques autres dont l'observation a été publiée, les altérations anatomiques et le dépôt pigmentaire présentaient leur maximum d'intensité et de ressemblance dans le *foie* et le *pancréas*, c'est-à-dire dans les deux organes unis par une corrélation fonctionnelle tellement étroite au point de vue de la glycémie normale et pathologique, qu'ils sont considérés à l'heure actuelle comme deux parties coaptées de l'appareil glycoso-formateur. Cette similitude, ce degré plus avancé des lésions qui permettent de les différencier des autres cirrhoses viscérales concomitantes (rein, rate) semblent établir que le processus irritatif, scléreux et la dégénérescence cellulaire, ne sont pas là uniquement le fait de l'irritation mécanique ou de l'encombrement physique produits par le pigment considéré comme un simple corps étranger (2). Le rein, la rate, qui livrent passage à une grande quantité de sang, offrent des lésions moins avancées, moins évidentes que celles du foie et du pancréas : le pigment y est aussi beaucoup moins abondant La constatation de ces faits et leur comparaison amènent à conclure que l'hyperglycémie, ou plutôt le trouble fonctionnel survenu dans l'appareil glycoso-formateur et auquel succède l'hyperglycémie pour le diabète est un facteur étiologique très important de la cirrhose pigmentaire de Hanot-Chauffard.

4° *Altération des capsules surrénales.* — Dans la relation de l'autopsie de notre sujet, nous avons vu que les capsules surrénales, quoique ne paraissant pas sensiblement altérées à l'œil nu, offraient cependant des lésions histologiques assez importantes. Devons-nous admettre qu'il y avait, dans ce cas, coïncidence du diabète sucré chez un Addisonien? Cette hypothèse, examinée un instant pendant la vie, puis abandonnée, ne nous paraît pas devoir être reprise, ou du moins elle ne pourrait l'être que sous la forme spéciale et avec les réserves indiquées dans le paragraphe suivant. En effet, si les résultats de l'autopsie justifient l'analyse minutieuse des symptômes faite au lit du malade, si elles permettent même de réserver le rôle pathogénique de l'altération des capsules surrénales, cependant la ressemblance clinique et anatomique de notre observation avec celles de Hanot, Letulle, Brault, Barth, Gonzales, doit la faire regarder

(1) Hanot et Chauffard, Mémoire cité (1882, *Rev. de médecine*).

(2) Dans l'excellente thèse de Gonzalès, où la filiation des phénomènes entraînant la cachexie bronzée dans le diabète est présentée d'une façon très séduisante, il semble que l'auteur attribue à l'action purement mécanique du pigment pathologique, considéré comme corps étranger, un rôle peut-être trop prépondérant. Signalons aussi les lésions, décrites par l'auteur, dans le système lymphatique et l'hypothèse que l'auteur en a déduit : hypothèse intéressante qui méritera d'être vérifiée dans les observations ultérieures.

comme un *exemple de diabète bronzé avec cirrhose pigmentaire du foie et du pancréas.*

5° *Hypothèse d'une altération primordiale probable du système nerveux.* — Si les lésions anatomiques et le type clinique du diabète bronzé avec cirrhose pigmentaire sont aujourd'hui suffisamment établis, il reste à connaître la raison qui fait évoluer certains diabètes avec une grande rapidité et les fait s'accompagner de mélanodermie? Le rôle important attribué aux lésions du système nerveux, en particulier à celles du sympathique abdominal dans la pathogénie du diabète comme dans la genèse de la maladie d'Addison (1), laisse penser qu'on pourra trouver dans un trouble de l'innervation viscérale, dans une lésion matérielle des riches plexus et des filets ou des ganglions nerveux de l'abdomen du complexus que nous venons d'étudier. Peut-être aussi faudra-t-il attribuer à l'altération du pancréas un rôle de premier plan, dans ce complexus morbide.

Nous avions espéré pouvoir apporter, à côté des renseignements donnés sur l'état du bulbe, le résultat de l'examen du pneumo-gastrique et du plexus solaire. A notre grand regret nous avons dû y renoncer, laissant ainsi une lacune importante dans les investigations anatomiques que nous nous étions proposés d'entreprendre.

Dans les observations ultérieures, il sera aussi utile de porter une soigneuse attention sur le système nerveux viscéral si l'on veut serrer de plus en plus la pathogénie du diabète bronzé avec cirrhose pigmentaire, tout comme il sera indiqué de faire pendant la vie l'examen du sang et l'examen des pigments urinaires qui n'a pas été fait jusqu'à ce jour, et enfin de procéder aux investigations de chimie cliniques auxquelles on a recours pour trahir l'existence d'une lésion du pancréas (examen de l'urine après ingestion de salol; recherche de la stéarrhée).

(1) Voyez à ce sujet Traité de médecine Charcot-Bouchard, vol. Ier, *Diabète*; vol. V, 1893, *Maladie d'Addison.* Congrès de médecine interne, 1894, Lyon. Rapports de Lépine et Lancereaux. Thiroloix, Revue générale in *Gazette des hôpitaux*, décembre 1894. Lancereaux, *Le diabète*, Revue générale, *Ibid.*, février 1895.

Hôpital Trousseau. — M. Broca.

Ostéomyélite probable du fémur droit; ostéomyélite du calcanéum et de l'astragale droits. Mort par méningite suppurée, par le Dr J. Braquehaye, ancien interne des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.

Clémence N..., âgée de 13 ans, est amenée par ses parents à la consultation de chirurgie de l'hôpital Trousseau pour une tuméfaction de la cuisse gauche survenue peu à peu.

Ses antécédents peuvent faire penser à une affection tuberculeuse, car sa mère est morte en 1891, et son père en 1894, tous deux de tuberculose pulmonaire. Elle-même a été opérée deux fois pour des ganglions tuberculeux du cou en 1892 et en novembre 1894.

Il persiste encore les cicatrices des opérations antérieures et au-dessous d'elles, on sent encore quelques petits ganglions incomplètement enlevés.

Quand nous la voyons, le 30 mars 1895, elle porte à la région postéro-externe de la cuisse droite, vers la partie moyenne, une tuméfaction considérable, douloureuse, volumineuse et très nettement fluctuante. La poche est peu tendue.

Celle-ci est survenue spontanément, nous dit la malade, sans aucun traumatisme, et même sans fièvre.

La peau, à ce niveau, à sa coloration normale; aucune exagération de la circulation collatérale.

Les mouvements de la hanche et du genou se font normalement et sans douleurs. L'état général est très bon. Pas de température.

En présence de ces signes, nous avions d'abord pensé, vu les antécédents de la malade, à un abcès froid venu du fémur.

Le 2 avril, nous faisions une longue incision à la partie externe de la cuisse.

Nous arrivions ainsi facilement sur la poche, qui contenait abondamment (un demi-litre environ) de la sérosité roussâtre, un peu filante, analogue comme aspect au contenu d'un hématome un peu ancien. En aucun point, nous n'avons trouvé l'os dénudé.

Nous crûmes donc être en présence d'un hématome, dont la cause avait échappé à notre malade.

La cavité fut nettoyée à la curette. La plaie cutané fut suturée en partie. Un gros drain fut placé jusqu'à la partie supérieure et le reste de la plaie fut tamponné à la gaze iodoformée.

Les suites de l'opération furent bonnes pendant les premiers jours. La température qui était montée à 38° la veille de l'opération se maintenait entre 37,2 et 37,5 jusqu'au 5 avril au soir.

Le 5 avril, la température qui avait été de 37,4 le matin, monte brusquement à 40,2 dans la soirée.

Le lendemain, on défait le pansement, mais la plaie est en parfait état. Aussi met-on l'élévation de la température, qui oscille encore entre 38,6 et 39,6, sur le compte d'une angine, pour laquelle on prescrit un gargarisme phéniqué. Les jours suivants, la température se maintient encore entre 38 et 39.

Le 14 avril, on enlève les fils. La réunion s'est très bien faite. Le drain est laissé en place, car il coule du pus assez abondamment.

Cependant la température reste toujours très élevée (de 38,5 à 39,5).

Pansement deux fois par semaine.

Le 24 avril, l'enfant se plaint de son pied droit.

Le 25 avril, le pied droit est gonflé, rouge, œdémateux. Veinosités très marquées; fluctuation profonde.

La température monte le soir à 40,9.

Le 26 avril, après chloroformisation, incisions sur les bords interne et externe du pied. On évacue ainsi une quantité assez notable de pus franc, bien lié. On constate qu'il existe une ostéomyélite du calcaneum et de l'astragale. Ces deux os sont évidés largement à la curette. Ils sont infiltrés de pus.

La plaie n'est pas suturée, mais tamponnée à la gaze iodoformée.

Notons que la plaie de la cuisse suppure toujours abondamment.

A partir de ce jour, la température tombe régulièrement, d'un degré environ par jour. L'enfant va mieux; l'état général se relève.

Mais brusquement, dans la nuit du 28 au 29 avril, la petite malade a une crise avec convulsions, délire, agitation extrême. L'interne de garde prescrit une potion au chloral.

Le 29 avril au matin, la malade est dans le coma.

Elle meurt à 11 heures du matin.

A l'autopsie, rien de particulier à noter du côté des plaies de la cuisse ou du pied.

Rien de spécial dans les cavités abdominale et thoracique. Les reins sont sains.

Mais à l'ouverture du crâne, on constate qu'il existe de la méningite surtout marquée vers la voûte. Toutes les circonvolutions sont agglutinées entre elles par des adhérences légères, limitant dans leurs sillons des petits espaces clos, contenant de la sérosité louche, presque du pus. Ces lésions sont moins accentuées vers la base. Pas d'hydrocéphalie, aucune trace de tubercules.

Il n'y a rien à noter du côté des sinus.

Il s'agit donc d'une méningite suppurée consécutive à la poussée d'ostéomyélite du calcanéum et de l'astragale.

L'examen bactériologique du pus de l'abcès du pied a été fait par M. Achard. Les cultures ont été stériles. Mais le pus n'a pu être examiné qu'après plus de 48 heures. Ce fait, joint à la complication du côté des méninges, qui a enlevé la petite malade, permet de supposer que la cause de l'infection était le pneumocoque.

De toutes façons, les cas de méningite suppurée, consécutifs à l'ostéomyélite sont tout à fait exceptionnels. C'est là ce qui nous a engagé à publier cette observation.

Dernièrement, M. Kirmisson (1), à la Société de chirurgie communiquait un cas comparable. Il s'agissait d'une péritonite à pneumocoques chez un enfant ayant eu antérieurement une suppuration osseuse du pied droit.

Ce sont là des complications peu connues de l'ostéomyélite, qui viennent encore assombrir le pronostic de cette affection.

REVUE DES JOURNAUX

REVUE DES TRAVAUX BELGES

Influence du sulfate de strychnine sur le rhythme du cœur. — En 1871, Mayer conclut de ses expériences sur le chien que la strychnine ralentit le cœur en excitant le centre modérateur situé dans la moelle allongée. Beaucoup d'auteurs partagèrent son opinion.

En 1882, Lœwit trouva que la strychnine abolissait, chez la grenouille, l'influence du pneumogastrique sur le cœur sans altérer d'une façon appréciable l'activité de ce dernier organe.

Ces contradictions engagèrent *M. Lahousse* à reprendre la question en se servant de grenouilles et de chiens.

Deux ou trois gouttes d'une solution de sulfate de strychnine au 1000e appliquées sur le cœur mis à nu d'une grenouille déterminèrent le ralentissement sans accélération préalable. Ce ralentissement a lieu exclusivement pendant la période diastolique, le temps de la systole ne variant pas; il subsiste et même s'accroît si on a soin de renouveler de temps à autre les applications. Le ralentissement ne peut être attribué à l'excitation de l'appareil modérateur du cœur, l'empoisonnement subséquent ou préalable par l'atropine n'ayant aucun effet sur lui. Le myocarde paraît avoir conservé son irritabilité normale, l'auteur croit donc pouvoir admettre avec certitude que le ralentissement du rhythme du cœur résulte de la paralysie des centres moteurs intra-cardiaques.

Les nerfs pneumogastriques ne perdent leur excitabilité vis-à-vis des courants induits qu'après l'application de *fortes doses* de strychnine. Il s'en faut cependant de beaucoup que leur paralysie ne fasse cesser ou même diminuer le ralentissement du cœur, celui-ci ne dépend donc pas exclusivement de l'excitation préalable de ces nerfs.

De hautes doses de sulfate de strychnine ne paralysent pas l'appareil modérateur intra-cardiaque, car la muscarine et la tétanisation directe du sinus veineux peuvent toujours arrêter le cœur.

Contrairement aux assertions de Lœwit l'auteur n'a jamais constaté que le cœur arrêté par la muscarine peut se réveiller sous l'influence de hautes doses de strychnine, il admet en conséquence que la strychnine empoisonne, comme le curare, les fibres terminales du pneumogastrique et non comme l'atropine l'appareil modérateur intra-cardiaque. Chez le chien de faibles doses de sulfate de strychnine injectées par la veine jugulaire externe déterminèrent tantôt une accélération, tantôt un ralentissement, quelquefois rien; une injection d'une dose forte détermina toujours un ralentissement. Lahousse croit que ce ralentissement, de même que chez la grenouille, est dû à la paralysie des centres moteurs intra-cardiaques et non à l'excitation du centre modérateur médullaire. En effet :

1° Le ralentissement persiste alors même que les pneumogastriques ont perdu complètement leur excitabilité.

2° Le ralentissement persiste lorsqu'on empoisonne les centres modérateurs par l'atropine.

3° Le ralentissement ne peut être attribué à la grande élévation de la pression sanguine puisqu'il persiste lorsque le centre vaso-constricteur étant paralysé la pression est devenue normale ou même inférieure à ce qu'elle était normalement (L'auteur expérimente sur des chiens auxquels il a sectionné la moelle épinière au niveau de la 4e vertèbre cervicale).

Conclusions : Le sulfate de strychnine agit sur le cœur du chien comme sur celui de la grenouille; il paralyse d'emblée, même à faible dose, les centres moteurs intra-cardiaques, il paralyse en outre, mais à hautes doses seulement, les fibres téraunales des nerfs vagues, *sans probablement les exciter* au préalable (*Bull. de l'Académie de Belgique*, 1895, n° 4).

Modification apportée au masseur du tympan. — *M. Delstanche.* — Le masseur est destiné à agir sur le tympan et les osselets de l'ouïe en condensant et en raréfiant alternativement l'air confiné dans le conduit auditif. Le maximum de condensation et de raréfaction que l'on peut provoquer de la sorte est nécessairement proportionné à la capacité du corps de pompe du masseur.

M. Delstanche a imaginé un petit appareil qui supplée à cette insuffisance; actionné par le masseur lui-même, il permet de condenser ou de raréfier progressivement au gré de l'opérateur l'air confiné dans le conduit. C'est un tube à trois branches affectant la forme d'un Y, la base de l'Y est mise en communication avec l'embout olivaire du masseur; chacune des deux autres branches renferme une soupape métallique dont l'une se soulève de dehors en dedans, l'autre de dedans en dehors. Selon la branche que l'on met en rapport avec le spéculum pneumatique adapté à l'oreille, le masseur agit à la façon d'une pompe foulante ou aspirante. De plus, l'apport successif d'une nouvelle quantité d'air à chaque coup de piston détermine une série de petits chocs sur la surface de cette membrane qui, se transmettant à toute la chaîne des osselets, paraissent exercer une influence des plus salutaires sur l'appareil transmetteur des ondes sonores.

L'auteur croit, en outre, que son appareil, par suite des chocs successifs produits par le refoulement rapide de l'air, peut remplacer le stylet à tampon dont l'emploi est si chaudement préconisé par Lucal. Il a l'avantage de supprimer totalement la douleur (*6e réunion des otolaryngologistes belges*).

Le centre cortical de la phonation. — *M. Broeckaert*, assistant à l'Université de Gand, a institué dans le laboratoire de physiologie de l'Université de Gand, un certain nombre d'expériences sur des chiens narcosés. Les conclusions de son travail sont les suivantes :

1° L'excitation unilatérale des centres de Krause, à l'aide de courants induits très faibles, détermine l'adduction des deux cordes vocales.

2° L'extirpation bilatérale des centres de Krause entraîne l'abolition de l'aboiement, mais l'adduction réflexe des cordes est conservée, comme on peut s'en convaincre par l'examen laryngoscopique; aussi l'animal continue-t-il à crier, à vagir, bref à exécuter tous les actes phoniques réflexes dont le chien nouveau-né est capable.

3° Les nerfs laryngés restent intacts après l'extirpation des centres de Krause; ce qui prouve que toutes les fibres qui interviennent dans l'adduction des cordes vocales proviennent du centre médullaire et non directement du centre cortical. L'examen histologique des muscles laryngés a démontré également leur intégrité parfaite.

4° L'abolition de l'aboiement persiste pendant quelques semaines; puis, insensiblement, l'animal réapprend à aboyer de la même façon qu'il l'a appris la première fois.

5° Le centre se refait, très probablement dans les parties voisines, par un nouvel apprentissage. Le nouveau centre s'associe, grâce à la loi de la contiguïté dans le temps, aux autres centres qui interviennent dans l'acte complexe de l'aboiement et dès lors l'aboiement volontaire redevient possible (*6e réunion des otolaryngologistes belges*).

Sur l'intervention radicale dans les cas de lupus. — *M. Goris* (Bruxelles) pense que le traitement habituel du lupus consistant en râclage suivi de cautérisation (thermocautère, chlorure de zinc) est dans la grande majorité des cas insuffisant et expose à la récidive rapide.

Le Dr Goris préfère, lorsqu'il y a moyen, de procéder à l'extirpation large et profonde de la néoplasie tuberculeuse. Si la plaie opératoire est trop étendue, il la recouvre de greffes de Thiersch.

L'auteur présente quatre opérés; chez l'un d'eux, après avoir enlevé le lupus, il a pratiqué la rhinoplastie; l'opération date d'il y a deux ans, et on ne constate aucune récidive (*ibidem.*)

(1) Kirmisson, *Soc. chirurg.*, 8 mai 1895. Voy. *Mercredi*, p. 230.

Traitement de l'ozène. — *M. Cheval.* — Depuis les derniers travaux de Lœvenberg la nature microbienne de l'ozène semble pouvoir être admise; d'autre part, le pouvoir microbicide du courant et de l'oxychlorure de cuivre a été démontré par Apostoli et Laguerrière, pour le courant, et par Gautier pour l'oxychlorure de cuive.

L'auteur, tenant compte de ces faits, a imaginé le traitement qu'il préconise et dont il a retiré les meilleurs effets. L'électrolyse interstitielle exige :

1° Une source d'énergie électrique constante;

2° Un milliampérimètre exactement taré;

3° Un rhéostat;

4° Des aiguilles qu'on isole au moyen d'un petit bout de drain en caoutchouc.

La technique opératoire est celle-ci : une aiguille en cuivre ou en argent est enfoncée dans la muqueuse du cornet moyen ou à travers la substance même du cornet ou bien encore à sa surface concave, c'est généralement le seul ou le plus atteint, une aiguille en acier dans la muqueuse du cornet inférieur du même côté, placé autant que possible entre la muqueuse et l'os, elle traverse le cornet dans toute sa longueur.

Dans certains cas où il y avait en même temps déviation de la cloison, l'auteur y enfonçait alors l'aiguille négative. C'est la méthode bipolaire; de la méthode monopolaire l'aiguille positive en cuivre ou en argent est enfoncée dans le cornet moyen, l'électrode négative indifférente, constituée par une large plaque, est placée sur le bras, le sternum, le cou.

L'intensité généralement employée est de 18 à 30 milliampères et la durée des séances de 700 à 1,500". Les séances sont espacées de 8 à 15 jours, mais il n'y a aucun inconvénient à faire l'électrolyse des deux narines dans une même séance successivement. Les narines à opérer sont bien cocaïnées et bien antiseptisées, les aiguilles sont rendues aseptiques par la chaleur; leur placement est généralement indolore de même que le passage du courant électrolitique. Par la rhinoscopie, on trouve toute la muqueuse du cornet et du méat moyen recouverte d'un enduit bleu verdâtre ou légèrement blanchâtre de l'électrolyse argentique et l'escharre du cornet inférieur ne s'étend qu'à la muqueuse. Au bout de 12 à 15 jours, la réparation est complète. Après guérison, dans les cas récents, la muqueuse a repris tous ses caractères; il est incontestable que loin d'atrophier l'électrolyse interstitielle amène plutôt la régénération de la muqueuse atrophiée.

Après les séances, l'aiguille d'acier est retirée brillante, l'aiguille de cuivre est retirée couverte d'oxychlorure de cuivre (*ibidem*).

Anatomie du rein infectieux. — *M. Vandervelde* a étudié l'action des poisons sur les cellules épithéliales des canalicules contournés. Ces cellules et celles des branches ascendantes de Henle sont les premières en rapport avec les substances que renferme le liquide sanguin. Si à la sécrétion urinaire normale viennent s'ajouter des substances toxiques, que ce soient des poisons minéraux, microbiens ou élaborés par l'économie même, ces mêmes cellules sont exposées les premières à leur action nocive.

L'auteur a choisi comme type de maladie infectieuse le choléra asiatique et ses recherches lui ont donné les résultats suivants :

Le processus morbide frappe d'une manière très spéciale les cellules striées des canalicules contournés, les lésions interticielles étant plus tardives. Chez un individu mort après 34 heures les cellules épithéliales sont fortement gonflées, la striation normale de Heidenhain a disparu ; tout le protoplasme est envahi par des granulations, le noyau était en apparence intact. C'est le type classique de la tuméfaction trouble. En d'autres points le territorium cellulaire est occupé par une masse homogène, cassante, se colorant mal par l'hématoxyline de Bœhmer, les noyaux sont un peu pâles et moins bien limités. Ailleurs encore les limites des cellules ont disparu; il ne reste dans la lumière des tubes qu'une substance uniforme avec çà et là quelques fragments nucléaires. C'est la névrose de coagulation. Le noyau disparait petit à petit. Avant la névrose de coagulation le réactif de Flemming permet de déceler la présence de granulations graisseuses.

En résumé, il y a à distinguer 3 stades à la lésion épithéliale : tuméfaction, trouble, stéarose et névrose de coagulation.

Ces mêmes lésions se retrouvent mais à un degré moins prononcé dans les branches ascendantes de Henle, les cellules plates tapissant les branches descendantes sont normales. Certains tubes collecteurs sont frappés, beaucoup sont intacts.

La circulation dans les reins des cholériques n'est qu'incomplètement interrompue, on n'a jamais retrouvé le bacille de Koch dans le rein et l'infection de cultures stérilisées de bacilles a produit les mêmes lésions;

Donc : *a.* Les lésions rénales du choléra sont indépendantes de la présence du bacille dans le tissu de la glande.

b. Ces lésions sont favorisées par les troubles de la circulation artérielle.

c. Elles sont dues à la pénétration dans le rein de produits de l'activité du bacille de Koch.

d. Le siège principal de ces lésions est l'épithélium des canalicules contournés.

Ces mêmes altérations ont été retrouvées par Caussade et Frankel dans la pneumonie, par Furbringer dans l'influenza.

Dans un cas de tuberculose miliaire aiguë à évolution extrêmement rapide l'auteur a pu constater que la lésion n'était pas aussi limitée, mais cependant son intensité était plus grande dans les canalicules contournés, aussi n'hésite-t-il pas à y localiser le point de départ des accidents.

Les reins des cobayes atteints de diphthérie expérimentale ont présenté les mêmes lésions que dans le choléra.

Dans les empoisonnements minéraux tels que le phosphore, l'acide chromique, l'oxyde de zinc, le bichlorure de mercure et le plomb, l'auteur a toujours pu retrouver les 3 stades : tuméfaction trouble, stéarose, névrose. (*Annales de la société royale des sciences médicales et naturelles de Bruxelles*).

Dr V. (Bruxelles).

NEUROPATHOLOGIE

Hématome syphilitique de la dure-mère. (Ein Fall von Haematome durae matris auf luetisches Basies), par Hahn. (*Deutsche médicinische Wochenschrift*, 7 février 1895, n° 6, p. 91). — Un employé, âgé de 36 ans, a eu un chancre induré il y a 12 ans et a été traité autrefois par les injections mercurielles, ce qui n'empêcha pas l'apparition d'une roséole et de condylomes à l'anus, Il avait pris aussi de l'iodure de potassium. En 1891 et 1892 le patient a eu à plusieurs reprises des vertiges qui l'empêchaient de marcher et des céphalalgies violentes. Peu à peu son caractère se modifia, il parlait très peu, était taciturne. Par suite de ces troubles cérébraux il dut quitter un jour son travail, et en rentrant chez lui il eut un ictus. Le lendemain, le médecin constata un ptosis gauche, une certaine raideur des muscles de la face, la langue déviée à gauche, les pupilles rétrécies et immobiles; les réflexes patellaires exagérés, la marche incertaine, pas de signe de Romberg. Trois jours après, parésie faciale droite, diminution de la force musculaire du même côté, diminution de la sensibilité du côté droit, la parole lente, embarrassée.

On prescrit des frictions mercurielles et de l'iodure de potassium, l'état général s'aggrava et le malade succomba avec des troubles respiratoires et de la tachycardie. A l'autopsie on trouva une leptoméningite syphilitique du côté de la convexité gauche et constituant des bandes scléreuses le long des vaisseaux. L'hémisphère gauche était couvert d'une couche de sang coagulé. La face interne de la dure-mère présentait des pseudo-membranes et dss hémorrhagies (pachyméningite interne hémorrhagique). La dure-mère de l'hémisphère droit n'est pas altérée. L'oculo moteur commun semble être très comprimé et présente sur son trajet des hémorrhagies anciennes. Le 3e et le 4e ventricules sont très dilatés. Atherome des artères du cerveau. La pachyméningite hémorrhagique, comme accident d'origine syphilitique, est très rare. Elle a été plus souvent rencontrée chez des alcooliques, des vieillards ou des individus atteints d'aliénation mentale.

BIBLIOGRAPHIE

La mort et la mort subite, par P. Brouardel, doyen de la Faculté de médecine. Paris, J.-B. Baillière, 1895.

Il n'est pas de semaine où quelque journaliste crédule, qu'il ait ou non la prétention d'écrire des chroniques médicales, n'apitoye ses lecteurs sur le sort lamentable d'un malade enterré vivant et se débattant à dix pieds sous terre contre les affres de l'agonie. Ils feraient bien tous de lire le chapitre que M. Brouardel intitule: *Incertitude des signes de la mort*. Ils y apprendraient combien rares sont les observations authentiques d'inhumations prématurées; ils apprendraient que le seul remède à un mal sinon imaginaire du moins infiniment rare est la création d'obitoire et la visite médicale avant l'inhumation. On ne nous fera pas admettre qu'un médecin intelligent ait pu autoriser l'inhumation de l'abbé Donnet qui a trouvé plus tard, lorsqu'il est devenu cardinal, de superbes phrases pour réclamer une loi nouvelle contre les inhumations précipitées. Nous avons peine à considérer comme scientifique l'observation de M. Roger; mais nous tenons à faire ressortir la sage impartialité avec laquelle a été jugée cette question et si nous avons cru devoir citer tout d abord les leçons consacrées à l'étude des signes de la mort, ce n'est pas parce qu'elles se trouvent en tête de ce livre; c'est surtout en raison du grand intérêt tout à la fois scientifique et social qu'inspire leur lecture.

Après une étude très approfondie des signes de la mort et des applications médico-légales qui s'y rapportent, vient l'étude de la mort subite. Une série d'observations et d'expertises médico-légales servent de pièces justificatives aux considérations développées dans son cours par M. Brouardel.

La mort subite peut survenir par lésion de l'appareil circulatoire, de l'appareil cérébro-spinal, de l'appareil respiratoire, de l'appareil digestif. On peut l'observer dans les névroses, à la suite d'efforts, dans les cas de lésions des organes génitaux de la femme, dans le diabète, dans l'alcoolisme, etc. La mort subite chez les enfants ressortit à des causes parfois différentes de celle que l'on observe chez l'adulte. La mort subite dans les empoisonnements et dans les névroses doit être distinguée de celle qui est due à une lésion organique du cœur ou des gros vaisseaux.

Enumérer ces têtes de chapitres, c'est dire l'intérêt qu'ils présentent; c'est donc justifier l'utilité du livre qui réunit en peu de pages, écrites avec une lucidité parfaite, toute une série de questions dont aucun médecin ne doit négliger l'étude.

Dans la préface qu'il a écrite en tête de ce livre, M. Brouardel dit excellemment que les œuvres de ce genre reflètent l'état de la science au moment où ils ont été rédigés et qu'ils pourront être complétés plus tard si les conclusions qu'ils indiquent ne sont plus en rapport avec les progrès de la médecine légale. Ce qu'il n'a pu ajouter, mais ce qu'il est permis de faire ressortir, c'est qu'une série de faits bien observés, bien commentés, bien présentés, contribue toujours au progrès scientifique et permet, en fixant l'état actuel de la médecine, de provoquer sur certains points de nouvelles recherches. C'est dire avec quelle gratitude le monde médical accueillera la publication de ce nouvel ouvrage qui montre si bien ce que peut réaliser en France l'enseignement de la médecine légale lorsqu'il est confié à un maître dont l'infatigable activité égale le savoir.

L. L.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses des Facultés.

Contribution a l'étude des formes frustes de l'angine diphthérique, par Albert Fossaty.

L'examen bactériologique permet d'expliquer aujourd'hui ce fait signalé par les anciens épidémiologues, à savoir l'existence d'épidémies d'angines simples accompagnant les épidémies d'angines couenneuses. L'infection de la gorge par le bacille de Klebs Lœffler peut, en effet, ne pas s'accompagner de fausses membranes. C'est à cette variété d'angines que nous donnons le nom d'angines diphthériques frustes. Ces formes frustes sont surtout fréquentes parmi les personnes de l'entourage des malades atteints de diphthérie pseudo-membraneuse. Cliniquement on peut les classer avec Koplik en deux groupes : *a.* Angines très légères, ne déterminant pas de phénomènes généraux, guérissant sans traitement dans les quarante-huit heures et rappelant l'amygdalite cryptique; *b.* Angines plus intenses avec phénomènes généraux accentués rappelant l'esquinancie.

Dans la gorge des individus atteints de ces angines, le bacille de Klebs Lœffler peut persister à l'état virulent pendant plusieurs semaines en créant un danger de transmission d'autant plus grand qu'il est ignoré.

De la connaissance de ces faits, on en déduit au point de vue prophylactique : *a.* La nécessité absolue de rechercher par l'examen bactériologique la nature des angines qui frappent les personnes avoisinant des diphthériques ; *b.* L'examen étant positif, ces malades devront être traités comme de véritables diphthériques. Irrigations antiseptiques de la gorge. Isolement d'au moins un mois, et désinfection à la fin de cet isolement.

Du curettage dans les accidents des suites de couches, par René Marmasse.

Le curettage est une opération simple, bien réglée, praticable dans tous les milieux. Il est de rigueur dans la septicémie puerpérale d'origine utérine, quand après un essai de traitement par les lavages intra-utérins on n'aura constaté aucune rétrocession sérieuse des phénomènes généraux ou locaux. Il est autorisé, surtout à la campagne, dans les formes atténuées où, bien que la température soit peu élevée, on constatera la douleur utérine et la fétidité des lochies. Le temps pendant lequel l'essai des injections utérines doit être tenté, peut être fixé en moyenne à une durée de deux jours. Les hémorrhagies des suites de couches peuvent être justiciables du curettage : celui-ci sera précoce dans les formes fébriles qu'il y ait ou non rétention placentaire. Le curettage n'est pas indiqué dans les cas de rétention de membranes sans infection concomitante. L'existence de la tuberculose généralisée ou localisée ne contre-indique pas le curettage puerpéral, mais assombrit son pronostic. L'existence de lésions péri-utérines de nature septique ne contre-indique pas le curettage. Mais il devient inutile dans les formes généralisées de la septicémie puerpérale. Les divers modes de traitement opposés à la septicémie puerpérale ne sont pas comparables avec le curettage : chacun d'eux garde ses indications.

VARIÉTÉS

Le docteur Roux à l'Hôtel de Ville. — A la fin de l'année dernière, le Conseil municipal décida qu'une médaille d'or serait décernée au nom de la ville de Paris à M. le docteur Roux, pour « rendre un solennel hommage à ses beaux travaux scientifiques si utiles à l'humanité ». Le Conseil général s'associa, quelques jours plus tard, à cette proposition.

Deux médailles furent frappées. Elles reproduisent l'effigie de la République gravée par Chaplain et portent au revers l'une : « Au docteur Emile Roux, le département de la Seine », l'autre : « Au docteur Emile Roux, la ville de Paris ».

Ces médailles ont été remises le 5 juillet en séance solennelle à M. le docteur Roux. Celui-ci est arrivé à l'Hôtel de Ville à deux heures. Il a été aussitôt introduit dans la salle des séances, où il a été reçu par les membres des bureaux des deux Conseils, le préfet de la Seine, le préfet de police.

M. Pierre Baudin, vice-président du Conseil municipal, remplaçant M. Rousselle indisposé, a donné lecture du discours qu'avait préparé ce dernier :

« La ville de Paris, disait M. Rousselle, a voulu unir dans une même manifestation de reconnaissance le savant illustre dont les doctrines, aujourd'hui admirées de tous, jettent sur la France un éclat incomparable et le collaborateur éminent qui a su faire de ces doctrines générales l'application la plus brillante.

» Nous regrettons profondément que l'état de santé de M. Pasteur ne lui permette pas d'être ici, à la place d'honneur, pour recevoir l'hommage de notre admiration et de notre gratitude. Nous prions les membres de sa famille, ses élèves et ses disciples, qui ont bien voulu répondre à notre appel, de se faire les interprètes de nos sentiments auprès du maître vénéré.

» Il ne saurait m'appartenir, monsieur, d'apprécier votre œuvre scientifique, mais les résultats du traitement que vous avez institué contre la terrible maladie qui frappait nos enfants appartient à l'appréciation de tous.

» Si d'ailleurs, cet immense service a popularisé votre nom, il n'est pas nécessaire d'être homme de science pour connaître et pour admirer la longue série de travaux qui l'avait précédé.

» C'est avec une joie légitime que nous pouvons nous souvenir que vos premiers travaux de laboratoire ont été exécutés dans un de nos établissements d'assistance publique, à l'Hôtel-Dieu, dans le laboratoire de Béhier, le premier qui ait été ouvert dans les hôpitaux. »

M. Rousselle retrace la carrière du docteur Roux. En 1887, il entre au laboratoire de la rue d'Ulm, sous la direction de M. Pasteur. Il signe avec son maître des communications à l'Académie. La rage fournit le sujet de sa thèse pour le doctorat. Il montre ensuite l'atténuation des virus par les antiseptiques. Enfin, il fait connaître le principe de la vaccination des maladies infectieuses par les sécrétions des microbes.

« Sous l'influence des doctrines de M. Pasteur, les savants de tous les pays recherchent dans la sérumthérapie le remède préventif et curatif contre les maladies microbiennes et de toutes parts les découvertes se multiplient, partant d'un même principe, aboutissant à des résultats identiques et, malgré la variété des pays d'origine, montrant l'unité éclatante de la science.

» Grâce à la pléiade de savants qui ont marché dans la voie ouverte par M. Pasteur, grâce à vous en particulier, monsieur, on peut dire que la diphthérie est vaincue et qu'avant peu ses victimes seront devenues aussi rares que les victimes de la variole.

» Vous avez droit au plus précieux des remerciements, à celui des mères que vous avez rassurées et dont vous avez calmé les angoisses.

» La mortalité chez les diphthériques, qui s'élevait à 50 0/0 avant l'application de la sérumthérapie, est descendue aujourd'hui à moins de 12 0/0, et vous nous avez permis d'espérer que cette mortalité pouvait s'abaisser encore dans des proportions considérables.

» Rien ne saurait valoir l'éloquence de ces chiffres, qui disent mieux que les phrases les services rendus à l'humanité par le glorieux établissement placé sous la direction de M. Pasteur. Ils nous permettent d'affirmer, avec une légitime fierté, que dans l'univers entier il n'est pas un centre scientifique dont l'influence sur la marche du progrès soit aussi grande et dont l'activité soit aussi féconde en résultats pratiques. »

M. Rousselle termine ainsi :

« L'influence de l'institut Pasteur sur le monde savant est telle que les hommes de science étrangers qui veulent travailler dans ses laboratoires sont obligés de retenir leur place trois ou quatre ans à l'avance, rendant ainsi à notre compatriote et à la science française le plus précieux des hommages.

» Peut-être ne sera-t-il pas inutile d'observer ici que ce peuple de France, dont on a si souvent dit dédaigneusement qu'il était incapable de fonder une grande œuvre privée et qu'il avait toujours et en tout besoin de la tutelle gouvernementale, donne par votre voix, messieurs, un éclatant démenti à cette calomnie.

» L'institut Pasteur est une œuvre privée, fondée par souscription publique; l'Etat et la ville de Paris n'ont apporté à son édification qu'une quote-part relativement faible et sont restés absolument étrangers à son organisation, à sa direction, à son fonctionnement. Je ne sache pas qu'il y ait lieu de le regretter. »

M. Lucipia, président du Conseil général, prend ensuite la parole. A son tour, il fait l'éloge du docteur Roux, dont il rappelle les découvertes.

Il remet au docteur Roux la médaille que le Conseil général de la Seine a décidé de faire frapper en son honneur.

» Votre sort, lui dit-il, est le plus enviable qu'il soit donné à un homme d'avoir. L'opinion publique s'est manifestée chaleureusement à votre égard sans restriction ; les pouvoirs publics vous ont accordé les distinctions honorifiques qu'ils ont à leur disposition ; l'assemblée communale de Paris et l'assemblée départementale de la Seine se sont unies pour vous féliciter et vous remercier au nom des électeurs ; vous avez la satisfaction intime du devoir accompli ; vous avez plus encore, vous avez ce que rien ne peut surpasser, ce qui est réservé aux bienfaiteurs de l'humanité, la reconnaissance des mères dont vous avez sauvé les enfants. »

M. Vallery-Radot donne lecture d'une lettre de M. Pasteur s'excusant de ne pouvoir assister à la séance et remerciant les deux conseils de ce qu'ils ont fait pour l'institut.

Enfin, M. le docteur Roux remercie de l'honneur qui lui est fait et qui le rendrait confus s'il ne s'adressait « en même à ses collaborateurs ».

« J'ai travaillé, dit-il, sous la direction de M. Pasteur et je n'ai fait que développer ce que d'autres avait vu avant moi. Mais vous avez voulu marquer que la bonne volonté suffit lorsqu'elle s'exerce dans une voie utile.

» Vous avez contribué avec le public tout entier au développement de nos services, nous répondrons par notre travail à votre confiance et à la sympathie que vous nous témoignez en toutes circonstances. Elles sont de précieux gages de prospérité pour notre maison. »

Après l'allocution de M. le docteur Roux, qui a été vivement applaudie, MM. Lucipia et Pierre Baudin remettent à ce dernier les médailles qui lui ont été décernées.

Un lunch a été servi aux invités après la cérémonie.

On a beaucoup remarqué l'absence, à cette cérémonie, de tout représentant de l'Assistance publique. Et l'on a reconnu, le lendemain, que le Conseil avait tout simplement oublié d'inviter M. Peyron et ses principaux fonctionnaires.

Corps de santé militaire. — M. le Dr Emery Desbrousses, médecin en chef du corps expéditionnaire de Madagascar est promu médecin-inspecteur.

— M. le Dr Fée, médecin-inspecteur à Nantes, est promu commandeur de la Légion d'honneur.

Sont promus officiers : MM. les Drs Sorel et Corties, médecins principaux; Comte, Dornier, Gaubert, Forgemol, médecins-majors;

Sont nommés chevaliers : MM. les Drs Cassebad, Richard, Bercher, Ravenez, Massonnaud, Polin, Delatour, Troché, Gély-Guinard, Dubrulle, Pitot, Lejeune, Conillault, Manfredi, Coquand, Péradon, Hermoutier, Mathelin, Gauthier, Chaudèje, Duprat, Billot, médecins-majors.

MM. les Drs Bourgeois, Kuhff et Thomas, médecins de l'armée territoriale.

MM. les Drs Massina et Vignes, médecins de la gendarmerie.

Refus de paiement d'honoraires. — *Secret professionnel.* — Le Dr C..., ayant eu à soigner une jeune femme qui lui était recommandée par M. D... et n'ayant pu obtenir de celui-ci les honoraires qui lui étaient dus, s'adressa à madame D... pour les réclamer. La 7e chambre vient de décider que de notre confrère avait droit à des honoraires. Elle a donc condamné M. D... à payer 300 francs au Dr C... Mais sur la plainte de M. D... elle a condamné le Dr C... à lui payer à son tour 300 francs pour violation du secret professionnel et manquement grave à ses devoirs de médecin. Les dépens ont été partagés par moitié.

Le sanatorium d'Hendaye pour les enfants scrofuleux et rachitiques. — L'hôpital maritime de Berck, créé un 1860 pour 600 enfants, est devenu insuffisant. On projeta, dès 1887, d'y créer 360 lits nouveaux. Mais avant de donner suite à ce projet, l'administration crut bon d'expérimenter un certain nombre de stations maritimes et thermales où furent envoyés de petits groupes d'enfants.

Les résultats obtenus furent de tout point satisfaisants. Par suite, la création d'un nouveau sanatorium fut décidée et l'Assistance publique proposa d'acquérir dans ce but un terrain situé à Urrugne (Basses-Pyrénées).

Une délégation, composée de MM. Dubois, Navarre, conseillers municipaux, et Derouin, secrétaire général de l'Assistance publique, s'est rendue récemment à Hendaye pour visiter l'emplacement proposé et M. Navarre vient de déposer un rapport favorable à l'acquisition.

Le Conseil municipal en délibérera au cours d'une de ses prochaines séances.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS
LE MERCREDI MÉDICAL
JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

Réquisitions médico-légales. — Enregistrement des diplômes.

Le 25 mai dernier (p. 241) nous avons exposé les circonstances dans lesquelles l'*Association générale* s'était vue obligée de prendre en mains la cause de trois de nos confrères. Il s'agissait d'un pourvoi formé par M. le Procureur général près la Cour de Bourges contre un arrêt qui déclarait insuffisante, et par conséquent non impérative, une réquisition médico-légale transmise par un domestique, sans que le requérant insistât personnellement pour renouveler sa réquisition et vaincre ainsi un premier refus. A ce propos nous avons montré que, si la loi du 23 novembre 1892 impose aux médecins l'obligation de déférer aux réquisitions de la justice, encore faut-il que celles-ci sont faites dans des termes convenables et suffisamment impératifs pour que le médecin à qui elles sont adressées ne puisse se méprendre sur leur caractère juridique.

L'arrêt de la Cour de Bourges que nous avons reproduit était, sur ce point, des plus explicites.

Ainsi que l'a démontré Me Morillot, dans ses conclusions, le pourvoi du Procureur général reconnaissait formellement que les juges du fond avaient souverainement apprécié les circonstances de fait dans lesquelles les médecins de la Charité avaient été non point *requis* mais *interpellés* par le commissaire de police.

La Cour de Cassation n'avait donc pas à se préoccuper de ce grief, que le Procureur général avait dû abandonner lui même. Il reste donc désormais acquis que les réquisitions médico-légales doivent être faites dans les conditions que nous avons précisées. Il n'en est pas moins vrai cependant que les injonctions très explicites de la loi de 1892 restent formelles. Tout médecin est tenu de répondre aux réquisitions de l'autorité judiciaire. Il importe seulement que celles-ci soient suffisamment claires pour devenir impératives.

Mais, ainsi que nous l'avons exposé, le Procureur de la République de Cosne avait profité de la circonstance pour faire condamner les médecins de la Charité, plus d'une année après le moment où la loi de 1892 est devenue exécutoire, aux peines qu'elle édicte contre ceux qui n'ont pas fait enregistrer leur diplôme.

C'est cette seule inculpation qu'a eue à juger la Cour de Cassation et, comme nous l'avons annoncé, malgré les conclusions contraires que M. l'avocat général Sarrut avait très énergiquement développées, elle a, sous la présidence de M. Lœw, et après avoir entendu une éloquente plaidorie de Me Morillot, adopté les conclusions déposées à l'appui de sa dépense par notre éminent avocat.

Attendu, avait-il dit, que l'article 9 de la loi du 30 novembre 1892 dispose que les docteurs en médecine sont tenus *dans le mois qui suit leur établissement* de faire enregistrer leur titre...

Qu'il est constant que M. le Dr ... était établi comme médecin à la Charité bien avant la promulgation de cette loi;

Qu'en présence de ce texte parfaitement clair imposant l'accomplissement d'une formalité toute matérielle, il est impossible de rien ajouter à une prescription qui ne vise que les médecins venant à s'établir postérieurement à la promulgation de la loi;

Que l'arrêt (de la Cour de Bourges) a dès lors très justement déclaré que pour atteindre les médecins établis *antérieurement*, il faudrait ajouter quelque chose au dispositif de la loi du 30 novembre 1892 « *ce qu'il n'appartient pas aux tribunaux de faire, puisque, agissant ainsi, ils n'interpréteraient pas la loi mais la modifieraient* »;

Attendu que le pourvoi comprend lui-même si bien l'impossibilité de concilier le texte de la loi avec l'application qu'il en demande, qu'il fait surtout valoir l'intérêt pratique de cette application;

Mais qu'à supposer que le législateur de 1892 n'ait pas pris toutes les mesures nécessaires pour réaliser ses intentions, il importe peu de constater cette lacune au point de vue de l'interprétation juridique de la loi qui doit être prise telle qu'elle est et non telle qu'elle pourrait être...

Nous avons tenu à reproduire ces considérants qui affirment avec une lumineuse clarté ce que nous avons si souvent dit au sujet de la loi sur l'exercice de la méde-

cine et des difficultés d'interprétation que soulève une rédaction trop souvent défectueuse.

Les autres considérants ont trait à la loi de ventôse invoquée à tort par le pourvoi. Nous croyons inutile de les citer, et nous nous bornerons à donner *in extenso* l'arrêt de la Cour de Cassation.

La Cour,

Ouï M. le conseiller Veteley, en son rapport, Me André Morillot, avocat du défendeur, en ses observations, et M. l'avocat général Sarrut, en ses conclusions ;

Vidant son délibéré en la Chambre du Conseil ;

Vu le mémoire du procureur général près la Cour d'appel de Bourges ;

Sur le moyen unique tiré de la violation des articles 9 et 22 de la loi du 30 novembre 1892, en ce que l'arrêt attaqué a refusé d'appliquer au prévenu, qui n'a pas fait enregistrer son diplôme de docteur en médecine au greffe du tribunal de première instance de son arrondissement, l'amende édictée par l'article 22 susvisé ;

Attendu que l'arrêt attaqué constate, en fait, que le docteur J... est établi à la Charité depuis l'année 1886 et qu'il n'a fait enregistrer son diplôme au greffe du tribunal de première instance de Cosne, ni dans le mois qui a suivi la fixation de son domicile à La Charité, ni postérieurement.

Attendu, d'une part, que l'article 36 de la loi du 30 novembre 1892 ayant abrogé la loi du 19 ventôse an XI, le prévenu ne pouvait tomber sous l'application des articles 24 et 25 de cette loi, et qu'il n'a du reste été poursuivi que pour infraction aux articles 9 et 22 de la loi du 30 novembre 1892 ;

Attendu, d'autre part, que ledit article 9, § 1er, porte que : « Les docteurs en médecine, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes sont tenus, dans le mois qui suit leur établissement, de faire enregistrer, sans frais, leur titre à la préfecture ou sous-préfecture et au greffe du tribunal civil de leur arrondissement ; »

Que l'article 22 édictant une peine d'amende contre les personnes qui exercent l'art de la médecine, sans avoir fait inscrire leur diplôme, vise uniquement celles qui ne se sont pas conformées aux prescriptions de l'article 9 ;

Que la loi du 30 novembre 1892 ne contient aucun texte applicable aux médecins qui pratiquaient leur art avant sa mise en vigueur et ont continué à l'exercer sans interruption, ni changement de département, depuis qu'elle est devenue exécutoire, sans avoir présenté leur diplôme au greffe du tribunal de première instance et au bureau de la sous-préfecture de leur arrondissement ;

Qu'il n'appartient pas aux tribunaux de répression de suppléer au silence du législateur et de faire une addition à la loi ;

D'où il suit qu'en relaxant le prévenu, dans les circonstances sus-visées, l'arrêt entrepris n'a nullement violé les articles 9 et 22 de la loi du 30 novembre 1892 ;

Et attendu, d'ailleurs, que cet arrêt est régulier en la forme ;

Par ces motifs, rejette le pourvoi du procureur général près la Cour de Bourges contre l'arrêt de ladite Cour en date du 4 avril dernier.

Ainsi fait et prononcé, aux audiences publiques des 4 et 5 juillet 1895, par la Cour de Cassation, Chambre criminelle.

Nous n'ajouterons qu'un mot. Nous avons dit pourquoi nous avions pris la défense de confrères injustement poursuivis à la suite d'une vexation préméditée. Nous avons ajouté que si, au point de vue du droit, nous considérions la poursuite illégale, nous engagions cependant tous nos confrères à faire enregistrer leurs diplômes. Nous félicitons d'avoir pu, grâce à l'appui de Me Morillot, faire juger en dernier ressort une question qui intéressait trois de nos confrères aussi dignes de sympathie que d'estime et qui était assez litigieuse pour que le Ministère public ait combattu, devant la Cour de Cassation, l'arrêt de la Cour de Bourges (1). Mais nous persistons à recommander à tous les médecins de remplir une formalité qui n'est ni onéreuse, ni préjudiciable à leurs intérêts et qui doit avoir pour résultat de permettre l'établissement d'une liste officielle de tous les docteurs en médecine et de servir ainsi à mieux combattre l'exercice illégal et les malhonnêtes gens qui, malgré les prescriptions formelles de la loi, se cachent sous un pseudonyme.

L. LEREBOULLET.

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'ablation directe des annexes par la voie vaginale, par R. CONDAMIN, professeur agrégé à la Faculté de Lyon.

Nous assistons en ce moment à un véritable retour aux interventions par la voie vaginale dans les suppurations péri-utérines. C'est par là qu'avait débuté la gynécologie opératoire : après une période où la voie haute avait fait quelque peu pâlir les résultats obtenus par la route vaginale, il semble que nous voyons se produire en ce moment une réaction contre la laparotomie, au moins dans le traitement des suppurations pelviennes et des lésions annexielles. Les méthodes de Péan-Segond, de Laroyenne avec ou sans extirpation des annexes malades prennent le pas sur celles qui se pratiquent par la voie abdominale supérieure.

L'ablation des annexes était jusqu'à ces derniers temps le triomphe de la laparotomie et c'est à peine si après l'oubli dans lequel était tombée l'ovariotomie vaginale de Battey, quelques chirurgiens avaient osé pratiquer et proposer la salpingectomie vaginale. Cependant, reconnaissons que Byford, Picqué, Gottschalk, Gouilloud ont pratiqué l'ablation directe des annexes malades un certain nombre de fois, mais tous en faisant des restrictions plus ou moins nombreuses à ce sujet.

Gouilloud, par exemple, limite les indications de la salpingectomie vaginale aux lésions unilatérales. « Avec des lésions nettement bilatérales et aussi avec des symptômes assez graves et assez tenaces pour légitimer l'extirpation, nous aimerions autant l'hystérectomie *peut-être* plus facile que l'ablation bilatérale par le vagin. » C'est aussi l'opinion de Picqué. Byford, Gottschaltk étendent davantage les indications de cette méthode. Plus récemment, Jacobs (Bruxelles) est venu soutenir, avec opérations à l'appui, que l'ablation d'annexes malades et simplement adhérentes était plus inoffensive par le vagin et que pour lui c'était la méthode de choix. Enfin, dans une série d'articles, nous avons essayé de vulgariser un point de la pratique de notre maître le professeur Laroyenne, à savoir l'ablation des annexes malades par la voie vaginale, quand celles-ci sont enkystées dans un foyer de pelvi-péritonite.

Aujourd'hui, nous voudrions démontrer non seulement

(1) Nous insistons sur ce fait puisqu'il est des journaux qui prétendent que l'arrêt a été rendu sur les conclusions *conformes* de M. l'avocat général Sarrut.

que l'ablation des annexes est moins dangereuse et aussi efficace par la voie vaginale même quand la lésion est bilatérale, mais encore que dans nombre de cas où la suppuration est même étendue, cette intervention est possible, facile, sans ablation concomitente de l'utérus et que souvent aussi il sera possible, surtout s'il s'agit de femmes jeunes, après avoir enlevé deux pyosalpinx, de respecter au moins un des ovaires et l'utérus en laissant ainsi à la femme une fonction qui est tellement l'attribut de son sexe que sa suppression s'accompagne presque toujours de troubles plus ou moins accentués. Nous accordons bien volontiers à MM. Péan et Segond que l'hystérectomie vaginale est dans un certain nombre de cas le complément indispensable d'une intervention vaginale pour suppuration pelvienne, surtout s'il s'agit de femmes aux approches de la ménopause; mais nous croyons cette intervention trop radicale, si elle n'est pas plus dangereuse, quand il s'agit d'une femme jeune affectée de deux pyosalpinx avec intégrité relative des ovaires. M. Segond, le grand vulgarisateur de l'opération de Péan, nous a dit au Congrès de chirurgie de Lyon (1894) qu'il acceptait les tentatives de réhabilitation de l'ablation des annexes par la voie vaginale, mais que son impression première n'était pas très favorable en dehors de l'ablation simultanée de l'utérus pour faire le chemin. Au contraire, en faisant comme premier temps opératoire l'hystérectomie vaginale, il pousse ses tendances vaginales et nous sommes tout prêts à le suivre, jusqu'à proposer par cette voie l'ablation des tumeurs liquides et solides des trompes et des ovaires, pourvu que leur volume ne les fasse pas remonter au delà de l'ombilic.

Nous avons été étonné d'une assertion, surprenante venant de la part d'un chirurgien aussi habitué que M. Segond aux manœuvres qui s'effectuent dans le bassin à travers une ouverture du fond du vagin, avec des doigts qui voient souvent aussi bien que l'œil à travers une brèche plus vaste, comme la donne une laparotomie. « L'utérus restant en place, dit M. Segond la brèche d'accès est *forcément restreinte*, on est *gêné dans les manœuvres*, le moindre accident opératoire, tel que la rupture d'une poche à contenu septique, nous laisse *sans défense*, et pour peu que le kyste soit un peu gros ou le cas difficile, on se trouve en définitive dans des conditions très défavorables. Ces réflexions, faites en cas de kyste ovarien, le sont bien plus encore en cas de kyste suppuré ou de tubo-ovarite non enkystée, car ici la présence de l'utérus en gênant les manœuvres, en permettant au pus de s'épancher à notre insu, dans le péritoine, en obstruant ensuite les voies de drainage, peut avoir des conséquences beaucoup plus périlleuses. »

La brèche d'accès est-elle forcément restreinte? Gouilloud dans plusieurs de ses publications a bien montré que l'incision transversale du cul-de-sac postérieur pouvait être portée jusqu'à 8 centimètres : avec une incision ou un débridement de 6 centimètres seulement, il est facile d'introduire deux doigts au moins et de travailler en s'aidant de l'autre main, qui vient à travers la paroi abdominale présenter les organes un peu élevés aux doigts qui travaillent au décollement, ou encore de s'aider d'une pince à mors fenêtrée pour exercer des tractions et faciliter la libération des brides periannexielles. Si l'ablation de l'utérus donne du jour, c'est, croyons-nous, avant son ablation complète, alors que l'organe étant en bascule ou plus ou moins abaissé, on exerce des tiraillements sur les cornes utérines et par le fait on attire dans le vagin trompe et ovaire. Mais lorsque les pinces ont été mises à demeure, il nous semble qu'elles gênent considérablement les manœuvres de décortication que nous jugeons indispensables. Ne craint-on pas aussi dans ce cas de déchirer les ligaments saisis entre les mors des pinces, si on introduit un peu profondément le doigt décorticateur pour aller libérer l'extrémité externe d'une trompe tortueuse. Notre expérience sur ce point est trop limitée pour que nous insistions ; mais au point de vue de la recherche et de la libération des annexes par une large brèche rétro-utérine, nous osons affirmer, pour l'avoir souvent pratiquée que non seulement elle est possible sans danger, mais encore relativement facile, et si l'on sait se donner tout le jour possible au fond du carrefour vaginal on pourra parfaitement se passer de l'hystérectomie.

« La rupture d'une poche à contenu septique nous laisse sans défense, dit Segond, et la présence de l'utérus, en gênant les manœuvres en permettant au pus de s'épancher dans le péritoine, en obstruant ensuite les voies de drainage, peut avoir des conséquences graves. » Oui, s'il s'agit de ces suppuration générales, qui créent autour de l'utérus une véritable éponge suppurante; non, s'il s'agit d'un simple pyosalpinx unique ou même double et même si la poche purulente crève et se répand dans le péritoine pelvien, car par la brèche rétro-utérine on peut parfaitement drainer. Le défaut de drainage que l'on a souvent reproché à notre maître, le professeur Laroyenne, prouve combien on a peu compris l'efficacité, non seulement à ce point de vue mais encore pour l'hémostase, de l'éponge, qui constitue un des points capitaux du procédé.

L'éponge à cheval sur la brèche vaginale distend cette brèche au point que le cul-de-sac de Douglas est la continuation directe du vagin, avec des dimensions analogues; d'autre part, cette même éponge imbibée de pétro-vaseline iodoformé draine parfaitement, au moins pendant les deux premiers jours, comme le démontre la courbe de la température de nos malades. Passé ce délai, elle agit encore en s'imbibant des liquide secrétés au niveau des plaies opératoires, et s'il survient un peu d'élévation de la température, signe de rétention, son ablation laisse une cavité telle qu'un mètre de gaze iodoformée, au moins aussi volumineuse que celle qui pourrait être introduite après une hystérectomie, est susceptible d'y pénétrer.

Nous avons partagé assez longtemps le septicisme des auteurs vis-à-vis de l'éponge de Laroyenne. En ce moment, après en avoir fait sous les yeux du maître une expérience de plusieurs années, nous en sommes devenu fanatique.

Au reste, tous les raisonnements ne prévalent pas contre les faits d'expérience, et ceux-ci sont, comme le montrent nos observations, tout à fait concluants.

Voici le manuel opératoire adopté à la clinique du professeur Laroyenne. Deux cas sont à distinguer. Dans le premier, il s'agit généralement de petits pyosalpinx plus ou moins mobiles, généralement en prolapsus dans le cul-de-sac de Douglas, conditions à peu près indispensables, au moins jusqu'à nouvel ordre, pour l'adoption de la voie vaginale. Dans les autres cas, nous préférons la laparotomie ou bien nous accepterions l'hystérectomie avec castration totale. Avec une telle situation le ou les pyosalpinx sont facilement abordables. Un coup de ciseau est donné sur le cul-de-sac postérieur, transversalement ou verticalement, la chose importe peu, puisque ensuite il faut débrider pour introduire au moins deux doigts dans la plaie opératoire pour y manœuvrer facilement. Il faut avoir grand soin que cette section postérieure porte à une certaine profondeur, sans quoi on reste dans l'épaisseur du paramétrium et l'on a des décortications beaucoup plus difficiles sinon impossibles, dont on aurait pu éviter les difficultés en arrivant directement sur le pyosalpinx.

A ce moment, les deux doigts introduits dans la plaie

opératoire commencent le travail de décortication que l'autre main placée sur la paroi abdominale vient aider en refoulant en bas les annexes qui sont rendues plus accessibles. La décortication peut être complétée au moyen d'une pince fenêtrée qui ira saisir la portion de la trompe ou de l'ovaire déjà libérée : en exerçant quelques tractions la fin de ce travail sera facilitée : on s'efforcera alors de former un pédicule qui devra être aussi rapproché que possible de la corne utérine. Une pince à forcipressure, de moyen calibre, légèrement courbe, assurera l'hémostase avant que l'on effectue la section au ciseau des organes malades, à ce moment, en prolapsus dans le vagin. Il semble *à priori* qu'il soit parfois difficile de distinguer la trompe de l'intestin. Il n'en est rien. Seul le rectum dans sa portion moyenne pourrait à la rigueur en imposer pour une trompe dilatée. Le médius introduit dans le rectum pendant que l'index explore le cul-de-sac de Douglas lèvera toute hésitation.

Dans un second cas, les annexes ne sont plus mobiles. Ils forment une masse empâtée dans le cul-de-sac de Douglas et partout il existe des adhérences. Si les produits pathologiques sont suffisamment volumineux, on procédera comme dans la méthode primitive de Laroyenne, c'est-à-dire avec le trocart on fera une ponction, puis on débridera transversalement avec le métrotome de façon à pouvoir introduire facilement au moins deux doigts.

Souvent il s'écoulera un peu de pus, quelquefois même une grande quantité quand il s'agit d'un volumineux pyosalpinx. Il y a grand intérêt dans ce cas, pour la rapidité de la guérison et aussi pour éviter la possibilité d'une récidive, d'enlever la totalité de l'organe malade. C'est en cherchant au niveau de la ponction, vers la muqueuse vaginale, à amorcer le décollement, que l'on réussira à amener une libération plus ou moins complète. Il faut éviter de se porter d'emblée dans l'intérieur même du foyer purulent où l'on pourrait s'égarer. Dès que le décollement est amorcé vers la paroi vaginale, on peut, si les parois sont suffisamment rigides et épaisses, continuer la décortication simplement avec le secours des doigts. Si la poche au contraire est mince, peu résistante, on pourra la tendre avec la pince fenêtrée dont nous avons parlé plus haut : on continuera alors plus facilement la libération des adhérences. Parfois la pince arrachera par morcellement une partie de cette poche purulente : on fait une reprise au-dessus et l'on procède alors par morcellements successifs, par salpingotripsie, méthode que nous avons proposée et exécutée déjà un grand nombre de fois, quand des adhérences trop intimes pouvaient faire craindre les déchirures d'organes voisins. Ce morcellement, cette salpingotripsie ne s'accompagnera d'aucune hémorrhagie. La trompe malade, tortueuse ou dilatée ne saigne pas et dans plusieurs cas nous en avons fait l'ablation complète par petits morceaux sans voir d'écoulement sanguin. Il n'en est pas de même dès que l'on s'attaque à l'ovaire. Celui-ci, surtout quand il est malade, présente de gros vaisseaux, qui saignent abondamment et une pince à forcipressure ou une ligature sur le pédicule est *absolument indispensable* dès qu'on soupçonne que l'ovaire fait partie des tissus à enlever.

Il arrive quelquefois, dans les anciennes salpingites suppurées surtout, que des adhérences intimes existent entre la trompe et l'intestin, le rectum surtout. En libérant ces adhérences on crée une fistule intestino-vaginale. Cette complication, extrêmement grave si l'on opérait par la voie abdominale, est ici insignifiante. Le pronostic de l'opération n'en est pas aggravé et la guérison spontanée de la fistule est assurée.

La blessure de la vessie et des uretères n'est pas possible, croyons-nous : tout au moins nous n'avons jamais observé cette complication au cours de nos interventions.

Que deviennent les malades? Nos observations sont encore trop récentes pour que nous puissions légitimement tirer des conclusions fermes de ce mode d'intervention qui n'enlève que les organes malades et permet la continuation d'une fonction aussi importante que la menstruation. Sauf dans une de nos observations où nous avons tenu à enlever complètement les annexes, trompes et ovaires, couverts de semis tuberculeux, chez une femme atteinte de péritonite tuberculeuse pelvienne, nous avons toujours pu ménager au moins un ovaire et l'utérus. Comme résultat les règles sont revenues à la grande satisfaction de la malade.

Rencontre-t-on de grandes difficultés opératoires? Cela ne nous est jamais arrivé. Les seuls mécomptes auxquels on puisse être exposé résultent des adhérences. Dans ce cas il ne faut pas s'entêter à vouloir tout décoller. Par le morcellement, par la salpingotripsie on réduira la trompe en une bouillie qui s'évacuera spontanément avec les pansements et les lambeaux de trompe qu'on aura laissés se résorberont spontanément, comme déjà nous l'avons observé, et ainsi seront évités les dangers, bien atténués quand on opère par le vagin, d'une perforation intestinale.

Le traitement ultérieur sera le même que dans la ponction simple avec débridement suivant méthode de Laroyenne. Une éponge aseptique imbibée de pétro-baseline fera l'hémostase des surfaces cruentées du cul-de-sac de Douglas et maintiendra largement ouverte la plaie opératoire. Au bout de deux ou trois jours, elle sera remplacée par d'épaisses lanières de gaze iodoformée, qu'il sera du reste moins nécessaire de laisser longtemps en place que dans les cas de ponction avec simple débridement.

La rupture d'un kyste purulent a été effectué plusieurs fois au cours des mouvements de décortication. Contrairement aux craintes exprimées par M. Segond, nous ne sommes jamais dans ces cas resté sans défense. Le drainage à l'éponge d'abord, à la gaze iodoformée ensuite, par la large brèche rétro-utérine a suffi pour parer à cette complication et nous pouvons même dire que les suites opératoires en ont été aussi simples que dans les autres cas.

Observation I. — *Ovaire douloureux et adhérent à l'utérus dans le cul-de-sac de Douglas. Ablation directe par le vagin* (Condamin).

M. C.., 29 ans, demeurant à Lyon, entre à la salle Sainte-Marie le 27 mars 1894.

Douleur très vive en arrière de l'utérus, où l'on sent une petite masse dure, rénitente, appliquée contre la face latérale de l'utérus et semblant faire corps avec lui.

28 mars 1894. — On fait une ponction dans la masse ci-dessus indiquée. Il s'écoule un peu de liquide séro-sanguin. On fait un débridement et avec le doigt on sent un ovaire sclérosé, kystique que l'on libère des parties voisines. On place une pince sur le pédicule et l'on sectionne au-dessous.

L'ovaire enlevé est dur, scléreux, présente à son intérieur une cavité kystique de la grosseur d'une noisette.

Le lendemain de l'opération, on enlève la pince.

5 avril 1894. — L'éponge est remplacée par une mèche de gaze iodoformée.

Fin avril 1894. — La malade va très bien, ne souffre plus. Le cul-de-sac postérieur est bien souple et pas douloureux.

Obs. II. — *Volumineuse collection dans le cul-de-sac de Douglas. Ponction et débridement simple sur la trompe gauche, salpingo-ovariotripsie directe à droite* (Condamin).

R. L..., 22 ans, demeurant à Lyon, entre à la Charité, salle Sainte-Marie, n° 3, le 21 juin 1894.

Depuis trois ans souffre continuellement dans le bas ventre.

A l'examen, collection volumineuse occupant le cul-de-sac postérieur et les culs-de-sac latéraux avec prédominance à gauche.

Ponction et débridement en arrière de l'utérus. A gauche, on évacue un volumineux pyosalpynx. Les adhérences paraissent tellement intimes qu'on n'essaye même pas d'en faire l'ablation.

A droite, on sent du doigt une petite collection que l'on décortique : comme on ne peut l'attirer assez bas dans le vagin, on l'enlève par morcellement : on enlève aussi l'ovaire correspondant après avoir placé une pince sur le pédicule.

Cet ovaire est sensiblement augmenté de volume et scléro-kystique. Traitement ultérieur habituel.

13 juillet 1894. — La malade sort du service allant très bien. Elle ne souffre plus. Le palper et le toucher abdomino-vaginal ne sont plus douloureux.

Obs. III. — *Salpingo-ovarite gauche. Ovaire gauche scléro-kystique prolobée dans le cul-de-sac de Douglas. Ablation directe des annexes gauches par la voie vaginale* (Condamin).

D. M..., 32 ans, demeurant à Lyon, entre à la Charité, salle Sainte-Marie, n° 5, le 27 juin 1894.

A eu 3 enfants et une fausse couche il y a 9 ans. Depuis cette époque, elle souffre dans le ventre. Pertes purulentes abondantes On sent au toucher dans le cul-de-sac de Douglas et à gauche, une masse du volume d'une mandarine.

29 juin 1894. — Ponction et débridement. Il ne s'écoule rien.

Le doigt introduit dans l'orifice trouve alors une trompe fongueuse, tortueuse, assez dilatée. On l'attire dans le vagin après l'avoir libérée de ses adhérences. Elle renferme un kyste hématique qui se rompt pendant les manœuvres de décortication : on attire en même temps l'ovaire correspondant qui est scléreux et renferme de petits kystes.

Suites très simples. La malade sort 15 jours après allant très bien. Pas revue.

Obs. IV. — *Salpingo-ovarite non enkystée. Ablation directe de la trompe et de l'ovaire gauche* (Condamin).

Ch. E..., 21 ans, demeurant à Lyon, entre à la Charité le 16 août 1894, pour une volumineuse collection rétro-utérine. A eu deux enfants. Souffre du ventre depuis assez longtemps, mais particulièrement depuis un mois et demi. A l'examen, on sent une collection faisant une saillie dans le Douglas et un peu à gauche.

17 août 1894. — Ponction et débridement. Il s'écoule du pus : c'est un pyosalpinx volumineux qui se vide et que l'on peut libérer de ses adhérences : on l'attire en même temps que l'ovaire correspondant qui lui aussi est malade, on place une pince sur le pédicule et on enlève trompe et ovaire. La trompe enlevée était fongueuse, tortueuse et considérablement épaissie.

30 août. — L'état général de la malade s'est amélioré. Elle ne souffre plus. Elle rentre chez elle : on laisse encore dans son trajet vaginal une mèche de gaze qui est enlevée quelque temps après.

Obs V. — *Ablation directe d'annexes par la voie vaginale. Plaie de l'intestin. Fistule stercoro-vaginale guérie au bout d'un mois et demi, spontanément* (Laroyenne).

I. A..., 30 ans, demeurant à Lyon, entre à la Charité, salle Sainte-Thérèse, n° 1, le 8 décembre 1894. Un accouchement à terme, il y a deux ans. Souffre beaucoup du ventre depuis trois mois. Collection, dure, irrégulière, dans le cul-de-sac postérieur.

16 décembre 1894. — Ponction. Débridement. Ablation de la trompe droite par la voie vaginale. L'intestin était adhérent à la trompe : il fut blessé; on le suture; mais malgré cela, les jours suivants, on constate une fistule stercoro-vaginale.

19 janvier 1895. — La malade va très bien. Plus de douleur : rien d'anormal au toucher. Les matières ne passent plus, mais quelques gaz seulement. La malade quitte le service.

11 avril 1895. — Depuis un mois la malade nous affirme que sa fistule est guérie. Etat général bien meilleur. Plus de douleurs pendant les rapports autrefois très douloureux. Elle est très satisfaite.

Obs. VI. — *Collection rétro-utérine. Ponction, débridement. Ablation directe de la trompe gauche. Salpingotripsie à droite* (Condamin).

N. M..., 41 ans, demeurant à Montchat, entre à la Charité, salle Sainte-Marie, n° 2, le 10 novembre 1894. La malade souffre depuis sa dernière couche qui remonte à 4 ans.

Au toucher, masse inflammatoire volumineuse rétro-utérine se prolongeant à droite et à gauche.

16 novembre. — Ponction et débridement de Laroyenne. Il s'écoule un liquide purulent épais. L'index introduit dans l'orifice décortique facilement une trompe tortueuse, dilatée. On l'enlève en masse après avoir placé aussi près que possible de l'utérus une pince sur le pédicule.

A droite, on trouve également une trompe dilatée, tortueuse. Elle se laisse mal décoller : on l'enlève par salpingotripsie.

21 novembre. — On enlève l'éponge qui est remplacée par une mèche de gaze iodoformée.

7 décembre. — La malade n'a plus souffert. Les règles viennent d'avoir lieu sans douleur. La poche s'est très vite rétractée : on n'y laisse plus de mèche.

Obs. VII. — *Collection pelvienne. Ablation directe de la trompe droite après ponction et débridement* (Repelin).

M. F..., 23 ans, demeurant à Lyon, entre à la Charité, salle Sainte-Marie, le 20 décembre 1894, pour une collection rétro-utérine. Souffre beaucoup du ventre depuis quelques semaines. Modification très marquée de l'état général. Fièvre. A l'examen on trouve des masses bosselées en arrière et à droite de l'utérus.

22 décembre 1894. — Opération par M. Repelin, aide de clinique. Ponction. Débridement. Annexes volumineuses à droite : on les décortique; il n'y a pas de poche de pelvi-péritonite. On enlève ainsi une trompe tortueuse et fongueuse, renfermant une certaine quantité de pus.

14 janvier. — La malade se trouvant très bien, rentre chez elle. Elle ne souffre plus, et l'on ne constate qu'un peu d'induration du côté du vagin, au niveau de la ponction.

Obs. VIII. — *Ancienne collection ponctionnée et débridée à droite. Nouvelle collection à gauche : ablation directe de la trompe gauche* (Laroyenne).

G. A..., 25 ans, de Lyon, entre à la Charité, salle Sainte-Thérèse, n° 2, le 18 décembre 1894. Au mois d'avril 1894 la malade avait déjà fait un séjour dans le service. On lui avait ponctionné une collection à droite.

Actuellement elle présente une masse à gauche.

20 décembre 1894. — Ponction et débridement d'abord, puis décortication d'une trompe tortueuse et d'un ovaire également malade du côté gauche. On en fait l'ablation après avoir lié le pédicule. Il n'y avait pas de poche de pelvi-péritonite.

2 janvier 1895. — La malade sort rapidement du service. La poche s'est rétractée avec une grande rapidité.

28 février 1895. — La malade est revue. Du côté droit où il y a eu simplement ponction et débridement, il persiste une induration assez marquée, quoique pas douloureuse.

Ceci n'existe pas du côté où l'on a pratiqué l'ablation des annexes. La malade est très satisfaite.

Obs. IX. — *Salpingite gauche. Ablation directe de la trompe de ce côté par la voie vaginale* (Condamin).

R. J..., 33 ans, demeurant à Lyon, impasse des Châlets, entre à la Charité, le 29 décembre 1894.

Trois accouchements et deux fausses couches. Depuis plusieurs mois la malade garde le lit et souffre du ventre. Pertes rouges et blanches très abondantes.

Utérus attiré en arrière par une trompe prolobée, tortueuse, douloureuse à la pression.

Opération le 31 décembre 1894. — Ponction et débridement. Il ne s'écoule presque rien. Le doigt introduit dans la cavité trouve une trompe tortueuse, volumineuse, qu'on décortique facilement. Elle renfermait une certaine quantité

de liquide séro-purulent : Pince sur le pédicule. Ablations. Cette trompe est grosse comme le petit doigt : elle est friable.

18 février 1895. — La malade a eu ses règles. Elle a encore perdu beaucoup, mais elle n'a que très peu souffert. Relativement satisfaite. On maintient le trajet béant par une mèche iodoformée.

OBS. X. — *Pyosalpinx. Ablation directe par la voie vaginale de la trompe gauche* (Condamin).

H. M..., âgée de 31 ans, demeurant à Lyon, entre à la Charité salle Sainte-Marie n° 3, le 29 décembre 1894.

Deux accouchements. Pas de fausses couches.

On constate dans le cul-de-sac externe gauche des annexes volumineuses, très douloureuses à la pression. Utérus dévié en haut et à droite.

4 janvier 1895. — Ponction et débridement. Il s'écoule un peu de liquide purulent. Le doigt introduit dans la plaie décolle un pyosalpynx. On le pédiculise, on place une pince sur le pédicule et l'on en fait l'ablation. Cette trompe était très tortueuse, fongueuse et très épaissie.

4 février. — La malade est revue : l'état général est bien meilleur ; elle souffre encore un peu. Le cul-de-sac gauche est bien libre.

OBS. XI. — *Collection dans le cul-de-sac postérieur. Ablation d'un pyosalpinx et d'un ovaire par la voie vaginale* (Laroyenne).

Ch. E..., âgée de 23 ans, Chatillon (Drôme).

Souffre depuis assez longtemps, mais particulièrement depuis deux mois ; troubles menstruels. Douleurs et fièvre.

Au toucher masse irrégulière, en arrière de l'utérus assez douloureux à la pression.

23 novembre 1894. — Ponction, débridement. Ablation d'une trompe et de l'ovaire correspondant également malade. La trompe volumineuse et tortueuse renfermait un liquide louche, trouble, ses parois très épaissies étaient fongueuses. Il n'y avait pas de pelvi-péritonite enkystante.

2 avril 1895. — La malade revient. Le côté opposé à celui où elle a subi une intervention est douloureux. On y constate une trompe tortueuse. On se contente de la columniser. Ce qui en peu de temps la soulage considérablement.

OBS. XII. — *Pyosalpinx. Ponction et ablation de la trompe et de l'ovaire droit. Ponction simple avec débridement à gauche* (Condamin).

C. H..., 34 ans, née à St-Julien (Ain), entre à la Charité salle Sainte-Thérèse n° 13, le 3 janvier 1895.

Deux accouchements. Depuis 6 mois la malade souffre, a de la fièvre, et ne peut plus travailler.

On sent en arrière et dans le cul-de-sac droit une masse assez grosse.

15 janvier 1895. — Ponction du côté droit. Il s'écoule du pus. C'est un pyosalpinx qu'on a ponctionné : on réussit assez bien à le décoller, à l'attirer dans le vagin et à l'enlever. L'ovaire correspondant malade est également enlevé.

Du côté gauche, par le 1er orifice de ponction, on fait une simple ponction avec débridement, car on ne sent pas d'annexes décollables.

11 février 1895. — La malade sort en bon état. Ne souffre plus en marchant.

26 février. — Le trajet de la ponction est fermé. Plus de douleur ni à droite ni à gauche.

OBS. XIII. — *Pyosalpinx gauche. Ponction. Débridement ablation du pyosalpinx par la voie vaginale* (Condamin).

J. L..., âgée de 30 ans, née à Besançon demeurant à Lyon, entre à la Charité salle Sainte-Thérèse, n° 9, le 7 janvier 1895.

Fausse couche antérieure. La malade souffre depuis plus de deux ans. Fièvre constante.

On sent à gauche une trompe du volume d'une mandarine.

8 janvier 1895. — Ponction de la trompe gauche. Il s'écoule du pus : On décortique avec le doigt la trompe malade et on l'enlève par le vagin. Il n'y avait pas de périsalpingite.

24 janvier 1895. — La malade sort en bon état, ne souffrant plus.

11 avril 1895. — A l'examen on ne sent rien d'anormal dans les culs-de-sac. Il n'y a plus d'induration ni à droite ni à gauche. La malade ne souffre plus du tout même en marchant.

OBS. XIV. — *Ponction et débridement du cul-de-sac postérieur. Ablation directe de la trompe et de l'ovaire gauche.* (Condamin).

B. L..., 41 ans, habitant Lyon, 8, rue Pierre-Corneille, entre à la Charité le 11 janvier 1895.

Souffre depuis plusieurs mois, surtout au moment de ses règles.

A l'examen tuméfaction fluctuante, très douloureuse dans le cul-de-sac postérieur et à gauche.

17 janvier 1895. — Ponction, débridement. On décolle ensuite avec le doigt une trompe volumineuse que l'on enlève avec l'ovaire correspondant. Ce dernier est bourré de petits abcès. La trompe est épaissie, fongueuse.

11 février 1895. — La malade va très bien. Le trajet fistuleux est complètement oblitéré. Pas de douleur à la pression. La marche n'est pas douloureuse.

28 février 1895. — Aucune douleur. Culs-de-sac souples.

19 mars 1895. — La malade va très bien. Les dernières règles n'ont duré que 4 jours sans douleur.

16 avril 1895. — La malade est revue : elle *va très bien.*

OBS. XV. — *Salpingite tuberculeuse double. Ovariotomie double par la voie vaginale. Salpingectomie vaginale à droite, salpingotripsie à gauche* (Condamin).

B. V..., 28 ans, demeurant à Lyon, entre à la Charité salle Sainte-Marie, n° 14 le 9 mars 1895.

Malade ayant eu plusieurs poussées tuberculeuses, du côté de la plèvre et du poumon.

Masses pérititiennes diagnostiquées tuberculeuses.

14 mars 1895. — Ponction et débridement. On tombe dans des masses agglutinées nettement tuberculeuses dont on fait l'ablation par la voie vaginale.

On enlève d'abord après les avoir pédiculisés les deux ovaires parsemés de granulations tuberculeuses.

La trompe droite est enlevée en totalité, la gauche est morcellée.

On maintient l'orifice vaginal largement béant par de la gaze iodoformée.

28 mars. — La malade rentre chez elle, pour soigner son état général. L'état local est satisfaisant. On ne sent plus rien dans les culs-de-sac.

OBS. XVI. — *Ponction. Débridement. Ablation directe d'une trompe à gauche* (Condamin).

N. E..., 26 ans, entre à la Charité salle Sainte-Marie n° 3, le 11 mars 1893.

Souffre du ventre depuis quelque temps. Traitée d'abord par le repos, les révulsifs, la columnisation, elle a eu après une légère amélioration une rechute.

18 mars 1895. — Masse occupant le cul-de-sac postérieur et gauche. Ponction et débridement : on enlève une trompe, à gauche. Elle est volumineuse, tortueuse, renferme un peu de pus ; les parois sont épaissies, tortueuses.

4 avril. — La malade va très bien. Ne souffre plus. L'état général s'est amélioré. L'utérus a quelque tendance à aller en arrière, on lui place quelques tampons, qui redressent facilement l'utérus.

OBS. XVII. — *Salpingo-ovarite gauche. Ablation de l'ovaire qui renferme un kyste hématique et de la trompe par la voie vaginale* (Condamin).

Ch. M..., âgée de 23 ans, de Pierre Bénite. Entre à la Charité salle Sainte-Marie le 1er février 1895.

Mariée depuis plusieurs années. Souffre depuis ce moment. Trompe et ovaire volumineux et douloureux à gauche. De nombreux traitements non sanglants ont été essayés antérieurement.

3 février 1895. — Opération. Incision du cul-de-sac postérieur avec des ciseaux : on va à la recherche de la trompe et de l'ovaire gauche que l'on amène dans le vagin et que l'on extirpe. A droite il y a également un peu de salpingite, mais on ne croit pas devoir en faire l'ablation en raison de

l'âge de la malade et de son grand désir d'avoir des enfants.

Avril. — La malade va localement bien. Toujours très névropathe. Souffre un peu de sa trompe droite. Néanmoins amélioration sensible.

20 mai 1895. — L'état général de la malade s'est sensiblement amélioré; mais il persiste des indurations au niveau de la plaie opératoire. Il semble que, malgré l'ablation des annexes tuberculeuses, le processus inflammatoire du péritoine pelvien ait continué.

En tout cas les douleurs très vives avant l'opération ont considérablement diminué.

Obs. XVIII. — *Ponction. Débridement. Ablation de la trompe gauche* (Lathuraz).

D. J..., 17 ans, de Lyon, entre à la Charité le 27 mars 1895, pour une collection rétro-utérine dont elle souffre depuis près de deux ans.

29 mars 1895. — Ponction. Ablation d'une trompe volumineuse, tortueuse, fongueuse, par salpingotripsie.

20 avril 1895. — La malade va bien, ne souffre pas. Dépression en cul de poule au niveau de la ponction.

Obs. XIX. — *Ponction. Débridement. Ablation de la trompe gauche par morcellement et salpingotripsie* (Condamin).

D..., âgée de 23 ans, entre à la Charité, salle Sainte-Marie, n° 12, le 10 avril 1895.

Douleurs depuis plusieurs mois dans le bas-ventre. Exaspération depuis quelques semaines.

A l'examen, empâtement dur et douloureux à la pression en arrière et à gauche.

17 avril 1895. — Ponction. Débridement. On sent avec le doigt une trompe épaissie, renfermant du pus qu'on décolle incomplètement et qu'on enlève par morcellement et salpingotripsie : on peut évaluer aux trois quarts ce qui a été enlevé de la trompe.

4 mai 1895. — La malade a été soulagée immédiatement après l'opération. Actuellement elle rentre chez elle, très satisfaite. On ne sent qu'un peu d'induration au niveau de la ponction.

Obs. XX. — *Ponction. Débridement. Ablation de la trompe droite volumineuse et tortueuse par morcellement et salpingotripsie* (Fochier).

Mme D..., opérée en ville par le professeur Fochier, assisté de M. Condamin.

Salpingite datant de plus d'une année ayant nécessité un repos au lit de plusieurs mois. Fièvre à peu près continue. On se décide à une intervention.

Opération pendant l'été de 1894. M. Fochier pratique d'abord une ponction accompagnée de débridement. Il ne s'écoule rien, quoiqu'on soit en présence d'une volumineuse masse. Avec le doigt, on en pratique la décortication partielle. Avec la pince, on en fait par morcellement l'ablation complète.

Suites opératoires très simples.

En mai 1895, la malade va très bien, a repris sa vie habituelle, ne souffre plus. C'est à peine s'il persiste une très légère induration au niveau de la plaie opératoire.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Contribution à l'étude de l'action hypnotique du chloralose, par Marandon de Montyel (*Revue de médecine*, 10 mai 1895, n° 5, p. 387). — L'auteur a étudié l'action hypnotique du chloralose dans diverses affections mentales. Dans l'insomnie agitée des maniaques, le chloralose n'est pas à prescrire, car si presque toujours il a une action incontestable, celle-ci n'a qu'une durée très courte. Dans la paralysie générale l'auteur a tenté de combattre l'insomnie agitée paralytique dans 18 cas, mais les résultats n'ont été réellement favorables que dans cinq cas. Huit autres paralytiques généraux ont éprouvé incontestablement l'action hypnotique du chloralose, malheureusement il s'y sont très vite habitués malgré les fortes doses prescrites. Le chloralose a cependant merveilleusement réussi dans l'insomnie épileptique. Les résultats fournis par cette catégorie de malades contrastent avec les autres. La proportion des succès est de 93 0/0. Non seulement ce médicament a une action hypnotique remarquable, mais encore il exerce une action favorable sur les crises d'agitation dont la durée diminue d'une façon très notable. Aussi le chloralose dans la manie épileptique ne se bornerait pas à apporter le sommeil, il abrégerait de beaucoup les paroxysmes.

Le centre de la désignation des objets (des substantifs) et sa localisation dans le lobe temporal (The Naming centre, with the report of a case indicating its location in the temporal lobe), par Mills (*The Journal of Nervous and Mental Disease*). — Il s'agit d'une femme âgée de 40 ans, atteinte il y a 3 ans, de vomissements incoercibles et de vertiges. Au mois de décembre 1893, elle a été prise de convulsions avec perte de connaissance. Les jours suivants sa mémoire était fortement atteinte, mais elle ne présentait pas de troubles apparents de la parole. Peu de temps après, elle présenta de l'aphasie verbale et à partir de 1894, il lui était impossible de se rappeler le nom des objets. Pas de névrite optique, mais il y avait une hémianopsie latérale homonyme du côté gauche. Elle avait aussi de la cécité verbale, sans cécité littérale complète. Elle ne pouvait pas nommer les objets qu'elle touchait ou qu'elle voyait. Elle se rendait bien compte des objets sans pouvoir prononcer leur nom. Elle parlait spontanément, cependait elle présentait un certain degré de paraphasie. L'année dernière au 1er août est survenue une hémiplégie droite incomplète. Quelques jours avant sa mort elle ne pouvait dire que « oui et non ». A l'autopsie, on trouva un gliome dont le point de départ était le tiers moyen de la 3e temporale dont la substance blanche était détruite. La tumeur empiétait aussi sur la 2e et la 4e temporales. L'auteur conclut, d'après cette observation, qu'il y a dans le cerveau un centre qui préside à la dénomination des objets et que son siège est situé dans le lobe temporal.

Diagnostic de la méningite (Zur Diagnose der Meningitis) par Lichtein (*Berl. klin. Woch.*, 1er avril 1895, n° 13, p. 209). — L'emploi thérapeutique du procédé de Quincke (ponction lombaire) n'a pas, suivant l'avis de l'auteur, un grand avenir. Par contre, il est très utile pour le diagnostic et au point de vue des indications du traitement dans certaines affections chirurgicales des méninges. L'auteur a pu, dans un cas, non seulement faire le diagnostic de méningite purulente, mais encore reconnaître par l'examen du liquide extrait, l'origine otique de cette méningite. Le résultat négatif de l'examen bactériologique du pus que l'on peut extraire par la ponction n'a pas toujours une valeur absolue. Il a eu l'occasion d'observer un cas de méningite purulente d'origine traumatique, dans lequel, en pratiquant la ponction lombaire on a extrait 20 centimètres cubes d'un liquide trouble. L'examen microscopique de ce liquide et les cultures ne révélèrent aucune espèce de microbe. Cependant on trouva à l'autopsie une méningite purulente qui était localisée dans la région où avait porté le traumatisme et c'est dans cette région qu'on a pu trouver par l'examen bactériologique, de nombreux streptocoques. Ces faits en quelque sorte exceptionnels s'expliquent par ce fait que le liquide cérébro-spinal n'a pas eu le temps de s'infecter. L'auteur discute le cas de méningite tuberculeuse guérie et publiée par Freyhan. On sait que cet auteur a trouvé, par la ponction lombaire, une quantité énorme de bacilles de Koch.

Il faut savoir qu'on ne trouve que très rarement un si grand nombre de bacilles. Dans beaucoup de cas de méningite tuberculeuse examinés par l'auteur, il a toujours trouvé le bacille de Koch, mais en petite quantité.

Pour l'examen, il faut choisir de préférence les petits îlots coagulés qu'on trouve dans le liquide retiré. Il est nécessaire de faire toujours plusieurs préparations. Dans le liquide cérébro-spinal extrait dans les cas de méningite tuberculeuse ou purulente, les coagulums fibrineux se forment presque toujours. Au contraire, dans les cas de tumeurs et d'abcès, on ne les trouve pas. Le procédé de Quincke est facile et

inoffensif pour le malade, cependant il faut le pratiquer avec certaines précautions. Dans deux cas cependant la mort est survenue presque aussitôt après la ponction et l'auteur recommande de ne pas extraire une trop grande quantité de liquide et surtout de faire en sorte que la pression ventriculaire reste toujours positive.

Névralgie de la VIIIe racine postérieure cervicale droite. Résection intra-rachidienne de cette racine et des racines sus et sous jacentes. Guérison opératoire et fonctionnelle, par CHIPAULT et DEMOULIN (*Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1895, n° 2 p. 136). — Un employé de banque âgé de 34 ans, a ressenti en janvier 1891, un matin en s'habillant, une douleur le long du bord interne du petit doigt, douleur qui reparut les jours suivants sous l'influence d'un contact même léger et ne céda à aucun traitement. A partir du mois de juin 1891 le malade fut incapable d'écrire et dut quitter ses fonctions d'employé. L'élongation de la branche dorsale cutanée du cubital suivie de la section du cubital dans la gouttière épitrochléenne n'améliora point les souffrances du malade. Le malade s'adonna alors à la morphine. Au mois d'aout 1894, examiné par les auteurs, il était amaigri, pâle, les paupières œdématiées, le poignet était légèrement fléchi sur l'avant-bras, l'annulaire et surtout le petit doigt fléchis sur le métacarpe. Il y avait une atrophie manifeste des muscles de la partie antéro-interne de l'avant-bras, des interosseux et des éminences thénar et hypothénar. Le petit doigt et la partie interne de l'avant-bras étaient œdématiés. Toutes les 10 ou 15 minutes, sans cause ou à la suite d'un frottement ou d'un changement de température, la douleur qui siégeait au petit doigt et à la partie interne de la main prenait une intensité extrême et remontait le long de la face interne de l'avant-bras, jusqu'au coude. Les auteurs, encouragés par une intervention (arrachement total de la branche dorsale cutanée du cubital) dans un cas, en apparence analogue, résolurent de pratiquer la même opération, mais la douleur ne fut pas améliorée. Cependant un examen répété du malade fit concevoir des doutes sur le diagnostic qui avait été admis, et le diagnostic de névralgie de la VIIIe racine cervicale droite s'imposa. Une nouvelle intervention fut décidée : l'ouverture exploratrice du canal rachidien au niveau de la 8e cervicale droite et si on ne trouvait point de néoplasme ou d'hyperostose la comprimant, la résection intradurale de sa partie sensitive entre la moelle et le ganglion, résection complétée par celle des racines postérieures sous et sus-jacentes, pour se conformer à la donnée physiologique qui admet l'insuffisance de la section d'une seule racine pour anesthésier son territoire. Après l'opération, le malade n'a eu ni vomissement, ni le moindre symptôme de choc. Deux heures après avoir été reporté dans son lit, l'opéré s'est prêté à un examen détaillé. Depuis son réveil, il n'a pas eu de crises, ni de douleur quelconque ; il fait mouvoir ses doigts ; il prend un verre plein d'eau, écrit sans souffrance et sans autre gêne des mouvements que celle consécutive à l'ancienne section du nerf cubital. Quatre mois après l'intervention la guérison persiste absolument parfaite ; il n'y a plus la moindre crise douloureuse, les bandes hypéresthésiques post-opératoires elles-mêmes ont disparu si bien que la main peut être utilisée pour écrire et que le malade a repris ses fonctions d'employé de bureau. Il n'y a pas traces de troubles oculo-pupillaires ni d'altérations du fond de l'œil. Enfin l'état général est excellent, car l'opéré a augmenté de 47 livres. Le malade par conséquent était atteint non d'une névralgie du nerf, mais d'une pseudo-névralgie radiculaire, comme la délimitation de la zone hypéresthésique le prouvait et qui n'est nullement celle du nerf cubital. La pathogénie de cette pseudo-névralgie, en l'absence de tout symptôme rachidien ou médullaire, est difficile à déterminer.

Un cas d'hémianopsie hystérique, par P. JANET (*Archives de neurologie*, mai 1895, p. 337). — La malade qui fait l'objet de ce travail est une femme de 42 ans dont l'histoire a été autrefois publiée par l'auteur au sujet des idées fixes de forme hystérique qu'elle présentait. Elle a eu au mois de juin 1894, des hémorrhagies utérines considérables à la suite desquelles les troubles nerveux et mentaux qui avaient disparu depuis longtemps réapparurent sous une forme singulière. D'abord elle a présenté des troubles connus sous le nom de persistance des images visuelles ; ensuite, quand la malade regardait un objet attentivement, elle s'aperçut qu'un des côtés, le côté situé à sa droite, était mal vu, qu'il disparaissait peu à peu. Au bout de peu de jours l'hémiopie devenait permanente et la malade était obligée de faire des mouvements des yeux et de regarder de côté pour voir les objets en entier. Dans la fixation normale elle n'y voyait que le côté gauche. L'examen des yeux au périmètre, fait voir que le champ visuel de l'œil gauche est partout rétréci. Il n'est que de 70 du côté externe, mais il est considérablement rétréci du côté interne où il est plus petit que 10. L'examen de l'œil droit donne un rétrécissement encore plus marqué. En dehors de ces faits, la malade est bien réellement une hystérique, elle présente actuellement tous les stigmates de la névrose. Elle est fortement hypoesthésique sur tout le côté droit du corps et la main est complètement anesthésique.

Mais ce qui est plus intéressant, c'est que la malade présente dans le champ hémiopique des sensations subconscientes malgré l'anesthésie rétinienne, ce qui démontre la nature hystérique de cette hémianopsie. Quant à la cause qui a déterminé la forme du champ visuel, l'auteur l'attribue à une idée fixe. Quoi qu'il en soit, cette observation montre l'existence d'un symptôme contesté de l'hystérie et prouve une fois de plus que l'hystérie est la grande simulatrice des affections organiques.

Sur les affections de la queue de cheval à propos de deux cas de ces affections, par le professeur RAYMOND (*Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1895, n° 2, p. 65). — La première malade est âgée de 46 ans. A l'âge de 23 ans, elle avait fait deux chutes successives dans un escalier et sans aucune conséquence. En 1891, elle tomba trois fois dans un bassin d'eau froide ; ces chutes n'ont été précédées d'aucun étourdissement et il n'en est point résulté d'indisposition les jours suivants. De par son métier de blanchisseuse, elle était obligée de passer la plus grande partie de la journée au lavoir. En 1892, apparaissent des douleurs vagues, dans la région lombaire et dans le membre inférieur gauche. Au mois de décembre 1893, elle s'aperçut un matin au réveil que sa jambe était paralysée. Cette paralysie flasque s'accompagne dès les premiers jours de constipation, de rétention d'urine avec incontinence par regorgement. Actuellement, elle présente une anesthésie du bord inférieur du pied gauche, du périnée, de la fesse et de la vulve du même côté, de l'urèthre, de la vessie et du rectum avec incontinence d'urine. Parésie des extenseurs du pied et des adducteurs et abducteurs de la cuisse, une atrophie des muscles de la jambe et du pied gauche, accompagnée de réaction de dégénérescence ; enfin, existence d'une eschare unilatérale à gauche de la rainure interfessière.

Le deuxième cas se rapporte à une jeune fille de 19 ans, entrée à l'hôpital pour des douleurs atroces dans le membre inférieur droit, douleurs exagérées par les plus petits mouvements du membre. On constata d'une façon très nette l'existence d'un point douloureux à la région sacrée de chaque côté de la ligne médiane. Elle avait de temps à autre de l'incontinence des matières fécales, une anesthésie très nette du périnée et de la vulve, de la fesse droite, du bord plantaire interne du pied droit. A la partie supérieure de la rainure interfessière existait une eschare superficielle empiétant sur la fesse droite qui était atrophiée. Dans ses antécédents, on trouvait une chute violente sur la région des reins, à l'âge de 17 ans, et six mois avant le début des accidents actuels, nouvelle chute sur le coccyx. Elle ressentit des douleurs assez vives dans la région des fesses pendant une huitaine de jours. La marche était gênée. Ces phénomènes disparurent peu après et ce fut seulement six semaines avant son entrée à l'hôpital que les phénomènes décrits firent leur apparition.

Les phénomènes présentés par ces deux malades réalisent un tableau symptomatique qui emprunte des traits en partie aux paralysies périphériques, en partie aux paralysies centrales. La lésion doit intéresser aussi à la fois l'axe spinal et l'origine d'une partie des nerfs destinés aux membres inférieurs, c'est-à-dire qu'elle affecte la queue de cheval.

Le professeur Raymond, après avoir rassemblé et commenté les observations publiées sur les affections de la queue de cheval, croit pouvoir déterminer le siège exact de la lésion

par les manifestations symptomatiques que présente le malade, et il admet la division suivante:

a) Des symptômes en rapport avec une paralysie de la vessie seulement ou de la vessie et du rectum (compression des nerfs destinées à ces organes par une tumeur du *filum terminale*).

b) Ces mêmes symptômes associés à une anesthésie à distribution bien nette: scrotum ou grandes lèvres, privée, pourtour de l'anus, région fessière inférieure (*lésion en foyer ayant désorganisé le centre ano-vésical à la base du cône terminal*).

c) Des alternatives d'incontinence et de rétention d'urine, d'incontinence des matières fécales et de constipation avec anesthésie de la zone génito-périnéo-ano-fessière et en outre une paralysie sensitivo-motrice de la région cutanée et des muscles innervés par le péronier (affections des *racines inférieures du plexus sacré*).

d) Ces mêmes symptômes avec cette différence qu'aux membres inférieurs la paralysie sensitivo-motrice est limitée aux domaines innervés par les sciatiques, mais respecte le domaine d'innervation du péronier (*affections des racines supérieures du plexus sacré*).

e) Ces mêmes symptômes avec cette différence qu'aux membres inférieurs la paralysie sensitivo-motrice s'étend à tout le domaine innervé par le sciatique; paralysie des muscles de la région postérieure de la cuisse, de tous les muscles de la jambe et du pied; anesthésie de la face postérieure de la cuisse et de la jambe, de la région plantaire ou de toute la surface du pied, moins le bord interne (affections de toutes les racines du plexus sacré ou de la portion correspondante de la moelle).

f) Ces mêmes symptômes, plus une parésie des muscles de la cuisse innervés par des branches (crural et obturateur) du plexus lombaire (*affection ayant occasionné une paralysie complète des racines du plexus sacré et une paralysie incomplète des racines du plexus lombaire*).

g) Enfin une paralysie sensitivo-motrice complète de la totalité des membres inférieurs, l'anesthésie remontant jusqu'à la partie inférieure du ventre et du dos avec paralysie de la vessie et du rectum (*affection intra-spinale remontant jusqu'en renflement lombaire, ou affection extra-spinale intéressant à la fois les plexus lombaire et sacré*).

Le sein hystérique, par Gilles de la Tourette (*Nouvelle inconographie de la Salpétrière*, 1895, n° 2, p. 107). — Cette affection a été rangée par Fabre parmi les troubles trophiques liés à l'hystérie et rapprochée de l'œdème sous la dépendance duquel elle paraît être. Au point de vue chirurgical elle présente un intérêt particulier. Le sein hystérique n'est pas très rare, mais il est fort peu connu; on n'en connaît pas d'exemple chez l'homme. Dans l'étiologie souvent on trouve notée la contusion de l'organe. Dans son ensemble l'affection hystérique du sein consiste en une augmentation permanente ou temporaire du volume de l'organe avec hyperesthésie considérable de la peau qui recouvre la mamelle. Au moment de la crise la mamelle se tuméfie, le mamelon s'érige, l'organe tout entier augmente dans des proportions considérables qui peuvent en doubler le volume sinon plus. L'hypéresthésie de la peau est parfois si exquise que les malades ne peuvent pas supporter le frottement de la chemise. Souvent la douleur éprouvée par la malade ne reste pas localisée, elle s'irradie du côté de l'aisselle du rachis et peut s'accompagner de symptômes de l'angine de poitrine hystérique. Au moment où le gonflement du sein est à son maximum, l'accès éclate soit sous forme de chorée rhythmée, soit sous forme de paroxysme convulsif ordinaire. L'aspect du tégument qui recouvre la mamelle varie suivant les cas.

Le sein hystérique est une affection parfaitement caractérisée qui est sous la dépendance d'une zone hypéresthésique de la peau de la région mammaire et d'un œdème du tissu conjonctif de la glande qui peut revêtir les aspects blanc, rose ou violet de l'œdème hystérique. En tenant compte de ces faits le diagnostic semble facile à établir et cependant l'amputation a été plusieurs fois pratiquée. Du reste l'intervention sanglante n'est pas de nature à faire cesser les douleurs. Le diagnostic est plus difficile, lorsque aux phénomènes précédemment décrits, s'ajoutera l'ulcération de la peau ou plus particulièrement du mamelon, signe si précieux en clinique des tumeurs malignes du sein. On ne connaît que deux observations de cet ordre. La première a trait à la demoiselle Coirin qui guérit d'un « cancer au sein par l'application de terre recueillie sur le tombeau du diacre Paris». L'autre se rapporte à la demoiselle Anne Augier qui, elle aussi, présentait un sein hystérique ulcéré et diagnostiqué cancer. Cette grande hystérique guérit aussi d'une paraplégie et de son cancer sous l'influence de l'auto-suggestion.

CHIRURGIE

Infection expérimentale de l'œil (Experimentelles zur Lehre von den Infectionskrankheiten des Auges), par Perles (*Virchow's Arch.*, 1895, vol. 140, fasc. 2, p. 209). — Les expériences de l'auteur ont consisté à inoculer dans la cornée ou la chambre antérieure de l'œil des lapins, des cultures variées. Les résultats de ces inoculations ont varié avec l'espèce microbienne employée. Ainsi la sarcine jaune et rouge et le vibrion cholérique provoquaient des modifications insignifiantes qui disparaissaient rapidement. Les bacilles typhiques introduits dans la chambre antérieure de l'œil donnaient lieu à la formation d'un abcès dans le corps vitré avec hypopyon et occlusion de la pupille par une fausse membrane. Les cultures pures de streptocoques provoquaient la formation d'un exsudat qui se résorbait rapidement, par contre avec le pus contenant des streptocoques on obtenait une iritis septique et une suppuration du corps vitré. Les bacilles diphtériques injectés dans la chambre antérieure provoquaient de la suppuration et une irido-kératite d'intensité moyenne. L'injection du pneumocoque de Frænkel-Weichselbaum était suivie d'infection générale de l'organisme.

Pathogénie des luxations congénitales de la hanche et du genou (Die Entstehung der congenitalen Luxationen der Hufte und des Knies und die Umbildung der luxirten Gelenktheile), par Holtzmann (*Virchow's Arch.* 1895, vol. 140, fasc. 2, p. 272). — Le travail de l'auteur basé sur l'étude d'une quinzaine de préparations de luxations congénitales de la hanche s'occupe principalement de la pathogénie de cette affection. L'examen détaillé de six fœtus sert tout d'abord à l'auteur, à rejeter la théorie de Grawitz (arrêt de développement du cartilage en Y) et celle de Roser (position anormale des membres dans l'utérus) pour leur substituer la théorie de l'hypoplasie, du défaut de développement du bassin. D'après l'auteur notamment les luxations congénitales de la hanche datant des premiers temps de la vie fœtale (luxations d'origine fœtale précoce) seraient produites par un trouble de développement du blastème central aux dépens duquel se forment les parties du bassin, lesquels troubles se manifesteraient principalement par un arrêt de développement de la cavité cotyloïde. Dans la majorité des cas le défaut de développement de la cavité cotyloïde est un phénomène partiel du défaut de développement des autres parties du bassin et des fémurs. Le plus souvent la tête du fémur ne se développe pas non plus d'une façon normale, mais comme son développement se fait mieux pourtant que celui de la cavité cotyloïde, la tête finit à la fin d'abandonner la cavité. Une hypoplasie limitée exclusivement à la cavité cotyloïde ne s'observe que dans un très petit nombre de cas. Les troubles de développement en question datent de la 6e ou 7e semaine de la vie intra-utérine et s'accompagnent ordinairement d'autres malformations (spina bifida, fente abdominale, etc.).

Dans les luxations infantiles, tardives, datant souvent des derniers mois de la vie intra-utérine, la cause est le plus souvent une paralysie des membres inférieurs survenue pendant les premiers jours de la vie ou même d'origine intra-utérine. Cette paralysie suivie de contracture crée des conditions mécaniques telles que la tête du fémur abandonne la cavité cotyloïde; la déformation de la tête par la transformation fibreuse du cartilage articulaire favorise cette expulsion. L'auteur appuie cette hypothèse sur l'étude de plusieurs cas tant personnels que consignés dans des musées et sur la comparaison de ces cas avec ceux d'origine traumatique ou pathologique.

Quant à la pathogénie des luxations congénitales du genou, l'auteur qui en a observé un cas se rattache à la théorie de Muller d'après laquelle la luxation serait due à la position d'hyperextension des genoux, que le fœtus prend quelquefois dans l'utérus.

Résultats fonctionnels des interventions sur l'estomac (Ueber das fonctionnelle Resultat der Mageno perationen), par MINZ (*Wien. klin. Woch.*, 1895, nos 16, 17 et 20). — En s'appuyant sur des faits tant personnels qu'empruntés à des auteurs, l'auteur étudie dans son travail les résultats fonctionnels de la gastrectomie et de la gastro-entérostomie dans les affections cancéreuses ou non de l'estomac.

D'après l'auteur, les résultats de la pylorectomie pour cancer se manifesteraient en premier lieu par la disparition de la dilatation de l'estomac grâce au rétablissement des fonctions motrices de l'organe. Le retour des fonctions ne fait défaut que dans les cas où il existe une atrophie ou une dégénérescence cancéreuse de la couche musculaire de l'estomac, laquelle dégénérescence peut être soupçonnée quand le cancer du pylore n'est pas accompagné d'une dilatation concomitante de l'estomac. Malgré l'ablation du pylore l'estomac redevient continent, par un mécanisme encore difficile à élucider. Contrairement aux fonctions motrices, les fonctions sécrétoires de l'estomac ne se rétablissent pas, les troubles de sécrétion qui existent dans le cancer étant dus à une atrophie cancéreuse ou non de la muqueuse. L'opération est donc impuissante à les rétablir.

Dans la *gastro-entérostomie pour cancer* les troubles sécrétoires s'aggravent encore après l'opération, si bien qu'au bout de quelques mois les fonctions sécrétoires de l'estomac sont presque complètement abolies. Les fonctions motrices s'améliorent considérablement, sans toutefois devenir normales : on n'observe plus, après l'opération, de rétention des aliments et au matin on trouve ordinairement l'estomac vide, mais il persiste toujours une certaine atonie se manifestant par un séjour prolongé des aliments dans l'estomac. Comme après la pylorectomie, la fistule gastro-intestinale ferme suffisamment l'estomac.

Le bénéfice que les malades retirent de la gastro-entérostomie est donc dû essentiellement à ce que l'opération fait disparaître la stagnation des aliments et par conséquent les fermentations.

Dans la *gastro-entérostomie pour sténose cicatricielle du pylore* l'estomac reprend ses dimensions normales : les fonctions motrices se rétablissent complètement, les fonctions sécrétoires redeviennent normales et la nouvelle bouche stomacale est aussi continente qu'un pylore.

GYNÉCOLOGIE

Sténose du vagin par corps étranger (Hochgradige Narbenstenose der Scheide veranlasst durch einen Fremdkorper), par WINTERNITZ (*Centralb. f. Gynækol.*, 1895, n° 24, p. 641). — L'observation que publie l'auteur se rapporte à une femme de 28 ans, entrée à l'hôpital pour des douleurs abdominales survenues, six semaines auparavant, au milieu des règles. Les douleurs très violentes durèrent une quinzaine de jours pendant lesquels la malade fut obligée de garder le lit. Actuellement il existait un écoulement vaginal purulent, très fétide. La malade avouait avoir introduit dans son vagin, six ans auparavant, une bobine de fil.

A l'examen on trouva le vagin fermé au niveau de son tiers supérieur par une sorte de membrane cicatricielle, percée au centre d'un orifice laissant à peine passer une sonde presque filiforme. Deux incisions latérales, faites sous le chloroforme, permirent d'arriver au compartiment supérieur et d'extraire le corps étranger.

L'auteur a réuni dans son travail 5 autres observations de bobines de fil introduites dans le vagin. Dans tous ces cas le corps étranger avait provoqué un rétrécissement cicatriciel du vagin, et un écoulement fétide.

BIBLIOGRAPHIE

Maladies de la moelle épinière, par BYRON BRAMWELL. Troisième édition. F. Clay (Édimbourg).

Le nom de Byron Bramwell, ses nombreux ouvrages et notamment ses leçons sur les maladies de la moelle sont assez connus du public médical français pour qu'il ne soit pas besoin de faire un long éloge de cette nouvelle édition. Traduites en français il y a quelques années par MM. Thoinot et Poupinel, ces leçons se distinguent avant tout par leur caractère clinique; c'est la description du symptôme, c'est l'étude du diagnostic qui arrêtent le plus longtemps l'auteur; celui-ci pourtant ne néglige pas l'anatomie pathologique et l'étiologie et laisse à leur exposé une place suffisante. Voulant avant tout faire œuvre pratique il a négligé à dessein toutes les questions d'érudition, a laissé le plus possible hors de son sujet et les citations d'auteurs, et les indications bibliographiques ; on peut même regretter de ne le voir pas citer certains noms qui devraient pourtant de toute justice être signalés; pourquoi, par exemple, à propos de l'étiologie du tabes, du rôle de la syphilis parmi les causes déterminantes de cette maladie, ne pas rappeler le nom du professeur Fournier, alors que l'auteur expose d'ailleurs très clairement les idées que le maître français soutient depuis si longtemps avec tant d'ardeur et de conviction? Quoi qu'il en soit, et ces réserves faites, il faut reconnaître que la lecture de ces leçons est singulièrement facile et attrayante. L'auteur met bien au point les questions qu'il traite; cette troisième édition notamment a été complètement revue, augmentée de pages nouvelles, de nombreuses figures. Ses premières leçons, les plus importantes, sont sur la paralysie infantile, la sclérose primitive du cordon pyramidal, l'atrophie musculaire progressive, les diverses formes de myopathies; puis c'est avec raison l'ataxie locomotrice qui occupe une place importante et à l'étude clinique de laquelle l'auteur consacre de longues pages; la maladie de Friedreich, la sclérose en plaques, la syringomyélie sont également l'objet de descriptions étendues, où le diagnostic est méthodiquement et complètement fait; l'auteur a voulu traiter particulièrement ce chapitre ordinairement négligé et peut-être même y apporte-t-il une précision trop étudiée. Les pages sur les myélites aiguës, les méningites spinales, les tumeurs extra et intra-médullaires, enfin la leçon sur les lésions traumatiques de la moelle et le « railway spine » sont toutes des plus utiles à lire; on voit que l'auteur parle en clinicien expert de maladies qu'il a souvent eu l'occasion d'étudier et apporte le fruit de son expérience personnelle. Les figures multiples dont est illustré le volume, reproductions de préparations microscopiques, schémas divers, photographies de malades et l'ensemble de l'exécution matérielle ajoutent encore à l'attrait de cet ouvrage et contribuent à expliquer son succès mérité.

P. L.

Manuel de sérothérapie antidiphthérique, par le Dr M. FUNCK, chef des travaux bactériologiques à l'Institut sérothérapique de Bruxelles. Lamertin, 1895.

La sérothérapie est venue enrichir dans ces dernières années notre arsenal thérapeutique d'une arme précieuse mais qui demande, pour arriver au but poursuivi, à être maniée en parfaite connaissance de cause.

Il ne suffit pas d'avoir une vague idée de la puissance de ce nouveau traitement ou de son mode d'emploi, encore faut-il en connaître et comprendre le principe. C'est ce qui a engagé l'auteur à publier ce travail; sans perdre le lecteur dans des détails inutiles le Dr Funck est parvenu cependant à donner un aperçu complet, méthodique et pratique du traitement.

Dans l'introduction nous assistons à l'évolution de la sérothérapie et la part due à chacun y est exposée.

La première partie est consacrée à la préparation du sérum antidiphthérique; nous y apprenons la préparation du poison diphthérique, les méthodes d'immunisation, les méthodes d'essai de la valeur antitoxique du sérum et les méthodes de concentration et d'extraction de l'antitoxine.

Les applications du sérum dans la diphthérie expérimentale sont passées en revue dans la deuxième partie, ainsi que les théories proposées pour expliquer l'action du sérum.

La troisième partie nous expose les données complètes pour faire le diagnostic bactériologique de la diphthérie. L'auteur décrit les formes cliniques de la diphthérie, la technique de l'injection; il termine par un aperçu des résultats généraux obtenus en 1894 et s'occupe de l'importante question de la prophylaxie de la diphthérie.

Dr VUES (de Bruxelles).

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Éléments de pathologie cellulaire générale, par S. M. Lukjanow. Un vol. in-8°. Prix : 9 francs. Paris, G. Carré.

Ces leçons faites à l'Université impériale de Varsovie, par le professeur de pathologie générale, ont été traduites en français par MM. Fabre-Domergue et Petit.

Ce livre très spécial est le premier essai qui ait été tenté dans cette voie si neuve, il offre par la précision de ses descriptions un réel intérêt. Ce n'est pas à dire pour cela que toutes les opinions émises ou défendues par l'auteur puissent être considérées comme définitivement acquises à la science. Les traducteurs se sont bornés à être fidèles et ont tenu à ne pas altérer la physionomie de l'ouvrage.

Ce livre comprend vingt leçons, il débute par le schéma morphologique et physico-chimique de la cellule, il étudie sa vie, ses dégénérescences, ses métamorphoses, ses fonctions, ses altérations, son envahissement par les parasites, sa mort. C'est donc un véritable traité de la vie et des maladies de la cellule.

Il faut féliciter nos confrères de nous avoir traduit un ouvrage d'une valeur scientifique aussi importante.

Thèses des Facultés.

De l'hématosalpinx. Pathogénie, symptomatologie et traitement, par Emile Camelot.

L'hématosalpinx, sans constituer une entité morbide absolument définie, mérite une description spéciale en raison des particularités de sa pathogénie et de son évolution. Sa pathogénie n'est pas unique. Dans la presque totalité des cas, il a pour point de départ soit une salpingite hémorrhagique, soit, et plus souvent peut-être, une grossesse tubaire arrêtée dans son évolution. Dans la salpingite hémorrhagique, le développement considérable de la vascularisation, l'influence de certaines causes congestives, expliquent la production de l'épanchement sanguin. L'oblitération des orifices tubaires, nécessaire à l'enkystement du sang, est facilement réalisée dans ces cas. Dans la grossesse tubaire avortée, la persistance, démontrée par l'examen microscopique, des villosités choriales au niveau de la paroi de l'oviducte est la cause des hémorrhagies. Leur atrophie progressive a en effet pour résultat de désobstruer les vaisseaux maternels. Dans les deux formes, l'inflammation de la trompe joue un rôle considérable.

Après avoir donné lieu à des symptômes en général peu différents de ceux des autres salpingites kystiques, l'hématosalpinx évolue le plus souvent vers la suppuration ou vers la rupture. Son évacuation spontanée, possible dans quelques cas, est rarement définitive. C'est dire que le pronostic en est grave. Le diagnostic, possible assez souvent, se basera sur une étude attentive des signes physiques et surtout des symptômes fonctionnels. En général, l'hématosalpinx se distinguera des autres collections tubaires par l'augmentation brusque ou rapide du volume de la trompe chez une femme présentant des symptômes de la salpingite ou de grossesse extra-utérine — et, malgré une crise aiguë, par l'absence d'élévation de la température.

Le traitement de l'hématosalpinx, variable suivant les formes et suivant les complications qu'il présente, doit souvent, mais non toujours, être radical. L'extirpation des annexes met en effet la malade à l'abri des hémorrhagies successives et surtout des dangers de la rupture. La laparotomie ou l'hystérectomie vaginale pourront être utilisées, selon les cas, le siège et le volume de la tumeur ; mais, dans certains cas spéciaux, on pourra essayer un traitement moins radical, par la méthode indirecte, soit par la ponction vaginale. Dans les cas compliqués de rupture, si les symptômes sont assez graves pour exiger une intervention immédiate, on aura recours à la laparotomie. Pour les cas compliqués d'hématocèle rétro-utérine, c'est à l'incision vaginale ou à l'hystérectomie que l'on donnera la préférence, sauf à recourir à la laparotomie dans quelques circonstances exceptionnelles.

VARIÉTÉS

Nécrologie. — Le Dr Paul Kiener, médecin principal, directeur du service de santé du 16e corps, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de Montpellier, vient de mourir à l'âge de 54 ans. Etudiant à Strasbourg il y a une trentaine d'années, il avait contribué à y fonder une société littéraire et s'était lié d'amitié avec tous ceux qui avaient le goût délicat et le désir de contribuer pour une part, si faible qu'elle fût, au développement intellectuel de la jeunesse des écoles. Elève de l'Ecole du service de santé militaire il y revint en 1869, comme répétiteur de pathologie interne, subit, en 1870, le siège de Strasbourg et fut ensuite pendant deux années notre collègue à cette école transférée à Montpellier. C'est là qu'il commença à donner la mesure de son savoir et de ses aptitudes professorales en inaugurant des conférences d'anatomie pathologique que les maîtres de l'Ecole de Montpellier venaient suivre avec leurs élèves, Envoyé en Algérie, il y retrouva notre ami Kelsch, aujourd'hui directeur de l'Ecole de Lyon, et, pendant plusieurs années, la collaboration de ces deux savants donna naissance à toute une série de travaux du plus haut intérêt sur l'anatomie pathologique et la clinique des maladies des pays chauds. Après plusieurs années passées en Algérie, Kiener vint concourir pour l'agrégation du Val-de-Grâce et nous succéda comme agrégé de clinique médicale en 1878. Peu d'années après il était désigné au choix du ministre pour la chaire d'anatomie pathologique par l'unanimité des professeurs de la Faculté de Montpellier. Alors que des règlements militaires draconiens avaient obligé ses prédécesseurs Kelsch, Lacassagne, etc., à opter entre leurs fonctions militaires et leur situation dans l'enseignement, Kiener fut maintenu à Montpellier pour le grand bien de l'enseignement et du service de santé militaire. En cumulant ses fonctions universitaires avec les fonctions de Directeur du service de santé du 16e corps, il honora les unes et les autres par la distinction de son esprit et l'honnêteté de son caractère. Tous ceux qui l'ont connu regretteront vivement sa mort prématurée.

L. L.

Le service militaire des étudiants. — Le *Journal officiel* du 17 juillet promulgue dans les termes suivants la loi nouvelle :

Article unique. — L'article 24, paragraphe 1 et 2, de la loi du 15 juillet 1889 est modifié ainsi qu'il suit :

« *Art. 24.* — Les jeunes gens visés au paragraphe 1er de l'article précédent qui, dans l'année qui suivra leur année de service, n'auraient pas obtenu un emploi de professeur, de maître répétiteur ou d'instituteur ou qui cesseraient de le remplir avant l'expiration du délai fixé ;

« Ceux qui n'auraient pas obtenu avant l'âge de vingt-six ans les diplômes ou les prix spécifiés aux alinéas du paragraphe 2, à l'exception toutefois des diplômes de docteur en droit, de docteur en médecine, de pharmacien de 1re classe et du titre d'interne des hôpitaux nommé au concours dans une ville où il existe une faculté de médecine, pour l'obtention desquels la limite d'âge, en ce qui touche le bénéfice résultant de l'article 23, est fixée à vingt-sept ans. »

La présente loi aura effet rétroactif à dater du 1er janvier 1895.

Jurisprudence médicale.

Dentiste. — Prise du titre de docteur sans indication d'origine. — Applicabilité de l'article 20 de la loi du 30 novembre 1892. — Droits des syndicats.

Le droit de poursuite sur citation directe, accordé aux syndicats de médecins et de dentistes par la loi du 30 novembre 1892, n'est pas restreint au seul délit d'exercice illégal de la médecine, mais peut s'exercer dans tous les cas lésant leurs intérêts corporatifs.

Rentre dans l'un de ces cas le fait, par un dentiste qui n'est pas docteur en médecine d'une faculté française, de faire, dans une annonce de journal ou dans un prospectus, précéder son nom de la mention abrégée docteur, *sans autre indication, ledit fait constituant le délit d'usurpation du titre de docteur en médecine.*

M. Ronnet, chirurgien dentiste, demeurant à Paris, rue du Quatre-Septembre, n° 1, agissant au nom et comme président du syndicat des chirurgiens dentistes de France, a cité en police correctionnelle M. Adler, se disant docteur Adler, dentiste, demeurant à Paris, avenue de l'Opéra, n° 16, et M. Miller, se disant docteur James Miller, dentiste, demeurant à Paris, 16, rue de la Monnaie (Louvre-Dentaire), à l'effet de s'entendre condamner aux peines portées par l'article 9, paragraphes 4 et 18, de la loi du 10 novembre 1892, et en outre à un franc de dommages et intérêts.

Me Roger, au nom de la partie civile, a soutenu que chacun des prévenus avait fait précéder dans ses annonces, circulaires et enseignes, son nom du titre de docteur, sans pouvoir justifier de l'obtention de ce titre décerné par l'une

des facultés de médecine françaises. En supposant même qu'ils aient obtenu le titre de docteur d'une université étrangère, ils devraient être considérés comme usurpant le titre français de docteur en médecine, en se livrant à l'exercice de la médecine sans indiquer l'origine étrangère de leur titre, ainsi que le veulent les prescriptions de l'article 21 de la loi du 30 novembre 1892.

Enfin, le syndicat poursuivant était recevable en droit à demander la répression de ce délit ainsi que la réparation du préjudice causé.

Me Frémard pour M. Adler, Me Delpierre pour M. Miller, ont développé les conclusions suivantes :

Plaise au Tribunal,

Dire que l'article 17 de la loi du 30 novembre 1892 ne donne aux syndicats le droit de saisir les Tribunaux qu'en ce qui concerne spécialement l'exercice illégal de la médecine ou de l'art dentaire, et non l'usurpation seule de titre qui ne saurait causer au syndicat aucun préjudice, élément nécessaire à toute intervention civile;

Déclarer la demande non recevable; dire subsidiairement que l'article 20 de ladite loi ne vise intentionnellement que l'usurpation du titre français de docteur en médecine, et non le seul titre de docteur et n'incrimine l'usurpation de ce titre que pour quiconque se livre à l'exercice de la médecine;

Et attendu que le demandeur reproche seulement aux prévenus d'avoir pris le titre de docteur, et ne prétend, en aucune façon, qu'il se soit livré à l'exercice de la médecine ;

Dire que les faits dénoncés par le demandeur ne sauraient constituer le délit prévu par l'article 20 visé dans l'assignation.

Plus subsidiairement et en fait :

Attendu que M. Adler et M. Miller n'ont jamais pris le titre de docteur;

Déclarer M. Ronnet ès-qualités mal fondé en sa demande et le condamner aux dépens.

M. le substitut Fournel a soutenu le bien fondé des prétentions du demandeur.

L'article 17, a-t-il dit, de la loi du 30 novembre 1892 n'a pas restreint le droit de poursuites ni citation directe des syndicats de médecins et de dentistes au seul délit d'exercice illégal de la médecine. Ces syndicats peuvent, en outre, poursuivre en vertu de l'article 6 de loi de 1884, sur les syndicats professionnels, le délit d'usurpation du titre de docteur en médecine et généralement les infractions à la loi du 30 novembre 1892 qui lèsent leurs intérêts corporatifs. Or, le fait par un dentiste, qui n'est pas docteur en médecine d'une Faculté française, de faire, dans une annonce de journal ou dans un prospectus, précéder son nom de la mention abrégée « docteur » sans autre indication, constitue un fait d'usurpation du titre de docteur en médecine. Cette usurpation est punissable aux termes de l'article 20 de la loi du 30 novembre 1892, parce que, d'après la terminologie adoptée par le législateur de 1892, cette usurpation étant accompagnée de l'exercice de l'art dentaire, se trouve, par là même, accompagnée de l'exercice de la médecine.

Conformément à ces conclusions, le Tribunal a rendu le jugement suivant :

« Le Tribunal,

» Attendu qu'il résulte des débats la preuve qu'en 1895 Adler a pris, dans les annonces réclames du *Figaro* le titre de docteur, sans indiquer l'origine de ce titre; que le mot « docteur », joint au nom d'un dentiste, ne peut avoir pour le public d'autre signification que celle de docteur en médecine; qu'Alder a donc contreveau aux dispositions de l'article 20 de la loi du 30 novembre 1892; que cet article, rapproché des termes généraux de l'article 16 de la même loi, est applicable à ceux qui exercent l'art dentaire aussi bien qu'à ceux qui pratiquent la médecine; que le syndicat des chirurgiens-dentistes est recevable en son action contre le prévenu.

» Par ces motifs,

» Condamne Adler à 100 francs d'amende et à 1 franc de dommages-intérêts. »

Un second jugement identique condamne M. Miller à 200 francs d'amende et 1 franc de dommages et intérêts.

Un prince oculiste. — Une brochure intéressante du docteur Jenker, assistant médical de Charles Théodore, duc de Bavière, constate que le prince a accompli la 2000e opération de cataracte. On sait que le prince opère surtout les pauvres et que la princesse sa femme l'assiste en soutenant la tête des malades et en procédant aux lavages nécessaires.

Une savante méchanceté. — Le 21 janvier 1894, M. E..., officier de santé dans les Deux-Sèvres, délivrait une ordonnance ainsi conçue :

Chlorhydrate de cocaïne....	un centigramme.
Sucre..........................	huit centigrammes.
Vinaigre de vin............	deux centigrammes.

Pour un cachet. Douze paquets.

L'ordonnance fut présentée au pharmacien dans la même localité, qui, tout en la considérant comme singulière, l'exécuta. Le lendemain, le malade ayant fait observer à M. E... que les cachets n'avaient produit aucun effet, celui-ci ouvrit plusieurs d'entre eux et déclara qu'ils étaient vides. Il accompagna le père de la malade à la gendarmerie, et là fut formulée contre le pharmacien une plainte pour tromperie sur la marchandise vendue. Refus des gendarmes de donner suite à l'affaire, refus également du procureur de la République de poursuivre sur la demande du pharmacien désireux de confondre le médecin.

Après certains incidents judiciaires sans intérêt pour nos lecteurs, le parquet de Bressuire, prenant en considération la situation intéressante du pharmacien, ouvrit une instruction contre lui en vue de lui être utile, et rendit en sa faveur une ordonnance de non-lieu.

L'enquête avait en effet démontré le mal fondé de l'accusation.

M. Villiers, professeur à l'Ecole de pharmacie de Paris, avait retrouvé à l'analyse la moitié du sel cocaïnique et la moitié du sucre, et attribua la perte du reste à l'effet du vinaigre. Des cachets semblables exécutés par l'expert lui-même ne renfermaient au bout de quelques jours que la même proportion de substances solides. De plus, l'ordonnance devait être considérée comme un piège tendu de M. E... au pharmacien. L'apparente vacuité des cachets était un résultat prémédité que devait produire forcément la présence du vinaigre, d'ailleurs sans influence au point de vue curatif à la dose idéale d'une demi-goutte par cachet.

Le 15 février 1895, le tribunal de Bressuire, débarrassé de la question préjudicielle, condamne le médecin à 200 francs d'amende, à 1,000 francs de dommages et intérêts et aux dépens.

Appel de ce jugement fut fait par le médecin et par le procureur de la République. Le médecin déclara devant la cour de Poitiers renoncer à son appel, l'avocat général refusa d'accepter le désistement et requit dans des termes sévères. Une addition de vinaigre, par imitation de son ordonnance, était réservée à l'officier de santé. La Cour éleva l'amende à 500 francs et maintint le jugement du tribunal de Bressuire pour le reste.

Ecole de Santé navale. — Le Ministre de la marine a fixé au 5 août prochain la date d'ouverture des épreuves écrites pour le concours d'admission à l'Ecole de Bordeaux, dans chacun des ports de Brest, Rochefort et Toulon.

Le jury sera composé de MM. Brassac, directeur du service de Santé, à Brest, président; Fontan, médecin principal à Toulon ; Taillotte, pharmacien principal à Rochefort, membres.

Après correction à Paris des épreuves écrites, le jury se transportera successivement à Toulon, Brest et Rochefort. Des membres suppléants seront désignés dans chaque port pour remplacer éventuellement les membres titulaires.

Les examens écrits des médecins et du pharmacien auxiliaires de 2e classe commenceront également le 5 août à huit heures du matin, dans chacune des Écoles annexes.

L'un des membres du jury sera remplacé dans les ports par un second médecin, un second pharmacien, selon qu'il s'agira des médecins ou du pharmacien stagiaire à examiner lors des preuves orales.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

BULLETIN

La réforme des consultations hospitalières. La consultation de l'hôpital Saint-Louis.

Continuant la réforme des consultations hospitalières, le Conseil de surveillance de l'Assistance publique, a dans une récente séance, sur un rapport de M. Millard, réglementé la consultation dans les hôpitaux spéciaux et établi un régime particulier pour l'hôpital Saint-Louis.

Avant d'exposer les réformes adoptées, voyons ce qu'est la consultation de cet établissement, le plus grand centre dermatologique du monde entier.

Chaque matin 250, 300, quelquefois 400 malades (le rapport de M. Millard constate que, en 1894, la moyenne journalière a été de 305 consultants avec un minimum de 244 et un maximum de 478) viennent y demander qui un lit d'hôpital, qui une ordonnance ou plutôt des médicaments, car on y distribue gratuitement des remèdes internes et externes et des bons de bains et de douches.

Introduits par séries de quinze à vingt dans une grande salle qui sert à la fois de vestiaire, de salle de déshabillage et de cabinet médical, ils y forment une sorte de mer houleuse, dont le pittoresque mériterait de tenter le pinceau d'un peintre; avec quelque peine, le rarissime personnel d'infirmiers parvient à l'endiguer en une interminable théorie le long d'une grande table surchargée de papiers multicolores, de bons, d'ordonnances.

De l'autre côté de la table, dans le fond de la salle, se presse une autre cohue composée d'étudiants et de médecins français ou étrangers, venue pour contempler ce panorama vivant de misères humaines, « se faire l'œil » aux dermatoses.

Entre ces deux cohues, se place le médecin, serré entre elles, ayant perdu la liberté de ses mouvements, aidé par un externe faisant fonctions de secrétaire.

Trois heures durant, il est là immobile, mais agissant sans trève ni répit, ne pouvant guère compter que sur lui pour consulter ses 300 ou 400 patients (1), faisant succéder sans interruption les prescriptions aux diagnostics et les diagnostics aux prescriptions.

Le diagnostic, en dermatologie, est pour une grande part une question de coup d'œil : les médecins de l'hôpital Saint-Louis excellent dans le tour de force du diagnostic impromptu, presque automatique. Mais si grandes que soient leur expérience et leur habileté, il est des cas où leur perspicacité est mise à dure épreuve; il leur faudrait un interrogatoire minutieux, prolongé; le temps presse : on remet au malade une carte pour se représenter le lendemain dans la salle du médecin consultant : ainsi se recrute la policlinique que chaque médecin a, par la force des choses, annexée à son service.

S'agit-il, au contraire, d'une affection diagnostiquée d'emblée sans erreur possible : l'externe qui est à la droite du médecin reçoit laconiquement l'indication de la prescription et remet au malade un, deux ou trois bons rédigés et signés à l'avance. Et le médecin passe au malade suivant.

Le malade, muni de ses bons de médicaments, quelque peu ahuri de la manière dont il a été expédié, est dirigé alors vers un guichet, où un garçon de pharmacie lui remet les médicaments auxquels ses bons lui donnent droit. Puis il sort de l'hôpital ; il y a reçu des médicaments, certainement appropriés à l'affection dont il est atteint; mais personne ne lui a dit comment les employer : le médecin n'avait pas le temps de le lui dire, le garçon de pharmacie ne le savait pas, les infirmiers encore moins. Doit-il avaler le contenu de sa bouteille ou se frictionner avec? Cruelle incertitude. Plus d'un — j'en parle par expérience — réédite, mais avec moins de succès, l'histoire du phthisique de Brambilla qui, phthisique par syphilis pulmonaire, se guérit en avalant l'onguent mercuriel destiné à son voisin vénérien, alors que ledit vénérien se frottait avec l'électuaire que lui, le pseudo-phthisique, aurait dû avaler.

(1) Lorsqu'un chef de service a un interne déjà rompu à la pratique dermatologique, il peut lui abandonner un certain nombre de malades; mais pour ne pas être exposé à de grossières erreurs, l'interne doit avoir fait un stage de deux à trois mois, et souvent il quitte le service au bout de six mois.

Après deux heures du travail que je viens d'esquisser, le médecin, épuisé physiquement et intellectuellement, ne voit plus que dans une sorte de vague les derniers malades qui défilent devant lui; il n'est plus qu'un automate et pourrait être remplacé sans grand désavantage par une machine à distribuer des ordonnances.

C'est, du moins, l'impression que j'ai ressentie à la fin de chaque consultation, alors que la confiance de mon maître, M. Besnier, m'avait investi temporairement des laborieuses fonctions de médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Si je récapitulais alors ce que j'avais fait pendant trois heures de consultation, j'arrivais à cette conclusion: j'avais donné de vagues — oh! combien vagues — notions de dermatologie aux médecins que la renommée de la maison avait attirés; j'avais distribué beaucoup de médicaments, mais de ceux-ci combien, mal employés faute de conseils que je n'avais pu donner avec précision, devaient être inutiles, peut-être même nuisibles! J'avais gaspillé l'argent des pauvres sous forme de remèdes mal administrés, j'avais gaspillé du temps, gaspillé de l'énergie intellectuelle, gaspillé de la vigueur physique, gaspillé enfin des trésors cliniques, désormais inutilisables, tout cela faute de temps, faute de ressources matérielles, faute d'une organisation intelligente.

La réforme du service des consultations dans les hôpitaux était une bonne occasion pour modifier un pareil état de choses.

Le directeur de l'Assistance publique proposait de dédoubler la consultation en deux séances, l'une du matin, l'autre de l'après-midi, de créer deux nouvelles places de médecins titulaires chargés exclusivement du service de la consultation et de ne laisser aux autres médecins que le service des salles.

Le Conseil de surveillance s'est refusé avec raison à entrer dans cette dernière voie; il a jugé que le choix des malades à hospitaliser ou à traiter policliniquement devait revenir au médecin qui aurait à les soigner. Comme le fait remarquer M. Millard, une séparation absolue entre la consultation et le service des salles n'irait pas sans conflits et sans réclamations : le médecin chargé de la consultation ne sera-t-il pas tenté d'envoyer, suivant ses tendances et ses goûts, les cas les plus intéressants dans le service ou à la policlinique de tel collègue aux dépens des autres? On aura beau établir un tour de roulement; comme il n'y a jamais urgence, il sera toujours facile de tourner la difficulté en faisant temporiser le malade jusqu'au jour attribué à ce collègue.

On peut encore objecter à ce projet que le médecin chargé de la consultation, même dédoublée, se serait encore trouvé en face d'un nombre colossal de consultants. Pour beaucoup, il ne lui eût pas été possible de faire d'emblée un diagnostic ferme; comment, avec une consultation aussi surchargée tous les jours de la semaine, eût-il trouvé le temps de les examiner? on n'eût pu cependant lui demander de les renvoyer à un de ses collègues en lui avouant qu'il n'avait pas de diagnostic; cet aveu ne se fait que quand on est convaincu par un examen attentif de la quasi-impossibilité du diagnostic.

En outre, au lieu de répartir le travail sur six médecins, on l'eût concentré entre les mains de deux médecins. Il est à douter qu'ils eussent pu longtemps suffire quotidiennement à une pareille besogne.

Le Conseil de surveillance a adopté la solution qui avait été proposée par les médecins en fonctions à l'hôpital Saint-Louis. Elle consiste simplement à faire chaque jour deux consultations au lieu d'une, sans augmenter le nombre des chefs de service. Il en résulte que chacun d'eux aura à assurer deux fois par semaine le service de la consultation, une fois le matin et une fois l'après-midi (1).

Cette solution, — qui, nous devons le dire, n'a été adoptée par le Conseil de surveillance qu'à titre d'essai — ne paraît guère plus satisfaisante. C'est, en réalité, le *statu quo*, ou à peu près.

Qu'arrivera-t-il en effet? Le chiffre des consultants à chacune des séances fût-il diminué de moitié — et en réalité, il ne le sera pas, car l'équilibre ne s'établira que lentement entre les consultants du matin et ceux de l'après-midi, et, de plus, le nombre total des clients de chaque médecin s'accroîtra d'un certain nombre de consultants que leurs occupations ou toute autre cause empêchaient de se rendre à l'hôpital du matin, — leur nombre sera encore trop considérable (150 à 200) pour qu'ils puissent être examinés aussi soigneusement qu'ils devraient l'être, et munis d'une prescription dûment expliquée et précisée.

La tâche du médecin ne sera pas allégée, au contraire; il aura recruté à la consultation un nombre de malades à hospitaliser aussi considérable qu'auparavant. Il n'aura diminué en rien le nombre des malades qu'il aura à soigner à sa policlinique (2); il n'aura pas sensiblement plus de temps à consacrer à chacun d'eux.

Nous ne voyons en somme aucun avantage réel ni pour les malades, ni pour les médecins.

La réforme à introduire dans l'hôpital Saint-Louis serait tout autre à notre avis.

Depuis le temps de Bazin — et même depuis une époque antérieure à Bazin — rien n'a été changé dans l'organisation administrative de l'hôpital Saint-Louis : le nombre des médecins est demeuré le même, et les conditions de la clinique dermatologique se sont considérablement transformées : le diagnostic, devenu plus précis, a exigé l'emploi de nouvelles méthodes; même aidé par un chef de laboratoire compétent, le médecin doit consacrer un certain temps aux examens histologiques et microbiologiques. Mais surtout le traitement externe a pris une importance que nos devanciers ne pouvaient soupçonner : les opérations dermatologiques sont devenues partie intégrante de la thérapeutique et

(1) A cette mesure fondamentale, le Conseil de surveillance en a ajouté une autre. Deux médecins, désignés par une commission spéciale, après présentation par les médecins de l'hôpital Saint-Louis, seront chargés d'assister ceux-ci dans le service de la consultation.

Nous croyons savoir que les médecins de l'hôpital Saint-Louis sont peu favorables à la création des assistants de consultation à l'hôpital Saint-Louis, qu'ils n'avaient pas demandée. D'ailleurs, si on comprend l'adjonction d'un assistant à un chef de service dont il partage plus ou moins complètement les manières de voir et de faire et qu'il seconde réellement, on comprend moins l'adjonction d'un assistant à un service dont le chef change trois fois par semaine, apportant chaque fois ses habitudes, ses idées particu lières : il se trouvera forcément vis-à-vis d'un ou plusieurs de chefs, qu'il sera censé seconder, dans une situation fausse, gênar pour l'un et pour l'autre.

(2) Actuellement, le nombre des malades qui reviennent chac semaine (beaucoup ne sont vus que toutes les deux ou t semaines) est de plus de cent pour chacun des services. Ce nom serait plus que doublé si les médecins moins surchargés de beso pouvaient faire revenir tous les malades dont le traitement e une surveillance attentive et suivie.

nécessitent l'intervention personnelle du chef de service insuffisamment aidé par un personnel d'élèves trop restreint en nombre et trop changeant; l'application de certains topiques ne peut se faire que par lui ou sous sa surveillance personnelle. La visite des salles est devenue pour ainsi dire l'accessoire, primé par le séjour nécessaire au laboratoire, à la salle d'opérations et de pansements; actuellement un service dermatologique de Saint-Louis ressemble moins à un service de médecine qu'à un service de chirurgie.

Dans la foule des malades qui s'y pressent, le plus grand nombre s'en retournent après une opération ou un pansement; même parmi ceux qui sont hospitalisés beaucoup pourraient, sans inconvénient, et avec avantage, être renvoyés chez eux après traitement institué.

Introduction du traitement chirurgical, transformation de plus en plus accentuée en policlinique ou en dispensaire, telle est l'évolution qu'a subie cet hôpital depuis un quart de siècle.

Cette évolution, — et en particulier la transformation en dispensaire qui se traduit pour le budget des pauvres par une économie appréciable et qui rentre d'ailleurs dans les tendances actuelles de la population parisienne — a accru dans des proportions énormes la besogne matérielle des médecins; ils ne peuvent y suffire sans fatigue excessive, et, malgré tout leur dévouement, ils ne parviennent pas à satisfaire à des besoins sans cesse croissants; la pléthore de malades nuit au traitement régulier de chacun d'eux en particulier, comme elle nuit au travail scientifique de ceux qui en ont cure.

Une réforme s'impose déjà et s'imposera encore plus dans la suite : le dédoublement des services médicaux de l'hôpital Saint-Louis. Un médecin, chargé d'une des deux consultations quotidiennes établies par le nouveau règlement, y recruterait amplement le personnel de malades qu'il *peut* soigner soit dans ses salles, soit à la policlinique; il pourrait en surveiller plus attentivement le traitement; malades et médecins trouveraient leur profit à cette *division du travail.*

Les bâtiments actuels de l'hôpital sont assez grands pour contenir un nombre plus considérable de services : de même qu'il y a pléthore de malades à la consultation, il y a pléthore de lits dans chaque service (1). Avec les transformations qu'a subies le traitement des maladies de la peau, avec le développement de la policlinique, une salle de trente à quarante malades est largement suffisante à l'activité d'un seul médecin. On aurait alors, ce qui sera la formule de l'avenir en matière dermatologique, un service annexé à une policlinique et non plus comme aujourd'hui une policlinique annexée à un service. L'ombre d'Alibert tressaillerait sans doute à cette pensée, mais que de fois n'a-t-elle pas dû déjà tressaillir !

Georges Thibierge.

(1) Actuellement la composition de chacun des services de l'hôpital Saint-Louis est la suivante :
Service de M. Besnier : 79 lits.
— — M. Fournier : 82 lits.
— — M. Hallopeau : 115 lits d'adultes, plus 50 lits d'enfants teigneux ; total 165 lits.
— — M. Tenneson : 106 lits plus 100 enfants non hospitalisés, élèves externes de l'École des teigneux.
— — M. Du Castel : 112 lits.
— — M. Danlos : 81 lits.

TRAVAUX ORIGINAUX

De quelques symptômes consécutifs à l'intoxication aiguë par l'oxyde de carbone, par M. Trénel, médecin adjoint des asiles.

Les diverses complications de l'intoxication par l'oxyde de carbone ont été fréquemment étudiés. Cependant la première des observations données ici présente certains détails particuliers. Elle s'ajoute à la série d'observations de cette catégorie qu'a relatées, au Congrès de médecine mentale de 1889, M. Briand, dans le service duquel elle a été recueillie. Les autres cas qui y sont joints ont été observés par nos collègues, MM. Lachaux et Leroy, dans le service de M. Magnan. Ces observations d'une symptomatologie très complexe nous permettront de passer rapidement en revue plusieurs des accidents consécutifs à l'intoxication oxy-carbonée : certains troubles mentaux (amnésie, agitation maniaque, démence) et certains troubles moteurs (chorée, symptômes spasmodiques, etc.), ainsi que les lésions variées décrites par quelques auteurs (1).

Les paralysies, les troubles trophiques, etc. (Brissaud, Rendu, Lancereaux, Boulloche, Leudet, etc.), seront

(1) Les principaux ouvrages les plus anciens qui ont été particulièrement mis à contribution et où l'on trouvera la bibliographie la plus complète et les observations détaillées sont les suivants :

Klebs, Action de l'oxyde de carbone sur l'organisme humain. *Virchow's Archiv.*, 1865, t. 32, p. 450.
Poelchen, Etude sur le ramollissement du cerveau consécutif à l'empoisonnement par l'oxyde de carbone. *Virchow's Archiv.*, t. 112, p. 26. — *Berlin. klin. Woch.*, n° 26, 1882.
Briand, *Compte rendu du Congrès de méd. mentale* de 1889. Paris, 1891. — *Annales d'hygiène*, 1889.
Schwerin, Affections consécutives à l'intoxication par l'oxyde de carbone. *Berlin. klin. Woch.*, 1891, p. 1089, n° 45.
Thèses de Paris : Bourdon, 1843; Laroche, 1866; Molliet, 1832; Mondon, 1889; Simon, 1883.
Thèses de Bordeaux : Planteau, 1883; Lamic, 1891.
Les travaux parus depuis deux ans sont les suivants :
Bruneau, *Thèse de Paris*, 1893.
Becker, Empoisonnement par l'oxyde de carbone. *Vierteljahreschrift für gerichtliche Med*, 1893. V. p. 113 et 336.
Brouardel, *Bull. de l'Acad. Médec.*, 1893, p. 76.
Chlumsky, Mort par l'oxyde de carbone. *Vierteljahreschrift für ger Med.*, 1893. V. p. 320.
Kayser, *Wiener med. Woch.*, 1893, 41, p. 1165 Surdité à la suite de l'intoxication par l'oxyde de carbone.
Hewetson A case of gas poisoning. *Johns Hopkins Hosp. Bull. Balt.*, 1893, IV, 126.
Marcacci, Mécanisme de la mort dans l'empoisonnement par l'oxyde de carbone. *Atti di soc. tosc. di sc. nat. Arch. di farm. e therap.* Pisa 1893, XII, 222. Palerme, 1893, p. 65.
Peyser, Empoisonnement par l'oxyde de carbone. *Allg. med. centr. Zeitung.* Berlin, 1893, p. 1095, 1105, 1117.
Guillié, Empoisonnement par le gaz d'éclairage. *Annales d'hygiène*, 1893, t. 29, p. 362.
Spied et Menegazzi, Sull azione dell'acqua ossigenata, etc. *Arch di farm. et therap.* Palerme, 1893, p. 705
Bessey, 3 cas d'empoisonnement par le gaz d'éclairage. *Toledo. m. et sc. reporter*, 1894, XII, 393.
Rrouardel, Ogier, Descouts, Un cas d'empoisonnement par l'oxyde de carbone. *Annales d'hygiène*, 1894, 3e s., XXXI, p. 376.
Gréhant, *Bull. de l'Acad. de méd. et de la Société de biologie*, 1894 (Passim).
Hannawalt, Cases of carbonic oxide poisonning. *Kansas city M. index*, 1894, XV, 37.
Marthen, Contrib. à l'étude de l'emp. par l'oxyde de carbone. *Arch. f. path. anat.*, Berl., t. 136, p. 535, 1894.
Moissan, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1894, p. 249.
Motet, Intox. par l'oxyde de carbone, auto-observation. *Ann. d'hyg.*, 1894, 3e série XXXI, p. 258, 265.
Munzer et Palma, Action de l'oxyde de carbone, etc., sur l'organisme humain. *Zeitsch. f. Heilkunde*, t. 15, 2e fasc., p. 185, 1894.
Richardière, *Gazette des hôpitaux*, 1894; revue générale.
Rochard, Intoxication par l'oxyde de carbone. *Union médicale*, 1894, p. 133.
Plusieurs de ces articles récents, n'ayant pu être consultés, sont purement donnés à titre d'indication.

volontairement omis dans cet exposé sommaire, simple revue des observations les plus importantes ayant trait à quelques points de la question.

OBSERVATION I. — *Dégénérescence mentale, hérédité chargée; dépression mélancolique. Tentative de suicide par le charbon. Accidents hystériformes et excitation maniaque consécutive à la tentative. Amnésie rétrograde complète s'étendant à plusieurs jours; Amnésie antérograde incomplète, mais persistante. Douleurs musculaires, secousses fibrillaires et mouvements choréiformes généralisés, mais passagers. Rétrécissement permanent du champ visuel. Pas d'anesthésie.*

Madeleine X..., âgée de 21 ans, couturière, entrée dans le service de M. Briand, asile de Villejuif, le 6 juillet 1894.

Antécédents héréditaires. — Sa mère a eu autrefois des hallucinations, elle voyait la nuit des hommes qui la menaçaient; ses parents étaient obligés de la faire coucher dans leur chambre pour calmer ses terreurs nocturnes. Elle est très superstitieuse; croit aux songes et aux cartes; très jalouse elle a divorcé. Elle a des idées de persécution : tout le monde lui veut du mal, la méprise. Son caractère est désagréable, haineux. Elle est sujette à des migraines violentes, accompagnées de vomissements bilieux.

Son père a éprouvé des faiblesses dans le bras droit à une époque où il était peintre en bâtiment. Il n'a plus présenté aucun symptôme morbide depuis qu'il a abandonné ce métier.

Les deux sœurs de la malade sont bien portantes.

Antécédents personnels. — Madeleine X... n'a été atteinte d'aucune maladie grave sauf la rougeole et des adénites cervicales suppurées dans l'enfance; elle est petite, peu développée.

Elle est assez instruite. Très impressionnable, elle a comme sa mère des terreurs nocturnes; le soir elle a peur du feu, s'imagine que la maison brûle et se cache très effrayée dans ses oreillers de crainte de voir des flammes. Les dissensions de ses parents l'ont obligée à les quitter il y a plusieurs années.

Depuis quelques mois, à la suite de l'abandon de son amant, elle devient triste : elle dit qu'elle voudrait mourir, que les morts sont bien heureux. Elle se préoccupe beaucoup de quelques douleurs attribuées à une métrite. Elle est découragée, elle souffre, et se décide il y a quelques semaines à cesser tout travail pour se soigner. Elle reste des journées entières enfermée chez elle. Il y a une quinzaine de jours sa voisine l'entendant gémir pendant la nuit, fait forcer la porte et la trouve sans connaissance, étendue sur son lit auprès duquel brûlaient deux réchauds; elle était revêtue de ses plus beaux vêtements, sa chambre bien calfeutrée était toute tendue de noir.

Le coma dura six heures. Pendant ce temps elle a eu des vomissements abondants. On pratique la respiration artificielle : elle ne revient à elle que vers 8 heures du matin. A ce moment elle peut répondre au commissaire qui lui demande l'adresse de son amant et celle de son père, elles les donne exactement, mais ses réponses sont cependant un peu incohérentes; elle ne se rappelle rien de sa tentative, s'étonne de se voir entourée de tant de monde, ne reconnaît pas certaines personnes avec lesquelles elle se rencontrait journellement. Vers deux heures de l'après-midi, elle se plaint de douleurs dans les membres, ne cesse de pousser des cris, fait toutes sortes de contorsions et de gesticulations, s'agite au point de faire craindre qu'elle ne tombe du lit.

Le soir même son agitation se calmant quelque peu, son père vient la chercher et, après l'avoir promenée en voiture, la ramène chez sa mère. Celle-ci dans la soirée l'a emmenée voir le Panthéon (c'était le jour des obsèques de M. Carnot). Ces détails paraîtront superflus; mais il nous donnent des points de repère exacts sur l'époque à laquelle s'étend l'amnésie.

Ce ne fut que le lendemain de l'accident, nous dit sa mère, que la mémoire parut lui revenir; mais quand on lui parlait, il fallait répéter plusieurs fois la même chose, car elle ne se rappelait pas, un instant après, les questions qu'on lui posait. Elle répétait à satiété des lambeaux de phrases : « Carnot est mort tué par un Italien »; comptait jusqu'à 13 plusieurs fois de suite, s'enquérait à chaque instant de la date du mois, récitait à maintes reprises le calendrier, etc. Pendant les quelques jours qu'elle passe chez sa mère la malade s'agite de plus en plus; elle gesticule, tire la langue, grimace, bat les enfants qu'elle rencontre dans la rue. Elle a des colères violentes et veut tuer tout le monde; elle est alors placée à Sainte-Anne, d'où elle passe le jour suivant à l'asile de Villejuif, dans le service de M. Briand (6 juillet 1894).

On constate à ce moment des mouvements choréiformes intenses : la figure grimace, les membres supérieurs présentent des mouvements irréguliers, caractéristiques; parfois la malade est comme projetée en arrière ou en avant et va choir brusquement sur des chaises placées contre le mur. Quand elle est assise, elle glisse de son siège; la marche est irrégulière, les jambes s'embarrassent l'une dans l'autre; de plus nous avons constaté à plusieurs reprises que la malade heurtait la pointe du pied en montant des marches, comme s'il existait un certain degré de parésie des membres inférieurs. Les doigts se fléchissent et s'étendent d'une façon spasmodique; on sent la musculature contracturée par instant; les muscles, en outre des rapides secousses de la chorée, sont le siège de véritables crampes qui donnent lieu à un singulier mélange de mouvements athétosiques et de contractures ressemblant à la tétanie. Ils sont de plus très douloureux spontanément, et très sensibles à la pression. La pression des nerfs n'est pas particulièrement pénible et ne réveille, ni n'exagère les contractures. Sur un ordre impératif la malade peut arrêter volontairement les mouvements pendant quelques instants.

Les réflexes tendineux sont forts. La sensibilité cutanée est intacte. Il existe un point assez douloureux à la pression dans la fosse iliaque droite.

La parole est traînante, chantante. Il est difficile de fixer l'attention de la malade, ce qu'avait déjà remarqué sa mère. Il faut répéter les questions pour avoir une réponse ; un instant après, la malade est incapable de redire la question qui vient de lui être posée, même après y avoir répondu exactement une première fois.

1° L'*amnésie* est complète pour tout ce qui a trait à la tentative de suicide : elle la connaît parce que sa mère lui en a parlé, mais elle ne s'en souvient plus par elle-même et elle en doute même beaucoup : « On lui en a parlé, mais cela n'est peut-être pas vrai », dit-elle. Pour les faits immédiatement antérieurs à sa tentative, on constate une amnésie rétrograde qui s'étend assez loin : par exemple, Madeleine ne se souvient pas de l'époque à laquelle elle a cessé de travailler, ni de la maladie qui a été cause de son chômage, ni d'une après-midi passée chez sa mère quatre jours avant le suicide, ni d'une visite de son père à la veille de sa tentative, ni enfin de l'emploi de cette dernière journée.

2° Pour les faits qui ont suivi sa tentative, elle n'a aucun souvenir de la visite du commissaire, ni de la venue de ses parents, ni d'une longue promenade que son père lui a fait faire en compagnie de son amant ce même soir; en résumé, aucune des circonstances qui ont dû la frapper alors, n'ont laissé de trace dans son esprit. Elle se rappelle vaguement son séjour chez sa mère, son entrée à Sainte-Anne, mais sans pouvoir donner aucun détail sur la journée passée dans cet asile. Elle ne paraît *s'être réveillée* que dans le trajet de Sainte-Anne à Villejuif.

3° Pour les faits actuels, elle sait bien qu'elle est à l'asile, mais elle se perd dans les salles, ne retrouve pas son lit, ne reconnaît pas les infirmières de son dortoir, ses compagnes de salle; si on l'emmène à l'entrée de l'Asile, elle ne reconnaît pas l'endroit par où elle est arrivée, etc. Elle n'a qu'une vague connaissance de la date, du jour, ne peut affirmer si on est en août ou en juillet; elle finit cependant par dire : « Nous sommes en juillet, puisque ça doit être bientôt la fête du 14. »

Mais tout ce qui s'est passé avant l'époque où s'est développée sa dépression mélancolique, est resté très présent à son esprit : elle donne par exemple des détails sur le travail auquel elle se livrait au moment où elle est tombée malade, sur les faits importants qui ont pu avoir lieu à cette époque. Enfin, interrogée sur l'histoire, la littérature, elle répond exactement, faisant preuve d'une certaine instruction, mais elle hésite toujours dans ses réponses, elle semble douter des choses qu'elle connaît le mieux. Elle récite correctement une fable, fredonne une chanson. Mais pendant tout cet examen,

il faut sans cesse réveiller son attention, sinon elle s'arrête et dit : « Je ne sais pas. »

Les mouvements choréiformes s'étant un peu calmés le lendemain, on tente de la faire écrire ; elle y arrive, mais son écriture est irrégulière, elle oublie des lettres, fait de deux mots tronqués un seul, et se montre très étonnée quand on le lui fait remarquer.

Malgré les difficultés de l'examen, on parvient à déterminer quelques jours plus tard son champ visuel ; cet examen, qui fut répété plusieurs fois dans la suite avec les mêmes résultats, décèle un double rétrécissement concentrique un peu plus accentué pour le bleu que pour le blanc et plus encore pour le rouge. La recherche des autres stigmates hystériques montre l'absence de dyschromatopsie, d'anesthésie cutanée ou sensorielle ; peut-être l'odorat était-il un peu obtus, mais il faut faire la part du peu de complaisance avec lequel la malade se laissait examiner ou plutôt de son inattention ; d'ailleurs, cette constatation n'a plus été vérifiée quelques jours après Il existe dans la fosse iliaque droite un point douloureux à la pression ; la douleur est plus vive encore par le toucher qui permet de constater une augmentation de volume de l'utérus. Il paraît y avoir une lésion des annexes de ce côté et non un point hystérogène. Enfin, des tentatives d'hypnose faites dans les derniers temps du séjour de la malade sont restées infructueuses.

Peu de jours après l'entrée (11 juillet) on put constater des secousses fibrillaires des muscles, surtout de la masse sacrolombaire, des dentelés et des pectoraux.

Les mouvements choréiformes diminuèrent assez rapidement d'intensité, le sautillement particulier, la difficulté de la station, les crampes disparurent d'abord ; pendant une certaine période, la malade parvenait à retenir volontairement plus ou moins longtemps les mouvements des mains et de la face. Enfin le 24 juillet (18 jours après son entrée), elle pouvait écrire correctement, faire du crochet, quoiqu'elle présentât encore de petits mouvements partiels involontaires des doigts.

A la même date, les réflexes tendineux, exagérés les premiers jours, étaient redevenus normaux et les secousses fibrillaires avaient beaucoup diminué pour disparaître complètement le 29 juillet. Les douleurs musculaires disparurent de même. Les urines ont toujours été normales.

Il serait fastidieux de reproduire les examens journaliers de l'état de la mémoire. Il suffit d'en indiquer les résultats généraux. La tentative de suicide resta ignorée jusqu'à la fin, niée même : « Ce n'est pas moi, disait la malade, qui a pu le faire croire ? » Quand elle se fût complètement calmée, elle voulut bien accepter la réalité de son action, tout en marquant son étonnement de l'avoir commise et d'avoir fait une pareille mise en scène.

Pour ce qui a trait à l'amnésie rétrograde qui remonte à plusieurs semaines, elle put peu à peu se rappeler certains faits isolés, par exemple, une consultation à un hôpital où elle était allée, mais elle n'arriva jamais à rendre compte d'une journée entière. L'amnésie antérograde s'améliora aussi, mais bien incomplètement ; la malade ne pouvait citer que les faits isolés, la promenade en voiture faite avec son père le soir du suicide, un autre jour, sa visite au Panthéon ; plus tard, elle se souvint de son passage à Sainte-Anne, mais ne put d'abord donner aucun détail à ce sujet, tandis que quelques jours après elle se rappelait spontanément avoir été placée dans un dortoir et non en cellule, puis y avoir vu deux crétines qui sont en effet dans le service où elle a passé. Tel jour, elle était incapable de donner l'adresse de sa mère, de dire même le quartier qu'elle habitait, toutes choses qu'elle savait fort bien la veille ; on avait beau lui dire la date du jour, elle ne se la rappelait plus le lendemain ou bien ne la retrouvait que grâce à un point de repère, la fête du 14 juillet par exemple.

Son attention était des plus difficiles à fixer, et les notions les plus simples à acquérir lui échappaient. On lui lit une phrase facile, par exemple cet ordre de service : « Par ordre du médecin en chef il est interdit aux infirmières de tutoyer les malades. » On lui ordonne immédiatement de la répéter, elle dit : « Par ordre du Préfet de police il est interdit aux malades... », elle ne peut aller plus loin ; on la lui fait relire, elle peut cette fois la dire par cœur correctement ; cinq minutes après, elle est incapable de la répéter. Quelques jours plus tard (le 22 août), c'est-à-dire six semaines après son entrée, il lui était encore impossible de redire cette phrase bien qu'on eût tenté de la lui apprendre à maintes reprises ; elle ne s'en rappelait même pas vaguement le sens général ; elle *la reconnaissait* cependant quand on la lui récitait. Autre exemple : elle fut longtemps incapable de dire spontanément le nom des personnes du service qui devaient lui être devenus très familiers, car elle les entendait prononcer à chaque instant autour d'elle ; elle ne pouvait se les rappeler que si on lui en disait l'initiale ou la première syllabe.

Elle sort en septembre 1894. L'amnésie reste complète pour les huit jours environ qui ont précédé son suicide, pour la tentative de suicide elle même, pour la journée qui l'a suivie jusqu'au soir exclusivement. Mais de plus il y a de nombreuses lacunes de la mémoire, tant pour la période de plusieurs semaines antérieures au suicide que pour la période consécutive comme le montrent les détails de l'observation ; les quelques progrès que la malade a pu faire depuis son entrée à l'asile à ce point de vue restent des plus incomplets.

Quelques souvenirs ont reparu spontanément, mais ces réminiscences sont très limitées. Enfin la malade oublie encore facilement ce qu'on veut lui faire apprendre, mais il y a cependant grand progrès à ce point de vue.

Les souvenirs anciens sont intacts.

La dépression mélancolique a disparu.

En résumé, chez une jeune femme à antécédents chargés nous constatons, consécutivement à une intoxication prolongée par l'oxyde de carbone (la malade est restée 6 heures sans reprendre connaissance), une amnésie rétrograde s'étendant à des faits très antérieurs (8 jours au moins) à la tentative de suicide, une amnésie antérograde plus ou moins complète, irrégulière, fragmentaire, pour ainsi dire.

D'autre part existent des accidents hystériformes, de l'exaltation maniaque débutant quelques heures après le réveil, accompagnée de mouvements choréiformes, de douleurs musculaires et de secousses fibrillaires généralisées. Il n'y a aucune anesthésie, sauf peut-être une légère diminution de l'odorat dans les premiers jours, égale des deux côtés et actuellement disparue.

Enfin nous rencontrons un rétrécissement concentrique du champ visuel. Le cas est donc complexe et se distingue par certains détails assez spéciaux.

L'amnésie consécutive à l'intoxication par l'oxyde de carbone a été depuis longtemps décrite et Bourdon (1) attirait déjà l'attention sur ce phénomène. Nous en extrayons quelques cas remarquables dans les thèses de Rouillard (1885), Cacarrié (1886). Une malade hystérique mélancolique oublie après l'intoxication (suicide) plusieurs mois de sa vie et, entre autres événements, un accouchement récent.

C'est M. Briand (2) surtout qui a fait connaître à plusieurs reprises de ces cas d'amnésie rétrograde. Il existe un certain nombre d'autres observations.

L'amnésie peut s'étendre à la seule tentative ou la dépasser et, comme dans notre cas, remonter à plusieurs jours ou plusieurs mois. Dans l'observation de Beauvais (intoxication accidentelle) l'un des malades vint le lendemain de l'accident remercier le médecin, lui disant qu'il le faisait sur les instances de sa femme (elle avait elle-même été atteinte), mais qu'il ne se rappelait pas sa visite. Il n'y a là amnésie que des faits postérieurs à l'intoxication (3). Le malade peut se rendre compte qu'il existe des lacunes dans sa mémoire comme le note Laveran (4).

(1) Thèse de Paris, 1843.
(2) Briand, *Compte rendu du congrès international de Médecine mentale* de 1889, Paris 1891.
(3) De Beauvais, *Bulletins de la Société de médecine légale*, 1889.
(4) *Bulletins de la Société des hôpitaux*, juillet 1890.

Dans d'autres cas comme dans celui de Beauvais, que nous venons de citer il y a inconscience complète, et c'est, semble-t-il, la règle. Dans la première observation de M. Briand, nous voyons la malade n'avoir perdu complètement la conscience qu'au dernier moment: « J'ai, dit-elle, comme une illusion d'avoir allumé le fourneau, mais je ne sais pas si je me le rappellerais si on ne me l'avait répété. » La malade qui fait l'objet de la deuxième observation se rappelait la mort de son fils qu'elle avait apprise peu de temps avant la tentative de suicide, mais avait oublié que l'une de ses filles était entrée au couvent (quoiqu'il semblât que ce fut ce dernier coup inattendu qui l'eut décidée à tenter de se tuer) et cela un mois après son entrée à l'asile. Elle se croyait en outre dans un hôpital de province où elle avait fait un séjour plusieurs mois auparavant, s'imaginait chaque jour y être depuis la veille, protestait incessamment contre la réalité de sa tentative, s'étonnant d'être ainsi retenue quoique bien portante.

Dans l'observation suivante l'amnésie rétrograde disparaît spontanément et subitement sept jours après l'intoxication. Ce cas offre un intérêt tout particulier et peut être rapproché des précédents.

Obs. II. — Communiquée par notre collègue, M. Leroy, interne des asiles.

Homme de 28 ans, déséquilibré. Idées de suicide existant depuis quatre ans. et prenant la forme obsédante à la suite d'une courte période de dépression mélancolique due à des chagrins. Tentative répétée de suicide par le charbon, à quelques heures d'intervalle. Intoxication prolongée (12 heures environ), coma, puis délire furieux de courte durée, suivi d'un état de stupeur presque complète pendant 5 jours. Amnésie retro-antérograde, accrocs dans la parole; au 7e jour, retour subit des souvenirs perdus. Hypéresthésie passagère, abolition persistante des réflexes rotuliens. Absence de stigmates hystériques.

C. Léon, livreur, âgé de 28 ans, entré à l'asile Sainte-Anne, dans le service de M. Magnan (admission) le 22 décembre 1894.

Le malade n'a pas d'antécédents héréditaires.

Ses antécédents personnels n'offrent rien de particulier.

Il y a 4 ans, C... perdit sa mère et c'est à cette époque que commencèrent ses chagrins. Son père s'étant remarié, il s'éleva dans la famille des dissentiments à la suite desquels Léon C... vint à Paris, découragé, dissipant follement son argent : « J'avais envie, dit-il, de dépenser l'héritage de ma mère et de me tuer ensuite. » Vers le milieu de l'année 1893, il fit connaissance d'une jeune fille qui devint sa maitresse et dont il eut un enfant. Cette liaison augmente encore son désaccord avec sa famille, son père ne voulant pas consentir à son mariage.

C... avait ordinairement le caractère gai, il paraissait préoccupé seulement de ne pouvoir légitimer sa situation : la naissance d'un enfant le mit dans un grand embarras d'argent; il était dans l'impossibilité de payer quelques dettes qu'il avait contractées. Tombé dans un profond découragement, il était décidé à se tuer, espérant faire ainsi le bonheur de sa femme et de sa fille et n'attendant qu'une occasion favorable. Il avait laissé entrevoir quelque chose de ses intentions sans que sa femme y attachât d'importance.

Le 18 décembre dernier, C... accompagna à la gare sa femme qui allait conduire leur petite fille dans sa famille ; il rentra chez lui très ému, très troublé. Le surlendemain, 20 décembre, des voisins le trouvaient à onze heures du matin dans sa chambre sur un matelas, sans connaissance. Il avait le corps cyanosé et dans un état de raideur très accentué. Il avait bouché le tuyau du poêle, fermé la clef et ouvert le fourneau encore rempli de charbon de bois, il avait de plus calfeutré portes et fenêtres avec du papier.

Transporté à l'hôpital Lariboisière il demeura un certain temps sans connaissance, et, lorsqu'il eût repris ses sens, il fut pris d'un délire furieux.

Le 21 décembre, la femme du malade, prévenue de l'accident, vint le visiter à Lariboisière ; il ne la reconnut pas; il regardait d'un air hébété, appelant sans cesse sa femme et son enfant. « Dites à ma femme de m'apporter à manger; elle me délaisse. »

Le 22 décembre, C... fut transféré à Sainte-Anne : il était inerte, ne pouvant se soutenir sur ses jambes. Quelques instants après avoir été mis au lit, il ne prononça que ces quelques paroles : « Patron, donnez-moi à boire. » Son aspect rappelle celui du mélancolique avec stupeur.

Le lendemain, 23 décembre, le malade est dans le même état et ne reconnait pas sa femme qui vient le visiter; il n'a pas dormi la nuit, mais est resté tranquille.

Le 25 décembre, il semble sortir de sa stupeur et répond brièvement, mais très exactement aux questions qu'on lui pose. Il ne se rend pas compte du lieu où il se trouve; il ne se rappelle ni sa tentative d'asphyxie, ni son passage à Lariboisière, ni la visite de sa femme; il se souvient seulement du sentiment de tristesse qui l'accablait depuis plusieurs mois.

Le 26 décembre, son état s'est considérablement amélioré; il s'enquiert avec instance du lieu où il se trouve, de la façon dont il est venu. Il reconnaît aujourd'hui sa femme, mais il ne se souvient de rien et est très surpris d'apprendre ce qui s'est passé. Non seulement il n'a conservé aucun souvenir des faits consécutifs à son suicide, mais il a même une amnésie rétrograde et ne se rappelle pas ses préparatifs, en particulier une lettre qu'il a écrite à son père et qu'on a retrouvée dans sa chambre ; il parle en bégayant avec de véritables accrocs dans la parole, mais sans aphasie.

Le 27 décembre au soir, C... retrouve subitement une partie de ses souvenirs et, dans une longue lettre où il relate ses impressions, il écrit ceci : « Après avoir quitté à la gare ma femme et mon enfant, je rentrai chez moi la tête en feu et je me jetai tout habillé sur mon lit. Les idées noires envahissaient mon cerveau, de plus en plus tenaces, de plus en plus terribles. Sept heures sonnent au réveil ; je sors de ma torpeur, l'idée de suicide me poursuit avec plus de vigueur, et une voix mal conseillère semblait me dire : « Marche au tombeau, il n'y a que les lâches qui osent reculer. » D'un bond je me lève, je descends à la cave chercher du charbon de terre, je remonte, me calfeutre dans ma chambre et allume le poêle après avoir démonté le tuyau. Je déchire du papier et écris trois ou quatre lettres. Pendant ce temps le poêle brûlait toujours, je le rechargeai, une fumée noire et intense emplissait la pièce, répandant une odeur âcre qui me prenait à la gorge et me rendait la tête aussi lourde que possible; je restai encore quelque temps sans trop souffrir, lorsque petit à petit je tombai comme en léthargie, inconscient de ce qui se passait autour de moi et trouvant la mort longue à venir. Tout à coup, je vois le feu qui va s'éteindre, je veux me lever pour mettre du charbon, mais je retombai aussitôt; je me traînai à quatre pattes jusqu'au poêle, roulant à chaque instant, ma tête se cognant fortement sur le parquet; enfin dans un suprême effort je renversai sur le feu le reste du seau; j'avais fait un effort surhumain, un étourdissement me prit et je roulai la face contre terre. Je restai dans cette position, toute la nuit ; comment je me suis réveillé le lendemain, je suis encore à me le demander; cependant mes idées embrouillées reviennent peu à peu et je repensai à l'œuvre de la veille. Ne voulant pas passer pour poltron, je rebouchai avec plus de soin les ouvertures et je sortis en ville acheter du charbon de bois. J'allumai pour la seconde fois le réchaud et me couchai sur un matelas attendant la mort, pensant à ma femme et à ma fille et pleurant sur leur sort. Je sentis les vapeurs du charbon devenir plus fortes que la veille, je rechargeai comme il faut le poêle et j'attendis. J'écrivis ces quelques mots : « La mort est douce quoique longue; prenez pitié de ma femme et de mon enfant. » Ma tête s'alourdit et à partir de ce moment jusqu'au lundi dernier 24 décembre, je ne me rappelle absolument rien. »

Le 28 décembre, C... ne se rappelle encore nullement son séjour à Lariboisière, ni les faits écoulés jusqu'au 24 courant, mais l'amnésie rétrograde a disparu comme le montre sa lettre. Il souffre d'un cercle douloureux à la région frontale. Il a bien dormi cette nuit pour la première fois. Les accrocs de la parole persistent. Il a des étourdissements et ressent une grande courbature lorsqu'il se livre au moindre travail. La sensibilité est conservée, il y a même de l'hypéresthésie. Les réflexes rotuliens sont absents.

C... a une faim dévorante et mange toutes les deux heures,

chaque ingestion d'aliments lui fait éprouver une sensation de brûlure dans l'œsophage et l'estomac.

Le 31 décembre, l'état du malade est à peu près le même, il parle cependant avec plus de facilité, a un appétit féroce et boit en proportion.

Les douleurs de tête ont presque disparu. Quant à la mémoire elle présente encore des lacunes et C... n'a aucun souvenir de son passage à Lariboisière.

Le 4 janvier 1895, reparait le souvenir de sa sortie de Lariboisière, il ne sait combien de temps il est resté à l'hôpital, mais en faisant un effort de mémoire il se rappelle maintenant son départ de Lariboisière, sa venue à Sainte-Anne, avec deux femmes et un infirmier : « Transporté ici, dit-il, j'entendais parfaitement les personnes qui me parlaient, mais je ne comprenais pas la signification de leurs paroles. » Quant à son entrée à Lariboisière, à l'accès d'agitation qu'il a présenté, il n'en a aucune conscience et croit qu'il ne se les rappellera jamais, la perte de connaissance ayant été complète lors de son intoxication.

Le 15 janvier, la situation s'est encore améliorée, C... parle comme autrefois sans aucun accroc de la parole, son appétit est redevenu normal. Il dort bien et a repris courage.

Une seule lacune persiste dans sa mémoire : le temps qui s'est écoulé depuis sa perte de connaissance jusqu'à sa sortie de Lariboisière.

Les réflexes rotuliens sont toujours abolis.

L'exposé de ces différents cas, auxquels nous nous bornerons (d'autres seront cités chemin faisant), montre une fois de plus la fréquence des amnésies dans l'intoxication par l'oxyde de carbone. L'amnésie, qu'elle soit rétrograde ou antérograde, est du reste aussi variable dans sa marche que dans son étendue. Ici elle disparaît facilement, là elle persiste plus ou moins complètement; ailleurs, comme dans l'observation I, elle prend une forme analogue à l'amnésie dite amnésie continue (1); parfois, il faut des jours ou des mois pour qu'en réalité la mémoire se réveille et souvent ce n'est que par des exercices mnémoniques qu'on peut obtenir un résultat. Un malade de M. Briand « apprend à se souvenir de la même façon que certains aphasiques apprennent à parler. Mais le réveil des souvenirs est incomplet et certaines parties de la scène restent comme enveloppées d'un voile. » Dans tel autre cas, ce réveil des souvenirs se fera subitement et complètement. Dans d'autres, l'amnésie persiste définitivement. Enfin, dans une dernière catégorie très différente des précédentes, ce n'est plus d'amnésie qu'il s'agit, mais d'un affaiblissement intellectuel dû à des lésions irréparables des centres nerveux; on y reviendra plus loin.

Pour l'amnésie considérée comme symptôme isolé, il il est assez difficile de se faire une idée de la façon dont elle se produit. Est-elle causée uniquement par l'intoxication? Certains cas d'empoisonnement accidentel le prouvent, tel celui de de Beauvais; mais si l'on se rapporte à cet exemple, on voit que l'amnésie est très limitée et paraît ne se rapporter qu'à la période pendant laquelle la malade était sous l'influence de l'oxyde de carbone.

Dans le cas d'empoisonnement volontaire, il y a un autre élément qu'il faut faire entrer en jeu, c'est l'état mental antérieur du malade; l'observation de notre collègue Leroy (obs. II) en est la preuve : nous voyons en effet au septième jour de l'affection, quand le malade est amélioré depuis déjà deux jours, renaître subitement dans sa mémoire toute la scène de suicide, puis quelques jours après, tous les événements qui se sont passés depuis qu'il est sorti du coma; et d'un moment à l'autre, le malade est capable de raconter tous les détails de ses tentatives, tous les détails de son séjour à l'hôpital. Par contre, cet état très bien décrit par le malade lui-même, qu'il comparaît au rêve et dans lequel il reste deux jours percevant tout ce qui passe autour de lui, n'entendant que comme des bruits les paroles qu'on lui adressait, sans rien comprendre, sans se rendre compte de la situation où il se trouvait, cet état est peut-être dû directement à l'action du toxique sur les éléments nerveux; le fait viendrait jusqu'à un certain point à l'appui de la vieille théorie de l'action narcotique de l'oxyde de carbone (1).

Mais pour l'amnésie, il nous semble qu'on en trouve l'explication, comme nous venons de le dire, dans l'histoire antérieure du malade. C'est un mélancolique qui est obsédé par l'idée du suicide et qui l'accomplit d'une façon impulsive; on ne peut mieux le démontrer qu'en citant ses propres paroles : « Les idées noires envahissaient mon cerveau, de plus en plus terribles... Une voix mal conseillère semblait me dire : marche au tombeau... D'un bond je me lève, etc... » En faisant la part de la phraséologie de cet individu mal équilibré, il y a bien dans ces termes la trace de l'idée obsédante à laquelle le malade a résisté et de l'impulsion.

Nous retrouvons ce même phénomène de l'idée obsédante chez Madeleine (obs. I). De par ses antécédents, de par ses stigmates physiques et mentaux, c'est manifestement une dégénérée; le terrain est tout préparé chez elle pour l'implantation de l'idée obsédante; celle-ci se réalise en effet d'abord sous forme d'idées hypochondriaques et de crainte de la mort; la malade en arrive à donner chaque soir sa clef à sa voisine pour pouvoir être secourue la nuit en cas d'accident. Puis on voit survenir l'idée obsédante du suicide se traduisant par des phrases caractéristiques prononcées par la malade; enfin le suicide est accompli; il ne semble pas l'avoir été d'une façon impulsive, il est vrai, comme les préparatifs compliqués le prouvent, mais cette complication de l'acte n'empêche pas d'admettre ici un certain automatisme. On sait jusqu'à quel point les idées fixes envahissent la conscience; sous leur influence, les mouvements les plus variés pouvant être accomplis pour ainsi dire à l'insu du sujet. La simple préoccupation de l'esprit chez un individu normal donne lieu à des phénomènes de ce genre. Survient l'intoxication; elle a un rôle direct, prouvé par des exemples où elle est seule en cause; il faut cependant remarquer l'intensité des accidents chez une malade prédisposée comme la nôtre. Dans d'autres observations, on retrouve l'idée obsédante, spécialement dans celles de M. Briand, que nous avons rapportées.

D'ailleurs cette hypothèse est rendue assez admissible par l'état mental particulier que l'observation directe de la malade a permis de constater pendant son séjour à l'asile. Nous voulons parler de la difficulté qu'elle éprouvait à fixer son attention; elle était dans un état de distraction perpétuelle; elle s'en rendait bien compte, ainsi qu'elle le disait plus tard; mais elle ne pouvait faire aucun effort volontaire pour fixer son esprit sur quoi que ce fût, sans qu'elle sût pourquoi et bien qu'elle en souffrît; elle faisait machinalement ce qu'on lui ordonnait, mais avec beaucoup de peine et de fatigue et après des injonctions répétées.

Cet état mental existait évidemment avant le suicide : une voisine, qui à cette époque passait des heures entières en sa compagnie, avait déjà remarqué qu'elle était « comme perdue ». Il n'est pas étonnant dans ces conditions que maints événements n'aient fait qu'une impression peu profonde sur cet esprit préoccupé et que, sous

(1) Comparer l'observation de M. Sollier. « La malade reste dans l'impossibilité de fixer aucun souvenir d'une façon un peu prolongée. »

(1) Siebenbohr et Lehmann, *Kohlendunstvergiftung*. Dresde, 1858. — Ozanam, *Arch. de méd.*, 1857. — Geppert, *Deut. med. Woch.*, 1892, p. 418.

l'influence d'un accident aussi grave que cette intoxication, ils soient restés non avenus pour la malade. Nous n'avons donc fait qu'assister à la continuation d'accidents antérieurs à l'intoxication, exagérés évidemment par celle-ci, mais sans aucun doute préexistants (1).

Le cas est d'ailleurs plus complexe et plusieurs symptômes permettent avec quelque vraisemblance de faire intervenir l'hystérie dans la genèse de ces accidents.

Le rétrécissement concentrique bilatéral permanent du champ visuel est le stigmate hystérique le plus certain que nous ayons constaté; car toute anesthésie manquait, sauf la légère anosmie trop peu nette pour qu'on doive en tenir compte.

La chorée (2) peut être considérée comme hystérique; elle avait débuté brusquement et cessa très rapidement. Il faut remarquer en passant que, dans les moments où elle paraissait le plus intense, sur un ordre impératif, répété, la malade arrêtait presque complètement les mouvements pendant quelques instants; de plus à cette chorée se surajoutait une impossibilité de la station debout analogue à l'astasie trépidante, car, lorsque la malade était couchée, les mouvements des membres inférieurs étaient très libres et leur arythmie, sans disparaître il est vrai, était à peine marquée, surtout en comparaison des membres supérieurs et de la face.

Pour ce qui est du point douloureux ovarien, rien n'autorise à affirmer qu'il soit de nature hystérique; l'examen ne permet pas d'éliminer la lésion des annexes.

Enfin l'état mental particulier de la malade rappelle par certains traits celui qu'on a décrit chez les hystériques et spécialement chez les hystériques amnésiques (3); cependant nous ne voudrions pas pousser trop loin l'analogie, car, malgré nos essais, nous n'avons pu obtenir aucun des résultats si intéressants que donne la suggestion à l'état de veille ou dans l'hypnose.

Nous allons maintenant dire quelques mots d'une autre catégorie d'accidents psychiques sur lesquels on n'a guère attiré jusqu'ici l'attention : l'*excitation maniaque* consécutive à l'intoxication.

Dans l'observation I, l'accès d'agitation maniaque suivit la crise convulsive du début; rappelons tout d'abord que ces phénomènes bruyants furent précédés d'une courte période de quelques heures, succédant elle-même au coma, pendant laquelle les idées étaient confuses, la compréhension lente; il existait une sorte de cécité psychique; la malade ne reconnaissait pas son entourage, quoiqu'elle se rendît compte de la présence des personnes qui la visitaient. Bientôt survint cette crise convulsive, mal déterminée au point de vue clinique (accidents hystériformes d'après le certificat d'un médecin), suivie immédiatement d'excitation maniaque. La malade présenta ainsi une véritable période délirante, de sorte qu'au bout de quelques jours l'internement fut nécessaire parce qu'elle devenait agressive; elle voulait tuer tout le monde. Peut-être présentait-elle quelques illusions ou hallucinations sensorielles; mais nous n'avons pu en acquérir la certitude, et, au moment de notre examen, nous n'avons pu constater ni idées délirantes, ni hallucinations. M. Leroy a noté (obs. II) un accès de délire furieux d'une durée de plusieurs heures éclatant quelques heures après le coma. Les détails lui ont aussi malheureusement manqué sur cette période de l'histoire de son malade.

(1) Voir : Sollier. *Troubles de la mémoire* (Bibl. Charcot-Debove), p. 236. — Régis, Amnésie rétrograde après des tentatives de suicide par pendaison (avec bibliographie). *Archives cliniques de Bordeaux*, 1894.

(2) Joffroy, Chorée de Sydenham et chorée rhythmée hystérique associées. *Société médicale des hôpitaux*, 23 mars 1891 (Discussion : Debove, Séglas, Raymond, Chantemesse, Rendu, etc.).

(3) Janet, *Etat mental des hystériques. Les stigmates mentaux* (Bibl. Charcot-Debove), p. 79. *Les amnésies.*

Voici quelques autres faits dans lesquels l'existence d'un délire a été enregistrée. Casper Liman (1) a vu à la suite de l'intoxication une attaque de manie transitoire. Un homme de 29 ans est pris subitement d'un accès délirant aigu, sorte de frénésie; il dit être le diable, devient très agressif, brise des chaises, résiste violemment quand on veut l'arrêter. Le lendemain, après un sommeil profond, il redevient lucide, sans souvenir de la nuit précédente. La seule cause possible de cet accès serait pour l'auteur une intoxication oxy-carbonée accidentelle (?)

Ruata (2) a aussi observé un délire durant cinq jours comme unique symptôme de l'intoxication.

Dans l'observation I de M. Briand, la malade présente à son réveil un peu d'excitation intellectuelle. Elle verse quelques larmes, se met à déclamer, à chanter des cantiques qu'elle accompagne du balancement de son bras carbonisé.

Un malade, observé par MM. Bouchereau et Raffegeau, et sur lequel nous revenons plus loin, se montra très agité pendant plusieurs jours; il criait et se démenait à ce point qu'il fallut plusieurs personnes pour le maintenir. Il ne paraissait pas avoir d'hallucinations.

Le malade de Thomsen (voir plus bas) présente de même une période d'excitation qui disparut en quarante-huit heures pour reparaître quinze jours plus tard et être suivie de démence.

Dans tous ces cas, les hallucinations sont rares. Bourdon l'avait déjà affirmé. Nous n'avons pas eu l'occasion d'en noter, sauf complications. Par contre, peut-être sont-elles plus fréquentes dans l'intoxication chronique par l'oxyde de carbone, c'est ce qui ressort du travail de Moreau (de Tours) fils (3), auquel nous renvoyons, et des observations de Lancereaux.

La vaso-dilatation paralytique des vaisseaux cérébraux et la stase sanguine consécutive, si souvent observée à la suite de l'intoxication, suffiraient-elles, par l'irritation produite dans l'écorce cérébrale, pour déterminer ces états d'excitation qui sont parfois si violents? On ne peut guère admettre ici une action spécifique du toxique sur les cellules cérébrales; il paraît en effet produire au contraire des effets stupéfiants.

L'histoire du malade que nous avons observé avec notre collègue, M. G. Lachaux, dans le service de M. Magnan, à l'asile Sainte-Anne, nous fait entrer dans une tout autre catégorie de faits non moins remarquables : *les symptômes mentaux dus aux lésions en foyers.*

Obs. III. — Le malade présentait depuis quelque temps une hémiparésie droite et, semble-t-il, un léger affaiblissement intellectuel, quand il subit une intoxication accidentelle due à un poêle Choubersky ; sa femme éprouva aussi quelques symptômes, mais tout à fait légers, et put lui porter secours : il était tombé dans le coma, au sortir duquel les symptômes mentaux préexistants s'étaient considérablement aggravés. Il était complètement amnésique, amnésie qui paraît avoir été rétro-antérograde ; il existait en outre une aphasie incomplète. Plus tard, survinrent des symptômes d'épilepsie jacksonienne à droite. Actuellement, l'aphasie persiste, le malade est très affaibli intellectuellement ; le trait le plus caractéristique de sa physionomie est la mimique exagérée à laquelle il se livre pour subvenir à l'incohérence et à la pauvreté de son vocabulaire. Il existe toujours une parésie droite.

(1) Casper Liman, *Handbuch der gericht med.* Berlin, 1882, I, p. 579.

(2) Ruata, *Gazz. med. di Torino*, n° 24, 1892.

(3) Moreau de Tours, *Intoxication chronique par l'oxyde de carbone*, 1876. Asselin. — Lancereaux, *Bull. de l'Académie de médecine*, 1889, etc.

Nous nous bornerons à cette rapide énumération des symptômes en raison de l'existence probable d'une lésion cérébrale antérieure à l'intoxication; mais on peut cependant affirmer une aggravation nette des symptômes à la suite de celle-ci. Ces lésions en foyers ont été notées depuis longtemps déjà : Bourdon les connaissait. Mais ce sont surtout Klebs (1) et après lui Pœlchen, qui les ont étudiées et en ont donné un certain nombre d'observations.

Ces foyers, quoique assez étendus, peuvent parfois ne pas donner lieu à des symptômes nets, mais souvent symptômes physiques et mentaux sont très caractéristiques.

L'observation, à laquelle il était fait allusion plus haut, de Bouchereau et Raffegeau (2), est des plus instructives. L'une des malades eut de l'amnésie transitoire ; elle était déjà assez affaiblie intellectuellement, mais son état mental ne s'aggrava que passagèrement pour redevenir ce qu'il était auparavant et l'amnésie disparut. L'autre malade était un homme fort intelligent, légèrement athéromateux, n'ayant jamais eu aucune maladie grave. Il fut trouvé dans le coma, et, ainsi que sa femme, ne fut sauvé que grâce à la respiration artificielle et à l'électrisation du diaphragme pratiquées pendant plusieurs heures. Revenu à lui, il présentait une amaurose absolue sans lésion du fond de l'œil. Il resta extrêmement agité pendant plusieurs jours, il criait, se démenait à ce point qu'il fallut plusieurs personnes pour le maintenir. Cette période d'excitation passée, on constata une démence complète : la mémoire était très affaiblie, le malade avait besoin d'être soigné comme un enfant, il reconnaissait quelques personnes à la voix, mais ne pouvait avoir aucune conversation suivie. Il s'amaigrit rapidement et eut de la gangrène pulmonaire pendant les mois suivants. Il était dans un état cachectique quand il fut enlevé par une grippe infectieuse deux ans après l'intoxication. L'autopsie ne put être faite. La femme, actuellement vivante (1894), n'a présenté aucun trouble spécial depuis l'accident.

Un malade de Barthélemy et Magnan (3), qui sera étudié à un autre point de vue un peu plus loin, présentait aussi le tableau d'une démence due à des lésions en foyers.

Hoffmann (4) cite une démence avec anesthésie qui dura plusieurs mois. L'état du malade de Musso (5) rappelait la paralysie générale. Un malade de Friedberg (6), âgé de 45 ans et qui n'avait présenté avant l'intoxication aucun trouble intellectuel, resta complètement dément.

L'observation remarquable de Cramer mérite d'être citée entièrement; elle est importante, surtout en raison des curieux résultats de l'examen histologique complet qui l'accompagne. Une femme (7) de 71 ans, saine d'esprit, subit une intoxication accidentelle. Elle reste trois jours sans connaissance. La conscience revient peu à peu, la malade se sent très faible. Mais quelques jours après, elle devient agitée, elle dit des insultes à son entourage, elle ne dort pas. Elle a un peu de fièvre, puis peu à peu elle tombe dans l'apathie absolue. Les pupilles sont égales, mais réagissent mal à la lumière. Les yeux sont à demi clos. Il n'y a pas de parésie de la face ni des membres, on constate une légère hyperesthésie cutanée généralisée. La malade ne répond que par des signes de tête aux questions qu'on lui pose, elle ignore la mort de son mari asphyxié à ses côtés; enfin, elle a une inconscience complète de son état. Elle avale automatiquement si on lui place des aliments au fond de la bouche. Trois semaines après, elle présente de la fièvre avec exacerbations; elle agite les membres, étend et fléchit successivement les bras. Le cœur faiblit. Mort.

A l'autopsie, on trouve la pie-mère opaque le long des vaisseaux qui sont congestionnés. Les artères de la base sont calcifiées, la décortication du cerveau est facile; à la coupe, il n'existe qu'une légère congestion. A l'examen microscopique, l'auteur constata une diminution des fibres tangentielles et supraradiées bien plus accentuée que l'on ne le voit d'ordinaire sur des cerveaux de gens même plus âgés. A côté de cellules nerveuses saines, on en trouve un grand nombre à différents stades d'atrophie, dans d'autres on voit des vacuoles dans le protoplasma et le noyau. Les cellules araignées sont peu nombreuses. Les vaisseaux de l'écorce sont à peu près intacts, cependant la tunique interne est parfois épaissie. Dans la substance blanche existent des cellules araignées en plus grand nombre, et çà et là disposées en amas; en ces derniers points, de petites artères ont un aspect vitreux épaissi et se colorent mal par le carmin. Les ganglions de la base présentent de nombreuses cellules araignées; auprès d'un vaisseau d'aspect vitreux, il existe une petite hémorrhagie et dans son voisinage un anévrysme miliaire. Dans le bulbe et la protubérance, les vaisseaux sont vitreux, et parfois la lumière en est presque effacée. En un point de l'aqueduc de Sylvius existe un foyer de gliose bien net. L'auteur insiste sur ce fait que des lésions de ce genre ne se trouvent pas, normalement, chez les vieillards.

(*A suivre.*)

(1) *Loco citato.*
(2) Bouchereau et Raffegeau, *Société de médecine légale*, 1889, et *Annales médico-psychologiques*, 1889.
(3) Barthélemy et Magnan, *Annales d'hygiène*, 1881, t. VI, p. 407.
(4) Hoffmann, Cité d'après Richardière, *Traité de médecine*, t. II, p. 654.
(5) *Rivista Clinica*, 1885, et *Deutsche med. Zeitschr.*, 1886.
(6) Friedberg, Empoisonnement par l'oxyde de carbone. Monographie. Berlin, 1886. Cité par Schwerin, *Berl. klin. Woch.*, 1891, n° 45, p. 1089.
(7) Cramer, *Centralbl. f. Allg. Pathologie*, n° 13, p. 545, 1891.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Atrophie musculaire progressive (Progressive muscular atrophy, most marked in the rhomboid and shoulder muscles, but also involving the muscles of the tongue and face and the external ocular muscles), par Forranel, Rugh et Milles (*The journal of nervous and mental disease*, juin 1895, n° 6, p. 354). — Il s'agit d'une femme, âgée de trente-cinq ans, dont le père est mort d'une paralysie qui l'avait confiné dans son lit pendant cinq ans et de nature inconnue. Pas d'affection analogue dans la famille. La maladie actuelle a commencé avec des douleurs très vives dans la région scapulaire droite, douleurs qui persistèrent pendant plusieurs semaines et étaient considérées comme de nature rhumatismale par les médecins. Pour corriger la difformité due à une saillie exagérée de l'omoplate on lui a recommandé de porter un corset, ce qui n'empêcha pas la faiblesse et la difformité de s'accroître. Elle était incapable de se peigner de la main droite. Actuellement, ce qui attire l'attention c'est la conformation des épaules et du dos. Le bras droit ne peut être élevé au-dessus de l'horizontale; avec le bras gauche, le mouvement d'élévation se fait avec difficulté. L'élévation de l'épaule et la projection du bras en avant et en arrière ne peut se faire à cause de l'atrophie musculaire qui intéresse les muscles rhomboïde, sus et sous-épineux et le deltoïde. Les muscles de la moitié gauche de la face sont très atrophiés, ce qui détermine une légère déviation de la bouche et du nez à droite. La langue est diminuée de volume et la moitié droite est relativement plus atrophiée que la moitié gauche, il y a des mouvements

fibrillaires. Les mouvements d'abduction et d'adduction de l'œil gauche et le mouvement d'adduction de l'œil droit sont incomplets. Pas de troubles de la sensibilité. Les auteurs admettent qu'il s'agit d'un cas de myopathie progressive.

Sclérose en plaques (Zur pathologischen Anatomie der multiplen Sklerose der Rückenmarks), par HUBER (*Virch. Arch.*, Band 140, Heft 2, 3 mai 1895, p. 397). — Le malade, négociant, est âgé de cinquante-huit ans, sans antécédents syphilitiques et nie tout excès alcoolique. A la suite d'un refroidissement très intense, en 1878, il éprouva une grande faiblesse dans les jambes qui augmenta jusqu'à la paralysie complète. A la suite d'un traitement par l'hydrothérapie son état s'améliora beaucoup. Plus tard, il avait de temps en temps des attaques apoplectiformes, transitoires. A cause de la douleur en ceinture, de la diplopie, de la paresse de l'abdomen et d'une esquisse de signe de Romberg, on pensa au tabes. Plus tard, il présentait de l'ataxie dans les membres inférieurs, des troubles de la sensibilité et du sens musculaire. Mais comme le réflexe patellaire était exagéré on s'arrêta au diagnostic de sclérose combinée. Quelque temps avant sa mort, survenue à la suite d'une brûlure, en 1893, on admit qu'il s'agit d'une sclérose en plaques, diagnostic qui semble avoir été confirmé par l'autopsie. Après durcissement de la moelle dans la liqueur de Müller, on constate, à la section, des foyers de sclérose, distribués d'une façon irrégulière, sur toute la longueur de la moelle, dans les cordons antéro-latéraux et aussi dans les cordons postérieurs. Les lésions sont plus prononcées dans la région cervicale. La substance grise est aussi affectée par les îlots de sclérose. Dans les plaques de sclérose l'auteur a pu constater beaucoup de cylindres-axes dont quelques-uns hypertrophiés. Les vaisseaux sont épaissis et dilatés. Des corps granuleux plus ou moins abondants et libres ou disposés autour des vaisseaux. Il a trouvé des leucocytes à l'intérieur des vaisseaux constituant de véritables thrombus. A la suite de cet examen l'auteur n'admet pas l'origine vasculaire de la sclérose en plaques soutenue par Marie, Ribbert, Marinesco. Les thrombus bactériens (staphylocoques) qu'il a trouvés dans certains vaisseaux de la pie-mère et des racines nerveuses ne sont pas pour l'auteur la cause des lésions observées, mais sont dus à une infection survenue peu de temps avant la mort. Le point de départ des foyers de sclérose se rattache à une affection primitive et de nature dégénérative des éléments nerveux à laquelle peut s'ajouter un processus de sclérose interstitielle secondaire à la lésion du parenchyme. L'absence de dégénérescence secondaire est difficile à expliquer dans l'état actuel de la science.

Hémiplégie double avec hémianopsie double et perte du sens du lieu (Double hemiplegia with double hemianopsia and lowss of geographical centre), par DUNN (*University med. Magazine*, mai 1895, n° 8, p. 578). — Homme âgé de soixante-huit ans, sans antécédents héréditaires ou personnels importants et qui souffre de temps à autre d'indigestion aiguë avec troubles cardiaques violents. A l'examen du cœur, on trouve une lésion mitrale avec hypertrophie compensatrice et artériosclérose généralisée. En 1891, à la suite d'une de ces indigestions, il a perdu connaissance et à son réveil il présentait une hémiplégie droite avec hémianesthésie. On constatait en même temps une hémianopsie latérale homonyme. Les troubles de la parole qui existaient au début et l'hémiplégie ont disparu peu après. L'iris réagissait normalement quand un faisceau lumineux tombait sur la moitié saine de la rétine. Il en résulte que la lésion qui déterminait l'hémianopsie était située en arrière des tubercules quadrijumeaux. En janvier 1893, à la suite d'un repas copieux, il a une nouvelle attaque d'indigestion avec palpitations et le lendemain au réveil il remarque une hémiplégie gauche avec hémianesthésie et cécité complète. La parole n'est pas affectée. Quatre jours après, comme dans la première attaque, les phénomènes paralytiques ont disparu. Il pouvait distinguer la lumière de l'ombre, mais ne reconnaissait les personnes qu'à leur voix. L'intelligence est normale, toutefois il ne peut se rendre compte de la situation de sa maison et de la place qu'elle occupe. Il sait qu'elle est située au point de rencontre de deux rues mais ne se rappelle pas les relations de ces deux rues. Le champ visuel est rétréci des deux côtés; il ne reste à la partie centrale qu'un disque qui mesure dix degrés dans le sens transversal, un peu plus dans le sens vertical. Il y a donc hémianopsie latérale double avec conservation de la vision centrale. La réaction pupillaire quand la lumière tombe sur la macula lutea existe bien qu'elle s'accomplisse lentement. Deux ans après la première attaque d'hémiplégie il n'y a pas encore d'amélioration du champ visuel.

Ainsi qu'il résulte des observations de Fœrster, Grœnouw, Vorster, Magnus, la disparition du sens du lieu est un signe important sinon caractéristique d'hémianopsie double. L'auteur se croit autorisé à conclure de son observation qu'il existe dans le cerveau droit un centre pour le souvenir des images de localité comme il existe dans le cerveau gauche un centre pour l'articulation des mots. La conservation de la vision centrale bien que l'hémianopsie double soit très complète justifierait l'hypothèse de Fœrster qui pense que la région maculaire de l'écorce occipitale a une vascularisation double, ce qui lui donne une plus grande résistance. D'autre part, les cas d'hémianopsie bilatérale où il y avait au début cécité complète puis retour de la vision centrale, tendent à prouver encore une fois la vascularisation double de cette région.

MÉDECINE

Traitement général des empoisonnements aigus (Die ersten Hulfsleistungen bei Vergiftungen), par LEWIN (*Berl. klin. Woch.*, 1895, n° 24, p. 513). — Le travail de l'auteur est consacré à une sorte de revue des premiers soins à donner dans les empoisonnements aigus. Il envisage sous ce rapport plus particulièrement les empoisonnements par la voie stomacale. Trois indications se présentent dans ces conditions : évacuer le contenu stomacal, neutraliser chimiquement le poison ingéré, combattre les troubles fonctionnels.

Pour l'évacuation de l'estomac, l'auteur donne la préférence aux lavages chaque fois que c'est possible. On lavera donc l'estomac soit avec de l'eau simple, soit avec de l'eau additionnée d'un antidote quand la nature du poison est connue. En ajoutant une petite quantité de cocaïne (cinq à dix centigrammes par litre d'eau), on calme l'irritation stomacale ; avec de l'eau glacée, on pourra combattre l'inflammation de la muqueuse; en ajoutant enfin au liquide quelques gouttes de perchlorure de fer, on pourra combattre l'hémorrhagie. Le grand avantage du lavage comparé aux vomitifs, c'est que l'eau qui s'écoule par le tube enlève le poison qui souvent (phosphore, bleu de Schweinfurth) adhère à la muqueuse qui ne peut s'en débarrasser par un simple effort de vomissement.

Si le lavage est impossible pour une raison quelconque, on s'adressera aux vomitifs. Les vomitifs qu'on peut employer dans ces cas sont au nombre de trois : la farine de moutarde (huit à dix grammes pour un verre d'eau), le sulfate de cuivre à la dose de un gramme, et l'apomorphine à la dose de vingt centigrammes en injection sous-cutanée. Il faudra éviter d'administrer en même temps, dans le but de favoriser les vomissements, l'eau tiède ou les huiles qui ont la propriété de dissoudre certains poisons encore intacts.

En second lieu, on aura à s'occuper du poison qui a passé dans l'intestin. On donnera un purgatif, du sel de Seignette, dix à vingt grammes, de préférence à tout autre, afin de débarrasser l'intestin du poison qu'il renferme. Dans le même but, on donnera encore un lavement purgatif. Enfin, on favorisera la diurèse et le fonctionnement des glandes excréteurs afin d'obtenir une élimination rapide du poison qui a pu passer dans la circulation générale.

La seconde indication, neutraliser le poison ingéré par un antidote, est en partie réalisée quand on fait le lavage de l'estomac avec une substance médicamenteuse. Il ne faut pourtant compter beaucoup sur la neutralisation directe, car si l'empoisonnement a eu lieu par un acide par exemple qui a détruit l'estomac et les organes voisins, on ne peut guère compter que l'administration d'un alcali étendu neutralise partout l'action de l'acide.

Les troubles fonctionnels existent dans presque tous les empoisonnements aigus. L'asthénie cardiaque sera combattue par des excitants diffusibles qui seront administrés en lavement à cause du mauvais état de la circulation périphérique, rendant impraticable la voie sous-cutanée. On donnera

donc de l'ammoniaque (trente gouttes pour un verre d'eau), de l'alcool (une cuillerée à café de cognac dans un verre de vin additionné de gomme arabique), de l'infusion de café, de l'huile camphrée, toujours en lavement. Si la voie sous-cutanée semblait encore bonne, on injectera sous la peau trois à quatre grammes de teintures de musc.

Contre les troubles de la respiration, l'apnée, on emploiera la respiration artificielle, les affusions d'eau froide sur la nuque, les tractions de la langue d'après le procédé de Laborde, au besoin la trachéotomie suivie d'insufflation à travers la canule. La tendance au coma sera combattue par les excitations périphériques (sinapismes étendus), l'ambulation forcée, les excitants diffusibles. Enfin, l'altération du sang sera combattue par le moyen héroïque de la saignée suivie de transfusion intra-veineuse de solution physiologique de chlorure de sodium.

CHIRURGIE

Otite externe et phlegmon mastoïdien dans le cours d'une dysenterie aiguë, par Mathias et Grasser (*Arch. de méd. milit.*, n° 6). — Les auteurs relatent un cas de dysenterie aiguë intéressant par une complication phlegmoneuse survenue au niveau de l'apophyse mastoïde, dix-sept jours après l'apparition de l'affection intestinale chez un militaire du 2e zouaves à Oran. L'examen bactériologique de la suppuration ayant décelé la présence du bacterium coli, il fallait se demander si ce phlegmon était une pure coïncidence, une affection indépendante, ou bien une complication véritable de la dysenterie. Il est fort admissible que le bacterium coli puisse, à un moment donné, émigrer de l'intestin et déterminer en un point quelconque du corps un foyer de suppuration au même titre que le bacille d'Eberth, par exemple. A la connaissance des auteurs, c'est la première fois que cet agent pathogène a été rencontré dans un tel phlegmon. Cette observation est incontestablement intéressante et rare, mais nous croyons devoir faire remarquer que les auteurs exagèrent sa solitude. Une mastoïdite à coli-bacille a été opérée par MM. A. Broca et Lubet Barbon et l'observation est publiée par eux dans leur livre sur les *suppurations mastoïdiennes* (Obs. CVII, p. 214).

Abcès de l'ombilic produit par des lombrics (Ein Fall von Auswanderung von ascaris lumbricoïdes aus dem Darme), par Lowy (*Prag. med. Wochensch.*, 1895, n° 21, p. 253). — L'observation se rapporte à un enfant de quatre ans, phthisique, chez lequel quelques jours avant la mort un abcès torpide se forma dans la région ombilicale. L'abcès ouvert spontanément permit d'extraire de la cavité un corps étranger qui fut reconnu pour un lombric. L'extraction du lombric fut suivie d'issue de matières fécales à travers l'orifice de l'abcès. L'enfant mourut dans la journée.

D'après l'auteur il s'agissait là d'un cas de sortie d'un lombricoïde à travers une perforation de l'intestin.

Luxation des tendons des péroniers (Ueber die Luxation der Peronaeussehnen) par Kraske (*Centralb. f. Chirurg.*, 1895, n° 24, p. 569). — Dans un cas de luxation habituelle des tendons péroniers, datant de trois mois, l'auteur mit à nu les tendons, forma aux dépens de la malléole externe un lambeau ostéo-périostique de 3 cm. 1/2 de long sur 75 millimètres de large qu'il rabattit obliquement sur la gouttière, la face périostée en dedans, en fixant le sommet du lambeau aux tissus fibreux qui recouvrent le calcanéum. Guérison en trois semaines, guérison définitive comme on a pu s'en convaincre à l'examen ultérieur du malade.

D'après l'auteur la guérison de ces luxations habituelles ne peut être obtenue qu'en reformant la coulisse dans laquelle glissent les tendons.

GYNÉCOLOGIE

Opération de Porro pour une tumeur maligne de l'ovaire (Fall von Kaiserschnitt nach Porro in der Schwangerschaft wegen malignen Ovarialtumors, etc.), par Voigt (*Arch. f. Gynæk.*, 1895, vol. XLIX, p. 43). — Il s'agit d'une femme de trente ans chez laquelle, au cours de la grossesse, se développa, du côté de l'ovaire gauche, une tumeur qui, en augmentant rapidement de volume, amena une série de troubles (mauvais état général, hydronéphrose, troubles de circulation) ayant nécessité une laparotomie pour l'ablation de la tumeur. A l'ouverture de l'abdomen on trouva une tumeur maligne de l'ovaire adhérente de toutes parts et dont l'ablation nécessita une abrasion de la paroi postérieure de l'utérus. Devant cette complication inattendue, l'auteur pratiqua l'opération de Porro. La femme succomba huit jours après l'opération à une hémorrhagie stomacale, venue d'un ancien ulcère de l'estomac.

L'examen histologique de la tumeur montre qu'il s'agissait d'un péritheliome (Ammann) de l'ovaire dont le point de départ a été un corps jaune.

BIBLIOGRAPHIE

Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie, par le docteur Gilles de la Tourette, agrégé, médecin des hôpitaux. Deuxième partie, 2 vol. in-8° avec 63 figures et un portrait à l'eau-forte du professeur Charcot. Plon et Cie, 1895.

M. Gilles de la Tourette vient de compléter l'œuvre magistrale qu'il avait entreprise sous la direction de son maître le professeur Charcot. Les deux volumes qu'il publie ne sont pas inférieurs à la première partie de son traité. On y retrouve les mêmes qualités : conception nette du sujet, style clair, précis et élégant tout à la fois, exclusion des théories si souvent passagères, bibliographie complète des questions traitées.

Nous ne pouvons faire une énumération même incomplète des matières que renferment ces deux volumes. L'ouvrage comprend tout ce qui se rapporte aux paroxysmes et aux états de mal si divers de l'hystérie, aux troubles trophiques, aux paralysies et contractures, aux déterminations viscérales, au traitement de la névrose.

Les recherches personnelles de l'auteur contribueront pour une large part au succès de son œuvre. On lira avec grand intérêt les chapitres consacrés à la nutrition. La question si complexe des somnambulismes est traitée avec une grande autorité. On sait, en effet, que le premier, M. Gilles de la Tourette a fait rentrer le somnambulisme dit naturel dans le cadre de l'hystérie et affirmé les rapports intimes qui unissent les divers états hypnotiques aux états similaires de la névrose. Signalons en passant des considérations médico-légales du plus haut intérêt.

La conception que l'auteur s'est faite des troubles trophiques l'a conduit à admettre l'existence d'un nouveau stigmate, la diathèse vaso-motrice qu'il met en parallèle, non sans raison, avec la diathèse de contracture par exemple. Les localisations de l'hystérie sur l'estomac, sur le poumon, sur les organes génito-urinaires ont été l'objet de descriptions qui marqueront une étape importante dans l'évolution historique de ces questions.

L'ouvrage se termine par un exposé complet à la fois dogmatique et pratique du traitement. On sent que l'auteur a été aux prises avec les mille difficultés journalières de la thérapeutique de la névrose. Aux formules banales sur l'hydrothérapie, l'électricité, l'isolement, il a substitué des conseils précis qui ne sont pas un des moindres attraits de son ouvrage. Au point de vue mental et physique l'hystérique, homme ou femme, est pris à sa naissance, étudié pendant la puberté, dans l'état de mariage, pendant la ménopause et la vieillesse, avec une sûreté d'appréciation bien faite pour séduire le lecteur.

Ce livre a sa place dans toutes les bibliothèques ; le savant et le praticien en tireront égal bénéfice ; il fait honneur à son auteur et à l'Ecole de la Salpétrière.

G. Marinesco.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel des maladies des femmes; clinique et opératoire, par A. Lutaud. Un vol. in-8°. Paris, Bataille et Cie. Prix : 8 fr.

C'est une troisième édition que publie actuellement M. Lutaud. Ce livre est un véritable manuel de chirurgie opératoire, il comporte 418 figures, et entre autres ajoutés : le massage gynécolo-

gique, la fixation de l'utérus, le traitement des déviations utérines, le raccourcissement intra-utérin des ligaments ronds, la description de la position de Trendelenburg, et les nouveaux procédés d'hystérectomie vaginale.

Quoique la partie chirurgicale soit surtout développée, les maladies gynécologiques, appartenant plus spécialement à la pathologie interne, sont également étudiées avec soin dans ce manuel, qui renferme non seulement les éléments nécessaires à l'élève, mais encore les notions pratiques qui en font un momento utile pour les confrères.

Thèses des Facultés.

Sur un nouveau mode d'administration du bromure d'éthyle en rhino-laryngologie. Contribution a l'étude physiologique de cet anesthésique, par Victor Texier.

Pour les opérations rhinologiques que nous envisageons, on a substitué au chloroforme le bromure d'éthyle pour les raisons connues : absence de danger, rapidité d'action, facilité d'opérer dans la position assise.

L'anesthésie classique par le bromure d'éthyle se fait par l'administration en masse ; dose : de cinq à trente grammes ; durée : de une à deux minutes jusqu'à la résolution complète.

Mais cette anesthésie n'est pas aussi inoffensive qu'on l'a dit et elle a donné des cas de mort dus à l'action du bromure d'éthyle sur le bulbe par apnée et syncope.

Pour se mettre à l'abri de ces accidents, nous avons imaginé une méthode nouvelle basée sur ce fait : qu'il s'écoule un long intervalle entre le moment où le bromure d'éthyle frappe le cerveau et celui où il agit sur l'axe nerveux.

Cette méthode consiste à ne donner le bromure que pendant un temps et sous une dose strictement suffisante pour obtenir l'inhibition cérébrale, en s'arrêtant avant que la moelle soit touchée.

Il en résulte que si la sensibilité à la douleur n'est pas abolie, la perception consciente de cette douleur est momentanément supprimée ; dès lors le patient ne souffre pas et par conséquent ne se défend pas.

Nous proposons de donner le nom d'apsychie à cet état qui est exactement inverse de l'analgésie habituelle ; en effet, dans l'analgésie, la conscience persiste et la sensibilité à la douleur est émoussée, tandis que, dans l'apsychie, qui, à tout prendre, n'est qu'une sorte d'ivresse brométhylique, les choses se passent d'une façon absolument inverse.

Pour obtenir ce résultat, nous donnons d'un seul coup 3 à 5 grammes de bromure d'éthyle chez les enfants de 3 à 8 ans, de 5 à 10 grammes chez ceux de 8 à 15 ans. Le temps nécessaire varie de 15 à 35 secondes. En aucun cas, on ne doit dépasser ces limites.

Cette méthode donne une période opératoire allant de 30 à 40 secondes qui permettent les opérations suivantes : en rhino-laryngologie, les végétations adénoïdes, les amygdales, les polypes de l'oreille, la paracentèse du tympan ; en petite chirurgie : incision d'abcès et de panaris ; en odontologie : l'extraction des dents.

Nos observations montrent les avantages de cette méthode : d'abord son innocuité et en second lieu la rapidité avec laquelle ses effets s'exercent, rapidité du début et rapidité de disparition.

VARIÉTÉS

Nécrologie. — Le professeur Baillon, qui vient de mourir à l'âge de soixante-huit ans, était un des plus savants parmi les botanistes contemporains. Son *Histoire des plantes* est un ouvrage des plus remarquables. Son *Dictionnaire de botanique*, son *Iconographie de la flore française* et les nombreuses monographies qu'il a publiées sur divers sujets de botanique sont des ouvrages dignes d'assurer à son nom une légitime notoriété. Nous n'en dirons pas autant de ses *traités de botanique médicale*. En s'efforçant d'atténuer sinon de réduire à néant la science nouvelle créée par Pasteur et ses élèves ; en soutenant que, parce qu'ils n'étaient pas suffisamment définis au point de vue mophologique, les microbes n'existaient pas à l'état d'espèce spécifique, M. Baillon a montré que l'esprit de parti peut obscurcir les plus belles intelligences. Nous avons autrefois protesté contre cet enseignement donné en pleine Faculté de médecine. Hâtons-nous d'ajouter qu'il a eu peu de succès. Ancien interne des hôpitaux, agrégé en 1857 et professeur en 1863, M. Baillon, s'il a honoré la Faculté par la renommée de ses publications scientifiques, a contribué à jeter le discrédit sur les études préparatoires à la médecine et son attitude aux examens a singulièrement hâté une réforme à laquelle tous les médecins ont applaudi.

Monument Alphonse Guérin.

Deuxième liste de souscription.

Dr Nicaise	100	francs.
Dr Henri Paris (Versailles)	100	—
Dr Félix Terrier	50	—
Dr Félizet	50	—
Dr Rigal	40	—
Dr Le Bec	30	—
Dr H. Rousseau	20	—
Dr Segond	20	—
Dr Zambaco Pacha (Constantinople)	20	—
Dr Jules Simon	20	—
Dr Th. Anger	20	—
Dr Ladreit de Lacharrière	20	—
Dr Troisier	20	—
Dr Brocq	20	—
Dr Pierre Delbet	20	—
Dr Collette (Dijon)	20	—
Dr Hirme	10	—
Dr Laveran	10	—
Dr Charles Fernet	5	—
Dr Lalesque (Arcachon)	5	—
Dr Painetoin (Fresnoy)	5	—
Dr Molinier (Dreux)	5	—
Dr Boutet (Toulouse)	2	—

La variole à Marseille. — D'après une statistique communiquée par M. le professeur Proust, au comité consultatif d'hygiène de France, il y aurait eu, durant les six premiers mois de 1895, à Marseille, cent soixante-quatorze décès occasionnés par la *variole*. Cette ville se compose de quatre cent six mille habitants, soit quatre décès pour dix mille habitants. Pendant la même période, à Paris, dont la population est de deux millions quatre cent vingt-quatre mille habitants, il n'y a eu, suivant notre ami A.-J. Martin, que *dix décès* dus à la même cause, soit quatre centièmes pour dix mille habitants.

Cette comparaison comporte en elle même son enseignement. Tandis que la vaccination et la revaccination sont pratiquées d'une façon régulière et sérieuse à Paris, et que la population met de l'empressement à répondre à l'appel de l'administration, il semble qu'à Marseille l'organisation du service de la vaccination est défectueuse, ou que la population cosmopolite dédaigne de profiter des moyens qui lui sont offerts de se protéger efficacement contre une maladie qui ne devrait plus faire qu'exceptionnellement des victimes. Le maire de Marseille est un médecin, M. le docteur Flaissières. A ce double titre, il a le devoir de prendre des mesures pratiques.

Laboratoire de diagnostic bactériologique de la diphthérie. — Le laboratoire de bactériologie de la Ville de Paris met gratuitement à la disposition de MM. les médecins des nécessaires pour le diagnostic de la diphthérie.

Ces nécessaires sont délivrés sur la demande écrite de MM. les médecins, et les résultats des analyses leur sont communiqués vingt-quatre heures, au plus tard, après le retour au laboratoire des nécessaires utilisés.

Le laboratoire de diagnostic bactériologique de la diphthérie, situé rue Lobau, 2 (entresol), est ouvert tous les jours de huit heures du matin à huit heures du soir, y compris les dimanches et fêtes.

Nota. — Le dépôt d'une somme de cinquante centimes donne droit à une réponse par voie télégraphique.

Société de médecine de Bordeaux. — MM. Matignon, médecin aide-major attaché à la légion militaire de Chine, et Fromaget, chef de clinique à la Faculté de médecine de Bordeaux, viennent d'obtenir, pour leur mémoire « Du traitement chirurgical du cancer de l'estomac », le prix de 1,000 fr. institué par la Société de médecine de Bordeaux.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

QUARANTE-DEUXIÈME ANNÉE — N° 31 — 3 AOUT 1895

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

BULLETIN

L'enseignement des sciences accessoires à la Faculté de médecine.

Depuis de longues années nous avons lutté en vue de faire réformer le programme des études préparatoires à la médecine. En 1890 nous espérions toucher au but. En 1893, les rapports de MM. Brouardel et Darboux reproduisaient en termes presque identiques aux nôtres les arguments que nous avions fait valoir pour approuver le projet de décret présenté par M. Liard au Conseil supérieur de l'instruction publique.

En 1894 nous avons, une dernière fois, à l'occasion de diverses études faites sur ce sujet par plusieurs membres de l'enseignement supérieur, soutenu qu'il importait d'annexer aux cours de physiologie, de thérapeutique, d'hygiène, de médecine légale ou de clinique des conférences avec exercices pratiques au cours desquelles, sous la surveillance et la direction du professeur titulaire, un maître spécial enseignerait la physique, la chimie ou l'histoire naturelle dans leurs rapports avec la médecine. Il nous paraissait évident que l'étude des applications pratiques de ces sciences devait être non point enseignée dans des cours spéciaux mais annexée aux différentes conférences que doit suivre l'étudiant en médecine.

L'optique et l'acoustique feraient ainsi partie du cours de physiologie et l'étudiant serait interrogé sur ces branches de la médecine alors qu'il serait appelé à passer son deuxième examen. L'électricité médicale serait considérée comme une annexe à la thérapeutique. La chimie, plus indispensable que jamais à étudier sérieusement, aujourd'hui que les études de laboratoire exigent le maniement de réactifs divers, que les analyses des humeurs deviennent plus nécessaires chaque jour, serait enseignée en même temps que la physiologie, que la thérapeutique et que l'hygiène. Des laboratoires spéciaux seraient ouverts à tous les étudiants désireux d'étudier sérieusement la composition des humeurs de l'organisme, les altérations diverses de l'urine, du sang, du suc gastrique, etc., les applications de la chimie à la toxicologie ou à la thérapeutique.

Quant à la botanique et à la zoologie médicales, nous n'en avions guère parlé que pour protester contre l'organisation *actuelle* des exercices pratiques d'histoire naturelle à la Faculté.

Le décret qui, depuis l'année dernière, a confié aux Facultés des sciences le soin de donner aux étudiants en médecine les connaissances théoriques et pratiques qui s'enseignaient jadis durant la première année de scolarité médicale nous paraissait avoir pour corollaire la suppression des cours magistraux de physique, de chimie et d'histoire naturelle médicales et l'organisation des conférences et des exercices pratiques reconnus nécessaires. Il paraît que la question est controversée. La chaire d'histoire naturelle près la faculté de Nancy vient d'être déclarée vacante. Il en sera de même, nous dit-on, pour la chaire que la mort du professeur Baillon vient de laisser sans titulaire.

Nous n'ignorons pas que celle-ci est briguée par un savant des plus distingués, qui, à tous les points de vue, mérite l'estime et la sympathie des maîtres et des élèves. Mais les questions de personne ne nous paraissent devoir intervenir à aucun degré dans une question de ce genre qui intéresse l'avenir même des Facultés de médecine. Si l'on nommait M. le Dr Blanchard professeur titulaire de parasitologie, d'helmintologie ou d'une chaire spéciale quelconque, nous applaudirions au succès de notre confrère et nous nous inclinerions devant le vote de la faculté qui dirait sans doute les raisons qui lui font désirer la création d'une chaire nouvelle. Mais si l'on maintient tel qu'il existe l'enseignement des sciences accessoires, à quoi bon avoir proclamé hautement la nécessité d'une réforme? A quoi bon avoir imposé aux étudiants en médecine une année préparatoire dans les Facultés des sciences? A quoi bon avoir grevé le budget de l'Instruction publique de dépenses considérables?

En vain soutiendra-t-on que les professeurs feront un cours de sciences appliquées et non plus, comme autrefois, un cours théorique. Ne voit-on pas que c'est jouer sur les mots? A-t-on oublié les protestations de ceux qui

défendaient l'ancien état de choses et qui soutenaient que les applications des sciences à la médecine étaient parfaitement enseignées dans nos Facultés ?

Ces cours magistraux, d'ailleurs, qui les suivra? Ce ne seront ni les étudiants de première ou de deuxième année qui auront à disséquer et à apprendre leur physiologie; ni les externes ou internes des hôpitaux qui trouveront, s'ils le désirent, toutes les ressources nécessaires pour étudier pratiquement la chimie, la physique et toutes les applications utiles des sciences à la médecine; ce ne seront point non plus les autres étudiants qui, pressés par les nécessités de la loi militaire, ont à peine le temps d'apprendre ce qu'un médecin ne doit pas ignorer.

Ce qui nous manque, il faut le répéter, ce ne sont point les cours théoriques, ni les professeurs en robe rouge, ce sont des laboratoires pratiques et des moniteurs (qu'on les appelle chefs de laboratoire, préparateurs, agrégés ou même professeurs) chargés de compléter chaque année les études physiologiques, cliniques ou thérapeutiques par un enseignement pratique bien compris de la physique, de la chimie et de l'histoire naturelle médicale.

Ce n'est pas au moment où les salles de dissection, les laboratoires, les bibliothèques devraient être multipliés dans des proportions considérables qu'il faut songer au luxe de cours magistraux sans élèves.

Si l'on veut transformer la faculté de Paris en une Ecole de haut enseignement et ne plus la considérer comme une Ecole professionnelle, qu'on le dise; mais alors que l'on oblige ceux qui voudront exercer en France à apprendre ailleurs l'anatomie, la pathologie et la clinique. Maintenir les anciens errements serait montrer que les réformes les mieux étudiées deviennent bientôt lettre morte et que la routine règne en souveraine maîtresse à la Faculté de Paris.

Nous espérons encore qu'il n'en sera rien. Nous savons que l'un des maîtres les plus autorisés de l'Ecole de Paris, que le chef incontesté de la nouvelle génération chirurgicale entend lutter au sein du conseil de la Faculté pour obtenir que la chaire de botanique soit supprimée et que le crédit qui lui est affecté soit employé à la création d'une autre chaire ou bien de laboratoires. Nous espérons que les collègues de M. le professeur Terrier voteront avec lui dans un sens conforme à leurs décisions antérieures et au bien de l'enseignement médical. Nous espérons aussi que M. le Directeur de l'Enseignement supérieur achèvera la réforme qu'il a entreprise et qu'il a menée à bien malgré tous les obstacles qu'on lui a suscités. M. Liard est un homme de progrès. Il comprendra que l'avenir de l'enseignement médical est dans la suppression des cours théoriques qui n'auront jamais d'élèves et dans la multiplication des laboratoires, des cliniques et des conférences pratiques qui les réuniront tous.

L. Lereboullet.

Internes et directeur.

En ouvrant dimanche le *Matin*, j'ai appris officiellement, par un article de tête, avec interwiews à l'appui, que MM. les internes en médecine de l'hôpital de la Charité étaient en délicatesse avec le directeur de l'hôpital, M. Gillet.

A lire cet article, écrit par un incompétent, comme de juste, un profane croira volontiers que la situation est grave. C'est que le récit est dramatique! Un directeur qui dort de neuf heures du soir à huit heures du matin, pendant que, dans la maison dont il a la charge, les malades se suicident, sont opérés, succombent sans qu'il consente à se déranger pour voir de quoi il retourne! A cela, M. le directeur répond qu'il a voulu obliger les internes à respecter certains articles du règlement et qu'ils ont dès lors décidé de lui « monter une scie » en le dérangeant à tout propos, pour constater des décès, pour délivrer un œuf destiné à faire de l'eau albumineuse, etc., le tout au milieu de la nuit.

Dès lors, il se défend comme il peut, et met à sa porte un planton qui arrête l'interne en velléité de sonnerie.

Au fond, je me souviens assez de ce que sont les salles de garde pour croire qu'il n'y a pas dans tout cela de quoi fouetter un chien. L'histoire est renouvelée des Grecs, comme le jeu de l'oie; je le pense parce que, durant mon internat, elle s'est produite quelquefois, et même avec ma participation, je l'avoue.

Lorsque, à tort ou à raison, nous entrions en lutte avec « l'Administraaation », nous commencions la campagne des dérangements multiples et nocturnes, « scie » absolument classique, léguée par nos devanciers, tout comme celle qui consiste à donner des diagnostics fantastiques ou capables de créer des difficultés médicolégales. En multipliant les « soupçons d'empoisonnements » et les autopsies judiciaires qui en résultent, il est aisé de causer à un directeur pas mal de dérangements inutiles.

Le malheur pour M. le directeur de la Charité est que, de par le règlement, on peut « lui monter cette scie ». Un directeur d'hôpital doit tout voir, tout savoir, tout contrôler, tout autoriser, jusques et y compris les actes médicaux les plus techniques; c'est lui qui doit, lui-même, recevoir les malades, par exemple, « après avoir pris, s'il y a lieu, l'avis de l'interne de garde ». Avec cette petite phrase, dont j'ai déjà signalé ici l'existence, il est évident que des internes débrouillards peuvent le mener un peu où ils veulent : soit en lui faisant passer toutes ses nuits debout s'il n'ose pas agir sans eux; soit en lui faisant faire quelques bonnes gaffes, bien retentissantes, s'il use de son droit jusqu'au bout.

Une fois de plus on arrive à constater qu'il existe un règlement inapplicable, car en le prenant à la lettre on aboutit à des conséquences absurdes. Tant qu'il ne sera pas réformé — et je ne suis plus assez jeune pour croire qu'il le sera bientôt — on devra pourtant s'en servir, et cela exige, de la part des intéressés, une certaine finesse de doigté.

Si de temps à autre les jeunes gens dépassent la note dans leurs protestations et rendent la vie trop dure à leur directeur, que celui-ci ait tort ou raison, il ne convient pas de le leur reprocher avec aigreur. Tous ceux qui ont passé par là en ont fait autant, peu ou prou, et je serais mal venu à oublier que j'ai été interne, que je me suis quelquefois amusé et que je n'ai jamais été un modèle de discipline et de respect. Mais mes jeunes collègues me permettront, sans que je fasse trop le mentor, de regretter que la presse politique se soit emparée de l'affaire. S'ils connaissent des journalistes, ils auraient

mieux fait de ne pas leur en souffler mot, car dans le grand public on est trop porté à les accuser de ne pas prendre suffisamment à cœur les intérêts des malades. Cela est absolument faux, je m'en porterais garant, et je suis sûr que, dans leurs démêlés avec leur directeur, les internes de la Charité ont eu soin de ne nuire à aucun malade. Mais dans l'article du *Matin* le rédacteur a mis des descriptions poignantes, des titres sensationnels. Pour allécher le lecteur, on y parle de « un qui meurt » et « encore un qui meurt », et de « morts inexpliquées ». Il y a bon nombre d'imbéciles qui le croiront, parce que c'est imprimé; il y a aussi bon nombre d'individus qui sans le croire le répéteront, parce qu'il ont intérêt à démolir toute aristocratie médicale, y compris celle de l'internat. Voilà pourquoi je dis, en toute franchise, qu'après s'être un peu « payé la tête » de leur directeur, après avoir peut-être eu raison à l'origine de leurs réclamations, les internes de la Charité ont commis une faute lourde en racontant leurs petites histoires à un journaliste politique.

A. Broca.

REVUE GÉNÉRALE

Cure radicale de la hernie inguinale chez les petites filles.

La cure radicale de la hernie inguinale chez l'enfant prend de plus en plus droit de cité dans la chirurgie courante. Il ne sera donc pas sans intérêt de l'étudier dans le sexe féminin, ce que nous ferons d'après une quarantaine d'observations, publiées dans notre récente thèse inaugurale et dues à notre maître, M. Broca.

Mais avant d'entrer dans les descriptions opératoires, il nous semble utile de rappeler quelques notions d'anatomie et de développement concernant la région du canal inguinal.

I

On sait qu'à l'origine, chez l'embryon, la glande génitale apparaît à la face interne du corps de Wolf, des deux côtés des vertèbres lombaires. Cette glande, qui deviendra ovaire ou testicule, suivant l'évolution de l'épithélium germinatif qui la recouvre, ne tarde pas à opérer sa migration vers le bassin. Le ligament inguinal du corps de Wolf devient le ligament inguinal de la glande génitale, autrement dit le gubernaculum, et s'engage dans le canal inguinal, aussi bien chez le mâle que chez la femelle. Il entraîne à sa suite un diverticulum péritonéal, qui sera chez l'un le canal vagino-péritonéal, chez l'autre le canal de Nück. Le développement de ces processus péritonéaux semble bien contemporain de la descente du gubernaculum et précède, par conséquent, la migration de la glande génitale. C'est au moins l'opinion la plus généralement admise aujourd'hui, et elle repose sur de nombreuses constatations anatomiques. Cloquet, Tuffier, A. Broca, ont vu le *gubernaculum testis* accompagné jusqu'au fond du scrotum par une vaginale préformée, alors que le testicule n'avait pas encore opéré sa descente. Un autre argument en faveur de cette théorie nous est fourni par l'observation de ce qui se passe chez la femme. L'ovaire est, en effet, comparable, au point de vue de la migration, à un testicule en ectopie abdominale. Sauf les cas exceptionnels, où on l'on l'a vu descendre jusqu'à la région inguinale et faire hernie dans la grande lèvre, il ne dépasse pas ordinairement la cavité du bassin. Ce n'est donc pas lui qui entraîne le péritoine, mais bien le gubernaculum qui ultérieurement deviendra le ligament rond.

Il est vrai que l'existence du canal de Nück a été contestée. Ainsi, en 1865, dans sa thèse inaugurale, M. Duplay conclut : « Je serais tenté d'admettre que l'erreur des anatomistes qui ont admis le canal de Nück et qui prétendent l'avoir vu, provient de ce qu'ils l'ont produit artificiellement, ou bien de ce qu'ils ont eu affaire à des sacs herniaires. » En 1886, Beurnier, dans sa thèse, se ralliait à l'opinion de son maître.

Cependant la majorité des anatomistes français et étrangers admettaient l'existence du canal de Nück; Richet, Sappey, Tillaux, pour ne citer que nos classiques français. Plus récemment, les travaux de Zuckerkandl, Féré, H. Sachs, A. Broca, semblent avoir bien établi ce point d'anatomie, et M. Duplay n'a d'ailleurs pas hésité à se rendre à l'évidence des préparations de M. A. Broca.

Chez le fœtus, le canal de Nück accompagne donc le ligament rond dans le trajet inguinal, comme le canal vagino-péritonéal suit le cordon. Comme lui aussi, il subit un travail d'oblitération, qui, commencé du sixième au septième mois de la vie intra-utérine, est ordinairement achevé à la naissance. Mais de même qu'on observe la persistance du conduit péritonéal chez l'homme, de même chez la femme il n'est pas très rare de constater la perméabilité de l'invagination de la séreuse après la naissance.

Cruveilhier déclare l'avoir rencontrée assez souvent dans les autopsies de femmes âgées, qu'il a pu faire à la Salpêtrière, Hugo-Sachs donne des chiffres élevés, trente-huit fois sur cent cinquante autopsies. Zuckerkandl, sur des enfants de un à douze ans, l'a rencontré avec une proportion de vingt et un pour cent. Camper l'a trouvé sept fois sur trentre-quatre, dont quatre à droite et trois à gauche. Féré neuf uni ou bilatérales sur quarante-neuf filles de moins de un mois. Testut sur quatorze sujets de vingt à soixante ans, ne l'a observée qu'une fois bilatérale, avec pointe de hernie du côté droit. Un fait d'observation courante, est que le canal de Nück, comme le canal vagino-péritonéal, reste plus souvent béant à droite qu'à gauche, ce qui cadre bien avec la plus grande fréquence de la hernie inguinale du même côté. Et ici encore, comme chez l'homme, on peut observer tous les degrés, depuis la perméabilité totale, le canal atteignant la grande lèvre, jusqu'à la simple dépression ou fossette qui servira d'amorce à la hernie : entre ces deux extrêmes tous les intermédiaires. Les rétrécissements que Ramonède a décrits au canal vagino-péritonéal au niveau des anneaux naturels peuvent également exister chez la femme, cloisonner le canal en autant de loges, d'où la formation des kystes, dits du canal de Nück. Leur pathogénie nous fait assez voir qu'ils seront ordinairement, sinon toujours, surmontés d'une pointe de hernie et qu'ils devront par suite, être justiciables de la cure radicale.

Enfin il existerait à l'entrée du canal de Nück une valvule analogue à celle que Ramonède a décrite au canal vagino-péritonéal. M. Broca dit l'avoir nettement constatée chez la petite fille, située derrière la paroi inguinale, formant un vestibule retro-pariétal qui expliquerait la hernie pro-péritonéale de la femme.

On nous pardonnera ces quelques détails d'embryogénie; seuls ils pouvaient nous donner une idée claire

de la pathogénie de la hernie inguinale, de ses rapports anatomiques et de ses analogies dans les deux sexes.

II

Nous insisterons moins sur l'anatomie du trajet inguinal. Le canal inguinal est en effet normalement chez la femme ce qu'il est chez l'homme, sauf quelques légères différences dans les dimensions. C'est ainsi que la largeur est moins considérable : il y a la différence du cordon au ligament rond. La longueur moyenne serait de quarante millimètres chez l'homme, de quarante-quatre millimètres chez la femme. L'orifice superficiel, improprement appelé anneau inguinal externe, avec ses deux piliers supéro-interne et inféro-externe, répond par sa limite inférieure à la surface osseuse qui relie l'épine pubienne à l'angle du pubis. L'orifice profond ou sous-péritonéal fermé, normalement, par l'adhérence du *fascia transversalis* au ligament rond, est situé à environ quinze millimètres au-dessus de l'arcade de Fallope d'après le professeur Tillaux; son centre est un peu en dedans du milieu d'une ligne allant de l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'épine du pubis. Une légère dépression du péritoine à ce niveau, constitue ce qu'on appelle la fossette inguinale externe. Elle est bordée en dedans par l'artère épigastrique qui la sépare de la fossette moyenne. On sait que c'est par ces deux fossettes que se font la plupart des hernies inguinales. Au niveau de la première, la hernie oblique externe, presque toujours congénitale; au niveau de la seconde, la hernie directe, la véritable hernie acquise, variété fréquente, ainsi que l'avait reconnu Cloquet, peut être même la plus fréquente des hernies acquises, ainsi que semblent l'avoir démontré les dissections de M. Broca.

Rien de spécial à noter sur les bords du canal inguinal, ainsi que sur ses parois; l'antérieure, constituée d'avant en arrière par la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose du grand oblique et les bords inférieurs des muscles petit oblique et transverse; la postérieure, décrite jusqu'ici par les classiques comme uniquement constituée par le *fascia transversalis*, à laquelle les auteurs anglais ajoutent ce qu'ils appellent le tendon conjoint. Ce dernier serait constitué par les fibres tendineuses inférieures des muscles petit oblique et transverse unis ensemble et contournant en arcade le bord externe du grand droit pour aller s'insérer depuis l'angle du pubis jusqu'à une certaine distance sur la crête pectinéale.

Le ligament rond remplit normalement le canal inguinal, envoyant sur son pourtour quelques expansions fibreuses pour aller finalement s'insérer au pubis et à la grande lèvre. Comme le cordon, il est contenu dans un manchon fibreux très mince, la fibreuse commune. Au-dessus de ce manchon fibreux, le ligament rond est recouvert par quelques fibres musculaires striées, issues en grande partie du petit oblique et du transverse et qui sont l'homologue du crémaster chez l'homme. Pour ce qui est de sa structure, il se compose essentiellement de fibres musculaires lisses, qui se confondent à leur origine avec celles de l'utérus; dans l'intervalle, du tissu conjonctif, quelques fibres élastiques et des vaisseaux de peu d'importance. Il faut savoir cependant que les veines, issues des plexus utérins, peuvent acquérir pendant la grossesse un développement assez considérable et servir de voie dérivatrice à la circulation de retour.

Si nous donnons ces quelques détails, qui semblent hors sujet, sur la structure du ligament rond, c'est que nous voulons esquisser en quelques mots son prétendu rôle physiologique dans la statistique utérine pour montrer qu'il n'y a pas d'inconvénient à le sectionner et à le lier avec le sac dans la cure radicale de la hernie inguinale.

L'utérus, à l'état normal, est un organe en équilibre instable, dont la direction varie suivant l'état de vacuité ou de plénitude des viscères qui l'entourent et le surmontent; la vessie, le rectum et l'intestin. Cruveilhier avait déjà été frappé de ce fait et il écrivait : « Le peu de tension et l'extensibilité des liens de l'utérus lui permettent de flotter, pour ainsi dire, dans la cavité du bassin et de se mouvoir plus ou moins. La facilité avec laquelle il peut être amené vers la vulve dans certaines opérations chirurgicales et le déplacement qu'il subit durant la grossesse, où on le voit s'élever dans l'abdomen, prouvent sa grande mobilité. » Alexander leur attribue un rôle insignifiant à l'état normal et Beurnier dans sa thèse exprime à peu près la même opinion. Dans un ouvrage récent M. le professeur Testut écrit : « Quant aux ligaments ronds nous savons qu'ils sont toujours incomplètement tendus et qu'ils jouissent, du reste, d'une grande extensibilité; de l'aveu de tous ils méritent assez mal le nom qu'on leur donne, et en tout cas ils ne sauraient gêner le corps utérin dans ses déplacements antérieur et postérieur ».

III

Voyons maintenant les principales variétés que le chirurgien peut rencontrer dans le contenant, le contenu et les rapports de la hernie inguinale chez la femme.

1° *Sac.* — On peut observer, comme chez l'homme, les différentes phases de développement, depuis la pointe de hernie jusqu'à la hernie interstitielle et au bubonocèle; à un degré de plus la hernie peut descendre dans la grande lèvre et atteindre quelquefois un volume considérable.

Ce qu'on observe dans la hernie congénitale, qui doit surtout nous occuper, c'est un sac accolé au ligament rond. M. Championnière les déclare absolument inséparables : pour lui, le ligament rond prolonge en quelque sorte le sac jusque dans la grande lèvre.

M. Berger, au contraire, tout en reconnaissant l'adhérence de la séreuse au ligament rond, estime que la séparation est toujours possible et ne présente pas plus de difficultés que lorsqu'il s'agit de la hernie congénitale chez l'homme; c'est ce que nous avons pu constater sur plusieurs pièces provenant de cures radicales, dans lesquelles ligament rond et sac avaient été réséqués en masse, sans dissection préalable.

Ce fait en lui-même a bien peu d'importance puisque, comme nous le verrons, on peut sans inconvénient se passer de cette dissection.

Il n'est pas très rare de rencontrer le long du canal péritonéal, chez la femme, des rétrécissements de forme diverse pouvant donner lieu à des formations kystiques qui affectent avec la hernie des rapports intéressants.

Les uns se font dans le sens transversal, analogues à ceux que Ramonède a décrits, au niveau des anneaux naturels, dans le canal vagino-péritonéal; il en résulte la forme classique, depuis Cloquet, du kyste du canal de Nück immédiatement sous-jacent à la hernie.

Une de nos observations répond à cette variété.

A cette disposition s'ajoute quelquefois un lambeau séreux, en forme de sac, qui s'insère au bord postérieur du diaphragme valvulaire.

Que le kyste soit volumineux et que la hernie vienne s'invaginer dans sa cavité et nous aurons la hernie enkystée de la grande lèvre, analogue à la hernie enkystée de la tunique vaginale : P. Berger, Terrillon en ont rapporté des exemples.

Chez quelques sujets, les cloisons qui se forment dans

le canal péritonéal sont obliques ou même verticales et la superposition du kyste à la hernie se fait dans le sens antéro-postérieur. Le sac herniaire, très petit, peut même se dissimuler entièrement derrière la face profonde du kyste; c'est ce qui est arrivé dans une de nos observations, où la hernie est absolument cachée, derrière un kyste du canal de Nück.

Enfin la hernie peut être séparée du kyste par un cordon mince, analogue au cordon de Cloquet chez l'homme.

Une autre variété rare est la hernie en bissac, analogue à celle qu'on rencontre chez l'homme, présentant de même un renflement interstitiel et un autre situé dans la grande lèvre, correspondant au prolongement scrotal. Dans des cas de Berger et de Luke, le renflement était bien intra-pariétal, sous l'aponévrose du grand oblique; dans celui de Golding Bird, il était sous-cutané.

Enfin, on a trouvé, même chez la femme, des hernies inguino-propéritonéales : Hurlimann en a cité un exemple intéressant.

Contenu. — Le plus souvent, c'est l'intestin grêle ou l'épiploon, fréquemment les deux à la fois. Chez la petite fille ces organes sont ordinairement libres de toute adhérence entre eux ou avec les parois du sac, de sorte qu'ils se réduisent d'eux-mêmes, dans le décubitus horizontal, et qu'on trouve presque toujours le sac vide, lorsqu'on pratique la cure radicale. Il n'en est pas de même à un âge plus avancé, où il n'est pas rare de trouver des adhérences qui compliquent singulièrement l'opération. Mais ceci n'a rien de spécial et se rencontre pareillement chez l'homme, ainsi que la hernie de la vessie et du gros intestin; aussi ne nous y arrêterons-nous pas, et nous passons tout de suite à un point particulier, la hernie des organes génitaux internes.

La hernie de l'ovaire, seul ou accompagné le plus souvent de la trompe, se rencontre assez fréquemment : elle est le plus souvent d'origine congénitale, comparable à la présence du testicule en ectopie dans l'aine. Deneux invoque pour la descente de cette glande, l'action des faisceaux de fibres lisses qui joueraient à son égard le même rôle que le *gubernaculum testis* pour le testicule.

L'étude du développement de cet organe rend l'hypothèse assez vraisemblable.

La hernie de l'ovaire est unilatérale le plus souvent à droite, ce qui serait encore en faveur de l'origine congénitale : quelquefois elle est bilatérale, coïncidant alors dans certains cas avec une anomalie des organes génitaux internes : c'est ainsi qu'on l'a notée, quatre fois avec un utérus bicorne, quatorze fois avec l'hermaphrodisme féminin et seize fois avec l'absence ou l'état embryonnaire de l'utérus.

L'ovaire peut être rencontré normal, surtout dans le jeune âge, dans certains cas, mobile sur la trompe adhérente à la face postérieure du sac par un méso; mais il peut être atteint d'altérations pathologiques diverses, dont la plus fréquente est la dégénérescence scléro-kystique; dans un cas de M. Championnière, il était fusionné avec la trompe formant une masse kystique adhérente à l'épiploon et aux parties voisines; il peut même être fécondé et donner lieu à une grossesse extra-utérine; et, à ce sujet, nous citerons comme curiosité l'observation de Le Gouey, chirurgien de Rouen (1706), qui trouva dans un sac herniaire un fœtus de trois mois et demi.

La trompe qui accompagne ordinairement l'ovaire, mais qui, dans certains cas, est seule dans la hernie, se présente également à l'état normal ou pathologique. Dans l'observation de Guinard, elle est du volume d'un gros boudin et présente à la coupe trois abcès séparés l'un de l'autre. Dans celle de Turgis, la région inguinale s'était violemment enflammée. M. Turgis, croyant à un abcès, avait donné un coup de bistouri, et pendant un an, la malade eut tous les mois ses règles par l'orifice inguinal. C'était probablement une salpingite suppurée, ouverte dans le canal inguinal.

La hernie de l'utérus est le plus souvent consécutive à une hernie de l'ovaire : quelquefois c'est une hernie par glissement, comme pour le cæcum, et l'organe n'est alors revêtu qu'en partie par la séreuse : ordinairement à l'état de vacuité, l'utérus a été, dans un certain nombre de cas, rencontré gravide dans une hernie inguinale. Enfin, il y a des cas intéressants, où par suite d'un arrêt de développement, les canaux de Muller non encore soudés, sont venus s'engager dans le canal inguinal.

Les deux observations communiquées au congrès de chirurgie, l'une par Roux de Lausanne en 1891, l'autre par Schwartz en 1892 en sont de remarquables exemples.

IV

Les indications de la cure radicale des hernies compliquées d'irréductibilité, surtout de phénomènes d'étranglement, ou même simplement douloureuses, ne prêtent plus à discussion. Mais faut-il opérer la hernie inguinale simple chez la petite fille? A quel âge la cure radicale doit-elle prendre le pas sur celle, plus hypothétique, que donne le bandage?

Il n'y a pas longtemps, la réponse à cette question était bien simple. Toutes les hernies de l'enfance étaient invariablement traitées par le bandage, et alors même que déjà, à la suite de M. Lucas-Championnière en France, on faisait bénéficier les adultes de cures radicales de complaisance, nul ne songeait à procurer le même bénéfice au jeune âge. C'est que la confiance en l'efficacité absolue du bandage, à cette époque de la vie, était monnaie courante, ainsi que la plus grande gravité de l'acte opératoire.

« Je tiens à prouver, dit M. Berger, que la guérison par le bandage, ou même la guérison spontanée des hernies congénitales simples, est une règle qui ne comporte pas d'exception, tout au moins avant la quinzième année. » Mais il reconnaît ailleurs que le caractère de toutes ces guérisons, ou tout au moins de la plupart d'entre elles, est d'être essentiellement précaires car elles ne sont pas à l'abri d'un retour imprévu, ou d'un accident subit d'étranglement.

Ce retour imprévu, cette récidive d'une hernie guérie en apparence par le bandage, il ne se passe pour ainsi dire pas de semaines, où nous n'ayons l'occasion de l'observer à la consultation de l'hôpital Trousseau.

Il en est de même des insuccès du bandage.

Il est incontestable que le bandage bien appliqué, peut guérir la hernie inguinale chez l'enfant, et M. Championnière paraît peut-être tomber dans l'excès contraire lorsqu'il dit : « Je ne saurais admettre avec M. Berger, l'extrême facilité de la guérison par le bandage des hernies même congénitales. Nous admettons tous la possibilité de cette guérison; nous en avons tous observé des cas. Mais au lieu de constituer une règle ces cas sont l'exception. »

Cependant, s'il nous fallait opter pour l'une ou l'autre de ces deux opinions, nous inclinerions plutôt vers la dernière.

Pendant notre séjour à l'hôpital Trousseau, nous avons vu défiler, chaque matin, un certain nombre de jeunes hernieux des deux sexes, depuis la naissance jusqu'à l'âge de quinze ans. Les mêmes questions monotones étaient invariablement posées à la mère. L'enfant a-t il porté bandage? l'a-t-il porté, nuit et jour, sans interruption? depuis combien de temps? la réponse était soigneusement

consignée sur les registres. Nous en avons pris le relevé, pour une période de quatre mois, et voici ce que nous avons trouvé : Du 27 octobre 1894 au 1er mars 1895, quatre-vingt-onze enfants des deux sexes se sont présentés à la consultation, porteurs de hernies inguinales uni ou bilatérales. Sur ce nombre, quarante avaient porté un bandage, les uns très régulièrement nuit et jour, depuis l'apparition de la hernie pendant plusieurs années, d'autres moins régulièrement le jour seulement. Ces quarante enfants étaient dans les mêmes conditions, au point de vue local, que les autres au nombre de cinquante et un qui n'avaient pas eu à subir l'épreuve du bandage. Il est vrai que les sujets guéris par le bandage ne viennent pas se montrer à l'hôpital, au moins momentanément, car il en revient plus tard ; il n'en reste pas moins un nombre considérable d'échecs, à l'actif du bandage. Dans la petite statistique que nous donnons, ils s'élèvent à un sur deux.

Il est bien certain, également, que dans la plupart des cas, le bandage est mal appliqué, soit par suite d'un vice de construction : « Il n'est pas d'art appliqué à la chirurgie, dit le professeur Berger, qui ait fait moins de progrès que celui de la construction des bandages, » soit plutôt, par suite des difficultés mêmes de l'application.

Dans le tout jeune âge, au cours de la première année, époque à laquelle l'action du bandage est la plus efficace, la pelote abandonne très aisément l'orifice externe du canal inguinal, parce que l'enfant encore sans raison, crie et s'agite souvent, sous l'influence de la gêne qu'il éprouve. Peut-être aussi le bassin encore mal développé et sans saillies n'offre-t-il qu'un point d'appui insuffisant. Une surveillance constante et intelligente est nécessaire pour obtenir l'inamovibilité du bandage, condition indispensable du succès : la pression doit être modérée, pour éviter les lésions cutanées, la propreté doit être excessive ; la nuit comme le jour, la pelote doit être en bonne place, sous peine d'avoir perdu le lendemain ce qu'on avait gagné la veille. A ces conditions seulement, il est admis que le bandage peut procurer des guérisons.

Mais que de difficultés, que d'incertitude, quand les faits démontrent qu'une opération simple et bénigne, particulièrement chez la petite fille, peut en quelques jours donner un résultat définitif. Les statistiques que nous publions semblent assez convaincantes.

La classe pauvre, qui constitue la clientèle hospitalière, paraît l'avoir bien compris, et il est remarquable de voir avec quelle confiance les mères acceptent ou demandent la cure radicale pour leurs tout jeunes enfants ; il n'en aurait pas été de même, il y a quelques années : c'est ainsi aujourd'hui, parce qu'elles ont vu les résultats.

A quel âge la cure radicale est-elle applicable ? Il n'y a pas longtemps encore, l'accord était unanime contre l'opération pratiquée au cours des premières années de la vie. En 1887, dans une communication à la société de chirurgie, M. Berger conclut qu'on n'est jamais autorisé, sauf complications, à pratiquer l'opération de la cure radicale chez les sujets âgés de moins de quinze ans ; les raisons qu'il donne sont : le plus grand danger de l'intervention dans le jeune âge et les succès à peu près certains du bandage. Il est vrai que quelques années plus tard il abaisse à cinq ans cette limite d'âge : « Ce n'est, dit-il, qu'à partir de l'âge de cinq ans révolus, à moins de circonstances particulièrement graves, comme celles qui sont constituées par des accidents d'étranglement ou par l'accroissement graduel de la hernie, que l'on aura recours à l'opération ; encore pour l'accepter, faudra-t-il que le bandage ait été porté plusieurs années sans succès, ou que son application ait été reconnue impossible ».

M. Championnière est à peu près du même avis : « Je crois, dit-il, l'opération complète, une opération grave pour les très jeunes enfants. Je crois qu'il est très difficile de la faire réellement efficace ; mais, en règle générale, il faut arriver à six ou sept ans pour trouver matière à une bonne opération de valeur courante. » Et il donne comme objections : l'intolérance des petits pour les antiseptiques, l'impossibilité d'assurer chez eux une réunion parfaite, le danger des délabrements, enfin la délicatesse et les difficultés de l'exécution à cet âge de la vie.

Nous verrons, tout à l'heure, comment les faits accumulés dans ces dernières années nous permettent de répondre à ces objections.

Cependant un courant nouveau s'est dessiné. En 1891, Félizet publie l'observation d'une double opération radicale chez un enfant de huit mois. A l'étranger Karewski rapporte neuf observations de cure radicale chez les enfants, dont le plus jeune avait neuf mois et le plus âgé vingt-neuf mois, et affirme que c'est au-dessous de deux ans que les enfants supportent le mieux la cure radicale. Parker recommande l'opération à partir de l'âge de deux ans. L'année suivante, 1892, notre maître M. Broca publie un mémoire pour défendre l'intervention chez les jeunes sujets. Il montre les inconvénients du bandage et met en regard le peu de gravité de l'opération dont les résultats sont comparables à ceux qu'on obtient chez l'adulte. Il appuie son opinion sur sept observations de sa pratique hospitalière, où il est intervenu avec succès. Toutefois, à cette époque, il n'opère les enfants qu'à partir de l'âge de trois ans : nous verrons que les résultats obtenus dans ses nombreuses opérations ultérieures lui ont permis d'avancer de beaucoup cette limite.

M. Phocas, de Lille (*Mercredi Médical*, 1892), publie, la même année, deux opérations de cure radicale qu'il a pratiquées, l'une à quatre mois, l'autre à quinze mois, avec plein succès.

Depuis, le nombre des interventions dans les premières années a augmenté d'une façon considérable ; il est devenu pour quelques chirurgiens pratique courante.

M. Félizet en 1894 relate cent cinq observations d'enfants opérés entre sept mois et quinze ans, avec un seul décès dû à un accident opératoire. Un grand nombre ont été revus après plusieurs mois ; la guérison se maintenait parfaite.

M. Broca a pratiqué actuellement quatre cent soixante-sept opérations de cure radicale qui se décomposent ainsi :

1° — Quarante-sept hernies inguinales, sexe féminin dont quarante chez la petite fille et sept chez la femme adulte. Mortalité, 0. Résultats analysés à la fin.

2° — Douze hernies ombilicales chez l'enfant, sans une mort.

3° — Quatre cent huit hernies inguinales dans le sexe masculin dont quarante-deux chez l'adulte, non compris les hernies étranglées qui présentent ici un pronostic différent, et trois cent soixante six chez l'enfant, y compris les étranglées, dont le résultat opératoire semble le même. Un enfant est mort de péritonite et un autre de broncho-pneumonie aiguë, sans trace d'infection de la plaie ou du péritoine. Il s'agissait, dans ce dernier cas, d'un enfant de six mois que M. Broca a dû opérer plus tôt qu'il n'a coutume de le faire, parce que la hernie était très volumineuse et qu'elle ne pouvait être maintenue par le bandage.

Deux cent cinquante enfants ont été revus au bout de six mois et il n'y avait que deux récidives.

Il faut donc s'incliner devant les faits et reconnaître :

1° Que la cure radicale de la hernie inguinale, chez l'enfant même dans les premières années de la vie, n'est pas plus grave que chez l'adulte.

2° Qu'il est possible d'assurer chez les petits enfants une réunion parfaite et de les mettre ainsi à l'abri de la récidive, plus souvent que dans l'adolescence et que dans l'âge mûr; parce que la hernie est plus récente, les anneaux moins dilatés, en même temps que les tissus présentent une plus grande vitalité.

Pour parer au troisième inconvénient dont parle M. Championnière, l'intolérance qu'auraient les petits enfants pour les antiseptiques, le moyen est simple, il suffit de ne pas en employer. Toutes les opérations de cure radicale pratiquées par M. Broca, sont faites suivant les règles de l'asepsie; jamais on ne lave la plaie avec une substance antiseptique quelconque. Le pansement est fait avec de la gaze aseptique et les résultats ne laissent rien à désirer.

Quant à la délicatesse et aux difficultés de l'exécution elles ne semblent pas plus considérables que chez l'adulte; les organes sont plus petits, le péritoine plus mince, mais suffisamment résistant pour qu'on puisse l'isoler avec l'ongle en quelques instants, et il est intéressant de voir avec quelle rapidité un chirurgien exercé peut mener à bien en quelques minutes cette opération redoutée, la cure radicale de la hernie inguinale chez les petits enfants.

Les quelques considérations que nous venons d'émettre sont applicables également aux deux sexes. Bien qu'elles n'aient rien de particulier pour la femme, nous ne pouvions les passer sous silence, et nous allons leur ajouter maintenant les raisons spéciales qui militent encore en faveur de la cure radicale chez la petite fille.

On sait que chez le petit garçon, comme du reste chez l'adulte, un des principaux dangers pendant la dissection du sac, est la blessure possible du canal déférent et de l'artère spermatique; il y a là une manœuvre assez délicate qui exige une main exercée et surtout une notion nette des plans anatomiques qui se superposent.

Ce danger n'existe plus chez la femme, puisque le cordon, organe important, est remplacé par le ligament rond à peu près insignifiant: raison de plus pour pratiquer la cure radicale.

Au reste, il n'est pas même besoin de s'acharner à disséquer le sac du ligament rond; bien que la séparation de la séreuse soit possible, comme le déclare M. Berger, contrairement à M. Championnière, elle n'est pas indispensable, et on peut, sans inconvénient, couper le ligament, le lier et le réduire avec le sac dans la cavité abdominale.

De plus, au moment de reconstituer la paroi, on n'a pas à craindre de comprimer le cordon: on peut amener par la suture les parois au contact et faire disparaître pour ainsi dire le trajet inguinal vide de son ligament rond. C'est là une assurance de plus contre la récidive, à laquelle du reste la femme est moins exposée que l'homme parce qu'elle est moins soumise aux efforts violents et répétés.

Sans parler de l'étranglement, plus fréquent chez la femme que chez l'homme, d'après la statistique du professeur Berger « *étranglement* qui survient le plus souvent dans les hernies habituellement bien contenues par un bandage »; sans parler de la grossesse qui peut encore l'exposer à des accidents, il y a à tenir compte des considérations d'ordre moral. Une jeune fille est absolument dépréciée par le port d'un bandage.

La cure radicale de la hernie inguinale est donc parfaitement indiquée chez la femme et particulièrement chez la petite fille. Pendant la première année cependant, sauf complications, l'enfant sera soumise au bandage et pourra le conserver jusqu'à quinze à dix-huit mois. A partir de cette époque seulement, alors qu'elle est sevrée et peut être séparée de sa mère sans préjudice pour sa santé, on pourra conseiller la cure radicale, comme une opération simple, bénigne et donnant en quelques jours, d'une façon presque constante, un succès définitif.

Les contre-indications ne nous arrêteront pas longtemps, car elles n'ont rien de bien spécial. Ce sont celles, en effet, qui contre-indiquent toute opération qui n'est pas une opération d'urgence. Nous dirons seulement, car le rachitisme est fréquent chez les petits hernieux, qu'on n'opérera pas les rachitiques à la période d'état, alors qu'ils présentent des troubles gastro-intestinaux et que le système osseux est en évolution morbide.

V

Les soins préliminaires ne présentent ici rien de spécial. La malade sera purgée dès la veille, soumise au régime lacté et subira un nettoyage général et local.

Nous n'avons pas l'intention de décrire ici les nombreux procédés opératoires mis en usage pour la cure radicale de la hernie inguinale. Nous exposerons celui qu'emploie M. Broca. Nous nous arrêterons un peu sur la restauration de la paroi abdominale, et sur la façon dont il faut se comporter à l'égard du ligament rond.

Après anesthésie au chloroforme, la région soigneusement lavée et entourée de compresses aseptiques, suivant l'usage, on pratique une incision le long du canal inguinal. Mais on n'est pas guidé ici comme chez l'adulte par la saillie habituelle de la tumeur herniaire. La hernie ordinairement simple et réduite pendant le décubitus horizontal, laisse la région qu'elle occupe semblable à celle du côté opposé.

C'est donc en se guidant sur les points de repère anatomiques qu'on incisera de haut en bas et de dehors en dedans, la peau d'abord et les plans sous-cutanés en faisant l'hémostase au fur et à mesure que l'on avance. M. Lucas-Championnière recommande de tenir l'incision la plus élevée possible, pour ne pas trop rapprocher la plaie de la vulve.

On pratique ensuite la section de l'aponévrose du grand oblique, en ayant soin de mettre à chaque lèvre une pince hémostatique pour se repérer et on va à la recherche du sac. Ce qu'on aperçoit d'abord, c'est un cordon plus ou moins irrégulier qui se dirige obliquement vers la grande lèvre; il renferme le ligament rond et le sac entourés d'une gaine celluleuse dépendant du *fascia propria*.

Un doigt introduit sous cette masse commune la soulève en rompant ses quelques adhérences périphériques, puis un coup de bistouri sépare le ligament rond de ses insertions à la grande lèvre et au pubis. On décolle alors, de bas en haut, le ligament rond et le sac jusqu'à ce qu'on aperçoive la graisse jaune sous-péritonéale, et en dedans les vaisseaux épigastriques.

Mais avant de pédiculiser, il ne faut pas oublier d'ouvrir le sac, c'est un principe, on le sait, dont il ne faut jamais se départir.

S'il renferme de l'épiploon, et le fait n'est pas très rare même dans le jeune âge, on l'attire et on le résèque après ligature en chaîne ou avec le nœud de Tait. Il ne reste plus qu'à lier aussi haut que possible le sac et le ligament rond, à les réséquer et réduire dans la cavité abdominale.

Le pédicule est lié au nœud de Tait, en prenant les précautions d'usage qui consistent à bien s'assurer, au moment où on transfixe le sac, qu'il ne renferme pas d'organe dans son intérieur. Le fil employé, du reste, pour toute l'opération, est la soie passée à l'autoclave à 140°.

On suture alors la paroi antérieure du canal inguinal par trois ou quatre points en capiton, qui prennent toute

l'épaisseur des tissus, c'est-à-dire l'aponévrose du grand oblique, le bord inférieur des muscles petit oblique et tranverse et les lamelles de tissu cellulaire interstitiel; on réunit la peau sans drainage et on applique un pansement sec.

Telle est l'opération qu'on pratique dans les cas simples, les plus nombreux chez la petite fille. Elle est réduite, on le voit, à la plus grande simplicité, demande quelques minutes d'exécution et peut à tout jamais supprimer la sujétion du bandage.

La même pratique a d'ailleurs été suivie dans les quelques opérations sur la femme adulte, que nous publions avec les autres.

Au lieu de laisser le pédicule se rétracter simplement dans le ventre, quelques chirurgiens le fixent au-dessus de l'anneau inguinal profond, suivant le procédé de Barker; à cet effet, on passe successivement les deux chefs de la ligature qui étreint le pédicule, dans le chas d'une aiguille à manche fixe; on les porte, le plus haut possible, dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, et on leur fait traverser d'arrière en avant la paroi abdominale, l'un en dehors, l'autre en dedans de la partie supérieure de l'anneau interne; puis on les unit par un nœud en avant de l'aponévrose du grand oblique. Le résultat cherché est d'attirer le pédicule du sac et de le fixer très haut, au-dessus de l'anneau inguinal profond, de façon à faire disparaître toute tendance à la reproduction immédiate ou consécutive d'une dépression infundibuliforme du péritoine au niveau de cet orifice, en même temps qu'on le resserre par la ligature qui étreint la paroi abdominale au-dessus de lui.

Mais des autopsies pratiquées sur des sujets ayant subi à une époque variable la cure radicale, ont montré qu'on obtient réellement la même ascension du pédicule au-dessus de l'anneau, en faisant la ligature classique, le plus haut possible, après dissection complète et traction sur le sac.

Nous ne conseillerons pas davantage le procédé de Bassini, qui vise à la reconstitution de la paroi postérieure du trajet inguinal par la suture du tendon conjoint à la lèvre postérieure de l'arcade de Fallope. S'il peut donner de bons résultats à un âge plus avancé de la vie, chez un sujet porteur d'une grosse hernie avec une mauvaise paroi abdominale, on n'en voit pas bien l'utilité chez les enfants qui ne sont pas, à proprement parler, des hernieux, mais présentent, comme on l'a dit à juste titre, « un trou dans la paroi plutôt qu'une paroi profondément défectueuse ».

La façon dont il faut se comporter à l'égard du ligament rond a été discutée en 1891 à la Société de chirurgie. M. Championnière a déclaré sectionner toujours le ligament rond qui pour lui est absolument fusionné, dans la hernie congénitale, avec le sac dont il n'est pas séparable.

« Dans tous les cas que j'ai opérés, dit-il, j'ai réséqué une étendue considérable du ligament rond, que l'on raccourcit et réinsère avec tant de soin dans certaines opérations. Or, je n'ai jamais vu que cette résection entraînât aucun accident, aucun inconvénient, et j'ai suivi très attentivement les sujets à ce point de vue. »

M. Berger est d'un avis contraire et prétend qu'on peut, dans la majorité des cas, extirper le sac, d'une manière complète, sans avoir à enlever en même temps la partie correspondante du ligament rond; s'il n'en voit pas les inconvénients il n'en reconnaît d'autre part, ni l'utilité, ni la sécurité.

A cela, M. Championnière répond : « A quoi peut bien vous servir cette dissection du ligament rond que vous conservez dans le canal inguinal pour maintenir béante la voie nécessaire pour la récidive? Je ne vois vraiment pas d'autre raison à cette conservation ».

Nous partageons volontiers l'opinion de ce dernier parce que nous avons été frappé, dans les quelques recherches que nous avons pu faire, de la faible importance du ligament rond dans la statique utérine.

Comme l'opération est par suite simplifiée, la dissection du sac plus facile et plus sûre; comme, d'autre part, les parois du canal inguinal pourront être mieux rapprochées par la suture, une fois le ligament enlevé, nous croyons qu'il y a tout avantage à réséquer le ligament rond avec le sac dans la cure radicale de la hernie inguinale.

La hernie de l'ovaire, le plus souvent suivi de la trompe, hernie tubo-ovarienne, est, comme nous l'avons vu, ordinairement d'origine congénitale et comparable à la présence du testicule en ectopie dans l'aine; il n'est pas très rare de la rencontrer chez la petite fille. L'ovaire est normal ou quelquefois atteint, à un âge plus avancé, d'altérations pathologiques diverses.

Dans ce dernier cas on retranche, cela va de soi, l'organe malade. Mais faut-il aller plus loin, et à l'exemple de M. Championnière aller explorer les annexes avec le doigt, au besoin même les attirer jusque dans le champ opératoire pour constater leur état par la vue? Comme M. Berger, nous pensons que l'opération a un but déterminé, la cure de la hernie; il ne faut la compliquer d'aucune surcharge, si celle-ci ne s'impose pas d'elle-même et nous ne conseillons pas de prendre occasion d'une opération de cure radicale pour inspecter les organes pelviens, et pour se lancer accessoirement dans une autre opération plus complexe et plus grave que celle que l'on s'était mis en devoir de pratiquer.

Les suites opératoires sont habituellement simples. On observe quelquefois une faible élévation de température le lendemain ou le surlendemain de l'intervention, un peu de parésie intestinale qui cède facilement à l'administration d'un lavement ou d'un purgatif léger.

Les complications graves qui peuvent survenir chez les sujets âgés, telles que l'étranglement interne et la congestion pulmonaire ne sont pas à redouter dans l'enfance.

Mais un petit accident qu'il n'est pas très rare d'observer dans les premières années est un peu de suppuration, superficielle du reste, qui retarde la réunion complète de quelques jours sans compromettre le résultat ultérieur. Elle résulte d'une contamination post-opératoire par l'urine, les matières fécales ou les mains de l'enfant qui s'acharne quelquefois après son pansement.

Le spica de l'aine le mieux fait ne peut pas toujours empêcher les infiltrations. Le collodion, qui peut constituer un bon occlusif chez les adultes, produit chez les sujets jeunes, comme on le voit dans plusieurs de nos observations, de la rougeur et même des exulcérations.

Finalement, on s'est arrêté dans le service à l'application d'une pâte, modifiée de Unna par M. Braquehaye, et dont voici la formule :

Oxyde de zinc..................	10 grammes
Gélatine........................	30 »
Glycérine.......................	25 »
Eau.............................	35 »

Plus un antiseptique quelconque, salol ou acide phénique, qu'on ajoute pour empêcher les fermentations.

Elle est à l'état solide, à la température ordinaire : on la chauffe au bain-marie pour la liquéfier et on procède ensuite, comme avec le collodion, en ayant soin de mettre au contact direct de la plaie un mince feuillet de gaze aseptique ou iodoformée. On a ainsi un bon occlusif,

plus adhérent même que le collodion et ne produisant pas d'irritation cutanée.

Au huitième jour, on enlève les fils et après un séjour au lit de trois à quatre semaines, l'enfant est renvoyée sans bandage.

Mais il ne suffit pas de constater la guérison à son départ, il faut la revoir plusieurs mois après l'opération. A ce titre seulement, les observations de cure radicale présentent une réelle valeur.

Les récidives, dit M. Berger, quand elles doivent se produire, surviennent rapidement; dans les six mois d'après Championnière, moins d'un an après l'opération (Sorin). Or, sur les quarante et une opérées (1) de M. Broca dont la mortalité égale zéro, vingt et une ont été revues :

4 de 2 mois à 6 mois après l'opération.
5 de 6 mois à 1 an —
7 de 1 an à 2 ans —
5 de 2 ans à 5 ans —

Une seule fillette de six ans, toussant habituellement, nous a présenté un peu d'impulsion à la toux, au-dessous et en dehors de la cicatrice.

Les vingt autres avaient une paroi solide : aucune impulsion, aucun soulèvement pendant la toux, le cri ou autre effort. On peut les considérer comme définitivement guéries.

Nous avons trouvé la cicatrice, sauf deux cas où elle était un peu chéloïdienne, souple, linéaire et non saillante.

De couleur ordinairement blanchâtre, elle présentait, dans certains cas, la coloration normale des téguments et était à peine visible.

Une autre observation, d'une certaine importance, nous a été faite dans plusieurs familles : les parents ont remarqué chez leur enfant, qui ne souffre plus, qui n'est plus, pour ainsi dire, sous l'obsession perpétuelle de la hernie ou du bandage, une amélioration notable dans le caractère et l'état général.

Il suffit de rapprocher ces résultats de ceux observés, par le bandage même dans les meilleures statistiques, pour se convaincre que la cure radicale de la hernie inguinale chez la femme, particulièrement chez la petite fille, est supérieure et assure presque toujours une guérison définitive.

Paul Vassal.

(1) Nous ferons remarquer qu'il y avait six fois hernie bilatérale, ce qui porte à quarante-sept le nombre des cures radicales.

TRAVAUX ORIGINAUX

De quelques symptômes consécutifs à l'intoxication aiguë par l'oxyde de carbone, par M. Trénel, médecin adjoint des asiles.

(*Suite.*)

En résumé, l'amnésie et les phénomènes psychiques constatés après l'intoxication ne peuvent parfois être considérés que comme des accidents passagers au cours de l'affection mentale qui a poussé le malade au suicide et qui continuent à évoluer après la disparition des accidents immédiats. Notons cependant que l'affaiblissement psychique de ces malades, leurs idées obsédantes antérieures à l'intoxication peuvent les prédisposer à ces accidents et, comme on peut l'admettre pour nos malades, par exemple, la dégénérescence mentale et l'hystérie peuvent aussi être mises en cause. Quant aux symptômes graves, incurables, que l'on observe parfois, on peut les voir survenir chez des individus sains jusque-là; mais il semble que l'âge, une affection cérébrale antérieure prédisposent beaucoup le malade à ces lésions diffuses ou en foyer dont nous rapporterons encore quelques exemples plus loin.

Les symptômes psychiques peuvent comme les autres symptômes, les moteurs en particulier, présenter une marche subaiguë ou chronique dans les cas d'intoxication chronique dont nous ne nous occuperons pas ici.

Dans notre observation I, nous n'avons noté, en dehors du rétrécissement du champ visuel et de l'anosmie, peu accentuée et passagère, aucun trouble sensoriel.

Si l'on fait abstraction des bourdonnements d'oreille, des sensations vertigineuses, des éblouissements que les malades ressentent au début de l'intoxication, on n'a que peu souvent observé des troubles graves du côté des *organes des sens*. Nous ne pouvons guère faire à ce sujet qu'une énumération de ces cas trop disparates pour permettre une description générale. M. Socquet indique des troubles de l'audition et de la vision qui, d'après M. Vibert, seraient d'origine névritique. Cette théorie est discutable ou du moins ne répond pas à tous les cas. Il existe des observations de cécité transitoire et de cécité définitive sans lésion du fond de l'œil. Tel est le cas de M. Bouchereau rapporté plus haut (1). Dans ce cas, l'amaurose était évidemment d'origine centrale, étant donné l'existence certaine de lésions en foyer.

M. Briand (2) a observé un cas, unique jusqu'ici à notre connaissance, de dyschromatopsie due à l'intoxication oxycarbonée. Il constata que son malade, un lithographe, pour parvenir à garnir de couleurs données certaines parties de ses pierres lithographiques, devait à tout instant consulter une planche indicatrice destinée à lui rappeler que telle couleur s'appliquait à tel point de la pierre. Pour effectuer ce travail qui lui était très habituel, il n'avait jamais eu besoin auparavant du moindre repère. Ces phénomènes particuliers de perte de la vision des couleurs se prolongèrent pendant quelques semaines. Tout symptôme hystérique manquant, force est d'admettre ici l'origine toxique de cette dyschromatopsie qu'on peut rapprocher de celle qu'on observe à la suite d'autres empoisonnements aigus ou chroniques. Guépin (3) a trouvé, dans un cas accompagné de troubles de la vue, les veines de la choroïde et de la papille dilatées.

Rappelons en passant qu'il existe des cas rares de paralysie des muscles de l'œil; le plus complexe à cet égard est celui de Knapp (4) qui observa à la suite de l'intoxication une paralysie des muscles droits supérieur et interne, du muscle accommodateur et du sphincter de l'iris; le malade présentait un certain degré d'exophthalmie, de la photophobie; il ne pouvait lire qu'avec des verres convexes. L'auteur ne constata aucune lésion du fond de l'œil; il suppose comme cause efficiente une hémorrhagie de la base.

Moins fréquents encore sont les troubles auditifs persistants. Le cas le plus caractéristique appartient à Kayser (5).

Une femme de 36 ans, quatre jours après avoir accouché d'un enfant mort (elle avait eu antérieurement des avortements ou des enfants mort-nés, et son mari était mort paralytique général), est intoxiquée accidentellement

(1) Comby, *France médicale*, 1882. — Arnozan, *Journ. méd. de Bordeaux*, 1883.
(2) Briand, *Soc. de méd. légale*, 1888.
(3) Voir thèse Bruneau, 1893.
(4) Knapp, *Wurtembergisches Correspondenzblatt*, 1868, n° 30.
(5) Kayser, *Wiener med. Wochenschrift*, 1893, p. 1665.

avec sa fille aînée, âgée de 11 ans, qui succombe. Elle-même reste dans le coma trente-six heures; l'intoxication dut être prolongée, car l'enfant était déjà en rigidité. Dès son réveil la malade est absolument sourde, mais présente des phénomènes subjectifs intenses, elle entend des bruits de cloches, des cris d'oie; peut-être était-ce de véritables hallucinations auditives. Elle reste plusieurs jours dans un état d'excitation maniaque. Enfin, elle s'améliore à ce point qu'elle peut sortir au bout de quatre semaines. Les troubles auditifs ont diminué, mais l'ouïe reste dure. Il existe une certaine diminution de l'acuité visuelle qui s'atténue jusqu'à certain point. Le diagnostic porté fut celui d'hémorrhagie du nerf acoustique.

Dans une observation de Simon (1), nous voyons aussi l'existence d'une surdité unilatérale qui s'améliora assez rapidement. Déjà Bourdon avait noté que la surdité dont était atteinte une de ses malades avant l'intoxication avait beaucoup augmenté.

En résumé, les troubles sensoriels permanents paraissent dus aux lésions les plus variées (lésions des centres ou des nerfs). Les interprétations des troubles transitoires restent hypothétiques.

Dans l'étude des phénomènes moteurs, nous laisserons complètement de côté les paralysies, qui ont été remarquablement exposées ailleurs (2) et à propos desquelles nous n'avons rien à dire si ce n'est que la malade de l'observation I avait peut-être, en même temps que la chorée, une parésie très légère des membres inférieurs; nous ne rappellerons ici que *les contractures et symptômes spasmodiques consécutifs à l'intoxication*. Là encore force est de ne présenter qu'une énumération, étant donné la variété des cas et, faute d'autopsies, le peu de clarté de leur interprétation.

Les phénomènes moteurs que présenta notre malade offrent un certain intérêt (obs. I). Nous enregistrons chez elle des symptômes qui ne nous paraissent pas avoir été notés dans beaucoup d'autres observations. Des secousses fibrillaires très intenses et généralisées ont été constatées quelques jours après l'entrée de la malade. Des douleurs musculaires vives accompagnaient les mouvements choréiformes; elles disparurent en même temps que ces mouvements; ces douleurs se montraient spontanément ou pouvaient être provoquées par la pression directe des muscles; cet ensemble de faits nous semble exceptionnel (3).

C'est, du reste, l'opinion de M. Boulloche, qui rappelle aussi la rareté des douleurs sur le trajet des nerfs. Il cite le cas de Bourru (névralgie sciatique très persistante à la suite d'intoxication oxycarbonée). Rappelons ici les thromboses observés par M. Brouardel sur le trajet de certains nerfs. Dans une de ses observations, Marthen, note que les muscles des mollets étaient des plus douloureux, mais le cas était complexe, car le malade mourut bientôt tuberculeux.

Dans un cas de Munzer et Palma, la pression des muscles était très douloureuse. Il y avait en outre des tremblements fibrillaires, de l'hyperesthésie, de l'exagération des réflexes cutanés et rotuliens, mais sans clonus, et de la rétention d'urine. Le malade, qui fut apporté tout à fait inconscient, guérit en quatre jours.

Il faut faire au point de vue des phénomènes moteurs, une classe à part des cas de Magnan et de Becker, presque uniques en leur genre qui se caractérisent par une intensité particulière des *troubles spinaux*, quoiqu'ils diffèrent entre eux par certains points. Il faut y noter d'autre part la presque identité des troubles cérébraux. L'observation déjà citée de Barthélemy et Magnan (1) est, croyons-nous, de son genre, la première en date.

Un malade intoxiqué par l'oxyde de carbone est trouvé dans le coma. Le lendemain, il présente un état de contracture généralisée spontanée rappelant le tétanos; il existe du trismus. Les convulsions sont généralisées, subintrantes, toniques puis cloniques, et violentes, car il faut deux infirmiers pour maintenir le malade; on note aussi des secousses fibrillaires; les pupilles égales sont dilatées, les yeux sont le siège de secousses. Rétention d'urine. Il exista de l'anesthésie généralisée, puis de l'hyperesthésie; les tremblements fibrillaires disparurent le troisième jour, les contractures persistant; un tremblement généralisé fit son apparition. Le sixième jour, quand on put se rendre mieux compte des sensations du malade, on constata que les muscles étaient douloureux dans les contractions volontaires et à la pression. La force musculaire revint peu à peu, mais très incomplètement; le malade restait vacillant, mais se dirigeant cependant bien quand on le soutenait.

Six mois après l'accident, on constatait que la jambe gauche était plus faible, la commissure gauche était abaissée, la langue déviée à droite; il n'y avait plus de trouble de la sensibilité. Au point de vue mental, le malade était dans un état d'affaiblissement psychique qui paraît se rapprocher des états démentiels dus aux lésions en foyer. La parésie gauche constatée plus tard confirme l'hypothèse des lésions cérébrales de ce genre. Au début, au cours d'une période d'excitation pendant laquelle le malade délirait, on constata de l'amnésie, des lacunes de mémoire, l'ignorance du lieu, de la date. Les réponses étaient rapides, l'articulation irréprochable. Le malade ne pouvait lire longtemps, oubliait ses lectures d'une minute à l'autre, il avait une profonde inertie intellectuelle qui persistait six mois plus tard; à cette époque, il se rappelait cependant certains faits (les pertes d'argent qui l'avaient porté au suicide) tandis qu'il ignorait la date, etc.

On peut rapprocher de cette observation celle bien connue de Becker (2), dans laquelle les accidents simulèrent la sclérose en plaques.

Un ouvrier de 47 ans, exposé le 13 octobre 1889 dans une chambre close à un jet puissant de gaz d'éclairage, perd immédiatement connaissance, il n'est secouru qu'au bout de dix minutes. Après le rétablissement de la respiration spontanée obtenu par deux heures de respiration artificielle, il y a des secousses musculaires généralisées qui au bout de huit heures deviennent des convulsions si violentes que deux infirmiers doivent être placés auprès du malade. La peau est chaude (mais la température n'a pu être prise), on voit s'y produire de nombreuses taches roses; l'urine contient de l'albumine, pas de sucre; le malade ne prend aucune nourriture, car il est impossible de le toucher sans provoquer des convulsions; pupilles dilatées, paresseuses. Au bout de deux jours, cessation des convulsions à gauche et parésie transitoire. Le quatrième jour, le malade peut avaler des liquides. Température 36°4. Les pupilles ne réagissent pas. Les

(1) Simon, Thèse de Paris, 1883. Paralysies, etc., survenant sous l'influence de l'intoxication par l'oxyde de carbone.

(2) Rendu, *Soc. méd. des hôpitaux*, 1882, etc. — Brissaud, Thèse d'agrégation, 1886. — Boulloche, *Arch. de neurologie*, 1891. — Perrochaud, *Gaz. méd. de Nantes*, 1893, etc.

(3) Rappelons que Klebs avait observé des lésions musculaires (*loc. cit.*), que Palk a récemment constaté la persistance prolongée du CO. dans les muscles (*Vierteljahresch. f. gericht. Med.*, 1891, p. 260). Casuistique.

(1) Barthélemy et Magnan, *Ann. d'hygiène*, 3e série VI, p. 407, 1881.

(2) Becker, *Ueber Nachkrankheiten der Kohlenoxydgasvergiftung*. Des suites de l'intoxication par l'oxyde de carbone et d'un cas simulant la sclérose en plaques. *Deut. med. Woch.*, n° 26, p. 513, 1889.

convulsions cessent au bout d'une semaine; la conscience reparaît, mais il y a un profond épuisement, une stupeur très marquée. L'hémiparésie gauche dure huit jours; l'albumine disparaît de l'urine. Le malade se remet lentement, son intelligence reste paresseuse, sa parole est traînante, scandée, il a du tremblement des mains. Trois semaines après l'accident, il sort. Il est revu quatre mois plus tard : à ce moment, il offre un tremblement intentionnel des membres supérieurs et parfois du tremblement, même au repos, dans les membres inférieurs, une exagération des réflexes (surtout à droite) et de l'hyperexcitabilité musculaire. *Petit exsudat rétinien à droite.* Pas de tremblement de la tête, de phénomène du pied, ni de nystagmus. Amélioration sous l'influence de l'iodure de potassium et de l'électrisation, puis, vers le commencement d'avril, nouvelle aggravation. Peu après la sortie du malade, le tremblement est violent qu'il ne peut se livrer à aucun travail.

Dans un deuxième article, Becker donne la suite de l'observation (1). L'état du malade revu en mars 1892, s'était aggravé : la mémoire est très affaiblie ; le tremblement des membres, la scansion de la parole, l'incertitude des mouvements dans la marche et le vacillement, les yeux fermés, sont des plus accentués. Le réflexe rotulien est exagéré à gauche, le réflexe plantaire à droite. Les secousses musculaires, qui existent même au repos, s'exagèrent encore par les mouvements volontaires. Il existe toujours des secousses fibrillaires et de la résistance aux mouvements passifs. La sclérose disséminée, à laquelle Becker attribue tous ces symptômes, est due, dit-il, à des hémorrhagies multiples dont l'exsudat rétinien est la preuve. Il rappelle à ce sujet, le cas de Cramer, que nous avons reproduit.

(A suivre.)

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Syphilis du système nerveux (The time of onset of syphilitic disease of the nervous system and the three stages of syphilis), par G. Olgivie (*The Lancet*, 1er juin 1895, n° 3744, p. 1368). — L'auteur n'est pas du tout partisan de la division des manifestations syphilitiques en trois périodes, classification qui a apporté plutôt de la confusion dans les maladies syphilitiques du système nerveux. Il rapporte à ce sujet les statistiques de Braus, Mauriac, Rumpf et surtout celle de Naunyn qui est particulièrement intéressante. Il résulte des recherches de ce dernier que les maladies syphilitiques du système nerveux apparaissent le plus souvent dans la première année qui suit l'infection et que cette fréquence est plus grande dans la première moitié de l'année que dans la deuxième. La statistique d'Erb sur la paralysie spinale syphilitique est en concordance avec les chiffres que donne Naunyn. Par contre, Hutchinson rapporte qu'il est tout à fait exceptionnel de voir une maladie du système nerveux éclater moins de six mois après l'infection. On observe autant de cas de guérison des manifestations nerveuses syphilitiques entre vingt et vingt-neuf ans, qu'entre trente et trente-neuf ans, tandis qu'après quarante ans, le pronostic est moins favorable. Ces manifestations ne surviennent qu'exceptionnellement quinze ans après l'infection; quand la maladie nerveuse apparaît dix ans après l'infection, le pronostic n'est pas favorable. Le traitement est bien plus efficace s'il est appliqué dans les deux ou trois premières semaines après l'apparition du chancre, tandis que les cas de guérison, si le traitement a été institué plus d'un mois après le début, sont relativement plus rares. Un autre point important qui se dégage de ces statistiques, c'est que, à l'exception du tabes et de la paralysie générale, il n'y a aucun rapport entre la nature de l'affection du système nerveux et le temps qui s'est écoulé depuis l'infection.

(1) Becker, *Viertelj. f. ger. med.*, 1893 (l'auteur renvoie pour plus de détails à la dissertation inaugurale de Strauss que nous n'avons pu consulter) et *Deut. med. Woch.*, 1893, n° 44, p. 571.

Acromégalie (Acromegaly), par E. Ballard (*The medical and surgical Reporter*, 27 avril 1895, n° 17, p. 591). — Après une introduction à l'histoire pathologique de la maladie de Marie, l'auteur rapporte l'observation d'une femme âgé de cinquante et un ans, mariée et mère de deux enfants. Rien à signaler dans les antécédents héréditaires. Elle fait remonter le début de sa maladie à son dernier accouchement qui aurait été difficile. Les règles ne sont plus revenues et bientôt elle a eu de la tachycardie; les yeux étaient saillants, le corps thyroïde hypertrophié. L'hypertrophie des mains, des pieds, du nez, du menton a commencé il y a dix ans et s'est développée progressivement. Depuis cette époque, elle a eu une céphalalgie continue. Au point de vue de l'état actuel, l'auteur dit que sa malade présente tous les grands symptômes cliniques de l'acromégalie. En outre, le corps thyroïde est hypertrophié surtout dans le lobe droit et d'une consistance dure; il y a des pulsations dans les veines du cou. Le poids qui auparavant était de cent vingt-sept livres est à présent de deux cent quatorze livres; il y a des troubles de la vue, mais les yeux ne sont pas saillants comme il y a quelques années. Polyphagie et polydipsie, hyperhidrose. On a constaté de temps à autre de l'albumine et du sucre dans l'urine.

Acromégalie avec le signe de Wernicke (A case of acromegaly with Wernicke's differential symptome), par Lynn Thomas (*British medical Journal*, 1er juin 1895, n° 1796, p. 1198). — Jeune fille de dix-huit ans, qui aurait présenté, il y a six ans, des phénomènes de brightisme. Depuis quelques années, elle se plaint de douleurs violentes dans les deux tempes et les parents ont remarqué que son caractère changeait et son intelligence baissait. Sa mère a remarqué que les mains avaient augmenté de volume et que la vue était diminuée. Il est regrettable que l'auteur ne donne pas le tableau complet des symptômes observés, alors qu'il déclare se trouver en présence d'un cas classique d'acromégalie. Les mains sont grosses et les pieds également augmentés de volume. Le larynx est considérablement développé, le corps thyroïde hypertrophié; on ne constate pas le thymus. Il existe une cyphose dorsale ; la malade n'a jamais été réglée. Les pupilles sont égales et leurs réflexes sont conservés, l'œil droit est complètement amaurotique, il y a de l'hémianopsie temporale gauche. On a constaté de l'atrophie double du nerf optique mais beaucoup moins accentuée du côté gauche. Si on projette un faisceau de lumière oblique sur la moitié intacte de la rétine gauche on constate d'une façon nette la réaction consensuelle des deux pupilles.

Si on éclaire la moitié anesthésique de la rétine gauche, la pupille ne se contracte pas (réaction hémiopique de Wernicke). Quelques mois plus tard il a constaté que l'œil droit, dont la vision était perdue, était maintenant hémiopique du côté temporal. Les troubles oculaires sont rapportés par l'auteur à une compression du chiasma qui est hypertrophié dans l'acromégalie.

MÉDECINE

Empoisonnement par le chlorate de potasse (Beobachtungen bei einer Vergiftung mit chlorsaurem Kali), par Brandenburg (*Berl. klin. Woch.*, 1895, n° 27, p. 583). — L'auteur a eu l'occasion de faire une série de recherches dans un cas d'empoisonnement par le chlorate de potasse chez une femme de vingt-trois ans, qui avait pris cinquante grammes de sel et mourut quatre jours après l'empoisonnement.

Les phénomènes cliniques n'ont présenté rien de particulier et la symptomatologie était réduite à une douleur vive dans la région stomacal avec tympanisme abdominal et vomissements, à une dyspnée avec affaiblissement du cœur et oligurie touchant à l'anurie. Le sang pris par ponction d'une veine, était couleur chocolat et donnait au spectroscope la raie caractéristique de méthémoglobine; cette substance existait également dans l'urine qui renfermait en même temps de l'albumine. Toutefois la méthémoglobinémie et la méthémoglo-

binurie ont disparu au bout de deux jours bien que l'aspect du sang et de l'urine fût à peine modifié.

L'examen du sang montra encore l'existence d'une leucocytose énorme, d'une diminution progressive des hématies, d'une poikilocytose, d'une diminution presque de moitié des substances solides du sang.

L'autopsie montra l'existence d'une inflammation parenchymateuse du cœur, du foie, de la muqueuse stomacale et des reins. Les canaux urinaires étaient obstrués par du pigment accumulé.

Au point de vue du traitement de ces empoisonnements l'auteur conseille de faire avant tout le lavage de l'estomac, de stimuler le cœur par l'alcool, le camphre et la caféine, les reins par les diurétiques et, en cas d'échec, d'agir sur l'intestin et la peau pour provoquer une action vicariante.

Valeur diagnostique de la ponction lombaire (Ein Beitrag zur diagnostischen Bedentung der Lumbalpunction), par Stademann (*Berl. klin. Woch.*, 1895, n° 27, p. 581). — D'après l'auteur la ponction lombaire, à laquelle Quincke attribuait une grande valeur thérapeutique, n'est plus envisagée aujourd'hui que comme un moyen diagnostique. D'une façon générale on peut dire que dans la méningite tuberculeuse le liquide retiré par la ponction est clair et renferme du bacille tuberculeux; que dans la méningite suppurée le liquide est trouble ou franchement purulent et renferme des micro-organismes pyogènes, et qu'enfin dans les abcès du cerveau le liquide est clair et ne renferme pas de micro-organismes.

A côté des cas qui rentrent dans les catégories précédentes, on en trouve d'autres où les caractères du liquide sont en désaccord avec le diagnostic clinique. Lichtheim a rapporté plusieurs cas de ce genre. Personnellement l'auteur cite deux cas où le liquide retiré par la ponction était clair, tandis que à l'autopsie on trouva une méningite suppurée.

CHIRURGIE

Luxation congénitale de la rotule (Zur Lehre von den congenitalen Patellarluxationen), par Appel (*Munch. med. Woch.*, 1895, n°s 25 et 26). — En s'appuyant sur deux observations qu'il rapporte en détail et sur l'étude très complète de la littérature de la question, l'auteur soutient que dans tous les cas de luxation congénitale de la rotule il existe une déformation du condyle externe du fémur et de la face correspondante de la trochlée, et que cette déformation explique mieux que toutes les autres hypothèses la pathogénie de la luxation.

Traumatismes et tumeurs malignes (Ueber die Beziehungen der Traumen zu den malignen Geschwulste), par Ziegler (*Munch. med. Woch.*, 1895, n°s 27 et 28). — L'auteur a réuni dans son travail, après avoir résumé les théories régnantes sur la pathogénie des tumeurs malignes, quatre cent quatre-vingt-dix-neuf cas de tumeurs cancéreuses de divers organes, à part les cancers viscéraux, en recherchant dans ces cas le rôle du traumatisme. Sur ces quatre cent quatre vingt-dix-neuf observations le rôle étiologique d'un traumatisme unique s'y trouve mentionné quatre-vingt-dix fois et cent vingt-quatre fois le rôle du traumatisme chronique.

En laissant de côté les cas douteux, l'auteur trouve que la proportion de 18 0/0 pour le traumatisme unique et de 25 0/0 pour le traumatisme répété est trop élevée pour qu'on puisse nier au traumatisme toute influence dans la production de tumeurs malignes.

Gastrostomie pour ulcère douloureux sans phénomènes de sténose pylorique (Gastrostomie wegen schmerzhaften Magengeschwures ohne Stenosenerscheinungen), par Cahn (*Berl. klin. Woch.*, 1895, n° 28, p. 608). — L'auteur rapporte une observation d'ulcère simple sans dilatation de l'estomac, ni sténose du pylore, chez un homme de quarante-sept ans radicalement guéri par la gastro-entérostomie simple. Au moment de l'opération, faite il y a dix mois, le malade se trouvait réduit à l'état de squelette; depuis l'opération il a gagné cinquante-six livres. L'excision de l'ulcère n'a pas été faite à cause des difficultés opératoires en présence.

D'après l'auteur, la gastro-entérostomie serait justifiée dans tous les cas d'ulcère simple, mais très douloureux, où la médication interne n'apporte aucun soulagement au malade. Quant à la disparition des douleurs après la gastro-entérostomie simple l'auteur l'attribue au séjour moins prolongé des aliments dans l'estomac, ayant pour résultat de diminuer l'acidité du suc gastrique et de faire disparaître par cela même, la contraction réflexe du pylore.

VARIÉTÉS

Congrès français de médecine de Bordeaux. — Le Congrès qui va s'ouvrir à Bordeaux s'annonce comme devant être très brillant. Nous avons publié déjà (*Mercredi médical*, p. 231) le programme des questions qui y seront discutées; voici, jour par jour, le programme des séances et des fêtes.

Jeudi 8 août. A 9 heures : séance d'ouverture dans la salle du Dôme de l'exposition. Allocution de M. Pitres, président du comité central d'organisation; discours de M. Ch. Bouchard, président du Congrès; rapport de M. Arnozan, secrétaire général du Congrès; visite de l'exposition.

Toutes les autres séances auront lieu à la Faculté de médecine, place d'Aquitaine.

A 2 heures : séance générale. Des myélites infectieuses. — Rapporteurs : MM. Grasset et Vaillard; discussion; communications diverses sur la même question.

Le soir : réception à la mairie par la municipalité.

Vendredi 9 août. Le matin : visite aux hôpitaux. — Hôpital Saint-André; hôpital des enfants; hospice général de Pellegrin; hôpital d'isolement.

A 2 heures : séance générale. Rapports du foie et de l'intestin en pathologie. — Rapporteurs : MM. Hanot, Planté, Teissier; discussion; communications diverses sur le même sujet.

Samedi 10 août. Le matin à 9 heures : communications diverses.

A 2 heures : séance générale. Des antithermiques analgésiques. — Rapporteurs : MM. Schmitt et Laborde; discussion; communications diverses sur le même sujet.

Dimanche 11 août. Excursion à Biarritz. — Train spécial et déjeuner offerts par l'administration des Thermes de Briscous; visite à l'établissement thermal.

Au retour, arrêt à Dax. — Visite aux établissements thermaux; dîner offert par ces établissements et par la ville.

Lundi 12 août. A 9 heures : communications diverses.

A 2 heures : communications diverses.

A 5 heures : conférence du professeur Maragliano (Gênes) sur la sérothérapie spécifique dans la tuberculose pulmonaire.

Mardi 13 août. Excursion à Arcachon. — Visite à la ville d'hiver, au sanatorium, à l'aquarium, aux laboratoires de la Société scientifique; banquet offert par la ville d'Arcachon; promenade en mer.

Mercredi 14 août. A 9 heures : séance générale. Choix de la ville où se réunira le 3e Congrès; élection du bureau pour la prochaine session; questions diverses.

Jeudi 15 août. Excursion à Royan. — Voyage en bateau à vapeur offert par la ville de Royan. A l'arrivée, banquet offert par la ville de Royan; visite à la station balnéaire.

Retour à Bordeaux.

D'autre part, le docteur Mauriac, vice-président du Congrès et membre de l'*Association de la presse médicale*, veut bien nous rappeler que le Congrès international de la protection de l'Enfance (ouverture le 29 juillet); le Congrès des aliénistes (le 1er août); le Congrès de l'avancement des sciences (le 4 août); le Congrès de gynécologie (le 8 août) s'ouvriront à Bordeaux presque en même temps que le Congrès de médecine. Notre confrère prie les délégués des journaux de médecine de retirer leurs cartes 16, rue du Palais Gallien (de 8 h. à 10 h. et de 2 h. à 4 h.) et d'y indiquer leur adresse à Bordeaux.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

REVUE GÉNÉRALE

Les psychoses de la vieillesse, d'après le rapport du Dr ANT. RITTI, médecin de la Maison nationale de Charenton, au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes. Bordeaux, août 1895.

L'étude des « psychoses de la vieillesse » constitue un chapitre en quelque sorte nouveau de la pathologie mentale. Les premiers travaux entrant vraiment dans le cœur de la question sont de date relativement récente. Mais, malgré les nombreuses observations, les mémoires et thèses publiés dans ces dernières années, bien des points restent encore obscurs et prêtent à la controverse.

La question toutefois nous semble aujourd'hui très nettement délimitée; elle n'est qu'un chapitre, et non des moins intéressants, de la pathologie cérébrale et mentale des vieillards. Dans ce chapitre ne saurait trouver place la description de la démence sénile avec les multiples idées délirantes qui peuvent s'y produire; encore moins faut-il y faire entrer l'étude de ces troubles mentaux consécutifs à des lésions en foyer, à des ramollissements, des hémorrhagies du cerveau, ou celle de la paralysie générale des vieillards, grand sujet de controverses et qui est loin d'être résolu.

Notre programme est plus restreint et nettement circonscrit. Il a pour objet de démontrer qu'il se développe des psychoses ou vésanies chez des vieillards jusque-là indemnes de tout trouble mental; il importe de rechercher la fréquence de ces psychoses, si elles présentent des caractères symptomatiques propres, quel est leur pronostic et leur terminaison.

Cette étude sera précédée de quelques considérations générales sur la psychologie de la vieillesse, terrain sur lequel se développent les psychoses à décrire; il nous paraît utile de la faire suivre d'un court chapitre où nous essaierons d'indiquer ce que deviennent, au dernier âge de la vie, les vésanies acquises aux époques antérieures. En s'appuyant sur une saine observation clinique, il y a là, croyons-nous, à rectifier certaines erreurs qui ont généralement cours. Nous terminerons ce rapport par un paragraphe de médecine légale, les psychoses de la vieillesse soulevant de fréquentes questions de capacité et de responsabilité à propos desquelles le médecin peut être appelé à donner son avis.

I

Psychologie de la vieillesse. — Les caractères psychologiques de la vieillesse sont en rapport direct avec les modifications que le progrès de l'âge fait subir à l'état psychologique du cerveau, et en particulier de l'écorce. Tous les tissus de cet appareil sont soumis à une sorte de loi de régression, d'involution sénile, qui a un retentissement marqué sur son fonctionnement. On a l'âge de ses artères, dit justement un aphorisme médical connu; et de fait, n'est-ce pas l'athéromasie artérielle qui est le phénomène primordial de cette phase de régression anatomique plus ou moins tardive, qui constitue en réalité la vieillesse de notre organisme?

Au point de vue intellectuel, ce qui frappe tout d'abord, ce sont les altérations de la mémoire. Ce phénomène constant a été appelé par M. Th. Ribot : *la loi de régression de la mémoire*; cette loi nous apprend l'ordre dans lequel la mémoire se défait et a été déjà admirablement formulée par Cabanis de la manière suivante : « On voit les souvenirs s'effacer dans l'ordre inverse où les impressions ont été reçues, en commençant par les plus récentes, qui sont les plus faibles, et en remontant jusqu'aux plus anciennes, qui sont les plus durables. »

En même temps se produisent des troubles dans la sphère de l'association des idées. Le vieillard devient peu à peu incapable de créer de nouvelles associations; ou bien, s'il en crée encore, elles manquent d'adhérence et ne tardent pas à se dissocier.

Les modifications de la vie sentimentale sont peut-être plus nettes et plus frappantes. Ce qui prédomine, c'est la *tendance égocentrique*, selon l'expression de Ziehen, ce que nous appelons les *sentiments égoïstes*. Finalement, toutes ses pensées se concentrent sur ses besoins physiques, sur ses agréments personnels; et c'est bien dans ces cas qu'on ne retrouve plus ce « défaut de consistance dans les déterminations » qui est dans l'ordre des choses, mais bien plutôt de la fixité et de l'entêtement.

A ce développement de l'égoïsme correspond, chez le vieillard, une diminution sensible des sentiments affectifs, se manifestant surtout par de la défiance vis-à-vis de ceux qui lui étaient le plus chers, défiance pouvant devenir presque pathologique, aller jusqu'à l'animosité,

engendrer des idées de persécution et le pousser à des actes, sinon dangereux, du moins préjudiciables aux intérêts de sa descendance.

N'est-ce pas aussi un effet de cette *tendance égocentrique* qui pousse le vieillard à louer les temps passés (*laudator temporis acti*), à comprendre difficilement le présent, à se replier constamment sur lui-même, à parler de lui sans cesse et avec une sorte de volubilité?

Entre cette phase, en quelque sorte physiologique de la vieillesse, et la démence sénile proprement dite, Legrand du Saulle admettait un état mixte, intermédiaire entre l'état normal et l'état pathologique, qui se caractérise par l'abaissement du niveau intellectuel.

Les auteurs ont beaucoup discuté, sans pouvoir se mettre d'accord, pour savoir à quel âge commence la vieillesse. Pour les pessimistes, elle commencerait après cinquante-cinq ans; pour les optimistes, elle serait reculée jusqu'à soixante-dix ans. Entre ces deux dates extrêmes, on peut en choisir d'intermédiaires et on n'y a pas manqué. De fait et en faisant abstraction de la sénilité précoce, ce n'est pas au chiffre de ses années, mais à l'état de ses forces physiques et intellectuelles qu'il faut juger de l'âge d'un homme.

Ce qu'il importe surtout de bien établir, c'est que la vieillesse ne doit pas être confondue avec la démence sénile; la première est un état physiologique, une étape de l'évolution individuelle qui, comparée aux âges antérieurs, présente des caractères particuliers très marqués, il est vrai, du sceau de la régression ou de la dégénérescence; la seconde, au contraire, est un état pathologique nettement défini avec sa symptomatologie, ses lésions anatomiques, etc. Entre ces deux états existe un fossé profond que la majorité des vieillards ne franchit jamais, que beaucoup ne franchissent que très tard et quelques-uns prématurément.

Sans nous arrêter aux raisons invoquées par les auteurs pour avancer ou retarder l'époque de la vieillesse, nous croyons qu'il faut en placer le début après soixante ans. C'est donc des psychoses éclatant après cet âge qu'il sera question dans le chapitre suivant.

II

Psychoses de la vieillesse. — Dans le groupe des psychoses séniles ne doivent entrer que celles qui se développent chez des vieillards jusque-là indemnes de tout trouble mental. Il y a donc lieu d'éliminer de cette description tous les cas de folie éclatant à un âge avancé, qui ne sont que la reproduction d'accès antérieurs.

Si l'on s'en rapporte aux faits publiés jusqu'ici, on observe dans la vieillesse les principales formes de psychoses qu'on rencontre dans l'âge adulte et nous rencontrons ici les formes suivantes :

1° Manie; 2° mélancolie simple, anxieuse, avec stupeur, suicide; 3° folie à double forme; 4° confusion mentale; 5° délire systématisé de persécution, de grandeurs; 6° folie instinctive (kleptomanie, érotisme, exhibitionnisme, etc.); 7° hystérie sénile.

Manie. — La manie, quoique la première psychose chez les vieillards, n'est pas cependant la plus fréquente. Fürstner ne l'a rencontrée que neuf fois sur quatre-vingt-un cas de folie sénile recueillis par lui. Les observations complètes publiées sont rares, surtout si on élimine celles concernant des intermittents.

La manie peut se présenter dans la vieillesse sous ses diverses formes, depuis la simple excitation maniaque jusqu'à la manie avec fureur. Se manifeste-t-elle avec des caractères autres que chez l'adulte? A cette question, la science ne peut encore répondre avec toute la certitude désirable. Cependant les documents que nous possédons permettent déjà d'établir quelques nuances.

Comme chez l'adulte, l'accès de manie est précédé, chez le vieillard, d'une période prodromique d'une durée plus ou moins longue, de dépression mélancolique sans idées délirantes; puis, presque subitement, l'agitation fait explosion. Elle devient rapidement très violente et se transforme facilement en une véritable fureur, avec mouvements désordonnés, incoercibles. Le malade, malgré son âge, déploie une force musculaire prodigieuse et, en quelque sorte, inépuisable. Malgré cette incessante mobilité, ces mouvements brusques et tumultueux, jamais il ne ressent la fatigue; pendant des semaines et même des mois, jamais le sommeil ne vient calmer cette agitation; les nuits se passent à crier, à vociférer.

Dans le flux de paroles que le vieillard maniaque exprime, on ne retrouve pas cette richesse, cette rapidité d'idées qui se constate chez l'adulte. Le cercle en est plus restreint et semble souvent se concentrer dans la sphère érotique.

Souvent aussi les vieillards sont pris d'impulsions subites et violentes, qui les rendent dangereux pour la sécurité d'autrui; d'autant plus que l'agitation maniaque à laquelle ils sont en proie semble avoir décuplé leurs forces.

Ce qui, pour nous, distingue donc la manie qui fait explosion dans la vieillesse, c'est d'abord la tendance plus grande à la fureur et à l'incoercibilité des mouvements; c'est ensuite l'exagération des tendances érotiques poussées jusqu'au satyriasis et à la nymphomanie.

Un autre symptôme qui semble assez fréquent est le délire des grandeurs, de satisfaction, de richesse : il y a là quelque analogie avec les idées ambitieuses des paralytiques généraux.

Quelle est la terminaison de la manie sénile? Les documents, pour répondre à cette question, sont très insuffisants. La guérison est admise par tous les auteurs, mais sans preuves bien certaines à l'appui. Toutefois, Fürstner, sur les neuf cas de manie qu'il a observés, dit avoir eu trois guérisons et deux améliorations. Il est probable que, dans la majorité des cas, cette psychose, avec son agitation furieuse, continue, avec une constante insomnie, doit amener au bout d'un temps plus ou moins long quelquefois la mort, le plus souvent la plus complète démence.

Mélancolie. — La mélancolie est le type de psychose qui s'observe le plus fréquemment chez le vieillard. Sur quatre-vingt-un cas de folie, Fürstner l'a constatée cinquante-quatre fois, c'est-à-dire près de soixante-sept pour cent ou les deux tiers. Dans ce chiffre sont représentées les trois formes principales de mélancolie : la mélancolie simple, trente-trois fois; la *melancolia agitata*, qui n'est autre que notre mélancolie anxieuse, dix-huit fois; la mélancolie stupide, trois fois.

La *mélancolie simple* présente, chez le vieillard, quelques symptômes, en quelque sorte pathognomoniques, que Fürstner s'est appliqué à faire ressortir.

Tout d'abord, on constate que la dépression paraît moins profonde et aussi moins continue; elle a une grande tendance aux rémissions. Le malade manifeste principalement des idées hypochondriaques; il gémit constamment sur l'état de sa santé et se montre sans cesse plein d'inquiétude sur l'avenir qui lui est réservé. Aux troubles dans la sphère des idées et des sentiments, il faut ajouter un manque complet d'énergie, une diminution marquée de la volonté; de temps en temps, le vieillard semble se ressaisir et prend des déterminations brusques et inattendues; parfois pris par des impulsions subites, il commet des actes violents sur lui-même ou sur les

autres. Les tentatives de suicide ne sont pas rares, mais n'aboutissent pas toujours.

Le pronostic de cette variété de mélancolie n'est pas nécessairement fâcheux. La guérison est fréquente; Fürstner, sur les trente-trois cas, en a constaté onze; sept autres furent considérablement améliorés. Il y eut trois morts, dont deux par suite de pneumonie, un par marasme.

Mélancolie anxieuse. C'est la forme qui, par l'ensemble de ses symptômes si caractéristiques, frappe surtout l'observateur. On la rencontre principalement chez la femme; mais elle n'est pas rare chez l'homme et se présente alors avec des symptômes identiques.

Maudsley en a donné une description magistrale, très saisissante, d'où on peut résumer quelques caractères particuliers : l'anxiété est extrême et peut s'accompagner d'agitation violente; les troubles délirants consistent surtout en idées de ruine, de culpabilité, parfois aussi de damnation, en craintes pour l'avenir, etc.; l'excitation érotique est souvent portée à son comble et se manifeste en paroles, gestes, actes, etc.; les impulsions violentes sont de règle et consistent surtout en voies de fait sur les personnes de l'entourage; les tendances au suicide ne sont pas rares.

Quoi qu'en ait pensé l'éminent aliéniste anglais la mélancolie anxieuse de la vieillesse n'est pas toujours incurable. Fürstner sur dix-huit cas a obtenu cinq guérisons et deux améliorations; quatre de ses malades sont morts : trois de pneumonie et un d'épuisement.

Mélancolie avec stupeur. — Cette variété mélancolique est excessivement rare dans la vieillesse; Fürstner ne l'a observée que trois fois sur cinquante-quatre cas de mélancolie, et ne lui assigne aucune différence avec la mélancolie avec stupeur type, telle qu'elle se présente chez l'adulte.

Suicide. — Le suicide est fréquent dans la vieillesse. Au premier abord, cela semble paradoxal car, comme le dit si bien Falret père, « l'homme, à cette époque, est avare de sa vie comme il est avare de ses biens ; il persiste dans l'existence par la crainte d'en sortir ». Et cependant il faut se rendre à l'évidence des faits et des chiffres : le nombre d'individus de soixante à cent ans qui se suicident est considérable, ainsi que le prouvent les chiffres suivants empruntés à Socquet : de 1835 à 1880, dans l'espace de quarante-cinq ans, il y a eu en France cent quatre-vingt-onze mille deux cent quatre-vingt-neuf suicides des deux sexes, sur lesquels on en compte quarante-huit mille neuf cent trente et un d'individus ayant au delà de soixante ans.

En outre, si le sexe féminin, pris dans l'ensemble des âge de la vie, se suicide presque quatre fois moins que le sexe masculin, le quart, et même plus, des suicides, tant chez les femmes que chez les hommes, doit être attribué aux derniers âges de la vie.

Quelles causes peut-on attribuer à ces nombreux suicides de la vieillesse? Sans doute, on pourra invoquer pour un grand nombre d'entre eux des motifs purement psychologiques et même l'influence des circonstances extérieures ; mais, dans la plus grande majorité des cas, le rôle prépondérant est joué par la maladie. Non pas qu'il faille instituer une *monomanie de suicide* chez les vieillards; mais chez ceux-ci, comme chez les adultes, l'acte d'attenter à sa vie est le plus souvent la conséquence d'un trouble mental, d'une psychose, héréditaire ou autre. A ce titre, il appartient à la pathologie mentale et mériterait d'être mieux étudié qu'il ne l'a été jusqu'ici.

Folie a double forme. — La folie à double forme est généralement considérée comme une maladie mentale débutant d'ordinaire à l'époque de la puberté et, parfois, à un âge plus avancé; mais il n'a été publié jusqu'ici aucun cas de folie circulaire dont les premiers symptômes aient éclaté après soixante ans. M. le Dr H. Mabille a bien voulu nous en communiquer un, encore inédit, chez une dame de soixante-dix ans.

Cette observation exceptionnelle présente tous les caractères de la folie à double forme. Au point de vue symptomatique, succession régulière des deux périodes, mélancolique et maniaque; pas de démence. Au point de vue de l'étiologie, hérédité, qui, dans le cas particulier, est à la fois ascendante (grand'mère aliénée) et descendante (deux petits-fils sourds et muets).

Ce fait unique, à notre connaissance, du moins, suffirait à démontrer la possibilité d'une folie circulaire ne se produisant qu'à l'époque de la vieillesse. Toutefois, il est un fait qu'il ne faut pas perdre de vue lorsqu'il s'agit de cette forme de psychose, c'est que les symptômes des deux périodes de la folie à double forme peuvent, chez certains individus, passer longtemps inaperçus, se présenter avec si peu de relief qu'ils ne sont considérés que comme des modifications du caractère ou de l'humeur. Lorsqu'il s'agira donc d'un vieillard soi-disant atteint pour la première fois de folie à double forme, il importera de fouiller avec le plus grand soin dans son passé pour voir s'il n'a pas présenté, dans le cours de sa vie, un de ces degrés atténués de la maladie qu'on observe dans le monde et qu'a si bien décrits notre savant maître et ami, M. J. Falret.

Confusion mentale. — Sous le nom de *Verworrenheit* (confusion mentale), Fürstner décrit une psychose hallucinatoire fréquente chez les vieillards (il l'a constatée onze fois) et qui semble en rapport direct avec le processus athéromateux, si l'on s'en rapporte aux symptômes qui en caractérisent la phase prodromique.

La maladie arrive rapidement à la phase aiguë avec explosion de tous les symptômes : confusion des idées, désorientation complète des facultés intellectuelles, hallucinations, illusions. L'agitation devient violente, les mouvements désordonnés, inconscients : le malade quitte son lit, cherche à fuir par la fenêtre, la porte ; il se vautre par terre, prend les attitudes les plus baroques, frappe les murs de la tête ou de la main, etc. L'expression du visage révèle l'obtusion, l'angoisse, la terreur. L'alimentation devient très irrégulière; souvent refus complet, par suite de la méfiance anxieuse.

Les symptômes somatiques de cette phase aiguë sont importants à noter : le pouls est accéléré, petit, irrégulier; le visage et les extrémités sont légèrement cyanosés; fièvre dans certains cas; troubles gastriques; teint subictérique, etc. A cela viennent s'ajouter des symptômes cérébraux : inégalité pupillaire, hémiparésie de la face et des extrémités, états aphasiques et paraphasiques, violentes céphalées, syncope, etc.

Tous ces symptômes ne sont pas constants et se dissipent peu à peu. Le pronostic de cette forme mentale de la vieillesse n'est, en somme, pas favorable; il l'est même beaucoup moins que celui de la mélancolie. En effet, au bout de quelques mois, la maladie peut présenter de sérieuses améliorations. Fürstner, sur quinze cas observés, en a vu guérir six ; un des malades devint plus lucide et plus calme, deux tombèrent dans l'incurabilité et, enfin, deux moururent de pneumonie.

L'auteur remarque que si les malades guéris ont complètement perdu le souvenir de ce qui s'est passé durant leur maladie, leur intelligence est cependant restée intacte ; trois d'entre eux ont même pu reprendre leurs occupations et diriger leurs affaires, voyager, etc. La maladie peut même récidiver : un des malades de Fürstner, à la suite d'une opération grave (herniotomie), eut

un nouvel accès dont il guérit de nouveau, quoique âgé de soixante-neuf ans.

Délire systématisé. — Deux variétés de ce délire ont été observées jusqu'ici dans la vieillesse: le délire de persécution et le délire des grandeurs. Les cas publiés sont encore rares; mais ils suffisent pour démontrer que la systématisation délirante n'est pas le privilège de l'âge adulte.

Délire de persécution. — En faisant la psychologie de la vieillesse, nous avons vu que les idées de persécution n'étaient pas rares à cet âge de la vie; elles ne sont, le plus souvent, qu'une exagération de la méfiance naturelle, de cette tendance à tout rapporter à soi. Mais ce degré est vite franchi et l'on entre alors dans le domaine de la pathologie.

« Ce qui s'observe le plus communément, ce sont les faits suivants : un vieillard (homme ou femme), dans sa méfiance morbide, prend en grippe ses enfants; il s'imagine qu'il est vu par eux d'un mauvais œil, qu'il leur est à charge, qu'ils voudraient le voir mort, qu'ils n'attendent que sa succession. De là à croire que les siens veulent le voler il n'y a qu'un pas. Ce pas franchi, il n'existe, pour le vieillard, plus de repos; tout lui fait peur, il appréhende d'être tué, empoisonné, etc. Sa haine pour les siens s'en accroît; s'il a fait un testament en leur faveur, il le modifiera et les déshéritera le plus qu'il pourra. Il peut arriver qu'à ce moment il tombe sous la coupe d'un de ces individus qui, sachant le flatter et entretenir habilement ses sentiments de défiance maladive, en fera ce qu'il voudra, saura exploiter cette intelligence affaiblie et arrivera à lui faire signer des actes frustrant les intérêts les plus sacrés.

» D'autres vieillards, au lieu de porter leurs soupçons sur des membres de la famille, accuseront des voisins, des habitants du pays; ils se mettront en garde contre eux et même, parfois, les menaceront. Il en est, enfin, dont la crainte d'être volé a quelque chose de plus général. Ce n'est pas tel ou tel membre de leur famille, tel voisin ou ami qu'ils accusent, c'est tout le monde. On en veut à leur argent; ils voient et entendent des voleurs partout, ils vivent dans des transes continuelles, ne se confiant plus à personne et employant tous les moyens pour se mettre en sécurité et pour sauvegarder leur fortune de la rapacité de leurs ennemis. J'ai dans mon service une femme de soixante-quinze ans qui, s'imaginant qu'on voulait tout lui dérober, est allée enterrer en pleine campagne, sur la lisière d'un bois, ses bijoux et objets précieux et qui, n'ayant pu retrouver l'endroit où elle les avait mis, a cru à une trahison de ses enfants et les a accusés de les lui avoir volés. La plupart s'enferment avec soin, la nuit, dans leur chambre, entourent de ficelles les serrures, bouchent les trous, puis, ne se trouvant pas encore suffisamment en sûreté, roulent devant les portes des fauteuils, des meubles et, enfin, ne se couchent jamais avant d'avoir regardé, avec une lumière, sous les meubles, sous le lit, dans les armoires, afin de s'assurer s'il n'y aurait pas quelque voleur caché. C'est en se livrant à cet examen minutieux que beaucoup de ces malheureux, allumant les rideaux de leur chambre, provoquent des incendies dans lesquels ils trouvent la mort (1). »

Il existe un mode de genèse du délire de persécution chez le vieillard, sur lequel Fürstner a tout spécialement appelé l'attention. L'affaiblissement de l'ouïe, dû à des lésions organiques, s'accompagne souvent de troubles sensoriels; ce ne sont d'abord, pendant des mois, même des années, que des bruits subjectifs, qui se transforment insensiblement en hallucinations et provoquent des idées délirantes en rapport avec les tendances méfiantes du malade. On peut voir alors se développer un véritable délire de persécution systématisé, différant peu de celui qu'on observe chez l'adulte.

Le délire de persécution systématisé, débutant à un âge avancé, a été longtemps nié. Les faits publiés récemment ne permettent plus de mettre en doute l'existence de cette forme tardive de la psychose progressive, et, par exemple, M. Séglas en a relaté en 1888 un cas typique.

On y constate, au début, les fausses interprétations, puis les hallucinations de l'ouïe avec leurs caractères spéciaux; viennent ensuite, avec une systématisation de plus en plus prononcée du délire, les troubles de la sensibilité générale, les hallucinations du goût, etc. La marche de la maladie a été rapide, ce qui est un des caractères du délire de persécution de la vieillesse, et si son évolution vers la phase des idées de grandeur ne s'est pas encore accomplie à l'époque où s'arrête l'observation, d'autres faits prouvent que les persécutés séniles, brûlant en quelque sorte les étapes, arrivent assez vite à la période mégalomaniaque. Mais, comme chez les persécutés en général, les idées ambitieuses ne se substituent pas aux idées de persécution, mais vivent côte à côte avec elles.

Un caractère non moins important que la marche rapide du délire est la présence chez le vieillard persécuté d'hallucinations de la vue; c'est une observation qu'avait déjà faite Lasègue. Dans le délire de persécution de l'adulte, s'il existe des hallucinations de la vue, elles ne sont pas partie prenante dans le délire de persécution, elles ne contribuent ni à créer ce délire, ni une fois formé à l'entretenir. Ainsi, jamais le persécuté adulte ne verra le ou les individus qui l'injurient, l'insultent, lui jettent des substances malfaisantes, commettent sur lui des attentats contre nature, etc.; tandis que le vieillard, au contraire, les voit distinctement, soit isolés, soit en masse, ou encore il a comme la vision de tableaux, de scènes qui passent devant lui.

Une des malades de notre service, femme de quatre-vingt-un ans, présente à un haut degré ces caractères de l'hallucination visuelle.

Comme l'a dit Lasègue, le vieillard persécuté est plus un halluciné visuel qu'un halluciné auditif et ses visions sont parties prenantes dans son délire.

En résumé, nous croyons devoir conclure que ce qui distingue le délire de persécution de la vieillesse, c'est d'abord une marche plus rapide des symptômes; c'est ensuite la prédominance des hallucinations de la vue; c'est aussi celle des troubles du sens génital. Ces caractères distinctifs permettent donc d'accepter l'existence d'un type de délire de persécution particulier à la vieillesse, qu'il y a lieu de placer, comme l'ont fait M. J. Séglas et d'autres auteurs, à côté de la forme qui débute au retour d'âge (délire de persécution de la ménopause), et qu'il est intéressant de comparer avec la *forme post-pubère*, la plus ordinaire, celle qu'on appelle le type Lasègue, et avec la *forme originelle* (*originære Verrücktheit* de Sander; persécutés raisonnants de J. Falret).

Délire des grandeurs. Il n'entre pas dans notre sujet de rechercher si le délire des grandeurs doit toujours être considéré comme un délire secondaire ou consécutif, ou bien, s'il peut, dans certains cas, être un délire systématisé primitif. Les observations de délire ambitieux, recueillies chez les vieillards, peuvent apporter des documents importants pour la solution du problème; elles ne sont pas très nombreuses; celle publiée récemment par MM. Gilbert Ballet et Arnaud est certes une des plus caractéristiques; c'est un exemple

(1) Ritti, Art. Persécution (Délire de) du *Dictionnaire de Dechambre.*

remarquable de délire des grandeurs systématisé chez un vieillard de quatre-vingts ans passés, ne présentant pas d'affaiblissement intellectuel notable.

Ce cas est sans conteste un fait de psychose de la vieillesse, sans accompagnement de cette déchéance intellectuelle dont on gratifie trop volontiers cet âge de la vie. On pourrait en citer d'autres, moins nets peut-être, mais non moins instructifs. Pour résoudre les intéressantes questions de pathologie mentale que de pareils faits suscitent, il importerait d'en réunir un plus grand nombre; nous faisons donc un pressant appel à nos collègues pour qu'ils nous apportent les observations analogues qu'il leur a été donné de recueillir.

Folie morale ou instinctive. — Sous le nom de *folie morale ou instinctive*, on comprend le délire des actes. Cette dénomination, qui n'est plus guère adoptée par les manigraphes, nous a paru commode pour désigner tous ces états pathologiques consistant principalement en un entraînement souvent *irrésistible* à des actes blâmables et dangereux.

La vieillesse n'est pas indemne de ce genre d'aberrations, et cela d'autant moins que les progrès de l'âge, amenant une diminution de la volonté, amoindrissent la force de résistance aux impulsions maladives. De là, ces cas de kleptomanie, de folie homicide qu'on observe chez des vieillards qui n'avaient cependant jamais présenté de trouble moral; de là surtout ces faits, plus fréquents encore, d'aberrations du sens génital, observées tant chez les femmes que chez les hommes.

Les annales de la science sont riches en observations de *monomanie érotique*, concernant des vieillards; elles présentent la plus grande diversité, toute la gamme des tendances érotiques, depuis l'amour platonique, l'*amour qui est dans la tête*, selon l'expression d'Esquirol, jusqu'à la salacité la plus dégoûtante, sans oublier l'exhibitionnisme, auquel la vieillesse fournit un très fort contingent de victimes.

Folie hystérique. — L'hystérie, cette névrose qui a un si grand retentissement sur les facultés mentales de ceux qui en sont atteints, n'est pas un privilège de la jeunesse et de l'âge mûr. Elle peut se produire en pleine vieillesse. Ce fait intéressant a été mis en lumière par M. Maurice de Fleury, dans son excellente thèse de doctorat, où il s'applique à différencier l'hystérie sénile de celle observée chez l'adulte.

L'anesthésie, l'hémianesthésie surtout, ne se retrouvent guère chez les vieilles hystériques; quant aux zones hyperesthésiées, les *zones hystérogènes* notamment, elles s'observent fréquemment. Les phénomènes convulsifs des membres sont à leur minimum; mais les phénomènes douloureux et spasmodiques des organiques splanchniques sont, au contraire, très intenses; aussi peut-on définir l'hystérie sénile comme une *hystérie douloureuse à manifestations splanchniques*.

Quant à l'état mental, il diffère peu de ce que l'on est accoutumé d'observer dans l'âge adulte. La vieille hystérique est surtout une coquette, se parant d'habillements aux couleurs voyantes, se couvrant de bijoux, même faux, comme une châsse. Elle porte au plus haut degré l'amour de plaire. « Elle perd aisément la notion de son âge, se croit encore pleine de séductions. Elle s'éprend aisément, et pour peu de temps d'ordinaire; elle fait des avances aux jeunes gens si elle a l'occasion d'en rencontrer... C'est là, du reste, chose ordinairement sentimentale, rarement érotique. »

Symptomes somatiques des psychoses de la vieillesse. — L'étude des symptômes somatiques est d'un intérêt capital dans les psychoses de la vieillesse. Tous les organes de l'économie doivent être examinés avec le soin le plus scrupuleux; nous ne saurions avoir la prétention de passer en revue toutes les lésions qu'ils peuvent présenter, signalons cependant les plus importantes.

C'est du côté du cœur et de l'appareil circulatoire que doit se porter l'attention. Les troubles de la circulation cérébrale (ischémie et hyperémie) sont fréquents chez les vieillards, par suite de l'athéromasie artérielle, par suite aussi des lésions cardiaques.

L'appareil urinaire est rarement indemne. La miction devient difficile, les cystites sont fréquentes; mais ce sont surtout les reins qui sont lésés, d'où insuffisance urinaire et intoxication urémique consécutive. On peut se demander si la plupart des cas de confusion mentale dont il a été question plus haut ne seraient pas dus à cette intoxication.

Il est inutile d'insister sur la nécessité de l'examen des urines pour rechercher si elles contiennent de l'albumine ou du sucre. On sait que le diabète n'est pas rare chez le vieillard, et aussi que la glycosurie s'accompagne souvent de cet état mental caractérisé par de la mélancolie, des idées de ruine, des craintes pour l'avenir, que nous avons décrit plus haut comme pathognomonique de la lypémanie de la vieillesse.

Pronostic. — En décrivant les diverses formes de psychoses de la vieillesse, nous avons dit un mot de leur pronostic, en empruntant ses chiffres au professeur Fürstner, et on a pu constater qu'il n'était pas défavorable, qu'en somme la folie du vieillard est très souvent curable.

Wille, dans son mémoire, arrive aux mêmes conclusions. Empruntant sa statistique à trois Asiles différents, il trouve qu'à Illenau, sur le nombre d'individus qui avaient passé l'âge de soixante ans, on a compté 24 0/0 de guérisons; à Prague, 32,2; à Vienne, 31.

On en peut conclure que les psychoses de la vieillesse sont curables dans la proportion d'un quart et même d'un tiers des cas.

Quelles sont, des diverses formes vésaniques que nous avons décrites, celles qui guérissent le mieux? Ce sont celles même qui sont le plus sûrement et le plus rapidement curables chez l'adulte : la mélancolie, la manie, la confusion mentale.

Etiologie. — Il serait intéressant de connaître la *fréquence* des psychoses de la vieillesse, relativement au nombre des psychoses des autres âges de la vie. Nous ne possédons sur ce point que le chiffre fourni par Wille : A Rhinau, la folie sénile s'est produite dans la proportion de 8 0/0 sur le chiffre des admissions; d'où l'on peut conclure que la prédisposition à l'aliénation mentale est encore très grande à un âge avancé.

Quant aux *causes* des psychoses de la vieillesse, elles sont, comme pour toutes les formes de folie, ou prédisposantes ou occasionnelles.

La cause prédisposante par excellence est, sans doute, ici, comme pour la folie en général, l'hérédité; seulement, il est quelquefois assez difficile de l'établir chez les ascendants, faute de renseignements précis, le malade ne pouvant les donner, les enfants ou les petits-enfants les ignorant ou refusant de les fournir.

Lorsqu'il s'agit d'un vieillard, à défaut des ascendants, il faut étudier les descendants. Alors, chose curieuse et vraiment intéressante, on apprend souvent qu'il a vu ses fils, ses filles devenir aliénés bien avant lui; qu'il a supporté courageusement, sans faiblir, sans que son cerveau s'en troublât, ces malheurs de famille; mais, lorsque la vieillesse est venue, à la suite d'un incident quelconque, parfois de peu de gravité, il a sombré à son tour dans la folie (1).

(1) On a appelé *hérédité anticipée* ces cas où les enfants sont atteints d'aliénation mentale alors que les parents ne succombent

Quant aux causes occasionnelles, elles sont les mêmes que celles qu'on invoque pour expliquer l'explosion de tout accès de folie, à quelque âge que ce soit ; mais peut-être les causes morales, l'ictus moral, jouent-elles dans ce cas un rôle plus actif, plus évident.

Ce qui ne paraît pas douteux, c'est que, chez le vieillard comme chez l'adulte, il faut admettre pour la genèse de la psychose une association de causes multiples. Et d'abord, la prédisposition héréditaire : tous les vieillards, en effet, ne deviennent pas aliénés, il y faut vocation, et cette vocation n'est autre que cette aptitude spéciale du cerveau, transmise par l'hérédité, à délirer, à manifester, sous l'influence des moindres causes, les troubles nerveux les plus variés. Il est vrai que cette aptitude reste latente jusqu'aux dernières années de l'existence ; c'est bien là le cas d'appliquer la formule chère à Renaudin : ces individus sont, toute leur vie, dans l'état de virtualité délirante ; ils sont bien en puissance de délire, mais leur cerveau résiste jusqu'au jour où il a subi ces modifications organiques qui caractérisent la vieillesse. Vienne alors le moindre choc moral, ce cerveau, jusque-là resté indemne, devenu maintenant *locus minoris resistentiæ*, selon l'expression employée par les Drs Mabille et Lallement, finit par succomber, entraîné par la folie.

Trois conditions sont donc nécessaires, indispensables, pour produire la psychose de la vieillesse : la prédisposition héréditaire, les transformations organiques que subit le cerveau par le progrès de l'âge, et, enfin, une cause occasionnelle qui est le plus souvent de nature morale, mais qui peut être aussi d'ordre physique (troubles de la circulation, auto-intoxication, etc.).

Traitement. — Le traitement des psychoses de la vieillesse est soumis aux principes généraux de la thérapeutique des maladies mentales. Nous ne nous y arrêterons donc pas, si ce n'est pour faire observer que l'importance que jouent dans ces cas les symptômes somatiques doit mettre sur la voie d'indications spéciales qui varient selon les individus et dont il y a lieu de tenir compte.

IV

Des psychoses dans la vieillesse. — Le nombre est grand des aliénés qui arrivent à l'âge de la vieillesse après une longue existence passée dans la folie ; ils forment un contingent assez élevé de nos Asiles. Généralement, tous ces vieillards sont classés parmi les déments ; c'est là, à notre avis, une erreur : l'observation clinique prouve que ces vieux aliénés, à côté de leur délire systématisé, stéréotypé, conservent leur intelligence, s'intéressent à leurs affaires, à ce qui se passe autour d'eux et même au dehors, lisent les journaux, ont la mémoire exacte et précise des faits anciens ou récents ; ils ne sont atteints ni de démence vésanique ni de démence sénile ; ce sont des aliénés chroniques, arrivés à l'âge de la vieillesse et présentant tous les caractères de cette phase de la vie.

Ce que nous venons de dire se rapporte exclusivement aux psychoses ; il ne saurait être question de conservation de l'intelligence, de la mémoire, etc., chez des individus atteints d'une lésion organique, en foyer ou autre. Ce sont donc les diverses psychoses que nous allons passer en revue, pour faire ressortir que la démence n'est pas leur terminaison naturelle, même à l'âge de la vieillesse.

Il y a un grand nombre de *maniaques* qui, arrivés à la chronicité, s'éternisent dans cet état sans tomber dans la démence proprement dite, dans cette déchéance de toutes les facultés. Leurs idées délirantes ne se modifient pas, ils s'agitent fréquemment, mais ils arrivent à un âge très avancé sans présenter ces symptômes que manifestent des aliénés souvent très jeunes, appelés pour cette raison des *déments précoces*.

que beaucoup plus tard aux atteintes du même mal. (Cullerre. *Traité pratique des maladies mentales*, p. 135. Paris, 1890.)

Ce que nous disons là est vrai surtout de la manie rémittente et encore plus de la manie intermittente. Les maniaques intermittents qui, à des intervalles plus ou moins éloignés, plus ou moins réguliers, ont des accès, souvent d'une grande violence, n'en présentent pas moins, pendant les intermissions, la plus grande lucidité d'esprit, et cela non seulement à l'âge mûr mais même à l'époque de la vieillesse. La plupart des accès de manie des vieillards ne sont, en effet, que la répétition d'accès antérieurs ; et le mot *répétition* est ici doublement exact, car ces accès ressemblent presque toujours aux précédents, il n'y a guère de différence que quand à la durée, mais ils guérissent comme eux et n'entraînent que rarement après eux la démence.

Ce que nous venons de dire de la manie s'applique à plus juste titre encore à la *mélancolie*. Les mélancoliques chroniques, qui devenus vieux ne sont pas pour cela des déments, sont plus nombreux que les maniaques. Ils se rapprochent, à ce point de vue, des délirants partiels ou délirants systématisés. De même que chez ces derniers, leur délire a souvent beau être très actif, de très longue durée, il n'entame pas l'intégrité de leur intelligence au point qu'on soit autorisé à les ranger dans la catégorie des déments.

La mélancolie intermittente mérite une étude spéciale. Qu'elle soit simple ou anxieuse, cette dernière forme est la plus fréquente, elle se manifeste à l'époque de la vieillesse avec les mêmes symptômes que dans les accès qui ont précédé ceux qui ont fait explosion à l'âge de la virilité. Comme eux aussi, elle guérit de nouveau, ne laissant après elle que très rarement cette diminution intellectuelle qui caractérise les déments.

La *folie à double forme* est un exemple très frappant de ce que nous avançons. On s'imaginerait *a priori* qu'une existence passée dans une succession presque constante de périodes d'agitation et de périodes de dépression doive amener de profondes perturbations dans le domaine cérébral, détruire l'intégrité des facultés mentales. Il n'en est rien cependant ; les faits le prouveut.

Délire de persécution. — Dans la remarquable discussion sur le délire chronique qui a occupé presque toutes les séances de la Société médico-psychologique, en 1887 et 1888, on a vu les partisans de cette forme délirante soutenir avec ardeur que la démence en constituait la phase ultime, phase inévitable et toujours fatale. Cette opinion a trouvé de nombreux contradicteurs, auxquels l'examen impartial des faits cliniques semble donner absolument raison. Leur argumentation se trouve résumée dans notre article *Délire de persécution* et nous croyons encore que « la *démence*, ce mode de terminaison de la folie, est aussi rare dans le délire de persécution que dans la folie à double forme ».

Nous aurions dû ajouter que les persécutés devenus déments, ne le deviennent pas d'ordinaire par l'évolution fatale de leur maladie, mais bien plutôt à la suite d'un ictus cérébral, comme nous avons eu l'occasion d'en voir plusieurs exemples. Ces individus qui, jusqu'à un âge très avancé, avaient conservé leur intelligence et montré dans leur délire une grande cohésion, n'ont commencé à déchoir intellectuellement qu'après une attaque d'apoplexie (hémorrhagie ou ramollissement du cerveau) ; mais alors on ne saurait pas les assimiler à des déments vésaniques, mais à des déments organiques.

Nous en avons assez dit, croyons-nous, sur cette importante question de la folie dans la vieillesse, pour en montrer toute l'importance. L'étude de l'aliéné-vieillard complète, en effet, celle du vieillard-aliéné, et il y a là un sujet de recherches qui est loin d'être épuisé.

V

Médecine légale. — Les psychoses de la vieillesse, comme celles des autres âges de la vie, soulèvent de nombreux problèmes de médecine légale, qu'il ne nous appartient pas de résoudre ici, mais qu'il est de notre devoir d'indiquer, ne serait-ce que sommairement.

En ce qui concerne la *responsabilité*, on a vu par notre exposé clinique que le vieillard, devenu aliéné, pouvait se livrer à des actes multiples, délictueux ou même criminels, tels que tentatives d'homicide, homicides, vols, outrages publics à la pudeur (exhibitionnisme), etc. La tâche du médecin expert, quoique simple, est souvent assez délicate. Qu'il nous suffise de dire que chaque cas particulier devra être étudié spécialement et avec soin, que l'observation clinique de l'inculpé peut seule mettre sur la voie d'un diagnostic médico-légal et fournir des indications précises sur les conditions pathologiques dans lesquelles l'acte délictueux ou criminel a été commis.

Plus fréquents sont les faits de psychoses de la vieillesse où la *capacité civile* peut être mise en doute et où le médecin est alors appelé à donner son appréciation sur l'état mental des individus présumés aliénés et incapables. Trois cas peuvent alors se présenter : l'interdiction, l'opposition au mariage et, enfin, la validité d'un testament.

« La vieillesse n'est pas une cause d'interdiction », dit Legrand du Saulle ; mais la folie sénile peut la nécessiter. Toutefois, comme il arrive souvent que les héritiers éventuels du vieillard, même aliéné, reculent devant les nombreuses formalités d'une procédure compliquée, il y a des jurisconsultes, Demolombe entre autres, qui conseillent aux parents de l'incapable de s'entendre entre eux et d'administrer sa fortune à titre de gérants d'affaires; mais il avoue lui-même que la doctrine qu'il propose présente d'inévitables dangers dans le cas où l'administration des biens devra être confiée à des collatéraux.

Si le médecin est consulté sur la nécessité d'interdire un vieillard aliéné, il devra envisager si le malade est curable ou incurable, enfin, si son affection est mortelle. Ses conseils différeront suivant que sa conviction sera faite sur l'une ou l'autre de ces trois éventualités.

On sait combien sont fréquentes les tendances érotiques chez le vieillard, et ce qu'on a appelé la *gaménomanie* n'est pas rare chez lui. Cette sorte de monomanie du mariage peut être aisément exploitée chez un individu à volonté affaiblie; l'opposition à l'accomplissement de ses désirs s'impose alors, surtout s'il est possible de démontrer que le futur conjoint est en *démence,* selon l'expression du Code; en état d'aliénation mentale, dirons-nous en employant un langage plus scientifique.

Enfin, le vieillard est décédé; mais il laisse après lui des dispositions testamentaires, qui peuvent être entachées de folie et ont parfois pour but de léser ses héritiers naturels, qu'il a pris en antipathie sous l'influence de ses idées délirantes. Le rôle du médecin consulté sur de pareils cas ne consiste pas à démontrer cliniquement que le testateur était ou non dans un état d'aliénation mentale au moment où il a fait cet acte. Dans son expertise, le testament lui-même devra être étudié comme un des documents importants pouvant éclairer l'observation clinique du testateur: mais il faudra faire appel à d'autres données fournies par une étude rétrospective de l'existence normale et pathologique de celui dont le dernier acte est soumis à l'examen médical.

Cette rapide énumération suffit pour démontrer la complexité des questions qui peuvent être soumises à l'appréciation des médecins-experts lorsqu'il s'agit des psychoses de la vieillesse.

TRAVAUX ORIGINAUX

De quelques symptômes consécutifs à l'intoxication aiguë par l'oxyde de carbone, par M. Trénel, médecin adjoint des asiles.

(*Fin.*)

Dans un cas d'empoisonnement par le gaz d'éclairage, Marthen a noté aussi tout un ensemble de symptômes spasmodiques (1).

Le malade, âgé de 33 ans, est dans le coma, la peau couverte de plaques rouges, les lèvres cyanosées. Les pupilles dilatées réagissent. Les yeux sont animés de mouvements rapides, les paupières spasmodiquement fermées; il y a de la conjonctivite et du larmoiement. Le bras droit résiste aux mouvements passifs et retombe lourdement; les bras sont croisés, les doigts demi-fléchis. De temps à autre, éclatent de vives convulsions musculaires consistant en secousses cloniques des rotateurs de l'avant-bras. De temps à autre, les deux bras se mettent durant deux secondes en état de rigidité tonique. Les membres inférieurs sont tenus en demi-flexion. Les réflexes rotuliens sont un peu exagérés, les réflexes plantaires faibles, les réflexes abdominal et crémastérien manquent. Trismus. Rétention d'urine; la vessie se vide par simple pression. Le lendemain, les secousses avaient disparu. Guérison en sept jours. (A propos de ce cas, Marthen note qu'il a toujours rencontré de l'élévation de la température, dans ses trois observations.)

Hesse (2) avait aussi enregistré des faits analogues; un de ses malades mourut neuf heures après l'intoxication, quoiqu'il eût repris connaissance, au milieu d'attaques convulsives subintrantes. Le pouls était de 144 à 170. La température présenta de larges oscillations. Il y eut des troubles trophiques.

Voss (3) a observé un cas mortel d'intoxication accidentelle remarquable par des phénomènes tétaniques. Le malade était dans le coma. Les pupilles étaient dilatées, il existait du nystagmus, tous les muscles étaient dans un état de contraction tétanique. Le malade ayant été placé dans un lit chauffé, la respiration artificielle ayant été pratiquée, les contractures disparaissent. De nouveaux accès éclatent bientôt et le malade meurt avec des symptômes d'œdème pulmonaire. On ne trouva comme lésions que de la congestion cérébrale. Il faut noter que la malade avait présenté récemment des accidents gastro-intestinaux consécutifs à une fièvre typhoïde antérieure. Les plaques de Peyer étaient boursouflées. Il n'y eut pas d'examen microscopique.

Dans l'observation II de Huber (4), le malade, un homme de 51 ans resta sans connaissance quelques heures, au bout desquelles il ouvrit les yeux; le réflexe cornéen existait, les pupilles réagissaient mal, les mains étaient

(1) *Loco citato.*
(2) Hesse, *Preussische Vereinszeitung*, 1859, 35.
(3) Voss, *Deut. med. Woch.*, n° 40, p. 891, 1892. Tétanie consécutive à l'intoxication oxy-carbonée.
(4) Huber, *Zeitsch. f. klin. med.*, 1889, p. 474.

fléchies, difficiles à relever et revenaient à leur position vicieuse. Le pouls était imperceptible, la respiration accélérée; miction par regorgement; albumine et indican dans l'urine. La contracture disparut en peu de jours et le malade sortit guéri.

Dans le cas de Guillé (1), nous rencontrons encore des phénomènes du même genre. Une femme de 59 ans est trouvée dans le coma, les mâchoires sont serrées, l'avant-bras est contracturé, les membres inférieurs sont souples. Le pouls est incomptable; les pupilles sont dilatées; les symptômes s'amendèrent en quelques heures et bientôt la malade se rétablit. Son mari, un homme de 60 ans, avait les membres fortement contracturés et un trismus tel que l'on ne put rien lui faire avaler. Les jours suivants, il présenta des mouvements désordonnés (?) à l'occasion d'une application de pointes de feu. La raideur diminua peu à peu. Mort le troisième jour sans être sorti du coma.

Fallot (2) a observé chez une malade, le lendemain de l'intoxication, un léger degré de contracture du bras droit et de la parésie des membres inférieurs. Il y avait en outre une amnésie rétrograde remontant à trois jours.

Les réflexes tendineux paraissent être exagérés le plus souvent; mais cela est très variable. Dans l'observation de notre collègue Leroy, il y a abolition persistante des réflexes rotuliens. Dans la nôtre, l'exagération des réflexes tendineux constatée pendant les premiers jours disparut assez rapidement; ce n'est d'ailleurs pas toujours l'indice d'une lésion définitive : en effet, ce phénomène, accompagné de tremblement épileptoïde, fut constaté par Duponchel chez son malade hystérique et uniquement du côté contracturé. Citons à ce propos quelques cas certains d'hystérie où les phénomènes spasmodiques et convulsifs furent des plus marqués et parfois comparables à ce qui fut observé dans certains des cas analysés plus haut, où l'hystérie ne paraît pas devoir être mise en cause.

L'une des observations de Leudet (3) a trait à un malade qui présenta des mouvements choréiformes du bras droit. L'anesthésie généralisée incomplète, la cessation passagère des mouvements permettent de croire à une origine hystérique.

Dans le cas classique de Duponchel (4) les contractures à forme hémiplégique qui succédèrent à une parésie du même côté sont bien de nature hystérique. Il existait de ce côté une hémianesthésie totale qui s'atténua progressivement; les réflexes étaient exagérés, il y avait du tremblement épileptoïde de ce côté, comme on l'a vu il y a un instant.

L'observation d'Itzigsohn (5) est, comme le dit Schwerin, un cas bien probable d'hystérie consécutive à l'intoxication. Une des malades eut une attaque épileptiforme. Au bout de quelques heures elle revint complètement à elle. Les attaques se répétèrent, identiques, le jour correspondant à la même heure pendant quatre semaines.

Le rôle de l'hystérie est des plus évidents aussi dans le cas d'astasie abasie trépidante observé en 1889 par Charcot. L'astasie débuta quelques jours après l'intoxication sous l'influence des préoccupations du malade qui craignait de rester impotent. Le symptôme très comparable à celui-ci, présenté par notre malade (obs. I), a été indiqué plus haut.

Rappelons enfin l'hyperexcitabilité musculaire parfois bien plus intense que dans notre cas et se caractérisant par de véritables accès tétaniques (Becker, Barthélemy et Magnan, Voss) et la coexistence de tremblements fibrillaires.

On a parfois à se demander si les phénomènes convulsifs ne seraient pas d'origine urémique ; du moins, la présence d'albumine a été maintes fois constatée, mais en règle cette albuminurie est transitoire, comme d'ailleurs la glycosurie observée dans les mêmes circonstances, et très inconstante.

Si nous résumons les données des observations précédentes, on voit que les phénomènes moteurs à l'étude desquels nous nous sommes attachés sont très variés, on a noté : l'hyperexcitabilité musculaire, les secousses fibrillaires plus ou moins passagères, le trismus, les accidents tétaniformes généralisés, les symptômes les plus marqués de sclérose en plaques (nystagmus, tremblement intentionnel, exagération des réflexes, rigidité des muscles, scansion de la parole), les contractures localisées à forme mono ou hémiplégiques. Il est donc difficile de donner une description clinique univoque de ces accidents tantôt permanents, tantôt transitoires, tantôt mortels, tantôt bénins. Il y a à distinguer des formes paralytiques, des formes spasmodiques, des cas présentant un ensemble de phénomènes cérébraux, d'autres, où les phénomènes médullaires prédominent, d'autres enfin où des *symptômes bulbaires* souvent graves et même rapidement mortels dominent la scène. On voit, en effet, simultanément, des symptômes qu'on peut rapporter à cette origine, l'accélération du pouls, la glycosurie, etc.; de plus, dans quelques cas, la façon foudroyante dont se produit la mort vient à l'appui de cette hypothèse. Sédillot (1) l'admettait; Artigalas (2) emploie à ce sujet le terme de « surprise bulbaire ».

Les phénomènes convulsifs peuvent être très précoces comme le prouve une observation bien ancienne de Bourdon (3), mais ne sont alors vraisemblablement qu'un symptôme banal d'asphyxie. Une femme de 30 ans, ayant l'habitude de faire brûler un réchaud dans sa chambre, s'exposait fréquemment à l'intoxication et avait eu depuis quelque temps des étourdissements. Un jour, elle tombe évanouie sur ce réchaud et n'est sauvée que grâce à ce fait qu'on ouvrit par hasard la porte. En ce moment sa chevelure s'enflammait, elle venait évidemment de perdre à peine connaissance. La malade présentait de fortes convulsions généralisées; comme autre symptôme elle eut une monoplégie brachiale qui guérit; une surdité qu'elle présentait auparavant resta bien plus accentuée.

Jusqu'ici l'*anatomie pathologique* n'a expliqué qu'incomplètement tous ces faits (pour ne parler que du système nerveux). Elle a montré dans un certain nombre de cas des lésions localisées qui peuvent ne donner lieu à aucun symptôme. Ce sont des ramollissements occupant soit l'écorce, soit les noyaux centraux. Pœlchen (4) insiste sur la localisation aux deux segments internes du noyau lenticulaire ; cette lésion est fréquemment symétrique, le ramollissement est consécutif à la dégénération graisseuse de la tunique interne et moyenne des artères. Klebs (5) l'a observée aussi, il note en outre une vaso-dilatation telle que les artères deviennent flexueuses (dans les méninges, par exemple). Il a déterminé expérimentalement chez le chien une hémorrhagie du corps strié droit et des anévrysmes disséquants des petites

(1) GUILLÉ, *Annales d'hygiène et de méd. légale*, T. 29, 1893, p. 364. Empoisonnement par le gaz d'éclairage.
(2) FALLOT, *Annales d'hygiène et de médecine légale*, mars 1892.
(3) LEUDET, *Arch. gén. de méd.*, 1885.
(4) DUPONCHEL, *Gaz. heb.*, 1891.
(5) ITZIGSOHN, *Virchow's Archiv*. T. 14.

(1) SÉDILLOT, Mort subite par inspiration de gaz d'éclairage (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 5 mars 1842).
(2) ARTIGALAS, Asphyxie toxique (Thèse d'agrégation, Paris, 1883). — LAMIC, Thèse 1891. Bordeaux.
(3) BOURDON, Thèse, 1843. Obs. 2. Paris.
(4) et (5) *Loco citato*.

artères (1). Cramer a vu leur dégénération vitreuse (voir plus haut). Mais en somme les cas analogues sont rares. Poelchen en cite douze, nous en retrouvons un dans la thèse de Bourdon (1843). M. Laborde en rapportait un autre. M. Brouardel, observant des thromboses des nerfs périphériques, suppose l'existence de thromboses cérébrales. Becker (2), comme on l'a vu, admet les lésions vasculaires, en s'appuyant sur la constatation d'un exsudat rétinien.

Nous avons déjà parlé de cas de démence consécutive à l'intoxication. Dans l'observation unique jusqu'ici de Cramer que nous rappelions plus haut, la constatation de lésions diffuses explique ce symptôme et justifie l'erreur des auteurs (3) qui parlaient dans ces cas de paralysie générale (Ferrus, Musso). Cramer a trouvé, nous l'avons vu, une atrophie considérable des fibres tangentielles et supraradiées chez une femme saine d'esprit avant l'empoisonnement.

Nous ne reviendrons pas sur les lésions musculaires.

Enfin, pour la moelle, Rokitansky (4) a noté des lésions de poliomyélite. La moelle présentait des points apoplectiformes et des foyers de ramollissement gris rougeâtre.

Une conclusion ferme est difficile à tirer de l'étude de notre cas et des cas qui s'en rapprochent à titres divers; si dans nombre de faits l'existence de lésions définitives des centres est indéniable, dans d'autres on se trouve fort embarrassé pour expliquer la pathogénie des accidents. Dans notre observation personnelle où les phénomènes moteurs furent si intenses, nous sommes vraisemblablement en présence de symptômes hystériques. Il existe du reste, nous l'avons vu, un nombre respectable d'observations où les symptômes hystériques étaient plus marqués, indiscutables. C'est d'ailleurs cette pathogénie qu'invoque M. Boulloche (5) pour expliquer certaines paralysies causées par l'oxyde de carbone, et de même que cet auteur, nous devons considérer cette intoxication tantôt comme cause directe des symptômes morbides, tantôt comme agent provocateur de l'hystérie. Les mêmes difficultés se rencontrent dans l'appréciation des troubles consécutifs à maintes intoxications (sulfure de carbone, plomb, mercure, etc.), dans lesquels aujourd'hui l'hystérie explique nombre de phénomènes longtemps restés obscurs. Il est à désirer, comme le dit l'auteur que nous citions à l'instant, que la recherche des stigmates hystériques soit faite avec la plus grande rigueur, ce qui n'a pas toujours eu lieu jusqu'ici malgré l'importance que ces stigmates peuvent avoir pour le pronostic ainsi qu'au point de vue médico-légal.

Les *problèmes médico-légaux* que le médecin peut avoir à résoudre dans l'empoisonnement qui nous occupe, sont, en effet, parfois des plus ardus; nous citerons comme exemple le fait rapporté par de Beauvais. Il a vu à Mazas un individu prévenu d'avoir empoisonné sa maîtresse au moyen de l'oxyde de carbone, et qui avait une amnésie complète. Plus tard les souvenirs revinrent, et ayant donné des explications, il fut remis en liberté.

Dans un travail récent (6), Brouardel, Ogier et Descouts ont pu rétrospectivement attribuer à l'oxyde de carbone la mort d'un individu, mort qu'on avait attribuée à un crime. La femme de cet homme avait été condamnée et ce n'est qu'à la suite d'une enquête faite au sujet de nouveaux accidents survenus dans les mêmes locaux et qu'on sut alors attribuer à leur véritable cause, que l'innocence de la condamnée fut reconnue. Cette femme avait présenté une amnésie qui ne contribua pas peu à sa condamnation, ainsi qu'un état d'hébétude que l'on attribua à l'ivresse. Cet état comparable à l'ivresse a été souvent observé, c'est là du moins une expression souvent employée dans les descriptions, nous l'avons vérifié tout récemment : un homme va voir sa maîtresse quelques instants après qu'elle eut fait une tentative de suicide par le charbon; il avait cru au premier abord, nous dit-il, qu'elle était ivre, quoique le contraire fût certain; la parole était embarrassée, la malade bredouillait, paraissait tout hébétée; elle n'offrait aucun symptôme moteur. A son entrée dans le service de M. Magnan, à l'asile Sainte-Anne, la malade ne présentait que de la dépression mélancolique et des hallucinations de l'ouïe qui existaient avant son suicide.

Ces faits se passent de commentaires. Mais il est des accidents non moins importants à tout point de vue. Ce sont les accidents tardifs. Becker, pour ne citer que lui, admet la possibilité des troubles nerveux graves les plus variés apparaissant longtemps après l'intoxication et insiste sur l'importance de ces faits en médecine légale. Citons deux observations à l'appui.

Poelchen (1) a vu ainsi survenir des accidents mortels. La malade, après être restée trois jours sans connaissance, se rétablit suffisamment pour reprendre son travail au bout de huit jours; il persistait un léger embarras de la parole. *Vingt-six jours après l'intoxication* les mouvements deviennent lourds, puis il s'établit une rigidité qui augmente peu à peu pour disparaître ensuite. La malade devient apathique, ne parle plus; elle tombe dans la somnolence, puis dans le coma avec paralysie de la vessie et du rectum. A l'autopsie on constata la dégénérescence graisseuse de l'endothelium des artères, des infiltrations sanguines entre l'intime et l'adventice produisant des oblitérations vasculaires, d'où un foyer de ramollissement dans les corps optostriés des deux côtés.

Thomsen (2) a observé un homme de 64 ans, qui après une intoxication oxycarbonée resta vingt-quatre heures sans connaissance. Après une courte période d'excitation il se rétablit, mais resta fatigué et se plaignant de céphalalgie. *Quatorze jours plus tard* l'excitation reparaît, et le malade tombe dans la démence; la parole est lente, la force musculaire affaiblie, la marche chancelante, les réflexes sont exagérés. L'auteur attribue les symptômes moteurs à de la dégénérescence musculaire disséminée.

Ces exemples pourraient être facilement multipliés, mais il n'en est pas de plus typiques que ceux-ci, où le rétablissement de la santé parut presque complet pendant plusieurs semaines. Ils démontrent qu'il faut, même après la disparition des accidents immédiats, une certaine prudence dans le pronostic de l'intoxication oxycarbonée. D'autre part, dans l'appréciation des accidents consécutifs, au point de vue légal, on doit songer aux causes prédisposantes (hystérie, affections cérébrales antérieures, etc.), qui peuvent dans certains cas diminuer les responsabilités civiles des auteurs d'intoxications accidentelles (3).

(1) KLEBS, *loc. citato*, p. 503.
(2) *Bulletin de l'Académie de Médec.*, 1889.
(3) HILLAIRET et GAUCHER. Asphyxie par CO suivie d'accidents cérébraux évoluant à la façon d'une paralysie générale.
(4) ROKITANSKY, *Wien. med. Presse*, 1889, 52 (D'après la thèse de Bruneau).
(5 BOULLOCHE, *Arch. de neurol.*, 1891. Cet article contient tous les détails et la bibliographie sur les névrites qui ont été complètement passées sous silence ici.
(6) BROUARDEL et OGIER, *Ann. d'hygiène*, 1894, t. Ier, p. 376, 459.

(1) POELCHEN, *Berl. klin. Woch.*, n° 26, 1882.
(2) THOMSEN, *Berl. klin. Woch.*, 1888, n° 32, p. 675, Société des médecins de la Charité. — LITTEN, *Berl. k. W.* 1888, Congrès de médecine interne.
(3) Voir à ce point de vue la thèse de VIALETTES parue ces jours derniers: Accidents consécutifs à l'empoisonnement par l'oxyde de carbone au point de vue médico-légal, juin 1895, Paris.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Diagnostic des lésions de la moelle lombaire, de la queue de cheval et du cône terminal (The diagnosis of lesions of the lumbar cord, canda equina, and conus medullaris), par Peterson (*The New-York medical Journal*, 11 mai 1895, p. 577). — Les centres d'innervation motrice, sensitive et reflexe sont disposés, dans la moelle lombo sacrée, d'une façon segmentaire. Les lésions des racines qui en partent, donnent naissance aux mêmes symptômes que les lésions du segment lui-même. Les lésions destructives de la quatrième et de la cinquième paires sacrées entraînent l'anesthésie du périnée, de la face postérieure du pénis, du scrotum, du rectum et du vagin. La cinquième sacrée préside à la sensibilité des fesses et de la partie postérieure des cuisses. Le centre du phénomène du genou est dans le segment correspondant à la troisième racine lombaire; le phénomène du pied dans le cinquième segment. Une lésion au niveau de la troisième lombaire peut déterminer la disparition du reflexe patellaire alors qu'il y a du clonus du pied. La vessie et le rectum au quatrième et au cinquième segments sacrés. L'auteur n'admet pas comme la plupart des neurologistes que les lésions limitées au seul cône médullaire puissent déterminer la paralysie complète de la vessie et du rectum. Il trouve que les observations rapportées par Oppenheim et Lochmann ne sont pas convaincantes et ne constituent pas des cas de lésions pures du cône médullaire. Il semble que la compression de la queue de cheval s'exerce plutôt sur sa partie médiane que sur ses parties latérales et plus sur les racines inférieures que sur celles qui émergent au-dessus de ces dernières. Dans un cas d'hémorrhagie ou de compression de la queue de cheval, les racines supérieures peuvent reprendre leurs fonctions, tandis que celles situées au-dessous restent toujours altérées. Quand le traumatisme siège au niveau de la première vertèbre lombaire, il faut toujours penser à une lésion de la queue de cheval. Les néoplasmes de cette région sont plus fréquents que les hémorrhagies et se distinguent par leur marche lente et progressive par des troubles de la sensibilité spéciale, par les douleurs irradiées aux membres inférieurs et quelquefois on constate de l'hyperesthésie dans la région lombo-sacrée. Dans les lésions pures de la queue de cheval, les réflexes tendineux sont toujours absents. La coexistence d'une paralysie complète de la vessie et du rectum dénote une lésion de la portie inférieure de la moelle épinière. La rétention d'urine avec incontinence par regorgement n'est pas un phénomène fréquent dans les lésions de la queue de cheval. Les affections du plexus lombo-sacré et l'ataxie locomotrice peuvent simuler une compression de la queue de cheval : mais dans la plupart des cas, le diagnostic est facile à faire.

Atrophie musculaire et névrite périphérique consécutives à la fièvre typhoïde (Muscular atrophy and peripheral nervechanges following typhoïd fever), par J. Lloyd (*University medical magazine*, mars 1895, n° 6). — Un malade âgé de trente ans, atteint d'une fièvre typhoïde grave avec hyperthermie considérable, allait entrer en convalescence lorsqu'une rechute est survenue. Celle-ci terminée, le malade de nouveau convalescent commença à souffrir de douleurs dans les jambes avec des contractures en même temps de la paralysie. Vers le quatrième mois après le début de la maladie, le genou droit était tuméfié et la jambe œdémateuse. On n'a pas trouvé de signes de phlébite.

L'articulation prise n'était ni rouge, ni chaude; elle n'était douloureuse que pendant les mouvements. Au moment de l'examen, on trouve les genoux contracturés, l'extension est douloureuse: les muscles péroniers des deux côtés étaient très atrophiés; le triceps sural l'était moins; le quadriceps femoral était aussi atrophié. On remarqua en outre une paralysie incomplète de l'extension des orteils. Les éminences thénar et hypothénar et les muscles interosseux sont évidemment atrophiés. Les réflexes patellaires diminués surtout à droite; la sensibilité intacte. Pas de mouvements fibrillaires, pas de scoliose. La réaction de dégénérescence partielle existe dans certains muscles atrophiés. L'auteur considère ce cas comme un cas de névrite dû à la fièvre typhoïde et qui ressemble aux cas décrits en 1876 par J. Paget. Au point de vue de l'aspect général, il rappelle par certains caractères le type décrit par Tooth, Charcot et Marie, cependant ici l'hérédité manque, aucun membre de sa famille n'a eu de maladie analogue. Il est possible que dans ce cas, non seulement les nerfs, mais encore les muscles soient affectés et l'on connaît effectivement l'action qu'exerce le poison typhoïdique sur la nutrition des muscles volontaires.

Intoxication avec le trional (Ein Fall von chronischer Trionalvergiftung), par Reinicke (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, 28 mars 1895, n° 13, p. 211). — Il y a dans la littérature trois cas connus d'intoxication chronique par le trional (L. Schultze, Herting, Hecker); deux de ces cas se sont terminés par la mort. L'observation rapportée par l'auteur se distingue des autres parce qu'il a pris toutes les précautions recommandées pour éviter les accidents. Voici l'observation résumée brièvement. Femme âgée de vingt-six ans atteinte de délire hallucinatoire et présentant une insomnie rebelle, a pris du trional du 15 octobre 1894 jusqu'au 29 janvier 1895 avec quelques interruptions. Le 30 janvier, elle se plaint de céphalalgie, de vertiges, de douleurs épigastriques. La température était de 38°5. L'urine microscopiquement ne présentait rien d'anormal. Le lendemain, son état s'aggrava et elle présentait en plus de la rétention d'urine. Le 1er février, émission de deux cent cinquante centimètres cubes d'urine noirâtre, très dense et très sédimenteuse. L'examen de l'urine montre l'existence d'une certaine quantité d'albumine et au microscope on trouva des globules rouges et blancs et de nombreux cylindres hyalins et granuleux. L'auteur ne peut pas dire à quel produit de décomposition sont dues les altérations de l'urine d'autant plus que Quincke semble avoir prouvé que la coloration particulière de l'urine dans le cas d'intoxication par le trional n'est pas due à l'hématoporphyrine.

MÉDECINE

Angine de poitrine, goutte et diabète (Angina pectoris neben Arthritis uratica und Diabetes mellitus), par Ebstein (*Berlin. klin. Wochenschr.*, nos 23, 24 et 25). — L'auteur rapporte deux observations de goutte avec glycosurie compliquée d angine de poitrine.

Dans le premier cas il s'agit d'un homme de cinquante-neuf ans que l'auteur vit pour la première fois, il y a douze ans. A ce moment le malade, qui avait toutes les apparences d'une bonne santé, était venu consulter pour des douleurs, que l'auteur reconnut être des attaques de goutte, diagnostic confirmé du reste plus tard par l'apparition des tophus au niveau des oreilles.

Lorsque le malade fut revu au bout de douze ans, l'examen montra l'existence d'un diabète avec accès d'angine de poitrine dont les premières attaques ont coïncidé avec l'apparition de la glycosurie. La glycosurie du reste n'était pas survenue brusquement, mais avait remplacé le diabète insipide dont l'apparition était attribuée par le malade à un refroidissement. A ce moment la goutte avait entièrement disparu.

L'examen du cœur, pour ce qui est de l'angine de poitrine, donna des résultats négatifs. Mais comme le malade présentait en même temps une paralysie de la corde vocale gauche et des attaques d'apoplexie pulmonaire, l'auteur admit l'existence dans ce cas d'un anévrysme de l'aorte qui, d'après lui, tiendrait sous sa dépendance les accès d'angine de poitrine. L'autopsie du malade, qui a succombé quelques semaines après son entrée à l'hôpital, n'a pas été faite.

Dans la seconde observation il s'agit d'un homme d'une famille de goutteux, qui, à l'âge de trente-trois ans, est pris de diabète, puis quelque temps après d'accès d'angine de poitrine. La glycosurie, d'abord purement diabétique, se transforma au bout de plusieurs années en une glycosurie intermittente avec albuminurie, cylindrurie et acétonurie. Pendant quelques années cet état est resté stationnaire, puis un jour le malade fut pris d'une attaque de goutte au niveau des articulations des pieds, puis de gangrène superficielle, en plaque, des téguments des pieds.

En publiant ces deux observations l'auteur insiste sur la coexistence de la goutte et du diabète et sur l'apparition des accès d'angine de poitrine avec l'établissement de la glyco-

surie. Sans nier la possibilité d'une lésion organique du cœur, même dans le second cas, l'auteur admet plutôt l'origine fonctionnelle et, peut-être, vasculaire de l'angine de poitrine chez ses deux malades.

Infection par le bacille typhique pendant la vie intra-utérine (Ueber intra-uterine Infection mit Typhus abdominalis) (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1895, n° 25, p. 537). — Il s'agit d'une femme de vingt-trois ans qui, au cinquième mois de sa grossesse, est prise d'une fièvre typhoïde typique. La fièvre typhoïde évolue d'une façon normale, puis au vingt-troisième jour pendant la période de défervescence, la malade accouche d'un garçon qui succombe au bout de queques minutes.

L'examen bactériologique du fœtus, qui a consisté en l'ensemencement du suc de la rate et du sang pris au cœur, a montré la présence des bacilles de la fièvre typhoïde dont le vrai caractère et les différences avec le coli-bacille ont été établis par les procédés de culture et par l'expérimentation sur des animaux. Les mêmes bacilles se trouvaient dans le placenta.

Les viscères du fœtus, à part la rate qui était hypertrophiée et molle, étaient normaux; l'intestin notamment ne présentait pas la moindre trace de lésions classiques, fait que l'auteur explique par l'inactivité de l'intestin à cette époque de la vie, et par les caractères de septicémie hématique que les infections intra-utérines, même à bacilles spécifiques, revêtent chez les fœtus.

Anatomie pathologique du choléra (Ein Beitrag zur pathologischen Anatomie des Flecktyphus und Choléra), par Szwacjer (*Prag. med. Woch.*, 1895, n°s 20 et 21). — Les recherches faites par l'auteur aboutissent aux conclusions suivantes :

1° L'état visqueux des séreuses, considéré jusqu'à présent comme caractéristique du choléra, ne constitue pas une marque spéciale de cette affection.

2° L'état visqueux des séreuses se rencontre dans toutes les affections caractérisées par un épaississement du sang produit soit par une déperdition, soit par un apport insuffisant de liquides.

3° Les toxines microbiennes interviennent également dans l'épaississement du sang.

Néphrite aiguë au cours de l'eczéma (Mehrere Falle von acuter Nephritis bei Ekzem), par Bruhns (*Berlin. klin. Woch.*, 1895, n° 28, p. 607). — L'auteur rapporte dans son travail sept cas d'eczéma avec néphrite, cette dernière survenue en dehors de tout traitement ou avec une médication à laquelle il était impossible d'attribuer l'affection rénale (diachylon, goudron, styrax). Il en conclut que dans certains cas, l'eczéma peut se compliquer spontanément de néphrite dont l'origine est pourtant difficile à préciser, l'origine infectieuse à travers la porte d'entrée ouverte par la lésion cutanée, ne paraissant pas démontrée. En tous les cas, il faut, d'après l'auteur, admettre pour ces cas une sorte de prédisposition à la néphrite, puisque cette dernière apparait dans l'eczéma souvent peu étendu et peut faire fréquemment défaut dans l'eczéma généralisé.

CHIRURGIE

Colpotomie postérieure dans l'ablation des annexes (Ueber Entfermung den Annexe und ihrer Neubildungen vom hinteren Scheidengewolbe aus), par Teploff (*Centralb. f. Gynækol.*, 1895, n° 25, p. 671). — D'après l'auteur, qui a réuni dans son travail 36 observations de colpotomie postérieure par affections néoplasiques ou inflammatoires des annexes, la voie vaginale postérieure est indiquée 1° dans les affections inflammatoires des trompes et des ovaires immobilisés dans l'espace de douglas ; 2° dans les kystes de ces organes, ne dépassant pas les dimensions d'une tête d'enfant ; 3° dans les productions inflammatoires et néoplasiques des annexes haut situées et mobiles, quand ces annexes peuvent être descendues dans le douglas postérieur, par la pression exercée à travers la paroi abdominale; 4° dans les tumeurs solides des annexes, quand ces tumeurs immobilisées dans le douglas postérieur présentent un diamètre qui ne dépasse pas la longueur de l'incision.

Dans tous ces cas, la colpotomie postérieure est plus avantageuse que la laparotomie, parce qu'elle constitue une opération plus simple, plus facile, ne laisse pas de cicatrice visible, ne provoque pas la formation des adhérences entre les anses intestinales, et guérit plus facilement.

Résultats de la cure radicale des hernies très volumineuses (Ueber die Resultate und die Ausführung der Radicaloperationen besonders grosser Unterleibshernien), par Kramer (*Arch. f. klin. Chir.*, 1895, vol. 50, p. 260). — Pour apprécier les résultats que la cure radicale donne dans les hernies très volumineuses (inguinales, crurales, ombilicales, épigastriques) l'auteur a réuni dans son travail 242 cas, ce qui, avec 6 cas personnels, forme un total de 248 hernies, que l'auteur divise en deux groupes, l'un comprenant les hernies dont les dimensions varient entre celles de deux poings d'adulte et celles d'une tête de fœtus, l'autre les hernies dont le volume variait entre celui d'une tête d'enfant et celui d'une tête d'adulte.

L'enquête faite sur le sort ultérieur de ces opérés a montré que sur 77 du premier groupe 37 n'avaient pas encore de récidive au bout de plus d'un an et que la récidive faisait également défaut chez 26 sur les 49 du second groupe.

La cure radicale, envisagée au point de vue de la récidive, donne donc des résultats en somme très satisfaisants dans les hernies très volumineuses. De plus dans les cas qui ont récidivé les malades ont pourtant retiré un bénéfice de l'opération en ce sens que la hernie était facilement contenue et que les troubles fonctionnels avaient disparu.

Sur les 242 opérés, il y a eu 24 morts dont 17 par infection de la plaie. Ces chiffres montrent que dans les hernies très volumineuses la cure radicale donne une mortalité élevée, d'autant plus élevée que la hernie est plus volumineuse.

Traitement chirurgical de la lithiase biliaire (Zur Frage der chirurgischen Behandlung der Gallensteinkrankung) par Loewenstein (*Berl. klin. Woch.*, 1895, n° 26, p. 563). — Après quelques considérations sur le traitement chirurgical de la cholélithiase et sur les divers procédés opératoires, l'auteur rapporte quatre observations de cholecystostomie en deux temps ayant amené trois guérisons complètes et une mort, douze jours après l'intervention. La mort d'après l'auteur était attribuable à l'inanition (?).

BIBLIOGRAPHIE

La tuberculose et son bacille, par L. Straus, professeur à la Faculté de médecine, avec 72 figures dont 62 en chromolithographie). Paris, Rueff, 1895.

« Ce livre est consacré à la tuberculose envisagée surtout comme maladie spécifique, infectieuse et parasitaire. » Si ces lignes avaient été écrites il y a trente ans, alors que nos anciens maîtres qui, n'ayant pu comprendre la grande portée de la découverte de Villemin, plaidaient si éloquemment, devant l'Académie de médecine, la vieille doctrine des diathèses et de l'immuabilité des lois de la pathologie générale, quels anathèmes elles auraient soulevés! Aussi, faut-il louer tout d'abord M. Straus d'avoir fait précéder l'étude si complète du bacille tuberculeux et de son action sur l'organisme de plusieurs chapitres consacrés à écrire l'histoire des premières recherches anatomiques, histologiques et pathogéniques antérieures à l'ère nouvelle. Cette étude historique est des plus curieuses. On la lit avec d'autant plus d'intérêt qu'elle est plus clairement exposée. Comme le dit si bien l'auteur, c'est faire acte de méthode, de discipline scientifique et d'équité que de suivre dans son développement historique une question qu'une expérimentation bien conduite et génialement interprétée a présentée au monde savant sous un jour tout nouveau.

Il faut méditer, pages par pages, cette magistrale introduction d'un livre excellent dans toutes ses parties. On y verra ce qu'il a fallu de ténacité, de conviction et d'ingéniosité pour faire prévaloir, contre les doctrines anciennes, celle

que l'on s'accorde aujourd'hui à reconnaître comme la plus simple, la plus logique et, par conséquent, la plus vraie.

Après avoir rappelé la découverte de Koch complétant celle de Villemin, M. Straus étudie le bacille de la tuberculose en prouvant, par cette étude, que tous les faits qu'il annonce, tous les résultats qu'il donne comme définitifs ont été longuement et sérieusement contrôlés par lui-même. Ses études personnelles ne sont pas seulement consignées dans ce qu'il dit des caractères différentiels entre la tuberculose humaine et la tuberculose aviaire, non plus que dans le chapitre consacré à montrer les curieux effets de l'inoculation des bacilles tuberculeux morts. Le professeur de pathologie expérimentale et comparée a tenu à montrer que s'il avait su adapter son enseignement officiel aux idées nouvelles et aux nécessités qu'elles imposent, il avait toujours aussi et partout cherché dans l'étude de la série animale et des expériences faites sur divers sujets les arguments les plus propres à éclairer les problèmes de la pathologie humaine. Citons à ce point de vue les chapitres relatifs à l'étude des lésions tuberculeuses chez les bovidés, chez le cheval, le porc, le mouton et la chèvre, etc., etc.

Les questions relatives à l'étiologie générale de la tuberculose empruntaient, elles aussi, aux recherches personnelles de l'auteur un intérêt particulier. M. Straus a défendu énergiquement contre la doctrine de l'hérédité celle de l'infection consécutive à la naissance. Il a montré quelles étaient les différentes causes d'infection et comment le bacille tuberculeux pouvait pénétrer dans l'organisme. Ce qu'il n'est point possible de nier cependant c'est la prédisposition à l'infection tuberculeuse; c'est la débilité organique initiale facilitant la reproduction dans l'organisme du germe venu du dehors; c'est donc, à défaut d'une infection fœtale qui n'est point prouvée, une adultération héréditaire des cellules et des humeurs rendant plus rapides et plus nocives les générations successives du microbe infectieux.

Signalons enfin l'étude de la tuberculine et des expériences si concluantes qui en démontrent la nature, les effets, l'inanité comme médicament curateur de la tuberculose; puis l'exposé des tentatives faites en vue de prévenir ou de guérir l'infection tuberculeuse par la sérumthérapie.

On le voit, par cette courte analyse, ce livre est le plus complet, le plus savant des ouvrages consacrés à l'étude expérimentale et biologique de la tuberculose. S'il n'est pas, au sens vrai du mot, un ouvrage clinique, puisqu'il ne traite ni la séméiologie ni l'évolution de la tuberculose, c'est un livre que tous les cliniciens devront lire dans toutes ses parties, consulter souvent, méditer longuement. Si nous avons tardé à en rendre compte, c'est que nous tenions à le connaître assez pour pouvoir, en toute sincérité, rendre un juste et légitime hommage au savant qui l'a écrit.

L. L.

VARIÉTÉS

Monument Alphonse Guérin.

Troisième liste de souscription.

Dr Reclus	50	francs.
Dr G. Rafinesque	50	—
Dr Régnier	40	—
Dr Jaques L. Reverdin (Genève)	40	—
Dr H. Tixier (Clermont-Ferrand)	30	—
Dr Collette (Dijon)	20	—
Dr E. Affre (Beaune)	20	—
Dr Hallopeau	20	—
Dr Barruel	20	—
Dr Maunoury	20	—
Dr Delotte	20	—
Dr Levavasseur	15	—
Dr Naudier	5	—

Appel en 1895 des dispensés de l'article 23. — Les hommes visés par l'article 23 de la loi du 15 juillet 1889, et appartenant à la classe 1891, doivent être convoqués par ordres d'appels individuels du 26 août au 22 septembre prochain. Par mesure exceptionnelle, la convocation pourra être reportée à une date quelconque de l'année où ces hommes doivent passer dans la réserve ou des années suivantes. Ils peuvent encore accomplir leur période d'appel par anticipation si la date du 26 août ci-dessus fixée est par trop préjudiciable à leurs études, et, pour les élèves ecclésiastiques, si cette date est postérieure à celle à laquelle ils seront ordonnés.

Des décisions spéciales prises par les généraux commandant les corps d'armée autorisent, pour chaque cas particulier, les devancements d'appel ou les ajournements. Sous réserve de ces mesures exceptionnelles, les étudiants en médecine et en pharmacie, ainsi que les élèves ecclésiastiques, appelés le mois prochain pour accomplir une période d'instruction de quatre semaines, seront répartis et instruits de la façon suivante :

Les étudiants en médecine sont convoqués dans les chefs-lieux de corps d'armée et reçoivent l'instruction nécessaire pour remplir les fonctions de médecine auxiliaire. Ils sont, de plus, utilisés dans les services ou suivent aux grandes manœuvres soit des corps de troupe, soit des ambulances. Les étudiants en pharmacie sont employés dans les hôpitaux pendant toute la période d'instruction. Les élèves ecclésiastiques sont convoqués dans les sections d'infirmiers militaires où ils sont instruits comme brancardiers; on leur apprend également la comptabilité des formations sanitaires en campagne.

La période terminée, le médecin directeur du service de santé de chaque corps d'armée établit un rapport détaillé sur les résultats obtenus et l'adresse au Ministre de la Guerre par la voie hiérarchique. En résumé, les jeunes gens en question remplissent en temps de paix les fonctions qui leur seraient confiées à la mobilisation et n'en sont détournés sous aucun prétexte. (*Le Temps*).

Association générale et syndicats. — Le 8 septembre 1892, sur la proposition de M. Codet (de Lamballe) l'association médicale des Côtes-du-Nord émit le vœu qu'un syndicat fut créé pour défendre les intérêts du corps médical du département. Une commission composée de MM. Bedel, Paul Aubry, Le Voyer, Codet et Ch. Bellamy fut chargée de rédiger les statuts de ce nouveau syndicat dont les réunions eurent lieu en 1892 et 1893 à des époques différentes de celles où siégeait l'association. En 1894, on eut l'heureuse idée, pour donner plus d'intérêt aux séances des deux associations et aussi pour y attirer un grand nombre de membres participants, de faire coïncider la date des deux assemblées et de réunir en un banquet commun les membres de l'association et ceux du syndicat.

Cette année, sous la présidence d'honneur de M. le Dr Porson, président de l'Union des syndicats, et sous la présidence de M. le Dr Bidel, vingt-quatre médecins des Côtes-du-Nord, qui tous, à une exception, celle du doyen d'âge, appartenaient aux deux sociétés s'étaient réunis à Saint-Brieuc. Le nombre total des adhérents du syndicat des Côtes-du-Nord est aujourd'hui de 55. Il a prouvé sa vitalité en prêtant dans un grand nombre d'affaires litigieuses ou administratives, le plus précieux concours à tous les membres.

La séance de l'association a suivi celle du syndicat. Le Dr Guibert a été réélu président. Plusieurs secours ou pensions ont été votées. Puis, on s'est occupé de nommer les trois médecins délégués pour faire partie du Comité départemental de l'assistance médicale et pharmaceutique et de discuter l'organisation de l'assistance médicale.

Un banquet très cordial a clos ces deux assemblées confraternelles.

Nous ne saurions trop approuver cette tendance à l'union des sociétés locales et des syndicats professionnels qui, bien que poursuivant des buts différents, doivent rester unis dans un même sentiment de solidarité et nous sommes heureux de voir le président de l'Union des syndicats, M. le Dr Porson, ne pas reculer devant la fatigue d'incessants voyages pour aller offrir aux nouveaux syndicats l'appui de ses conseils et de son expérience.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

BULLETIN

Deuxième Congrès de médecine.

Le deuxième congrès de médecine qui vient de s'ouvrir à Bordeaux a eu un succès aussi brillant que mérité. Le Comité d'organisation avait très intelligemment prescrit toutes les mesures capables d'assurer l'intérêt des séances de section. Il avait pu obtenir, en temps utile, de tous les rapporteurs le texte des travaux qu'ils avaient été appelés à rédiger et le volume de rapports distribué à l'avance a singulièrement facilité la tâche de ceux qui ont à rendre compte de ces assises scientifiques en même temps qu'il a permis aux membres du Congrès de mieux préparer leur argumentation.

On ne saurait donc trop louer M. le professeur Arnozan de son activité et de son zèle. Bordeaux, ville hospitalière par excellence, a royalement accueilli les savants accourus de toutes parts pour rehausser l'intérêt des divers congrès auxquelles elle a donné l'hospitalité. Remercions non seulement l'administration municipale mais encore et surtout M. le doyen Pitres qui s'est multiplié pour présider les divers congrès et offrir la plus cordiale bienvenue à ses collègues.

Nous avons commencé, dans le *Mercredi Médical*, la publication des divers rapports présentés au Congrès de Bordeaux. Nous la continuons aujourd'hui et nous résumerons ensuite les communications diverses et les discussions. Mais nous tenons à reproduire tout d'abord la magistrale allocution de M. le professeur Bouchard qui a résumé en quelques pages qu'il convient de lire avec attention les travaux qui lui sont dus ou qu'il a inspirés pour éclairer la grande question des infections microbiennes.

Discours de M. le professeur Bouchard.

Après avoir, en termes éloquents et chaleureusement applaudis, rappelé le Congrès de Lyon et remercié la ville de Bordeaux, l'administration et les organisateurs du Congrès, après avoir salué l'Ecole de médecine navale, M. le professeur Bouchard a continué dans les termes suivants :

J'ai hâte, messieurs, d'aborder le sujet que je me propose de développer. Si je l'ai choisi en dehors de nos programmes, ce n'est pas pour rompre avec la tradition, ni pour créer un précédent. J'ai pensé que je ne pouvais mieux marquer ma déférence et ma gratitude qu'en soumettant au Congrès le résultat de mes méditations sur une question qui a, au moins, cet avantage d'être d'un intérêt considérable et d'un intérêt actuel. Elle a, à mon sens, un autre avantage, c'est que l'actualité y cède le pas, plus qu'il ne semble, aux acquisitions physiologiques déjà établies et aux vérités médicales antérieurement acquises. Nul n'est persuadé plus que moi de l'influence qu'ont exercée les découvertes de Pasteur sur le progrès de la médecine et nul n'a proclamé cette influence avec une plus ardente conviction. Mais, quelque importante que soit une découverte médicale, elle ne déborde pas la médecine, elle peut y trouver sa place.

La préoccupation de l'heure présente, c'est de combattre les maladies par les microbes, ou par les produits des microbes, ou par les humeurs des animaux qui sont réfractaires aux microbes. Ma pensée est que, dans les tentatives heureuses qui s'inspirent de ces données, la part de la bactériologie est singulièrement réduite et que ce qui domine, c'est la réaction passagère ou persévérante de l'économie, et que, pour cette raison, nous rentrons dans la vraie doctrine médicale dont plusieurs ont cru que nous nous détournions.

I. — Quand, reprenant les essais de bactériothérapie, j'inoculais le bacille pyocyanique au lapin infecté déjà par la bactéridie charbonneuse et quand je guérissais ainsi près de la moitié des animaux, je mettais aux prises un microbe avec un autre microbe. L'économie animale était le théâtre de cette lutte, je ne sais si elle y intervenait. C'était assurément de la thérapeutique, la même que l'on reprend aujourd'hui pour la fièvre typhoïde; c'était pure thérapeutique bactériologique : l'organisme n'y prenait aucune part.

Quand, sans succès d'ailleurs, j'entreprenais de traiter le charbon par les produits du bacille pyocyanique, je faisais encore un essai de thérapeutique bactériologique.

Il en était de même quand, à partir de novembre 1887 j'essayais avec le même insuccès, de traiter la maladie que provoque le bacille pyocyanique par l'injection des produits de ce microbe, sous le prétexte que ces produits étant vaccinants, je devrais arrêter plus vite la maladie en les puisant *in vitro* et les injectant dès le début du mal, plutôt que d'attendre leur lente élaboration au sein de l'économie. Le résultat de ces tentatives fut que, au lieu d'obtenir une guérison plus rapide, je constatais sur l'animal une mort plus

précipitée. C'était la première démonstration du rôle favorisant que les produits bactériens exercent sur l'infection.

L'explication me fut donnée par un autre essai thérapeutique (1), heureux celui-là et qui, entre mes mains, n'a pas échoué une seule fois : je veux parler de la guérison de la furonculose par l'antisepsie du tube digestif dans les cas où la furonculose est liée à une intoxication chronique par les putridités intestinales. J'empêchais l'infection par le staphylocoque en supprimant les poisons putrides qui l'avaient favorisée.

Etait-ce encore simple thérapeutique bactériologique? je ne le crois pas, car des expériences dont je parle est sortie cette démonstration (2), que les poisons bactériens empêchent la diapédèse des leucocytes et suppriment ainsi l'une des défenses contre l'infection. Dans ma thérapeutique de la furonculose, je restituais à l'organisme une de ses réactions utiles suspendue par le poison bactérien. Je rendais à l'économie un de ses moyens de défense naturelle. Je faisais (qu'Hippocrate me le pardonne) de la *thérapeutique naturiste.*

Quand, en injectant au cours d'une hémoptysie grave un centimètre cube de culture pyocyanique stérilisée filtrée et débarrassée de ses alcaloïdes (3), j'arrête presque instantanément l'hémorrhagie, j'utilise cette propriété par laquelle le poison en question empêche les vaisseaux de se mettre dans la situation favorable à la diapédèse, en dilatation : je paralyse le vaso-dilatateur comme l'ont établi Charrin et Gley en complétant ainsi ma démonstration. Je fais de la thérapeutique physiologique au même titre que si j'emploie le seigle ergoté : car il importe peu, si l'action physiologique est la même, que j'emprunte l'agent thérapeutique aux bactéries ou même aux grands végétaux. Ici, il ne saurait être question de thérapeutique bactériologique.

II. — Quand, frappé des résultats obtenus par Richet et Héricourt qui, depuis le 29 octobre 1888, avaient signalé et démontré la possibilité de guérir un chien infecté par un certain staphylocoque en lui injectant le sang d'un chien guéri de la même maladie et devenu réfractaire, j'essayai, à partir d'avril 1890, la vérification de ces faits et leur interprétation par l'analyse expérimentale, je reconnus que le fait était vrai, et vrai aussi pour une autre maladie, pour la maladie pyocyanique, qu'on guérit cette maladie par l'injection du sang d'un animal réfractaire par vaccination, mais non plus par le sang d'un animal naturellement réfractaire, ce qui m'indiquait déjà que la guérison se faisait non par les procédés de l'immunité naturelle, mais par ceux de l'immunité due à cette vaccination.

A cette époque, la doctrine du phagocytisme aujourd'hui trop délaissée, sans doute parce qu'elle a voulu être trop exclusive, était encore en honneur parmi nous; et ceux qui s'inspirent des travaux de Richet et Héricourt, faisaient leurs essais dans d'autres directions, invoquaient pour légitimer leurs tentatives l'action phagocytaire des globules du sang d'un animal se poursuivant dans le corps de l'animal ou de l'individu transfusé. J'ai mis cette hypothèse à néant en prouvant que, si le sang d'un animal vacciné aide à guérir l'animal infecté auquel on le transfuse, le sérum du vacciné, même privé de tout élément figuré par filtration à la bougie, est également curateur et l'est à un plus haut degré que le sang en totalité. D'où cette conclusion que la vertu curative du sang des vaccinés réside dans le sérum et n'appartient pas aux leucocytes. Cette expérience est du 30 mai 1890 (4). Elle est, je crois, le premier document relatif à la thérapeutique par le sérum, si j'en excepte les essais de vaccination contre la rage faits en 1889 par Babès à l'aide du sérum sanguin d'animaux vaccinés. Le 12 juillet 1890, Hankin signalait dans le sang ce qu'il appelle les protéides défensives qu'il compare à cette globuline bactéricide qu'il avait pensé exister dans la rate et dans les leucocytes normaux; et, en septembre de la même année, il pose les bases d'une *méthode de traitement des maladies infectieuses* par ces protéides qu'il puise dans le sang des vaccinés.

(1) *Société clinique* (12 janvier 1888).
(2) Action des produits sécrétés par les microbes pathogènes (22 mai 1890).
(3) *Comptes rendus de l'Académie des sciences* (26 octobre 1891).
(4) Signalée en mon nom par Charrin à la Société de Biologie, 7 juin 1890.

Pour expliquer ces effets thérapeutiques, il adopte la conception de la vaccination telle que je l'avais formulée un mois avant au Congrès de Berlin (1) et interprète la sérothérapie comme je l'ai interprétée moi-même (2) par la propriété bactéricide du sérum des vaccinés.

Tout sérum est bactéricide; le sérum des vaccinés, à la suite de certaines maladies, est plus bactéricide que le sérum normal. Pour ces maladies, l'état bactéricide du sérum est l'une des conditions qui assurent l'immunité. Transporté chez un animal infecté, ce sérum bactéricide, puisé chez le vacciné, communique, dans une certaine proportion, sa qualité bactéricide au sang du malade et le met en meilleure situation pour guérir.

On ne vaccine pas en injectant le sang des vaccinés, mais on guérit; et on guérit par le procédé qui, chez le vacciné, empêche la maladie de se développer : en opposant à l'agent pathogène une substance qui gêne sinon son développement, au moins son fonctionnement. On fait de la *thérapeutique antiseptique*. On n'agit pas sur l'organisme du malade, on agit sur le microbe. Mais on n'agit pas par le microbe, on ne fait pas de la bactériothérapie. En effet, ce qui donne au sérum sa qualité bactéricide chez les vaccinés, chez ceux au moins dont le sang est devenu plus bactéricide, et ce n'est pas le cas pour toutes les maladies, ce n'est pas une matière bactérienne.

J'ai montré, en effet, que les matières bactériennes vaccinantes s'éliminent par les urines (3); si elles laissent après elles l'état vaccinal, ce n'est pas par un reliquat qui se serait fixé sur la matière animale et échapperait à l'élimination. En effet, j'injecte (4) à divers animaux du sérum de vacciné et j'inocule successivement ces animaux avec des intervalles réguliers, je vois que les premiers résistent, mais ceux que j'inocule, vingt jours après l'injection du sérum, meurent. La matière qui donne au sérum des vaccinés sa qualité protectrice se détruit donc dans le corps vivant. Elle n'y reste pas plus de vingt jours d'après mes expériences, plus de cinquante dans une autre maladie, d'après les expériences de Behring. Si cette matière se détruit dans l'organisme, il faut admettre, puisqu'elle existe indéfiniment dans le corps des vaccinés, qu'elle s'y forme indéfiniment, qu'elle est donc le produit des cellules animales modifiées définitivement dans leur nutrition par le passage momentané des matières bactériennes vaccinantes: mais cette matière protectrice n'est pas un reliquat de la matière vaccinante. Quand donc on fait le traitement d'une maladie infectieuse par l'injection du sérum bactéricide d'un vacciné, on ne fait pas de la bactériothérapie, on fait de la thérapeutique antiseptique avec cette particularité que la substance antiseptique a été fabriquée non par le chimiste mais par l'animal.

III. — La matière qui, à la suite d'autres maladies infectieuses, donne au sérum des vaccinés des propriétés non plus bactéricides, mais antitoxiques, est également élaborée par les cellules animales dont la nutrition a été modifiée d'une façon durable par le passage momentané des matières bactériennes vaccinantes. J'aborde le second côté de la sérothérapie, celui qui jusqu'à présent, dans ses applications à l'homme, a donné les résultats les plus brillants.

Behring et Kitasato ont fait connaître le 4 décembre 1890 des essais de sérothérapie qui, malgré leur très grande analogie avec les nôtres, en diffèrent cependant par le procédé intime de leur action. Le sérum de leurs vaccinés agit à des doses si faibles qu'il ne peut pas être question d'un bactéricide. Ces sérums ne tuent pas les microbes, n'entravent pas leur pullulation, ne gênent pas leurs sécrétions vénéneuses, ne détruisent pas ces poisons, bien qu'on les nomme antitoxines, mais ils aident nos cellules nerveuses et peut-être d'autres cellules à résister à l'action de ces poisons ou à ceux de ces poisons qui ont pour effet de paralyser nos défenses contre l'invasion microbienne.

L'action antitoxique n'appartient pas à une substance qui

(1) Essai d'une théorie de l'infection, août 1890.
(2) Les prétendues vaccinations par le sang, *Virchow's Festschrift*, Bd. III, mars 1891.
(3) *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 4 juin 1888.
(4) Les prétendues vaccinations par le sang. *Virchow's Fetschrift*, B., III, mars 1891.

est dans le sang ni à un état chimique particulier du plasma sanguin.

Mais le sang ou son plasma ou telle des substances constitutives de ce plasma peut acquérir les propriétés de mettre en jeu les actions organiques qui protègent naturellement l'économie contre les poisons ou contre certains poisons. Et ces actions organiques qui sont normales mais que les poisons peuvent entraver et que certaines substances peuvent exalter, ces actions organiques protectrices en cas d'imminence d'empoisonnement sont de deux ordres. Disons plus modestement que nous connaissons déjà deux ordres de ces actions. L'une consiste dans la destruction, la transformation chimique des matières toxiques. L'autre action, c'est une stimulation à distance des portions du système nerveux que les poisons tendent à paralyser.

Beaucoup de tissus arrêtent les poisons ; le foie, les capsules surrénales font plus que les arrêter, ils les détruisent. Le foie est destructeur de poison comme le muscle est destructeur de glycogène, comme toutes les cellules sont destructrices d'albumine. Il semble que le mécanisme de ces destructions de matière qu'opèrent les cellules vivantes se trouve dans l'action chimique que des substances sécrétées par les cellules exercent sur les matières qui se détruisent ou se transforment à l'intérieur ou au contact de ces cellules subissant ainsi une sorte de digestion intra ou extra-cellulaire.

IV. — Les ferments sont partout dans l'organisme, partout sécrétés par les cellules, partout présents dans les cellules et s'échappant hors des cellules, différents souvent et parfois antagonistes, suivant qu'ils sont dans la cellule ou hors de la cellule, suivant qu'ils s'échappent par un des pôles ou par l'autre. Quatre fermentations au moins sont nécessaires pour faire passer l'albumine alimentaire à l'état d'albumine cellulaire : peptonisation pour franchir l'épithelium intestinal ; retour immédiat à l'état d'albumine au delà de l'épithelium ; peptonisation encore pour entrer dans la cellule et transformation nouvelle en albumine, dès que le passage est effectué. Chacune des albumines successives diffère des précédentes : toutes ces albumines alimentaires se réduisent à trois albuminoïdes dans le sang. La sérum albumine et la sérum-globuline acquièrent dans les cellules les caractères les plus divers.

C'est là la phase d'organisation, d'assimilation à laquelle va succéder la phase de destruction, de désassimilation.

D'autres ferments accomplissent alors d'autres fermentations. Une peptonisation de désassimilation a été démontrée pour certaines cellules et mise en évidence dans certaines conditions pathologiques où la formation comme la destruction sont accélérées. C'est la mise en liberté de l'albumine cellulaire : c'est la condition de sa sortie. Mais il est exceptionnel et tout à fait pathologique que ces peptones de désassimilation restent comme telles en dehors de la cellule. Elles se reforment à titre d'albumines, mais d'albumines instables ou d'albumoses destinées à subir rapidement les nouvelles actions fermentatives qui les amèneront à l'état d'alcaloïdes, d'amides ou d'ammoniaques Enfin ces produits divers de la désassimilation repris par d'autres cellules, celles du foie, celles du rein, etc., y subiront une dernière fermentation qui réduira au minimum leur toxicité, les rendra dialysables, leur donnera le caractère excrémentitiel, les transformant en urée, en acide urique, en acide hippurique, etc., tandis que les produits non azotés de dédoublement disparaîtront par oxydation.

L'activité de la cellule, en tant qu'élaboration de la matière, consiste en ceci, qu'elle place, au contact de la matière à élaborer, un ferment qui provoque le dédoublement, l'hydratation, la déshydratation dans la cellule ou à proximité de la cellule comme cela pourrait se faire *in vitro*. L'élaboration n'est pas en soi un acte vital. Ce qui est vital, c'est la formation du ferment résultant du dédoublement de la molécule vivante au moment où elle cesse de vivre. C'est vrai pour les diastases, c'est vrai aussi pour d'autres corps dont la nature est encore obscure tels que des substances réductrices, celle de Pokorny, celle de Rey-Pailhade, celle de V. Jaksch. C'est vrai pour la diéthylène diamine dont la puissante action oxydante est nettement établie.

C'est là le cycle complet de la nutrition, en ne considérant du moins que les aliments albuminoïdes et seulement ceux d'entre eux qui sont destinés à devenir substance constitutive des cellules et en ne tenant compte que des excreta azotés.

Il est dans cette série des transformations de la matière azotée un stade qui est particulièrement intéressant pour le physiologiste et pour le médecin. C'est celui où la désassimilation commence et où les transformations excrémentitielles ne s'effectuent pas encore. Peptones, albumines, globulines, alcaloïdes de désassimilation possèdent des actions physiologiques puissantes. Nous disons couramment qu'elles ont un haut degré de toxicité, ce qui est vrai, mais ce qui habitue notre esprit à une conception fausse. Tous les stimulants dont nous faisons usage et qui nous sont parfois d'une utilité incontestable, le vin, le thé, le café et tant d'autres substances que l'ethnographie nous fait connaître et que l'industrie tente d'introduire dans notre consommation, tous ces aliments de luxe doivent leur propriété stimulante à des composés chimiques qui tuent eux aussi quand on emploie la dose suffisante. A dose moindre, ils sont utiles. Ils sont d'ailleurs comme tous nos médicaments. Ils sont comme l'extrait de viande, comme le bouillon qui sont utiles et qui sont toxiques et je rentre là vraiment dans mon sujet. J'ai décrit et mesuré la toxicité de l'extrait alcoolique des muscles et du foie ; Charrin et Ruffer ont fait les mêmes études pour l'extrait aqueux de muscle fait à chaud et lui ont trouvé la même action pyrétogène que Lépine avait reconnue à l'extrait aqueux du rein. C'était la toxicité de produits avancés de la désassimilation, presque de produits excrémentitiels. Mais à Roger appartient d'avoir démontré la toxicité, avec ses caractères et ses degrés, des premiers produits, encore albuminoïdes, de la désassimilation. Il les obtient par infusion à froid dans l'eau salée physiologique, élimine par le dialyseur les produits cristalloïdes déjà excrémentitiels et, en injectant la solution albuminoïde, obtient la lassitude extrême, la somnolence, la contraction pupillaire, la diarrhée, la mort. Cette toxicité est supprimée par la chaleur. Elle dépendait donc de la substance albuminoïde.

Ces premiers produits de la désassimilation eux aussi sont favorables ; mais on les a appelés toxalbumines, ou bien on les a comparés aux alcaloïdes des champignons vénéneux, et, pour ces raisons, notre esprit s'est habitué à ne considérer que leurs effets dangereux ou mortels, effets réels que la pathologie met en évidence dans les cas où leur destruction trop lente provoque leur accumulation. Le sang les distribue dans toute l'économie où ils exercent leur action nuisible s'ils sont en excès, utiles s'ils sont présents en quantité modérée.

Les sécrétions internes dont l'intérêt a si puissamment grandi dans ces huit dernières années, sont précisément ces premiers produits de la désassimilation, qui gardent encore leur caractère albuminoïde, tous différents suivant la nature de la cellule qui leur donne naissance, différant de noms au point de vue de leurs activités physiologiques, différant aussi pour une même cellule, suivant les variations de la vie ou du fonctionnement de cette cellule. L'œuvre des physiologistes et des pathologistes a, dans ces dernières années, confirmé les vues générales de Brown-Séquard.

Pour ces produits, qui sont comme les témoins de la vie, chaque cellule impressionne les autres cellules, celles du système nerveux, sans doute, celles aussi de tous les autres tissus ; et chacune de ses substances pénétrant une cellule, en influence à sa manière la nutrition et le fonctionnement. Et cette action qui peut être passagère, peut aussi être durable ; elle peut s'exercer dans l'organisme d'un animal autre que celui qui a élaboré ces substances, même chez un animal d'une autre espèce ; c'est ce qu'établit l'effet des injections de sérum sanguin ou d'extraits de certains organes. Ces substances enfin peuvent, à titre de matières dissoutes, franchir la barrière utéro-placentaire et exercer leur action sur la nutrition du nouvel être, préparant certaines conséquences réputées inexplicables de l'hérédité et de l'innéité. Je m'excuse ici, si je me cite moi-même, mais je ne puis pas traduire plus exactement ma pensée : *c'est par les produits solubles de leur élaboration, bien plus que par le système nerveux, que s'établit entre les cellules l'équilibre vital.*

Cet équilibre est instable. L'action, même favorable des premiers produits de la désassimilation, c'est presque toujours une menace d'intoxication. Les cellules réagissent contre les poisons qui leur viennent d'autres cellules et leur offrent l'antidote, la substance antitoxique, on dirait aujour-

d'hui l'antitoxine. N'ai-je pas établi, il y a plus de dix ans, qu'on peut isoler des urines des substances organiques convulsivantes et des substances narcotiques, et des substances provocatrices de certaines sécrétions, etc., et que le mélange de ces substances, tel qu'il est dans l'urine normale, peut, jusqu'à un certain point, masquer les propriétés antagonistes des substances isolées? N'ai-je pas montré aussi que les poisons de la veille sont surtout narcotiques; que les poisons du sommeil sont surtout convulsivants, et que le mélange des urines de la veille et des urines du sommeil peut être moins toxique que chaque urine prise isolément? N'ai-je pas prouvé que les matières minérales mêmes ont, dans l'organisme, leurs contre-poisons. Les substances organiques de l'urine représentent près de la moitié, parfois les deux tiers de la toxicité totale; or, j'ai souvent constaté ce fait qui explique l'erreur ou l'exagération de Feltz et Ritter, touchant le rôle exclusif de la potasse dans la toxicité urinaire, c'est que réduite par carbonisation à ses seuls constituants minéraux, l'urine amenée à cet état inorganique peut avoir une toxicité égale et parfois supérieure à celle de l'urine totale qui a fourni ce résidu. Il y a donc dans l'urine, il se fabrique donc dans l'économie, des poisons minéraux fournis au sang par la dissociation des aliments normaux, ou par la destruction normale de nos tissus.

En dehors des variations modérées de la température du corps et des excitations nerveuses, nos cellules, même celles qui sont éminemment actives, comme les glandulaires, les musculaires et les nerveuses, ne sont guère provoquées à l'action ou empêchées d'agir que par certaines substances chimiques qui peuvent les pénétrer. Les variations de la nutrition et celles du fonctionnemant dans les circonstances spéciales et restreintes que j'indique, sont l'effet d'une imprégnation chimique ou, si vous voulez, d'une intoxication arrêtée à sa période non dangereuse. Mais l'intoxication peut aller au delà et risquer de devenir nuisible. L'organisme conjure le danger par la fonction de poisons contraires. C'est le premier acte de la réaction vitale. Plus tard viendront les destructions des poisons ou leur élimination; ce sera le rôle du foie et celui du rein ou de l'intestin. La défense commence par la sécrétion de l'antidote, qui est parfois contemporaine de la formation du poison.

Le type de l'acte initial de la désassimilation, c'est le dédoublement des molécules constitutives de toute particule vivante. C'est vrai pour les substances ternaires, pour la formation du sucre, comme pour la formation des acides lactiques. Schutzenberger nous a appris que c'est vrai aussi pour la molécule d'albumine. Les deux molécules de dissociation ne sont pas identiques, et ce n'est pas seulement pour faciliter la classification que l'une est l'hémi-albumose, l'hémipeptone, et que l'autre se nomme l'anti-albumose, l'antipeptone. Même quand les produits du dédoublement sont identiques au point de vue de leur composition centésimale, ils sont cependant différents au point de vue de leur structure et au point de vue de leur activité. Nulle part cette vérité n'est plus éclatante que dans l'étude du dédoublement de l'acide tartrique. Quand, dans la mémorable expérience de Pasteur, le *penicillium* dédouble l'acide tartrique racémique, en acide tartrique droit, et en acide tartrique gauche, ces deux produits de dédoublement peuvent être chimiquement identiques; ils diffèrent optiquement; ils sont dissemblables au point de vue de leur structure, ils ont un état stéréo-isomérique différent, et cela suffit pour qu'ils agissent différemment sur la cellule vivante. La cellule du penicillium n'y est pas indifférente; elle détruit l'acide droit et respecte l'acide gauche ou du moins ne l'attaque que quand elle n'a plus d'acide droit à détruire. Et la différence est la même, si, comme l'a fait Chabrié, on met les acides aux prises avec les cellules animales. La toxicité des divers acides tartriques stéréo-isomètres est comme les chiffres suivants : l'acide gauche, trente et un, l'acide droit quatorze, le racémique huit, l'inactif non dédoublable six.

Les produits de dédoublement de l'albumose sont également différents : l'hémi-albumose, l'hémi-peptone subissent facilement, même en dehors de l'action de tout microbe, des transformations ultérieures qui assurent la destruction définitive de la molécule et leur interdisent de revenir à l'état de matière albuminoïde.

Les *hemi* ne paraissent pas destinés à entrer dans la constitution des cellules. Notre organisme ne les emploie que pour en dégager l'énergie en les détruisant. Les *anti* résistent à l'action ultérieure du ferment pancréatique et semblent seuls capables de prendre figure et de devenir matière vivante.

Mais ce ne sont là que des différences, ce ne sont pas des propriétes contraires. J'ai été très frappé de ce fait mis en lumière par Lépine : la cellule pancréatique par sa surface glandulaire livre un ferment qui saccharifie l'amidon, le ferment glycogénique. Par sa surface vasculaire, elle livre au sang un ferment qui détruit le sucre, ferment glycolytique. On dira que si le premier agit comme hydratant, on ne sait pas comment l'autre détruit le sucre, et que rien n'empêche d'admettre que c'est par une action d'hydratation, que les deux ferments n'ont donc pas des actions contraires. Les procédés peuvent n'être pas contraires; pour l'organisme où ils opèrent, les résultats sont contraires. Les leucocytes révèlent un ferment qui se répand hors de la cellule et qui empêche la coagulation ; ils fabriquent en même temps un ferment qui reste dans la cellule et qui, mis en liberté par la mort ou le mauvais état de la cellule, provoque la coagulation.

Que ce soit d'ailleurs à l'instant même où se produit une albumine toxique et au même lieu, que l'organisme fabrique l'antidote, peu importe; la formation du contre-poison suit de près l'imprégnation par le poison. La substance protectrice peut être, comme dans le foie, un ferment qui détruit la substance vénéneuse. Le plus souvent, c'est une de nos secrétions internes qui s'exalte et dont le produit va stimuler les départements du système nerveux, qui courent le plus grand danger, ou ceux dont l'activité serait le plus utile à l'organisme. Par un procédé analogue à celui qui tout à l'heure créait des substances bactéricides, les cellules menacées par les poisons fabriquent des matières qui aident à résister à l'empoisonnement des antitoxines. Grâce à la présence dans nos humeurs de ces deux ordres de substances, nous pouvons, dans une certaine mesure, opposer aux microbes une résistance passive par les matières bactéricides, une résistance active, grâce aux matières antitoxiques. Ce sont deux des procédés naturels de la défense, l'un statique, l'autre dynamique.

Nous avons vu que, si pourtant la maladie se développe, et si elle guérit, les matières bactéricides peuvent être sécrétées en plus grande abondance.

Le très grand mérite de Behring est d'avoir prouvé que le sérum après l'action de certains poisons bactériens devient capable d'empêcher l'action de ces poisons. Il a tort, je crois, de prétendre que les matières antitoxiques du sérum sont d'origine bactérienne et on a adapté avec raison aux matières antitoxiques les motifs qui, il y a quatre ans, m'avaient fait admettre que les qualités protectrices du sérum des vaccinés dépendent d'une modification durable de la nutrition.

Cette production de substances capables d'empêcher l'organisme de subir une intoxication n'est pas provoquée par les seuls poisons bactériens. Après guérison de l'empoisonnement par un venin, c'est-à-dire par une toxalbumine normale, on peut observer l'immunité et le sérum de ce vacciné d'un nouveau genre, comme nous l'a montré Phisalix, jouit de propriétés antitoxiques. Au cours d'expériences que je poursuis et qui me semblent élargir cette question, j'ai vu deux fois que de deux lapins ayant reçu l'un du sérum normal, l'autre du sérum d'un animal qui a résisté à des intoxications réitérées par la potasse, le premier succombe à des doses de potasse qui ne sont pas mortelles pour le second. Je suppose que le sérum protecteur influence le centre nerveux qui s'oppose à l'arrêt du cœur. Si telle est l'action des sérums antitoxiques, la sérothérapie exaltant les fonctions par lesquelles nous nous défendons naturellement contre l'invasion microbienne et que les poisons bactériens risquent de paralyser, cette sérothérapie rentre elle aussi dans la thérapeutique naturiste avec cette particularité que le médicament a été fabriqué par l'animal.

Ne pensez-vous pas, messieurs, que les grands progrès thérapeutiques dont nous saluons l'avènement, loin d'ébranler le vieil édifice de la médecine ne font que le consolider, qu'ils y trouvent leur place préparée d'avance, et que les nouveaux remèdes, comme les anciens, ne font le plus souvent que solliciter l'effort de la vieille nature médicatrice?

REVUE GÉNÉRALE

Les antithermiques analgésiques, résumé du rapport présenté au congrès de médecine interne par le Dr Schmitt, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Nancy.

I

Ce qu'en clinique on peut demander d'un bon antipyrétique, c'est d'avoir sur la température du fébricitant une action sûre, prolongée, et exempte de toute manifestation accessoire fâcheuse, générale ou locale. Les médicaments que nous venons de passer en revue (1) remplissent-ils ces conditions?

Chez l'homme sain, leur action thermique est variable; tantôt elle est nulle, même à doses relativement fortes; tantôt, surtout à faibles doses, il y a plutôt une légère élévation de température ou bien un léger abaissement. Cependant, en forçant les doses, on peut toujours arriver à abaisser la température de un ou deux degrés, et même davantage; mais on est alors en pleine période d'intoxication. Toutefois, tout en restant dans les limites des doses thérapeutiques, tous ces corps influencent la fonction thermorégulatrice dans le sens indiqué par Liebermeister, Kerner, etc., pour la quinine: les oscillations normales diminuent, le tracé prend le type de la ligne droite; les efforts, le travail musculaire, n'ont plus sur la température leur influence habituelle (Sackur).

Chez le fébricitant, à part quelques cas exceptionnels, l'action antithermique est très nette. Suivant une règle générale, la température fébrile est plus facilement influencée que la température normale; mais cette action varie dans d'assez fortes limites, suivant des conditions diverses: suivant les sujets, suivant le caractère de la fièvre, suivant le médicament et la dose à laquelle il est administré, enfin suivant la nature de la maladie fébrile.

Tous les cliniciens ont observé et signalé des différences individuelles. Sans nier qu'il existe des cas inexplicables autrement que par un mot, l'idiosyncrasie, je crois que dans l'immense majorité des cas on peut donner une interprétation plus plausible. L'état des voies digestives qui permet ou entrave l'absorption médicamenteuse est certainement la cause la plus habituelle et de beaucoup la plus fréquente de ces faits dans lesquels un médicament agit aujourd'hui qui n'agissait pas hier, agit sur un sujet tandis qu'il ne produit rien sur un autre dans des conditions à peu près identiques de température et de maladie. J'ai cité le cas du salol et du bétol qui ont besoin du suc pancréatique pour être dissociés et devenir actifs; l'insolubilité presque absolue de certains médicaments proposés explique le peu de résultats obtenus par eux. Puis vient la question des transformations que beaucoup doivent subir, tels les anilides qui doivent agir comme amidophénol; si le principal agent de cette transformation est l'acide chlorhydrique, on comprend que leur action sera d'autant plus énergique au point de vue de leurs effets médicamenteux comme aussi au point de vue de leur influence nocive, que l'acide chlorhydrique leur sera fourni en plus grande abondance (Treupel).

D'une façon générale, les fièvres à type continu sont plus réfractaires aux antithermiques que les fièvres à oscillations, et c'est dans le moment où la température a une tendance naturelle à s'abaisser que se produit le maximum d'effet. La fièvre des tuberculeux, celle de l'infection typhoïde dans son stade de déclin, sont plus influencées que la fièvre de la pneumonie, de l'érysipèle, de la fièvre typhoïde à sa période d'état. Au moment d'une défervescence naturelle, les antithermiques produisent plus facilement l'hypothermie et des accidents de collapsus.

Les doses nécessaires pour produire un abaissement donné de la température varient suivant chaque médicament: d'une façon très générale, on peut admettre que un gramme d'antipyrine est l'équivalent de deux grammes de salicylate de soude, de 0,25 d'acétanilide, de 0,50 de phénacétine, de 0,10 de thalline, de 0,60 de thermodine, de 1,50 de quinine (Heusner).

La dose du médicament a une certaine importance, sans cependant qu'il y ait proportionnalité absolue entre la dose et l'action médicamenteuse. On peut admettre en général qu'en partant de la dose la plus faible, nécessaire pour produire un abaissement thermique appréciable, l'action augmente jusqu'à une certaine dose et un effet donné qui n'est guère dépassé. Dans la fièvre typhoïde, trois ou quatre grammes d'antipyrine ne font pas plus que deux grammes (Jaccoud). On peut, en forçant encore la dose, aller plus loin, même à de l'hypothermie, mais des accidents toxiques sont à craindre.

La forme du tracé thermométrique consécutif à l'administration du médicament est également très variable et mérite d'autant plus d'être considérée que l'intensité de certains phénomènes secondaires dépend en partie de la façon dont se comporte la marche de la température (Snyers).

L'abaissement peut commencer peu de temps après l'ingestion du médicament ou différer plus ou moins longtemps; il s'agit là pour une forte part d'une question de solubilité et d'absorption. Il se montre au bout d'un quart d'heure avec le phénol, d'une demi-heure avec l'antipyrine, d'une heure avec la plénylurétbane, l'acétanilide, l'acide salicylique; il tarde un peu plus avec la phénacétine, la thermodine, jusqu'à deux heures avec la quinine.

La chute (depuis le début de l'abaissement jusqu'au moment où le minimum est atteint) est rapide avec le phénol, la kairine, plus lente avec l'acide salicylique, la thalline, l'acétanilide, plus lente encore avec la phénacétine, l'antipyrine, etc.

La dépression thermique dure plus ou moins longtemps: avec la kairine, le phénol, à peine le minimum est-il atteint que la température remonte; avec la thalline, l'abaissement est de courte durée; il persiste trois ou quatre heures avec l'acétanilide, l'antipyrine, la phénacétine, l'euphorine, la thermodine, quelquefois jusqu'à douze heures et davantage avec la quinine; puis la température remonte, soit brusquement (phénol, thalline), soit lentement (antipyrine, phénacétine, quinine, acide salicylique, etc.), Pour certains de ces agents, l'action thermique totale s'est étendue à deux ou trois heures à peine, pour la plupart à cinq ou six heures, pour la quinine et l'acide salicylique jusqu'à quinze et dix-huit heures.

En sorte que, suivant le médicament, le tracé thermométrique prend la forme soit d'un V, à sommet pointu ou tronqué, plus ou moins ouvert, soit d'une courbe à concavité plus ou moins accusée, soit d'un arc de cercle à rayon très étendu. D'où cette conclusion pratique, que si l'on veut obtenir un effet rapide, c'est au phénol, à la thalline, à l'antipyrine qu'il faudrait s'adresser; si on tient au contraire à la persistance de l'effet thermique, ce seraient l'antipyrine, l'acide salicylique, et la quinine surtout qui tiendraient le premier rang.

Ajoutons qu'à l'abaissement thermique se joint parfois une diminution de fréquence du pouls et un ralentissement de la respiration, non par suite d'une action directe du médicament sur le cœur et le poumon, mais comme effet corrélatif de l'abaissement thermique. Cependant, dans bien des pyrexies infectieuses, le pouls conserve sa

(1) Cette étude a été faite au début de ce rapport dont nous avons dû, faute de place, supprimer la partie chimique.

fréquence et son dicrotisme, la respiration reste accélérée et superficielle, bien que la température soit abaissée de deux ou même de trois degrés. Fraenkel l'a noté avec l'antipyrine, Glénard avec l'acide phénique, Hayem avec l'acide salicylique, Unverricht avec la quinine, etc.

Si l'on passe à l'influence de la nature de la maladie, qui donne lieu à l'élévation de température, on trouve également des différences.

La quinine, même à doses relativement faibles, a sur les manifestations fébriles de l'impaludisme, qu'il s'agisse d'accès intermittents, de formes continues ou rémittentes, une influence telle qu'on peut à juste titre lui attribuer une action spécifique, et qu'aucun de nos antipyrétiques ne lui est comparable. Sans doute, avec l'antipyrine, la phénacétine, le phénol, etc., on peut, par de fortes doses, obtenir une apyrexie plus ou moins complète, même quand un accès est commencé, ce qu'on n'obtient pas avec la quinine (Bernheim); et, dans les formes continues, cette apyrexie s'obtient plus vite et plus facilement qu'avec celle-ci; mais la quinine fait plus qu'abattre la température, elle s'oppose au retour de l'accès, elle enraie les autres manifestations du paludisme, elle guérit la maladie, ce que ne fait aucun médicament similaire. Par contre, cet antipyrétique héroïque de la malaria n'a plus dans d'autres pyrexies qu'une action faible et inconstante. Il faut des doses trois ou quatre fois plus considérables pour atteindre la normale dans la fièvre typhoïde, des doses énormes dans le rhumatisme et l'infection purulente, et son action est moindre encore dans les fièvres éruptives et la fièvre rémittente. Tout au plus dans l'érysipèle (Arnozan) et la grippe retrouve-t-il quelque énergie. Je ne parle bien entendu que de son action antithermique.

Pareille différence se retrouve pour l'acide salicylique. Ni dans la fièvre typhoïde (Hallopeau), ni dans la tuberculose pneumonique (Jaccoud), ni dans la scarlatine (Chahkowsky), ses effets antithermiques ne sont bien remarquables, encore qu'ils y soient supérieurs à ceux de la quinine. Plus faible encore dans d'autres maladies fébriles, son action dans le rhumatisme articulaire devient presque égale à celle de la quinine dans la fièvre intermittente; l'antipyrine et la phénacétine à fortes doses peuvent seules lui être comparées, et plutôt comme analgésiques que comme antithermiques. Dans le rhumatisme fébrile, généralisé, le salicylate de soude l'emporte sur tous les autres.

Pareille spécificité, ou, pour ne rien préjuger, pareille électivité, pareille prédominance d'action dans une maladie donnée, nous ne la retrouvons plus avec nos autres antithermiques. Sans doute il y a bien des divergences parmi les auteurs, chacun préconise volontiers le médicament qu'il a proposé ou qu'il a le plus étudié, mais il n'existe pas d'étude comparative suffisamment complète pour permettre d'affirmer la prééminence de l'un ou de l'autre de ces agents dans telle ou telle affection. Leur action banale dépend plus du type de la fièvre que de sa nature.

C'est donc moins d'après l'importance de leur effet antithermique que d'après les phénomènes accessoires qui accompagnent ou suivent leur administration qu'il faut juger de leur valeur relative.

Parmi ces phénomènes, il y a lieu de distinguer les accidents graves qui relèvent du toxique plutôt que du médicament et intéressent les grandes fonctions organiques et les accidents plus bénins, véritables manifestations d'intolérance, qui ne présentent que des inconvénients d'ordre secondaire. *Primum non nocere.*

A ce titre, seront rejetés les phénols et les dioxybenzols, non seulement parce que leur action antithermique est brusque et fugace, mais parce qu'il faut, pour obtenir un effet durable, des doses énormes par accumulation, et que ce résultat n'est obtenu qu'au risque d'une atteinte profonde du système nerveux et de l'économie tout entière se traduisant par des frissons extrêmement intenses, du tremblement, parfois des convulsions, ou même des phénomènes paralytiques bulbaires, des congestions pulmonaires, de la cyanose, du collapsus, parfois la mort subite, ou par des phénomènes cachectiques : débilité, anémie, leucocytose, ou encore des dégénérescences graisseuses, de l'albuminurie. On ne saurait davantage s'adresser aux dérivés de la phénylhydrazine, qui n'agissent également sur la température qu'à des doses où leur toxicité se développe en une série de phénomènes graves liés à une altération globulaire et à une anémie profonde, transitoire en général avec des doses faibles et rares, mais parfois assez durable pour mettre la vie du malade en péril.

Tous les antithermiques que nous étudions ici ont d'ailleurs, ainsi que je l'ai dit plus haut, sur le sang une action incontestable, depuis la quinine jusqu'aux composés les plus récemment proposés. Insignifiante avec l'acide salicylique et les acides aromatiques en général, très limitée avec la quinine, l'antipyrine et les dérivés complexes de l'amidophénol, qui rendent seulement plus stable la fixation de l'O sur l'hémoglobine, elle va, avec les anilides, les dérivés quinoliques et surtout les hydrazines, jusqu'à la production de méthémoglobine intraglobulaire, altération encore réparable, la méthémoglobine repassant alors facilement à l'état d'hémoglobine et d'oxyhémoglobine (Hayem), mais, qui pour un temps du moins, suspend la fonction globulaire. A doses un peu fortes ou trop prolongées, ces derniers composés entraînent la destruction globulaire et de la méthémoglobinurie (Schmitt).

Cette action sur le sang doit d'autant plus intervenir dans notre appréciation sur la valeur d'un antithermique que le sang du fébricitant est plus vulnérable et possède une capacité d'absorption pour l'O moindre qu'à l'état normal. On objectera que nous utilisons en thérapeutique des substances bien autrement toxiques, mais il est évident qu'à action égale, nous devrons toujours préférer les médicaments les plus inoffensifs.

En dehors de ces accidents toxiques graves, il est une autre série de phénomènes secondaires qui ont également leur importance et qui s'observent même avec les antithermiques les moins dangereux. Ils portent sur divers appareils :

La quinine, plus facilement chez le sujet apyrétique que chez le fébricitant, et le salicylate de soude produisent des bourdonnements d'oreille, des vertiges, une sorte d'ivresse qui, avec la quinine, peut s'accompagner de délire. L'antipyrine détermine aussi chez quelques sujets un état particulier d'excitation cérébrale (ivresse antipyrinique de Lépine) ; l'acétanilide et la phénacétine, plutôt un peu de somnolence ou de la céphalalgie.

Parfois, ce sont des troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhée, douleurs épigastriques; la quinine, l'acide salicylique et l'antipyrine y donnent lieu plus souvent que leurs congénères.

Les exanthèmes sont très fréquents et peuvent s'observer avec tous ces médicaments ; ce sont le plus souvent des éruptions érythémateuses, roséoliformes ou scarlatiniformes; plus rarement, des éruptions papuleuses, vésiculeuses, eczémateuses, ortiées ou même pemphigoïdes. Ordinairement apyrétiques, ces exanthèmes donnent lieu parfois à une recrudescence de la fièvre existante. On a vu des œdèmes sous-cutanés et muqueux, même l'œdème grave de la glotte ; du catarrhe nasal, nasopharyngien ou bronchique ; des hémorrhagies diverses : hémoptysies,

hématémèses, hématuries, ménorrhagies, etc.; tous phénomènes que l'on attribue à la dilatation vasculaire périphérique, primitive ou secondaire, qui fait partie de l'action physiologique de tous ces médicaments et serait même, pour quelques auteurs, la cause principale ou même exclusive de leur action antithermique (Murri, Geigel). Il est difficile de se prononcer sur le plus ou moins de fréquence de ces éruptions; il me semble cependant qu'on les observe plus souvent avec l'antipyrine.

Un autre accident très commun est la cyanose, qui paraît due aux modifications de l'hémoglobine et plus ou moins accusée suivant le degré de ces modifications. Aussi est-elle de règle après l'administration des hydrazines et des dérivés de la quinoline; fréquente avec l'acétanilide, elle est plus rare avec la phénacétine et l'antipyrine, et tout à fait exceptionnelle avec la quinine.

Du côté de la circulation, on signale des intermittences cardiaques, des palpitations, de l'affaiblissement du cœur, des accès d'origine précordiale; mais on ne les a guère constatés qu'avec de fortes doses; à petites doses, l'acétanilide aurait, d'après Lépine, une action tonicardiaque, contestée par Fischer; il est de même de la quinine.

Parmi les symptômes les plus communs, il faut citer les frisons et les sueurs; celles-ci se produisent au moment de la défervescence et sont, en général, d'autant plus abondantes que la chute thermique est plus rapide; on peut les éviter ou les atténuer par l'atropine ou l'agaricine (Huchard); quant aux frissons, c'est au moment de la réascension thermique qu'ils se montrent de préférence et ils sont également plus intenses quand la réascension est brusque.

Tous ces phénomènes secondaires sont passagers, et même ceux qui sont le plus accusés et paraissent le plus effrayants pour le malade et son entourage, la cyanose, par exemple, ne présentent aucun inconvénient si l'on suspend le médicament et si les doses n'ont pas été trop considérables.

Mais autrement sérieux sont les accidents de collapsus qu'on a observés avec tous nos antithermiques, même les plus inoffensifs habituellement, et qui peuvent se produire brusquement alors que le médicament était bien toléré jusque-là et administré à doses relativement faibles, un ou deux grammes d'antipyrine (Jaccoud, Netter, Strauss), cinquante centigrammes d'acétanilide, dix centigrammes de pyrodine (observations personnelles), une dose forte de quinine, d'acide salicylique, etc.

Ces phénomènes d'intolérance s'observent de préférence chez les fébricitants, les femmes, les sujets dont les reins sont en mauvais état, ou bien encore après l'emploi de doses fortes et massives; mais ils peuvent se produire, le collapsus en particulier, en dehors de toutes ces conditions. Assez rares cependant et le plus habituellement assez bénins pour ne pas faire rejeter l'emploi de ces médicaments, ils conduisent en pratique à cette règle : d'éviter chez le fébricitant les fortes doses, de s'assurer de l'état de la perméabilité rénale; et comme il faut tenir compte de certaines susceptibilités individuelles, de tâter toujours le terrain avant d'arriver aux hautes doses, même pour les médicaments les moins dangereux : la quinine, l'acide salicylique, l'antipyrine, la phénacétine et leurs similaires.

II

En tenant compte de leur action sur la température et des phénomènes secondaires auxquels leur administration peut donner lieu, nous avons pu, par l'élimination de certains groupes, restreindre le nombre des agents proposés, et établir ainsi un choix basé sur leur valeur relative.

Mais alors se pose une question plus importante : celle de la valeur absolue, de l'utilité de nos antithermiques dans les maladies fébriles, question très complexe et encore très discutée, qui est intimement liée à celle de la nature de la fièvre, de son rôle dans la pyrexie, du mécanisme de la thermogenèse et de l'antipyrèse, et qui touche ainsi à l'un des sujets les plus vastes et les plus compliqués de la pathologie et de la thérapeutique générales. Je ne puis même indiquer tous les termes du problème, et je n'oublie pas que je dois rester sur le terrain de la clinique.

Nos antithermiques sont-ils utiles et ne peuvent-ils pas nuire? S'adressent-ils à la cause de la fièvre ou de la maladie dont la fièvre est une des manifestations? Leurs effets antithermiques entraînent-ils la disparition d'autres manifestations morbides? Diminuent-ils la durée de la pyrexie, sa gravité, ses complications? ou, au contraire, vont-ils à l'encontre d'un effort curateur et ajoutent-ils aux troubles déjà existants?

Une réponse univoque à ces diverses questions est impossible. Si on l'a faite, c'est qu'on n'a pas établi la distinction nécessaire entre les fièvres et la fièvre, entre celle-ci et l'élévation de température, qui en est le symptôme le plus apparent, entre les faits expérimentaux et les faits cliniques.

Entre la fièvre de l'infection typhoïde, celle de l'inanition, celle qui résulte de l'injection de pus septique dans les veines, et celle qui succède à un traumatisme de la colonne vertébrale, au surmenage cérébral ou musculaire, à la piqûre de Sachs-Aronsohn, il n'y a qu'un point de ressemblance : c'est l'élévation de température; tout le reste diffère. Ne voir que ce seul symptôme, sans tenir compte de ses causes, de son mécanisme, de sa filiation et des autres phénomènes qui l'accompagnent, c'est retomber dans l'empirisme d'autrefois et méconnaître les aspirations les plus légitimes de la thérapeutique contemporaine.

Il est des fièvres pour lesquelles un traitement causal s'impose : le chirurgien, sans s'efforcer, par des moyens médicamenteux, d'abaisser la température, ira chercher le foyer purulent d'où part l'intoxication pour le vider et le détruire. C'est par une antisepsie énergique et rigoureuse que l'accoucheur combat les manifestations fébriles de la puerpéralité; la fièvre des insolés et des inanitiés réclame un traitement dont l'hygiène et la diététique font tous les frais.

Or, cette indication causale, nos antithermiques peuvent-ils parfois la remplir? Prenons les cas les plus habituels. Dans les pyrexies d'origine infectieuse, peuvent-ils agir sur le microbe, cause première de l'infection et de l'intoxication? Si l'on excepte l'action spécifique universellement admise (contestée cependant par mon maître, M. Bernheim) de la quinine sur la fièvre intermittente, action directement démontrée sur l'hématozoaire de Laveran, et si l'on réserve la question de la spécificité, bien plus discutable, malgré l'ingénieuse hypothèse de Binz, de l'acide salicylique dans le rhumatisme articulaire aigu, nos antithermiques ne sont que des antiseptiques banals. Leur action cependant, si faible qu'elle soit, n'est pas négligeable *a priori*. S'ils arrivent au contact du foyer microbien primitif, ils peuvent, sans tuer l'agent infectieux, entraver sa vitalité, ralentir son activité sécrétoire, et diminuer ainsi l'intoxication de l'organisme par les poisons bactériens. Les différences dans l'action curative de nos médicaments pourraient s'expliquer ainsi par une différence dans leur action antiseptique; la quinine n'agit-elle pas sur le bacille d'Eberth, et son efficacité dans la grippe et l'érysipèle

ne tiendrait-elle pas à ce que le même streptocoque est l'agent infectieux des deux affections en apparence si dissemblables? Mais le plus habituellement cette action antiseptique est insuffisante ; l'intoxication est déjà avancée quand la fièvre qui la révèle appelle notre intervention.

Aucun fait concluant ne permet d'affirmer que nos antithermiques puissent agir chimiquement sur les matières pyrétogènes d'origine bactérienne ; peuvent-ils neutraliser, pour les rendre inoffensifs, les déchets d'une désassimilation défectueuse ou favoriser la destruction et l'élimination de ces matériaux nuisibles? D'après l'expérimentation, il semble, au contraire, que la plupart de nos agents entravent plutôt la dépuration urinaire, et favorisent la rétention des produits toxiques fabriqués par le bacille ou l'organisme, ainsi que le montre l'abaissement du coefficient urotoxique pendant leur administration (Roque et Weill). Seuls les acides organiques, benzoïque, anisique, salicylique, sont de véritables éliminateurs. Remarquons que c'est à l'acide benzoïque, le moins actif sur la température, qu'appartient le maximum d'action dans ce travail de dépuration organique, tandis que l'acide salicylique y réussit beaucoup moins, et qu'aux doses nécessaires pour produire l'abaissement de la température, tous ces acides irritent les reins, si souvent altérés déjà et en état d'insuffisance fonctionnelle dans les infections ou les auto-intoxications graves. Cette dépuration d'ailleurs serait mieux assurée par d'autres moyens.

Vient la fièvre nerveuse. Il est certain que la régulation thermique est fonction du système nerveux, et que c'est à un trouble de cette régulation qu'il faut le plus souvent attribuer la production de la fièvre. Je n'ai pas à rechercher ici si cette fonction thermo-régulatrice est dévolue au système nerveux tout entier (Mosso), appartient à un centre ou bien est répartie sur plusieurs; quel est leur siège; s'il s'agit de centres thermolytiques, thermogénétiques ou thermotaxiques, d'une action excitante ou paralysante. Il est probable que les matières pyrétogènes produisent la fièvre par l'intermédiaire du système nerveux ; mais en admettant même comme démontré que nos agents portent d'une façon élective sur les centres de régulation de la température, il est évident qu'ils agiraient non sur la cause, mais sur le mécanisme de la fièvre (Bernheim).

On a produit expérimentalement la fièvre par une atteinte portée directement sur les centres thermiques supposés (Tschechichin, Sachs et Aronsohn, Frédéricq, Girard, etc.). L'écrasement de la moelle entraîne une élévation de température ; on explique de même, sans tenir compte de l'intervention possible d'un agent infectieux ou d'un trouble nutritif, l'hyperthermie de l'état de mal épileptique et la fièvre hystérique. Or, dans ce cas, où elle devrait être surtout manifeste, l'influence de nos antithermiques est loin d'être démontrée ; et si l'on admet, avec M. Bouchard, que certains accès fébriles, survenant à la suite d'une excitation nerveuse psychique ou sensorielle, s'observent surtout chez des sujets à système nerveux nativement ou accidentellement débilité, il serait au moins singulier de vouloir les combattre par des agents qui sont eux-mêmes des dépresseurs nerveux.

De fait, à part certains cas exceptionnels qui se rattachent à leur action spécifique, antiseptique et non à leur action antithermique, nos médicaments ne s'attaquent pas à la cause de la fièvre ; ils abaissent la température d'une façon passagère tant qu'ils sont dans l'organisme en quantité suffisante; la chute thermométrique ne survit pas à l'élimination du médicament; ils n'enraient pas la maladie, mais donnés à doses suffisantes et suffisamment répétées, ils peuvent la faire évoluer à une température à peu près normale.

Or, cette évolution athermique présente-t-elle des avantages? Pour ceux qui admettraient encore avec Liebermeister et son école, que le danger des fièvres réside surtout dans la fièvre, l'indication d'abaisser la température est capitale et nos antithermiques qui l'abaissent plus facilement et plus sûrement peut-être que d'autres moyens sont d'une utilité incontestable. Au contraire, ceux qui, avec Naunyn, Unverricht, etc., considèrent la fièvre comme une réaction favorable contre la cause morbide, qui, revenant à l'ancienne idée du *febris vis medicatrix naturæ*, y voient toujours un effort curateur, l'antipyrèse en général est une faute et nos antithermiques doivent être rejetés. Il y a là une exagération de part et d'autre. L'élévation de température ne constitue certainement pas tout le mal; on ne saurait y rapporter tous les symptômes morbides, toutes les lésions organiques, surtout dans les maladies fébriles les plus communes, les pyrexies infectieuses ou toxiques.

Les grands troubles nerveux, l'ataxie, l'adynamie, les dégénérescences parenchymateuses dépendent de l'infection et non de l'hyperthermie; s'ils coïncident souvent avec des températures excessives, on peut les rencontrer avec des températures moyennes ou faibles; l'hyperthermie peut indiquer la gravité de la maladie, elle ne la produit pas (Bouchard); elle est le baromètre qui annonce l'orage; briser l'instrument n'est pas conjurer la tempête (Glaeser).

La consomption fébrile, sans présenter les dangers qu'on lui a attribués et sans être aussi générale qu'on l'a dit, n'est pas niable; l'expérimentation et la clinique sont d'accord sur ce point. La quantité de matière organique détruite augmente, le plus souvent cependant dans des limites assez restreintes; mais ce qui est plus important : malgré une consommation plus active d'oxygène (Regnard), l'oxydation de la matière détruite est moins complète que dans la vie normale; les extractifs égalent et peuvent même dépasser le chiffre de l'urée, le coefficient d'oxydation a diminué (A. Robin), le coefficient urotoxique augmente (Bouchard). Or nos antithermiques abaissent les oxydations, diminuent la faculté du globule d'absorber l'oxygène qui doit parfaire une désassimilation incomplète; ils retiennent dans l'organisme (exception faite pour les acides aromatiques) ces produits imparfaitement oxydés et, par conséquent, aggravent l'intoxication.

L'élévation de la température s'accompagne encore d'une accélération de la respiration et des battements du cœur. La dyspnée thermique, comme l'avait dit Lorain, est plutôt modératrice de la température centrale, et d'ailleur, nos antithermiques n'ont sur la respiration aucune action manifeste. Quant à l'accélération du cœur, elle n'est pas dangereuse; le cœur bat plus vite, mais le travail qu'il effectue est moindre, les résistances périphériques sont diminuées, l'épuisement n'est pas à craindre, à moins cependant que le cœur lui-même ne soit touché par l'infection et que des lésions ou des troubles pulmonaires (ce qui est fréquent) ne viennent s'ajouter aux altérations cardiaques. Or nos médicaments, aux doses fortes et souvent répétées, nécessaires pour obtenir un abaissement de quelque durée, ont une action déprimante sur le cœur; et, l'infection elle-même déversant dans l'économie des toxines cardio-paralysantes, ils ajoutent leur action funeste à celle des poisons bactériens ou organiques.

Admet-on, avec M. H. Roger, que l'hyperthermie agit directement et par elle-même sur le foie et lui enlève la propriété de détruire, de neutraliser, d'éliminer certaines toxines, il faut avouer que nos antithermiques sont des

adjuvants de l'hyperthermie, car ils abaissent l'activité fonctionnelle du foie, ainsi qu'en témoigne la diminution de la consommation et de la formation du glycogène hépatique (Lépine).

Si la fièvre peut, sous certaines conditions et dans certaines limites, présenter des avantages; si elle favorise, en augmentant les combustions, la destruction des toxines et des matières extractives de l'économie, si elle développe l'action phagocytaire, elle peut aussi, même sans atteindre les chiffres excessifs de 42 à 43° qui sont exceptionnels en pathologie humaine, avoir de réels inconvénients. Quand elle dépasse la mesure comme intensité ou comme durée, elle favorise les fermentations au sein des tissus (Frédéricq), elle développe l'action toxique des alcaloïdes (exp. de Saint-Hilaire avec la cocaïne), peut-être des ptomaïnes; et ce qui est pour nous plus important, elle détermine, vers 40, 41°, un état appréciable de rigidité musculaire et agit directement sur les centres nerveux; la céphalalgie, le délire, les convulsions, les courbatures, d'autres malaises subjectifs peuvent dépendre de l'élévation thermique excessive, en dehors de l'infection ou de l'intoxication. L'hyperthermie, surtout quand elle se prolonge, doit donc être combattue; mais par quels moyens?

Je n'ai pas ici à prendre la défense de la méthode réfrigérante (bains froids, bains tièdes graduellement refroidis, lotions froides, etc.); mais il serait facile de montrer que tout en augmentant, comme nos antithermiques, la déperdition de calorique, elle favorise les oxydations, stimule le système nerveux, relève le tonus vasculaire, combat l'adynamie, active la nutrition cellulaire et excite les fonctions sécrétoires et dépuratives de l'économie. A tous ces points de vue, elle est supérieure à l'antipyrèse médicamenteuse.

Ces vues un peu doctrinales me semblent pleinement confirmées par la clinique.

La quinine reste le médicament par excellence, le médicament nécessaire du paludisme, puisqu'elle tue l'élément parasitaire dans le sang du malarique; non seulement elle combat la fièvre, comme peut le faire l'antipyrine ou la phénacétine (Bernheim), mais elle fait disparaître tous les autres symptômes de l'intoxication: tuméfaction de la rate et du foie, hydropisies, congestions, névralgies, etc., ce que ne fait aucun autre de nos antithermiques.

Comme le rhumatisme articulaire, sans que sa spécificité soit aussi évidente que celle de la quinine dans la malaria, le salicylate de soude est le médicament de choix; d'autres agents peuvent comme lui abattre la température et calmer les douleurs, ils ne font pas rétrocéder le processus inflammatoire.

Hors ces cas, nos antithermiques ne font avorter aucune maladie fébrile; ils n'en abrègent pas la durée. Sans doute quelques auteurs ont prétendu que l'antipyrine, par exemple, hâte la défervescence de la pneumonie (Clément), que les fièvres typhoïdes abortives deviennent plus nombreuses; mais on sait combien la question est délicate. Le plus souvent il s'agit d'impressions personnelles; pour ma part, je n'ai jamais rien vu de semblable. J'ai vu, comme tout médecin, sans traitement, des pneumonies graves, hyperthermiques, s'arrêter le quatrième, le cinquième jour; j'en ai vu traitées par les antithermiques durer neuf jours et plus et être fatales. Si je compare, dit M. Bernheim, le nombre des fièvres typhoïdes traitées par le sulfate de quinine, l'antipyrine, etc., devenues abortives, au nombre de celles qui le sont devenues sans médication, je ne constate aucune différence, pas plus que je n'en constate dans la durée des deux séries. L'observation clinique montre qu'un bon nombre de maladies infectieuses ont une marche cyclique indépendante de la température et du traitement, et si quelques cas ont parfois une durée moins longue, il n'y aucune relation à établir entre cette évolution écourtée et le chiffre thermique.

Nos antipyrétiques diminuent-ils la gravité de la maladie, le danger des complications? Les faits répondent encore par la négative. Il est des pyrexies graves qui évoluent et tuent sans que le thermomètre ait jamais accusé un degré élevé; il en est d'autres qui, même avec une température excessive, se terminent par la guérison dans le délai normal.

Quelques cliniciens ont vu, sous l'influence des antithermiques l'état général s'améliorer, le délire disparaître, les complications faire défaut, la convalescence marcher plus vite (Clément, Desplats): je ne le nie pas; je ne l'ai jamais observé dans une fièvre *grave*; mais j'ai, comme tant d'autres, vu persister l'adynamie, la stupeur, les accidents cardiaques, etc.; j'ai vu se produire même une aggravation des symptômes observés jusque-là. Il m'est arrivé de faire évoluer des fièvres typhoïdes, en maintenant, par une administration méthodique de l'antipyrine ou de la phénacétine, la température aux environs de 38°; je n'y ai rien gagné, il n'en est résulté pour le malade aucun effet salutaire. On a dit que chez des tuberculeux dont on abat la fièvre par l'antipyrine ou un de ses similaires, on observe un état particulier de bien-être, le retour de l'appétit et du sommeil, voire même un arrêt de l'évolution tuberculeuse. Mais on observe aussi du collapsus qui peut être grave, des sueurs profuses qui accablent le malade, et d'ailleurs, si l'appétit reparaît, si le sommeil revient, si la tuberculose s'arrête, ce n'est pas aux antithermiques seuls, mais à toutes les médications concomitantes que revient le mérite de cette amélioration. En abaissant systématiquement la température, le médecin se prive, sans grand profit pour le malade, d'un élément important d'appréciation; c'est d'après le tracé thermique qu'il juge dans bien des pyrexies de la marche régulière ou anormale de la maladie, et l'abaissement tout artificiel qu'il obtient par les antithermiques n'est le plus souvent qu'un masque d'apyrexie, sans aucune valeur (Renaut), un trompe-l'œil (Jaccoud).

J'ajoute cependant que dans certaines affections fébriles peu graves, dans des grippes légères, dans l'angine herpétique, etc., où la température se trouve brusquement portée à un taux très élevé, nos antithermiques qui sont également analgésiques, ne l'oublions pas, peuvent, en abaissant la température qui les tient directement sous sa dépendance, faire cesser la céphalée, le délire, les courbatures, la sensation pénible de chaleur mordicante et, par les sueurs qu'ils provoquent, le sentiment d'ardeur et de sécheresse de la peau qui fatigue les malades; procurer, en un mot, cette euphorie dont on a tant parlé. Ce sont là, à mon sens, les seules indications de l'antipyrèse médicamenteuse: élévation brusque de la température, réaction nerveuse excessive, caractère passager de la fièvre, bénignité de l'infection.

Hors de là, s'ils n'ont pas toujours tous les inconvénients que paraît indiquer la théorie, ils sont au moins inutiles et les quelques bénéfices passagers qu'on en peut tirer ne me semblent pas compenser les dangers qu'ils font courir aux malades.

III

Médicaments très contestables de la fièvre, les agents dont nous nous occupons ont conquis rapidement une grande place dans la thérapeutique de la douleur et ne sont guère discutés comme analgésiques.

Leurs effets antalgiques, que la clinique avait tout

d'abord découverts, ont trouvé leur confirmation et leur interprétation dans l'expérimentation physiologique. Il s'agit, comme nous l'avons vu, d'une action centrale, s'exerçant primitivement et d'une façon prédominante sur les lieux de réception et de perception sensitive, mais s'étendant à tout l'axe cérébro-spinal. Ainsi s'expliquent les résultats avantageux obtenus dans quelques cas d'épilepsie (Dujardin-Beaumetz), de chorée (Legroux), de coqueluche (Dubousquet-Laborderie), d'asthme (G. Sée), de polyurie d'origine bulbaire (Huchard), de goître exophthalmique (Du Cazal), etc.

Cette action analgésiante n'est qu'une des expressions de leur action nervine, mais c'est la plus apparente, la mieux connue, la plus souvent utilisée. Elle se retrouve dans tous les médicaments du groupe, et j'ai développé plus haut cette idée, qu'elle s'exalte par l'introduction dans le noyau primitif d'un radical alcoolique, surtout méthylique.

Insignifiante ou peu marquée chez un sujet sain (Lépine, Herczel), elle est surtout prononcée chez l'homme en proie à la douleur. Ici encore l'action sédative est d'autant plus évidente que le système nerveux est en état d'éréthisme (Lépine).

L'analgésie peut s'accompagner de la plupart des phénomènes accessoires signalés à propos de l'action antithermique; les accidents sont cependant moins à craindre chez le sujet apyrétique; le collapsus est exceptionnel, les éruptions, la sueur, la cyanose, sont plus rares et le globule sanguin étant moins vulnérable, on pourra employer comme analgésiques des agents qu'il faut exclure dans la fièvre: tels l'acétanilide, la pyrodine même. Il y a cependant une contradiction : c'est l'anémie dont toutes les variétés ont comme caractère commun la diminution de l'hémoglobine et de la valeur globulaire. La fréquence de l'anémie chez les femmes et les jeunes filles explique pourquoi la cyanose s'observe plus souvent chez celles-ci que chez les hommes vigoureux.

Les nouveaux analgésiques ont été essayés dans la plupart des affections douloureuses; le rhumatisme fébrile et apyrétique, les céphalées, la migraine, les névralgies, les douleurs des névrites et celles du tabes, les douleurs des cardiaques et des tuberculeux, les viscéralgies les plus diverses, etc.

Prônés sans restriction par les uns, ils ont échoué souvent entre les mains d'autres expérimentateurs, et de fait, il ne faut pas s'attendre à les trouver souverains dans tous les cas. Remarquables par leurs effets chez un sujet, ils ne calmeront pas chez un autre une douleur d'intensité égale et de cause identique; tel combattra avantageusement par la phénacétine une migraine qui aura résisté à l'antipyrine ou à l'exalgine et *vice versa*.

En tout cas, à part l'action spécifique causale de la quinine sur les névralgies d'origine paludéenne et celle du salicylate de soude sur le rhumatisme fébrile généralisé, ils n'agissent que sur un symptôme, ils ne mettent pas à l'abri des retours de la douleur tant que la cause elle-même n'aura pas été écartée.

Comme rapidité, comme constance, comme énergie d'action, aucun ne vaut l'ancienne injection sous-cutanée de morphine. Les injections d'antipyrine, vantées il y a quelques années (G. Sée), sont à peu près abandonnées, en raison de l'intensité des douleurs que déterminent les solutions fortes; et les injections plus récemment conseillées d'acide phénique ne paraissent pas avoir plus d'avenir. Contre les tortures si terribles parfois de la colique hépatique, certaines douleurs fulgurantes ou térébantes du tabes, l'injection de morphine est encore, à l'heure actuelle, notre suprême ressource; quand elle échoue, nos analgésiques ne sauraient en avoir raison, et l'anesthésie générale arriverait seule à les calmer. Mais étant donnés les inconvénients et les dangers de la morphine, il sera bon de recourir, chaque fois que ce sera possible, à des médicaments qui, sans être inoffensifs, n'entraînent pas l'accoutumance ni les effets fâcheux de l'habitude.

Quant à dire quel est parmi nos analgésiques le meilleur, et quelles sont les indications spéciales à chacun d'eux, il est d'autant plus difficile de le faire qu'un bon nombre de ces agents n'ont pas été suffisamment expérimentés; que pour ceux même qui ont été le plus étudiés, l'accord est loin d'être établi, et qu'enfin, comme pour leur valeur antithermique, les études comparatives concluantes font défaut.

Il faut tenir compte, en effet, des dispositions individuelles chez le malade, des inconvénients inhérents à chaque médicament, et aussi de l'intensité, du caractère et, sans doute, du siège même de la douleur. A ce propos, je rappelle une observation récente de Guibbaud et Langlois : une malade souffrant, à la fois d'une névralgie du trijumeau et d'une sciatique, prend un gramme d'antipyrine; cette dose suffit pour faire disparaître la douleur du nerf crânien, mais il faut trois grammes pour atténuer celle du nerf sciatique. Les cellules des centres supérieurs sont-elles plus facilement impressionnées par l'antipyrine que les cellules de la moelle? quelques-uns de nos analgésiques ont-ils une action élective sur certains points de l'axe cérébro-spinal, comme on l'a admis pour l'exalgine sur les portions bulbaires (pour l'aconitine sur les noyaux d'origine du trijumeau), ou s'agit-il seulement d'une différence d'activité analgésique? l'acétanilide, la métylacétanilide, la pyrodine, plus énergiques que l'antipyrine ou la phénacétine, agissent-ils à plus faible dose sur les centres cérébro-bulbaires inférieurs et médullaires que les premiers n'influencent qu'à doses fortes? Je ne puis que poser la question.

Quoi qu'il en soit et d'une façon toute générale, je place en première ligne l'antipyrine, tant en raison de la rapidité de son action que de son innocuité relative. Ses effets analgésiques sont surtout remarquables contre les douleurs articulaires du rhumatisme fébrile ou apyrétique et de la goutte où il remplace souvent avantageusement le salicylate de soude, contre la migraine, les névralgies congestives, la céphalée de surmenage, les viscéralgies.

Après lui, je range la phénacétine, moins constante et moins rapide dans ses effets, souvent d'activité un peu plus faible, mais ordinairement mieux tolérée et habituellement aussi mieux supportée par l'estomac. Ses indications paraissent être celles de l'antipyrine; elle serait surtout un bon médicament dans les névralgies fugaces et variables des hystériques et des neurataxiques (Dujardin-Beaumetz), mais on sait combien chez ces malades l'illusion est facile.

Puis viennent l'exalgine et l'acétanilide, non qu'ils soient moins puissants que les deux précédents, ils sont au contraire plus actifs; mais à cause de leur action nocive sur le sang qui peut n'être pas négligeable quand il faut répéter souvent leur administration, par exemple dans les névralgies invétérées, les douleurs du tabes et des névrites contre lesquelles d'ailleurs elles peuvent réussir quand échouent la phénacétine et l'antipyrine même à très hautes doses. Au besoin même j'essaierais la pyrodine, mais toujours d'une façon très passagère et à faible dose, si l'action des autres nervins était épuisée.

Une observation encore : MM. Bouchard et Lépine ont mis hors de doute les avantages de l'association de plusieurs antiseptiques; on a essayé l'association de plusieurs antithermiques (quinine et antipyrine, phénacétine et acétanilide ou la combinaison des antithermiques et des méthodes réfrigérantes) (Liebermeister,

Ziemssen, etc.); on peut aussi avec avantage associer les analgésiques et obtenir ainsi des effets supérieurs à ceux que peut donner le médicament à action plus faible, tout en évitant les inconvénients inhérents à l'emploi d'une dose forte de la substance la plus active. L'association de l'exalgine et de la phénacétine m'a donné d'excellents résultats.

Je résumerai cette étude, très longue tout en n'effleurant que certains points et en laissant dans l'ombre bien des questions importantes, dans les quelques propositions suivantes :

1° Les nombreux médicaments qui composent le groupe assez mal délimité des antithermiques analgésiques, se caractériseut par leur action protoplasmique, leur action sanguine et surtout leur action nerveuse.

2° La prédominance ou l'exagération de l'une ou de l'autre de ces actions est en rapport avec leur constitution chimique et détermine les différences de leurs effets thérapeutiques et des accidents qu'ils peuvent produire.

3° Ils ne s'adressent dans l'immense majorité des cas qu'à un symptôme : élévation de température ou douleur.

4° Comme antithermiques ou plutôt antihyperthermiques, ils peuvent avoir dans certains cas une action favorable; le plus souvent ils sont inutiles ou dangereux.

5° Comme analgésiques, ils occupent une place importante et incontestée dans la médication de la douleur.

La discussion qui va s'ouvrir montrera ce que mon opinion peut avoir d'erroné ou de trop exclusif.

L'étude expérimentale des antithermiques analgésiques a été faite devant le Congrès par **M. Laborde**, en un rapport étudié dont voici les conclusions :

I. Il existe un groupe de composés chimiques dont l'action pharmaco-dynamique s'exprime simultanément et solidairement par une modification, des fonctions *thermique* et de *sensibilité*: modification, d'abord et passagèrement, *en plus* ou d'excitation; ensuite et définitivement, *en moins* ou de dépression.

Cette action justifie pleinement la qualification d'*antithermiques-analgésiques* attribuée à ces composés.

II. Ils appartiennent primordialement au groupe *quinique* et à ses dérivés naturels ou synthétiques; et, secondairement, aux dérivés de la benzine, dont la chimie a découvert, depuis quelques années, un si grand nombre.

Le premier groupe, groupe *quinique*, constitue le type des antithermiques, doués en même temps des propriétés *antipyrétiques* et *antipériodiques* caractéristiques.

Le second groupe, groupe phénolique ou benzoïque, jouit essentiellement des propriétés *analgésiques* : son pouvoir antipyrétique, qui paraît surtout s'exercer dans le type *continu*, est accessoire relativement à l'action analgésique, et il semble relever d'une influence modificatrice et toxique sur les éléments du sang.

III. L'action pharmaco-dynamique des *antithermiques-analgésiques* s'exerce primitivement et essentiellement sur le *système nerveux*; et d'une façon prédominante et *élective* sur les centres ou foyers encéphaliques de sensibilité.

Cette prédominance et cette électivité d'action, rapprochées de la simultanéité des modifications thermiques et de sensibilité, conduisent à cette déduction physiologique que les *centres sensitifs et thermiques sont superposés dans l'organisme.*

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Syringomyélie avec atrophie unilatérale (Syringomyelia with marked unilateral atrophy), par Bochweh (*Medical News*, 20 avril 1895, n° 16, p. 431). — Un mulâtre âgé de seize ans, sans antécédents héréditaires, a remarqué il y a six ans une ulcération sur l'un des doigts de la main droite, ulcération par laquelle se sont éliminés de petits séquestres. Il affirme que la plaie a toujours été indolore. Quelque temps après, un autre ulcère se développait au-dessus de la région du poignet et atteignant la largeur d'une pièce de un franc. Il a remarqué presque en même temps que sa main droite était faible. Il ne présente pas de troubles mentaux. Les muscles de l'avant-bras et de la main à droite sont notablement atrophiés, l'atrophie porte aussi sur les muscles du tronc du même côté et sur les muscles dorso-lombaires. Il en résulte une scoliose prononcée avec courbure dirigée à droite. Les muscles de la jambe et de la cuisse droites sont atrophiés, par contre les muscles de la moitié gauche du corps non seulement sont normaux, mais encore paraissent successivement développés. La sensibilité tactile est partout conservée. La sensibilité thermique est très diminuée dans les régions atrophiées et particulièrement à la main, il y a aussi de l'analgésie. La réaction galvanique et faradique est diminuée dans les muscles des éminences thénar et hypothénar mais sans réaction de dégénérescence. Pas de contractions fibrillaires. Les réflexes patellaires sont abolis des deux côtés. Pas de troubles oculaires. L'auteur pense que la présence du panaris analgésique que le malade a eu autrefois est une preuve de l'identité de la maladie de Morvan et de la syringomyélie.

Ptosis congénital unilatéral (Case of unilateral congenital Ptosis), par Mary Putnam Jacobi (*Medical record*, 23 février 1895, p. 227). — Chez un enfant âgé d'un an et bien développé à tous les points de vue, l'auteur a remarqué un léger enfoncement du globe oculaire gauche dans son orbite et la paupière était tombante, tantôt en totalité, tantôt partiellement. L'orbiculaire du même côté semblait être moins développé. Le même globe oculaire présentait du nystagmus et des tics. Les pupilles étaient égales et réagissaient normalement à la lumière; tous les autres muscles du globe oculaire et de la face étaient intacts. Le ptosis est survenu quelques semaines après la naissance et il était complet. Dans la littérature il y a un certain nombre de cas de paralysie oculaire congénitale, mais il est exceptionnel de voir un seul muscle pris comme dans le cas actuel. En effet, Mœbius a rapporté plusieurs cas de paralysie double du facial et de l'abducens et pense qu'il s'agit là d'une entité morbide qu'il a désigné sous le nom de paralysie congénitale du facial et de l'abducens et qu'il considérait comme d'origine nucléaire. Il y a quelques années Lawford a présenté à la Société ophthalmologique de Londres une famille composée du père et des enfants qui tous étaient atteints de ptosis bilatéral avec abolition des mouvements des muscles droits. Comme le ptosis chez l'adulte est le plus souvent d'origine syphilitique, d'après l'auteur on devait penser tout d'abord à l'influence de la syphilis héréditaire. Mais l'enfant est très bien portant et ne présente aucune trace de la diathèse. Du reste d'après Mackensie, le ptosis est un phénomène rare dans la syphilis congénitale.

Ramollissement du pli courbe avec ptosis du côté gauche (Note of a case of softening of the right angular gyrus with leftsided ptosis), par Herter (*The Journal of Nervous and Mental Disease*, n° 1, p. 18. Janvier 1895). — Un homme âgé d'environ soixante ans est apporté à l'hôpital en état de coma. Par l'examen on constata des signes de tuberculose pulmonaire; les battements du cœur étaient faibles et accélérés, le pouls radial imperceptible; le bras droit et la jambe d'un côté flasques et ne répondaient que par des mouvements très peu accusés à des excitations douloureuses. La face n'était pas prise. Réflexes patellaires abolis, ptosis gauche incomplet; la pupille gauche légèrement dilatée réagissait moins bien que la pupille droite. L'auteur admit une hémiplégie causée à son avis, par un ramollissement de la protubérance. Le malade étant mort, on trouva à l'autopsie un foyer circulaire de ramollissement de trois centimètres de diamètre et occupant le pli courbe. La substance blanche était aussi intéressée. L'auteur rapporte le ptosis gauche à cette lésion du pli courbe de l'hémisphère droit, tandis que l'hémiparésie droite pourrait être due à l'urémie causée par la néphrite suppurée qu'il a trouvée dans les reins à l'autopsie.

MÉDECINE

Sérum anti-typhique (Ueber Typhus Heilscrum), par Klemperer et Lévy (*Ber. klin. Woch.*, 1895, n° 28, p. 602.) — Le sérum anti-typhique dont se sont servi les auteurs chez cinq malades atteints de fièvre typhoïde, provenait des chiens immunisés par les procédés habituels. Le traitement était commencé au cours du premier septenaire et consistait en l'injection pendant trois jours consécutifs, de vingt centimètres cubes de sérum.

Dans tous les cinq cas la fièvre typhoïde a évolué d'une façon très légère : trois jours après l'injection survenaient déjà les remissions matinales; l'apyrexie apparaissait à la fin du second ou au commencement du troisième septenaire.

La fièvre typhoïde n'est donc pas coupée par le sérum; mais ce dernier, du reste fort bien supporté par les malades, semble, du moins, imprimer une marche particulièrement bénigne à l'affection.

Psoriasis et arthropathie (Ueber das Verhaltniss von Schuppenflechte zu Gelenkerkrankungen) par Eger, (*Berl. klin. Woch.*, 1895, n° 27, p. 586.) — Les trois observations que publie l'auteur sont destinées à soutenir l'hypothèse des rapports entre le psoriasis, les arthrites et de l'hérédité nerveuse. Dans deux de ces observations les malades avaient du psoriasis et des arthropathies tandis que dans leurs antécédents héréditaires on trouvait la paralysie générale chez un frère, et dans la seconde observation, une paralysie agitante chez la mère et une affection nerveuse chez une tante. Dans la troisième observation le malade avait un psoriasis simple, mais sa mère très nerveuse, était atteinte d'arthrite déformante.

CHIRURGIE

Technique et indications de l'hystérectomie vaginale dans les affections graves des annexes (Ueber die Technik, und die Indicationen der vaginalen Hysterectomie, speciell bei schwerer Adnexerkrankung), par Duhrssen (*Arch. f. Gynækol.*, 1895, vol. 49, p. 324). — Conclusions : 1° A l'aide de l'incision vagino-périnéale, on peut faire en toute sûreté l'hystérectomie vaginale totale même en cas d'étroitesse du vagin et de volume considérable de l'utérus (l'incision vagino-périnéale est l'incision coudée à angle droit, portant sur le vagin et le périnée et qui non seulement coupe le vagin, mais sectionne encore l'élévateur de l'anus, le constricteur du vagin et ouvre le creux ischio-rectal. Cette incision passe au milieu de l'espace compris entre la tubérosité de l'ischion et l'anus.)

2° Si les culs-de-sac vaginaux sont étroits, on peut élargir la voie soit par des incisions superficielles ajoutées à l'incision principale, soit par une longue incision de la paroi antérieure au vagin avec décollement des lambeaux vaginaux de la vessie.

3° L'incision vagino-périnéale fait disparaître les obstacles du côté des parties molles du bassin et permet l'extirpation d'un utérus des dimensions d'une tête d'adulte, sans morcellement ni application de pinces.

4° Le morcellement doit être rejeté quand il s'agit des tumeurs malignes de l'utérus, ce procédé exposant à l'infection spécifique de la plaie. Il faut également renoncer à l'emploi des pinces qui rendent impossible la suture du péritoine ouvert.

5° Tout en reconnaissant la valeur de la castration vaginale totale dans les affections graves des annexes, l'auteur lui préfère pourtant la laparotomie qui permet de conserver l'utérus sain, peut-être encore une portion saine des ovaires, et n'expose pas aux dangers de la thrombose et de l'embolie.

6° Les inconvénients de la laparotomie peuvent être évités par une technique appropriée et par la substitution de la laparotomie vaginale à la laparotomie ventrale.

7° La laparotomie vaginale réunit les avantages de la laparotomie ventrale et de l'hystérectomie vaginale, et doit être employée de préférence à toute autre méthode dans les affections des annexes, la pelvi-péritonite, les fibromyomes du corps de l'utérus, la rétroflexion mobile ou fixe de l'utérus, les plaies de l'utérus.

BIBLIOGRAPHIE

Traité d'hygiène publique et privée, par le docteur J. Rochard. Battaille, 1895.

Mettant à profit les documents accumulés dans les volumes successifs de l'*Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique*, M. J. Rochard en donne comme une réduction dans le *Traité d'hygiène publique et privée*, dont trois fascicules viennent déjà de paraître avec une parfaite régularité. Cette nouvelle œuvre témoigne une fois de plus des éminentes qualités de son auteur qui lui ont fait une si éclatante notoriété et lui ont permis de jouer un rôle important dans le mouvement si considérable de l'hygiène contemporaine.

A lire les premiers fascicules de cet ouvrage, il est facile de se rendre compte du plan suivi et du but qu'il est appelé à remplir. M. J. Rochard ne craint pas de penser que la plupart des livres écrits en vue de vulgariser les notions d'hygiène sont insuffisants au point de vue scientifique et il estime, d'autre part, que les ouvrages plus techniques, plus complets, sont en général trop considérables. Nous n'y contredisons pas, à condition qu'on veuille bien se rendre compte des besoins de chacune des catégories très diverses de lecteurs auxquels l'hygiène s'adresse. Les uns, et c'est assurément le plus grand nombre, ont surtout besoin d'indications générales, aussi précises que possible ; ils y prennent plaisir comme à un de ces romans scientifiques si malheureusement mis à la mode ; les autres veulent avoir des notions très exactes qui leur permettent de trouver des solutions aux problèmes, toujours très complexes, que l'hygiène est appelée à résoudre, ce sont les techniciens sanitaires, qu'ils soient médecins, architectes, ingénieurs, chimistes, administrateurs, etc. ; il leur faut un exposé sobre, mais très au courant, et qui impose la conviction.

M. Rochard a tenu, de son côté, à faire une œuvre d'un caractère moins tranché, plus mixte pourrait-on dire, et qui puisse être utile à tout le monde. Y aura-t-il réussi ? Nous le croyons ; car il nous semble qu'après avoir lu ses trois premiers fascicules, nous n'en sommes pas moins désireux de posséder et de lire souvent les autres ouvrages qui répondent mieux à l'une ou à l'autre des catégories de lecteurs, gens du monde ou hygiénistes, dont nous parlions tout à l'heure.

Ce qu'il est intéressant de constater également, c'est la rapidité avec laquelle l'hygiène se transforme aujourd'hui et les progrès incessants qu'elle fait. Qu'on lise en effet les divers chapitres consacrés dans ce nouvel ouvrage à l'assainissement de l'habitation, même à l'étude des airs, des eaux et des lieux qui en forment une partie importante, et l'on ne tarde pas à s'apercevoir que ces pages qui datent d'hier, ne sont plus déjà au courant d'un certain nombre de modifications nouvelles, toutes récentes il est vrai, mais qui ont acquis droit de cité depuis la publication des pages de l'Encyclopédie. Tant il est vrai que les questions d'hygiène se transforment dans leurs applications avec une promptitude qu'il est devenu malaisé de suivre.

Il n'en est pas moins vrai que, sur la plupart des points, l'ouvrage de M. J. Rochard renferme des indications qui se trouvent encore d'actualité et qu'au point de vue de l'histoire des transformations de l'hygiène à notre époque, il fera date. De nouvelles éditions, qui ne tarderont pas sans doute, permettront aisément de remédier à ces quelques inconvénients. Aussi ne cessera-t-il pas d'être d'une lecture agréable et utile pour tous ceux qui aiment à relire des exposés intéressants, écrits d'une plume alerte et facile, et à se rendre compte des moyens de vulgarisation d'une science qu'il importe à tous les gens instruits de savoir tout au moins apprécier, tout en laissant aux spécialistes la recherche des principes et des modes d'application d'après des données essentiellement positives.

A.-J. M.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

QUARANTE-DEUXIÈME ANNÉE N° 34 24 AOUT 1895

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

BULLETIN

Le Congrès français de médecine.

Sa 2e session à Bordeaux.

La *Gazette* et le *Mercredi médical* ont commencé et continueront à rendre compte des séances du Congrès de médecine de Bordeaux.

Nous voulons ici jeter un coup d'œil d'ensemble sur cette réunion, résumer l'impression générale qu'elle a produite chez tous ceux qui ont eu la bonne fortune d'y assister et les conséquences qu'elle doit avoir sur l'avenir du Congrès français de médecine.

Renouvelant et rénovant un essai tenté il y a plus de trente ans, nos confrères de Lyon avaient eu l'heureuse idée de réunir l'an dernier dans leur ville le premier congrès français de médecine et leur tentative a été couronnée d'un plein succès. Mais si le congrès a été fondé à Lyon par les médecins lyonnais, on peut dire sans exagération qu'il a reçu sa consécration définitive à Bordeaux, grâce aux médecins bordelais. Sa vitalité est désormais démontrée, son existence est établie, les autres centres universitaires qui nous recevront dans l'avenir n'auront qu'à suivre l'impulsion déjà donnée pour en assurer la prospérité et le développement progressif. Une fois encore, les médecins girondins, à l'initiative desquels nous devons l'Association générale des médecins de France et le Congrès français de chirurgie, auront l'honneur d'avoir largement contribué à poser un jalon utile à la médecine de notre pays.

Œuvre de décentralisation scientifique, le Congrès français de médecine marquera une étape dans un mouvement qui s'affirme de plus en plus comme une nécessité de l'époque actuelle et qui doit aider au progrès de la médecine. L'opposition qu'il a rencontrée à sa phase embryonnaire, opposition due à des causes multiples sur lesquelles il n'y a plus lieu de revenir, doit cesser : il y va de l'honneur de tous, il y va même de l'intérêt — puisqu'il faut appeler les choses par leur nom — de ceux qui ont cru bien à tort y voir une arme de concurrence et d'opposition, de prendre part à ses travaux, d'en assurer l'expansion, d'en faire le Congrès de *tous* les médecins français, de tous ceux du moins qui peuvent et veulent aider au progrès de la science médicale française.

Le *clou* ou mieux les *clous* du Congrès de Bordeaux ont été les rapports si lumineux, si consciencieux qui ont ouvert la discussion sur les questions mises à l'ordre du jour des séances générales. Les organisateurs du Congrès de médecine ont avec raison profité de l'expérience antérieure des réunions analogues et compris que ces discussions générales sont leur véritable raison d'être ; le volumineux fascicule distribué quelques jours avant l'ouverture du Congrès de Bordeaux, qui renfermait ces rapports, a permis d'introduire l'ordre dans les discussions, les orateurs ayant eu le temps de lire et d'apprécier à leur juste et haute valeur les travaux des rapporteurs : les applaudissements qui ont accueilli ceux-ci, en particulier MM. Hanot et Teissier, ont montré en quelle estime chacun tenait leurs exposés à la fois si clairs, si complets et si personnels. Ces travaux resteront : ils feront vivre longtemps encore le souvenir du Congrès de Bordeaux et remplaceront, pour beaucoup de lecteurs, avec plus d'avantages et des qualités bien supérieures, l'ancienne thèse d'agrégation.

Les lecteurs de la *Gazette* pourront se rendre compte de la valeur des communications sur les sujets laissés à l'initiative des membres du Congrès ; il nous suffira de dire que la presque totalité de ces communications ont présenté un véritable caractère scientifique (1) ; très rares ont été ces réclames mal déguisées qui déparent les séances et les comptes rendus de certaines assemblées scientifiques.

(1) Nous devons cependant signaler l'impression fâcheuse produite par la communication du professeur Maragliano (Gênes). L'ordre du jour portait pour le lundi 11 août une conférence de cet auteur sur la sérothérapie spécifique de la tuberculose pulmonaire, conférence dont l'éclat était d'autant plus grand qu'elle devait être donnée en dehors des heures régulières des séances du Congrès. Les affirmations du savant Génois sur la question manquent de preuves : les procédés de préparation du sérum sont passés sous silence, les résultats obtenus semblent des plus discutables. Cette communication aurait exigé à la fois une expérience plus prolongée, plus étendue et des détails cliniques plus circonstanciés. Faudra-t-il donc toujours que la tuberculine et ses succédanés inspirent aussi mal ceux qui les manient !

Le mauvais effet de cette communication a été encore aggravé lorsqu'on a appris que — contrairement à ce qu'avaient pu faire croire les premières phrases de l'orateur et contrairement à ce qui devrait être une règle absolue surtout pour un étranger admis à faire une conférence extraordinaire dans un Congrès français — celui-ci n'avait pas eu la primeur de la conférence de M. Maragliano et qu'elle était la reproduction à peu près intégrale d'une communication déjà faite à Londres devant la *British medical Association* et parue avant même qu'il la lût à Bordeaux dans la *Berliner klinische Wochenschrift.*

Les Congrès en général ont pour avantage non seulement d'exposer et d'échanger des idées pendant les séances, mais encore de faire nouer ou renouer des relations amicales entre médecins habitant des localités différentes; ils rendent ainsi les polémiques plus faciles et souvent courtoises; une courte conversation permet souvent de constater que des divergences d'opinion tiennent à une nuance dans l'interprétation, ou à des différences dans les milieux et les conditions d'observation. Et en quelques instants on conclut une discussion, qui, par écrit, eût été interminable.

L'hospitalité large, bienveillante et gracieuse, qui a accueilli les congressistes à Bordeaux, nous a procuré, plus que dans la plupart des Congrès, le plaisir de ces relations, et nous en a fait comprendre tout le prix : ville intellectuelle par excellence, la cité girondine est connue pour l'affabilité de ses habitants; le séjour que nous y avons fait nous a fait mieux connaître et apprécier le haut degré de culture scientifique de ses médecins.

Dans les admirables excursions que nous avons faites à Biarritz, à Dax, à Arcachon et à Royan, nous avons pu, tout en nous rendant compte des ressources de ces stations, faire plus intime connaissance avec nos hôtes et nos collègues du Congrès et ces journées si agréables compteront parmi nos plus précieux souvenirs de voyage.

L'impression que tous ont emportée du Congrès de médecine de Bordeaux a donc été, à tous égards, excellente. Son succès a dû causer à nos confrères bordelais une joie bien légitime. L'éminent doyen de la Faculté de médecine, professeur Pitres, président du comité local d'organisation, en qui nous saluons avec déférence le futur président du Congrès de Nancy, et notre ami le professeur Arnozan, secrétaire général du Congrès, qui se sont prodigués pendant toute une semaine pour nous rendre agréable et utile notre séjour à Bordeaux, ont reçu, de tous les membres du Congrès, l'assurance que leurs efforts avaient pleinement réussi : à eux et à leurs collaborateurs bordelais revient incontestablement avec le professeur Ch. Bouchard, qui a présidé le Congrès avec tant de tact et d'entrain, l'honneur d'avoir assuré l'existence et l'avenir du Congrès français de médecine.

G. Thibierge.

REVUE GÉNÉRALE

Les influences morbides exercées par le foie sur l'intestin, d'après le rapport présenté au Congrès de Médecine interne par M. Hanot, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Le foie, comme organe de transformation des matériaux albuminoïdes, comme organe hématopoïétique et glycogénique, joue un rôle de premier ordre dans la nutrition générale. Par là, il concourt physiologiquement à entretenir l'équilibre nutritif de l'intestin. Lésé, il en trouble la structure intime et l'activité fonctionnelle.

Le foie crée la bile et atténue ou annihile les poisons autochtones ou exogènes. Ces actions spéciales se concentrent particulièrement sur l'intestin; déviées, elles suscitent toute une série de phénomènes pathologiques d'une complexité extrême où l'analyse commence à pénétrer.

Il est le plus souvent impossible en pathologie de démêler dans une évolution morbide à foyer localisé ou prédominant ce qui est directement subordonné à l'altération de la nutrition générale de ce qui est étroitement lié aux troubles des fonctions spéciales dévolues à la partie lésée. Cette répartition est d'autant plus difficile que la spécialisation organique est plus grande : elle est donc extrêmement laborieuse en pathologie hépatique.

Ainsi, en 1827, R. Bright signalait dans la cirrhose alcoolique l'épaississement et la rétraction de l'intestin que Gratin et Chauffard ont retrouvés depuis.

Ces lésions relèvent sans doute, en partie, de l'action de l'alcool sur l'intestin lui-même, ou de la propagation à la tunique intestinale de processus péritonitiques préalables, ou de processus infectieux secondaires.

Mais n'est-il pas plus légitime de supposer qu'elles ont été préparées par une hypertrophie des tissus résultant de l'altération de la cellule hépatique elle-même?

Cependant, dans les cas où la maladie du foie en est encore à la phase préliminaire, alors que le travail morbide est confiné tout entier dans la cellule hépatique, sans avoir suscité de lésions capables d'agir à distance, soit mécaniquement, soit par connexions nerveuses ou circulatoires avérées, on peut déjà observer ce que j'ai appelé en séméiologie hépatique les *petits signes*, par analogie avec ce que le professeur Dieulafoy a appelé les petits signes du brightisme.

Parmi ces petits signes intestinaux du premier stade des maladies du foie, on note le tympanisme, la constipation ou la diarrhée, des selles sanglantes, des hémorrhoïdes, qui ne semblent pas résulter d'irradiations physiologo-pathologiques particulières, resserrées entre le foie et l'intestin, mais bien plutôt d'une altération directe, en quelque sorte individuelle, des couches musculaires, des glandes et des capillaires.

Par exemple, les hémorrhoïdes, les hémorrhagies intestinales de cette première période ont la même signification et la même genèse que les épistaxis et les varices œsophagiennes qui s'observent aussi pendant la précirrhose.

Ces signes intestinaux précurseurs se montrent non seulement pendant la précirrhose et au début des néoplasies hépatiques, mais encore à la suite d'affections du foie qui paraissent à première vue complètement liquidées et qui ont laissé cependant la cellule amoindrie.

Lorsque la maladie hépatique est confirmée, revêtue de la phénoménologie classique, elle est capable de modifier le tube gastro-intestinal, soit mécaniquement, soit par l'intermédiaire des relations nerveuses et circulatoires établies entre les diverses parties de l'appareil digestif. Le foie altéré intervient encore dans le complexus pathologique par le trouble de la sécrétion biliaire et de son pouvoir antitoxique.

D'ailleurs, ici comme à chaque pas, un correctif s'impose. L'influence du foie sur l'intestin, dans chaque action pathogénique spéciale, s'augmente d'une influence similaire exercée par le foie sur l'économie tout entière.

Mécaniquement, le foie augmenté de volume ou déplacé peut devenir pour l'estomac une cause de gêne et entraver ses mouvements au cours de la digestion; il peut dans certains cas comprimer le cardia et le pylore. Il peut enfin produire l'entéroptose.

Les *connexions nerveuses* du foie et de l'appareil gastro-intestinal donnent la raison d'un certain nombre des phénomènes classiques de la colique hépatique : les vomissements, la gastralgie, l'entéralgie caractéristiques. Dernièrement, le Dr Siredey, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, a signalé une complication intestinale mortelle,

non encore décrite, de la colique hépatique : l'occlusion intestinale.

Dans la discussion qui suivit la communication du Dr Siredey, M. Hutinel déclara avoir vu plusieurs fois des accidents du même genre, notamment chez un médecin. Dans ce cas, le lavement électrique amena une guérison complète.

Le foie et le tractus intestinal sont encore solidaires par le *système vasculaire.*

Je ne fais que signaler les *hémorrhagies œsophagiennes*, surtout les *hémorrhagies gastro-intestinales* si fréquentes et si étudiées, au cours des maladies du foie, particulièrement dans la *cirrhose atrophique.* Je ferai seulement quelques remarques à propos de leur pathogénie qui n'est pas complètement élucidée.

On invoque d'ordinaire, comme élément causal essentiel, l'augmentation de la pression sanguine dans le système porte, consécutive à la compression des ramuscules intra-hépatiques.

Cependant, il est d'observation certaine que les hémorrhagies gastro-intestinales ne sont pas exactement proportionnées au degré de gêne de la circulation porte intra-hépatique. On a constaté depuis assez longtemps que ces hémorrhagies se produisent même au début de la cirrhose atrophique, alors qu'en l'absence d'ascite et d'hypermégalie, il n'est pas permis d'incriminer une sténose suffisante des ramuscules portes intra hépatiques.

Dans l'une des premières observations de rupture de varices œsophagiennes que j'ai publiées en 1874, le foie semblait normal à première vue ; il n'y avait ni ascite ni augmentation de volume de la rate; seul l'examen microscopique révéla un début de cirrhose.

D'ailleurs, les varices œsophagiennes ne sont pas l'apanage des seules cirrhoses du foie, comme le prouvent déjà des observations d'Eberth et de Kundrat. M. Letulle a relaté l'observation détaillée d'un malade alcoolique mort après avoir présenté tous les signes d'une cirrhose alcoolique, particulièrement de nombreuses et abondantes hématémèses : à l'autopsie le foie fut trouvé complètement indemne de lésions cirrhotiques.

Les varices œsophagiennes étaient énormes et s'expliquaient en partie, d'après M. Letulle, par une gêne de la circulation porte, résultant, non pas de sténose des rameaux intra-hépatiques restés libres, mais d'une endophlébite avec thrombose de la grande mésaraïque, produite par l'alcool. Les veines œsophagiennes avaient dû être aussi directement altérées par l'alcool.

Déjà, en 1875, le Dr Chautemps, qui avait examiné avec moi chez M. Hérard le malade mort de rupture de varices œsophagiennes dont j'ai parlé plus haut, rapportait dans sa thèse une observation d'alcoolique chez qui on ne trouvait aucun signe de maladie du foie confirmée, et qui présentait souvent des hématémèses et des épistaxis.

Frappé de ce fait, sur lequel j'insistais, que chez le jeune homme mort d'hématémèse, dont j'avais étudié microscopiquement le foie, « les varices étaient indépendantes de la gêne circulatoire », le Dr Chautemps se demanda si, chez son malade, les hémorrhagies n'étaient pas dues directement à l'altération des parois veineuses résultant de l'alcoolisme, et peut-être aussi d'un état diathésique préalable.

En 1877, M. Balzer a constaté à l'autopsie d'alcooliques des altérations déjà profondes des veines de l'estomac, des dilatations, des petites varices se rompant et produisant des hémorrhagies avant qu'aucun symptôme de cirrhose ait apparu. Je rappellerai que Duret a constaté aussi chez des cirrhotiques l'apparition d'hémorrhoïdes bien avant qu'il y eût dans la circulation des veines intestinales des troubles mécaniques suffisants pour déterminer la cirrhose. J'ajouterai que la rupture des varices œsophagiennes est peut-être plus fréquente qu'on ne le suppose.

Récemment encore, chez un malade de mon service atteint de cirrhose confirmée, dont l'observation a été publiée dans la thèse de l'un de mes élèves, le Dr O. Bossu, j'ai constaté à l'autopsie (le malade avait été emporté en quelques heures par des hématémèses abondantes et répétées) la présence de varices œsophagiennes rompues et une congestion extrême de la muqueuse gastrique et de la muqueuse duodénale.

L'augmentation de tension n'est donc pas le facteur unique des hémorrhagies gastro-intestinales au cours de la cirrhose alcoolique.

Il faut tenir compte de la friabilité plus grande des vaisseaux en général engendrée soit par l'action directe de l'alcool, soit par l'état de cirrhose.

Il est de toute évidence que l'ingestion des quantités plus ou moins grandes d'alcool de qualité généralement inférieure que les buveurs absorbent, ne reste pas sans effet sur la muqueuse des premières voies digestives. L'œsophagite, la gastrite sont fréquentes chez de tels cirrhotiques. Le tissu sous-muqueux, en particulier les vaisseaux capillaires et veinules surtout, participe rapidement au processus inflammatoire.

Les veinules très développées et très superficielles à l'extrémité inférieure de l'œsophage subissent les premières l'atteinte morbide ; leurs parois s'épaississent, se sclérosent, deviennent moins résistantes; peu à peu leur situation déclive et l'insuffisance de leur soutènement aidant, elles se laissent forcer par la pression sanguine : la varice est constituée. Si donc l'augmentation de la tension sanguine concourt à développer les varices, elle est aidée par l'action topique de l'alcool.

MM. Dieulafoy et Giraudeau pensent que dans la cirrhose alcoolique les origines mésentériques et péritonéales de la veine porte sont directement intéressées. « Si de nouvelles recherches confirmaient ces données elles prouveraient peut-être que l'inflammation veineuse systématique qui domine le processus de la cirrhose atrophique frappe la veine porte aussi bien dans ses branches d'origine (rameaux extra-hépatiques) que dans ses branches de terminaison; elles contribueraient à expliquer quelques symptômes parfois précoces (hémorrhagies de l'œsophage, de l'intestin, flux intestinal) qu'on ne mettrait plus uniquement sur le compte de la stase sanguine. »

M. Debove et Courtois-Suffit font intervenir encore un autre élément, l'élément vaso-moteur. Par l'intermédiaire du nerf dépresseur de Ludwig et Cyon, les vaisseaux du système porte deviendraient à certains moments le siège d'une brusque dilatation. A l'état normal, la veine porte permet alors au surplus du sang de s'écouler, mais lorsque le foie est lésé et la circulation porte entravée, il se fait des transsudations sanguines.

Le point de départ du réflexe serait variable. Pour M. Rendu il résiderait le plus souvent dans les lésions péritonéales.

Les considérations précédentes s'appliquent particulièrement à la cirrhose alcoolique atrophique.

Dans les cirrhoses infectieuses, entre autres la cirrhose hypertrophique avec ictère chronique, la cirrhose syphilitique, la cirrhose tuberculeuse, la sténose de la veine porte intra-hépatique est rarement aussi accusée. Les hémorrhagies gastro-intestinales d'ordinaire n'y sont pas aussi fréquentes, aussi abondantes ; le plus souvent elles sont plutôt d'ordre dyscrasique que mécanique.

Les *hémorrhagies gastro-intestinales* ne sont pas très rares au cours de la *lithiase biliaire*; elles peuvent même y déterminer la mort.

M. Hanot signale d'abord des lésions artérielles (anévrysmes, ulcération de l'artère hépatique), causées mécaniquement par un calcul. (Voyez Marion, *Mercredi médical*, 19 novembre 1894.)

Il est d'autres hémorrhagies gastro-intestinales, qui sont fonctions de lithiase biliaire, surtout des hématémèses, et qui d'ordinaire n'y représentent qu'un incident de beaucoup moindre valeur que les précédentes.

G. Budd les décrit explicitement : « Dans l'ictère, dit-il, il y a généralement tendance à l'hémorrhagie résultant probablement de l'état du sang : on y observe particulièrement des hémorrhagies stomacales consécutives à la congestion de la muqueuse provoquée par l'arrêt de la sécrétion biliaire.

« Dans l'ictère qui résulte de l'obstruction du canal cholédoque, cette tendance aux hémorrhagies stomacales se manifeste assez fréquemment lorsque l'ictère a duré longtemps et lorsque les cellules sont détruites. L'arrêt de la sécrétion biliaire gêne alors la circulation du sang à travers le foie et conséquemment détermine la congestion des organes dont le sang retourne à la veine porte. C'est la congestion de la muqueuse stomacale qui se produit plus spécialement peut-être en vertu de la relation intime, de quelque nature qu'on la suppose, qui existe entre le foie et l'estomac.

« Soit pour cette raison, soit à cause de la vascularité plus grande et du fonctionnement plus actif de la muqueuse stomacale, l'hémorrhagie s'y produit plus fréquemment que sur tout autre point de la muqueuse gastro intestinale. »

Je n'ai point trouvé signalée ailleurs l'hématémèse particulière décrite par Budd. Je l'ai notée dans deux cas de lithiase biliaire.

Dans ces deux observations, les hématémèses métalithiasiques se sont caractérisées par leur peu d'abondance et leur bénignité. La pathogénie mécanique que Budd leur applique est très satisfaisante; cependant il est probable que l'augmentation de tension dans les capillaires de la paroi stomacale n'est pas le seul élément déterminant. Budd, d'ailleurs, sans préciser davantage, y ajoute l'état du sang dans la rétention biliaire prolongée. Elle peut, en effet, rendre les capillaires moins résistants; selon moi, cette vulnérabilité plus grande des vaisseaux peut préexister chez les lithiasiques, qui sont des arthritiques, aux accidents de la lithiase biliaire.

Peut-être faudrait-il, avec le professeur Debove, faire jouer un rôle à l'élément vaso-moteur. Il est possible que l'irritation produite par le calcul détermine à certains moments, par l'intermédiaire des nerfs splanchniques, dans les vaisseaux du système porte, de brusques dilatations incompatibles avec le degré de résistance, préalablement diminué, des parois vasculaires.

Quoi qu'il en soit, le clinicien doit connaître les hématémèses liées à l'obstruction lithiasique du canal cholédoque; il devra s'abstenir d'en faire découler de prime abord le pronostic grave que suggère d'ordinaire toute gastrorrhagie.

La gêne de la circulation porte due à la rétention de la bile a encore été signalée par Héger : « La circulation de la bile, dit-il, dans les canaux biliaires est un obstacle grave à la circulation du sang qui vient de la veine porte. »

M. Maragliano va jusqu'à admettre que les obstacles dans l'écoulement de la bile entravent la circulation sanguine, au point de déterminer parfois de l'ascite et de l'hypertrophie de la rate.

Action sur les phénomènes chimiques de la digestion. — La lésion hépatique, en troublant l'innervation, la circulation, la nutrition générale de l'estomac et de l'intestin, modifie aussi leurs sécrétions.

La recherche du chimisme intestinal présente des difficultés qu'on conçoit à la première réflexion : on ne sait rien sur les troubles fonctionnels des glandes de Brunner.

Inutile de dire que les sécrétions biliaire et pancréatique ne sont pas proprement des sécrétions intestinales. Il sera question plus loin des mutations de la bile au cours des maladies du foie et de leur retentissement sur l'intestin. Quant à l'influence exercée par le foie sur le pancréas, elle représente aujourd'hui un des chapitres de la glycogénie dont je n'ai pas à m'occuper ici. Mais je ne puis m'abstenir de penser que tous ces changements vont de pair et que nous sommes bien loin encore des équation exactes et définitives qui exprimeront les réactions intimes de la maladie.

Par contre, on est déjà en possession de données utiles sur le chimisme stomacal.

Le professeur Hayem a indiqué que d'ordinaire l'ictère s'accompagne d'hyperchlorhydrie :

« Les données chimiques que j'ai recueillies sur les rapports qui existent entre les diverses cirrhoses et les gastrites m'ont fait voir que la cirrhose hypertrophique coïncide souvent avec la gastrite hyperpeptique, la cirrhose atrophique au contraire avec les gastrites chroniques, se traduisant par le type de l'hypopepsie intense ou même de l'apepsie. Cette loi de coïncidence est facile à retenir. »

Je rappellerai à ce propos qu'en 1887, dans la thèse de Schachmann, j'ai noté que dans la cirrhose hypertrophique l'appétit est souvent augmenté : il y a parfois une véritable boulimie. Dans la presque totalité des observations que j'ai recueillies depuis, j'ai fait la même constatation.

L'hyperchlorhydrie, le passage de la bile dans la muqueuse stomacale provoquent sans doute la boulimie; mais je pense que le phénomène est encore sous la dépendance d'une autre condition.

Dès mes premières études, j'ai relevé dans la cirrhose hypertrophique avec ictère, une hypertrophie, une exaltation nutritive de la cellule hépatique, confirmée par les travaux du professeur Kiener sur les processus kariokynétiques observés dans cette maladie. A cette exaltation nutritive de la cellule répond évidemment une exaltation fonctionnelle dont la boulimie n'est qu'un corollaire.

Cependant, le Dr Kirikow, tout en constatant que l'appétit est conservé, exagéré même, n'a pas retrouvé l'hyperchlorhydrie dans la cirrhose hypertrophique avec ictère chronique.

On remarquera que ces résultats ne concordent pas avec ce qui a été observé antérieurement. Je ne suis pas compétent sur ce terrain : j'expose seulement, je ne me permets pas de juger. Je crois cependant devoir déclarer que le travail du Dr Kirikow m'a paru fait avec méthode et habileté.

L'état gastrique a encore été déterminé par divers auteurs au cours de la colique hépatique.

Cyr, résumant ce qui avait été dit jusqu'à lui, dénonce la dyspepsie sous différentes formes : dyspepsie flatuente, dyspepsie avec hypersécrétion acide, dyspepsie avec phénomènes douloureux.

M. A. Robin, et son élève le Dr Deguéret voient dans l'irrégularité du tonus musculaire de l'estomac et dans la variation quelquefois déconcertante du chimisme stomacal un signe en quelque sorte pathognomonique et prémonitoire de lithiase biliaire.

Il faut remarquer que les troubles gastriques en dehors de lésions profondes du foie, comme ceux qu'on observe dans la colique hépatique passagère surtout sans ictère, sont bien plus prononcés chez les gens nerveux, dont les réflexes sont très excitables et dont l'estomac peut présenter, en dehors même des crises lithiasiques, des variations capricieuses du chimisme et de la motilité.

J'ai vu plusieurs fois la colique hépatique s'accompagner de diarrhée séreuse abondante. Dans deux cas, les phénomènes intestinaux furent d'une extrême gravité : les selles profuses incolores, les douleurs abdominales très violentes, les lypothymies, le refroidissement, reproduisaient assez exactement le syndrome cholérique. L'un des malades fut emporté par ce choléra de la lithiase biliaire.

Cyr signale déjà cet état cholériforme dans la symptomatologie générale de la colique hépatique.

J'ai dit que si l'anorexie peut faire complètement défaut dans le cancer de l'estomac, et être même remplacée, au moins au début, par une véritable boulimie, je n'ai vu manquer l'anorexie qu'une seule fois dans le cancer du foie. Le dégoût, non pas seulement pour la viande et les graisses, mais pour presque tous les aliments, y est rapidement profond, absolu, sans nulle rémission.

Pendant longtemps, on admit que *la bile a une action antiseptique*, et on lui faisait jouer dans l'intestin un rôle antipathogénique, si je puis m'exprimer ainsi. Bien des microbiologistes, cependant, ont fait voir que divers microbes s'y cultivaient, et récemment M. Létienne concluait :

« La bile constitue un milieu de culture auxquelles les espèces microbiennes connues peuvent s'adapter. Elles y vivent, s'y développent et y prospèrent. »

Il n'est donc plus question aujourd'hui d'expliquer certains troubles intestinaux par la diminution ou la perte du pouvoir antiseptique de la bile.

On peut même se demander si, dans certaines conditions pathologiques, la bile ne devient pas un milieu plus fertile pour les microbes intestinaux.

J'ai fait voir après Ritter que, dans les affections hépatiques, la bile peut contenir moins de pigments; j'ai montré aussi qu'elle peut contenir moins d'acides. N'est-il pas rationnel de supposer que, dans une bile ainsi modifiée, les microbes intestinaux pulluleront plus activement, deviendront plus facilement pathogènes? D'autant plus facilement, qu'il est évident que la lésion de la cellule hépatique qui crée l'acholie pigmentaire diminue plus ou moins l'action antitoxique.

L'on sait que, parmi les théories émises sur le *mode de production de l'urobiline*, il en est une qu'on appelle théorie hépatique, une autre appelée théorie intestinale.

La première, défendue par le professeur Hayem, admet que l'urobiline est fonction directe d'un trouble de la cellule hépatique qui sécrète un pigment modifié. Dans l'urobilinurie hépatogène, l'urobilinurie est en raison directe de l'insuffisance hépatique.

La théorie intestinale soutenue par Mya, Maly, Robin, Salkowski, Reale, Hoppe-Seyler, Riva, peut se résumer ainsi : la cellule hépatique ne produit jamais de la bilirubine, qui, dans l'intestin, au contact des bactéries, est réduite plus ou moins complètement en urobiline.

L'urobilinurie entérogène a trouvé récemment un ardent défenseur dans le Dr Riva (de Parme).

Pour l'instant, je me contente de faire remarquer que, même pour Riva, le foie a une large part dans la production de l'urobilinurie. Selon lui, le foie, à l'état normal, renvoie à l'intestin, mêlée à la bile, une partie de l'urobiline et de son chromogène qui s'étaient produits dans l'intestin et avaient pénétré dans le foie par la veine porte. Or, en certaines circonstances anormales, le foie peut créer une bile qui est plus facilement transformable en urobiline et en chromogène.

Dans cette théorie, comme dans celle d'Hayem, les états morbides du foie influent encore sur le milieu intestinal par la plus ou moins grande quantité de chromogène produite. En un mot, la théorie d'Hayem reste intacte dans ses lignes essentielles et garde toute sa valeur.

Quoi qu'il en soit, on note en clinique qu'aux variations de quantité ou de qualité de la bile correspondent une série de modifications et d'anomalies dans le *fonctionnement du tube digestif*.

Si la bile n'arrive plus dans l'intestin, comme dans le cas d'une oblitération du cholédoque, on observe des selles dures, argileuses, autant par la consistance que par la couleur, semblables à du plâtre sali; elles ont une fétidité particulière, avec une odeur acide souvent très marquée; elles contiennent une notable quantité de graisse en nature, ce qui contribue à leur donner leur couleur gris jaunâtre.

L'examen chimique des selles argileuses montre que leur décoloration a une double cause : absence de pigments biliaires et surabondance des matières grasses ou stéarrhée, que R. Bright avait déjà constatée en 1827.

F. Müller a étudié histologiquement cette stéarrhée. Chez les adultes sains, d'après Müller, la graisse contenue dans les matières fécales se présente presque exclusivement sous forme de plaques vitreuses irrégulièrement polygonales, incolores ou jaunâtres, formées principalement de savons calcaires et répondant aux cristaux calcaires jaunes de Nothnagel. Chez les ictériques, les matières fécales contiennent en plus des cristaux aciculaires décrits par Nothnagel et Gerhardt. Les uns, formés d'aiguilles fines allongées, réunies en gerbe ou en barbe de plume, sont constitués par des acides gras libres; les autres, formés d'aiguilles plus courtes, réunies en agglomérats plus trapus, sont constituées par des graisses saponifiées.

La présence de ces cristaux aciculaires dans les matières fécales est un indice d'obstacle à la résorption des matières grasses dans l'intestin.

D'ailleurs, la résorption des diverses espèces de graisse n'est pas troublée au même degré.

D'après les expériences de Munk sur les chiens à fistule biliaire, les graisses à fusion rapide (saindoux) s'absorbent beaucoup plus facilement que celles dont le point de fusion est plus élevé (graisse de mouton); les acides gras s'assimilent mieux que les graisses neutres.

La constipation est la règle, mais il survient souvent des crises de diarrhée due à l'irritation de la muqueuse par les matières acides. Il y a en même temps du météorisme à la fois par excès des gaz de fermentation et par atonie intestinale et gastrique.

Ces phénomènes, rattachés par quelques médecins anglais (Harley) à ce qu'ils appellent torpeur du foie, sont surtout marqués quand il y a rétention mécanique de la bile et ictère.

Ils existent aussi, quoique à un moindre degré, dans les cas d'insuffisance sécrétoire, d'hypocholie simple ou d'acholie pigmentaire au cours des états hépatiques qui intéressent anatomiquement ou fonctionnellement la cellule hépatique elle-même.

La diminution de l'appétit, le dégoût pour la viande et les matières grasses, la difficulté de la digestion, le ballonnement épigastrique après les repas et le météorisme habituel, la constipation opiniâtre, les crises de diarrhée, la décoloration des matières sont autant de troubles digestifs que l'on observe dans les affections chroniques du foie dont ils contribuent à révéler de bonne heure l'existence.

Les troubles digestifs sont particulièrement une indication précieuse pour caractériser la phase préascitique de la cirrhose de Lænnec, la précirrhose en un mot.

La bile peut être au contraire sécrétée en excès. Tantôt il y a acholie proprement dite, comme dans la cirrhose hypertrophique avec ictère chronique, que j'ai appelé encore diabète biliaire, tantôt il y a pseudo-polycholie des anciens médecins, où le flux biliaire exagéré ne contient en excès que les pigments, sans augmentation correspondante des acides biliaires.

Les ictères où l'on observe ces pseudo-polycholies, comme l'ictère catarrhal ou l'ictère infectieux bénin, sont appelés ictères pléiochromiques par Stadelmann et ictères par hypercholie pigmentaire par A. Chauffard.

Dans ces cas, on note de la diarrhée bilieuse avec coliques.

La bile peut même refluer dans l'estomac, mais il ne semble pas que sa présence puisse être cause de vomissements ou de troubles gastriques graves; c'est du moins ce qu'attestent les expériences de Oddi et de Dastre.

Le premier a constaté que ce liquide n'enlevait pas au suc gastrique son activité digestive et qu'il ne précipitait point les peptones; le second a confirmé ces résultats et a pu faire absorber à des chiens, sans troubler leur digestion, jusqu'à trois cents grammes de bile de bœuf et quatre-vingts grammes de bile de chien. Les doses élevées ont seules produit un effet purgatif. Peut-être même cette bile a-t-elle une action excitante sur la muqueuse et il se pourrait que ce soit là une des causes de cette boulimie qu'on observe dans la cirrhose hypertrophique.

On sait qu'on a fait jouer au lieu d'abouchement de la bile dans le duodénum un rôle sur la production de l'ulcère rond qui ne se développerait qu'au-dessus de l'ampoule de Vater, dans les parties où le suc gastrique n'est pas neutralisé par la bile (Kœlliker, Teillais).

D'ailleurs, il est très probable qu'une partie des accidents attribués aux modifications de la sécrétion biliaire relèvent de l'insuffisance de la fonction antitoxique du foie. Les poisons autochtones ne sont plus neutralisés et le tube digestif sera l'un des premiers organes lésés. Surviennent alors, en outre des phénomènes d'intoxication générale, des symptômes de gastrite muqueuse avec inappétence, fermentation anormales, vomissements alimentaires, hématémèses de l'entérite chronique avec évacuations alvines fréquentes, d'autres fois de la constipation, enfin des selles sanglantes plus ou moins répétées, plus ou moins profuses.

C'est que la suppression des fonctions hépatiques est, à ce point de vue, comparable à celle des fonctions rénales qui traduit si manifestement ses effets sur le tube digestif. L'épithélium intestinal n'est pas seulement un instrument d'absorption, et c'est autant pour le foie que pour le rein qu'il est un aide physiologique à l'état normal, un organe de suppléance à l'état pathologique. Mais cette fonction vicariante ne peut dépasser certaines limites sans nuire à l'organe même, tout comme le rein et le foie ne peuvent, sans en souffrir, éliminer une trop grande quantité de poisons, surtout s'ils ne leur sont pas familiers. D'où l'entérite, les suffusions sanguines, véritable purpura intestinal (Charrin), l'hémorrhagie. Ces phénomènes peuvent avoir une durée plus ou moins longue et traduire une intoxication chronique, due le plus souvent au ralentissement des deux fonctions hépatiques et rénales si étroitement liées. Si la destruction du foie est rapide, les symptômes gastro-intestinaux prennent un caractère plus aigu et, avec l'intoxication générale, donnent les vomissements et les hémorrhagies du tube digestif.

Il serait rationnel d'ajouter ici quelques mots sur l'état de la langue. Sans parler de la langue de l'état bilieux, langue jaunâtre, souvent brunâtre vers sa partie postérieure, je mentionnerai seulement dans les abcès du foie, la langue écarlate et présentant au début la couleur de la langue crue (Harley), qu'on peut d'ailleurs rencontrer dans d'autres maladies du foie, cirrhoses, cancer, etc.

Ainsi donc, le foie retentit sur l'intestin soit mécaniquement, soit par l'intermédiaire des connexions nerveuses et circulatoires, soit par altération des fonctions biliaire et antoxique; mais c'est très souvent par la plupart ou la totalité de ces voies qu'il exerce son influence morbide.

D'autre part, il l'exerce non seulement directement, mais encore indirectement; ainsi, par exemple, dans la colique hépatique, le milieu gastro-intestinal est troublé de divers côtés, par l'absence de bile, par réaction nerveuse capable de modifier le chimisme, par gêne circulatoire capable d'altérer plus ou moins profondément la muqueuse et les glandes.

La diminution coïncidente du pouvoir antitoxique favorise en même temps l'éclosion des infections qui s'adjoignent assez souvent à la colique hépatique, depuis la fièvre hépatalgique jusqu'à l'ictère grave.

Enfin l'intestin lésé lèse à son tour le foie et la lésion hépatique accrue augmente aussi le désordre intestinal.

Ces ripostes d'organe à organe se prolongent, font une véritable avalanche pathologique qui durera tant que l'organisme résiste ou jusqu'à ce que l'élément morbifique ait été soit éliminé, soit amoindri au point de n'être plus pathogène, ou réduit à l'état d'un simple élément de prédisposition pour des attaques ultérieures.

Je répète qu'il est difficile, sinon impossible, pendant que la maladie bat son plein, de faire la part exacte de chacun des facteurs en action : ce travail d'analyse, d'où dépend la fixation définitive du pronostic et du traitement se perfectionne, s'affine chaque jour par les acquisitions incessantes de la science.

Les actions morbides exercées par l'intestin sur le foie, d'après le rapport présenté au Congrès de médecine, par M. Hanot, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

I. — *Maladies parasitaires du foie.*

L'intestin, d'où part la veine porte, où débouche le cholédoque, est une porte d'entrée largement ouverte, par laquelle les parasites venus du dehors avec l'eau et l'alimentation pénètrent jusqu'au foie. Il semble même que parfois ils y arrivent directement, par effraction, comme dit Weigert, en raison de rapports d'étroit voisinage.

Ainsi le tænia echinococcus, l'habitant ordinaire des kystes du foie, émigre hors de l'intestin et gagne le foie soit le long de la cavité ou des parois d'un rameau de la veine porte, soit de proche en proche, après avoir perforé les membranes duodénales. Toutefois, il semble éviter la voie biliaire où la bile le tue quand il s'y engage d'aventure.

D'autres vers parasites passent de l'intestin dans le foie de l'homme; d'abord cinq espèces de distoma: distoma hepaticum; d. lanceolatum; d. conjunctivum; d. sinense; d. japonicum; le cercomonas hominis (Lambl.), le coccidium oviforme (Gubler) (1), Virchow (2).

Les kystes contenant le coccidum sont absorbés par un

(1) Gubler, *Soc. de biol.*, 1858.
(2) Virchow, Helmintholog. Notiz. *Virchow's Archiv.*, XVIII, p. 253, 1860.

animal. Parvenu dans le tube digestif, ils se rompent et laissent échapper les corpuscules falciformes (premier état du coccidium) qui, se servant des mouvements amiboïdes qu'ils ont acquis, remontent dans les conduits biliaires par le canal cholédoque. Ils dilatent ces conduits, détruisent le tissu hépatique périphérique et il se forme de véritables poches remplies d'un liquide caséeux et purulent. Dans ces poches nagent des cellules épithéliales et des coccidies enkystées. Ces kystes sont entraînés par la bile dans l'intestin, puis expulsés avec les fèces.

Nouvel exemple de ce va-et-vient de l'intestin au foie et du foie à l'intestin que j'ai déjà relevé dans les conditions morbides les plus diverses.

La douve en pénétrant dans les voies biliaires peut provoquer l'angiocholite suppurée. La douve, les coccidies suscitent aussi en passant dans le foie le processus de la cirrhose.

La cirrhose vermineuse est l'un des types de lésion hépatique d'origine intestinale; elle est la cirrhose parasitaire produite par des agents macroscopiques, comme la cirrhose infectieuse microbienne est la cirrhose parasitaire produite par des agents microscopiques. Elles sont les reproductions à des diamètres différents d'une même lésion fondamentale.

Chez l'homme, le ver parasite qui émigre le plus souvent de l'intestin vers le foie, c'est l'ascaris lombricoides qui pénètre dans les voies biliaires; on a étudié depuis longtemps les lésions qu'il détermine et particulièrement l'angiocholite catarrhale ou suppurée. Je n'ai pas à m'y arrêter.

Dans un cas récent rapporté par Machiafava, un homme mourut après avoir présenté des phénomènes d'ictère grave. A l'autopsie, le canal cholédoque, considérablement dilaté, renfermait, outre de nombreuses concrétions biliaires, un ascaride lombricoïde qui en obstruait complètement la lumière. La surface antérieure du foie présentait deux masses kystiques renfermant des fragments calcifiés d'ascaris.

Je reproduis ce fait parce qu'il est comme l'image agrandie de la nouvelle théorie pathogénique de la lithiase biliaire développée pour la première fois par M. Galippe, et sur laquelle je reviendrai plus loin : la lithiase biliaire fonction de microbe.

Les *parasites microscopiques* passent aussi par où passent les parasites macroscopiques.

Des nombreux microorganismes qui habitent l'intestin, il en est qui n'ont point d'action pathogénique connue; il en est d'autres qui, indifférents à l'état normal, deviennent virulents lorsque les défenseurs ordinaires de l'organisme contre l'infection, l'épithélium de l'intestin, le foie, le rein sont désemparés; d'autres enfin sont essentiellement pathogènes.

Parmi les microbes qui habitent à l'état normal tout le tractus intestinal, de la bouche à l'anus, et qui, indifférents à l'état physiologique, deviennent pathogènes en certaines circonstances, il faut placer le *coli-bacille*.

On a déjà déterminé quelques-unes des conditions où, devenu pathogène, il va de l'intestin au foie provoquer des altérations plus ou moins graves de ce dernier organe. Ainsi M. Achard a noté dans l'appendicite le passage du coli-bacille de la lésion intestinale à la veine porte et au foie, la pyléphlébite adhésive ou suppurative et l'hépatite suppurée consécutives.

D'ordinaire, le coli-bacille ne remonte pas dans les voies biliaires; on ne le retrouve que dans la partie terminale du canal cholédoque, mais lorsque la bile s'écoule difficilement dans l'intestin, lorsqu'elle est altérée, le coli-bacille exalté devant l'insuffisance hépatique, résultant elle-même de la maladie de foie qui a produit l'altération biliaire, gagne et infecte tout le système biliaire.

Il provoque alors l'angiocholite et la cholécystite isolées ou associées, suppurées ou non, selon le degré de sa virulence (Gilbert et Girode, Charrin et Roger, Gilbert et Dominici).

Quoi qu'il en soit, dans le travail cité plus haut, M. Achard a bien établi après les observations de Achalme et Claisse, Aubert, Achard et Phulpin, Rheinhold, Jorand, que les abcès aréolaires du foie décrits par Chauffard n'ont pas toujours une origine biliaire, mais qu'ils peuvent naître de la double canalisation veineuse et biliaire du foie et que dans le premier système de canaux ils ont pour point de départ tantôt des veines sus-hépatiques, tantôt les rameaux portes. « La structure aréolaire est en quelque sorte un simple accident anatomique qui peut se produire au cours des différentes suppurations du foie. »

M. Achard se demande encore si, dans le foie, cette infection ne pourrait se traduire, dans certains cas moins graves et moins rapidement mortels, par des phénomènes plus atténués qu'un processus pyogène, par de simples pyléphlébites capillaires, par l'évolution sourde et progressive d'un travail scléreux. Cette hypothèse mériterait d'être examinée dans l'avenir ; elle paraît légitime si l'on considère les données nouvelles que la notion des infections gastro-intestinales a introduites dans la pathogénie des cirrhoses. M. Achard rappelle à ce propos une observation due à M. Letulle d'appendicite perforante provoquée par une épingle chez un garçon de seize ans, à l'autopsie duquel il trouva une cirrhose annulaire d'origine porte dont la cause lui échappa.

Il est vrai que cette sclérose pouvait être un effet non seulement de l'infection, mais aussi d'une auto-intoxication d'origine intestinale.

L'on sait d'ailleurs que dans ces processus le coli-bacille n'intervient pas isolé, mais associé à d'autres microbes pathogènes, que l'infection hépatique n'est pas la seule manifestation de l'infection coli-bacillaire primitive, qu'elle se développe concurremment avec la péritonite, la pneumonie, la pleurésie, l'endocardite, etc.

Dans la majorité des cas, l'infection reste limitée au foie, qui retient en quelque sorte les microbes et joue une fois de plus son rôle défensif si remarquable à l'égard des processus infectieux et toxiques. Pourtant la barrière hépatique peut, dans quelques cas, être forcée, l'infection gagnant les veines sus-hépatiques, ou encore tournée, la généralisation se faisant alors par l'intermédiaires de lésions péritonéales, ganglionnaires ou lymphatiques; on voit ainsi se former des foyers métastatiques dans les divers organes et notamment dans les poumons.

Au point de vue clinique, une grande incertitude règne sur l'histoire de ces accidents hépatiques. Il semble que ce soient surtout les appendicites insidieuses, latentes au début et dans tout le cours de leur évolution, qui entraînent de préférence ces complications. Aussi arrive-t-il parfois que l'appendicite passe inaperçue, effacée en quelque sorte par la prédominance des lésions hépatiques. Encore ces dernières sont-elles, dans certains cas, méconnues elles-mêmes, si bien que le diagnostic s'égare complètement et que l'autopsie seule révèle à la fois les lésions originelles de l'appendice et les complications hépatiques consécutives. Le tableau clinique, en pareil cas, offre les apparences d'une fièvre typhoïde, d'une granulie, d'une méningite.

Une fois constituées, ces lésions du foie échappent à peu près complètement à la thérapeutique. Il est tout à fait exceptionnel que tout se réduise à un abcès unique qu'on pourrait traiter chirurgicalement, comme l'a fait avec succès Kœrte. Presque toujours il y a des abcès

multiples, lésions veineuses plus ou moins étendues qui rendent toute intervention illusoire. C'est donc dans la suppression précoce du foyer infectieux appendiculaire, quand son diagnostic précoce est possible, que réside tout entier le salut du malade.

Enfin, il faut retenir surtout que l'existence d'une protopathie du foie est l'une des conditions préparatoires indispensables à l'exaltation de la virulence du coli-bacille.

C'est sous cette réserve que j'ai admis la production de l'ictère grave par le coli-bacille.

J'ai publié plusieurs observations d'ictère grave où la lésion avait évolué avec hypothermie. J'avais trouvé le coli-bacille pendant la vie dans le sang des veines du pli du coude et du foie, et après la mort, dans les capillaires du foie, les cellules hépatiques et, pour un cas, dans la bile prélevée immédiatement après la mort.

Trois de ces malades étaient des alcooliques avérés, le quatrième était atteint de cancer des voies biliaires. J'admis donc que ces ictères graves relevaient d'une infection coli-bacillaire achevant la destruction hépatique commencée ici par l'alcoolisme, là par l'épithéliome des voies biliaires.

Dans ces quatre observations, l'ictère grave avait éclaté au cours de phénomènes intestinaux intenses qui donnaient à supposer que le point de départ de l'infection terminale était dans l'intestin. Il est établi d'ailleurs, en pathologie, qu'assez souvent l'ictère grave résulte, comme la fièvre typhoïde, de l'emploi d'eau contaminée; l'origine intestinale semble alors indiscutable.

Il est certain que l'infection à laquelle on doit imputer la plus grande partie du processus de l'ictère grave n'est pas toujours l'infection coli-bacillaire; j'ai publié des observations où j'ai dû incriminer le streptocoque et le staphylocoque. Depuis, Babès a publié trois cas où l'infection streptococcique a joué le grand rôle. Les ictères graves avec streptocoques ou staphylocoques sont hyperthermiques; tandis que les ictères graves avec coli-bacille sont hypothermiques. Or, le coli-bacille est hypothermisant. Il faut donc, parmi les ictères graves, en distinguer un qui est hypothermique et lié à l'infection coli-bacillaire.

Le tube digestif contient encore à l'état physiologique d'autres microbes inoffensifs d'ordinaire, mais qui, dans certaines conditions, surtout par associations microbiennes, deviennent pyogènes, MM. Netter, Besançon et Widal ont noté la présence du streptocoque dans la bouche du sujet sain. Il peut s'étendre ainsi à l'état normal dans tout le tractus intestinal (Jablonski, *loc. cit.*), y devenir virulent, exercer sur le foie son énergie pathogénique.

C'est probablement de cette façon que se produisent certains abcès du foie à streptocoques ne correspondant pas d'ailleurs à des lésions de l'intestin visibles à l'œil nu.

D'ordinaire, l'agent pyogène arrive au foie, parti d'une lésion intestinale apparente, ordinairement d'une ulcération.

Je n'ai pas à traiter à fond des abcès du foie; je ne ferai que les signaler dans la dysenterie et rappellerai seulement que l'ulcère dothiénentérique est beaucoup plus rarement le point de départ de suppuration hépatique.

C'est qu'aussi bien, comme on l'a vu plus haut, l'infection et l'auto-intoxication se donnent beaucoup moins carrière dans le duodénum que dans le gros intestin.

D'ailleurs, il me semble, d'une façon générale, que les lésions du foie dans la fièvre typhoïde sont en quelque sorte au-dessous de ce qu'on les supposait *a priori*. Elles sont certainement bien inférieures à celles qu'on observe, par exemple, dans la tuberculose, même aiguë. C'est du moins ce qui ressort pour moi des constatations que j'ai faites pendant plusieurs années et qui m'ont fait suggérer à l'un de mes anciens élèves, le docteur Legry, le sujet de sa thèse inaugurale.

Est-ce affaire de différence de virulence microbienne? Ne doit-on pas aussi tenir compte du mode spécial du traitement des typhiques? Tous les foies typhiques que j'ai examinés provenaient de malades qui avaient été soumis pendant toute leur maladie au régime lacté, auquel on peut attribuer la diminution des fermentations intestinales et de cet appoint pathogénique pour le foie.

E. Romberg n'a recueilli que dix-neuf cas d'hépatite suppurée consécutive à la fièvre typhoïde. On n'avait rencontré la pyléphlébite suppurée que dans cinq cas. Dans une de ces observations l'abcès hépatique était consécutif à des ulcérations typhoïdiques des voies biliaires, dans les autres à une pyoémie issue d'une autre région.

Cependant, dans les pays chauds, l'hépatite suppurée serait, au dire de quelques auteurs, plus fréquente pendant la fièvre typhoïde, comme si les germes pyogènes propres au milieu trouvaient dans les lésions typhiques de l'intestin une occasion de pénétrer dans le système porte jusqu'au foie.

Quant aux ulcérations tuberculeuses de l'intestin, elles ne s'accompagnent pas de suppuration hépatique, probablement parce qu'autour d'elles les vaisseaux s'oblitèrent.

D'autres fois, ai-je déjà dit, la fissure intestinale échappe, comme dans certaines typhlites ou appendicites dues à un corps étranger, imperceptible quoique suffisante pour laisser passer le microbe pyogène.

Le point de départ peut être aussi dans l'estomac. On connaît quelques observations d'abcès du foie consécutifs à des ulcérations gastriques (Andral, Louis, Murchison).

Ici encore se manifeste, comme dans tout processus évoluant entre le foie et l'intestin, le coefficient de l'état préalable du foie.

L'abcès dysentérique se développe plus facilement chez les alcooliques dont le foie résiste moins à l'envahissement microbien (Sachs, 1876) et la suppuration est assez fréquente dans le cancer du foie et des voies biliaires.

Je terminerai ce court aperçu des abcès du foie dans leurs rapports avec l'intestin par cette conclusion du travail de Zancarol. « La porte d'entrée des micro-organismes pathogènes des abcès du foie est la surface intestinale. »

Il semble établi que chez les nourrissons l'ensemencement infectieux est très facile dans tout le tractus intestinal.

Dæmberger a montré que malgré une antisepsie rigoureuse de la bouche on y rencontre encore des streptocoques vivants et virulents, et Fischl a étudié chez les nourrissons âgés de quelques semaines une septicopyoémie due au streptocoque pyogène seul ou associé au staphylococcus aureus.

J'ai déjà signalé l'insuffisance de la cellule hépatique du nouveau-né. Les micro-organismes intestinaux ont aisément barre sur l'organite encore incomplètement développé et produisent les diverses hépatites aiguës observées à cet âge, en particulier certains ictères infectieux, parfois de véritables ictères graves.

A cette phase de la vie, la veine ombilicale remplace la veine porte comme organe vecteur d'agents infectieux, et M. Chauffard a tiré de cette condition anatomique transitoire une ingénieuse et très satisfaisante explica-

tion de mode de développement de l'hépatite syphilitique héréditaire du nouveau-né.

A propos des micro-organismes essentiellement pathogènes que le foie reçoit par l'intermédiaire de la veine porte qui les puise dans toute l'étendue du tube digestif, je ne dirai qu'un mot de l'*actinomycose* qui se développe assez souvent chez les animaux, et dont l'introduction dans l'organisme paraît bien évidemment se faire par le tube digestif avec les aliments et tout particulièrement avec les fourrages. « De toutes les actinomycoses secondaires, l'actinomycose hépatique est la plus fréquente. La veine porte amène au foie des fragments actinomycosiques détachés du foyer primitif, qui pullulent dans son parenchyme avec d'autant plus de facilité que la glande hépatique réalise mieux les conditions d'anaérobie favorables à la végétation de l'actinomycose. »

Parmi ces micro-organismes, il faut placer au premier rang chez l'homme le *bacille de Koch*.

Sans doute, les crachats avalés par les phthisiques subissent l'action antiseptique du suc gastrique, étudiée par Straus et Wurtz. Toutefois, « l'effet antiseptique, disent-ils, obtenu dans leurs expériences est un effet maximum qui ne se réalise jamais dans les mêmes proportions que dans la digestion physiologique. » J'ai déjà dit que, d'après Miller, il faut au moins 2 p. 1000 de HCl pour arrêter les fermentations produites par les microbes qu'il a trouvés dans les voies digestives.

Une certaine quantité de bacilles passent donc dans l'intestin. « Les bacilles sont arrêtés, dit Lauth, comme ils sont arrêtés par les ganglions lymphatiques, et l'on peut dire que, sans cet emmagasinement opéré par le foie, tout tuberculeux qui avale ses crachats ne tarderait pas à être emporté par une dissémination étendue à tout l'organisme. »

Ainsi Weigert a publié deux cas de tubercules de la veine porte et de la veine splénique qui ne furent pas suivis de tuberculose miliaire généralisée. Il a montré, en outre, que l'existence d'ulcérations tuberculeuses de l'intestin n'est pas nécessaire pour expliquer la présence des tubercules dans le foie ou dans les ganglions lymphatiques du mésentère et que la veine porte ou les lymphatiques peuvent absorber les bacilles directement sans lésion intestinale. Plus récemment Debroklonski a fait la même constatation.

Il semble donc bien que si le foie et la membrane intestinale sont intacts, les bacilles arrivés au foie y perdent leur nocuité.

En 1884, M. Gilbert et moi avons trouvé sur des coupes provenant d'un foie de supplicié un tubercule miliaire typique autour duquel le foie semblait absolument normal, et il n'y avait aucun tubercule ailleurs.

Cornil et Ranvier, Cornil et Babès ont trouvé aussi des tubercules et des bacilles de Koch dans le foie, en l'absence de toute autre localisation tuberculeuse D'autre part, l'hépatite tuberculeuse graisseuse aiguë peut se développer primitivement et isolément. M. Gilbert et moi en possédons deux observations très nettes.

Lorsque la muqueuse intestinale est creusée d'ulcérations tuberculeuses, le foie est constamment traversé par de la matière tuberculeuse : bacille, toxine, éléments histologiques; et cependant on n'y trouve pas toujours des lésions tuberculeuses. Le foie n'est pas chez tous les phthisiques également propice à l'ensemencement infectieux. Toutefois, il l'est presque toujours à un certain degré et réalise les différentes formes de tuberculose hépatique que M. Gilbert et moi avons esquissées.

Il n'est pas démontré que dans tous ces cas c'est le bacille lui-même qui suscite le travail irritatif et dégénératif. On dirait parfois que la toxine isolée suffit.

On objectera à la pathogénie que je soutiens de la cirrhose tuberculeuse que les cobayes injectés avec la tuberculine ne présentent aucune tendance sclérogène, que les malades traités pendant des mois par le remède de Koch à doses croissantes ne furent pas atteints apparemment de cirrhose. Mais je ne pense pas qu'il soit légitime de comparer l'injection de tuberculine à la résorption continue, à dose infinitésimale, de toxine tuberculeuse formée au niveau d'ulcérations de l'intestin.

Puis, dans les conditions ordinaires, le foie ne reçoit pas la toxine seule, mais le microbe lui-même.

Quel n'est pas, d'autre part, le rôle que joue la porte d'entrée? Or, peut-on comparer une injection sous-cutanée à l'absorption au niveau d'une ulcération intestinale?

Enfin, l'intestin est une source d'où jaillissent perpétuellement divers et nombreux poisons et toxines qui peuvent refluer vers le foie, et dont l'action s'ajoute toujours, dans des proportions généralement indéterminées, à toute infection ou intoxication intercurrente.

Ainsi, il est probable que les résultats des examens histologiques pratiqués sur les divers foies tuberculeux ne révèlent pas strictement la lésion tuberculeuse, mais les lésions combinées de l'infection tuberculeuse associée à d'autres infections et aussi l'auto-intoxication d'origine gastro-intestinale.

M. Pilliet et moi avons souvent trouvé sur les foies tuberculeux, quel que soit l'état macroscopique de la muqueuse intestinale, ces nodules infectieux que l'un de mes élèves, le docteur Legry et moi, avons étudiés dans la fièvre typhoïde, et que, suivant ma remarque, on observe ordinairement dans les infections où le processus a déterminé des ulcérations intestinales.

Toute la pathologie du foie chez l'homme est inféodée à l'influence intestinale : on le verra de plus en plus nettement en avançant dans le sujet.

Parmi les conditions qui rendent le foie plus vulnérable, l'on sait qu'il faut compter surtout l'alcoolisme.

Dans ses remarquables études sur la pathologie hépatique, M. Lancereaux a montré que l'alcoolisme appelle pour ainsi dire le tubercule sur le péritoine et sur le foie, rendu moins résistant à l'infection. L'un des élèves les plus distingués du Dr Lancereaux, le Dr Delpeuch, a brillamment développé l'idée de son maître dans sa thèse de doctorat. L'alcoolisme n'est pas la seule cause prédisposante : l'arthritisme, toute tare antérieure, congénitale ou acquise, peuvent en faire l'office.

On trouve d'ailleurs chez des enfants, certainement non alcooliques, soit la cirrhose tuberculeuse proprement dite, soit l'hépatite aiguë graisseuse hypertrophique.

Quoi qu'il en soit, dans la tuberculose hépatique, l'agent infectieux passe d'ordinaire de l'intestin au foie par la veine porte. Il suit parfois la voie artérielle et la voie lymphatique, mais le plus souvent la voie portale.

MM. Gilbert et Lion ont produit la tuberculose hépatique en injectant de la matière tuberculeuse dans les veines mésentériques, et Weigert a décrit cliniquement la phlébite-porte tuberculeuse.

Saboureau a vu une tuberculose miliaire du foie et de la rate chez un nouveau-né, dont la mère était atteinte de tuberculose exclusivement pulmonaire; l'infection s'était propagée par la veine ombilicale.

MM. Bar et Renon ont noté la présence du bacille de Koch dans le sang de la veine ombilicale de fœtus humains issus de mères tuberculeuses.

Il resterait à décrire aussi les lésions hépatiques qui prennent place dans l'ensemble d'une infection générale déterminée, et qui semblent plus particulièrement liées au mode de pénétration par l'intestin des microbes pathogènes en dehors de lésions intestinales très accen-

tuées: ainsi les dégénérescences de la cellule hépatique qu'on note dans le choléra. Mais l'étude du foie infectieux dans ses rapports étroits avec un état intestinal préalable n'est encore qu'indiqué.

Je mentionnerai seulement qu'en ce qui concerne la sécrétion biliaire, on note d'ordinaire dans le foie infectieux la polycholie, puis, si la lésion va s'accusant, l'acholie. Cette succession dans les troubles biliaires correspond au processus histologique de la lésion cellulaire du foie infectieux, au double travail irritatif et dégénératif qui la résume.

Enfin, on sait que le bacille de Koch, comme le colibacille, le streptocoque, le staphylocoque, peut aller de l'intestin au péritoine et y déterminer une péritonite tuberculeuse. Quelques médecins admettent justement que la péritonite tuberculeuse peut produire une cirrhose tuberculeuse secondaire par propagation centripète du tubercule du péritoine à l'enveloppe fibreuse du foie et à ses prolongements intra-hépatiques.

Un certain nombre de pathologistes pensent que la *lithiase biliaire* est d'origine microbienne, comme si l'adage de Linné: *Lapides ab animalibus*, s'appliquait aussi aux infiniment petits.

Si la formation lithiasique dérive de micro-organismes des voies biliaires; si le micro-organisme est le véritable noyau primordial du calcul hépatique, on doit en déduire, étant donné que les microbes des voies biliaires viennent pour un bon nombre de l'intestin, que la lithiase biliaire est en partie d'origine intestinale.

Je vais résumer les principaux documents sur lesquels s'étaie aujourd'hui la théorie nouvelle.

C'est à propos des rapports entre la fièvre typhoïde et la lithiase biliaire que la question s'est posée d'abord.

Il est généralement admis maintenant que la lithiase biliaire peut être l'une des suites de la fièvre typhoïde. Les observations favorables à cette hypothèse ne sont pas rares, et j'ai recueilli moi-même deux observations où cette filiation m'a paru indiscutable.

Mais de quelle nature est ce rapport? M. Bernheim, l'un des premiers, en a proposé une pathogénie. Il admet que le catarrhe gastro-intestinal typhique se propage aux voies biliaires et devient lithogène, suivant l'ancienne théorie de la formation des calculs biliaires.

D'autre part, dès 1886, M. Galippe annonçait qu'il avait rencontré des micro-organismes dans les calculs biliaires, et proposait la théorie suivante sur le mode de développement de la lithiase biliaire: « Il est permis d'admettre que les micro-organismes trouvent dans les variations physiologiques de l'organisme des substrata de culture propres à leur développement, peuvent exercer dans ces liquides des actions chimiques électives, provoquer des dédoublements ou la précipitation de substances maintenues solubles à l'état normal ».

A partir du X[e] Congrès de Wiesbaden, en 1891, la part qui revient au microbe dans l'histoire de la lithiase biliaire s'élargit et se précise.

Naunyn défend magistralement la pathogénie parasitaire de la lithiase biliaire. L'une des conclusions du débat, auquel prirent part Schræder, Furbringer et Mosler, est ainsi formulée:

« L'angiocholite primitive, qui provoque le dépôt des premiers éléments constitutifs du calcul, peut résulter d'infections de diverses natures, contre lesquelles la bile n'a qu'une action antiseptique modérée. Ces infections proviennent de sources variées, que MM. Bouchard, Netter, Gilbert et Girode ont récemment étudiées; mais il faut, pour déterminer le processus lithiasique, deux conditions essentielles: la stagnation de la bile et l'infection. »

Chiari dit avoir presque toujours rencontré le bacille typhique dans la vésicule biliaire pendant la dothiénentérie; il admet même qu'il s'y multiplie et peut devenir la cause, non seulement d'une récidive de fièvre typhoïde, mais encore de lithiase biliaire.

Puis MM. Gilbert et Dominici semblent pouvoir conclure d'expériences qui ne sont pas terminées, que l'injection du bacille typhique peut produire des calculs biliaires.

La même année, MM. Gilbert et Fournier présentent à la Société de biologie une note sur un cas de fièvre typhoïde compliquée de parotidite double et suivie de liathiase biliaire.

J'ai publié en 1891 avec Létienne un cas où la vésicule imperméable à la bile renfermait à la fois des calculs et des microbes: bacterium coli et staphylocoque blanc avec une bactérie du type megaterium, assurément rare dans la bile, et qui avait, croyons-nous, une origine alimentaire. M. Létienne et moi nous demandions s'il n'y avait pas à établir quelque rapport de cause à effet entre les microbes et les calculs.

Un autre argument résulte de ce fait que la lithiase biliaire est fréquente chez les herbivores. Or on sait que les fourrages contiennent de nombreux microbes, des microbes pathogènes, qui, comme le streptococcus et le diplococcus pneumo-enteritis, causent surtout la pneumo-entérite des fourrages.

Je n'ai pas besoin de faire remarquer combien la nouvelle conception de la genèse de la lithiase biliaire devra en modifier l'hygiène et la thérapeutique.

Si donc le catarrhe intestinal typhique, propagé aux voies biliaires, devient catarrhe lithogène; si, en d'autres termes, le micro-organisme de la fièvre typhoïde est, en fin de compte, capable de déterminer la lithiase biliaire, la question de l'origine microbienne de la lithiase est jugée.

Il restera à établir quels microbes interviennent, en dehors de la fièvre typhoïde, soit à l'état normal, soit dans d'autres processus morbides.

Il est possible que tout microbe, par cela seul qu'il pullule dans le mucus des voies biliaires, y détermine des transformations chimiques qui conduisent au dépôt des principes minéraux. Ainsi, M. Galippe a vu se produire artificiellement des cristaux de carbonate de chaux, dans de la salive déposée dans un flacon, autour des amas de micro-organismes qui s'y développaient.

La lithiase biliaire résulterait donc, en dernière analyse, du mode de pénétration des micro-organismes dans les voies biliaires, de leur plus ou moins grand nombre, et surtout peut-être de la constitution du mucus *déposant* plus ou moins facilement.

Si cette dernière hypothèse exprimait la réalité, le *terrain* l'emporterait encore sur la *graine*. La lithiase biliaire ne serait plus un phénomène accidentel, contingent, mais resterait l'expression d'un état préalable de l'organisme, d'une modification héréditaire ou congénitale *totius substantiæ*, d'une diathèse.

(*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Contribution à l'étude clinique des phénomènes bulbaires dans la syringomyélie, par Lamacq (*Revue de médecine*, n° 2, 10 février 1895). — L'auteur, ayant eu l'occasion d'observer six cas de syringomyélie dont deux ont

succombé avec des accidents bulbaires, étudie en détail les troubles bulbaires dans cette maladie. Le symptôme objectif qui annonce le plus souvent l'envahissement de la moelle allongée par le processus syringomyélique est, sans contredit, l'anesthésie dans le domaine du trijumeau. L'hyperesthésie et la névralgie sont plus rares. L'hémiatrophie faciale est exceptionnelle. Il ne paraît pas y avoir d'arthropathie de l'articulation temporo-maxillaire. Du côté de l'appareil digestif on trouve aussi des désordres variables. Une complication très importante est l'hémiatrophie de la langue qui paraît être relativement fréquente. La salivation est quelquefois abondante. On trouve quelquefois l'anesthésie du pharynx et du voile du palais. Le réflexe pharyngien peut être aboli. La tachycardie n'est notée que dans très peu de cas; le ralentissement du pouls est encore beaucoup plus rare. L'appareil respiratoire est affecté soit au point de vue de la sensibilité (anesthésie de la muqueuse laryngée), soit au point de vue de la motilité (parésie ou paralysie d'une seule corde vocale); la paralysie double est plus rare. A cause de ces troubles, la voix est rauque, enrouée et même il peut y avoir de l'aphonie complète. Dans certaines observations on a noté une hémiatrophie laryngée; on a noté quelquefois des crises de dyspnée dont la pathogénie est complexe. Le phrénique a été trouvé quelquefois paralysé. L'auteur pense que, en présence d'un cas de syringomyélie à forme de sclérose latérale amyotrophique, on doit redouter l'inertie plus ou moins prochaine du diaphragme. La diplopie paraît assez fréquente et elle peut être fugitive. L'amaurose a été signalée cinq fois; la paralysie sans glycosurie n'est pas très rare. Un phénomène curieux qu'on rencontre quelquefois, c'est l'ictus qui est accompagné presque toujours de troubles bulbaires. En général, dans la syringomyélie bulbaire, il faut tenir plutôt compte de l'ensemble des accidents. La mort par le bulbe n'est pas très fréquente chez les syringomyéliques; ils succombent souvent à une affection intercurrente à localisation pulmonaire fréquente. Certains accidents bulbaires présentent des rémissions très longues et peuvent même disparaître complètement.

Hémorrhagie cérébrale suite d'entérocolite (Cerebral hemorrhage as a sequel to enterocolitis), par Emerson (*Medical Record*, 20 avril 1895, p. 492). — Un bébé âgé de cinq mois présentait depuis quelques jours des selles liquides verdâtres légèrement striées de sang. L'enfant avait été nourri pendant six semaines avec du lait stérilisé. A l'examen de l'auteur, l'enfant était anémié avec peau flasque et ayant l'aspect d'un enfant mal nourri. Outre une température élevée, l'auteur a constaté des signes de scorbut. Le traitement prescrit améliora un peu les symptômes de diarrhée et de ténesme, mais l'enfant a eu une attaque d'hémiplégie gauche et il a succombé quelques jours après. Les exemples d'hémiplégie au cours d'une entérocolite sont très rares dans la littérature médicale. L'auteur l'attribue à une hémorrhagie à cause des lésions vasculaires dépendant d'une nutrition défectueuse causée par le lait stérilisé qui constitue un aliment impropre à la digestion chez un enfant très jeune.

Hémiatrophie faciale avec symptômes d'épilepsie jacksonienne sensitive (A case exhibiting symptoms of facial hemiatrophy and jacksonian sensory epilepsy), par Th. Diller. — Mouleur, âgé de vingt-neuf ans, nie la syphilis mais avoue avoir fait des excès éthyliques et a remarqué il y a dix ans que la partie antérieure du cuir chevelu du côté droit était sèche et ne transpirait pas. En 1891, il a reçu d'un mulet un coup de pied juste au-dessus de la région qui actuellement est la plus atrophiée. La partie antérieure du front et du cuir chevelu a commencé à s'atrophier et la chute des cheveux se produisit dans la région avoisinante. Il reçut un nouveau traumatisme au niveau du mollet droit. Quelques jours après il éprouva une sensation d'engourdissement et des picotements dans les orteils gauches, sensation qui envahissait la jambe, la cuisse et le tronc pour gagner ensuite le bras gauche, la partie gauche du cou et de la face. Cette crise se terminait par des douleurs dans la partie droite de la face avec maximum dans la région atrophiée. Ces attaques se sont répétées plusieurs fois sans perte de connaissance et le malade prétend qu'il avait de la faiblesse musculaire dans la moitié gauche du corps. Le point de départ de ces attaques n'était pas le même; quelquefois elles commençaient par la face ou par le membre supérieur. Il aurait eu, il y a un an, des convulsions généralisées et il affirme que cette nouvelle espèce d'attaque était précédée de troubles sensitifs décrits plus haut et il perdait connaissance pendant ces convulsions. Au mois de mars 1895 l'auteur constate que la peau du front et la partie antérieure du cuir chevelu à droite sont certainement atrophiées. L'atrophie descend sur la face latérale du nez, mais ne dépasse pas la ligne médiane. Le cuir chevelu du même côté présente des zones de calvitie. On n'observe ni troubles de la marche, ni troubles sensoriels. L'auteur pense qu'il s'agit d'un cas d'hémiatrophie faciale droite dont la marche a été accélérée par le traumatisme, hémiatrophie qui se trouverait en rapport avec des lésions irritatives dans le ganglion de Gasser. Il est possible que ces mêmes lésions irritatives déterminaient, par voie réflexe, les crises d'épilepsie sensitive. Il serait plus difficile d'attribuer les symptômes du malade à une lésion corticale, bien que Bremer et Eskridge aient rapporté des cas récents ayant pour but de démontrer l'influence trophique de l'écorce cérébrale.

MÉDECINE

Tuberculose de l'œsophage (Beitrag zur Aetiologie und Casuistik der Tuberculose der Speiseræhre) par K. Zenker (*Deutch. Arch. f. klin. Med.*, 1895, vol. 55 p. 405. Festchr en l'honneur du prof. Zenker. — L'étude de l'auteur est basée sur trois observations de tuberculose primitive de l'œsophage.

Dans le premier cas, il s'agit d'un phthisique qui présenta, quelques mois avant la mort, une dysphagie très accusée, que l'exploration avec la sonde permit d'attribuer à un rétrécissement de l'œsophage, siégeant à la hauteur du cartilage cricoïde. L'autopsie montra que le rétrécissement était de nature tuberculeuse.

L'examen de l'œsophage montra en effet l'existence d'une ulcération circulaire mesurant 1 centimètre de hauteur en arrière et 4 centimètres en avant; à ce niveau, l'œsophage était manifestement rétréci et avait une circonférence de 2 cent. 1/2 au lieu de 4 et 5 1/2 qu'on trouvait au-dessus ou au-dessous de l'ulcération. Le fond de l'ulcération avait une couleur rouge brunâtre, était parsemé de nodules jaunes, et n'allait pas plus loin que la couche musculaire. Ses bords étaient très irréguliers, anfractueux, formés par la muqueuse infiltrée et épaissie.

Sous le microscope, on constatait tout d'abord une prolifération de l'épithélium au voisinage de l'ulcération. Non seulement la couche épithéliale paraissait épaissie, mais les cellules pénétraient à l'intérieur de la muqueuse, tout comme dans les proliférations atypiques qu'on rencontre si souvent dans le lupus de la peau. L'épithélium s'arrêtait nettement au niveau des bords de l'ulcération, où il était remplacé par un tissu de granulations, riche en cellules, qui formait également le fond de l'ulcération. Toute la muqueuse et toute la sous-muqueuse étaient, dans l'étendue de l'ulcération, infiltrées de granulations entre lesquelles se trouvaient des tubercules plus ou moins typiques, composés de cellules lymphoïdes et épithélioïdes, avec ou sans cellules géantes. Les tubercules et les granulations renfermaient de nombreux bacilles tuberculeux.

Le processus tuberculeux était limité à la muqueuse et à la sous-muqueuse; au niveau des bords de l'ulcération, les tubercules se trouvaient entre les glandes muqueuses et l'épithélium, par conséquent dans les couches superficielles de la muqueuse. La couche musculaire était, par places, infiltrée de petites cellules, mais ne présentait pas de trace de tuberculose.

Dans le second cas, la tuberculose de l'œsophage ne fut découverte qu'à l'autopsie d'un phthisique. On constata en effet que l'œsophage était légèrement rétréci à la hauteur de la bifurcation de la trachée. A ce niveau, l'œsophage présentait une saillie, un épaississement des dimensions d'une pièce de 2 francs, dont le centre était occupé par une ulcération jaunâtre, superficielle, grande comme un ongle, limitée par des bords à peine élevés. Sur la coupe, on trouva que la plaque en question était formée par une infiltration caséeuse qui avait envahi la muqueuse, la sous-muqueuse, la couche musculaire et le tissu conjonctif sous-jacent. La partie malade de l'œsophage adhérant intimement aux ganglions bronchiques avait également subi la dégénérescence caséeuse.

L'examen microscopique de la plaque montra le tableau typique de la tuberculose. Dans la couche musculaire, comme dans la sous-muqueuse, on voyait des tubercules volumineux dont le centre avait subi la dégénérescence caséeuse et dont la périphérie était formée de cellules épithélioïdes. Dans la muqueuse elle-même, on ne trouvait des tubercules qu'au niveau de l'ulcération superficielle, dont le fond était formé par des granulations tuberculeuses. Au niveau des bords de l'ulcération, l'épithélium était épaissi. L'infiltration caséeuse se continuait dans le tissu cellulaire péri-œsophagien et allait jusqu'aux ganglions bronchiques infiltrés qui étaient reliés à la plaque tuberculeuse de l'œsophage par des tractus fibreux et par des granulations tuberculeuses ayant en partie subi la dégénérescence caséeuse. Les bacilles tuberculeux existaient partout où se trouvaient les lésions spécifiques. Le troisième cas est semblable au précédent.

Laissant de côté les deux dernières observations, l'auteur s'attache principalement à l'étude de la tuberculose primitive de l'œsophage. Elle est extrêmement rare, puisque toutes les éliminations de rigueur faites, il n'a trouvé dans la littérature que cinq cas authentiques. La cause de l'immunité relative de l'œsophage, même chez les phthisiques, tient, d'après lui, à deux facteurs : à la résistance de l'épithélium œsophagien ; au séjour peu prolongé des matières bacillifères dans l'œsophage. Le premier facteur est le principal, et vient-il à disparaître, l'œsophage peut se tuberculiser. C'est ainsi que, dans les cinq cas réunis par l'auteur, on trouve deux phthisiques qui, pour se suicider, avaient avalé de l'acide sulfurique (Breus, Kundrat); une phthisique dont l'œsophage était couvert de muguet (Eppinger); dans le quatrième cas (Zenker) la tuberculose de l'œsophage s'était développée au fond d'un rétrécissement cancéreux.

Comment la tuberculose de l'œsophage s'était-elle développée dans le premier cas que nous avons analysé? L'auteur fait intervenir le siège de l'ulcération. La lésion se trouvait notamment au point le plus étroit de l'œsophage où ce dernier se trouve pris entre deux corps durs, la trachée et la colonne vertébrale. Les lésions par passage des corps étrangers ou par toute autre action peuvent s'y produire facilement, dépouiller l'œsophage de son épithélium protecteur et créer une porte d'entrée à l'infection. La superficialité de la lésion montre du reste aussi que, dans ce cas, il s'agissait d'une infection ayant marché de la surface vers la profondeur.

CHIRURGIE

La question des protozoaires en gynécologie (Zur Protozoenfrage in Gynækologie), par Pick (*Berl. klin. Woch.*, 1895, nos 22 et 23). — Le travail de l'auteur fait à la clinique de Landau (de Berlin) aboutit aux conclusions suivantes :

1° Dans l'endométrite fongueuse kystique on trouve dans les glandes dilatées, des productions qui ressemblent aux amibes, mais qui en réalité ne sont que de jeunes cellules épithéliales tuméfiées, hydropiques. Ces cellules sont identiques aux amibes décrites par Doria dans trois cas d'endométrite fongueuse kystique, auxquelles amibes l'auteur italien attribue le rôle d'agents pathogènes.

2° Les mêmes productions, semblables aux amibes, se rencontrent également dans les salpingites muco-purulentes et dans les kystes des ovaires. Dans ces cas encore les productions en question ne sont que des cellules épithéliales dégénérées.

3° Dans ces conditions un traitement « anti-protozoïque » n'a aucune raison d'être et ne saurait être efficace.

4° Dans certains cas d'endométrite on rencontre dans l'épithélium glandulaire, quand il existe une vive prolifération de cellules épithéliales, des productions semblables aux protozoaires, comme on en a signalé dans les carcinomes et les sarcomes. Ces productions sont également des produits de dégénération, et plus spécialement des produits de dégénération des leucocytes ayant pénétré dans les éléments épithéliaux de l'endomètre.

De la guérison spontanée des incurvations rachitiques du squelette (Ueber die Spontanheilung rachitischer Verkrummungen), par Veit (*Arch. f. klin. Chir.*, 1895, vol. 50 p. 130). — De nombreuses observations et photographies prises par l'auteur à la policlinique chirurgicale de Berlin il résulte que les incurvations rachitiques du squelette ont une tendance spontanée à se redresser quand l'accroissement du squelette se fait normalement. D'où le précepte de ne pas se hâter avec les interventions chirurgicales et d'attendre l'âge de 7 à 9 ans avant d'intervenir. Passé cet âge les incurvations rachitiques du squelette ne se corrigent plus spontanément, et c'est alors seulement que le médecin doit laisser la place au chirurgien.

D'un autre côté, il existe des cas où les incurvations rachitiques s'établissent définitivement avant l'âge de 6 ans. Ces cas s'observent chez les enfants dont les membres inférieurs forment un véritable O, et chez les rachitiques nains.

GYNÉCOLOGIE

La castration dans le traitement de l'ostéomalacie (Die in den Frauenklinik zu Gœttingen operirten Falle von Osteomalacie), par Bussche-Haddenhausen (*Arch. f. Gynæk.*, 1895, vol. XLIX, p. 100). — L'auteur rapporte dans son travail six cas d'ostéomalacie puerpérale traités avec succès cinq fois par la castration, une fois par l'opération de Porro. Les ovaires ne présentaient rien de pathologique.

Dans tous ces cas les malades furent considérablement améliorées par l'opération, les douleurs notamment avaient complètement disparu, bien que les modifications pathologiques du squelette aient persisté dans tous les cas.

D'après l'auteur, la castration doit être faite chaque fois quand le traitement médical (phosphore, bains de boue) échoue. Pour avoir des résultats convenables, il ne faudrait même pas s'attarder trop au traitement médical et opérer de bonne heure.

BIBLIOGRAPHIE

La fièvre typhoïde, par Brouardel et Thoinot, 1 vol. in-8° de 340 pages. Paris 1895. J.-B. Baillière et fils, éditeurs.

Ce volume, qui est l'amplification du chapitre fièvre typhoïde inséré par les auteurs dans le *Traité de médecine et de thérapeutique* publié sous la direction de MM. Brouardel, Gilbert et Girode, résume avec une grande netteté l'histoire actuelle de la dothiénentérie.

Les auteurs consacrent un important chapitre à l'étiologie de la fièvre typhoïde, qu'ils ont si largement contribué à établir par l'étude de nombreuses épidémies : l'observation est leur guide, guide plus sûr que des hypothèses de laboratoire trop souvent, font-ils remarquer, démenties par des recherches ultérieures. Il leur suffit, pour le montrer, de rappeler combien sont contestables à l'heure actuelle, avec la connaissance du colibacille, les examens bactériologiques qui, il y a peu d'années, suffirent à déclarer les eaux contaminées par le bacille d'Eberth. Ce chapitre, est-il besoin de le dire, est la démonstration de l'origine à peu près constamment hydrique de la fièvre typhoïde.

Les déterminations cliniques et anatomiques de la maladie constituent la plus grande partie du volume et sont suivies de l'exposé synthétique de ses aspects cliniques : ce plan, diamétralement opposé à celui que suivent habituellement les traités de pathologie, peut embarrasser un débutant qui cherche d'abord un tableau d'ensemble avant de se perdre dans les détails; pour un lecteur déjà au courant de la question, il est peut-être plus logique.

Au chapitre du traitement, les auteurs se montrent opposés aux médications systématiques et font avec juste raison une part aux diverses méthodes de traitement : là encore, ils montrent que les acquisitions du passé, que l'on semble oublier de nos jours au profit des méthodes nouvelles, ne doivent pas être dédaignées et ils les rappellent avec beaucoup d'à propos à ceux qui peuvent avoir à les mettre en pratique.

Georges Thibierge.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

REVUE GÉNÉRALE

Les influences morbides exercées par l'intestin sur le foie, d'après le rapport présenté au Congrès de médecine par M. HANOT, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

II

Congestions et cirrhoses hépatiques par intoxication d'origine gastro-intestinale. — Jusqu'à ces dernières années, malgré quelques remarques de Saunders, Portal Broussais, Andral, l'état du foie dans les maladies de l'estomac n'était que succinctement indiqué.

Budd est le premier médecin qui a nettement affirmé l'origine gastro-intestinale d'une véritable cirrhose. J'ai trouvé dans son traité le passage suivant : « La cirrhose peut s'observer aussi chez des personnes sobres et reconnaître d'autres causes que l'abus des spiritueux. Quelques-unes des substances infiniment variées qui pénètrent dans l'estomac, ou bien les produits d'une mauvaise digestion, peuvent, en passant par la veine porte, déterminer, comme l'alcool, une cirrhose hépatique.

De nos jours, nous trouvons quelques faits signalés par Leven, par Poucel, mais c'est M. Bouchard qui, le premier, a fait une étude méthodique de l'état du foie dans la dilatation stomacale : « Sur 389 observations personnelles de dilatation de l'estomac, j'ai reconnu que la dilatation du foie s'observe 23 0/0. Cette tuméfaction est mobile ; elle augmente, elle diminue et disparaît suivant que les accidents s'aggravent ou s'améliorent. Elle récidive facilement, elle s'accompagne d'endolorissement ou de pesanteur à l'hypocondre droit et se complique parfois d'ictère. En l'absence de constatation cadavérique, ces caractères me font considérer comme probable que cette tuméfaction est congestive. C'est chez les malades affectés de dilatation de l'estomac seulement que j'ai observé la congestion du foie des maladies chroniques.

» Indépendamment de la congestion hépatique, qui appartient à la dilatation de l'estomac, on observe dans certaines maladies chroniques une tuméfaction du foie plus considérable et plus persistante, capable de varier lentement en plus et en moins, indolente, et ne s'accompagnant jamais d'ictère.

» Pour cette altération du tissu hépatique, j'ignore encore quels sont ses caractères histologiques. Les caractères cliniques et ses associations pathologiques me portent à supposer qu'il s'agit purement et simplement d'une augmentation de volume des cellules hépatiques. Pour ne rien préjuger, je donne à cette altération le nom de *gros foie.*

» Le gros foie ne s'observe que dans un groupe restreint de maladies chroniques : dans le diabète sucré, dans l'obésité, dans la goutte. Il est très rare, au contraire, qu'on l'observe dans les autres maladies chroniques. »

Il est certain que le gros foie des maladies chroniques sus-énoncées en relève directement ; mais les individus qui présentent ces maladies sont ordinairement des dyspeptiques, et le gros foie est peut-être, en partie du moins, lié à la dyspepsie.

Depuis, M. Bouchard a communiqué à mon élève Boix sa statistique complète et les chiffres en sont :

Dilatation et foie volumineux.........	240
Dilatation + F. V. + peptonurie......	44
— + F. V. + glycosurie......	13
— + F. V. + diabète.........	60
— + F. V. + obésité.........	25
— + F. V. + goutte.........	12

M. Legendre, sur 61 dilatés (dyspeptiques ou latents), a trouvé 24 fois la tuméfaction hépatique, permanente ou intercurrente, avec foie lisse, et le plus souvent indolent, débordant le rebord costal de un à cinq travers de doigt.

M. Hayem pense aussi que les gastropathies jouent un rôle des plus importants dans la genèse des maladies du foie. Il fait remarquer que la duodénite est fréquente dans les gastropathies.

Pour M. Hayem, la cirrhose hypertrophique coïnciderait avec la gastrite hyperpeptique ; la cirrhose atrophique, au contraire, avec la gastrite chronique, se traduisant par le type de l'hypopepsie intense, ou même de l'apepsie.

Déjà, dans une monographie sur la cirrhose hypertrophique avec ictère chronique, publiée en 1892, je disais : « Quant à l'origine même de la maladie, tout ou presque tout est hypothèse pour l'instant. S'agit-il d'une infection d'origine intestinale ou d'origine biliaire? peut être est-ce dans cette voie inexplorée qu'il faut chercher la solution du problème. »

« Le foie, dit M. Milon dans une thèse récente, chez les enfants fréquemment atteints de troubles gastro-intestinaux, est sujet à des variations de volume éton-

nantes. Ces variations sont énormes d'un jour à l'autre. Le foie des enfants est véritablement élastique, à ce point qu'une augmentation de volume, se traduisant une fois par un abaissement du bord inférieur à six centimètres au-dessous du rebord costal, peut se résoudre, deux jours après, à trois centimètres, même moins, pour se manifester de nouveau trois ou quatre jours plus tard.

» Ces congestions hépatiques passagères et fréquentes nous ont semblé un bon signe confirmatif d'un état défectueux de l'élaboration des substances alimentaires.»

Je n'ai pas à m'étendre sur l'histoire clinique de la *congestion hépatique d'origine gastro-intestinale*. On sait le malaise profond ressenti par le malade dans l'hypocondre droit, la tension douloureuse avec irradiation dans l'épaule droite, l'augmentation de volume de l'organe douloureux à la palpation, la teinte subictérique des conjonctives et des téguments, la constipation, la fétidité des selles, l'urobilinurie, les dépôts d'acide urique colorés par l'uroérythrine, la glycosurie alimentaire, etc.

Brunton en a exposé en détail le mécanisme de production.

Il a invoqué surtout la composition du sang, l'influence qu'elle exerce sur la rapidité du courant sanguin dans le foie. Le plasma, altéré par les produits de digestions viciées, s'écoule moins facilement à travers les capillaires intra-hépatiques. A cette action mécanique s'ajoute l'influence possible des toxines, agissant sur les nerfs vaso-moteurs et produisant une dilatation par paralysie des fibres lisses. Ces facteurs sont spéciaux aux dyspepsies de fermentation. A une époque tardive, le cœur intervient à son tour dans un certain nombre de cas.

Malgré tout, il s'en faut que la pathogénie de cette congestion hépatique soit complètement élucidée. Quelle part revient, dans les divers cas, aux poisons ingérés, comme l'alcool ; aux produits de fermentations digestives, comme les acides acétique, lactique, etc. ; aux microbes ou à leurs toxines, s'ajoutant aux poisons proprement dits ?

Par exemple, la ptomaïne peut être *microbiophile*, pour me servir d'une expression de Courmont, et transformer la cavité gastro-intestinale en un milieu de culture favorable où des micro-organismes, hôtes habituels, acquièrent un surcroît d'énergie et attaquent le foie pour leur compte ; y produisent, entre autres modifications, la congestion.

Puis, le terrain peut être préparé pour l'ensemencement infectieux par des produits de lésions gastro-intestinales, en particulier de l'ulcération du cancer de l'estomac.

Ainsi, j'ai décrit une variété de cancer du foie à forme septicémique où le foie est augmenté de volume et douloureux ; l'ulcère cancéreux semblait avoir été le point de départ d'une infection streptococcienne qui avait frappé particulièrement le foie.

L'on sait que le cancer de l'estomac modifie encore le foie soit en s'y propageant par effraction ou par embolie, soit en déterminant une adénopathie similaire du hile qui comprime les canaux biliaires et produit l'augmentation de volume du foie et de la vésicule biliaire et l'ictère chronique. Ces phénomènes de congestion biliaire peuvent être provoqués aussi par un cancer voisin du cancer pylorique : le cancer de la tête du pancréas et le cancer de l'ampoule de Vater.

L'étude des variations du volume du foie dans le cancer de l'estomac n'est pas sans intérêt pratique. D'ordinaire, à mesure que la cachexie augmente, le foie s'atrophie peu à peu; à l'autopsie, on le trouve rapetissé et légèrement scléreux. D'autres fois, en dehors de toute généralisation spécifique, il dépasse pendant la vie de plusieurs travers de doigt le rebord costal, et à l'examen *post mortem* il est hypertrophié, lisse, de teinte brunâtre ou blanc jaunâtre; dans ce dernier cas, les cellules hépatiques présentent une dégénérescence granulo-graisseuse très accusée.

Il faut savoir que le foie toxique ou infectieux secondaire au cancer de l'estomac, s'il est d'ordinaire hypertrophié, parfois diminue de volume d'un jour à l'autre. Il fait l'accordéon, suivant une expression que j'emploie depuis longtemps dans mes conférences cliniques. On ne saurait croire à quelles erreurs de diagnostic cet état du foie peut conduire.

Je me souviendrai toujours du fait suivant. L'un de mes anciens élèves appela en consultation deux des praticiens les plus estimés de Paris près de son beau-père, qui, depuis plusieurs mois, maigrissait et souffrait de l'estomac. Le foie fut trouvé très volumineux, et l'on porta le diagnostic de « kyste hydatique ». On prit donc jour avec un chirurgien qui devait ponctionner le kyste ou, le cas échéant, en pratiquer l'ouverture après laparotomie; et l'on revint une semaine environ après la première consultation.

J'assistais à cette seconde entrevue, à laquelle mes maîtres avaient bien voulu me convoquer. Au premier examen, le chirurgien ne trouva plus au-dessous du rebord costal le foie, qui avait pour ainsi dire disparu. On ne le retrouva jamais plus hypertrophié. Les signes du cancer de l'estomac furent bientôt indiscutables. La tumeur, d'abord cachée par le foie tuméfié, devint facilement perceptible au toucher: les hématémèses se produisirent, et le malade succomba dans le marasme.

C'est surtout la congestion hépatique que l'on observe au cours de la dyspepsie gastro-intestinale. Mais ne peut-il pas y avoir de la *cirrhose*, dans ces gros foies? Je crois que si, d'après une observation à propos de laquelle M. Boix et moi avons présenté au *Congrès de Rome* une note sur les cirrhoses, non alcooliques du foie (Voyez *Mercredi médical*, 1894, p. 264).

Il s'agissait, d'après l'examen histologique de Suchard, d'une *hépatite interstitielle diffuse généralisée à tendance mono-cellulaire*.

L'analogie qui existe entre la structure histologique de cette cirrhose et celle de la cirrhose hypertrophique graisseuse tuberculeuse ne nous avait pas échappé. M. Boix y insiste dans sa thèse en montrant et peut-être il faut alors invoquer les actions toxiques dus aux troubles digestifs des tuberculeux.

Puis M. Boix a réuni dans sa thèse inaugurale toutes les observations que nous possédions de cirrhose hépatique par auto-intoxication, en mettant au point la symptomatologie et l'anatomie pathologique et relatant en détail les expériences confirmatives dans lesquelles il faisait ingérer à des lapins des acides butyrique, lactique, acétique, valérianique et qu'il résume ainsi :

« L'acide butyrique est capable à lui seul de déterminer dans le foie des lésions qui réalisent expérimentalement la *cirrhose atrophique de Laënnec*.

» Les acides lactique et valérianique ont donné des résultats moins complets, moins absolus, mais tout à fait de même ordre ; l'acide acétique a également donné une cirrhose très accentuée, et c'est, de ces quatre agents, celui que je serais porté à considérer comme doué du plus grand pouvoir sclérogène; en effet, tandis que l'acide butyrique a pu être administré pendant trois mois, l'acide acétique, mal accepté des animaux, a réalisé en trente-six jours des lésions presque aussi étendues que l'acide butyrique. Il tue aussi plus vite que ce dernier, car son action sur la cellule hépatique est beaucoup plus toxique. C'est donc là, de tous les poisons du tube

digestif, l'agent le plus dangereux, puisqu'il est à la fois irritatif et dégénérant à un haut degré. »

M. Boix a encore recherché quelles sont les lésions hépatiques consécutives à l'ingestion d'acides gras, d'acétone, d'aldéhyde, d'acide oxalique, des cultures vivantes de bacterium coli, de colitoxines, d'extrait de fèces.

Les acides gras proprement dits n'ont pas donné la moindre prolifération conjonctive.

L'acétone, qui tue rapidement par néphrite acétonémique, a surtout altéré les cellules, et, dans les cas de survie plus accusée, suscité un certain degré, très appréciable, sur quelques espaces portes, d'infiltration embryonnaire, autant veineuse que biliaire, qui est peut-être le point de départ de la cirrhose diabétique.

L'aldéhyde s'est montrée comme une substance très faiblement sclérosante et comme un poison de la cellule hépatique : mais tandis que l'alcool y produit la stéatose, l'aldéhyde y produit la dégénérescence granuleuse.

L'acide oxalique qui donne rapidement la néphrite parenchymateuse, provoque l'inflammation gastro-intestinale et conséquemment l'angiocholite ascendante, puis la dégénérescence granuleuse de la cellule, et un certain degré de sclérose des petits espaces.

Le poivre, incriminé par Budd et Virchow, a donné, en un mois, chez le lapin, une sclérose porto-biliaire des plus nettes, avec tendance à la pénétration dans le lobule et aussi la dégénérescence granuleuse des cellules, la capillarite avec prolifération conjonctivo-embryonnaire.

L'action commune aux cultures vivantes du bacterium coli et aux diverses coli-toxines mises en expérience, peut se résumer en ces termes : production à peu près constante d'une angiocholite ascendante avec sclérose rapide et large des espaces portes; action irritative manifeste sur les vaisseaux portes de moyen et de petit calibre qui présentent quelquefois de l'endartérite, quelquefois de la sclérose confirmée ; presque toujours une prolifération embryonnaire plus ou moins discrète. Les veines sus-hépatiques elles-mêmes et les conduits biliaires peuvent participer aux processus. La cellule hépatique présente une nécrose granuleuse avec état vésiculeux des noyaux, quand l'action a été profonde et rapide ou simplement une dégénérescence granuleuse du protoplasma avec irritation nucléaire si l'action a été moins brusque et plus prolongée. Si la toxi-infection a été prompte et intense, on trouve de la congestion et des hémorrhagies du foie, des reins et du poumon, et des ecchymoses sur la muqueuse gastro-intestinale.

L'extrait de fèces a donné des résultats comparables à ceux de la coli-toxine.

M. Boix a encore noté que non seulement tous les animaux qui prenaient de l'alcool avec les toxiques chimiques ont vécu beaucoup plus longtemps que ceux qui n'en prenaient pas, un an et plus, mais aussi que la sclérose a été infiniment moindre, quelquefois même nulle, et que, dans tous les cas, la lésion cellulaire dominante a été la stéatose. Je n'ai pas besoin d'ajouter ici que ce fait, dont le déterminisme est d'ailleurs fort difficile à préciser, appelle de nouvelles enquêtes.

Somme toute, les très intéressantes recherches de M. Boix prouvent que les acides organiques de la digestion peuvent produire par ingestion une cirrhose hépatique, les uns plus facilement que les autres, et surtout s'ils sont ingérés à doses assez minimes et suffisamment prolongés.

A l'état normal, le foie résiste à ces poisons journaliers; s'il faiblit ou s'il est déjà affaibli *ab ovo*, l'action toxique se produit, et *la cirrhose hépatique par auto-intoxication d'origine gastro intestinale survient.*

Pour juger exactement la valeur et la signification de ces nouvelles recherches, il faut revenir un instant sur des travaux antérieurs.

Depuis longtemps déjà on a cherché à produire expérimentalement la cirrhose hépatique en faisant ingérer de l'alcool à des animaux.

Dahlstrom, Ruge, Ducheck, Lallemand, Perrin et Duroy, Kremiansky, Magnan, Pupier, Dujardin-Beaumetz et Audigé, Strassmann, de Grandmaison n'avaient pu produire que la stéatose. Par contre, Straus et Blocq les premiers en 1887, d'après un mémoire devenu classique, et, plus tard, Rechter en 1892, ont pu réaliser une cirrhose annulaire, soit à la période embryonnaire, soit à la période confirmée.

Dans un très important travail, le Dr Laffitte a montré sous un jour nouveau l'étude expérimentale de la cirrhose alcoolique.

Il a expérimenté sur trentre-quatre lapins auxquels il a, pendant un laps de temps variant de quatre jours à quinze mois, fait absorber du vin, de l'alcool, de l'absinthe ; or, ces animaux ont présenté des lésions du foie qui n'ont aucune ressemblance avec la cirrhose atrophique, dite aussi alcoolique. L'alcool a porté son influence toxique uniquement sur les cellules hépatiques qui finissent par disparaître presque complètement, et ne sont plus représentées que par de minces filaments protoplasmiques mal colorés et disposés en réseau ; le noyau a disparu, les capillaires énormément dilatés corespondent à l'aire de ce réseau. Cette altération ultime évolue par îlots qui apparaissent sur les coupes sous forme de taches incolores. La production de ces îlots de nécrose paraît commandée par la présence d'hémorrhagies interstitielles.

Le stroma conjonctif du foie est intact d'ordinaire; dans quelques cas exceptionnels, on voit quelques noyaux embryonnaires de plus qu'à l'état normal ; mais cette irritation légère paraît en rapport avec des lésions profondes de la muqueuse gastrique.

En effet, Laffitte a constaté chez les animaux, comme d'ailleurs l'avaient déjà noté MM. Strauss et Blocq, une lésion constante : l'hypertrophie de la paroi gastrique, et une muqueuse épaissie, congestionnée, avec ou sans hémorrhagie punctiforme, avec ou sans petites ulcérations superficielles. M. Laffitte est convaincu que, dans la pathogénie des cirrhoses du foie, il faut faire une part importante aux altérations du tube digestif. « L'état de l'intestin et de l'estomac devra, dit-il, être noté avec soin dans tous les cas d'atrophie scléreuse de la glande hépatique. Les irritations aiguës ou chroniques de la muqueuse digestive, en ouvrant la voie aux micro-organismes en contact avec elle ou aux poisons issus de ces bactéries, peuvent retentir sur le foie et y provoquer une inflammation durable des espaces périlobulaires. »

Déjà M. Bouchard, en injectant dans la veine porte du naphtol en solution dans de l'eau alcoolisée avait déterminé une sclérose des plus manifestes avec dégénérescence graisseuse des cellules hépatiques, et M. Charrin avait produit aussi des hépatites, des cirrhoses expérimentales. « Dans ces expériences, j'ai montré par des examens détaillés, les modifications du noyau, du réseau chromatique, et surtout la part prépondérante de la cellule, du parenchyme. Je montre aussi que ces altérations sont causées par les toxines, principalement par les parties insolubles dans l'alcool. Que de fois n'accuse-t-on pas l'alcool de causer des cirrhoses, des hépatites ! Je me garde de l'innocenter, mais je tiens à proclamer que, chez l'animal, les poisons sont plus nocifs, pour le foie

du moins, que cette substance: à l'aide de ces poisons, j'ai également obtenu des cirrhoses accentuées. »

Il serait établi expérimentalement que chez les animaux, l'ingestion d'alcool ne produit pas à elle seule la cirrhose hépatique typique, tandis que l'ingestion isolée des acides de fermentation, les cultures vivantes de bacterium coli, les coli-toxines, l'extrait de fèces, produit sûrement des altérations hépatiques, quelquefois de véritables cirrhoses.

Dans les expériences où l'on fait ingérer de l'alcool aux animaux, il faut donc faire intervenir les produits d'intoxication et d'infection gastro-intestinale dont les travaux récents ont mis en lumière l'influence pathogène. D'autre part, les divers animaux, les individus d'une même espèce ne réagissent pas de la même façon. Ainsi, pour Rechter, la cirrhose alcoolique expérimentale serait périportale chez le lapin, péri-sus-hépatique chez le chien.

Chez l'homme, dans les conditions ordinaires, l'alcool agit simultanément avec les produits toxiques d'origine gastro-intestinale.

Il faut faire aussi la part, non seulement de la dose, mais encore de la nature de l'alcool absorbé. M. Lancereaux a fait remarquer avec raison que ce sont surtout les buveurs de vin qui deviennent cirrhotiques. Or, dans le vin, l'alcool n'entre guère que pour un dixième, et à côté de lui se trouvent d'autres substances particulièrement nocives : matières colorantes, éthers de plusieurs natures, aldéhydes, acétones, acide lactique. D'autre part, une fois dans l'estomac, le vin subit la fermentation acétique.

Quant aux buveurs d'alcool sous forme d'eau-de-vie, marc, trois-six, vulnéraire, absinthe, picon, etc., c'est le plus souvent l'alcool amylique qu'ils absorbent, et avec lui des produits plus ou moins toxiques. Ainsi, l'alcool que boivent les ouvriers de certaines contrées, à Rouen en particulier, contient de l'acide sulfurique.

Enfin ici on ne doit pas oublier l'aphorisme de Murchison et que tous les individus ne résistent pas de même à l'action de l'alcool. Est-ce de cette façon qu'on peut expliquer pourquoi, dans des conditions analogues d'intoxication produite dans le même milieu, la cirrhose alcoolique est tantôt atrophique, tantôt hypertrophique, deux variétés de cirrhose alcoolique absolument distinctes que M. Gilbert et moi avons séparées l'une de l'autre ?

La prédisposition s'impose, ai-je dit. « Chez l'homme, dans les mêmes conditions de réceptivité, l'alcoolisme ne produit pas invariablement la cirrhose du foie. Tel alcoolique sera frappé des lésions nerveuses les plus graves, alors que le foie est resté indemne ou à peu près indemne. Chez tel autre, les accidents gastriques ou les complications rénales prédomineront. Tout en tenant compte des très justes observations de M. Lancereaux sur ce sujet, je crois pouvoir dire que la nature, la quantité des alcools ingérés n'expliquent pas toujours pourquoi la cirrhose se produit ou non, pourquoi il y a telle cirrhose, pourquoi il y a telle affection hépatique. Ici se posent des questions très complexes dont la solution réclame les plus délicates analyses.

Loin de moi la pensée d'aborder la discussion de tous les états préalables qui préparent la voie à l'alcoolisme hépatique; je tiens simplement à vous dire que, d'après mes observations, la cirrhose se rencontre surtout chez les arthritiques.

D'ailleurs, parfois cette prédisposition se manifeste déjà par la présence des signes de l'arthritisme pendant la période de précirrhose ou d'hépatisme, selon l'expression de M. Glénard.

Je sais bien que cet auteur entend par là non pas seulement les manifestations commençantes de l'organe allant à la maladie définitive, mais surtout les conditions préalables d'origine et de nature diverses qui rendent plus efficaces les actions pathogéniques. Je rappellerai ici qu'à mon sens, l'arthritisme est un de ces principaux facteurs. Contrairement à l'opinion de M. Glénard, je ne crois pas que l'arthritisme soit une conséquence de ce qu'il appelle l'hépatisme; c'est, au contraire, un des éléments qui engendrent cet état. Les autres dérivent des erreurs de régime, de l'action des diverses influences nerveuses, etc. Ici, comme je l'ai déjà dit, l'analyse devient trop délicate, et je me contente de répéter encore une fois que l'arthritisme est la clef du processus de la cirrhose, et qu'il convient mieux, pour le moment, d'appliquer ce terme d'*hépatisme* à ces modifications du début de l'affection où la maladie n'est pas encore confirmée, mais où il est possible d'entr'apercevoir ses signes avant-coureurs.

La majorité des auteurs sont d'accord sur ce point qu'en dehors et au-dessus de l'action de l'alcool, et antérieurement, quelque chose de plus puissant intervient encore. Tout récemment, le Dr Kabanoff exposait sa manière de voir sur ce sujet. Il fait la synthèse de tous les processus scléreux qu'il a rencontrés chez quatorze cirrhotiques : sclérose de la peau, des poumons, du myocarde, de l'endocarde, des vaisseaux, du rein, du péritoine, de la plèvre, du canal gastro-intestinal; il signale aussi les épistaxis et les pertes hémorrhoïdales se manifestant bien avant la cirrhose du foie. Pour lui, cette cirrhose ne saurait être considérée comme une maladie indépendante et autonome, une entité morbide, mais comme une part de maladie de tout l'organisme. Il invoque la prédisposition héréditaire ou congénitale, la plupart de ses malades présentant quelque tare ou malformation qui en fait de véritables dégénérés. M. Kabanoff veut bien faire précéder son travail du préambule suivant : « Avant tout, je me fais un devoir de déclarer que ce travail m'a été surtout inspiré par les leçons cliniques du Dr Ostrooumoff et par l'école de médecine parisienne. »

Enfin la découverte de nouvelles cirrhoses compliquait encore la question de la pathogénie de la cirrhose alcoolique. Laffitte et Potain montraient que le plomb peut produire la cirrhose hépatique. Laure et Honorat découvraient chez les enfants la cirrhose consécutive aux fièvres éruptives, surtout la rougeole. J'étudiais avec Lauth la cirrhose tuberculeuse, avec Gastou la cirrhose infectieuse en général, dont l'une des principales variétés, la cirrhose syphilitique, avait été jadis exposée magistralement par Virchow et Gübler.

Toutefois, les idées nouvelles sur la cirrhose d'auto-intoxication entraient déjà dans les discussions pathogéniques. Ainsi, Tapret, Parmentier et moi les avions utilisées pour pénétrer plus avant dans le processus de la cirrhose cardiaque, en établissant que la congestion ne suffit pas à la produire et que l'infection gastro-intestinale est l'apport nécessaire.

Récemment, le Dr Kutreff publiait « un cas de cirrhose hépatique avec hémorrhagies de veines œsophagiennes sous-muqueuses dilatées. Il s'agissait, dit-il, d'une cirrhose hépatique vulgaire par suite de l'action de produits de décomposition nocifs du canal intestinal. L'abus de l'alcool, la fièvre intermittente et la syphilis pouvaient être exclus comme causes étiologiques. L'état fébrile et les symptômes cérébraux étaient dus à l'auto-intoxication de la part du canal alimentaire. »

En fin de compte, la cirrhose par auto-intoxication d'origine gastro-intestinale est aujourd'hui indiscutable.

S'il est probable que les poisons digestifs proprement

dits n'agissent pas toujours seuls, mais d'ordinaire concurremment avec l'alcool ingéré et des toxines intercurrentes, il est certain que les poisons digestifs sont à eux seuls sclérogènes. Aussi je proposerais volontiers d'appeler *cirrhose de Budd* la cirrhose des intoxications d'origine gastro-intestinale où l'alcool entre peut-être aussi pour une part.

Rapports de l'intestin et du foie en pathologie, rapport présenté au Congrès de médecine interne, par le Dr J. Teissier, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

Nous avons donné presque *in extenso* le rapport de M. Hanot sur cette importante question; et dès lors, nous ne pourrions, sans quelques redites, publier aussi longuement le rapport fort intéressant de M. Teissier. En supprimant les études générales, nous donnerons donc des extraits relatifs aux points sur lesquels M. Teissier publie des recherches personnelles.

D'abord, montrant, comme M. Hanot, que les hémorrhagies intestinales de la cirrhose sont peut-être moins qu'on ne l'a dit d'origine mécanique, il ajoute, en parlant de la *diarrhée* des maladies du foie :

De même pour la diarrhée dans le cancer du foie; j'ai compulsé mes observations personnelles à ce sujet, une dizaine de faits minutieusement étudiés; or, dans tous les cas il est spécifié qu'une période habituelle de quatre à cinq mois de diarrhée a précédé l'apparition de la tumeur hépatique, le flux intestinal cessant au contraire lorsque la tumeur s'était définitivement constituée. Ne serait-il pas plus rationnel, si réellement la diarrhée devait être attribuée surtout aux accidents de compression, de la voir s'installer au fur et à mesure du développement de la tumeur et croître proportionnellement avec elle? Force est bien, ce nous semble, de rechercher une autre interprétation.

Nous aurons à revenir plus loin, à propos des altérations intestinales dans les cirrhoses, et relativement au développement de la diarrhée, sur l'influence possible des toxines éliminées à la surface de l'intestin, élimination signalée déjà par Charrin et Roger pour certains poisons minéraux ou organiques, mais que les récentes expériences de Courmont sur les toxines de la diphthérie, et celles d'Artaud et Guinard, avec la pneumo-bacilline, et les expériences que nous avons entreprises nous-mêmes rendent si évidentes.

Nous estimons que c'est là le *modus faciendi* habituel du plus grand nombre des diarrhées d'origine hépatique, y compris celles du cancer du foie, qui, très vraisemblablement, nous paraît imputable au travail de fermentation ou de désintégration cellulaire qui précède l'envahissement nodulaire et dont les produits de destruction, incapables d'être éliminés par le foie lui-même, vont irriter la muqueuse de l'intestin pour y produire tantôt de la diarrhée, tantôt une hémorrhagie, suivant l'état préalable de la muqueuse elle-même.

Et si l'on pousse plus avant l'analyse, on est bien tenté de pousser aussi plus loin l'analogie et de trouver dans cette conception l'explication d'une foule d'états similaires, comme la diarrhée des arthritiques, que je n'éprouve pour mon compte aucune répugnance à mettre sur le compte d'un mécanisme de même ordre, c'est-à-dire l'élimination à la surface intestinale de l'urée ou de l'acide urique fabriqués en excès au niveau du foie. D'aucuns seraient même tentés d'interpréter de la même manière les crises de colite pseudo-membraneuse si fréquentes chez les femmes rhumatisantes, surtout celles qui ont passé par l'évolution classique bien connue, depuis les recherches de Ch. Bouchard, de la dilatation de l'estomac, avec gonflement congestif du foie, abaissement du rein et colite consécutive. Nous ne saurions toutefois aller jusque-là, n'ignorant pas la part importante qui revient dans la constitution de ce syndrome, à l'intervention nerveuse et au sexe même du sujet.

Relativement à l'action antiseptique et antitoxique de la bile, M. Teissier émet les opinions suivantes :

Déjà, Charrin et Roger, et après eux Gley, Lambling, avaient constaté, contrairement à l'ancienne opinion de Saunders et de Bouisson (1), que la bile est un antiseptique faible, capable seulement d'abaisser très légèrement le taux des putréfactions intestinales (Bidder et Schmidt).

Maly et Emich ont établi, d'autre part, que la bile est légèrement antifermentescible; mais il ne s'agit là encore que d'une propriété très restreinte, puisqu'elle est même contestée (Rohmann (2), Fack). C'est au *taurocholate de soude* qu'il faudrait attribuer ces différents effets; Charrin, Roger, Limburg, Bufalini, l'admettent; il est facile d'ailleurs de vérifier le fait si l'on cultive parallèlement divers microorganismes pathogènes dans de la bile de bœuf (riche en glycocholate) ou de la bile de chien (riche en taurocholate). Nous venons de refaire l'expérience avec de Dr Baron, et nous avons constaté très facilement que des ensemencements d'une même culture de staphylococcus albus ou de coli se développaient beaucoup moins vite, et moins aisément, dans de la bile de chien que dans celle du bœuf (après trois jours dans le premier cas, après un jour seulement dans le dernier). De plus, si l'on ensemence avec des cultures de coli mélangées à 50 0/0 de bile de bœuf, de porc ou de chien et reconnues nettement fertiles, des tubes de *gélatine lactosée tournesolée*, il est facile de constater que si les tubes témoins donnent au bout de deux jours une belle coloration rouge, les tubes ensemencés avec les cultures influencées par la bile de chien présentent une coloration beaucoup moins nette. (Expérience réalisée par M. Baron le 19 juillet 1895).

Nous sommes donc porté à croire que si propriété antiseptique il y a, cette propriété est éminemment restreinte, conformément aux conclusions de Létienne, qui a déjà fait de cette question une étude très approfondie et qui, après avoir montré que la bile humaine s'infecte très rapidement sur le cadavre, ou même sur le vivant, a prouvé dans une série d'investigations *in vitro*, que les différents germes pathogènes se développaient dans le liquide biliaire avec une très grande facilité. Les expériences de Létienne, conformes d'ailleurs aux recherches antérieures de Copemann et Winston de Corrado, de Rome, ne sauraient être discutées. Nous-même venons de voir de magnifiques cultures de coli et de pneumobacille se développer avec une extrême exubérance après que nous avions plongé simplement dans du bouillon des fils de soie (procédé de Koch), trempé dans une culture virulente et mis ensuite vingt-quatre heures en contact avec de la bile pure. Mais une objection importante peut être faite à ce procédé d'appréciation, car il y aurait peut-être lieu de ne pas opérer avec de la bile obtenue par fistule biliaire ou par ponction aseptique de la vésicule, c'est-à-dire avec de la bile isolée de son milieu d'action physiologique, et des sécrétions naturelles avec lesquelles elle se mélange, sécrétions dont

(1) Bouisson. — *La Bile*, th. d'agrégation, 1843.

(2) Rohmann n'aurait pas vu, en effet, les sulfoconjugués de l'urine augmenter après l'établissement d'une fistule biliaire (Roger, *le Foie*, p. 77).

les sels, combinés avec les éléments propres de la bile, ont peut-être une action spéciale; ainsi que cela arrive, du reste, pour la bile chargée artificiellement de certaines substances médicamenteuses.

Nous verrons en effet, plus loin, qu'une faible proportion de salicylate de soude introduit dans l'estomac d'un animal rend la bile assez aseptique pour retarder de huit jours au moins les cultures sur gélatine du staphylococcus albus. Cette difficulté donc de réaliser *in vitro* les conditions du milieu dans lesquelles la bile exerce normalement son action sur le contenu de l'intestin, rendra la question de l'antisepsie de la bile longtemps encore insoluble.

Mais si les propriétés antiseptiques de la bile sont encore discutables, nous nous croyons en état de prouver alors sans réplique son *pouvoir antitoxique*, et cela grâce à une série d'expériences que nous venons de réaliser dans le laboratoire de notre collègue de la Faculté des sciences, le professeur Dubois, grâce à la précieuse collaboration de son chef des travaux et de son préparateur, MM. Couvreur et Jardon. Nous avons entrepris de rechercher ce que deviendrait la toxicité des urines chez des chiens soumis à une ration d'entretien, avant et après l'établissement de la fistule biliaire; il était bien évident qu'une augmentation notable de la toxicité, en pareil cas, trahirait un développement anormal des poisons dans la cavité intestinale.

Nous nous proposons de donner ailleurs le détail de ces expériences, réalisées avec toute la minutie nécessaire et surtout en ayant soin de sonder les chiens plusieurs fois dans la journée pour éviter toute perte d'urine et l'évaporation susceptible de se produire dans les cages à expériences. Les résultats généraux sont conformes à nos prévisions, ainsi que les chiffres suivants le démontrent :

	AVANT LA FISTULE.	APRÈS LA FISTULE
Exp. I. (chien II).....	Toxicité, 0,717	1,7
Exp. II. (chien IV).....	Toxicité, 0,71	1,04
Exp. III. (chien III).....	?	1,7

Mais le fait est encore plus évident lorsqu'on administre à l'animal de la viande en voie de putréfaction (viande de cheval conservée un jour seulement à l'air libre dans une cage de laboratoire); ici, l'action antitoxique de la bile s'affirme avec une plus grande netteté encore. Un demi-kilogramme de viande ainsi altérée n'entraîne qu'une faible augmentation de la toxicité urinaire chez le chien, dont l'intestin continue à être irrigué par la bile, tandis que cette toxicité atteint des chiffres extrêmement élevés dès qu'on opère sur l'animal fistulé.

Pour donner plus de valeur à ces recherches, nous avons pensé qu'il était bon de faire la contre-épreuve et de vérifier ce que deviendrait la toxicité des urines en ramenant ces chiens à urines hypertoxiques au régime ordinaire, ou en leur continuant l'administration des viandes putréfiées mais associées à de la bile.

Or sur un chien fistulisé, dont la toxicité urinaire sous influence de l'ingestion des viandes putréfiées était montée à 2,02 et à 2,03, est laissé au même régime, mais on ajoute à la viande putréfiée (300 grammes de viande maigre) 15 grammes de bile de chien. La toxicité tombe à 1,44 ; on supprime la viande pourrie tout en administrant la bile, la toxicité revient à la normale 0,7, chiffre communément obtenu avant l'établissement de la fistule.

Mais les résultats sont loin d'être aussi probants si on administre à l'animal de la bile d'une espèce différente, et l'expérience montre qu'avec cinquante grammes de bile de porc on est loin d'avoir pu obtenir une action antitoxique aussi manifeste que lorsqu'on se sert de la bile de congénère.

Il y a là certainement un point utile à mettre en relief, d'autant mieux que nous allons retrouver en clinique des faits sensiblement analogues.

Il était intéressant en effet de rechercher parallèlement au lit du malade si l'ingestion de bile agirait en sens inverse (ce qu'il était d'ailleurs rationnel de supposer) des effets réalisés chez l'animal sain, après l'établissement de la fistule biliaire et si *la toxicité urinaire* diminuerait sous l'influence de l'action antitoxique certaine de la bile introduite dans l'estomac.

Cinq malades ont été tout particulièrement suivis dans le but d'élucider ce point particulièrement délicat du problème. Mais nous pouvons le dire de suite, les résultats n'ont pas été absolument conformes à nos prévisions. Les observations ont été cependant recueillies avec le soin le plus minutieux, et les recherches de laboratoire, exécutées par le docteur H. Frenkel, scrupuleusement poursuivies sans que notre collaborateur ait eu connaissance du régime suivi ou des symptômes présentés par le patient.

Nos malades ont donc été condamnées à un régime invariable; elles ont eu leur toxicité moyenne établie pendant trois jours consécutifs, puis elles ont été soumises à l'usage de la bile de porc préparée sous forme d'extrait pilulaire par le profeseur Dubois, à la dose moyenne de un gramme pour vingt-quatre heures (1). Or, les résultats obtenus, bien que satisfaisants au point de vue clinique, n'ont pas laissé que de nous surprendre singulièrement.

Sans doute dans un de ces cas, chez une jeune fille de vingt-huit ans, névro-anémique et menacée de tuberculose avec cæcum sensible, foie légèrement tuméfié, etc., nous avons vu la toxicité qui, avant l'ingestion de bile, était de 398 ou 336 tomber au bout de cinq jours à 252 et 268, malgré la production d'une polyurie assez accusée ; puisque de sept cents grammes qu'elle urinait en vingt-quatre heures, la diurèse est montée assez rapidement à mille trois cents grammes. Mais dans les quatre autres cas, les effets ont été différents et la toxicité urinaire, après des oscillations pouvant être mises sur le compte d'affections intercurrentes ou de la menstruation, s'est, somme toute, très sensiblement élevée.

Ces faits nous ont paru dignes d'être mentionnés, surtout à cause de leur signification en apparence paradoxale. Ils ne sauraient aller toutefois, à notre avis, à l'encontre des résultats très précis que nous avons constatés chez nos animaux et qui prouvent d'une façon si péremptoire l'*action antitoxique de la bile*. Mais il s'agit de déterminer la valeur de ces faits et de dégager leur signification réelle.

Plusieurs hypothèses pouvaient être invoquées pour expliquer ce fait quelque peu anormal : 1° La bile ainsi introduite agirait comme simple corps étranger et serait éliminée en nature. Les expériences de Wertheimer (2-3) ont établi, et un certain nombre d'observateurs ont confirmé cette notion (Schiff) (4) que la bile appartenant à

(1) La bile étant incontestablement toxique, et cette toxicité étant attribuable plus spécialement aux sels biliaires (Bouchard et Tanret), il était important de déterminer la quantité d'extrait de bile pouvant être administrée sans inconvénient pour l'estomac. Nous avons constaté qu'un gramme d'extrait par kilogramme de chien était supporté sans causer d'accident.

(2) Wertheimer, Expériences montrant que le foie rejette la bile introduite dans le sang (*Arch. phys.*, 1891).

(3) Wertheimer, Circulation entéro-hépatique de la bile (*Arch. phys.*, 1892).

(4) Schiff, Réaction des acides biliaires et leur différence chez le bœuf et le cobaye (*Arch. phys.*, 1892).

une espèce différente repasserait en nature par les voies biliaires de l'animal en expérience et que des sels et des matières colorantes reprises ensuite par la circulation seraient éliminés par l'urine où l'examen spectroscopique pourrait les déceler : les examens que nous avons pu faire de l'urine n'ont pas confirmé à nos yeux cette manière de voir. 2° La bile, tout en continuant d'exercer son action antitoxique sur les produits de la digestion intestinale, augmenterait la toxicité urinaire en livrant à l'absorption intestinale une plus grande quantité de matière colorante dont la toxicité viendrait s'ajouter à la toxicité de celles qui sont normalement contenues dans l'urine. Nos recherches ont prouvé qu'il fallait abandonner cette supposition. En se reportant en effet au tableau donné précédemment, on peut voir que les urines hypertoxiques consécutives à l'absorption de la bile ne perdent qu'une faible partie de leur toxicité après décoloration avec le noir animal : 1,182 au lieu de 1,390, 483 au lieu de 510. 3° La bile, agissant comme cholagogue puissant, fournirait à l'absorption intestinale des proportions élevées de sels biliaires qui, repris par la circulation, provoqueraient la diurèse et suractiveraient l'élimination des substances toxiques. Pareille hypothèse n'a rien d'invraisemblable, mais nous pensons surtout qu'il y a à tenir compte en pareil cas de l'état d'intégrité ou de maladie des organes chargés naturellement de détruire les poisons intraorganiques, et de fait ne voyons-nous pas, signalées dans nos observations, des lésions du foie, du rein, ou du corps thyroïde, lésions qui, à notre avis, sont bien capables d'expliquer les résultats en apparence opposés que l'expérimentation et la clinique nous ont fournis ?

Malgré ces résultats plus disparates en apparence qu'en réalité, et sur lesquels nous ne saurions insister sans nous éloigner du but que nous poursuivons, il nous semble hors de conteste que les expériences réalisées chez l'animal établissent de la façon la plus péremptoire l'importance de *la libre circulation biliaire de l'intestin comme source d'un parfait équilibre fonctionnel.* Toute diminution dans l'écoulement biliaire (hypocholie des pyrexies, hypocholie d'ordre mécanique ou par compression), comme toute altération physico-chimique, susceptible de modifier ses propriétés antitoxiques, influera notablement sur l'état pathologique de l'intestin en y maintenant à un taux plus élevé que de raison les produits toxiques provenant de la désintégration des matériaux alimentaires, et en y provoquant des modifications de milieu propres à exalter la virulence des germes contenus dans l'intestin, qui, par une sorte de choc en retour, retourneront vers le foie pour l'altérer à son tour, les produits infectieux ou toxiques dont le foie lui-même avait préparé l'élaboration.

Ainsi donc une altération primitive du foie par ce simple fait de l'entrave apportée au libre écoulement de la bile produira dans l'intestin des désordres susceptibles de retentir sur le foie lui-même et d'y créer cette série de troubles pathologiques qui ont été successivement décrits dans ces dernières années et que nous aurons à envisager dans le chapitre suivant ; à commencer par les cirrhoses par auto-intoxication intestinale, l'infection biliaire par invasion mono ou polymicrobienne du cholédoque, le catarrhe lithogène des voies biliaires (calculose infectieuse consécutive au ralentissement de l'écoulement de la bile), par production d'un catarrhe acide de la vésicule capable de provoquer la précipitation de la cholestérine et la formation des concrétions biliaires, enfin les accidents de la fièvre hépatique.

Ce n'est point ici assurément le lieu de s'occuper de cet important syndrome, dont l'analogie avec les accès typiques de l'intoxication palustre a été si bien mise en relief par Monneret, puis par Charcot. Il est un point pourtant par où cette question se rattache assez étroitement à l'histoire du retentissement des altérations du foie sur les troubles de l'intestin, c'est ce qui concerne la pathogénie des *pseudo accès intermittents* que le regretté Beaumetz considérait comme si fréquents dans les pays chauds, et qu'il attribuait à l'usage de viandes de conserves altérées. Dans son esprit, la grande majorité de ces accès seraient imputables à une intoxication d'origine intestinale consécutive à l'ingestion de conserves altérées et dont les substances toxiques seraient insuffisamment neutralisées, du fait d'une production biliaire insuffisante par une glande hépatique *troublée primitivement dans son fonctionnement.* C'est là un point de l'histoire du diagnostic du paludisme qui mérite d'être vérifié par nos collègues de la marine et qui expliquera peut-être les divergences signalées un moment entre différents observateurs et l'absence des germes caractéristiques du paludisme (hématozoaires de Laveran) dans certains cas à type malarique pourtant bien déterminé.

Nous ne saurions nous étendre plus longuement sur ce point, mais nous en savons assez pour conclure que l'intégrité de la secrétion biliaire est indispensable à l'intégrité de l'intestin, et conséquemment que le meilleur moyen d'assurer cette intégrité de l'intestin est d'obtenir une sécrétion biliaire continue et suffisante.

D'ailleurs, l'expérimentation réunie à la clinique semble bien nous indiquer qu'en général *les meilleurs antiseptiques intestinaux sont les meilleurs cholagogues.* Cette notion est des importantes, eu égard à ses conséquences pratiques, et elle mériterait de longs développements que, malheureusement, les limites restreintes de ce rapport ne sauraient admettre. Nous avons tenu cependant à vérifier les faits si bien et si consciencieusement analysés par MM. Prévost et Binet, et voici les principales conclusions de nos recherches, qui ont porté surtout sur les médicaments qui n'avaient pu être expérimentés par les savants médecins genevois, comme le naphtol α et β, le benzonaphtol, le bétol, par exemple, etc.

Ces expériences ont été réalisées, avec le concours de M. Guinard, dans le laboratoire du professeur Arloing, à l'Ecole vétérinaire, par notre élève et ami le Dr Baron, qui vient d'en faire l'objet de sa thèse inaugurale. Or, il est facile de constater que le salicylate de soude, qui, de tous les antiseptiques biliaires expérimentés (salol, chlorate de potasse, benzonaphtol, benzoate de soude, etc.), provoque et réalise la vitesse d'écoulement maxima dans les voies biliaires, est aussi le médicament qui modifie le plus profondément les réactions de la bile, par laquelle il s'élimine d'une façon notable et qu'il liquéfie d'une façon très remarquable, puisque c'est lui qui semble retarder au maximum le développement des colonies ensemencées sur gélatine, ainsi que le prouvent les chiffres suivants.

Liste des médicaments susceptibles d'augmenter le pouvoir antiseptique de la bile, et appréciés suivant le retard apporté au développement des germes pathogènes après mélange à 50 0/0 des cultures virulentes avec de la bile aseptiquement recueillie dans la vésicule du lapin trois heures après l'ingestion du médicament.

Dates d'apparition des colonies après ensemencement en milieu solide de culture virulente de staphylococcus albus :

Salicylate de soude...	8 jours..	cultures développées très péniblement.
Salol...............	8 —	cultures plus exubérantes et plus extensives.

Bétol	3 jours	cultures péniblement développées.	
Naphtol α	3	—	—
Naphtol β	2	—	—
Chlorate de potasse	3	—	cultures non gênées.
Benzo-naphtol	2	—	cultures un peu entravées.
Benzoate de soude	2	—	cultures non entravées.
Calomel	2	—	cultures peu entravées.

L'importance de pareils faits ne saurait échapper à personne, et leurs conséquences pratiques sont considérables Ils prouvent non seulement la réalité des faits cliniques avancés déjà par Beaumetz, Chauffard, Cassaët et Cornet, et un certain nombre d'autres observations, qui donnent depuis quelques années leurs préférences au salicylate de soude comme modificateur puissant de la fonction hépatique; elles confirment la valeur de cet agent thérapeutique et font saisir du même coup le mécanisme de son action. En assurant l'asepsie biliaire, d'une façon relative tout au moins, le salicylate de soude devient le médicament hépatique par excellence et, pour poursuivre la comparaison que nous ébauchions plus haut, le médiment de la défaillance du foie, comme la digitale est le médicament de la défaillance du cœur.

Des expériences, sur l'action des toxines intestinales, ont été entreprises par M. Teissier.

Le fait essentiel qui ressort de ces expériences et que nous pouvons énoncer sous forme de loi est le suivant: *Certaines toxines microbiennes, et très probablement les toxines à pouvoir diastasique intense, introduites dans la veine porte, acquièrent dans le foie une virulence plus grande et malgré qu'elles aient été retenues un certain temps, déterminent des accidents plus rapidement mortels que si elles avaient été introduites, à dose égale d'ailleurs, dans le système veineux périphérique.*

Mais, pour faire cette démonstration, il était nécessaire de pouvoir opérer d'abord avec une toxine ayant des effets immédiats et déjà connus, de façon à pouvoir déterminer l'instant précis, en quelque sorte mathématique, du début des phénomènes d'intoxication. La pneumobacilline extraite des cultures du pneumobacille, découvert par S. Arloing dans la péripneumonie contagieuse des bêtes à cornes, devait nous fournir ce moyen. On sait, en effet, que deux centimètres cubes de pneumobacilline injectée dans la veine jugulaire d'un chien de forte taille détermine des accidents *instantanés*: la pression circulatoire baisse, le pouls devient petit et accéléré, la respiration plus lente; puis, au bout de quelques minutes, ces accidents se dissipent, l'animal se relève, mange et se promène, et c'est souvent quelques heures après seulement, suivant la virulence de la toxine, que les accidents plus graves éclatent avec des vomissements, de la diarrhée, souvent des hémorrhagies intestinales, en plus des phénomènes relevés plus haut, et qui réapparaissent *avec les mêmes caractères*. Les beaux tracés recueillis par MM. Guinard et Artaud sont, à cet égard, absolument démonstratifs.

Or, grâce à cette merveilleuse propriété de la pneumobacilline de produire des accidents *en deux temps*, accidents immédiats et accidents tardifs, il nous était facile d'apprécier *le retard que le foie interposé sur le système d'inoculation apporterait à la diffusion du poison*, et les modifications d'ensemble qu'il pouvait réaliser dans sa virulence. Les résultats constatés ont été particulièrement remarquables. L'injection poussée lentement dans une veine mésentérique est d'abord parfaitement tolérée: l'animal n'accuse aucun malaise et les tracés enregistreurs ne révèlent aucun des accidents produits par l'injection d'une même quantité de toxine dans le tronc de la jugulaire. Les choses durent ainsi demi-heure en moyenne (sans qu'on puisse noter la moindre trace des accidents immédiats dus à l'intoxication par la toxine). Puis brusquement ces phénomènes se montrent, marquant le début d'une intoxication suraiguë qui ne fera que s'accuser d'une façon croissante, rouvrant toute la série des accidents déjà notés: vomissements, diarrhée, selles sanglantes, prostrations, enfin la mort d'une façon beaucoup plus rapide que dans les cas d'intoxication par la périphérie.

Il est intéressant de savoir si c'était là un fait isolé spécial à la pneumobacilline, ou si d'autres toxines provoqueraient des accidents analogues, et si cette action de renforcement du foie pourrait être réalisée à nouveau.

La toxine diphthéritique n'agit pas autrement.

Une seconde série d'expériences faites dans des conditions tout à fait identiques nous a montré que la cellule hépatique réagit en présence de la toxine diphthéritique comme en présence de la pneumobacilline; les animaux inoculés dans la veine porte succombent sensiblement plus vite que ceux qui ont été inoculés dans la veine jugulaire et avec les mêmes accidents: diarrhée intense, hémorrhagie de toute la surface de l'intestin dont la muqueuse est desquamée, boursouflée, turgescente.

Ces résultats sont constants, on le voit; ils sont conformes, d'ailleurs, à ce qu'avaient déjà noté MM. Courmont et Doyon, il y a quelques mois, lorsqu'ils étudiaient l'action des toxines diphthéritiques sur l'intestin, à la suite d'inoculation de ces toxines dans les veines périphériques. Dans une de ces expériences, où ils avaient poussé l'injection dans la veine porte, dans un but toutefois différent de celui qui nous occupe, il avait été constaté précisément que l'animal inoculé dans la veine porte succombait plutôt que celui qui avait reçu le poison dans la veine jugulaire.

Mais nous n'aurions garde de généraliser. Nous avons vu plus haut que l'action d'arrêt de la glande hépatique s'exerçait d'une façon relative pour la toxine du tétanos; nous aurions désiré aussi vérifier le fait avec la tuberculine, principalement dans le but de résoudre le problème clinique qui a servi de prétexte à ces expériences; mais la faible toxicité de la tuberculine et la lenteur qui en est la conséquence dans les effets observés, dans l'exécution des recherches nous a forcé de différer l'exposé des résultats acquis. Les animaux, toutefois, sont en observation, et prochainement, sans doute, nous pourrons nous prononcer sur ce point.

Il existe donc certaines toxines, qui, introduites dans le système porte, loin de s'y détruire ou de s'y atténuer, sont susceptibles de trouver dans le foie un centre de suractivité pour leur virulence. Mais l'interprétation du fait expérimental n'est point aisée, faute de documents ou d'expériences poursuivies dans le même sens. La première hypothèse qui se présentait à l'esprit, c'est que la toxine, altérant la cellule hépatique, devait la supprimer fonctionnellement et annihiler le rôle destructeur des poisons intra-organiques qui lui est généralement reconnu. Ceux-ci, non détruits dans le foie, viendraient ajouter leur action à celle de la toxine injectée dans la veine porte; d'où l'exaltation apparente de sa virulence et l'intensité des accidents secondaires plus précocement développés. Et, de fait, pareille hypothèse semblait avoir pour elle l'aspect extérieur du foie, qui, à presque chaque expérience, nous a reproduit d'une façon frappante l'aspect typique du foie infectieux, si bien décrit par Hanot, avec ses taches blanches, ses nombreuses taches ecchymotiques et ses granulations infectieuses, et dont la thèse de Gastou donne de si beaux spécimens.

Nous ne pensons pas cependant que ce soit là la raison d'être intime du phénomène. Les accidents constatés chez les animaux en expérience ne sont, en somme, que

des accidents *anticipés* et non *modifiés;* les tracés recueillis chez les chiens intoxiqués par la pneumobacilline montrent bien cette identité de nature dans cette double série d'accidents : rien ne prouve, au contraire, qu'il y ait eu surcharge de phénomènes d'insuffisance hépatique. Chaque fois, les urines de nos chiens, examinées au spectroscope, n'ont point révélé la présence de l'urobiline, et, comme nous allons le voir, l'analyse du glycogène, bien que diminué, à vrai dire, vers la fin de l'intoxication tout au moins, a prouvé que cette diminution existait aussi bien et dans des proportions analogues chez les chiens intoxiqués par la veine porte et chez ceux qui avaient été injectés par la veine jugulaire (peut-être même plus forte chez ces derniers). Cette constatation nous paraît capitale.

Il est à remarquer que le glycogène, si réduit dans ces expériences, est moins pur, moins blanc, moins homogène, que le glycogène retiré chez les animaux témoins, lequel était très beau, très blanc, et semblait absolument pur. On le voit donc, on ne saurait attribuer cette exaltation de la virulence des toxines envahissant l'économie, après arrêt préalable du foie, à une intoxication surajoutée dépendant de l'altération des cellules hépatiques, c'est-à-dire à des accidents combinés d'insuffisance hépatique, puisque les nécropsies ont démontré que le foie était souvent moins altéré macroscopiquement et microscopiquement, dans les cas d'injection dans le système porte, que dans les faits d'intoxication par la voie périphérique, et qu'en ce dernier cas les pertes du foie en matière glycogène sont au moins égales, sinon plus importantes.

Dans de pareilles conditions, force est bien de rechercher une autre interprétation. Assurément, nous ne sommes autorisés encore qu'à faire des hypothèses; mais, à ce titre, celle qui nous paraît le plus vraisemblable est d'admettre l'existence dans le foie de phénomènes fermentatifs aboutissant à la production d'une toxine plus virulente. Une expérience des plus suggestives nous paraît très favorable à cette interprétation : Si l'on prive par le jeûne un chien de son glycogène, et si, après cinq jours d'abstinence, on pousse dans la veine porte les deux centimètres cubes de toxine, les phénomènes d'intoxication ne se produisent que dès l'instant où l'on reprend l'alimentation, si l'on fait boire du lait à l'animal, par exemple; les accidents se reproduisent avec des caractères identiques à ceux qui suivent une injection pratiquée dans des conditions ordinaires.

Ce fait nous paraît mériter la plus sérieuse attention : d'abord, parce qu'il est contradictoire avec les résultats si précis et si formels constatés, il y a quelques années, par Roger, lequel a montré que le pouvoir rétentif ou destructif du foie, par rapport aux poisons minéraux ou à certains alcaloïdes (nicotine, par exemple), était proportionnel à sa teneur en glycogène, et ensuite, parce qu'il semblerait indiquer que les fermentations produites dans l'espèce pourraient bien, si elles existent, se faire aux dépens de la matière glycogène.

Tels sont les faits; on ne saurait en nier l'intérêt, car ils nous permettent de saisir déjà l'explication d'un certain nombre de phénomènes pathologiques restés encore difficilement interprétables, telle la soudaineté des accidents d'intoxication suraiguë qui suivent les premières selles cholériques ou certains cas de botulisme avec infection du foie ou bien encore les phénomènes généraux qui viennent parfois terminer inopinément certaines dysenteries dont les phénomènes d'invasion n'avaient pas semblé de prime abord si redoutables. Sans doute que dans ces conditions, l'épithélium intestinal auquel, dans ces dernières années, on tend avec raison, ce nous semble, à faire jouer un rôle plus élevé depuis qu'Heidenhain lui attribue une action importante dans l'élaboration des matières albuminoïdes, et que les expériences de Charrin et Roger lui ont assigné une place dans les moyens de défense vis-à-vis des poisons ou des toxiques organiques, cet épithélium une fois détruit, et les toxiques ayant pénétré brusquement dans le système porte, celles-ci ont dû trouver dans la glande hépatique l'organe de renforcement dont nous venons de mettre en relief le rôle inattendu. Le foie ne se trouvant plus protégé, cette action a pu s'exercer dans toute son intensité et les accidents généraux de l'intoxication se produire sans frein modérateur.

RAPPORTS DU FOIE ET DE L'INTESTIN EN PATHOLOGIE EXOTIQUE

M. Planté, répétiteur à l'Ecole de service de santé de la marine et des colonies, a présenté un rapport dont voici les conclusions :

1° Le foie et l'intestin subissent chez l'Européen transporté dans les pays chauds des modifications, non pas physiologiques, mais pathologiques, qui le prédisposent aux infections particulièrement graves dans ces régions : dysenterie, hépatites.

2° Les influences météoriques et telluriques agissent en même temps, en exaltant la virulence des agents infectieux et en diminuant la résistance du terrain hépatique et du terrain intestinal par le surmenage fonctionnel qu'elles occasionnent.

3° Les infections se propagent principalement de l'intestin (milieu septique) au foie (milieu normalement aseptique) : rarement par la voie lymphatique (périhépatites), souvent par les voies biliaires, donnant naissance à des fièvres bilieuses, rapportées toutes, à tort, jusqu'ici à des troubles gastro-hépatiques.

4° Les infections se propagent le plus souvent de l'intestin au foie par la voie veineuse, produisant des congestions, des inflammations, des suppurations de la glande : la *dysenterie*, en particulier, revêt dans les pays chauds des caractères de gravité, dus surtout aux complications hépatiques dont elle est presque toujours la cause directe. Les suppurations du foie sont dues aux microbes pyogènes de l'intestin ulcéré à la glande hépatique; elles ont une évolution très lente. La stérilité du pus dépend de l'ancienneté de la formation de l'abcès, les microbes perdent leur végétabilité, se cadavérisant, détruits peu à peu par leurs propres toxines.

5° Les helminthes peuvent servir de véhicules pour le transport des agents infectieux de l'intestin au foie.

6° Les affections du foie retentissent directement sur l'intestin par les troubles fonctionnels qu'elles entraînent : hypercholie, hypocholie, diminution du glycogène, ralentissement dans la fonction d'arrêt des poisons.

7° Les affections chroniques du type de la diarrhée de Cochinchine entraînent l'atrophie du foie et, par les réactions réciproques des deux organes compromis, aboutissent à la dénutrition de l'organisme.

8° L'antisepsie intestinale la plus rigoureuse est le seul moyen efficace de prévenir les graves complications hépatiques de la dysenterie.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Asthme nerveux et névralgie intermittente (Asthma nervosum im Zusammenhang mit intermittirender Neuralgie), par Tuppert (*Münchener medicinische Wochenschrift*, 19 mars 1895, n° 12, p. 264). — Un cordonnier âgé (?)

est sujet depuis quatre ans à des accès violents d'asthme qui reviennent toutes les trois ou quatre semaines et durent un à deux jours. Pendant les accès, le patient se porte très bien et ne présente aucune affection de l'appareil respiratoire. La maladie a résisté à tous les traitements. Un examen attentif des fosses nasales et de la gorge n'a décelé aucune lésion, cependant en interrogeant le malade on apprend que la veille il a éprouvé une douleur subite et violente dans l'oreille gauche et l'accès a éclaté quelques heures après cette névralgie. L'auteur a pensé que cette névralgie auriculaire pourrait être la cause de l'apparition de l'asthme et le traitement semble lui avoir donné raison. En effet, en administrant la quinine, les douleurs de l'oreille et l'attaque furent diminuées d'intensité. Le malade, après avoir suivi pendant quelque temps ce traitement, a vu ses attaques disparaître en même temps que la névralgie auriculaire et la guérison se maintient encore actuellement.

Un cas d'affection du cervelet (Zur Casuistik der Kleinhirnerkrankungen), par Redlich (*Wiener med. Woch.*, n° 19, 1895). — Il s'agit d'un ouvrier de cinquante deux ans, dans les antécédents héréditaires duquel on ne trouve aucune affection nerveuse ou de maladie semblable à celle qu'il présente. Une de ses sœurs présente depuis quelque temps des phénomènes de maladie de Basedow. Jusqu'à l'âge de deux ans, il n'a rien offert d'anormal. A cette époque la mère raconte qu'il a été paralysé et aveugle. Jusqu'à l'âge de douze ans la marche a été difficile, titubante. Il a commencé à parler très tard. Actuellement il souffre de temps en temps de céphalalgie. Le crâne et la face ne montrent aucun signe de dégénérescence, toutefois a quelque ressemblance avec celui d'un hydrocéphale. Les pupilles égales réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. Strabisme convergent à l'œil droit. Nystagmus dans les mouvements horizontaux des yeux. Pas de diplopie. Staphylome postérieur double. La parole est lente avec un timbre infantile, et léger bégaiement, mais elle n'est ni explosive, ni scandée. Léger tremblement de la tête. Scoliose dorsale peu accentuée. Tremblement des membres supérieurs au repos et qui s'exagère par le mouvement. La sensibilité tactile et le sens musculaire sont conservés. Réflexes patellaires très forts des deux côtés. La station debout est incertaine et vacillante, phénomènes qui s'exagèrent quand le malade a les yeux fermés. L'attitude à cloche-pied est impossible. La démarche est ataxo-cérébelleuse. Pas de troubles de la vessie, pas de troubles trophiques. Il se livre volontiers à la masturbation.

L'exagération des réflexes, le début de la maladie à l'âge de deux ans, l'apparition rapide des symptômes, sont autant de preuves qui militent contre l'hypothèse d'une maladie de Friedreich chez ce malade; l'ensemble symptomatique fait plutôt penser à l'hérédo-ataxie cérébelleuse de Marie. Elle en diffère cependant par ce fait que le caractère d'hérédité familiale lui manque et par le début de la maladie qui a commencé dans le bas âge. On ne peut penser davantage à une sclérose en plaques, parce que la parole n'est pas scandée, que le tremblement existe aussi au repos et que la marche est aussi différente. Il s'agit sans doute d'une affection du cervelet, d'une atrophie avec sclérose de cet organe. Des cas semblables ont été déjà publiés par Pierret, Huppert, Sepilli, Kirchhoff, Sommer; dans tous ces cas l'affection a débuté dans l'enfance et le début a été aigu. Quelquefois l'atrophie avec sclérose du cervelet peut se produire à l'âge adulte. On peut citer comme exemples de ce genre, les cas de Schultze, Royet et Collet. L'auteur, en fin de compte, s'arrête au diagnostic d'atrophie avec sclérose du cervelet.

CHIRURGIE

De la régénération de la moelle osseuse, influence de l'iodoforme sur le processus (Ueber die Regeneration des zerstœrten Knochenmarkes and ihre Beeinflussung durch Jodoform) par Haassler (*Arch. f. klin. Chir.* 1895 vol. 50 p. 75). — Les résultats auxquels arrive l'auteur dans ses recherches expérimentales sur le mécanisme de la régénération de la moelle osseuse détruite mécaniquement diffèrent un peu de ceux d'autres auteurs.

D'après l'auteur, qui a fait ses recherches sur la moelle des tibias des lapins, la moelle osseuse enlevée est tout d'abord remplacée par du sang. Les jours suivants on constate sur les limites de l'hématome, une prolifération des cellules du tissu conjonctif réticulaire et peri-vasculaire avec formation progressive d'un tissu embryonnaire qui peu à peu pénètre dans le foyer et finit par le remplacer. Les parties périphériques du caillot sont résorbées par la circulation intercellulaire, tandis que les parties centrales sont en partie transformées en pigment. Une participation des cellules géantes dans la résorption du caillot n'a pas lieu.

Le tissu conjonctif néoformé se transforme très rapidement en tissu conjonctif gélatineux dans les fentes duquel pénètrent, en marchant de la périphérie vers le centre, les petites cellules de la moelle osseuse. Les hématites à noyaux se multiplient, les leucocytes se transforment en partie en cellules géantes et en cellules de moelle osseuse en donnant de plus en plus au tissu l'aspect de la moelle rouge.

La formation de tissu cartilagineux ou osseux pendant la régénération de la moelle osseuse n'a lieu qu'accidentellement.

Dans une seconde partie de son travail l'auteur a étudié l'influence de l'iodoforme sur la régénération de la moelle. Les expériences étaient conduites comme précédemment avec cette différence que des cristaux d'iodoforme étaient placés au centre du caillot. Dans ces conditions l'action de l'iodoforme se manifeste dès le premier jour par une immigration abondante de leucocytes. Les leucocytes sont détruits au bout d'un certain temps et repoussés par le tissu conjonctif néformé, qui plus tard se transforme en tissu fibrillaire dense, traversé par place par des noyaux osseux et derrière lequel s'effectue la néformation du tissu conjonctif.

Hystérectomie abdominale supra-vaginale pour fibro-myomes de l'utérus avec traitement rétro-péritonéal du pédicule, par Faguet et Vitrac (*Revue de Chirurgie*, 1895, n° 6, p. 494). — Le procédé en question employé dans 9 cas, a donné aux auteurs huit guérisons et une mort. La cause de cette mort paraît devoir être attribuée aux conditions défavorables dans lesquelles se trouvait la malade au moment de l'acte chirurgical, les lésions constatées à l'autopsie ne laissant aucun doute à ce sujet.

Les auteurs se croient donc autorisés à dire que la méthode de traitement rétro-péritonéal du pédicule dans l'hystérectomie abdominale pour fibro myomes de l'utérus leur semble de beaucoup supérieur à toutes les autres. Grâce à elle l'hystérectomie abdominale, considérée jusqu'à nos jours comme l'une des interventions les plus meurtrières de la chirurgie, parait devoir être, à l'avenir, aussi bénignes que les autres opérations abdominales.

La toxithérapie des tumeurs malignes, par Répin. (*Revue de chirurgie*, 1895, n° 6, p. 466). — Le travail de l'auteur, fait avant celui d'Emmerich et portant sur 4 cas de cancer du service de M. Perier, traités par les injections de toxines streptococciques, aboutit à la conclusion que la toxithérapie constitue une ressource qui n'est point à dédaigner au moins dans certains cas de tumeurs inopérables. S'il s'agit d'un sarcome par exemple, surtout d'une grosse tumeur, telle que ces lympho-sarcomes assez bien circonscrits, mais non justiciables de l'intervention sanglante, en raison de leur extension et de leurs connexions, on peut espérer que les injections de toxines streptococciques, — agent le mieux étudié jusqu'ici — produiront au moins une amélioration temporaire, un ralentissement dans la marche de la tumeur, et offriront même quelques chances de guérison radicale si le traitement est poursuivi avec énergie et persévérance.

L'hérédité et l'apparition endémique dans l'étiologie du carcinome (Ueber das Carcinom mit besonderer Berucksichsigung etc.) par Graf (*Arch. f. klin. Chir.*, 1895. vol. 50 p. 144.) — Le travail est basé sur l'étude des faits relevés par une enquête parmi les médecins et chirurgiens sur le rôle de l'hérédité dans le cancer et l'apparition endémique des anoplasmes malins.

Ce qui résulte de l'étude des chiffres et des tableaux, c'est que le rôle de l'hérédité est indubitable mais que l'apparition endémique n'a été constatée que dans une seule localité.

GYNÉCOLOGIE

Abcès des corps jaunes (Ueber Corpus-luteum Abcesse), par Langer (*Arch. f. Gynæk*, 1895, vol. XLIX, p. 87). — Les cinq observations, du reste assez sommaires, que l'auteur a réunies dans son travail semblent calquées les unes sur les autres; il s'agit de femmes qui, un jour, sont prises de douleurs dans le bas-ventre et les reins et arrivent avec une tumeur mobile, rénitente, paraissant faire corps avec l'ovaire. On fait la laparotomie, on trouve un ovaire augmenté de volume et couvert de fausses membranes, et à l'examen de la pièce, après ablation unilatérale des annexes, on trouve dans l'ovaire un abcès de dimensions variables.

En publiant ces observations l'auteur soulève la question de savoir si ces abcès sont des kystes suppurés ou proviennent d'une suppuration primitive des corps jaunes ou des follicules de Graef. Il se prononce pour la seconde hypothèse en prenant en considération la rareté des kystes, comparée à celle des abcès de l'ovaire.

BIBLIOGRAPHIE

Œuvres de L. Le Fort, professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté, publiées par le Dr Félix Lejars, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux. T. Ier, Paris, Alcan, 1895.

C'est une pieuse pensée de gratitude et de respect qui a dicté cette publication. Elle réalise un vœu fièrement et noblement exprimé à la fin de l'Introduction du *Traité de médecine opératoire* : « J'espère, écrivait L. Le Fort, que l'avenir fera rendre à mes travaux, à ma personne ou à ma mémoire la justice qui leur est due ». M. Lejars a pensé que la mémoire d'un savant aussi honnête que laborieux ne pouvait qu'être honorée par la publication textuelle de ses œuvres. Il ne s'est pas trompé. En lisant cette série d'études si variées sur tous les sujets qui devaient préoccuper un savant tout à la fois économiste et patriote, on ne peut manquer d'admirer le patient labeur et l'intelligente activité du chirurgien éminent dont nous regrettons toujours la mort prématurée.

L'œuvre de L. Le Fort comprendra trois volumes. Le premier réunit ses mémoires sur l'hygiène hospitalière, la démographie et l'hygiène publique.

Il est précédé de l'éloge académique dû à la plume élégante de notre cher et savant confrère le docteur Ch. Monod. Il reproduit, avec plusieurs autres, le beau travail intitulé *des Maternités* qui fut publié en 1866 et qui eut alors un si légitime retentissement.

Ce n'est pas dans ce journal, qui fut pendant de longues années le confident des idées chères à L. Le Fort, qui fit connaître la plupart de ses travaux, qu'il peut devenir nécessaire d'analyser longuement les mémoires destinés à défendre la doctrine contagionniste. Mais, pour justifier ce titre de précurseur que mérite si bien L. Le Fort, et pour montrer jusqu'à quel point il avait raison de protester contre le silence de ses contemporains lorsqu'ils parlaient des origines de la doctrine aseptique, nous devons reproduire un passage de la lettre qu'il écrivait à Dechambre et qui précise sa pensée.

« En résumé, dit M. L. Le Fort, ce n'est pas par la peau, ce n'est pas par le poumon que nos blessés prennent l'infection purulente ; c'est par la plaie. Il n'existe pas de pansement capable, à l'exclusion de tout autre, d'empêcher la contamination. Tous ceux qui auront recours à un pansement capable de détruire les germes ou capable de s'opposer à leur déposition sur la plaie, tous ceux qui mettront leur malade à l'abri de la contagion verront les succès remplacer les revers. Tous ceux au contraire qui appliqueront sur une plaie de la charpie venant on ne sait d'où, des compresses mal lavées, des éponges servant ou ayant servi à d'autres malades ; tous ceux qui toucheront une plaie avec des pinces dont les mors se cachent sous une couche de détritus, tous ceux qui sonderont les plaies avec une sonde de femme ayant servi à des malades déjà infectés, tous ceux en un mot qui ne seront pas convaincus que les plus minutieuses précautions sont indispensables, tous ceux qui ne seront pas convaincus que l'infection purulente est contagieuse et qui ne conformeront pas leur conduite à cette conviction devront se résoudre à voir leur salle d'opération devenir trop souvent et quelquefois pour de longues périodes l'antichambre de la salle d'autopsie (p. 894). »

Ces lignes ne pourraient-elles pas avoir été écrites hier. Elles l'ont été en 1871 et le livre sur *les Maternités* qui en renferme d'à peu près semblables (p. 194) date de 1866.

N'est-il pas juste de reconnaître dès lors que par son enseignement, ses livres, ses discours académiques, L. Le Fort a été l'un des plus fervents défenseurs de l'*asepsie*. Malheureusement, pour que l'asepsie réussisse il faut qu'elle soit rigoureuse. Or, les procédés destinés à assurer cette rigoureuse propreté de l'opérateur et de ses aides n'ont été précisés qu'assez récemment. Il en résulte que les ardents plaidoyers de L. Le Fort n'ont pas convaincu ses contemporains et ne lui ont pas valu la gloire qui se serait attachée à son nom si sa pratique lui avait donné tous les résultats que promettaient ses théories.

Nous n'avons pas non plus à rappeler les œuvres d'érudition de notre savant collègue, ni ses études de statistique, ni sa lettre à Mgr Dupanloup au sujet de l'incendie de la bibliothèque d'Alexandrie, ni ses discours si passionnés contre la vaccination obligatoire.

En rendant compte du deuxième volume dans lequel seront reproduits les travaux dans lesquels L. Le Fort a si bien montré la déplorable organisation de notre chirurgie d'armée et les réformes qu'elle exige, nous aurons l'occasion de louer son patriotisme.

Nous ne voulons ici que rendre hommage à ses convictions aussi ardentes que libérales, à l'honnêteté avec laquelle il s'est voué à ce rôle ingrat de mettre en lumière tout ce qui, en France, était défectueux, tout ce qui pouvait être utilement modifié en profitant de l'expérience acquise par d'autres.

Remercions donc M. le Dr Lejars, d'avoir publié sans en rien retrancher, sans y ajouter autre chose qu'un commentaire éloquent, l'œuvre complète, l'histoire de la vie intellectuelle de L. Le Fort, l'expression intégrale de son activité.

Un livre comme celui-ci est le plus beau monument que l'on puisse élever à la mémoire d'un savant. Il grandit sa renommée tout en rendant le plus signalé service à ceux qui aiment à rechercher, dans les documents originaux, l'histoire du progrès scientifique.

L. Lereboullet.

VARIÉTÉS

Tribunal civil de Mâcon.

Audience du 10 juillet 1895.

MÉDECINE. HONORAIRES. DEMANDE EN PAIEMENT. PREUVES. PRÉSOMPTIONS. LIVRES ET PAPIERS DOMESTIQUES. PRODUCTION.

En cas de contestation entre un médecin et son malade sur le nombre des visites, c'est au médecin qu'incombe la charge de la preuve.

Les livres du médecin ne peuvent constituer en sa faveur qu'une présomption, ils ne sauraient constituer une preuve.

En ce qui concerne le chiffre des honoraires, les Tribunaux ont un pouvoir souverain d'appréciation. Ils ont à tenir compte de la gravité de la maladie, de la situation de fortune du malade et de la réputation du médecin.

Le Tribunal,

1° Sur le nombre des visites :

Attendu que les parties n'étant pas d'accord sur le nombre des visites, il faut se reporter au principe général et que c'est

au demandeur qu'il appartient de faire la preuve de sa prétention;

Attendu que c'est vainement que l'on essaierait de rapporter cette preuve par la production des livres du Dr X... ;

Attendu, en effet, qu'il est impossible d'admettre que le demandeur ait pu se créer à lui-même un titre de créance et que les livres ou papiers domestiques puissent constituer une preuve en faveur de celui qui les a écrits ;

Attendu que si certains Tribunaux ont cru pouvoir décider qu'en raison de la situation particulière faite au médecin et de la difficulté de la preuve, les livres et papiers personnels pouvaient constituer en sa faveur des présomptions suffisantes pour fixer la religion du juge et même qu'il y avait lieu de mettre la preuve du nombre des visites à la charge du défendeur qui les conteste, ces Tribunaux ont statué dans des espèces où le client s'en était rapporté aux notes du médecin;

Attendu qu'il n'en est point ainsi dans le cas actuel et que Z..., en tenant lui-même sur ses registres domestiques le compte des visites à lui faites, a entendu contrôler le compte du Dr X...; que, dès lors, les registres de Z..., sans former eux-mêmes une preuve en sa faveur, suffisent à renverser la présomption tirée de la production des livres du Dr X...;

Attendu que le demandeur ne rapporte point la preuve des visites indiquées au mémoire et contestées par Z..., qu'il n'offre même point de la rapporter; qu'il y a donc lieu pour le Tribunal de s'en tenir au chiffre de visites sur lequel concordent les livres des deux parties et de réduire de ce chef le compte du Dr X...

2° Sur le chiffre des honoraires :

Attendu que les Tribunaux ont un pouvoir souverain d'appréciation et qu'il y a lieu de tenir compte, pour contrôler le chiffre des honoraires, de la longueur et de la gravité de la maladie, de la fortune personnelle du malade et de la réputation du médecin ;

Attendu que les honoraires réclamés par le Dr X..., dont la valeur médicale est incontestable et la réputation méritée, ne semblent point exagérés, étant données surtout la longueur de la maladie de Z..., auquel il a donné des soins pendant plus de douze ans et la situation de fortune dudit défendeur ;

Qu'il y a donc lieu pour le Tribunal de maintenir le chiffre fixé par le Dr X..., pour ses honoraires ;

Par ces motifs,

Réduit le compte du Dr X... de la somme de... pour prix des visites contestées, dont la demande n'est point suffisamment justifiée ;

Maintient pour le surplus le chiffre des honoraires réclamés par le demandeur;

Déclare les offres réelles faites par Z... insuffisantes;

Le condamne...

Congrès de la protection de l'enfance à Bordeaux (*29 juillet-3 août*). — Comme sanction du rapport présenté par le Dr Rivière sur :

« L'alimentation des enfants de un jour à deux ans et les moyens à employer par l'initiative privée pour en assurer le meilleur mode. » Le Congrès a voté les résolutions suivantes :

I. L'allaitement au sein constitue le meilleur mode d'alimentation pour les enfants nouveau-nés.

A défaut d'allaitement complet au sein, l'allaitement mixte, bien conduit, offre de réels avantages.

En dernière analyse, l'allaitement artificiel au lait de vache, entouré de grandes précautions, peut donner de bons résultats.

II. Le lait de vache est, presque en toutes régions, le seul qui puisse être pratiquement utilisé.

Le lait stérilisé, soit dans le ménage, soit à l'aide de procédés scientifiques rigoureux, doit, au moins dans les grandes villes, être préféré au lait cru qui peut être contaminé par des germes de toute nature que détruit la stérilisation, et au lait bouilli qui par l'ébullition est bien privé de ses germes mais perd aussi une partie de ses qualités de digestibilité.

III. Jusqu'après le sixième mois, l'alimentation doit être absolument liquide et ne consister qu'en lait de femme ou de vache.

De six mois à un an on peut, à un moment variable, suivant l'état de santé de l'enfant, faire usage de substances farineuses (farines, panades légères, etc.), préparées autant que possible au lait.

Pendant la deuxième année, on doit procéder au sevrage si l'enfant est nourri au sein; en tout cas, pour tout enfant, le régime lacté doit dominer encore toute l'alimentation. L'alimentation ordinaire doit être sévèrement proscrite jusqu'à complète poussée des dents, c'est-à-dire dans le cours de la troisième année.

IV. Pour favoriser l'allaitement maternel, il faut assurer à la mère une nourriture saine et abondante, qu'elle peut trouver par exemple dans les fourneaux économiques ouvriers bien organisés.

V. Pour rendre l'allaitement mixte ou artificiel aussi peu néfaste que possible, il faut assurer à la mère un lait de vache pur, de bonne qualité, bien stérilisé, et après l'âge de six mois, des farines alimentaires bien composées et faciles à préparer.

VI. A ce point de vue, l'œuvre des crèches réalise le meilleur mode de favoriser une bonne alimentation, à la condition expresse que les crèches soient soumises à un contrôle médical.

VII. Mais il serait à désirer qu'il se créât des fourneaux économiques spécialement destinés aux petits enfants et où ils ne trouveraient que l'alimentation qui leur convient. Cette œuvre pourrait être facilement annexée à l'œuvre des fourneaux économiques des ouvriers.

A l'occasion du rapport du Dr Rivière, le Congrès exprime le vœu :

1° Qu'il se crée dans les centres un peu populeux des établissements de laiterie où la santé, l'hygiène et l'alimentation des vaches soient l'objet d'une attention sérieuse, que la cueillette du lait se fasse dans des conditions de propreté absolue, que la stérilisation soit faite dans les conditions exigées par la science.

2° Que les établissements qui intéressent directement la santé des enfants du peuple soient placés, comme tant d'autres, sous la surveillance des municipalités.

Le vœu du Dr Tissié, dont voici le texte, a été également voté :

Que toute méthode pédagogique ayant des rapports avec l'hygiène scolaire ne soit appliquée dans l'enseignement qu'après adoption et autorisation du conseil supérieur de l'hygiène publique.

Les dispenses de scolarité. — En parlant des réclamations adressées au ministre de l'Instruction publique par les médecins des lycées, nous avons annoncé que l'on se préoccupait de supprimer toutes les faveurs désignées sous le nom de *remises de frais d'étude*, et à n'accorder que des *bourses*, pour l'obtention desquelles il faudrait remplir certaines conditions déterminées à l'avance.

Un décret en date du 6 août 1895 publié, au *Journal officiel* le 11 août, vient de rendre définitive cette organisation nouvelle. Par son article 18, ce décret supprime les « remises de frais de pension ou d'études » dites « *remises de faveur* ». Elles pourront exceptionnellement être accordées : 1° aux enfants dont la famille a rendu des services signalés à l'Etat et se trouve, par suite, d'événements graves, hors d'état de continuer à payer les frais de scolarité; 2° aux enfants de troupes ; 3° aux soldats autorisés à suivre les cours préparatoires aux écoles du gouvernement.

Toutes les autres faveurs sont supprimées. Il est créé des bourses d'essai et des bourses de mérite. Les bourses d'essai ne sont concédées que pour un an et sont renouvelables pendant deux ans. Les bourses de mérite sont accordées à ceux qui ayant obtenu une bourse d'essai ont obtenu de bonnes notes à leurs examens. Elles peuvent être converties en bourses définitives.

L'économie de ce décret se résume dans les termes suivants. Il ne sera accordé de bourses qu'aux enfants dont la famille est dans une situation de fortune ne lui permettant pas de payer les frais de scolarité. Ces bourses ne seront maintenues qu'aux élèves studieux, qui, par leur conduite et par leur travail, mériteront de figurer à un tableau d'honneur spécial.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

REVUE GÉNÉRALE

Travaux russes sur la leucocytose.

Depuis quelques années la leucocytose est devenue le sujet d'un très grand nombre d'études dont une large part appartient aux auteurs russes. C'est ces derniers travaux que nous nous proposons de passer en revue, en nous arrêtant principalement sur ceux qui sont relatifs à la leucocytose physiologique et expérimentale ; nous analyserons ensuite brièvement les recherches sur la leucocytose dans différents états pathologiques.

Mais avant d'entrer en matière, nous tenons à faire connaître en quelques mots au lecteur la classification des éléments figurés du sang, établie par M. N. Ouskoff, de l'Institut impérial de médecine expérimentale ; puisque la majorité des travaux dont nous avons à parler ayant été faite à cet Institut et sous la direction même de M. Ouskoff, les auteurs se servent de cette classification pour désigner les différentes variétés de globules blancs.

M. Ouskoff (1) distingue en effet les globules blancs du sang, d'après leur degré de développement, en trois groupes principaux, jeunes, mûrs et vieux ; chacun de ces groupes se subdivise en plusieurs variétés dont il y a en tout onze. On a ainsi :

A. *Les lymphocites* : 1° petits ; 2° grands.

B. *Les globules transparents* : 3° petits ; 4° grands et 5° lobulés. Leur protoplasma, assez abondant, ne fixe pas les matières colorantes ; leur noyau unique et souvent excentrique, se colore très faiblement.

C. *Formes de passage* : 6° globules petits ; 7° grands et 8° lobulés ; leur protoplasma fixe les matières colorantes et le noyau les fixe un peu plus.

D. *Les polynucléaires* ou neutrophiles, à noyau polymorphe, à protoplasma abondant et finement granuleux. Ce groupe comprend : 9° les neutrophiles à noyau épais ; 10° les monocluéaires ; 11° les polynucléaires. Il y a encore en plus des globules fenêtrés, des globules en voie de destruction et les éosinophiles. Parmi les onze variétés, les trois premières forment le groupe des leucocytes jeunes ; les cinq suivants, les mûrs et les deux derniers, sont les globules vieux. A l'état normal, les différentes variétés de leucocytes se trouvent dans le sang dans les proportions suivantes : 20 à 25 0/0 de leucocytes, 5 à 10 0/0 de formes de passage, 1 à 3 0/0 d'éosinophiles, 70 à 80 0/0 de neutrophiles. Le chiffre total de leucocytes varie à l'état normal de six mille à neuf mille par millimètre cube, mais il peut présenter, comme on sait, de grandes différences suivant les différents états physiologiques ou pathologiques.

A la leucocytose physiologique se rattachent l'augmentation de leucocytes pendant la digestion où, d'après Ouskoff, il y a surtout augmentation du taux des leucocytes vieux (d'après l'expression de l'auteur, « le sang vieillit après les repas »), la leucocytose de la grossesse et des parturientes, la leucocytose de la lactation, caractérisée surtout d'après Ostrogorski (1) par l'augmentation des lymphocytes, etc. Nous reviendrons plus loin sur les modifications suivant l'âge et les états morbides divers.

Le lieu de formation des leucocytes en général et de certaines variétés en particulier est très discuté par les auteurs, qui tous ou presque tous ont cherché à élucider cette question si intéressante par voie expérimentale. Ils ont alors constaté que la leucocytose ou l'augmentation du taux de leucocytes, obtenue expérimentalement, est toujours précédée d'aleucocytose, c'est-à-dire de diminution de ce taux ; cette aleucocytose dure très peu et ce n'est qu'ensuite que le nombre de leucocytes augmente.

Si tous les auteurs sont d'accord sur ces points, principaux, il est vrai, il n'en est plus de même quand il s'agit de les expliquer. A ce point de vue, les nombreux auteurs russes qui se sont occupés de leucocytose se divisent, comme les auteurs étrangers, en deux camps : les uns, plus nombreux, considèrent la leucocytose comme un phénomène général dû à l'excitation, pendant l'aleucocytose, de la fonction hématopoïétique des organes qui y sont destinés ; les autres considèrent la leucocytose comme un phénomène purement local et dû à la distribution inégale des leucocytes dans les vaisseaux périphériques et viscéraux ; les troisièmes, enfin (Medwedeff) (2) l'attribuent à la multiplication des leucocytes dans le sang.

(1) OUSKOFF, *Le sang étudié comme tissu*, Saint-Pétersbourg, 1890.

(1) OSTROGORSKI, *Contribution à l'étude des modifications morphologiques du sang pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-puerpérale*, Saint-Pétersbourg, 1891.

(2) MEDWEDEFF, *Comment se comportent les leucocytes vis-à-vis*

Verigo, par exemple, est partisan de la seconde théorie ; en se basant sur ses expériences, il conclut que, pour provoquer une diminution des leucocytes ou l'aleucocytose, il est indispensable que le liquide injecté contienne des particules *insolubles*; la diminution du nombre de leucocytes étant parallèle à la disparition des substances injectées et aussi rapide qu'elle, l'auteur attribue la disparition des leucocytes à ce que ces globules se chargent de ces substances et les emportent dans les viscères. M. Verigo va même plus loin que Metschnikoff et dit que les leucocytes se chargent même des bactéries les plus virulentes. Mais, tandis que pour Metschnikoff, Bardach et Soudakévitsch, c'est la rate qui joue le principal rôle dans la lutte de l'économie contre l'infection ; Verigo attribue ce rôle au foie, car c'est dans cette glande qu'il a trouvé le plus grand nombre de macrophages ayant englobé des bactéries.

Contrairement à Verigo, Lœwit (*Studien zur Physiologie und Pathologie des Blutes und der Lymphe Iena*, 1892) a obtenu la leucocytose par injection de substances solubles; ne pouvant admettre que les leucocytes absorbaient des liquides, des substances dissoutes et les portaient vers les organes centraux, cet auteur explique la leucocytose par la *leucolyse*, c'est-à-dire par la destruction ou la dissolution des leucocytes par les substances injectées ; ce sont surtout les neutrophiles polynucléaires qui sont détruites, les lymphocytes sont relativement augmentés. Cette hypothèse a été admise par Lœwit surtout à cause de l'instabilité des leucocytes et de la facilité avec laquelle ils s'altèrent dans les solutions les plus faibles. C'est ainsi qu'il explique l'aleucocytose qui précède la leucocytose de la digestion, par la destruction des globules blancs par les albumoses et peptones qui se forment; l'aleucocytose des tumeurs malignes par l'effet destructif de la nucléine et de son dérivé, l'acide urique, qui se produisent toujours pendant la destruction des tissus. Quant à la cause de ce fait, Lœwit l'attribue à l'excitation des organes hémopoïétiques par le sang devenu pauvre en leucocytes. Cette régénération de leucocytes ne se produit d'ailleurs que si l'organisme a conservé toutes ses forces de défense; aussi la leucocytose des maladies infectieuses n'indique-t-elle pas pour cet auteur la victoire des phagocytes, mais seulement l'état relativement bon de l'économie puisqu'elle est encore en état de se défendre, puisque la régénération des leucocytes est encore possible.

M. Golzmann (1) a étudié la leucocytose en injectant à des animaux une solution d'huile térébenthinée stérilisée (à 1 p. 10 c. c. qui rend la térébenthine moins irritante); il a donné ses préférences à la térébenthine à cause de ses propriétés plus définies et plus stables que celles des toxines bactériennes. En même temps, les animaux témoins recevaient des injections d'huile pure. Ces expériences ont démontré que la térébenthine introduite par voie gastrique ou par injection intraveineuse produit une aleucocytose générale une ou deux heures après dans le premier cas, trois ou cinq minutes dans le deuxième cas, suivie toujours d'une leucocytose (vingt-quatre heures après ou une ou deux heures après, suivant la voie d'introduction). Fait important : jamais l'auteur n'a constaté d'accoutumance de l'organisme pour la térébenthine. Chez les animaux témoins, l'aleucocytose et la leucocytose étaient à peine marquées. D'autre part, chez les animaux auxquels l'auteur a fait les injections dans le tissu splénique (après laparotomie), la réaction sanguine a été plus marquée que dans les cas précédents. L'injection de l'huile térébenthinée à des animaux dératés a permis de constater que chez eux l'injection ne produisait pas d'aleucocytose. Cette absence d'aleucocytose chez les animaux splénectomisés et l'aleucocytose plus considérable chez les animaux ayant reçu l'injection dans la rate même semblent prouver le *rôle très probable de la rate dans l'aleucocytose.* Pour donner à ces résultats un caractère plus général, l'auteur a fait des expériences analogues avec des cultures de bactéridies charbonneuses qu'il injectait à des animaux (chiens et lapins) splénectomisés et normaux); toujours les résultats étaient identiques. D'autre part, l'examen microscopique d'un fragment de rate enlevé sous le chloroforme pendant l'aleucocytose et la leucocytose a confirmé ces résultats; les noyaux cellulaires avaient une coloration diffuse, puis se détruisaient en formant des amas de grains bien colorables.

M. Emelianof (1) est arrivé à des résultats à peu près analogues: dès le début de la splénectomie, il a constaté une augmentation considérable du nombre de leucocytes qui reviennent ensuite peu à peu à leur taux normal; ce sont surtout les éléments mûrs qui deviennent nombreux; les leucocytes jeunes diminuent au début, puis augmentent aussi. Disons ici, pour ne plus revenir sur le même travail, que l'auteur a en même temps constaté des modifications de la forme des globules, et il attribue ce fait à ce que la destruction des éléments figurés s'accomplit ici dans le sang même, au lieu de s'accomplir dans la rate, comme cela a lieu en général.

L'augmentation d'éléments mûrs dans le sang marche de pair avec l'apparition d'éléments analogues dans la moelle des os, les cellules adipeuses y diminuent; la diminution des leucocytes mûrs du sang s'accompagne aussi de leur disparition de la moelle. L'auteur en conclut que chez les animaux dératés les ganglions lymphatiques se chargent de la formation des globules blancs qui se modifient ensuite dans la moelle au lieu de subir ces modifications dans la rate.

Les résultats de Golzmann ont été contestés par B. Guéorguievski (2) qui a injecté la même solution d'huile térébenthinée à un nombre plus considérable d'animaux opérés et à des témoins; en outre, il leur a aussi injecté des cultures de charbon et de choléra; jamais, dans ces expériences, la splénectomie n'a eu aucune influence ni sur l'aleucocytose, ni sur la leucocytose qui lui faisait suite.

G. Golzmann (3) attribue l'aleucocytose provoquée par l'injection de cultures bactériennes à deux causes à la fois : 1° à ce que les leucocytes qui englobent les bactéries et les emportent vers les viscères restent dans ces organes ; 2° à ce que ceux des leucocytes qui restent dans le sang y subissent l'action destructive des toxines.

Mais la question de la destruction des leucocytes n'est pas admise par tous; parmi les auteurs russes N. Tschistowitsch ne l'admet pas, tandis que Ouskoff, S. Botkine, E. Botkine, Gabritschewsky en sont partisans.

Tschistowitsch (4) a fait à cet effet les expériences suivantes. D'une part, il examinait au microscope pendant dix à quinze minutes ce qui se passait lorsque l'on mettait une ou deux gouttes de la substance en expérience sur le bord de la lame porte-objet où se trouvaient deux ou trois gouttes de sang d'homme ou de lapin. Les

certaines substances introduites dans le sang. Thèse de Saint-Pétersbourg, 1893.

(1) *Contribution à l'étude de la leucocytose*, thèse de Saint Pétersbourg, 1893.

(1) *Influence de la rate sur la morphologie du sang et de la moelle osseuse*, thèse de Saint-Pétersbourg, 1893.

(2) GUÉORGUIEVSKI, De la leucocytose chez les animaux splénectomisés (*Gazette clinique de Botkine*, 1895, n° 13, p. 290).

(3) G. GOLZMANN, État actuel de la question de la leucocytose (*Gaz. hebd. méd. de la Russie mérid.*, 1894, n° 46).

(4) N. TSCHISTOWITSCH, Contribution à l'étude de la leucolyse (*Gaz. de Botkine*, 1894, n° 9, p. 210).

substances employées étaient la peptone et différentes cultures microbiennes. Jamais l'auteur n'a pu constater de destruction des leucocytes sous l'influence du courant liquide que produisait la substance déposée ; que les expériences aient lieu à une température ambiante ou à 32-38°, toujours les résultats étaient négatifs.

M. Tschistowitsch a encore cherché la solution de ce problème par une autre voie : il faisait la numération des leucocytes dans une goutte de sang dissous dans vingt fois son volume d'acide acétique à 1/300, et d'autre part de sang dissous dans cette solution de Thoma et additionnée d'une solution de 1/300 de peptone ou de culture microbienne ; d'autres fois la solution d'acide acétique était remplacée par une solution physiologique de sel marin. Dans toutes ces expériences, après l'addition des substances expérimentales, le taux des leucocytes était, à peu de chose près, le même qu'avant et jamais l'auteur n'a constaté de destruction de ces globules. L'auteur est donc d'accord à ce point de vue avec Schulz (1) qui est arrivé aux mêmes conclusions en faisant la numération concomitante des globules dans les vaisseaux périphériques et centraux ; nous reviendrons d'ailleurs sur ce point.

Déjà, dans sa thèse, E. Botkine (2) a constaté que la peptone injectée dans le tissu sous-cutané produit une aleucocytose puis une leucocytose suivie d'un retour au taux normal ; ces modifications s'accompagnent toujours d'hyperthermie. Quinze minutes après l'injection on ne retrouve plus la peptone injectée ; en même temps le sang perd pendant trois heures la faculté de se coaguler. Au bout de trois heures il récupère cette faculté et en même temps il devient immunisé pendant vingt-quatre heures contre une nouvelle injection de peptone, ainsi que l'ont constaté plusieurs auteurs. Dans un autre travail (3) E. Botkine rapporte les résultats de ses recherches nouvelles sur la leucolyse. A cet effet il traitait d'une part le sang par deux cents volumes d'une solution de Ouskoff (acide acétique à 1/300 et NaCl (0,75 : 100 : 0)] et une autre portion du même sang par deux cents fois son volume de peptone à 10 0/0, acidulée jusqu'à réaction faiblement alcaline, filtrée et stérilisée ; les deux portions ont été au préalable additionnées d'une solution aqueuse de bleu de méthylène. Après avoir laissé ces deux mélanges à la température ambiante pendant vingt-quatre heures l'auteur a fait la numération des leucocytes et a alors constaté qu'ils étaient quatre fois moins nombreux dans le deuxième mélange que dans le premier.

Si le mélange se trouvait à une température de 37° la solubilisation marchait encore plus vite. En examinant plus particulièrement un leucocyte quelconque on voyait qu'il devenait moins granuleux, pâlissait, se gonflait et diffusait ; au bout de vingt minutes on ne trouvait qu'un globe brillant, une ombre de l'ancien globule. Il en était de même lorsque l'auteur traitait par la peptone des globules de pus, dont on pouvait surtout suivre les modifications sur la table à chauffage.

Pour démontrer que cette leucolyse n'est pas due à un ferment quelconque, l'auteur introduisit de la peptone dans deux tubes dont un contenait quatre gouttes d'HCl dilué ; dans chaque tube on mit un petit caillot d'albumine et le tout laissé dans le thermostat à une température de 37°-42° pendant huit jours, malgré cela les caillots d'albumine restèrent absolument intacts, sans avoir subi aucune modification.

(1) *Deutsch. Arch. f. klin. med.*, 1893, Bd 51, p. 269.
(2) E. Botkine, *Influence de l'albuminose et des peptones sur quelques fonctions de l'organisme* (Thèse de Saint-Pétersbourg, 1893).
(3) E. Botkine, Solubilité des leucocytes dans la peptone (*Gaz. de Botkine*, 1894, n° 22, p. 554).

L'auteur ajoute que si M. Tschitowitsch est arrivé à des résultats contraires, c'est qu'il opérait à une température peu élevée et employait une solution trop faible (1 0/0) de peptone ; d'ailleurs dans des recherches plus récentes M. Botkine a obtenu la leucolyse même avec une solution aussi faible. Les modifications observées par M. Botkine ressemblent à celles qu'a vues M. Golzmann, et aussi aux « phases diverses de la métamorphose régressive du noyau » des globules de pus, avec tous les stades de « chromatolyse », décrits par N. Ouskoff dans son livre. Aussi M. Botkine conclut-il qu'il est fort probable que beaucoup de variétés de leucocytes qu'on observe dans le sang ne sont autre chose que les stades divers de leur dissolution dans le plasma, les formes diverses de la leucocytose « physiologique ».

Pour savoir comment se détruisent les leucocytes, cet auteur a entrepris une autre série de recherches (1), en examinant le sang des sujets bien portants et malades, d'une part à une température ambiante, d'autre part à 36-41 ; cet examen lui a démontré que plus le sang est pauvre en leucocytes, plus le pourcentage de leur destruction est faible ; aussi la destruction la plus considérable (94,9 0/0) s'observe-t-elle chez les pneumoniques avec leucocytose marquée (85,7 : 1), la plus faible (23,1 0/0) dans la fièvre typhoïde à leucocytose peu élevée (762 : 1). En même temps l'intensité de la destruction était proportionnelle à la température : elle était plus active à 38-40° que sur les préparations conservées à la température ambiante ; dans ces dernières elle était aussi la plus élevée dans la pneumonie, la moins élevée dans le sang normal.

En étudiant la mort et la destruction du leucocyte l'auteur a constaté que cette mort n'est pas la conséquence de la cessation de la vie cellulaire comme cela se produit sous l'influence du froid par exemple ; mais est le résultat des processus physico-chimiques se passant entre le globule et le protoplasma : il y a destruction d'un des éléments composants et cette destruction est d'autant plus rapide que la température est plus élevée ; elle est plus active aussi pendant les premiers moments de la sortie du sang des vaisseaux et présente un maximum de saturation, variant avec l'état physiologique et pathologique de l'économie. L'auteur donne le nom de *leucocytolise* à cette dissolution du globule dans le plasma. Les formes observées par l'auteur dans la leucocytolise, rappellent les leucocytes fenêtrées et en voie de destruction décrites par Ouskoff. En se basant sur toutes ces recherches et sur celles de S. Botkine, Klein, Eugel, Borissoff, Khetagouroff et autres, E. Botkine admet que la leucocytolise, cause de l'aleucocytose, est un phénomène qui s'observe dans le sang sur le vivant.

Pour controler la théorie de Rieder et Schulz sur l'aleucocytose par suite de distribution inégale des globules dans les vaisseaux, I. Semakine (2) a fait une série de recherches qui ne lui ont permis de trouver aucune différence entre la diminution et l'augmentation de la quantité de leucocytes dans les vaisseaux périphériques et centraux. Mais il trouve qu'on ne doit pas faire ces recherches sur le lapin, animal trop sensible, et que pendant la laparotomie le traumatisme (la blessure de petits vaisseaux et nerfs, le changement de la température, etc.) produit une perturbation trop grande qui suffit à modifier le taux des leucocytes dans les vaisseaux abdominaux. Si en effet, au lieu de faire la laparotomie on examine un gros vaisseau d'un membre, on ne trouve plus de diffé-

(1). E. Botkine, De la leucocytolise. *Gaz. de Botkine* 1895, n°s 18 et 19.
(2) Semakine, *De la distribution inégale des leucocytes dans le vaisseaux sanguins*. Thèse de Saint-Pétersbourg 1895.

rence entre sa teneur en leucocytes, et celle des petits vaisseaux périphériques. D'autre part, chez le chien la laparotomie ne produit plus ces modifications et on trouve chez cet animal le même nombre de leucocytes dans les vaisseaux périphériques et abdominaux. Enfin le dernier reproche que l'auteur fait à Schulz, c'est qu'il examinait souvent des animaux mourants ou déjà morts; ses résultats ne peuvent donc pas être considérés comme concluants.

Dans le but aussi de vérifier cette théorie, Omelianski (1) a fait chez des chiens et des lapins la section des nerfs vasomoteurs d'une région quelconque (oreille, muqueuse linguale) et étudiait les modifications produites. L'examen des leucocytes dans les vaisseaux périphériques de ces régions et dans une grosse veine fémorale avant et après la section n'a jamais permis de constater une différence quelconque; la leucocytose consécutive au traumatisme produit par la section nerveuse, était aussi intense dans les gros vaisseaux des membres que dans les petits vaisseaux périphériques; il s'agit donc d'un phénomène général.

Mais si la vasodilatation locale ne produit pas de modification du chiffre total des globules blancs, elle fait, par contre, augmenter le nombre d'éléments mûrs (grands mononucléaires) et diminuer celui des jeunes (petits mononucléaires); la quantité des éléments vieux à noyau polymorphe n'est pas modifiée; tandis que dans la fémorale la proportion de différents éléments entre eux est la même avant et après l'expérience, c'est-à-dire la même que dans le sang normal : les éléments jeunes sont plus nombreux que les mûrs.

La même opération faite sur des animaux témoins, mais sans section nerveuse (anesthésie, fixation de l'animal, plaie, etc.), n'a permis de constater aucune différence dans le rapport des éléments figurés entre eux dans le sang périphérique et central. L'inversion de la proportion des éléments jeunes et mûrs est donc bien la conséquence de la vasodilatation locale.

A. Yegorovski (2) est arrivé à des conclusions analogues par d'autres expériences : il faisait la numération des leucocytes dans un segment vasculaire entre deux ligatures, avant et après cette opération. Cette première série de recherches lui a permis de constater que le taux général des leucocytes n'augmente pas dans le segment lié, que les éléments jeunes sont plus nombreux avant l'expérience qu'après, tandis que c'est l'inverse pour les éléments mûrs; enfin la quantité d'éléments polynucléaires est à peu près la même avant et après l'expérience.

D'autre part, l'examen comparatif du sang artériel et veineux a démontré à M. Yegorovski que la différence dans le taux général de leucocytes dans les deux vaisseaux est à peine appréciable; seules les veines mésentériques sont notablement plus riches en leucocytes que les artères correspondantes. Quant aux rapports des différentes formes entre elles, le sang artériel contient plus d'éléments mûrs et de vieux que le sang veineux. L'introduction d'oxygène dans un segment veineux lié a donné une diminution d'éléments mûrs et vieux, les globules subissent donc sous l'influence de l'oxygène une modification morphologique importante. Si l'oxygène était introduit dans le vaisseau artériel, la leucocytose qui en résultait n'était pas précédée d'aleucocytose; il y avait surtout augmentation aux dépens des éléments polynucléaires. Quant à l'origine de ces polynucléaires, ils proviennent de la moelle incitée par l'oxygène à un fonctionnement intensif; l'auteur admet aussi que les éléments migrateurs du tissu connectif peuvent jouer un rôle dans la leucocytose oxygénique.

Pour mieux démontrer le rôle de l'oxygène sur les leucocytes l'auteur a fait des expériences analogues avec le CO^2 : l'introduction de ce gaz n'a nullement modifié la quantité absolue et relative des leucocytes; mais par contre elle a produit des modifications importantes dans le chimisme du sang et les leucocytes ont perdu leurs mouvements amœboïdes et la faculté de fixer les matières colorantes les préparations ressemblaient absolument à celles du sang cadavérique.

Signalons ici une modification importante apportée par M. Yegorovski à la technique hématologique et qui consiste dans la simplification du procédé de préparation du réactif d'Ehrlich qui demande, pour être bien fait, des semaines et même des mois. Quatre grammes vingt centigrammes d'orange et six grammes de fuchsine sont introduits dans un ballon contenant soixante-douze grammes d'alcool à 20°; dans un autre ballon on introduit cinq grammes de vert de méthyle et cinquante grammes d'alcool; les deux ballons sont chauffés pendant trente-cinq minutes jusqu'à dissolution des matières colorantes; il est préférable de faire bouillir deux fois, avec intervalle de dix minutes. Ensuite on refroidit jusqu'à 30°-35°, on transvase les deux ballons l'un dans l'autre deux fois et on obtient ainsi le réactif en question, sans dépôt et à composition fixe; toute la procédure demande trente à quarante minutes. Telle est la proportion pour les matières colorantes de la fabrique de Gubler; pour celles d'autres fabriques on peut trouver la proportion d'après les règles formulées par l'auteur et exposés dans l'appendice à la thèse.

A. Vinogradoff (1) a cherché à élucider le rôle de la pression sanguine sur la morphologie du sang. Si l'on sectionne les pneumogastriques chez des animaux anesthésiés, on produit une augmentation de tous les éléments figurés du sang; chez les animaux non anesthésiés il se produit, après une courte période d'aleucocytose, une augmentation du taux des leucocytes; cette différence serait due à l'excitation réflexe des vasomoteurs produite par la douleur. L'augmentation de la pression agit différemment suivant qu'elle est de cause centrale ou périphérique : Si l'élévation de la pression est due à l'augmentation de l'activité cardiaque (section des pneumo-gastriques), il y a à la fois augmentation des leucocytes (surtout des polynucléaires) et des hématies; si la pression est élevée à cause d'un obstacle à la circulation en retour (excitation centrale du nerf sciatique), les leucocytes diminuent, les hématies augmentent, mais moins que dans le cas précédent. Enfin lorsque la pression diminue par suite d'insuffisance cardiaque (excitation des pneumogastriques), les leucocytes diminuent, surtout les polynucléaires.

Nous venons de voir que les résultats sont variables suivant qu'on opère sur un animal anesthésié ou non; c'est spécialement à cette question que sont consacrés les travaux de MM. Popoff et Markevitsch.

Le premier (2) a constaté que la morphine introduite dans le sang amène une leucocytose progressive, mais faible et sans aleucocytose préalable. Il n'en est pas de même quand on a recours aux inhalations de chloroforme : la leucocytose est alors assez marquée et ne diminue que le troisième jour il y a augmentation de tous les éléments figurés; le chloroforme semble donc

(1) OMELIANSKI. *De l'influence des troubles circulatoires locaux sur la morphologie du sang.* Thèse de Saint-Pétersbourg, 1894.

(2) A. YEGOROVSKI. *Modifications morphologiques des globules blancs dans les vaisseaux sanguins.* Thèse de Saint-Pétersbourg, 1894.

(1) A. VINOGRADOFF. *Contribution à l'étude de l'influence de la modification de la pression artérielle sur la morphologie du sang.* Thèse de Saint-Pétersbourg, 1894.

(2) A. POPOFF. *Influence de l'anesthésie sur la leucocytose et l'aleucocytose.* (Thèse de St-Pétersbourg, 1895).

agir sur les organes hématopoïétiques. En outre sous son influence la métamorphose sanguine est ralentie : le pourcentage des polynucléaires diminue, celui des éléments jeunes augmente. Une injection de peptone ou de térébenthine démontre un ralentissement de l'activité des leucocytes : la leucocytose et l'aleucocytose sont plus faibles. Pendant le réveil des animaux chloroformisés le nombre de leucocytes augmente de nouveau. La transfusion du sang d'un animal chloroformisé à un autre animal provoque chez celui-ci une leucocytose. Pour les expériences il est donc préférable d'employer la morphine comme anesthésique.

V. Markevitsch (1) a aussi trouvé que le chloroforme a ces propriétés chimiotaxiques positives et qu'il agit sur la métamorphose du sang : le passage des leucocytes à l'état mûr est arrêté et leur destruction ralentie. Quant à l'oxygène, cet auteur a trouvé, comme Yegorovski, qu'il accélère la transformation des éléments mûrs en polymucléaires. D'une façon générale M. Markevitsch admet d'accord avec M. Medvedeff que la transformation de divers éléments du sang se fait dans ce tissu même où enfin les vieux globules se détruisent.

Nous avons vu que la plupart des auteurs étudient l'aleucocytose et la leucocytose expérimentale en injectant la peptone et des toxines bactériennes. M. Gourevitsch (2) a eu recours dans ses recherches, en dehors de la peptone, à des albuminoïdes végétaux, abrine et ricine, qui ont devant les toxines l'avantage d'avoir une composition plus définie. D'ailleurs déjà avant lui L. Boukhschtab (3) a eu recours à ces substances pour étudier l'influence de la leucocytose artificielle sur l'infection cholérique.

Après s'être rendu compte de la morphologie normale du sang chez le chien, M. Gourevitsch a étudié l'effet de la morphine (qu'on emploie toujours dans les expériences pour anesthésier les animaux) ; il a trouvé que cette substance produit une leucocytose très prononcée, avec conservation du rapport normal des différentes variétés entre elles, la fixation de l'animal produit une leucocytose bien moindre. L'auteur attribue cette leucocytose à la difficulté de la circulation en retour et la vasodilatation qui résultent de l'action de la morphine ; elle est donc locale et provoquée par la distribution inégale des leucocytes ; il donne à cette leucocytose locale et mécanique le nom de *leucocatechie*.

Après s'être assuré ainsi des effets secondaires possibles, l'auteur a fait des injections intraveineuses de ricine, d'abrine et de peptone à dose minimale (1/10 de milligramme) et a obtenu avec les deux premières substances d'abord une diminution très légère du nombre de leucocytes, suivie le lendemain d'une hyperleucocytose très marquée et générale, mais plus prononcée dans les veines que dans les artères. Ce sont surtout les polynucléaires qui augmentent, le pourcentage de toutes les formes est considérablement diminué. Cette leucocytose est trop prononcée pour être attribuée à l'action de la morphine seule ; en coagulant le sang, ces substances en expérience provoquent une destruction des leucocytes qui excite la fonction des organes hématopoïétiques. D'autre part, la néoformation active des leucocytes est démontrée par la présence dans le sang de nombreuses figures karyokinétiques qu'y a observées M. Gourevitsch et qui sont rares à l'état normal. Tout en attribuant à cette néoformation le rôle essentiel dans la leucocytose, l'auteur ne préjuge pas du siège de ce phénomène. La diminution du pourcentage des formes de passage n'est pas due à la destruction (ces formes étant plus résistantes que les neutrophiles), mais au défaut de formation, ce défaut étant consécutif à ce que les lymphocytes passent directement à l'etat de neutrophiles. Pour expliquer ce dernier fait, l'auteur émet l'hypothèse que l'excitation de la fonction hématopoïétique est transmise par l'organe au lymphocyte dont l'activité vitale se trouve ainsi augmentée. Par conséquent la diminution des formes de passage est due à la même cause que la leucocytose elle-même. D'autre part, en se basant sur l'étude des granulations neutrophiles rudimentaire, l'auteur en conclut aussi qu'une plus grande quantité de ces granulations traduit une métamorphose plus grande des cellules, c'est-à-dire l'augmentation de la vitalité du protoplasma.

Les expériences avec la peptone ont donné des résultats inverses : hypoleucocytose très prononcée, probablement par dissolution des leucocytes par la peptone, puis leucocytose d'intensité moyenne ; toujours les résultats sont les mêmes, qu'il s'agisse de vaisseaux abdominaux ou périphériques.

En résumé, l'auteur attribue la leucocytose, phénomène général, à l'excitation des organes hématopoïétiques par les toxines de l'économie ; la leucolyse et la leucocytose sont l'expression du pouvoir régénérateur de l'organisme dans la lutte contre les produits nocifs ; les éléments qui périssent sont remplacés par des éléments jeunes ayant une vitalité plus grande, ainsi que le prouve l'augmentation des neutrophiles rudimentaires.

* * *

La question de l'origine et du siège de la transformation des leucocytes est aussi des plus discutées.

L'opinion d'Ehrlich sur l'origine exclusivement médullaire a été soutenue par M. Przevosky (1) qui considère les eosinophiles comme des hématies incomplètement développées naissant exclusivement dans la moelle osseuse aux dépens des mêmes hématoblastes que les hématies. En voici les raisons : 1° à l'état normal on trouve les eosinophiles surtout dans la moelle rouge, siège principal de formation des hématies ; 2° entre les hématoblastes et les eosinophiles on trouve toute une série d'intermédiaires ; l'auteur les a surtout observés chez les sujets anémiques et chez le fœtus ; 3° par des réactions chimiques l'auteur a pu démontrer que les granulations des eosinophiles contiennent de l'hémoglobine ; avec des préparations de pus blennorrhagique et de liquide des vésicules d'eczéma et des bulles de pemphigus il a pu obtenir des cristaux de Teichman non douteux. Les hématoblastes qui se sont arrêtés au stade d'eosinophiles et n'ont pas abouti au stade d'hématies, se distinguent de ceux qui ont abouti au stade d'hématies par les dimensions plus faibles du noyau ; peut-être cette insuffisance du noyau est-elle la cause de l'arrêt de développement de l'eosinophile.

A. Rokitzki (2), en enlevant à des chiens le pancréas d'Aselli, a constaté après l'opération une diminution constante et très nette des éléments jeunes, une augmentation du taux des mûrs, enfin que les modifications quantitatives des éléments polynucléaires ou vieux sont en rapport avec celles du taux général des leucocytes. Les ganglions lymphatiques, surtout les ganglions mésentériques jouent donc un rôle actif dans la formation des éléments jeunes.

Nous avons vu plus haut quelle est à ce sujet l'opinion

(1) V. Markevitsch, *Etude de la modification des globules blancs dans les vaisseaux sanguins*, Thèse de Saint-Pétersbourg, 1895.
(2) M. Gourevitsch. *De la leucocytose* (Thèse de Moscou, 1895).
(3) L. Boukhschtab. Influence de la leucocytose artificielle sur l'infection cholérique (*Rousskaïa Medicina*, 1894, n°s 22 et 23).

(1) Przevosky, *Société médicale de Varsovie*, novembre 1894.
(2) A. Rokitzki, *Modifications morphologiques du sang chez les chiens après l'ablation du pancréas d'Aselli*. Thèse de Saint-Pétersbourg, 1894.

d'Omelianski et d'Yegorovski qui, d'accord avec Ouskoff, Emelianoff, Golzmann, Antokonenko (1), Wladimiroff (2), attribuent aux organes hématopoïétiques le rôle essentiel dans la leucocytose. M. Ouskoff admet que les lymphocytes se forment dans les ganglions lymphatiques, mais que leur transformation ultérieure se fait dans la rate et la moelle; seule le passage à l'état vieux peut s'effectuer aussi dans le sang même; seul M. Gourevitsch a observé la néoformation des leucocytes dans le sang quoique en laissant ouverte, il est vrai, la question de l'origine première de cette multiplication.

***

Avant de mentionner les travaux relatifs à la leucocytose pathologique il nous reste encore à résumer ceux qui sont relatifs à la leucocytose suivant l'âge.

Voïno-Oranski (3) a trouvé que chez les enfants nouveau-nés le sang est plus riche en éléments jeunes que chez l'adulte; on peut dire que chez les *nouveau-nés le sang est jeune*. Goundobine (4) a trouvé que pendant la première année le pourcentage des lymphocytes est de 66 à 50 0/0, celui des neutrophiles 28 à 40 0/0; à partir de la troisième année les chiffres se rapprochent de ce qu'ils sont chez l'adulte et les atteignent à l'âge de neuf à dix ans. Borissoff (5), en étudiant l'influence de l'âge et de l'espèce animale sur la chimiotaxie, est arrivé à la conclusion que la chimiotaxie est plus active chez les jeunes que chez les vieux, ce qui joue certes un grand rôle dans l'immunisation contre les maladies infectieuses. Cet auteur a trouvé qu'aucune des substances expérimentées n'attire de préférence une variété de leucocytes plutôt qu'une autre; le pouvoir chimiotaxique des leucocytes des différents animaux vis-à-vis la même substance est variable.

Solovieff (6) a trouvé, à l'examen du sang de vieillards, qu'à partir de l'âge de soixante-quinze ans il y a appauvrissement de leucocytes, surtout marqué à partir de quatre-vingt-dix ans; cet appauvrissement consiste en la diminution totale absolue et relative d'éléments jeunes; les éosinophiles et les mûrs sont augmentés absolument et relativement; les éléments vieux enfin sont diminués en général, mais leur pourcentage est augmenté. Le *sang est donc plus vieux chez l'homme vieux que chez l'adulte*. Il est probable qu'à mesure que l'homme avance en âge, il y a ralentissement de formation d'éléments jeunes et ralentissement de la transformation des mûrs en vieux et de la destruction de ces derniers.

***

L'étude de la leucocytose à l'état pathologique a été faite en Russie par un grand nombre d'auteurs; dans certaines affections on observe d'une façon plus spéciale l'hyperleucocytose, dans d'autres, l'hypoleucocytose.

Dans la scarlatine, Kotschetkoff (7) a constaté une augmentation du taux des leucocytes dès la période prodromique; elle atteint son maximum du deuxième au cinquième jour de la maladie, pour diminuer ensuite avec la température; elle est caractérisée par l'augmentation des éosinophiles et des lymphocytes. Dans la diphthérie, Goundobine a trouvé une augmentation des leucocytes dès le deuxième jour de la maladie. D'autre part, il a trouvé chez les rachitiques une augmentation totale par suite d'augmentation des neutrophiles, comme cela arrive d'ailleurs dans tous les cas de ralentissement de développement. Dans la pneumonie, Kikodsé (1) a observé l'hyperleucocytose deux heures après le frisson initial; elle diminue avant la crise; dans les cas graves, l'auteur n'a pas observé de leucocytose et c'est lui et M. Ouskoff qui ont les premiers attiré l'attention sur la valeur prognostique de l'absence de leucocytose chez les pneumoniques. Mais si d'autres auteurs ont signalé des pneumonies mortelles avec hyperleucocytose, c'est que, ainsi que l'a démontré Tschistovitsch (2), la virulence du diplocoque n'est pas très grande et la mort est toujours dans ces cas due à une complication, à une localisation de l'infection sur les méninges ou le cœur, ou à l'affaiblissement de l'économie par une intoxication antérieure (alcoolique ou autre) ou enfin à une étendue trop grande de l'infection pneumonique rendant l'hématose insuffisante. Par exemple chez des lapins infectés au préalable par une culture virulente de diplocoques, une substance qui provoque chez un lapin sain une leucocytose abondante, ne produit ici aucune réaction. Si au contraire la pneumonie ne s'accompagne pas de leucocytose, c'est que le pneumocoque est très virulent et que l'organisme est très sérieusement atteint. L'examen du sang peut donc, dans une certaine mesure, aider au pronostic.

D'autre part, Khetagouroff (3) a observé l'hypoleucocytose dans la fièvre typhoïde déjà dès le deuxième septénaire; elle atteint son maximum au quatrième septénaire; après le lysis les leucocytes augmentent en quantité pour arriver au chiffre normal vers la sixième ou septième semaine. La diminution se fait surtout aux dépens des neutrophiles; les lymphocytes, après une courte période d'abaissement, augmentent vers le milieu du second septénaire et surtout vers le troisième. L'élévation de la température a une grande influence sur la métamorphose et sur la diminution du taux général. L'auteur explique la diminution des neutrophiles par leur mort et le défaut de formation de nouveaux neutrophiles. En tout cas elle ne peut pas être attribuée à l'inanition, comme le veut Linebek, puisque, d'une part, elle diminue vers la fin de la maladie quand l'inanition devrait se faire sentir plus qu'au début; puisque d'autre part, Lioubémoudroff (4) a démontré que l'inanition n'amène l'hypoleucocytose que si l'animal perd 10 à 15 0/0 de son poids et puisque enfin d'après Poletaïeff (5) il y a dans le jeûne une augmentation du taux général et accentuation de la métamorphose des globules blancs qui est en rapport avec l'augmentation des échanges d'azote provoqués par le jeûne.

L'augmentation des éosinophiles a été observée par Gabritschevski (6) dans l'asthme, pendant et après l'accès, par Veruijski (7) dans le scorbut; dans le cancer,

(1) ANTOKONENKO, *Modifications morphologiques du sang sous l'influence de la saignée*. Thèse de Saint-Pétersbourg, 1893.
(2) WLADIMIROFF, *Modifications morphologiques du sang sous l'influence de modification de la pression*. Th. 1893.
(3) VOINO-ORANSKI, *Morphologie du sang chez les nouveau-nés*. Thèse de Saint-Pétersbourg, 1892.
(4) GOUNDOBINE, *De la morphologie normale et pathologique du sang chez les enfants*. Saint-Pétersbourg, 1892.
(5) P. BORISSOFF, *De la chimiotaxie des globules blancs*. Société des médecins russes de Saint-Pétersbourg, *Vratsch*, 1895, n° 18.
(6) A. SOLOVIEFF, *Examen du sang chez les vieillards*. Thèse de Saint-Pétersbourg, 1894.
(7) KOTSCHETKOFF, *Modifications morphologiques du sang dans la scarlatine*. Thèse de Saint-Pétersbourg, 1891.

(1) KIKODSE, *Modifications anatomopathologiques du sang dans la pneumonie*. Thèse de Saint-Pétersbourg, 1890.
(2) N. TSCHISTOWITSCH, *Modification quantitative des leucocytes dans les pneumonies mortelles*. *Gazette de Botkine*, 1894, n° 6.
(3) KHETAGOUROFF, *Modifications anatomopathologiques du sang chez les typhiques*. Thèse de Saint-Pétersbourg, 1891.
(4) LIOUBOMOUDROFF, *Modifications du sang et de quelques organes pendant le jeûne*. Thèse de Saint-Pétersbourg, 1893.
(5) POLETAÏEFF, *Morphologie du sang dans le jeûne complet ou mitigé par l'eau*. Thèse de Saint-Pétersbourg, 1891.
(6) GABRITSCHEVSKI, *Morphologie normale et pathologique du sang*, Moscou, 1891.
(7) VERUIJSKI, *Les maladies du sang, procédés cliniques de son étude*, Thèse de Saint-Pétersbourg, 1890.

dans la pleurésie et la péritonite hémorrhagiques par Przevoski.

Dans les ostéomyélites chroniques S. Tschistovitsch (1) a constaté que le taux général des leucocytes est à peine supérieur à la normale; les éléments jeunes sont notablement au-dessus de la normale au point de vue de leur chiffre général et de leur pourcentage; il en est de même pour les éléments mûrs; la quantité absolue de neutrophiles polynucléaires est à peu près normale, mais leur pourcentage est au-dessus de la normale; les leucocytes transparents jeunes et mûrs sont diminués, les éosinophiles sont un peu augmentés ou en quantité normale; enfin les polynucléaires transparents sont aussi nombreux que chez les sujets sains. L'auteur attire l'attention sur le ralentissement du passage des mûrs en vieux dans le sang des ostéomyélitiques.

Terminons enfin par l'analyse du travail de P. Messarosch (2) qui a cherché à se rendre compte de la pathogénie de l'anémie des pays chauds en étudiant l'influence de la chaleur sur les leucocytes. Il a trouvé que la chaleur (le chauffage par le bain romain) de courte durée et quotidien rajeunit le sang; il y a augmentation du pourcentage des éléments jeunes qui s'accompagne de diminution du pourcentage des mûrs; la transformation morphologique des éléments est accentuée : il y a passage rapide des lymphocytes à l'état mûr et destruction rapide de ceux-ci. Si ce chauffage se répète longtemps il peut affaiblir le sang; les échanges morphologiques se ralentissent et les éléments vieux prédominent.

S. Broïdo.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Bordeaux.

DISCUSSION SUR LES RAPPORTS DE L'INTESTIN ET DU FOIE

M. *Cassaet.* — La question des ingesta soulevée par MM. Hanot et Boix semble avoir rejeté au second plan l'action funeste de l'alcool sur le foie. Cette action ne saurait cependant être niée, même en l'absence de lésions massives de cet organe qui, à vrai dire, peut résister longtemps à cette intoxication.

A côté de cette intoxication d'origine externe, il y en a une autre qui prend tout entière naissance dans le tube digestif, et celle-ci n'est aucunement l'apanage de fermentations microbiennes, mais bien celui de substances toxiques que j'ai pu isoler et à l'aide desquelles j'ai pu reproduire les accidents terminaux de la tétanie gastrique.

Pour ce qui est des infections, toutes n'agissent pas par les mêmes voies, ni par des procédés identiques. Il est un mode de propagation que je n'ai pas vu signalé : c'est la voie lymphatique. Les communications des lymphatiques de l'intestin et de la vésicule sont largement établies. C'est une variété de circulation entéro-hépatique.

Les procédés ne sont pas identiques, car tantôt ce sont les produits solubles de l'infection qui se trouvent transportés au niveau du lobule par l'intermédiaire de la circulation sanguine (embarras gastriques saisonniers); tantôt les agents de l'infection agissent par leur masse, par leur présence, traumatiquement et toxiquement lorsque, par exemple, ils se transportent de proche en proche dans le canal cholédoque et la vésicule où ils ne tarderaient pas à déterminer la production de calculs.

(1) S. Tschistovitsch, *Morphologie du sang dans l'ostéomyélite chronique*, Thèse de Saint-Pétersbourg, 1894.

(2) P. Messarosch, *Modifications morphologiques du sang chez les sujets sains sous l'influence du chauffage artificiel.* Thèse de Saint-Pétersbourg, 1895.

Sans doute, la lithiase biliaire est souvent d'origine infectieuse, mais il est des calculs biliaires qui ne relèvent pas, au moins dans leur masse entière, de l'infection. A mon avis, il existerait deux variétés de lithiase biliaire, comme il existe deux variétés principales de lithiase rénale, l'une produite au niveau du rein lui-même, l'autre créée de toutes pièces au niveau de la vessie et venant ainsi compléter la première. On peut dire que ce qui se passe dans le rein se passe également dans le foie; il existe aussi deux variétés de lithiase biliaire : l'une hépatique, l'autre cystique. Cette dernière seule est d'origine infectieuse, l'autre ne l'est pas. Les calculs de la vésicule biliaire sont, comme ceux de la vessie, des calculs mous, blanchâtres, stratifiés, phosphatiques ou carbonatés. Ceux des premiers canaux biliaires sont durs, irréguliers, noirs et presque entièrement constitués par de la matière colorante. La raison de cette différence nous est donnée par la pathologie générale. Les muqueuses réagissent toutes d'une manière identique vis-à-vis de l'inflammation, elles sécrètent du mucus et se desquament en même temps qu'elles deviennent tomenteuses. Par le fait qu'elles deviennent tomenteuses, elles retiennent plus facilement à leur surface les corps qui les irritent et c'est pour elles un cercle vicieux. En raison même de ce qu'elles sécrètent du mucus et se desquament, elles donnent naissance sur place à une grande quantité de sels calcaires, puisque le mucus et l'épithélium en contiennent en abondance. Dès lors, qu'importe que l'irritation soit mécanique ou infectieuse? C'est en raison de ce catarrhe lithogène que se produit l'enveloppe calcaire des calculs vraiment hépatiques; c'est lui qui constitue la totalité des calculs cystiques.

Quant aux calculs hépatiques, ils reconnaissent pour origine le lobule hépatique; ils sont d'origine constitutionnelle, comme les calculs uriques.

Ainsi doit se trouver reconstituée, à mon avis, l'influence, simultanée ou successive, de l'auto-intoxication et de l'infection, de la diathèse et des causes occasionnelles, du terrain et de la graine.

Au point de vue symptomatologique, il est un signe qui, depuis Colrat, a acquis une importance extrême dans la constatation de l'insuffisance hépatique : c'est la glycosurie alimentaire. Ce signe vient d'être battu en brèche par MM. Linossier et Roque, car, pour ces auteurs, il se retrouverait chez 16 0/0 des sujets sains, même avec des doses de sucre inférieures à cinquante et cent grammes. Or, lorsque je donne deux cents grammes de sirop, je ne donne, en réalité, que dix grammes de sucre et non cinquante et cent grammes que ces auteurs considèrent, à tort, comme des doses minimes. Leurs recherches prouvent donc seulement que la dose de deux cents grammes de sirop de sucre peut être largement dépassée sans amener de glycosurie.

A mon avis, du reste, la fréquence de la glycosurie alimentaire tend à faire admettre la fréquence du surmenage hépatique. Dans tous les cas où le foie laisse passer le sucre, il fait moins d'urée, et laisse ainsi diffuser l'urobiline et les sels biliaires. J'ai la conviction qu'en dehors de la glycosurie, et plus que cette glycosurie elle-même, la recherche des sels biliaires dans les urines peut mettre sur la trace de l'insuffisance hépatique.

Au point de vue thérapeutique, je suis un partisan déterminé du salicylate de soude comme curateur des infections biliaires et de la lithiase. Il m'a rendu de grands services dans cette dernière affection. Dans un cas où ce médicament n'a pas été suffisant pour enrayer des accidents infectieux d'origine hépatique, j'ai eu recours avec avantage au sublimé, sous forme de liqueur de Van Swieten.

Le foie dans les pays chauds. — *M. Boinet* (Marseille). — Je ne pense pas, comme M. Planté, que l'on doive établir une opposition entre les lésions de l'intestin grêle dans la diarrhée de Cochinchine et les altérations du gros intestin dans la dysenterie. La diarrhée de Cochinchine peut aussi s'accompagner d'ulcérations légères du gros intestin.

Quant à la congestion du foie dans les pays chauds, elle tient plutôt à l'impaludisme et à l'alcoolisme qu'à l'abus simple de la viande. J'ai pu observer près de la frontière de Chine une épidémie de *fièvre des bois*, fièvre bilieuse, hémorrhagique, avec gonflement très considérable du foie et de la rate. Dans le sang de quelques sujets atteints de cette maladie, j'ai obtenu sur agar des microcoques. Il y avait là

une association microbienne avec l'hématozoaire de Laveran.

Au Tonkin, les gros abcès du foie sont surtout consécutifs aux dysenteries survenant durant la saison chaude et s'accompagnant d'ulcérations profondes avec suppuration localisée. Les abcès du foie sont plus rares et moins volumineux, à la suite de dysenterie subaiguë ou chronique débutant pendant la saison froide.

Pour ce qui est de la stérilité du contenu des abcès du foie, je crois que l'on peut appliquer les données que j'ai déjà exposées au sujet des salpingites. Si l'abcès du foie est récent, on peut trouver des microbes; si l'abcès est de vieille date, on peut constater la présence de ces microbes, mais ils ne sont pas susceptibles d'être cultivés.

M. Le Dantec (Bordeaux). — Il convient d'établir des différences entre les observations prises en Cochinchine, dans les points où la dysenterie est très pure, très nette, et celles qui ont été faites à Toulon sur de vieilles diarrhées de Cochinchine ou dysenteries, compliquées souvent de tuberculose. Il y aurait lieu, à mon avis, pour éviter toute cause d'erreur, de pratiquer une inoculation aux cobayes pour voir si ces lésions tuberculeuses n'existent pas.

M. Planté. — Il faut faire une distinction absolument tranchée entre l'hépatite malarienne et l'hépatite consécutive à la dysenterie. Je pense que la diarrhée de Cochinchine et la dysenterie sont provoquées par une même infection dont la localisation initiale peut être soit dans l'intestin grêle, soit dans le gros intestin, avec propagation ascendante ou descendante le long du tube digestif, suivant les cas.

M. Maurel (Toulouse). — Pendant longtemps on a considéré que l'augmentation du foie, dans les colonies, était compatible avec l'état de santé; or, je suis convaincu, avec M. Planté, que le foie n'est pas toujours augmenté de volume, et que lorsqu'il l'est, il s'agit d'une modification réellement pathologique. M. Planté a indiqué avec raison, d'autre part, les inconvénients de l'alimentation azotée; il convient en effet, aujourd'hui, d'attribuer une grande importance à l'alimentation azotée.

M. Bouchard. — L'abus de la viande est non moins dangereux dans les pays tempérés que dans les pays chauds.

M. Maurel. — Je crois que si dans les pays tempérés la dose de 1 gr. 50 centigr. de matière azotée par kilogramme de poids est suffisante, la dose de 1 gr. 25 centigr. et même de 1 gramme convient à l'alimentation dans les pays chauds.

Les hémorrhagies stomacales infectieuses d'origine angiocholitique. — *M. Rondot* (de Bordeaux). — J'ai observé deux malades qui ont présenté la symptomatologie de l'ulcère simple de l'estomac avec une abondante hématémèse. L'un d'eux eut des signes d'endocardite infectieuse et montra à l'autopsie, outre une atrophie de la vésicule biliaire rétractée sur un calcul enchatonné, un abcès aréolaire de la convexité du foie d'origine nettement angiocholitique, sans lésions veineuses appréciables. Il existait quelques végétations de l'endocarde, de la myocardite, une hypertrophie de la rate. L'estomac était indemne de toute altération. Dans la région pylorique, on ne relevait que des phénomènes de congestion intense, sans varices œsophagiennes, sans lésions du duodénum.

Chez le second malade, considéré comme étant atteint d'ulcère rond de l'estomac, à cause des hématémèses, cet organe fut trouvé, à l'autopsie, dépourvu d'ulcération. Il existait une cholécystite suppurative et des végétations sur l'endocarde.

Dans ces deux observations, les hématémèses et les douleurs ont fait penser à l'ulcère gastrique; les hémorrhagies traduisaient simplement, avec la fièvre et l'hypertrophie de la rate, les phénomènes d'endocardite et de myocardite, une infection qui avait provoqué surtout l'inflammation suppurative subaiguë des voies biliaires.

Les poussées fébriles qui accompagnent les hématémèses et sont suivies d'un calme trompeur sont des symptômes qu'il faudra ne pas perdre de vue pour établir un diagnostic précis.

Ces hématémèses peuvent s'expliquer par une action vaso-dilatatrice produite dans le domaine de la circulation gastro-intestinale par les toxines des microbes qui ont déterminé, dans ces deux cas, l'infection biliaire.

Ictère grave chez une petite fille. — *MM. Auché et Coyne.* — Chez une petite fille de dix ans, survient un ictère sans cause apparente. Il offre au début tous les caractères de l'ictère dit catarrhal et prend ensuite l'intensité de l'ictère grave, tant que la température arrive au dessus de la normale. A l'autopsie on trouve les lésions de l'atrophie aiguë du foie, de la cholécystite et de l'angiocholite, étendues jusqu'aux plus petits canalicules biliaires extra-lobulaires. Le coli-bacille existe en très grande abondance dans les canaux biliaires; on le trouve en petite quantité dans la rate; il n'est pas rencontré dans les autres organes. Le sang renferme un bacille non pathogène qui n'y existait pas huit heures avant la mort et qui paraît être dû à une infection organique partie du tube digestif, car l'estomac contient en grande quantité le même micro-organisme. Nous croyons donc qu'il s'agit là d'une angiocholite primitive, déterminée par le coli-bacille qui, parti du duodénum, a peu à peu envahi les canalicules biliaires. Plus tard il a gagné le parenchyme hépathique et déterminé les lésions de l'atrophie aiguë et les symptômes de l'ictère grave.

Nous pensons que l'infection a été mono-microbienne et que le coli-bacille a été le seul agent de ces désordres. Ce serait donc là un fait très important et destiné à fournir un appui considérable à la conception de l'ictère grave hypothermique, que M. Hanot attribue au coli-bacille.

De la formation des toxines stomacales. — *M. E. Benech,* poursuivant ses recherches sur les toxines stomacales, a soumis au Congrès le résultat de ses nouvelles expériences. Il a eu pour but de démontrer en particulier que l'alcool n'entre pour rien dans la composition des substances convulsivantes qu'il a signalées l'an dernier. Etudiant le contenu stomacal d'un dilaté hyperchlorhydrique, il a prouvé que le liquide obtenu après filtration et qui ne contenait aucun principe convulsivant le jour où il a été recueilli, avait acquis des propriétés tétaniques remarquables, après être resté deux mois à l'étuve à 38 degrés. D'où les conclusions que le principe convulsivant signalé par lui l'an dernier prend naissance sous la double influence du contact prolongé des éléments de la digestion et de leur concentration. Or cette double condition est réalisée chez les dilatés hyperchlorhydriques.

Pyléphlébite et abcès du foie consécutifs à la fièvre typhoïde. — *MM. Lannois et Lyonnet,* après avoir montré que les abcès du foie sont des complications rares de la fièvre typhoïde, dit qu'on en peut reconnaître trois catégories au point de vue pathogénique : 1° l'abcès métastatique dont le point de départ est une suppuration d'un autre point du corps, notamment les suppurations sous-cutanées; 2° l'abcès par ulcération typhique des voies biliaires; 3° l'abcès lié à la pyléphlébite qui est elle-même amenée par la lésion typhique de l'intestin.

Il rapporte ensuite un cas appartenant à cette troisième catégorie et survenu au début de la convalescence. Parmi les points intéressants de cette observation, il est à noter que l'examen bactériologique a montré que le pus contenait le bacille d'Eberth.

De l'existence de peptones dans l'urine et le liquide ascitique comme signe diagnostique de la pyléphlébite adhésive. — *M. Boinet* (de Marseille). — Un alcoolique d'une quarantaine d'années est atteint, dans le cours d'une cirrhose atrophique du foie, peu avancée, d'une obstruction complète du tronc de la veine porte par un gros caillot fibrineux, adhérent aux parois épaissies de ce vaisseau.

Au point de vue clinique, cette thrombose de la veine porte était caractérisée par le développement rapide d'un énorme réseau veineux sous-cutané et d'une ascite, à grand épanchement, qui se reproduisait, en quelques jours, avec la même abondance.

Le liquide, provenant de diverses ponctions, était jaune pâle, transparent, légèrement fluorescent. Il contenait cinq grammes d'albumine et trente centigrammes de *peptones* par litre. C'est la présence de ces peptones retrouvées à plusieurs reprises dans le liquide ascitique et dans l'urine de ce malade qui constitue le point le plus intéressant de cette observation et qui pourrait être utilisée pour le diagnostic si difficile de la pyléphlébite adhésive. Le Dr Jarles a analysé

comparativement des liquides d'ascite due à d'autres causes; la réaction du biuret n'y a pas décelé de peptones. Le sous-acétate de plomb ammoniacal lui a permis de constater des traces de propeptones.

Ces recherches et le dosage des peptones ont été faits avec grand soin par M. Alivon, interne en pharmacie, au moyen du procédé suivant :

a. Précipitation complète de l'albumine par ébullition, pendant plusieurs heures, du liquide ascitique acidulé par de l'acide acétique et saturé de chlorure de sodium. La limpidité du liquide, après l'action du ferro-cyanure de potassium en solution acétique, indiquait l'absence d'albumine, condition indispensable dans la recherche des peptones.

b. Le réactif dit au biuret ou de Pietrowski (sulfate de cuivre en présence d'un alcali caustique), bien préférable au réactif de Tanret, donnait dans le liquide ascitique, débarrassé d'albumine, une coloration rose violacé, indiquant la présence des peptones, qui ne sont mentionnées dans aucun des traités classiques.

c. La quantité de peptone était de trente centigrammes par litre de ce liquide ascitique examiné à plusieurs reprises; elle n'atteignait que quinze centigrammes dans les urines.

Cette thrombose de la veine porte, véritable ligature aseptique, avait déterminé, dans les derniers jours de la vie de ce malade, quelques-uns des phénomènes observés à la suite de ligatures expérimentales de la veine porte. Il présentait de la tuméfaction de la rate, un état parétique léger des membres inférieurs, une forte dyspnée et de la somnolence, résultat d'une auto-intoxication progressive.

A l'autopsie, on trouvait une veine porte, avec des tuniques épaissies, obturée par un caillot fibrineux, très adhérent, très dense, formé de couches superposées de fibrine. Le centre, plus mou, ne contenait que des amas de globules rouges. Sur certains points, l'endoveine était bourgeonnante. On notait de la sclérose autour des rameaux de la veine porte. Le foie, peu rétracté, présentait des travées fibreuses annulaires, péri et multi-lobulaires, semblables à celles que l'on observe dans les cirrhoses expérimentales consécutives aux ligatures de la veine porte.

J'ai pratiqué sept fois la ligature aseptique de la veine porte sur des rats vigoureux, qui résistent mieux que les chiens et les lapins. Presque tous sont morts au bout de vingt-quatre heures, après avoir présenté une forte dyspnée, et de la parésie du train postérieur. La veine porte bien liée contenait un caillot cruorique, composé d'amas de globules dans la partie située au-dessus de la ligature. Au-dessous du fil, le caillot mieux organisé était composé de mailles fibrineuses, renfermait des globules rouges. Les parois de la veine sont épaissies. On constate, en outre, une congestion très considérable des veines mésentériques, de l'intestin, de la rate qui, dans certains cas, était triplée de volume et des centres nerveux. On notait, chez un rat, des points hémorrhagiques à la surface du poumon; chez un autre, on ne voyait qu'une simple congestion. Enfin, le foie de deux rats, morts deux et trois jours après une ligature de la veine porte, était jaune, graisseux et son extrait aqueux obtenu par ébullition, ne réduisait pas la liqueur de Fehling, qui donnait des réactions bien nettes avec des foies normaux.

Des calculs pariétaux de la vésicule biliaire. — *M. Létienne.* — Après avoir fait la description des calculs pariétaux de la vésicule, l'auteur rapporte une observation relative à une malade atteinte de lithiase biliaire et à qui M. le professeur Terrier fit une cholécystotomie.

Dans ce cas, la vésicule présentait les lésions anatomiques constatées dans la plupart des cas de cholécystite calculeuse ancienne, mais portait en outre un diverticule pariétal contenant des concrétions calcaires. Il y avait aussi des calculs *biliaires* (au nombre de vingt et un) dans la cavité du cholédoque et des calculs *calcaires* dans les parois de la vésicule.

L'examen bactériologie de ces diverses parties a fait constater la présence du bacterium coli et du streptocoque dans la bile, du bacterium coli dans la substance même des calculs biliaires, du bacterium coli dans la substance calculeuse pariétale.

L'observation précédente semble une preuve à l'appui de la théorie parasitaire des concrétions biliaires. Elle montre le microorganisme le plus fréquent des voies biliaires, le bacterium coli au sein des calculs. Elle montre que ce microbe, suivant son habitat, peut donner lieu à des transformations dans des humeurs diverses et qui aboutissent à des concrétions de nature chimique différente. Ici, en effet, dans la bile, ce sont des calculs biliaires vrais composés de pigments colorés et de cholestérine qui ont été produits. Dans les follicules glandulaires qui sécrètent un mucus tout différent de la bile, ce sont des concrétions calcaires exemptes de substance pigmentaire qui se sont formées.

L'auteur croit pouvoir placer dans ce cas la production des calculs biliaires et des calculs pariétaux, bien que leur constitution soit hétérogène, sous l'influence d'une cause unique, l'agent microbien.

Un cas d'abcès intra et périhépatique chez l'adulte. — *M. Monnier* (de Nantes). — Il s'agit d'un cas de périhépatite tuberculeuse consécutif à une tuberculose caverneuse des voies biliaires intra-hépatiques. Dans une première phase, le malade n'a présenté que des symptômes gastro-intestinaux : dans une deuxième phase, survenue au bout de quatre mois, surviennent des signes de pleurésie diaphragmatique.

L'autopsie a fait découvrir les lésions précédemment mentionnées.

Ce cas rapproché de ceux publiés par M. Lannelongue (périhépatite tuberculeuse chez l'enfant) montre que dans la première phase de syndrome gastrique le diagnostic est impossible ou du moins très difficile. Dans la deuxième phase, l'apparition du syndrome de la pleurésie diaphragmatique permettra de soupçonner l'affection, mais seule la ponction exploratrice pourra donner une certitude absolue. Aussi bien les enseignements cliniques du professeur Lannelongue trouveront-ils chez l'adulte leur complète application.

DISCUSSION SUR LES ANTIPYRÉTIQUES

M. de Nabias (Bordeaux). — Les corps appartenant à un même groupe chimique présentent généralement les mêmes propriétés physiologiques. Si la quinine et la cinchonine semblent faire exception à cette règle en ce que cette dernière a des propriétés convulsivantes que ne possède pas la première, cela tient à ce que la quinine et la cinchonine, bien qu'elles aient l'une et l'autre un double noyau quinoléique et hydroquinoléique identiques, possèdent néanmoins des fonctions différentes.

En désignant par R le noyau de la série quinique, on peut écrire les formules suivantes :

(R) H....................	Cinchonine
(R) OH..................	Cupréine
(R) OCH^3...............	Quinine
(R) OC^2H^5.............	Quinéthyline
(R) OC^3H^7.............	Quinopropyline

Les relations de ces corps sont entre elles en quelque sorte comme celle d'un carbure (cinchonine), d'un alcool (cupréine, fonction phénolique démontrée par le perchlorure de fer) et d'un éther (quinine, quinéthyline, quinopropyline).

Les fonctions chimiques de ces corps étant différentes, il n'est pas étonnant que les propriétés physiologiques ne soient pas identiques.

La quinine, la quinéthiline et la quinopropyline, qui sont des éthers, sont comparables par leur structure et leurs fonctions. Les propriétés physiologiques de ces corps sont identiques et il y a même à noter le fait intéressant que le pouvoir antipériodique augmente, comme l'ont étudié MM. Grimaux, Laborde et Bourru, avec le degré de condensation du carbone du radical alcoolique. Le sulfonal, le trional et le tétronal sont aussi des corps semblables par leur structure et leurs fonctions. Ils ne diffèrent que par la substitution des radicaux alcooliques, le sulfonal ayant deux radicaux éthyle et deux radicaux méthyle, le trional trois radicaux éthyle et le tétronal quatre. Or, tous ces corps ont des propriétés hypnotiques, et le pouvoir hypnotique augmente ici encore avec le degré de condensation du carbone du radical alcoolique.

Ces faits prouvent qu'il existe bien une relation entre la constitution des corps et leurs propriétés physiologiques, mais il faut tenir compte de la structure de la molécule et de sa fonction. Et même dans ces cas la théorie pourra être par-

fois en défaut, parce qu'on ne saisira pas toujours les termes des réactions complexes qui se passent dans l'organisme.

M. A. Treille (d'Alger). — Les rapports que nous venons d'entendre aboutissent, surtout celui de M. Schmitt, au rejet des antithermiques dans les fièvres continues. J'ai, depuis longtemps, abandonné les antipyrétiques dans ces fièvres. Aujourd'hui, après une expérience de vingt-cinq années, je considère que la quinine n'est applicable qu'à la fièvre intermittente des anciens. La fièvre quarte est de toutes les manifestations de l'impaludisme la plus atténuée, la plus sensible aux antipyrétiques. C'est le chlorhydrosulfate de quinine qui s'est montré surtout efficace.

Antipyrine. — *M. Hénocque* (de Paris). — Je rappellerai d'abord que l'un des antithermiques le plus usuels, l'*antipyrine*, présente une propriété spéciale d'une haute importance : c'est sa puissance hémostatique. En 1884, au cours d'expériences relatives aux effets de l'antipyrine, j'ai découvert l'action hémostatique de cette substance, action locale dont la cause est la vasoconstriction et la rétraction des tissus, avec formation d'un caillot minime, très rétractile et aseptique. L'antipyrine a aussi une influence favorable sur la cicatrisation.

J'insiste, en second lieu, sur l'étude des procédés qui ont servi à démontrer l'action des antithermiques sur le sang, action qui se résume pour des doses toxiques en une transformation de l'oxyhémoglobine en méthémoglobine.

J'insiste plus particulièrement sur la phase d'anémie ou de diminution de l'oxyhémoglobine qui précède l'accumulation de la méthémoglobine. Dans cette période, il y a en même temps production et élimination de la méthémoglobine ; si l'élimination est entravée, si la transformation est trop rapide, il peut se produire des phénomènes de cyanose qu'il faut distinguer de ceux de la période d'intoxication. C'est par l'examen hématospectroscopique qu'on pourra étudier ces divers phénomènes en même temps que l'on constatera l'influence des antithermiques sur l'activité de la réduction de l'oxyhémoglobine, c'est-à-dire l'énergie des échanges entre le sang et les tissus, et que l'on précisera l'influence des antithermiques sur l'activité des oxydations élémentaires.

M. Comby (de Paris). — L'antipyrine peut être donnée aux enfants comme antithermique, comme antispasmodique, comme analgésique, comme antidiarrhéique. L'antipyrine est un médicament très bien toléré par les enfants de tout âge ; on peut la prescrire à hautes doses. Je n'ai constaté qu'une fois, sur des centaines de cas, un érythème fugace et sans gravité dû à l'administration de l'antipyrine. Jamais ce médicament n'a déterminé de maux d'estomac, de dyspepsie, de vomissements, ni de troubles de la fonction rénale. Chez les enfants atteints de maladies spasmodiques (chorée) ou fébriles, l'antipyrine ne doit pas être fractionnée, mais donnée à des doses fortes, massives, pour produire son plein effet. On fera prendre, suivant l'âge, en une fois, vinq-cinq à cinquante centigrammes ou un gramme de ce médicament ; cette dose pourra être répétée deux, trois, cinq et six fois par jour. Les mêmes doses peuvent être continuées pendant des semaines sans inconvénients.

Dans la chorée, si l'antipyrine n'est pas un remède infaillible, elle réussit le plus souvent à atténuer la violence, l'incohérence des mouvements et à abréger la durée de la maladie. Dans la coqueluche, l'antipyrine a échoué entre mes mains à l'hôpital.

Dans les affections douloureuses, dans les hyperesthésies de l'enfance, l'action de l'antipyrine est infidèle, mais je n'ai pas encore assez d'expérience sur ce point.

Dans les fièvres, l'antipyrine produit un abaissement notable de la température ; c'est un antithermique des plus sûrs auquel on aura recours sans crainte. Quand l'antipyrine à dose suffisante ne produit pas d'abaissement de la température, c'est un indice pronostique grave.

Enfin, dans les diarrhées simples de la première enfance, l'action de l'antipyrine employée selon les règles établies par M. Rousseau Saint-Philippe, ne m'a semblé ni aussi puissante ni aussi certaine que dans les affections fébriles ou spasmodiques de l'enfance.

M. Séné (de Pauillac), à l'occasion des travaux à l'air comprimé exécutés aux appontements de Pauillac, relate quelques faits qu'il a pu observer. Il a noté la facilité avec laquelle brûlent les objets grâce à l'accumulation de l'oxygène par le fait de l'air comprimé. La flamme d'une bougie est double de celle qui brûle à l'air libre. Lorsque ses vêtements prennent feu, l'ouvrier n'a qu'un moyen de se sauver, c'est de quitter rapidement ses vêtements, s'il en a le temps.

Les autres accidents observés sont ceux qui surviennent à la suite de la décomposition en dégageant dans l'organisme des gaz qui y sont en excès.

Les accidents du côté du cœur peuvent entraîner une mort rapide ; dans les vaisseaux des centres nerveux les gaz peuvent arrêter la circulation et produire des ramollissements suivis de paralysie.

Le point sur lequel il attire l'attention est l'élément douleur qu'il a calmé complètement et rapidement en donnant de un à deux grammes d'antipyrine par doses fractionnées de cinquante centigrammes. La réapparition de la douleur après quelques heures, semble bien démontrer que l'effet traumatique produit dans les tissus persiste, mais que l'antipyrine en agissant, comme l'a démontré M. Lalande, sur les centres nerveux sensitifs, annihile la perception.

Badigeonnages de gaïacol. — *M. Bard.* — Les badigeonnages de gaïacol peuvent être dangereux par l'abaissement brusque de la température suivant immédiatement l'application et par la dépression nerveuse qui se produit à la suite de badigeonnages répétés.

Après avoir distingué l'action antithermique qui est passagère, de l'action antipyrétique qui est durable, l'auteur indique les cas de pyrexie dans lesquels cette action antipyrétique peut être recherchée. Le gaïacol est à rejeter dans la fièvre typhoïde en raison de la longue durée de la maladie ; il rend au contraire des services dans l'érysipèle et dans la pneumonie. Dans la tuberculose, l'action n'est favorable que dans un certain nombre de cas de poussées granuleuses interstitielles sans complications de suppuration, pneumonie périphérique, etc.

M. Rondot. — Considéré comme antithermique analgésique, le gaïacol détermine, en badigeonnages sur la peau, un abaissement de la température avec sudation abondante, phénomènes qui ne sont pas toujours d'intensité égale. Il arrive parfois que, deux ou trois heures après le début de l'abaissement thermique, la température remonte à un degré très élevé : c'est là une hyperthermie réactionnelle dont il faut tenir compte. Il est des cas même où, d'emblée, la température, au lieu de baisser, s'élève d'un demi-degré à un degré. Contrairement aux autres antipyrétiques, le gaïacol détermine de la polyurie.

Les doses de gaïacol employées importent beaucoup, car on a observé des cas d'hypothermie alarmants. On emploiera cinquante centigrammes de ce corps dissous dans l'huile ou la glycérine. Les applications cutanées de gaïacol sont utiles dans toutes les manifestations fébriles de la tuberculose et même dans les formes torpides. Dans les pyrexies, chez l'enfant et chez l'adulte, il est aussi parfois très efficace (dothiénentérie) ; on l'associera à un traitement par les toniques du cœur.

Injections sous-cutanées d'acide phénique. — *M. Faivre.* — Je ne fais aucune comparaison entre les anciens antithermiques analgésiques, pas plus que je ne cherche à écarter les nouveaux médicaments. Je crois que, les sels de quinine mis à part, l'antipyrétique clinique idéal est encore à trouver. Pas plus que les autres, l'acide phénique n'est exempt d'imperfections ; cependant il nous a toujours donné d'excellents résultats, en particulier dans l'érysipèle, à la dose de cinq centigrammes par jour d'une solution à parties égales de glycérine et d'acide phénique, dose qui n'est nullement dangereuse. Il me semble donc qu'on a exagéré les inconvénients de cette médication.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

La signification physiologique des symptômes bulbaires dans l'encéphalasthénie (Die physiologische Bedeutung bulbærer Symptome in der Encephalas-

thenie), par Althaus (*Virch. Arch.*, Bd CXL, Hft I, 1895, p. 158). — L'auteur passe en revue les divers phénomènes d'ordre bulbaire que l'on rencontre dans l'encéphalasthénie (neurasthénie) et il constate que le tonus normal des centres bulbaires est modifié en plus ou en moins dans cette affection. Ils se manifestent chez les personnes avec tare héréditaire après des maladies infectieuses, surtout après l'influenza; bien entendu qu'il s'agit de troubles fonctionnels sans lésions grossières anatomiques. Les modifications du centre cardiaque bulbaire se traduisent par des palpitations, par de la tachycardie, par de la bradycardie ou bien par le délire du cœur. Les troubles du centre respiratoire donnent naissance à la polypnée, à un asthme spasmodique. Les centres vasomoteurs troublés dans leur équilibre peuvent réaliser le tableau de l'angine de poitrine. Les altérations sont quelquefois bilatérales, mais il peut se faire que d'un côté il y ait un spasme et d'autre part une dilatation, ce qui donne naissance à la congestion de la face d'un côté, à la pâleur de l'autre côté. Le centre pupillaire peut être excité, il en résulte une sensibilité exquise de la pupille à l'accommodation et à la lumière ou au contraire, il est paralysé et alors les pupilles sont parésiques; quelquefois il y a de l'inégalité pupillaire. On constate aussi chez les neurasthéniques des accès de toux et d'éternuement qui ne sont en rapport ni avec des lésions de la muqueuse de Schneider, ni avec des lésions trachéo-bronchiques. L'excitation du centre sudoral détermine de l'anidrose, sa paralysie de l'hyperidrose. On peut observer des troubles analogues du côté des centre salivaires (sécheresse de la bouche ou exagération de la salivation). Le centre gastro-intestinal est souvent atteint; il s'ensuit de la régurgitation, de la dyspepsie par hyperesthésie de la muqueuse digestive ou de la dyspepsie atonique par des troubles de la musculature; la dilatation de l'estomac est souvent l'expression d'un trouble des appareils bulbaires en rapport avec l'estomac et les nervins donnent, dans ces cas, de meilleurs résultats que la diète ou un autre traitement. Mais c'est le centre bulbaire de la sécrétion urinaire qui est le plus souvent atteint par l'encéphalasthénie. Il est relativement rare, en effet, de trouver l'urine absolument normale chez ces malades. Le plus souvent, la densité est diminuée et la réaction est neutre ou alcaline; l'urine contient plus de phosphates. La phosphaturie survient surtout après le surmenage. Suivant l'auteur, ces troubles urinaires présentent un réel intérêt parce qu'ils peuvent constituer un critérium objectif qui nous permet d'affirmer si le malade est bien portant ou non. A cette phosphaturie, s'ajoutent quelquefois de la glycosurie et de l'albuminurie fonctionnelles. L'auteur conclut de l'analyse de ces faits cliniques qu'il y a, dans la moelle allongée, des centres différents, comme cela existe dans le cerveau, dont l'atteinte détermine des symptômes tout à fait caractéristiques, ce qui confirme encore plus la théorie de Claude Bernard.

MÉDECINE

Muguet (Beitrag zur Lehre vom Soor), par Heller (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, vol. 55, p. 123 (Festrschr. en l'honneur du prof. Zenker). — En s'appuyant sur l'autopsie et l'examen microscopique de 25 cas de muguet grave, l'auteur montre que le champignon ne reste pas limité à l'épithélium pavimenteux, qu'il envahit aussi l'épithélium cylindrique, le traverse souvent, prolifère alors dans le tissu conjonctif et traverse même les vaisseaux en amenant dans ces conditions une sorte d'infection générale Par le même procédé, le muguet ouvre la porte aux infections secondaires qui, dans ces cas, aggravent la marche du muguet primitif.

Néphrites chroniques (Klinisches zur Lehre von der chronischen Nephritis), par Ziemssen (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, vol. 55, p. 1. Festschrift en l'honneur du prof. Zenker). — L'auteur admet qu'au point de clinique rien n'est aussi facile que de faire dans un cas typique le diagnostic de néphrite interstitielle et de néphrite parenchymateuse, mais qu'au point de vue anatomique ce diagnostic différentiel est très malaisé, les lésions portant ordinairement en même temps sur le parenchyme et le tissu conjonctif, autrement dit la forme mixte étant la plus fréquente au point de vue anatomique.

En clinique ces formes mixtes ne sont pas très rares et l'auteur cite plusieurs cas de ce genre. Tantôt le malade arrive avec le syndrome clinique de la néphrite interstitielle et revient quelques années plus tard avec les symptômes de la néphrite chronique; et inversement un brightique peut sous certaines influences, faire de la néphrite interstitielle et les symptômes de cette dernière prédominent alors dans le tableau clinique. Enfin dans un troisième groupe de cas on voit des individus présenter pendant de longues années de l'albuminurie et jouir d'une santé parfaite. Pour ces cas l'auteur admet l'existence d'un foyer très limité de néphrite parenchymateuse et même la possibilité d'une reformation de parenchyme rénal.

En terminant l'auteur insiste sur l'importance du taux d'hémoglobine et de l'état de la pression sanguine au point de vue du diagnostic différentiel et du pronostic des néphrites chroniques. Le taux d'hémoglobine est diminué dans la néphrite parenchymateuse et cette diminution est en rapport direct avec la gravité de la lésion rénale; dans la néphrite interstitielle cette diminution fait défaut. La pression sanguine est abaissée dans la néphrite parenchymateuse et ne tend à se rapprocher de la normale que vers la fin de la maladie; dans la néphrite interstitielle la pression est toujours élevée, quelquefois double de la normale.

Estomac en sablier (Ueber Sanduhrmagen), par Hirsch (*Virchow's Arch.*, 1895, vol. 140, p. 458.) — Après l'exposé de l'historique de la question, l'auteur publie l'observation d'une femme ayant succombé à un phlegmon infectieux du bras, et à l'autopsie de laquelle on trouva un estomac en sablier. L'absence des brides cicatricielles et des ulcérations à la surface de la muqueuse, de même que l'existence d'un foie qui n'avait pas l'aspect du foie ficelé, conduisent l'auteur à considérer l'estomac en sablier de sa malade comme d'origine congénitale, puisque dans les cas acquis l'étranglement tient toujours à la présence des ulcérations et des brides cicatricielles à la surface interne de l'estomac.

Pentosurie (Klinische Beobachtungen über Pentosurie), par Blumenthal (*Berl. klin. Woch.*, 1895, n° 26, p. 567). — L'auteur rapporte deux nouveaux cas de pentosurie, avec recherches qui lui ont permis d'établir que les hydrocarbures n'exercent aucune influence sur cette anomalie. Le diagnostic doit s'appuyer sur les résultats négatifs que donne le réactif de Trommer, sur l'absence de fermentation, sur les résultats positifs que l'on obtient avec le réactif de Tollen et sur la formation de phényl-pentosazon.

Le petit nombre de cas publiés jusqu'à présent ne permet pas encore d'établir le pronostic de la pentosurie.

CHIRURGIE

Dilatation congénitale des deux uretères; urétérotomie à droite, néphrotomie à gauche chez un nouveau-né (Case of congenital dilatation of both ureters; right ureterotomy and left nephrotomy in a new-born child; remarks), par Morris (*Lancet*, 8 juin 1895, p. 1435). — L'observation se rapporte à un nouveau-né apporté à l'hôpital pour une anurie datant de trente-deux heures. L'enfant qui n'avait pas uriné depuis sa naissance était petit, l'abdomen était distendu, mat à la percussion et dans sa partie inférieure on sentait une tumeur dure; une sonde introduite dans la vessie ne ramena que quelques gouttes d'un liquide teinté par du sang. On fit la laparotomie qui montra que les tumeurs étaient situées en arrière du péritoine; leur compression fit sortir un peu de liquide par la sonde qu'on avait laissée en place dans la vessie. On referma alors la plaie abdominale et on incisa dans chaque région lombaire, ce qui permit d'évacuer de chaque côté un gros kyste urinaire dont les bords furent ensuite suturés aux lèvres des incisions respectives. Toute distension abdominale disparut. L'urine provenant des kystes contenait un peu d'albumine. Dans la suite le liquide qui s'écoulait par les plaies lombaires fut teint par la bile, l'enfant eut de l'ictère; pendant quelque temps il rendait son urine tantôt par la verge tantôt par les plaies lombaires; finalement l'urine sortit par l'ombilic et les deux tumeurs abdominales se reformèrent. Mort trois semaines après l'opération.

A l'autopsie on trouva les uretères énormément dilatés et tortueux; du côté droit l'incision avait porté sur la première circonvolution de l'uretère; du côté gauche on avait fait la néphrotomie. La vessie était hypertrophiée.

GYNÉCOLOGIE

La castration dans le traitement de l'ostéomalacie (Die Heilung der Osteomalacie Mittelst Castration), par POLGAR (*Arch. f. Gynæk.*, 1895, vol. XLIX, p. 31). — L'auteur rapporte dans son travail sept cas d'ostéomalacie, dont un seul d'origine non puerpérale, où la castration, faite après l'échec de la médication interne, avait amené une amélioration considérable, pour ne pas dire une guérison complète, chez six opérées, la septième ayant succombé quelques jours après l'opération à une péritonite septique. Les six qui ont survécu ont pu reprendre leurs occupations et se portent aussi bien que possible d'après les dernières nouvelles datant de six mois à trois ans après l'opération.

Déciduome malin (Ein Fall von Sarcoma uteri deciduocellulare), par TANNEN (*Arch. f. Gynæk.*, 1895, vol. XLIX, p. 94). — Observation d'un cas de déciduome malin, guéri depuis neuf mois par l'hystérectomie. C'est le cinquième cas où la guérison, en apparence définitive, est amenée par une intervention radicale.

Le diagnostic clinique doit, d'après l'auteur, s'appuyer sur l'existence antérieure d'une grossesse suivie, après l'accouchement, de métrorrhagies irrégulières, d'abord séro-sanguinolentes, ensuite fétides et s'accompagnant à ce moment de fièvre; sur l'apparition de l'anémie spéciale, de l'amaigrissement, des vomissements et enfin sur l'échec absolu du curettage. L'examen des parties ramenées par la curette peut assurer le diagnostic, car d'après l'auteur la caractéristique anatomique des déciduomes est la pénétration des cellules déciduales entre les fibres musculaires, la forme très variée de ces cellules (fusiformes ou cellules géantes polynucléaires).

BIBLIOGRAPHIE

Leçons sur les maladies de la peau, par G. GAUCHER, 1 vol in-8° de 830 pages. Paris 1895, O. Doin, éditeur.

Ce volume est la reproduction des leçons que M. Gaucher a faites en qualité d'agrégé. Il est consacré uniquement aux maladies de la peau les plus communes : érythèmes, éruptions médicamenteuses, urticaire, pityriasis rosé, eczéma, séborrhées et acnés, psoriasis, lichens, herpès et zona, pemphigus et dermatite herpétiforme, impétigo, ecthyma, rupia, tuberculoses cutanées et lupus, gale, phthiriases, trichophytie, favus, pelade, et ichthyose. La description des dermartoses est précédé d'une étude des lésions cutanées élémentaires et d'un résumé de l'histologie normale de la peau. L'auteur se montre respectueux des doctrines de l'ancienne école dermatologique française et insiste plus que ne le font les auteurs contemporains sur les origines diathésiques des dermatoses.

Georges THIBIERGE.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses des Facultés.

SUR LA CURE RADICALE DES HERNIES OMBILICALES PAR LE PROCÉDÉ DE M. QUÉNU (ÉTUDE ANATOMIQUE DES MUSCLES DROITS DE L'ABDOMEN ET DE LEURS INTERSECTIONS APONÉVROTIQUES), par M. François ROGER.

Le procédé de cure radicale de la hernie ombilicale de M. Quénu est entièrement nouveau. Il se compose de différents temps; les premiers, réduction du contenu et résection du sac herniaire, sont peu différents de ceux des chirurgiens contemporains.

La restauration de la paroi abdominale est originale : elle peut être résumée de la façon suivante :

1° Suture du plan fibro-séreux formé par le péritoine et le feuillet profond de la gaine des droits ;

2° Ouverture, par une incision elliptique, faite tout autour de l'orifice herniaire, à un ou deux centimètres au delà de la ligne médiane, de la gaine des droits.

On forme ainsi quatre lèvres aponévrotiques se regardant deux à deux : deux droites, l'une interne, l'autre externe; deux gauches, l'une interne, l'autre externe ;

3° Suture en surjet des deux bords internes de la gaine des droits ainsi ouverte ;

4° Décollement du muscle droit de sa gaine, pour amener son bord interne au contact de son congénère ;

5° Suture du muscle à son voisin. Cette suture est rendue possible par la présence, établie par nos recherches, d'une intersection tendineuse, à la hauteur de la cicatrice ombilicale ;

6° Suture en surjet des bords externes de la gaine des droits antérieurement excisée ;

7° Suture cutanée aux crins de Florence. On a donc par ce procédé, en avant de l'anneau, les plans suivants :

Un fibro-séreux ;
Un aponévrotique ;
Un musculaire ;
Un aponévrotique ;
Un cutané.

L'avantage de cette méthode sur l'omphalectomie est incontestable, puisqu'elle laisse intacte la cavité péritonéale, et qu'il y a toujours danger à ouvrir le ventre, surtout lorsqu'il s'agit, comme c'est le cas le plus ordinaire dans les hernies ombilicales, de sujets gras, emphysémateux, rendant plus grave une intervention.

VARIÉTÉS

Hôpitaux de Paris. — ASSISTANTS DE CONSULTATION. *Assistants de médecine.* — La consultation de quatre hôpitaux est assurée par des médecins des hôpitaux : *Hôtel-Dieu* : M. Dalché; *Saint-Antoine* : M. Wurtz; *Cochin* : M. Lebreton; *Beaujon* : M. Lannois.

Les autres hôpitaux sont pourvus chacun d'un assistant titulaire et d'un assistant suppléant : *La Pitié*: assist. tit. M. Capitan, suppl. M. N...; *Charité* : assist. tit. M. Gallois, suppl. M. Aviraguet; *Necker* : assist. tit. M. Méry, suppl. M. Weber; *Laennec* : assist. tit. M. Tissier, suppl. M. Aviraguet; *Andral*: assist. tit. M. Polguère, suppl. N...; *Lariboisière* ; assist. tit. M. Jacquet, suppl. M. N...; *Tenon* : assist. tit. M. Dupleix, suppl. M. Grandmaison; *Broussais* : assist. tit. M. Lyon, suppl. M. Laffitte; *Bichat* : assist. tit. M. Barbier, suppl. M. Grandmaison.

Il reste à nommer neuf assistants suppléants.

Assistants de chirurgie. — La consultation de huit hôpitaux est assurée par des chirurgiens des hôpitaux. *Hôtel-Dieu* : assist. M. Ricard, suppl. M. Macquart; *Charité* : assist. M. Demoulin. *Saint-Antoine* : assist. M. Walther; *Necker* : assist. M. Faure; *Cochin*: assist. M. Sebileau; *Beaujon* : assist. M. Michaux; *Lariboisière* : assist. M. Beurnier, suppl. M. Manson; *Saint-Louis* : assist. M. Legueu.

Les consultations des autres hôpitaux sont faites par des assistants : un titulaire, M. Villemin, les autres suppléants, faisant fonction de titulaires; *Laennec* : assist. M. Villemin ; *La Pitié* : assist. M. Mauclair; *Tenon* : assist. M. Delbet, suppl. M. Conzette; *La Salpêtrière* : assist. M. Chipault; *Bichat* : assist. M. Péraire, supp. M. Reymond; *Broca* : assist. M. Jayle; *Broussais* : assist. M. Morestin, suppl. M. Bernard.

Il reste à nommer dix assistants suppléants.

Ecole de médecine de Poitiers. — Trois concours s'ouvriront le 27 janvier 1896 devant la Faculté de médecine de Bordeaux pour les emplois de suppléants des chaires de: 1° histoire naturelle; 2° physique et chimie; 3° pharmacie et matières médicales, à l'École de médecine de Poitiers.

Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

REVUE GÉNÉRALE

Chancre de l'amygdale, par le professeur A. FOURNIER (*Leçon recueillie par Edmond Fournier, interne des hôpitaux*).

Le chancre de l'amygdale a eu vraiment une fortune singulière. D'abord, il a été méconnu, absolument méconnu, pendant des siècles ; ce qui ne s'explique guère, étant donné qu'il ne constitue un accident ni rare ni bien difficile à diagnostiquer. En 1861, il a été enfin distingué et signalé par Diday (de Lyon) (1). Mais longtemps encore il est resté dans l'ombre. On lui battait froid, qu'on me passe le mot ; on s'en défiait comme d'une nouveauté suspecte, bref on « n'y croyait guère ». Puis, par un revirement soudain, il a pris faveur, il s'est vulgarisé. De tous côtés alors ont surgi des observations de chancre amygdalien. A ce point que ces chancres sont devenus de nos jours monnaie courante, et qu'on pourrait presque aujourd'hui se demander si l'on n'en voit pas plus qu'il n'y en a réellement.

Aussi bien serait-il impossible d'en déterminer exactement la fréquence relative. Dans ma statistique de ville, le chancre amygdalien vient au troisième rang des chancres buccaux pour une proportion de quarante cas, et cela entre le chancre lingual (cinquante-trois) et le chancre des gencives (neuf). Mais ce chiffre, assurément, n'est pas ce qu'il devrait être; bien certainement il est inférieur à la vérité des choses. Car je n'hésite pas à faire amende honorable, en avouant que longtemps j'ai commis la faute de mes contemporains, c'est-à-dire timidement hésité à reconnaître le chancre amygdalien. Positivement, je n'osais pas le diagnostiquer, comme je m'y suis enhardi plus tard, et, en conséquence, j'ai dû laisser passer inaperçu un certain nombre d'accidents de cet ordre, ce qui abaisse d'autant le chiffre précité.

(1) *Etude sur le chancre de l'amygdale*, mémoires et comptes rendus de la Société des sciences médicales de Lyon, t. Ier, 1861-62, p. 45.

Tout ce qu'on est autorisé à dire, c'est que le chancre amygdalien est *assez fréquent*, plus fréquent à coup sûr qu'on ne l'a longtemps supposé, et que sans doute il doit être peu distant du chancre lingual comme proportion numérique.

Bœck est même allé jusqu'à le proclamer « le plus commun de tous les chancres extra-génitaux ». Et il en explique la fréquence dans son pays, la Norvège, « par le grand nombre de familles pauvres qui se servent des mêmes ustensiles d'alimentation, voire qui ne disposent que d'une cuiller pour toute une maisonnée ».

Rien d'étonnant du reste à la fréquence du chancre sur ce siège. Car la salive qui charrie le contage syphilitique est naturellement portée en arrière par les mouvements de déglutition ; — et, de plus, elle rencontre au niveau des amygdales les conditions les mieux faites pour retenir ce contage, à savoir: irrégularités de surface, anfractuosités, nombreuses cryptes béantes avec arrière-cavités constituant des « chambres de stagnation », muqueuse sujette à des inflammations variées susceptibles d'altérer le revêtement épithélial et de favoriser ainsi les infections extérieures, etc., etc. On l'a dit avec toute raison, l'amygdale est une sorte de *nid* tout préparé pour les germinations microbiques.

Nombre. — Le chancre amygdalien est presque toujours *unique*. — Toutefois on a cité quelques cas de chancres bilatéraux. Duncan Bulkley, par exemple, a observé trois faits de ce genre.

Siège. — Situé sur l'amygdale même, il s'y étale le plus souvent sur toute la surface libre de cet organe, surface d'ailleurs extrêmement variable d'étendue suivant les sujets.

Le plus souvent il se circonscrit à l'aire de l'amygdale. Parfois cependant il la déborde, en empiétant soit sur le pilier antérieur, soit (ce qui semble plus rare) sur le pilier postérieur, soit encore, mais exceptionnellement, sur la base de la langue (cas de Hue).

On a dit que l'amygdale droite était plus souvent affectée que la gauche (neuf fois contre trois, d'après Duncan Bulkley). Mes relevés produisent un résultat précisément inverse : quatorze cas pour l'amygdale gauche, contre douze cas pour l'amygdale droite. D'où il résulte qu'il n'est guère de prédominance marquée pour l'une ou l'autre amygdale.

Dans un cas (qui peut être curieux à citer, puisqu'il est unique à ma connaissance jusqu'à présent), j'ai vu très distinctement deux chancres presque juxtaposés, mais indépendants toutefois, occuper l'un la surface de l'amygdale, et l'autre un segment de cette même amygdale avec la portion attenante du pilier postérieur.

Etendue. — Comparable, comme moyenne usuelle, à une pièce de vingt ou de cinquante centimes.

Mais il est de plus petits chancres, ne mesurant guère plus de cinq à six millimètres en hauteur sur une largeur équivalente ou un peu moindre ; — comme aussi, et plus souvent, il en est de plus amples, offrant par exemple deux à trois centimètres verticalement sur un centimètre à un centimètre et demi de diamètre transverse. — J'en ai même observé un beaucoup plus grand qui, sur une amygdale extrêmement hypertrophiée, atteignait bien trois centimètres et demi en hauteur, avec une largeur de plus d'un centimètre.

Configuration. — Le plus souvent ovalaire et représentant un ovale à grand axe vertical; — quelquefois arrondie; — quelquefois irrégulière, en raison des frontières indécises de l'amygdale; — susceptible en un mot de nombreuses variétés qui se moulent sur la forme de la loge amygdalienne.

Formes cliniques. — On a fait au chancre amygdalien une réputation très exagérée de *polymorphisme*. Sans doute, il est susceptible de formes objectives diverses; mais en cela il ne se différencie ni du chancre en général ni du chancre génital en particulier. On sait quelle multiplicité de types peut affecter celui-ci; eh bien, le chancre amygdalien, en tant que variétés de physionomie, ne fait ni plus ni moins que ce dernier.

Ce qui sans doute n'a pas peu contribué à lui conférer ce renom de polymorphisme, c'est qu'il réalise parfois des modalités objectives qu'on n'est guère habitué à rencontrer avec le chancre ou à mettre en parallèle avec lui. Ainsi parfois il a donné le change pour une amygdalite vulgaire, d'autres fois pour une angine couenneuse, voire diphthéritique, voire gangréneuse. De là, à son propos, toute une série de diagnostics différentiels qui n'ont pas coutume d'intervenir à propos du chancre, mais qui, en réalité, ne relèvent que d'une particularité de localisation ; car tout chancre de n'importe quel siège peut aussi bien que le chancre amygdalien affecter une modalité soit inflammatoire, soit couenneuse, soit gangréneuse même. Inutile de plus insister sur ce point.

Quoi qu'il en soit, l'histoire clinique de ce chancre reste, au total, des plus simples et se résume en ceci.

D'abord, quelque forme objective qu'il affecte, le chancre amygdalien débute par un symptôme qui ne fait jamais défaut, à savoir: une douleur locale, une douleur angineuse, un *mal de gorge*.

Cette douleur est fort peu de chose à l'origine. A vrai dire même, c'est moins une douleur qu'une gêne, qu'un embarras local, qu'une sensibilité de la gorge au moment de la déglutition.

Mais bientôt ce mal de gorge s'accroît d'intensité et devient une douleur vraie, qui d'ores et déjà tend à se spécialiser par les deux particularités suivantes :

1° Son *unilatéralité*. — Le chancre amygdalien, étant toujours (sauf exceptions des plus rares) une lésion unilatérale, ne se traduit tout naturellement que par une sensation douloureuse qui n'affecte qu'un côté de la gorge. En cela, tout d'abord, il se différencie de tant et tant d'angines banales qui affectent généralement les deux amygdales.

2° Sa *persistance*. — La douleur angineuse du chancre est une douleur durable, qui persiste au moins plusieurs semaines, à l'inverse de la plupart des autres douleurs angineuses dont le propre est de s'évanouir à courte échéance. Rien encore que de très naturel à cela, puisque ce mal de gorge n'est que le symptôme d'une lésion qui exige plusieurs septénaires pour accomplir son évolution.

Voilà donc le chancre amygdalien débutant par un mal de gorge. Alors interviennent deux alternatives.

Ou bien le malade, qui en somme souffre peu, néglige ce « petit mal de gorge », n'en prend pas souci et laisse aller les choses. Dans ce cas, le chancre reste inaperçu, et c'est l'explosion secondaire qui, quelques semaines plus tard, semble inaugurer l'infection spécifique. On a affaire alors à l'une de ces syphilis si nombreuses qui semblent débuter sans accident initial, à l'une de ces syphilis *décapitées* (passez-moi le mot) où le chancre fait défaut comme exorde, comme manifestation originelle.

Ou bien, le malade, impatienté par ce mal de gorge « qui n'en finit pas », va trouver un médecin qui l'examine et qui constate alors sur l'une des amygdales (réserve faite pour quelques modalités rares dont nous parlerons à part) l'un des trois états objectifs que voici : soit un chancre érosif; — soit un chancre ulcéreux ; — soit un chancre de forme angineuse.

Telles sont, en effet, les trois modalités usuelles qu'affecte le chancre amygdalien et qu'il nous faut maintenant étudier tour à tour.

I. *Chancre de forme érosive.* — Assez commune, peut-être même la plus commune des trois, cette première forme est essentiellement bénigne à tous égards.

D'une part, elle ne comporte que des troubles fonctionnels notablement légers, ceux d'un « petit mal de gorge », et rien de plus.

D'autre part, elle ne s'accuse que par des phénomènes objectifs de faible importance : peu ou pas de tuméfaction locale ; — peu ou pas de rougeur; — à la surface de l'amygdale une *érosion*, mais une érosion vraiment bénigne; — érosion superficielle, d'abord; — petite et parfois même minime; variable, pour préciser, entre les dimensions d'une grande lentille et celles d'une amande, d'un haricot, d'une pièce de vingt ou de cinquante centimes; — tantôt grisâtre, opaline, tantôt rouge, tantôt enfin alternativement grise et rouge par places; — à fond soit égal et lisse, soit, plus souvent, rendu inégal par les irrégularités et les anfractuosités normales de la surface amygdalienne.

Et c'est tout. Si bien qu'on pourrait n'accorder que peu d'importance à de tels symptômes, n'étaient deux autres signes bien mieux faits pour donner l'alarme : l'un qui saute aux yeux, si je puis ainsi parler, et qu'il est impossible de méconnaître; c'est l'*adénopathie*, adénopathie comportant tous les caractères du bubon satellite; — et l'autre qu'inversement il faut chercher pour le trouver; c'est l'*induration.*

Portez le doigt sur l'amygdale affectée et vous y constaterez une dureté morbide. Impossible, bien entendu, d'apprécier ici les caractères de cette induration comme on le fait à la verge ou sur tout autre organe facilement accessible, puisqu'on ne dispose que d'un doigt pour l'explorer, au lieu d'avoir, comme d'usage, la faculté de la saisir entre deux doigts. Mais n'importe. On sent l'amygdale dure, pathologiquement dure, et un tel signe n'est pas sans constituer pour le diagnostic un appoint des plus importants.

Je dois reconnaître à la vérité que cette induration est parfois assez peu accentuée, minime, difficilement appréciable. On a même dit qu'elle peut être « impossible à percevoir ». Je le crois sans peine, d'autant que pareille chose ne laisse pas de s'observer avec les chancres de tout siège, même avec ceux qu'on tient en main et qu'on a la possibilité d'explorer à l'aise.

II. *Chancre de forme ulcéreuse.* — Ici, tous phénomènes plus importants que dans la forme précédente : D'abord, troubles fonctionnels plus accentués, douleur angineuse, dysphagie.

En second lieu, amygdale plus volumineuse, comme étalée et distendue.

Et surtout, à la surface de cette amygdale, lésion véritablement *ulcérative*, semblant entamer, creuser, fouiller le parenchyme de l'organe. Impossible d'ailleurs d'apprécier exactement la profondeur de cet ulcère, en raison de deux conditions locales qui font trompe-l'œil, à savoir : exhaussement inflammatoire du bourrelet périphérique de la loge amygdalienne, déprimant la plaie en apparence et la rendant à l'œil plus creuse qu'elle ne l'est en réalité; — et irrégularités, dépressions, anfractuosités normales de la surface amygdalienne, produisant l'illusion d'enfoncements, de corrosions, de forages ulcéreux qui n'existent pas.

Mais venons au fait essentiel. Cette ulcération est-elle de nature à donner le soupçon, à éveiller l'idée d'un chancre? Oui, et cela de par les trois considérations suivantes :

1° De par son importance comme *étendue*. Généralement elle a les dimensions de l'ongle de l'index ou du pouce. Quelquefois elle est plus considérable, jusqu'à mesurer deux centimètres, deux centimètres et demi dans son grand diamètre.

2° De par son *aspect*, qui est celui d'une plaie « de mauvaise mine », comme on dit vulgairement; — plaie soit d'un rouge brun foncé, soit d'une teinte grisâtre, gris jaunâtre, gris sale, soit, plus souvent, multicolore, c'est-à-dire semée de points jaunes, grisâtres, ou d'un blanc pultacé, sur un fond vineux.

3° Et surtout de par la *dureté* locale de la région, de toute la région. L'amygdale, en pareil cas, se présente toujours rénitente en masse et fortement rénitente, avec quelques îlots plus particulièrement durs sous le doigt.

Cela dit, je dois reconnaître qu'en l'espèce il n'est pas à tirer parti de deux signes qui apportent usuellement leur appoint au diagnostic du chancre (absence de bords en arête et état lisse du fond de la plaie). Car, d'une part, les bords de l'ulcère, restent invisibles, masqués qu'ils sont par le bourrelet de la loge amygdalienne; et, d'autre part, le fond de l'ulcère, se moulant sur la surface de l'amygdale, en reproduit forcément les irrégularités. Mais n'importe. En l'absence de ces deux signes, le diagnostic ressort néanmoins des trois autres que j'ai mentionnés précédemment et auxquels s'ajoute, comme confirmation décisive, l'adénopathie symptomatique.

De sorte qu'au total cette forme ulcéreuse du chancre amygdalien est celle qui prête le moins à confusion et qui constitue la catégorie des cas faciles en l'espèce.

III. *Chancre de forme angineuse*. — Forme moins commune que les précédentes, mais très digne d'attention en ce qu'elle est essentiellement insidieuse. En maintes occasions elle a conduit à des méprises absolues, et cela pour une très simple raison que vous allez comprendre dans un instant.

Une formule en résume toute la caractéristique : C'est une amygdalite, plus un chancre.

D'abord et d'une façon prédominante, c'est une *amygdalite*, remarquez bien cela. C'est une amygdalite à trois titres :

1° De par ses apparences objectives. Car l'amygdale se présente à la fois tuméfiée, rouge et dure. Son hypertrophie tout particulièrement est bien accentuée, quelquefois considérable, au point de constituer une véritable tumeur amygdalienne qui s'avance presque jusqu'à la ligne médiane de l'isthme guttural.

2° De par l'intensité de ses *troubles fonctionnels* : douleurs locales presque équivalentes à celles de l'esquinancie vulgaire; dysphagie; parfois même léger degré de nasonnement.

3° Souvent aussi de par l'addition aux symptômes précédents de divers *troubles généraux* : malaise, courbature, inappétence, état saburral, réaction fébrile, etc.; tous symptômes à la vérité d'intensité médiocre ou moyenne et de durée assez éphémère, mais ne laissant pas néanmoins de témoigner en faveur du caractère phlegmasique de l'affection.

Donc, d'une part, amygdalite indéniable.

D'autre part, intervient le *chancre*, comme second élément de cet ensemble morbide ; — chancre érosif ou sub-ulcéreux, — petit ou moyen ; — tantôt coiffant à son sommet l'intumescence amygdalienne, et tantôt relégué excentriquement sur l'un de ses côtés; — quelquefois rouge ou rougeâtre, mais plus souvent masqué en partie par un de ces exsudats blanchâtres ou gris blanc qui sont si communs dans les angines vulgaires.

De la sorte, vous le voyez, la scène se compose de deux éléments, l'amygdalite et le chancre. Mais notez bien que, dans cet ensemble, *l'amygdalite prime le chancre* comme importance objective. C'est elle qui fixe l'œil, qui appelle l'attention ; c'est elle qui paraît constituer la lésion principale. Le chancre est positivement effacé par elle et semble ne figurer là qu'au titre d'un incident annexe, accessoire, subordonné. A ce point qu'en certains cas (méprise dont nous parlerons au chapitre du diagnostic) on a pu *ne voir que l'amygdalite* et laisser passer le chancre inaperçu.

Si bien qu'en définitive cette forme constitue une sorte de lésion mixte par combinaison de l'amygdalite et du chancre. C'est donc là ce qu'on a pu très légitimement appeler le *type angineux* du chancre amygdalien.

Variétés. — Forme érosive, forme ulcéreuse et forme angineuse, voilà les trois modalités usuelles du chancre qui nous occupe actuellement.

Quelques mots maintenant sur deux autres variétés infiniment plus rares.

1° *Variété diphthéroïde*. — Constituée, comme son nom l'indique, par l'addition à la caractéristique objective qui précède un *exsudat pseudo-membraneux* rappelant l'aspect des « angines blanches ».

Dans cette forme, donc, une particularité très spéciale s'ajoute à la symptomatologie du chancre. Elle consiste en ceci : présence à la surface de la lésion d'un exsudat représentant de tous points ce qu'en médecine courante on appelle une *fausse membrane*.

Cet exsudat a les dimensions du chancre qu'il recouvre dans toute son étendue. — Il est adhérent par sa face profonde aussi bien que par ses bords et ne se laisse détacher par le pinceau que difficilement et incomplètement. — Il est *couenneux*, bien plutôt que pultacé. Assez épais, consistant, tenace, il constitue une sorte de pellicule, de membrane, qui, à la traction, se déchire en lambeaux. — Enfin, il offre une coloration grisâtre, cendrée, ou d'un blanc sale à reflets jaunâtres, voire parfois, comme dans un cas de Legendre, d'un gris verdâtre (1).

Devant un tel aspect, impossible de se défendre d'une impression toute naturelle, fatale ; impossible de ne pas avoir l'idée qu'on est en face d'une angine couenneuse, soit de l'angine couenneuse commune, soit même d'une angine diphthéritique.

Or, chose curieuse, non seulement le chancre amygdalien qui revêt cette forme particulière, rappelle les angines blanches par ses caractères d'objectivité, mais il peut les rappeler aussi à deux autres titres que voici :

1° De par son *adénopathie*, qui s'accuse assez fréquemment par un ou plusieurs gros ganglions empâtés, demi-

(1) Mémoire cité, obs. I, p. 69.

durs et quelque peu sensibles, comme on en rencontre usuellement dans les angines infectieuses;

2° De par un certain cortège de *phénomènes généraux*; oui, de phénomènes généraux, quelque insolite ou extraordinaire que cela puisse paraître. Ainsi on a plusieurs fois constaté avec le chancre amygdalien pseudo-membraneux des symptômes tels que les suivants : Malaise général, courbature, lassitude; inappétence; état saburral; réaction fébrile (par exemple, pouls à 100 et température oscillant entre 38 et 39°).

Si bien qu'en face d'un tel ensemble on est conduit (remarquez bien, messieurs, ce qui va suivre) d'une part à *ne pas suspecter un chancre*, et tout au contraire, d'autre part, à mettre en cause une angine infectieuse.

Un exemple du genre ne sera pas superflu à citer, car nous sommes ici vraiment sur le terrain des anomalies ou, pour mieux dire, des étrangetés.

Dans son excellent mémoire de 1884, le Dr Legendre a relaté le cas d'un malade sur lequel on dut suspecter pendant quelques jours une angine diphthéritique, alors qu'il ne s'agissait en réalité que d'un chancre amygdalien. « ... Lorsque cet homme se présenta à l'hôpital, dit le texte de l'observation, il avait *très mauvaise mine*; ses traits étaient tirés, son teint jaunâtre; il accusait une *fatigue* extrême, un malaise indéfinissable; il ne pouvait se tenir debout sans éprouver du *vertige* et s'était traîné péniblement jusqu'à l'hôpital. Il se trouvait dans ce *mauvais état général* depuis une douzaine de jours, ayant complètement perdu l'appétit, ressentant quelques *frissons* erratiques, etc. Son pouls était à 100 et sa température à 38. » Comme, de plus, il présentait une forte angine avec exsudat diphthéroïde et engorgement ganglionnaire de toute la région cervicale, le diagnostic s'égara tout d'abord, et l'on crut avoir affaire à une « angine diphthérique ». Ce fut seulement après quelques jours qu'on put être fixé sur la nature de la maladie par l'évolution morbide, c'est-à-dire par l'explosion secondaire.

Soit dit au passage, que de cas de cet ordre ont dû être méconnus et recevoir une fausse étiquette! Que de cas de cet ordre ont dû passer pour des angines couenneuses ou diphthériques, avec syphilis consécutive « d'origine ignorée »!

2° *Variété gangréneuse*. — Plus que rare, exceptionnelle.

Ce qui en fait la caractéristique est ceci : Production sur la surface du chancre d'îlots ou même de petits placards *gangréneux*, s'attestant comme tels par leur coloration foncée, noirâtre ou même noire, et par une fétidité spéciale de l'haleine.

Comme exemple, je rappellerai un cas observé par MM. Laboulbène et Brocq, dans lequel on vit se produire, sur une amygdale volumineuse et fortement enflammée, « une plaque noirâtre, d'aspect sphacélique, large d'un centimètre dans tous les sens et bordée par une sorte de sillon d'élimination rempli de pus ». On avait positivement cru pour un certain temps à une angine gangréneuse, et c'est plus tard seulement, après évolution totale de l'affection, que le diagnostic dut être modifié par l'invasion inattendue d'accidents secondaires. Il ne s'était donc agi que d'un chancre gangréneux.

D'après les quelques observations qui lui sont relatives, cette forme gangréneuse du chancre amygdalien aurait pour habitude de s'accompagner de troubles locaux et généraux en harmonie avec ces phénomènes graves de sphacèle. A savoir :

1° En tant que troubles locaux: tuméfaction considérable de l'amygdale; — rougeur très vive; — douleurs intenses, dysphagie extrême; — altération de la voix, devenue sourde et nasonnée; — adénopathies multiples, empâtées, douloureuses, constituant un gros chapelet cervical.

Il est même possible que la tuméfaction œdémateuse de l'isthme guttural devienne gênante pour la respiration et que la dyspnée dégénère en menace d'asphyxie. Je tiens d'un médecin distingué, le Dr Barthélemy, la relation d'un cas de chancre gangréneux de l'amygdale qui avait déterminé un tel œdème de la gorge que des symptômes d'asphyxie étaient presque imminents et qu'on dut un jour agiter la question d'une trachéotomie.

2° En tant que troubles généraux : frissons répétés; — fièvre (quelquefois cependant assez peu accentuée, comme dans le cas de MM. Laboulbène et Brocq où la température n'a pas dépassé 37°8); — malaise général, courbature, céphalalgie, inappétence absolue, état saburral; — et surtout abattement, accablement, voire prostration et tous symptômes d'adynamie.

En un mot, véritable *orage infectieux*, à coup sûr peu durable, mais de nature à égarer absolument le diagnostic.

Eh bien, je le répète encore, quel tableau étrange, quel cortège extraordinaire de symptômes pour un chancre, accident si habituellement et si exclusivement local, si dénué de réaction et de sympathies organiques!

Adénopathie. — Le bubon satellite du chancre amygdalien se fait dans les ganglions de la partie latérale du cou, au niveau de la grande corne de l'hyoïde et sur les côtés du cartilage thyroïde.

Il offre très généralement les caractères d'aphlegmasie, d'indolence et de dureté, qui sont propres à tout bubon satellite.

Deux remarques seulement à son propos.

1° Si l'on a pu le constater « peu développé », voire « minime », cela n'est, à coup sûr, qu'une très rare exception. La règle, tout au contraire, c'est qu'il soit amplement formulé sous forme d'un ganglion assez volumineux, flanqué de plusieurs autres moindres. Assez souvent même il se traduit par toute une chaîne de ganglions descendant jusqu'à la partie inférieure du cou, au pourtour du muscle sterno-mastoïdien. Exemple : Dans le cas précité de MM. Laboulbène et Brocq, non seulement on trouvait plusieurs gros ganglions au niveau de l'angle de la mâchoire, mais on en percevait aussi quelques autres et de fort volumineux qui, profondément situés, soulevaient le sterno-mastoïdien.

2° Quelquefois aussi ce bubon se présente avec une pointe de réaction phlegmasique, sous forme de ganglions empâtés, moins sèchement durs que de coutume, paraissant enveloppés d'une atmosphère de tissu cellulaire fluxionné, sensibles spontanément et douloureux au toucher.

DIAGNOSTIC. — C'est là le point essentiel de notre sujet et celui qui nous arrêtera le plus longuement.

I. — Le chancre amygdalien, dirai-je tout d'abord, n'est pas difficile à reconnaître, mais à une condition expresse, *c'est qu'on y pense*.

Ne taxez pas cette formule de naïveté. Elle n'est, au contraire que la traduction d'une vérité dont il importe que, futurs praticiens, vous soyez bien convaincus.

Le chancre amygdalien, en effet, échappe facilement si l'on n'y pense pas. Et il a de bonnes raisons pour cela : c'est qu'aucun de ses symptômes usuels ne conduit rigoureusement à y penser, et que plusieurs sont faits pour qu'on n'y pense pas. Voyez plutôt.

D'abord, sa localisation est insolite et ne donne pas le soupçon d'une affection vénérienne. — Ses troubles fonc-

tionnels n'ont quoi que ce soit de spécial. — Ses caractères objectifs, d'ailleurs très variables, ne rappellent pas le chancre, tel que nous sommes habitués à le rencontrer, sur les organes génitaux par exemple. Pas de caractères de fond, de forme, de bords, de coloration, etc., qui le signalent, qui le dénoncent comme chancre. Positivement, dans la majorité des cas tout au moins, il n'a pas ce qu'on peut appeler la physionomie du chancre. — Sans doute, son adénopathie peut éveiller l'attention; mais que de lésions gutturales, à commencer par toute la catégorie des angines, ont également une escorte ganglionnaire!

Et ainsi de suite. En sorte qu'en ayant sous les yeux un chancre amygdalien, on peut bien ne pas être invité, incité à penser au chancre.

Réciproquement, assez communs sont les cas où l'on est conduit à ne pas penser au chancre, et cela par ce fait que le chancre amygdalien emprunte souvent le masque d'affections gutturales tout autres, soit que, par exemple, il s'accompagne d'une forte angine simulant l'amygdalite vulgaire, soit qu'il se recouvre d'un revêtement pseudo-membraneux, soit surtout qu'il développe un ensemble de troubles généraux susceptibles de dévier absolument le diagnostic. Et alors, en présence de tels symptômes, l'idée de chancre ne vient même pas à l'esprit; on suppose ceci ou cela, n'importe quoi, sauf un chancre.

De là ces erreurs si fréquemment relevées à propos du chancre amygdalien, erreurs (remarquez bien ceci) commises non pas par ignorance, mais *par surprise*, exclusivement. Que de fois, pour ma seule part, n'ai-je pas entendu des confrères ou des élèves qui s'étaient mépris de la sorte me dire : « C'est vrai, j'aurais dû reconnaître ce chancre comme je le reconnais maintenant; mais l'idée ne m'en était pas venue, je n'y ai même pas songé. »

Tandis que, si l'on pense au chancre, si l'on a présente à l'esprit cette vérité qu'en tout état de cause il faut toujours laisser une place au chancre dans le diagnostic des affections gutturales, on sera par cela seul à demi sauvé, j'entends à demi protégé contre l'erreur à commettre, disons mieux, contre la surprise, le piège à éviter. Car, le chancre une fois mis en cause mentalement, on en recherchera les signes et presque toujours on les trouvera.

Eh bien, de quels signes disposons-nous donc pour soupçonner et reconnaître le chancre amygdalien?

Sans revenir sur les caractères d'objectivité signalés précédemment, sans même parler du signe d'*unilatéralité* qui ne fournit en l'espèce qu'une simple présomption, nous trouvons ici, comme éléments véritablement constitutifs du diagnostic, les deux signes suivants :

1° L'*adénopathie*, qui est significative par sa présence et non moins significative par défaut.

Et, en effet, s'il existe une adénopathie bien formulée, avec les caractères usuels du bubon satellite, un tel élément séméiologique comporte en faveur du chancre une valeur que chacun sait. — Ne pas oublier toutefois que certaines angines déterminent des adénopathies plus ou moins analogues à celle du chancre, et réciproquement d'ailleurs.

Inversement, n'y a-t-il pas trace d'adénopathie, cela est bien plus formel encore et exclut absolument la possibilité du chancre.

2° L'*induration*. — Signe précieux, à mettre sur le même plan que le bubon; non pas qu'il soit constant ou toujours appréciable, mais parce que, lorsqu'il existe, il est presque décisif en faveur du chancre. Or il existe dans la grande majorité des cas. Je précise.

D'abord, l'induration se manifeste parfois sur l'amygdale avec la même exubérance, avec la même perfection de caractères que sur les organes génitaux. Je ne serai pas coupable d'exagération en disant qu'il est des chancres amygdaliens tout aussi indurés que certains chancres de la rainure glando-préputiale ou de la vulve. Il n'est même pas impossible que le néoplasme chancreux se présente à l'amygdale sous forme d'un véritable calus, d'un ménisque de cartilage, voire avec une « dureté de bois » (*Stony hardness*, a dit un observateur anglais).

Aussi bien ces fortes indurations n'échappent-elles pas toujours aux malades. Duncan Bulkley rapporte à ce propos le cas très significatif d'une de ses clientes qui, affectée d'un chancre amygdalien, avait très bien conscience de la dureté de ce chancre, dureté « qui ne ressemblait en rien pour elle à celle des nombreuses amygdalites dont elle avait été atteinte antérieurement ».

A la vérité, il existe des cas précisément opposés où l'induration amygdalienne, même recherchée le plus soigneusement possible, ne peut être perçue, au moins d'une façon suffisante pour le diagnostic. Mais ces cas sont assez rares.

Et entre ces deux extrêmes, se placent tous les intermédiaires imaginables.

Mais, au total et tout compte fait, je crois avec Duncan Bulkley qu'on ne s'éloigne guère de la vérité en évaluant « à douze ou treize sur quinze » la proportion des cas dans lesquels l'induration peut être perçue de façon à servir utilement le diagnostic du chancre. C'est donc là un signe qu'on a bien le droit de qualifier d'usuel, de fréquent.

A noter aussi que cette induration survit assez souvent à la cicatrisation du chancre, et cela comme à la verge, comme à la vulve, comme aux lèvres, etc. De sorte qu'à l'amygdale comme ailleurs elle peut constituer un véritable signe *posthume* du chancre.

Conséquence pratique de ce qui précède : le toucher de l'amygdale s'impose dans tous les cas où il y a lieu de supposer qu'une lésion développée en ce point pourrait bien être un chancre. C'est là une recherche indispensable, obligatoire. Comment y procéder?

Le plus simplement du monde, à savoir en introduisant l'index dans la bouche jusqu'à la gorge et en palpant avec la pulpe de ce doigt la surface de l'amygdale. Par de petits mouvements de pression, de tâtonnement, de va-et-vient, en refoulant l'amygdale latéralement, d'avant en arrière et d'arrière en avant, on arrive à se rendre un compte à peu près exact de l'*état de base* de la lésion, c'est-à-dire à percevoir si l'amygdale est dure, comment et à quel degré elle est dure, si elle est dure en surface ou en profondeur, etc.

Sans doute ce toucher monodigital est bien inférieur comme renseignements délicats au toucher bidigital qui est en usage pour la recherche de l'induration sur les chancres facilement accessibles. Mais il est suffisant en bon nombre de cas à fournir ce qu'on lui demande, à témoigner de l'induration ou de la non-induration de la tonsille. Bien entendu, il restera impuissant à apprécier les indurations faibles, superficielles, purement lamelleuses. Mais il ne se trompera pas sur les indurations quelque peu notables, *a fortiori* sur les indurations profondes, en demi-pois, en demi-noisette, en calus. C'est dire qu'il servira utilement le diagnostic dans la très grande majorité des cas.

On a proposé d'adjoindre au toucher digital une manœuvre extérieure consistant à soutenir en dehors avec les doigts d'une main la région explorée en dedans par l'index de l'autre main. De la sorte, a-t-on dit, on arriverait à se rendre un compte plus exact de la dureté amygdalienne. Je n'ai jamais trouvé grand avantage à ce « toucher combiné », que je ne voudrais pas condamner, mais qui me semble indifférent.

II. — Ces prémisses posées, abordons maintenant le chapitre du diagnostic différentiel.

Il est rigoureusement vrai que le chancre amygdalien peut simuler par ses attributs objectifs bon nombre de lésions susceptibles de se produire à l'amygdale comme ailleurs. Certains pathologistes ont trouvé là prétexte à introduire un diagnostic différentiel entre ce chancre et quantité d'affections des plus diverses, telles que épithélioma, ulcère tuberculeux, chancre simple, plaques muqueuses, syphilides tertiaires, angines de tout genre, et j'en oublie. C'est là, je pense, créer des difficultés factices qui, sauf exceptions rares, ne se réalisent guère en pratique. Je le démontre par deux exemples.

On a voulu faire intervenir un diagnostic différentiel entre le chancre simple et le chancre syphilitique de l'amygdale. Mais qui d'entre nous a jamais vu un chancre simple à l'amygdale?

De même pour l'épithélioma. Sans doute l'épithélioma et le chancre syphilitique de l'amygdale peuvent bien avoir quelques signes communs, soit comme caractères objectifs, soit comme troubles fonctionnels, soit comme adénopathie. A preuve, entre autres cas à citer, deux observations de MM. Merklen et Hue (1). Mais est-ce que la différenciation de ces deux états morbides ne ressortira pas presque nécessairement d'autres considérations qui, d'emblée ou à brève échéance, excluront la possibilité d'une erreur? Je précise. L'*évolution* d'abord, ne sera-t-elle pas significative? Un chancre est un accident aigu, qui achève sa croissance et atteint son apogée en un à deux septénaires. L'épithélioma est une affection progressive, lente, torpide, qui, sauf exceptions rares, n'aboutit qu'après plusieurs mois à constituer une lésion susceptible de simuler un chancre. — L'adénopathie du chancre est immédiate; celle de l'épithélioma est tardive, relativement ultra-tardive. — Puis, à l'époque où l'épithélioma adulte pourrait simuler le chancre, est-ce que la présence ou l'absence d'accidents secondaires n'établira pas le diagnostic sur sa base la plus sûre et la plus irréfutable?

Et de même pour tant d'autres affections qui, je le reconnais, peuvent bien avoir de réelles analogies d'objectivité avec le chancre, mais qui s'en différencieront toujours à d'autres points de vue bien autrement significatifs.

Je ne m'arrêterai donc pas à cet ordre de difficultés qu'à nouveau je qualifie de factices. Plus pratiquement, je crois, je me bornerai à mettre en parallèle avec le chancre amygdalien les quelques affections que vraiment il peut simuler ou réciproquement, et surtout je m'efforcerai de rechercher avec vous dans ce qui va suivre *comment on se trompe* alors qu'on se trompe à son sujet.

Certes, nombreuses sont les erreurs, les méprises auxquelles a donné lieu le chancre amygdalien. C'est là ce dont témoignent avec une significative unanimité tous les auteurs qui ont écrit sur la question. Mais, je répète ma proposition, quand on se trompe à propos du chancre amygdalien, pourquoi et comment se trompe-t-on le plus souvent? Voilà ce qui est curieux, essentiel à rechercher.

Or, je vais certes vous surprendre, et vous n'en croirez pas vos oreilles à première audition en m'entendant énoncer ceci, à savoir : que bien des fois le chancre amygdalien a été pris pour un simple mal de gorge, pour une *angine vulgaire*.

Rien n'est plus vrai cependant, ainsi qu'en déposeraient au besoin quantité d'observations déjà consignées dans la science. Écoutez d'ailleurs les malades qui ont pris la syphilis par l'amygdale vous raconter leur histoire; je mets en fait que, dans un tiers, peut-être dans la moitié des cas, ils vous édifieront sur le point en question par le petit récit suivant, que, pour ma seule part, j'ai entendu bien des fois : « J'avais depuis quelque temps mal à la gorge. Ennuyé de cela, j'allai trouver un médecin qui m'examina et me dit : « Vous n'avez rien de mauvais; vous avez un *mal de gorge ordinaire*, dont vous serez bientôt guéri avec quelques gargarismes. » Puis, voilà que, quelques semaines plus tard, mon corps s'est criblé de boutons. On m'a dit alors que j'avais la vérole, et, en recherchant le pourquoi de cette vérole, on a reconnu que j'avais gagné le mal par la gorge, que j'avais eu un chancre à l'amygdale. »

Ainsi, voilà un fait qui s'impose brutalement et qui ne supporte pas discussion. Pour un tiers, pour la moitié des cas, alors qu'on fait erreur sur le chancre amygdalien, on fait erreur en substituant au diagnostic vrai de chancre le diagnostic faux de « mal de gorge ordinaire ». C'est l'angine, l'angine simple, l'esquinancie vulgaire, qui se trouve prendre lieu et place du chancre. Cela, direz-vous, est à n'y pas croire. Eh bien, il faut y croire, vous répondrai-je; car, de par la clinique, de par l'expérience, cela est, c'est un fait.

Expliquez maintenant ce fait comme vous l'entendrez. Dites, par exemple, que le médecin qui s'est trompé de la sorte s'est trompé parce qu'il a mal examiné son malade et qu'il l'a mal examiné pour une raison ou pour une autre; dites qu'il s'est trompé parce qu'il ne disposait pas d'un éclairage suffisant, parce qu'ayant constaté l'amygdalite il s'en est tenu là et n'a vu que la moitié de ce qu'il y avait à voir, ou bien encore parce que, bien qu'ayant tout vu, il s'est laissé donner le change par un de ces exsudats qui sont si communs à nombre d'angines. A votre guise! Toutes ces raisons sont plausibles. Mais il n'en subsiste pas moins que l'erreur a été commise, commise de la façon que j'ai dite, à savoir qu'un chancre a été pris pour un mal de gorge vulgaire. Eh bien, cela, on ne l'imaginerait pas *a priori*, et il faut vraiment que l'expérience affirme un tel fait pour qu'on y accorde créance.

Evidemment il n'y a pas ici matière à un diagnostic différentiel entre un chancre et un mal de gorge vulgaire. Tout est d'enregistrer en ses souvenirs le fait paradoxal que je viens de mentionner, à savoir qu'*un chancre amygdalien peut échapper à l'attention sous le couvert d'une angine banale*. Prévenu de la possibilité d'une telle erreur, on sera mis en garde de l'éviter.

III. — En dehors des cas précédents, qui constituent des erreurs par inadvertance ou examen insuffisant, il en est d'autres où le médecin, quoique ayant tout vu et bien vu, n'est pas moins exposé à diverses méprises en raison des analogies cliniques que peut affecter le chancre avec telles ou telles lésions amygdaliennes. Les cas de cet ordre méritent seuls les honneurs d'un diagnostic différentiel. Voyons quels ils sont.

I. — En première ligne, comme ordre de fréquence, citons la *plaque muqueuse* amygdalienne, laquelle est bien faite pour donner le change. Rien de plus semblable quelquefois à un chancre amygdalien de forme érosive qu'une plaque muqueuse de même siège, consistant comme ce chancre en une lésion érosive, superficielle, arrondie ou ovalaire, plate ou inégale de fond, rougeâtre ou bien grise, cendrée, opaline, etc. L'état objectif est ici le même de part et d'autre. Au point que bien souvent les observateurs les plus experts ne sauront à simple vue s'ils ont affaire à un chancre ou à une plaque muqueuse. Le diagnostic différentiel dans ce cas résidera uniquement dans les quelques considérations suivantes.

1° *Induration* de surface. — Constante, ou bien peu

(1) V. mémoire cité de Legendre, p. 75 et 202.

s'en faut, avec le chancre; nulle avec la plaque muqueuse.

2° *Adénopathie.* — Absolument constante avec le chancre; très souvent nulle avec la plaque muqueuse. — Il est bien vrai que des adénopathies peuvent se développer au voisinage et par le fait de syphilides secondaires; mais ces adénopathies n'ont pas en général l'ampleur et l'importance du bubon satellite; on n'y trouve pas non plus le gros ganglion « direct » et « prédominant » de la pléiade glandulaire symptomatique du chancre.

3° *Chronologie morbide.* — Le chancre est toujours un accident *d'exorde*, antérieur à tous les autres, et distant d'au moins plusieurs semaines des manifestations ultérieures les plus précoces. — La plaque muqueuse, au contraire, n'est qu'un accident consécutif, consécutif notamment au chancre et au bubon satellite, et presque toujours contemporain d'autres manifestations de forme secondaire.

4° Enfin, en certains cas, la *cautérisation*, comme l'a remarqué Diday (1), pourra servir de critérium diagnostique. S'agit-il d'une plaque muqueuse, il suffira pour la guérir de la toucher une ou deux fois soit avec le crayon de nitrate d'argent, soit avec le nitrate acide de mercure; tandis que le chancre résistera bien plus opiniâtrement à l'action de ces caustiques.

II. — Le chancre de forme ulcéreuse a pu en imposer pour des *syphilides tertiaires*, pour des *ulcérations gommeuses*, comme en témoignent, par exemple, deux observations de Legendre et Launois (2); et cela de par son aspect objectif, son excavation apparente, son fond bourbillonneux ou grisâtre, son induration fortement accentuée, etc.

Mais ici encore l'erreur résultant d'analogies objectives sera aisément rectifiée en général : 1° par l'examen des ganglions (avec le chancre, adénopathie constante et bien formulée; avec les lésions gommeuses, pas d'adénopathie, dans la très grande majorité des cas, ou bien, exceptionnellement, adénopathie de voisinage presque toujours mono-ganglionnaire et n'ayant pas les caractères du bubon satellite); — 2° par la chronologie des accidents très différente de part et d'autre, le chancre servant d'exorde même à la série morbide, et la lésion gommeuse ayant derrière elle, bien au contraire, tout un passé de syphilis.

III. — Fait autrement curieux et sûrement plus inattendu, on s'est quelquefois trompé sur le compte du chancre amygdalien en le prenant pour une *angine couenneuse*. Trois raisons rendent compte d'une telle erreur : l'aspect couenneux que revêt parfois ce chancre; — l'intensité des troubles fonctionnels qui l'accompagnent; — et aussi l'addition à la scène locale de symptômes généraux plus ou moins accentués.

Plusieurs exemples de confusion de cet ordre ont été déjà relatés. Mais je n'en connais guère de plus topique que le suivant.

Un de nos confrères, qui eut le malheur de contracter un chancre amygdalien, se méprit absolument à l'origine sur la nature de cet accident. Il se crut affecté d'une angine couenneuse, et cela pour deux raisons : parce que d'abord, son chancre était couenneux d'aspect, et, en second lieu, parce qu'il avait eu quelque temps auparavant plusieurs angines couenneuses dans sa clientèle. Mais ce n'est pas tout. Ce médecin était lié d'amitié avec un syphiligraphe à coup sûr des plus distingués. Inquiet de sa lésion, il alla consulter son ami, qui l'examina avec grand soin à plusieurs reprises et, lui aussi, diagnostiqua une « angine pseudo-membraneuse ».

Il y a donc, en pareil cas, vous le voyez, possibilité d'erreur, même pour des médecins de compétence non douteuse.

(1) Mémoire cité, p. 50.
(2) Mémoire cité, p. 294 et 295.

Toutefois, le plus souvent, le diagnostic sera éclairé par diverses considérations que j'ai résumées dans le tableau suivant :

ANGINE COUENNEUSE COMMUNE	CHANCRE AMYGDALIEN-PSEUDO-MEMBRANEUX
I. — *Invasion soudaine*, brusque et *à grand fracas*. D'un jour à l'autre, presque d'une heure à l'autre, passage sans transition de l'état de santé à l'état de maladie et de maladie à allures importantes (frisson initial, céphalalgie parfois très intense, température dépassant d'emblée 39°, courbature, etc.). Quelquefois, mais bien rarement, possibilité de constater, au début même de l'affection, une *éruption vésiculeuse*, à vésicules intactes, sur la surface amygdalienne (1).	I. — Invasion initialement *torpide*, presque silencieuse. Tout d'abord, rien qu'un « petit mal de gorge »; plus tard, seulement, phénomènes angineux, avec réaction générale.
II. — *Bilatéralité* fréquente des lésions.	II. — *Unilatéralité* de lésions (sauf exceptions tout à fait rares).
III — *Symptômes locaux* vivement *inflammatoires* : rougeur et tension des parties, douleurs, brûlure à la gorge, dysphagie, etc.	III. — Symptômes angineux d'intensité moyenne le plus souvent, et ne dépassant ce degré qu'en certains cas assez rares.
IV. — *Symptômes généraux* très accentués : fièvre (39 à 40°); cortège nombreux de troubles sympathiques : inappétence, état saburral, céphalalgie parfois très intense, courbature, abattement, etc.	IV. — Symptômes généraux d'intensité simplement moyenne dans la majorité des cas, ne dépassant ce degré qu'en certains cas assez rares.
V. — Deux signes contingents : 1° Quelquefois (mais bien rarement) *contour festonné, polycyclique*, de la fausse membrane, comme vestige de l'éruption herpétique initiale. 2° Plus souvent, *coïncidence d'herpès*, soit sur la muqueuse buccale (langue, palais, lèvres), soit à la peau.	V. » 1° » Exceptionnellement, coïncidence d'herpès, par exemple sur l'amygdale du côté opposé à la lésion.
VI. — *Adénopathie* faisant souvent défaut; — en tout cas peu développée et de caractère seulement fluxionnaire.	VI. — Adénopathie *constante*. Adénopathie comportant les caractères du bubon satellite, comme aphlegmasie, indolence, dureté spéciale du ganglion, etc.
VII. — *Evolution* hâtive, remarquablement aiguë. La maladie « tourne court » au bout de quatre à cinq jours (Bourges), puis s'éteint.	VII. — Evolution bien autrement lente. — Durée plus longue de l'état pseudo-membraneux, auquel survit l'érosion ou l'ulcération chancreuse.

IV. — Pour des raisons toutes semblables (car il n'est qu'un pas de l'angine couenneuse à l'angine diphthéritique en tant que caractères d'objectivité), le chancre pseudo-membraneux de l'amygdale a pu être confondu avec l'angine de la diphthérie. Legendre, par exemple, a relaté un cas des plus curieux où, dit-il, « l'aspect de l'amygdale, le facies du malade (2), l'adénopathie (plus

(1) « Si l'on a la bonne fortune de pouvoir explorer les amygdales *tout à fait au début* de la maladie, on peut quelquefois constater sur leur muqueuse rouge et gonflée ou sur celle du voile du palais quelques *vésicules* grosses comme un grain de millet; elles sont claires, transparentes, proéminant légèrement. Dès qu'elles se rompent, on voit à leur place une très petite ulcération, à côté de laquelle s'élèvent de nouvelles vésicules provenant d'une poussée plus récente.

« Mais ce stade vésiculeux est tellement *précoce* et tellement *court qu'on n'a presque jamais l'occasion de l'observer*, et il est pour ainsi dire inutile de rechercher les vésicules pour confirmer son diagnostic. »

H. Bourges, Les angines pseudo-diphthériques. *Semaine médicale*, 10 juillet 1895.

(2) « Nous avons vu, dit Legendre, des malades porteurs de chancre de l'amygdale aboutir à un état général vraiment très peu satisfaisant (obs. I et II), était parfois même d'apparence si *infectieuse* que l'idée de la diphthérie venait de suite à la pensée de gens habitués à observer des diphthéritiques. » (Mém. cité.)

diffuse qu'elle ne l'est d'ordinaire par retentissement d'un chancre syphilitique) étaient autant de raisons qui militaient pour le diagnostic d'angine diphthéritique ou tout au moins pour la vraisemblance de cette hypothèse »; et cependant, il ne s'agissait que d'un chancre, comme le démontra l'évolution morbide.

Trois signes (sans parler de quelques autres d'importance moindre) fixeront ici le diagnostic.

1° *Unilatéralité*, cantonnement et *fixité* de la lésion, au cas de chancre; — tout au contraire, au cas de diphthérie, *bilatéralité* de productions membraneuses, *diffusion* rapide et même parfois généralisation du processus diphthéritique à toute la gorge, puis au larynx, etc.

2° *Evolution* morbide. — Ainsi, avec le chancre, état diphthéroïde précédé d'un mal de gorge plus ou moins ancien, pouvant dater de quelques semaines. — Avec la diphthérie, état pseudo-membraneux presque d'emblée, comme phénomène initial ou précoce de la maladie.

3° Critérium formel fourni par les *cultures*. — En cas de doute, on se hâtera de procéder à des ensemencements, qui révéleront ou non, à brève échéance, le bacille de Loeffler.

V. — Enfin, je mentionnerai comme susceptible de simuler le chancre une affection encore très peu connue, non décrite dans les classiques, et que, provisoirement, j'ai baptisée du nom d'*amygdalite lacunaire* ou *caverneuse*. Cette affection (que je me borne à signaler ici sans la décrire) consiste en des ulcérations d'origine encore absolument indéterminée, qui se produisent sur les amygdales. Quand elles sont notablement profondes, elles excavent l'organe « en géode », et prennent exactement l'aspect d'une gomme en voie d'élimination ulcérative. Sont-elles moins creuses, elles peuvent revêtir l'aspect du chancre. J'ai vu déjà deux cas où des lésions de cet ordre présentaient une ressemblance vraiment frappante avec le chancre ulcéreux de l'amygdale.

Mais l'absence d'adénopathie, tout d'abord, et, plus tard, l'évolution morbide suffisent amplement en l'espèce à déterminer le diagnostic, du moins en ce qui concerne le chancre.

Evolution, durée, complications. — L'évolution du chancre amygdalien est celle du chancre syphilitique en général. Rien de spécial à en dire.

Sa durée varie suivant les formes : cinq semaines, en moyenne, pour les formes bénignes; — deux mois environ, et quelquefois plus, pour les formes ulcéreuses, étendues.

Absence de toute complication *locale*, tel est le fait de beaucoup le plus habituel. Cependant, on a signalé quelquefois une certaine tendance à l'ulcération, à l'envahissement, ou bien à des formes malignes (état pultacé, gangrène, phagédénisme). Dans un cas de M. le docteur Mauriac, par exemple, un chancre amygdalien « devint pultacé, puis gangréneux, avec *tendance* au phagédénisme, en s'accompagnant de troubles fonctionnels de l'angine la plus aiguë et la plus douloureuse. » Mais jamais — à ma connaissance tout au moins — on n'a vu ce chancre réaliser de telles menaces, c'est-à-dire détruire l'amygdale et se déverser sur les organes voisins.

Il en est tout différemment pour ce qui concerne les complications d'ordre général. Nous avons dit dans ce qui précède que le chancre amygdalien est susceptible de déterminer parfois des troubles réactionnels et sympathiques, voire des plus accentués : élévation de la température, accélération du pouls, malaise de tout l'être, anorexie, courbature, céphalalgie, affaissement, adynamie. Or, de tels accidents — je ne puis m'empêcher de le répéter encore — constituent, à coup sûr, une anomalie, une exception dans la symptomatologie du chancre syphilitique, lésion par excellence froide, aphlegmasique et apyrétique. Si bien que le petit orage infectieux ou quasi-infectieux qui résulte de ces complications d'ordre général constitue un trait des plus insolites, des plus étranges et même, disons le mot, des plus extraordinaires, dans l'histoire du chancre amygdalien.

Traitement. — Nous ne disposons que de moyens thérapeutiques d'influence bien restreinte contre le chancre amygdalien. Fort heureusement il s'en suffit pour aboutir à guérison.

A ne parler que des agents locaux, on prescrira ceci :

Dans la période d'augment ou d'état : gargarismes, ou plutôt bains de bouche émollients avec décoction de guimauve et de pavot, eau glycérinée, etc. Pour avoir quelque efficacité, ces bains de bouche devront être répétés fréquemment et prolongés plusieurs minutes. — Pulvérisations émollientes, tièdes, renouvelées deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures.

Dans une période plus avancée, gargarismes au borate de soude ou bien au chlorate de potasse; — badigeonnages au collutoire boraté (glycérine pure, trente grammes, et borate de soude, dix grammes).

En cas de douleurs vives, gargarismes additionnés d'une petite quantité d'opium, ou badigeonnages à la cocaïne.

S'il paraît opportun de modifier l'état des surfaces, attouchements quotidiens ou bi-quotidiens avec la teinture d'iode ou avec la teinture alcoolo-éthérée d'iodoforme. — Au besoin, cautérisations au crayon de nitrate d'argent tous les trois ou quatre jours.

Ces cautérisations sont encore utiles dans la dernière période du chancre, alors que la cicatrisation languit et traîne en longueur.

TRAVAUX ORIGINAUX

Essai de sérothérapie contre le cancer,

par le Dr Boureau, chirurgien-adjoint de l'hôpital de Tours.

J'ai cherché à me rendre compte de la valeur thérapeutique du sérum d'âne injecté de suc cancéreux chez des malades atteints de diverses formes de tumeurs malignes.

La méthode exposée par MM. Richet et Héricourt à l'Académie des sciences dans la séance du 29 avril 1895 a été scrupuleusement suivie.

Le 5 mai, une tumeur du sein, non ulcérée, recueillie aseptiquement, a été disséquée, coupée en morceaux et triturée dans un mortier avec addition d'une très petite quantité d'eau.

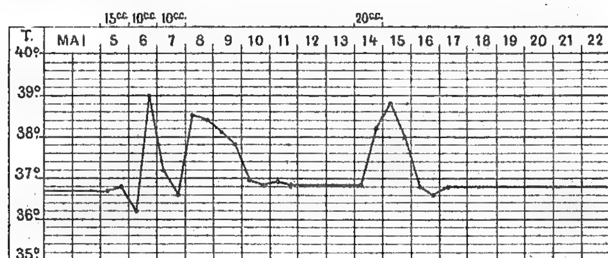
Le tout a été filtré sur toile et il a été recueilli soixante dix centimètres cubes d'un liquide roussâtre.

Ces opérations ont été faites avec l'asepsie la plus rigoureuse.

Le liquide examiné au microscope présentait au milieu d'un réseau de fibrine coagulée des cellules de toutes formes, irrégulières, à gros noyaux, des corpuscules granuleux, de la graisse libre et des leucocytes.

Le même jour, quinze centimètres cubes de ce liquide sont injectés à un âne dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Courbe de la température de l'âne pendant la série des injections :



Les 6 et 7 mai, nouvelles injections de dix centimètres cubes chacune.

Le 7 mai, apparition à l'encolure de l'animal d'un œdème volumineux.

On remarque sur la courbe après la première injection une ascension du thermomètre de 3°, suivie d'une chute rapide et du retour à l'état normal en vingt-quatre heures.

La troisième injection est suivie d'une nouvelle ascension de 3°, mais la chute est moins rapide et ne se produit qu'au bout de soixante heures.

Les jours suivants, on constate que l'âne a un peu maigri. L'œdème disparaît lentement, — l'appétit est conservé, — le timbre de la voix est modifié.

Le 14 mai, l'animal paraît revenu à son état de santé habituelle, on procède à une nouvelle inoculation.

Une nouvelle tumeur maligne du sein recueillie et traitée de la même façon fournit trente centimètres cubes de suc laiteux.

Ce liquide présente au microscope des cellules cancéreuses très volumineuses à gros noyaux, des hématies, des leucocytes et de la graisse libre.

Vingt centimètres cubes sont injectés sur la paroi thoracique de l'animal.

Élévation de la température : 2°, baisse et retour à l'état normal en quarante-huit heures, œdème encore plus intense.

Examen des tumeurs qui ont fourni le suc cancéreux. — Première tumeur. — Masse bosselée entourée d'une coque fibreuse assez nettement limitée. A la coupe elle présente un tissu blanchâtre, friable, contenant en quelques endroits une quantité considérable de petits kystes du volume d'une tête d'épingle à un pois.

Sur une coupe colorée à l'hématoxyline on constate des traînées de tissu conjonctif circonscrivant des alvéoles irrégulières.

Ces alvéoles contiennent des cellules épithéliales, déformées, à gros noyaux, agglomérées à certains endroits d'une façon analogue aux globes épidermiques du cancroïde. On ne trouve pas trace de structure normale d'acini. Cependant dans quelques endroits on trouve encore quelques amas de cellules cylindriques.

Le diagnostic est celui d'épithélioma atypique, — on est en présence d'un adénome dégénéré.

Deuxième tumeur. — L'aspect est celui d'un squirrhe. Après dissection de sa partie centrale il donne le poids de cent cinquante-sept grammes. La tumeur est diffuse au milieu de la glande. Une coupe colorée à l'hématoxyline fournit l'aspect du carcinome pur avec des travées fibreuses assez épaisses remplies de cellules de toutes formes à gros noyaux.

Récolte du sérum. — Le 19 mars, de concert avec M. le Dr Darde, médecin-major de 1re classe, qui du reste nous a prêté son concours pendant ces différentes opérations, on procède à une saignée de l'animal suivant la méthode de Nocard et Roux.

Cette première saignée a donc été faite treize jours après l'injection du suc d'épithélioma et six jours après l'injection du suc carcinomateux.

On recueille trois cent dix centimètres cubes de sérum.

Une deuxième saignée de deux litres est pratiquée le 24 mai, c'est-à-dire dix-huit jours après l'injection d'épithélioma et onze jours après l'injection de carcinome.

On recueille quatre cent cinquante-cinq centimètres cubes de sérum.

Un échantillon de sérum provenant de chacune de ces saignées est mis à l'étuve. On pratique des ensemencements sur gélose, et le sérum n'est injecté aux malades qu'après avoir été reconnu absolument stérile.

Observations. — *Malade n° 1.* — Homme de soixante-six ans observé à l'hôpital dans le service de M. le docteur Louis Thomas.

Depuis cinq mois l'amygdale droite a augmenté de volume — actuellement elle est dure, d'une consistance ligneuse sans bosselures. — La déglutition est gênée, — engorgement de toute la chaîne des ganglions carotidiens. Diagnostic : cancer de l'amygdale.

Les injections de sérum sont commencées le 20 mai. — Elles sont continuées tous les jours à la dose de trois centimètres cubes. Le huitième jour, apparition d'un œdème dur, rouge qui disparaît lentement.

Après quelques jours de repos, les injections sont reprises et continuées.

Le 7 juin, le malade a reçu quatre-vingts grammes de sérum, — l'état général ne s'est pas amélioré, l'amaigrissement a fait de nouveaux progrès, la tumeur a continué à se développer, la déglutition est de plus en plus difficile.

Actuellement, 10 juillet, l'état du malade s'est encore aggravé, — la respiration est gênée, — le cancer suit sa marche progressive et on peut prévoir la fin prochaine du malade.

Malade n° 2. — Homme de vingt-neuf ans. — Hôpital de Tours, service de M. le docteur Louis Thomas. — Le malade entre le 24 avril porteur d'une tumeur maligne du testicule développée depuis sept mois. Le cordon est intact.

Le 26 avril, ablation du testicule.

L'examen histologique démontre que l'on a affaire à un sarcome à cellules rondes.

Réunion rapide de la plaie sans suppuration. — Le 7 mai, quinze jours après l'opération, on constate une induration du volume d'une noix au niveau de la section du cordon.

Le 15 mai, le cordon est pris en masse dans le trajet inguinal, — la récidive est évidente.

Le 21 mai, on commence les injections de sérum, elles sont continuées tous les jours à la dose de trois centimètres cubes. — A la dixième injection, œdème dur de la paroi abdominale.

Le 4 juin on constate que l'induration siégeant à l'extrémité du cordon a diminué d'une façon sensible, mais l'empâtement siégeant à la partie supérieure a plutôt augmenté. — Le malade a déjà reçu quatre-vingt-quinze centimètres cubes de sérum.

Le 13 juin, le malade a perdu deux kilogrammes, depuis le commencement du traitement qui néanmoins est continué.

Le 1er juillet, la tuméfaction siégeant dans la fosse iliaque a pris un volume énorme, sa consistance devient très molle.

Le 10 juillet, elle a le volume du poing.

Il est évident que le sarcome suit sa marche progressive.

Malade n° 3. — Docteur Louis Thomas. — Homme de cinquante-neuf ans, — présente tous les signes cliniques d'un cancer du rectum. La tumeur siège au-dessus du sphincter, remonte trop haut pour qu'on puisse songer à une intervention chirurgicale.

Les injections de sérum sont commencées le 20 mai à la dose de trois centimètres cubes.

Dès la troisième injection le malade accuse une diminution

des douleurs, les épreintes sont moins vives, la sécrétion sanieuse qui recouvre les garde-robes est moins abondante.

A la cinquième injection, apparition d'une éruption d'urticaire très intense généralisée, perte d'appétit, fièvre légère. On suspend pendant quelques jours les injections.

Elles sont reprises en laissant entre elles un intervalle de deux jours.

L'urticaire ne reparaît plus.

Le 20 juin, hémorrhagie rectale abondante qui se renouvelle pendant deux jours.

Le 1er juillet, par le toucher rectal, on constate que la tumeur n'a subi aucune modification. — Les douleurs ont réapparu, — cependant la sécrétion sanieuse semble toujours moins abondante.

En résumé, après une période d'une amélioration légère le malade se trouve malgré la persistance du traitement dans le même état qu'avant les injections.

Malade n° 4. — Femme de trente-quatre ans opérée en 1892 d'un cancer du sein, récidive en septembre 1894 dans les ganglions sus-claviculaires et axillaires, — compression des vaisseaux et du plexus brachial, — douleurs vives, œdème énorme du bras et de l'avant-bras.

Le 25 mai, on commence les injections dans la région pectorale à la dose de trois centimètres cubes.

A la huitième injection, apparition d'un œdème dur rouge accompagné de fièvre et de perte d'appétit.

On suspend les injections. Tout rentre dans l'ordre et on constate une amélioration. L'œdème est moins considérable qu'avant le début des injections, les ganglions ont légèrement diminué de volume, néanmoins la malade a maigri.

Les injections sont reprises et continuées avec intervalle de deux à trois jours. A chaque injection l'œdème rouge reparaît.

A l'époque actuelle (7 juillet), le bénéfice qui semble acquis est une diminution de l'œdème et des douleurs. L'état général ne s'est pas amélioré.

Il semble cependant que la récidive qui marchait rapidement a subi un temps d'arrêt.

Malade n° 5. — Femme de cinquante-quatre ans, — cancer du sein opéré le 27 mai, — ablation totale du sein. La réunion par première intention ne se fait que partiellement. — La partie inférieure de la plaie suppure. — Le 15 juin, on constate à la partie inférieure de la cicatrice une induration volumineuse. La peau est adhérente, chagrinée; la récidive est évidente.

On commence les injections de sérum, et dès la troisième la suppuration se tarit. A la sixième, la plaie est fermée, l'induration a diminué d'une façon très notable.

Les douleurs ont disparu.

L'amélioration malgré la continuation du traitement s'est arrêtée à ce degré et la malade présente actuellement une induration moins volumineuse mais d'un aspect nettement spécifique.

Malade n° 6. — Docteur Triaire. Femme de quarante-six ans opérée, il ya six ans, d'une tumeur maligne du sein; récidive au bout de deux ans sous forme d'une tumeur dure, du volume d'un œuf de poule, adhérente à la troisième côte.

Douleurs vives, ganglions axillaires volumineux, durs. La malade présente de l'oppression à la marche, en arrière et en avant du même côté que la tumeur, submatité et diminution du murmure vésiculaire.

Le 29 mai, on commence les injections et on les continue tous les jours à la dose de trois centimètres cubes. — L'œdème qui apparaît à la sixième injection est relativement peu considérable.

Le 20 juin, la tumeur a diminué de près de moitié. — Les douleurs ont presque disparu, — la malade accuse un mieux notable; cependant les ganglions sont restés aussi volumineux.

Actuellement, 10 juillet, l'amélioration a persisté, la marche de la récidive semble enrayée; on continue les injections, mais on ne peut prononcer le mot de guérison, car les ganglions axillaires sont dans le même état.

Malade n° 7. — Docteur Menier. Homme de cinquante-sept ans, opéré en octobre 1894, d'un cancer de la langue. — Diagnostic posé après examen histologique du Dr Latteux: tumeur épithéliale de mauvaise nature.

Récidive et nouvelle opération le 17 novembre.

En février 1895, nouvelle récidive atteignant la partie supérieure du larynx et envahissant les ganglions sous-maxillaires.

En mars, on est obligé de trachéotomiser le malade qui porte sa canule depuis cette époque.

Les injections de sérum sont commencées le 20 mai.

Dès la quatrième injection, la sécrétion purulente qui nécessitait le nettoyage de la canule douze ou quinze fois par jour diminue et disparaît, — un seul nettoyage matin et soir est nécessaire.

La respiration devient plus facile. A la huitième injection, apparition d'œdème étendu dans toute la région, plaques d'éruptions polymorphes sur les jambes, fièvre légère, perte d'appétit.

Ces symptômes s'amendent et après une suspension de quelques jours on reprend les injections à courts intervalles.

Le 17 juin, le malade est très amélioré. On peut obturer la canule pendant des journées entières. Le malade peut parler, l'ascension d'un escalier se fait facilement. Les ganglions semblent avoir légèrement diminué de volume.

Actuellement, 10 juillet, la respiration est toujours plus facile, la parole libre, les sécrétions purulentes de la trachée n'ont pas reparu. Mais c'est le seul bénéfice acquis, car les ganglions ont de nouveau non seulement repris leur volume primitif mais ont augmenté et l'état général du malade est moins bon. Le cancer suit sa marche progressive.

Nous ferons observer que tous ces malades ont reçu une égale proportion des sérums provenant des deux saignées.

Dans la première période du traitement les injections ont été faites autour des néoplasmes mais jamais dans la tumeur elle-même.

Dans la seconde période on a encore plus éloigné les piqûres du siège de la tumeur.

Chez tous les malades on notera l'apparition vers la septième ou neuvième injection d'éruptions accompagnées d'œdème dur rouge, parfois considérable, accompagné d'élévation de la température et de perte d'appétit.

Ces phénomènes plus ou moins intenses disparaissaient assez rapidement, n'ont jamais donné lieu à des abcès, chez quelques-uns ne reparaissaient plus malgré la reprise des injections, chez d'autres revenaient plus ou moins violemment à chaque injection.

Si on examine de près les observations précédentes on constate que les deux cas où les améliorations ont manqué et où l'insuccès a été complet (cancer de l'amygdale, malade n° 1 et cancer récidivé du testicule, malade n° 2), sont précisément les tumeurs dont l'évolution antérieure avait été excessivement rapide.

Par contre, l'amélioration la plus nette et la plus persistante est constatée chez la malade du docteur Triaire dont le néoplasme avait eu l'évolution la plus lente. L'opération datait de six ans, la récidive n'était apparue que quatre ans après avec une marche peu rapide.

Il y a là une note nettement défavorable pour le sérum anti-cancéreux.

Un fait remarquable à noter chez trois malades (malades n° 3, n° 5 et n° 7), c'est la disparition rapide et persistante dès la troisième ou quatrième injection des sécrétions purulentes.

En résumé, même dans les cas où les améliorations ont été les plus notables, on n'a jamais assisté à une véritable régression et à une disparition réelle des tumeurs.

La conclusion qu'imposent ces faits est que le sérum d'âne injecté de suc cancéreux n'a pas d'action spécifique contre le cancer et qu'il ne produit que des améliorations quelquefois notables il est vrai, mais d'un caractère plus ou moins transitoire.

Est-il possible d'interpréter ces faits d'une manière satisfaisante?

Tout en ne dissimulant pas le côté théorique, on peut, en se basant sur ce que l'on sait actuellement de la constitution intime des tumeurs malignes, donner l'interprétation suivante.

Toute tumeur cancéreuse contient d'une part des éléments, parasitaires ou non, mais en tout cas nettement spécifiques de la malignité.

D'autre part, elle renferme une forte proportion d'éléments leucocytaires, elle s'entoure en outre de produits d'irritation cellulaire non spécifiques, périphériques ou intimement liés au néoplasme.

Elle peut être le siège et l'origine d'infections bactériennes favorisées par la diminution de résistance des cancéreux. Infections secondaires productrices de complications plus ou moins éloignées et variables suivant le siège de la tumeur.

Ce sont là les éléments accessoires de toute infection cancéreuse sur lesquels agirait le sérum d'âne injecté.

Le réveil de l'énergie phagocytaire produit par son introduction dans l'organisme peut amener la résorption des éléments leucocytaires, et entraîner la disparition des produits de l'irritation cellulaire.

Que ces éléments entrent pour une proportion notable dans la constitution du néoplasme, on assistera à une diminution appréciable et rapide de son volume.

C'est ce qui a dû se passer pour le malade numéro 2 chez qui on assistait à la diminution notable et rapide de la nodosité développée à l'extrémité du cordon pendant que l'on constatait l'évolution progressive du sarcome qui donnait lieu à un empâtement considérable dans la fosse iliaque.

Le sérum peut en outre agir sur les infections secondaires.

Des faits nettement établis par MM. Metchnikoff et Bordet semblent prouver que la propriété bactéricide du sérum d'un animal vacciné ne s'exerce pas uniquement vis-à-vis de la race bactérienne qui a servi à l'immunisation et que son action stimulante contre une infection bactérienne quelconque sera plus énergique que celle du sérum d'un animal neuf.

Le sérum d'un âne infecté par des produits indéterminés mais sûrement toxiques peut donc avoir une action sur les infections secondaires des cancéreux et diminuer par là les sécrétions purulentes et les douleurs. Les faits précédents le prouvent.

Bien qu'ils ne soient pas curatifs dans le sens strict du mot, ces résultats n'en sont pas moins appréciables. Quelle médication avons-nous donc en face d'un cancéreux? Ne serait-ce donc rien que de calmer ses douleurs, d'améliorer son état en combattant efficacement quelques-unes des complications qui hâtent sa mort? Ils sont rares en médecine les spécifiques et la plupart de nos médications se bornent à une action palliative. Il en sera de même du sérum anticancéreux; il laissera intact l'élément malin, mais il pourra retarder l'évolution fatale et la rendre moins pénible.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Sur un cas de maladie de Thomsen, suivi d'autopsie, par M. Dejerine et Sottas (*Rev. de Méd.*, 10 mars 1895, n° 3, p. 241). — Maladie de Thomsen datant de l'enfance chez un homme de trente-deux ans. On n'a pu recueillir sur la famille du malade que des renseignements assez peu circonstanciés. Dans les antécédents héréditaires on n'a pas trouvé de maladie similaire. La musculature a dans les membres supérieurs et la partie supérieure du tronc, des proportions qui pourraient passer pour normales, mais elle est entièrement développée dans la moitié inférieure du corps, fesses, cuisses, jambes. Il existe, en outre, une légère déformation du rachis, cyphose dans la région dorsale, lordose dans la région lombaire qui présente une ensellure d'intensité moyenne. Il y a de la raideur et des contractions lentes dans tous les muscles du corps. Réaction myotonique. Diminution marquée de la résistance électrique. Mort par néphrite aiguë à l'âge de trente-sept ans. Autopsie. Hypertrophie considérable des muscles sans stéatose. A l'examen histologique on n'a constaté aucune lésion de la moelle épinière, ni dans les racines, ni dans les nerfs intramusculaires, hypertrophie des faisceaux primitifs musculaires avec multiplication des noyaux, lésions trouvées dans tous les muscles examinés y compris le diaphragme. Intégrité de la fibre musculaire cardiaque. La lésion initiale des muscles pour les auteurs est l'hyperplasie nucléaire qui se manifeste surtout dans les muscles qui fournissent la plus grande somme d'efforts. Les auteurs pensent qu'il y a lieu d'établir une relation directe entre l'hypertrophie musculaire et le degré d'activité des muscles. Comme le système nerveux était absolument intact, la maladie de Thomsen peut être classée dans les myopathies primitives.

De la nécessité de la bromuration continue chez les épileptiques soi disant guéris, par Ch. Féré (*Revue de Médecine*, 10 mars 1895, n° 3, p. 268). — L'auteur apporte quelques observations d'épilepsie grave qui montrent, d'une part, l'influence heureuse du traitement bromuré et, d'autre part, que les manifestations convulsives disparues pour des années peuvent reparaître après la cessation du traitement. C'est une action suspensive plutôt qu'une action curative qu'il faut attribuer aux bromures. Leur efficacité ne peut être persistante qu'à condition qu'ils soient employés d'une manière continue. Il est rare, en effet, de voir des malades qui ont pu impunément cesser le traitement pendant des années. La continuité du traitement doit être la règle absolue. On doit résister à toutes les tentatives que font les malades pour s'y soustraire. Si la continuité de la bromuration est d'une utilité incontestable, on peut dire qu'elle est inoffensive quand elle est convenablement dirigée. La tolérance pour le bromure est, chez un grand nombre d'individus, beaucoup plus considérable qu'on ne l'admet en général. Ceux qui supportent des doses quotidiennes de vingt grammes et au-dessus ne sont pas rares. Du reste, il est exceptionnel qu'on soit obligé d'atteindre ces doses pour obtenir la suspension des attaques. Aux troubles intestinaux qui peuvent se produire à la suite du traitement, on peut opposer l'antisepsie intestinale préconisée depuis plusieurs années par Feré ou bien employer le bromure de strontium. Les accidents cutanés, conjurés en partie par l'antisepsie intestinale, sont prévenus avec un succès presque constant par l'antisepsie cutanée.

MÉDECINE

Etude sur l'analgène (Pharmakodynamische und klinische Untersuchungen über die Wirkung des Analgens), par Maas (*Zeitschr. f. klin. Med.*, 1895, vol. XXVIII, p. 139). — L'analgène appartient au groupe des dérivés de chinolines et se présente sous la forme d'une poudre à gros cristaux. La substance en question est insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool à chaud, se résorbe rapidement dans le tube digestif et est éliminée avec l'urine à laquelle elle donne une coloration rouge.

Les expériences faites par l'auteur sur des grenouilles, des chiens et des lapins, ont montré que l'analgène, à dose non toxique, provoque une diminution de l'activité du cœur et des poumons; si la dose est très élevée (trois grammes par kilogramme d'animal), il survient des convulsions et des paralysies (ce qui indique une action de l'analgène sur le système nerveux), suivies de mort par asphyxie.

En injection sous-cutanée, l'analgène agit en même temps comme un anesthésique local.

Si l'analgène était administré pendant longtemps aux

animaux, il survenait un amaigrissement très marqué et une diminution manifeste de l'excitabilité réflexe.

Les propriétés antithermiques et bactéricides de l'analgène sont assez accusées. L'abaissement de la température qu'il provoque doit être attribué à une diminution de la production de chaleur. En solution à 1 0/0, l'analgène a manifesté ses propriétés antizymotiques envers les bacilles du choléra et de la fièvre typhoïde, envers le streptocoque et le staphylocoque.

Les recherches faites sur l'action de l'analgène sur un certain nombre de malades ont confirmé les données de l'expérimentation. A la dose de cinq à six grammes par jour, en trois fois, l'analgène provoque chez les fébricitants un abaissement de la température de deux à trois degrés, se manifestant déjà une demi-heure après la première prise (un à deux grammes). L'abaissement persiste pendant trois jours, la température commence à monter pour atteindre sa hauteur initiale; la chute de la température s'accompagne souvent de sueurs profuses.

Chez les phthisiques avec fièvre hectique, l'analgène provoque un sentiment de bien-être, d'euphorie toute particulière. A la dose de trois à quatre grammes par jour, il agit encore d'une façon très remarquable dans le rhumatisme musculaire ou articulaire aigu : les malades semblent guéris au bout de quatre ou cinq jours de traitement, c'est-à-dire après avoir pris douze à quinze grammes d'analgène. De plus, l'analgène ne possède aucun des inconvénients propres au salicylate (bourdonnements d'oreille, dyspepsie, éruptions, etc.). Comme tous les autres médicaments ordinairement employés, l'analgène est impuissant contre la récidive et les complications du rhumatisme ainsi que contre le rhumatisme chronique.

A la dose journalière de trois à quatre grammes, l'analgène rend encore des services dans les névralgies plus ou moins récentes (sciatique, névralgie faciale), dans les douleurs viscérales, dans les douleurs lancinantes des tabétiques, dans la céphalalgie des chlorotiques, etc.

GYNÉCOLOGIE

Fistules vesico-vaginales (Zur Heilung der Blascuscheidenfistel nach dem Vorschlage W. A. Freund's), par ROSTHORN (*Prag. med. Woch.*, 1895, n° 21, p. 222). — Trois observations de fistules vesico-vaginales guéries radicalement par le procédé de Freund.

BIBLIOGRAPHIE

Atlas d'histologie pathologique du système nerveux (Atlas der Pathologischen Histologie des Nervensystems), rédigé par BABÈS, 1895. Editeur Hirschwald Berlin. L'anatomie fine de la moelle épinière avec huit planches lithographiques, par le professeur Ramon y Cajal.

Nous nous efforcerons de donner un court résumé du travail très remarquable sur la structure fine de la moelle épinière que Ramon y Cajal vient de publier dans cet atlas. Le travail contient huit magnifiques planches dont voici brièvement l'explication.

Planche I. — Représente les collatérales sensitives qui peuvent être divisées ainsi :

1° Collatérales longues ou réflexo-motrices qui sont très volumineuses et traversent la partie interne de la substance gélatineuse à laquelle elles ne donnent aucune ramification et qui, une fois arrivées au foyer des cellules motrices, se décomposent en d'élégantes arborisations terminales libres. Ces arborisations s'appliquent intimement contre le corps des cellules motrices. Le territoire du cordon de Goll ne fournit point de collatérales sensitivo-motrices.

2° Les collatérales du centre de la corne postérieure sont extraordinairement nombreuses. Elles naissent de tout le cordon postérieur mais particulièrement du faisceau de Burdach et se distribuent entre les cellules de la corne postérieure constituant là un plexus enchevêtré.

3° Collatérales profondes ou grosses de la substance de Rolando. Elles partent du cordon de Burdach et se résolvent en une arborisation luxuriante dans la moitié antérieure de la substance gélatineuse.

4° Collatérales fixes ou superficielles de la substance de Rolando sont les unes externes (provenant de la zone de Liesauer), les autres internes (provenant du cordon de Burdach).

5° Collatérales de la substance grise centrale interne proviennent de la partie antérieure du cordon de Burdach et d'une partie de celui de Goll. Leur arborisation se concentre autour et entre les cellules qui correspondent à la colonne de Clarke, dans la région lombaire. Certaines de ces collatérales atteignent la région de la corne antérieure.

Planche II. — Donne une vue d'ensemble des collatérales sensitives. On y voit très bien que la racine postérieure est composée de deux faisceaux; l'un externe, formé de fibres fines; l'autre interne, plus volumineux et constitué par des fibres épaisses. Les fibres du faisceau externe fournissent les collatérales courtes et se distribuent dans la moitié externe de la substance de Rolando. Elles se développent les dernières. Le faisceau interne se dirige obliquement et ses branches, arrivées à la région moyenne du cordon de Burdach, se divisent en branche ascendante et branche descendante. Celle-ci est plus fine que l'ascendante.

Planche III. — On y a représenté les cellules de la corne antérieure et quelques-unes de la corne postérieure. Une coloration différente des cellules radiculaires, des cellules de cordon et des cellules commissurales, les rend très distinctes. Les cellules radiculaires sont volumineuses et forment un groupe bien circonscrit. Les cellules de cordon du même côté représentent peut-être l'espèce la plus répandue de toute la substance grise médullaire. Elles siègent dans la corne antérieure, dans la corne postérieure, dans la substance grise centrale, dans la substance de Rolando et en arrière de celle-ci. Enfin, elles peuvent être situées entre les faisceaux de la zone limitante latérale. Les cellules de la corne antérieure envoient leur cylindre-axe dans le cordon antérieur et la partie ventrale du cordon latéral. Les cellules de la corne postérieure envoient leur prolongement nerveux à la région fondamentale du cordon latéral. C'est pour cette raison que Ramon y Cajal pense qu'il vaudrait mieux désigner cette zone sous le nom de faisceau de la corne postérieure. Les cellules de la substance grise centrale envoient leur expansion nerveuse à la commissure antérieure ou au cordon latéral. Les cellules de la substance de Rolando qui sont étudiées en détail à la planche IV sont petites, fusiformes ou étoilées. La plupart de leurs cylindre-axes pénètrent dans le faiscau de la corne postérieure. Les cellules situées en pleine substance blanche, particulièrement au niveau de la moelle cervicale, envoient leur prolongement de Dicters tantôt au cordon latéral, tantôt à la commissure antérieure.

Planche V. — Montre les cellules et les collatérales de la substance de Rolando, chez des embryons de poulet au dix-neuvième jour de l'incubation.

Planche VI. — Très intéressante par les détails qu'elle contient, elle représente une coupe de la moelle dorsale d'un chien nouveau-né. On y trouve non seulement les éléments cellulaires de la substance grise, mais aussi les fibres de la substance blanche et la distribution générale de la névroglie.

Planche VII. — Représente une coupe de la moelle cervicale humaine colorée par la méthode de Weigert-Pol et permettant de mettre en relief les connaissances acquises par la méthode de Golgi en les comparant aux résultats obtenus.

Planche VIII. — Montre la structure des ganglions rachidiens et sympathiques telle qu'elle apparaît chez les animaux nouveau-nés après l'imprégnation par la méthode de Golgi.

Cet ouvrage se recommande à tous les savants non seulement parce qu'il résume d'une manière complète et précise les connaissances acquises sur la structure fine de la moelle, mais aussi par certains détails inédits et qui sont éclairés par des planches coloriées et reproduits avec le plus grand soin grâce à l'obligeance de l'éditeur.

G. MARINESCO.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

REVUE GÉNÉRALE

Endométrites séniles, par le Dr GABRIEL MAURANGE.

Lorsque la femme a dépassé la ménopause sans avoir présenté pendant la période d'activité sexuelle de phénomènes inflammatoires du côté de la matrice, on suppose généralement qu'elle est peu exposée désormais aux accidents métritiques. Tout au moins le silence gardé sur ce sujet par les *Traités* les plus récents et la grande majorité des gynécologistes permet-il de penser que c'est là, en effet, une opinion répandue. Or, de l'ensemble de nos recherches, il semble résulter que la pathologie de l'endométrite des femmes âgées mérite plus qu'une simple mention et qu'il y a lieu de lui réserver, au contraire, une place importante dans le cadre nosologique des métrites. Nous verrons, en effet, qu'il existe un certain nombre de cas où le diagnostic hésitant et n'ayant pour s'appuyer aucune donnée anatomique précise, n'a été posé, pour ainsi dire, que par hasard et avec des réserves que seules la marche de la maladie, l'investigation microscopique ou l'autopsie ont pu dissiper. Il nous a donc paru utile de consacrer une courte étude aux endométrites séniles dont les variétés, les formes anatomiques et l'allure clinique sont encore aujourd'hui assez peu connues.

Pour rester dans les limites de notre cadre, il demeure bien entendu que nous ne parlons ici que des endométrites qui surviennent après la ménopause et non de celles qui, à cette période, ne sont que le prolongement ou l'écho d'une affection antérieure. Nous écartons de même les endométrites symptomatiques d'un néoplasme (cancer (1) ou corps fibreux en voie d'élimination). Nous n'avons en vue que la description d'un processus morbide frappant la matrice en dehors de la vie génitale des femmes et de toute maladie générale, et caractérisé par des lésions anatomiques d'ordre purement inflammatoire.

***

L'un des premiers, Ashwell (1) nota chez une femme de soixante ans une perte abondante de pus par l'utérus; la cavité était dilatée au point de contenir dix onces de pus (trois cent vingt grammes). Après lui, Tilt (cité par Tolochinoff) présenta la relation d'un fait analogue. Mais c'est à Becquerel (2) que l'on doit la première interprétation clinique et anatomique de ces faits. Sous le nom d'*Hydrométrie par accumulation de mucosités dans l'utérus*, cet auteur décrit une affection caractérisée par des accumulations et des évacuations alternatives d'un liquide épais se produisant à des intervalles plus ou moins éloignés, et assez peu douloureuse pour ne se révéler dans certains cas qu'à l'autopsie, ou par une métrorrhée subite. « Cette maladie, dit-il, est la conséquence d'un obstacle disposé de manière à amener l'oblitération permanente ou temporaire de l'orifice utérin. » Et plus loin : « La première condition, c'est que les femmes aient cessé d'être réglées ». Et tout aussitôt il invoque l'autorité de Cruveilhier qui en a observé plusieurs cas à la Salpêtrière et qui pense, comme lui, que « cette maladie s'observe surtout chez les vieilles femmes et à peu près exclusivement ». La nature des obstacles est ensuite examinée. C'est tantôt une flexion exagérée de l'utérus (Scanzoni), tantôt la rétraction des parois due à l'atrophie sénile. Nous verrons plus tard comment cette pathogénie a été reprise par Fritsch et acceptée par Patru.

En 1879, Matthews Duncan (3) publia deux nouvelles observations : nous éliminons la première dans laquelle il s'agit d'une accumulation de pus dans l'utérus, conséquence d'une atrésie du col par cancer. La seconde concerne une femme stérile âgée de soixante ans qui avait été mariée quatorze ans. Trois ans avant sa mort elle commença à souffrir du bas ventre et à perdre abondamment un liquide tantôt clair, tantôt purulent, tantôt mêlé de sang. On pensa à une tumeur maligne

(1) Il serait pourtant intéressant de montrer que les quelques femmes atteintes de cancer utérin après la ménopause succombent plutôt aux accidents septiques ou hémorrhagiques (métritiques) occasionnés par la présence du néoplasme que par l'infection spéciale (cachexie, embolie) qui en est la conséquence. « La septicémie due à la résorption des matériaux putrides entre pour une grande part dans les accidents ultimes; elle peut à elle seule entraîner la mort. » (Pozzi.)

(1) ASHWELL, Case of purulent discharge the from linning membrane of uterus (*Guy's Hosp. Rep.*, London, 1837, 242-244).

(2) BECQUEREL, *Traité clinique des maladies de l'utérus*, 1859, T. II, p. 94 et suiv.

(3) MATTHEWS DUNCAN, *Trans. of. obst. Soc. Lond.*, T. XXI, p. 54, 1879.

ulcérée. La malade succomba à des symptômes de septicémie. L'autopsie permit de constater que la cavité utérine, très agrandie, contenait une matière épaisse, fétide, couleur pourpre foncé et que la paroi de l'utérus était très amincie. La muqueuse était réduite à quelques lambeaux sphacélés. Au microscope on voyait les fibres musculaires gonflées, en partie détruites, entourées de cellules rondes. Sur le bord libre de la coupe, une ou deux cellules cylindriques, vestiges de la muqueuse. Pour s'assurer de la nature des cellules rondes et les isoler on fit macérer quelques fragments de l'utérus dans la glycérine, on vit alors qu'il s'agissait bien de cellules du pus et non de cellules épithéliales. Dans la même communication Duncan fait allusion à deux autres cas semblables qu'il aurait observés, mais à propos desquels aucun examen microscopique ne fut entrepris.

Trois ans plus tard, en 1882, Tolochinoff (1), ayant observé chez des femmes mariées et après la ménopause deux faits de rétention de pus dans l'endomètre, décrit une forme de métrite dont ce phénomène ne serait que l'expression, et dans la production de laquelle l'atrophie physiologique ou un état dyscrasique de l'utérus jouerait un rôle prépondérant. Cette forme rare de métrite est caractérisée par l'accumulation dans la cavité utérine d'une sécrétion purulente, mal liée, d'un vilain aspect et par son évacuation périodique, à travers l'orifice du col, qui reste perméable à l'hystéromètre. La cavité utérine est agrandie, ses parois amincies; le corps de l'utérus est en ante- ou en rétro-position. En même temps les malades se plaignent d'une faiblesse générale, ont le teint *jaunâtre*, maigrissent et ont des douleurs constantes ou périodiques dont l'exacerbation coïncide avec les débâcles de ce muco-pus, qui sont annoncées par de violentes coliques et un prurit vulvaire intense. L'auteur pense que cette affection résulte d'une déviation capable de produire avec un certain degré d'obstruction de l'isthme, un peu de rétention des sécrétions qui se transforment alors sous l'influence de la pénétration de l'air (?) dans la cavité utérine. Le traitement consista en un drainage de la cavité par un tube métallique, laissé à demeure, par lequel on pratiqua des lavages quotidiens à l'eau phéniquée à 1 0/0. Le traitement dût être poursuivi deux ans, au bout desquels la guérison fut obtenue.

Nous passons sur le cas de Barnes (2), dans lequel nous notons simplement l'insuccès thérapeutique du crayon de sulfate de zinc, des injections d'acide salicylique et de teinture d'iode pure, pour en arriver aux observations plus détaillées d'Horrocks (3), de Galabin (4) et au travail d'Hermann (5). En voici le résumé.

La malade d'Horrocks âgée de cinquante-trois ans, présentait des hémorrhagies et un écoulement infect, survenus après la ménopause. Elle mourut de septicémie, après exploration de la cavité utérine. Diagnostic : cancer diffus de la muqueuse utérine. A l'autopsie, on trouva la totalité de la muqueuse uniformément épaissie, injectée et granuleuse. Nulle part la paroi musculaire ne paraissait atteinte. Au microscope, les glandes étaient proliférées, les espaces interglandulaires remplis de nombreuses petites cellules, comme on en rencontre dans les processus inflammatoires chroniques.

De son côté, Galabin a enlevé l'utérus, chez une femme de quarante-sept ans, qui fut prise d'hémorrhagies quelque temps après la ménopause : elle aurait eu en outre au début un écoulement fétide qui ne fut pas constaté à l'hôpital. Comme l'introduction de l'hystéromètre, conduit avec la plus grande prudence, déterminait une hémorrhagie abondante, on crut avoir affaire à un cancer du corps. L'hystérectomie fut pratiquée avec succès. L'utérus était énorme : sa cavité mesurait onze centimètres et demi et était tapissée d'une muqueuse tomenteuse. Le col était indemne. A la coupe on trouve une prolifération glandulaire irrégulière, une paroi musculaire non infiltrée.

Instruit par ses devanciers, Hermann posa un diagnostic exact, mais supposant avec eux que l'endométrite sénile tend à devenir maligne, pratiqua aussi l'hystérectomie. Il s'agissait d'une femme de soixante-cinq ans, sans antécédents héréditaires, ayant eu neuf enfants et une ménopause régulière à cinquante ans, qui, dans le cours de l'année 1889, fut prise d'écoulement sanguinolent et fétide qui ne cessa plus et s'accompagna d'un état cachectique. Le vagin était très enflammé et saignait facilement. L'utérus enlevé ne dépassait pas sept centimètres. La muqueuse lisse présentait un petit polype de trois millimètres de longueur. Des coupes pratiquées à la base du polype montrèrent un tissu infiltré de cellules rondes, des glandes très développées mais dont l'épithélium cylindrique n'avait aucune tendance à changer de caractère. Le tissu sous-muqueux présentait de nombreuses glandes; il n'y avait nulle part de végétations épithéliales. Le tissu musculaire était sain. Il s'agissait donc d'une métrite.

*
* *

En somme jusqu'ici, on se contente d'observer et de noter les symptômes et les résultats de l'examen histologique. Les auteurs admettent le rôle joué par l'atrésie du col, la rétention consécutive des sécrétions dans l'utérus, mais la pathogénie reste obscure et il faut en arriver à Fritsch (1) pour avoir une conception anatomique de l'endométrite des femmes âgées à laquelle, en conformité avec ses recherches, il a donné le nom *d'endométrite atrophiante* ou *destructive*. Voici en quelques mots les points essentiels de ce travail.

Il existe une forme de métrite caractérisée par l'*atrophie* de la muqueuse utérine, la transformation de son épithélium, un catarrhe muco-purulent, et complétée souvent par l'oblitération temporaire de l'orifice interne du col. Cette *atrophie* est généralement l'aboutissant d'une inflammation chronique de l'endomètre, mais on conçoit qu'elle peut être « la conséquence de l'involution sénile ». Or, si chez les jeunes femmes, la destruction n'est jamais complète, en raison de la grande énergie de régénération que possède la muqueuse utérine, chez les femmes âgées, au contraire, les glandes disparaissent, l'endothélium change définitivement de caractère (épidermisation) et la sécrétion est franchement purulente. En somme, l'endométrite purulente sénile est au même titre que l'ozène avec lequel il est légitime de la comparer, sous la dépendance de troubles atrophiques aboutissant à la destruction de la muqueuse et à la suppuration. Qu'il y ait alors rétention de pus dans la cavité utérine, soit que le travail cicatriciel amène la fermeture de l'orifice interne, soit pour une autre raison, il y a dilatation, pyométrie, et c'est ainsi qu'on peut expliquer les symptômes observés.

Sans doute cette pathogénie rend compte d'un certain nombre de faits, mais elle ne peut être généralisée. N'avons-nous pas vu, en effet, des observations telles que

(1) Tolochinoff, Accumulation de pus dans l'utérus (*Vracheb Vedemosli*, 1882) — Cf. *Union méd.*, 1883, p. 420. *Arch. de Tocologie*, 1883, p. 695.

(2) Barnes, A case of pyometra. *Brit. Gyn. Lond.*, 1886-87.

(3) Horrocks, Specimen of chronic endometritis, with microscopical sections (*Trans. obst. soc. London*, 1887, XXIX, p. 298.

(4) Galabin, Two uteri removed by vaginal extirpation. *Ibid.*, p. 300.

(5) Hermann, Specimens from a case of purulent senile endometritis. *Ibid.*, 1891, p. 196-198.

(1) Fritsch, *Handbuch für Frauenkr.*, rédigé sous la direction de Billroth et Lucke, p. 990 et suiv.

celles d'Hermann, d'Horrocks où « l'involution sénile » ne peut être accusée. L'hyperplasie glandulaire, la vascularisation anormale, les hémorrhagies ne peuvent relever des lésions anatomiques décrites par Fritsch : il s'agit là d'une forme entièrement différente. Au surplus, pas plus que dans l'ozène, le processus atrophique n'est ici seul en cause : là encore les recherches bactériologiques élucideront ce que l'anatomie pathologique est impuissante à expliquer.

Patru (1) dans un mémoire d'ensemble sur la question admet l'interprétation de Fritsch et l'appuie de deux observations. Il s'agit, dans le premier cas, d'une femme de soixante-deux ans, qui, après quatre enfants, a eu à quarante-huit ans une ménopause sans troubles de la santé générale. Cette malade présentant des pertes fétides peu douloureuses, un teint jaunâtre, fut envoyée à Patru avec le diagnostic de cancer du col. A l'examen, on trouve une forte irritation vaginale, le col atrophié, saignant facilement, l'utérus douloureux à la palpation et à l'hystéromètre qui donne huit centimètres. Elle est curettée le 1er mars, pansée à la gaze iodoformée qu'on renouvelle tous les jours et quitte l'hôpital six jours après, le 7 mars. Récidive rapide. Essai de différents caustiques. Insuccès absolu. La malade, vingt-deux mois après, présente les mêmes symptômes. Le second cas concerne une femme de soixante-trois ans, ayant eu douze enfants en treize ans, qui, longtemps après la ménopause, eut des pertes jaunâtres qui survinrent à la suite d'une forme bronchitique d'influenza. Mêmes symptômes que dans le cas précédent. En plus, fausses membranes dans le vagin et amaigrissement considérable. Curettage et badigeonnage à l'acide phénique à 5 0/0. La suppuration se tarit. La malade revient mourir à l'hôpital deux ans après de tuberculose pulmonaire. Les organes génitaux sont trouvés sains à l'autopsie.

Il y a lieu de regretter, dans ces deux observations, l'absence d'examen histologique et bactériologique. Si le premier cas peut être classé dans la forme atrophique de Fritsch, le second semble avoir, avec la tuberculose pulmonaire, d'autres relations que celles d'une simple coexistence. Mais ce n'est là qu'une hypothèse qui mérite d'être vérifiée.

Nous ne pouvons accepter au contraire le rapport de la métrite sénile avec une affection cardiaque, admis par Levrat (2). Cet auteur, ayant eu l'occasion d'observer trois cas de métrite chez des cardiaques de cinquante-sept, soixante-deux et soixante-cinq ans, crut devoir assigner à la stase veineuse un rôle prépondérant dans la production de ces lésions. La congestion passive des organes du petit bassin amènerait « une métrite tardive, due peut-être à la malpropreté ». Quant à l'écoulement sanguinolent, il se demande s'il n'est « qu'un épiphénomène favorisé par l'affection cardiaque chez une malade déjà atteinte d'une métrite devenue putride par rétention et manque de soins, ou bien si le cœur a joué le rôle principal et primitif ». Mais il ne croit pas devoir trancher la question, et bien qu'il penche pour l'affirmative cardiaque, il admettrait volontiers une autre hypothèse.

Sans nous attarder à discuter davantage les idées de Levrat, disons que ses observations se différencient de celles de Patru, Tolochinoff et Fritsch, par la constance du symptôme hémorrhagique et la coexistence d'une lésion cardiaque. Nous pensons avec Patru qu'il ne faut voir là qu'une simple coïncidence et sans nier le rôle des affections du cœur, comme cause prédisposante et aggravante dans les maladies de l'appareil génital en général, nous estimons que cette pathogénie est insuffisante et qu'il y a lieu de rejeter la dénomination de « métrite putride cardio-sénile » que propose M. Levrat.

Patru croit devoir cependant rapprocher des observations de Levrat, un cas de Maillart. Il s'agit d'une femme de soixante-douze ans, cardiaque invétérée atteinte d'infarctus gangrené du poumon, compliqué bientôt de pneumo-thorax, et qui en voie de guérison, eut tout d'un coup un érysipèle de la cuisse droite (en l'absence de tout autre cas à l'hôpital) et mourut. A l'autopsie, on trouva les lésions de l'endométrite purulente et hémorrhagique. Ici encore en l'absence d'examen bactériologique, nous ne pouvons conclure : mais il y a lieu de penser que la métrite n'est ici que l'expression d'une infection secondaire par le streptocoque.

Ayant eu l'occasion d'observer l'an dernier chez une dame de soixante-cinq ans, mariée et demeurée stérile, un écoulement muco-purulent, d'une horrible fétidité, remontant à trois mois et demi, notre attention fut attirée sur les causes qui pouvaient avoir présidé à l'évolution de cette lésion. L'enquête la plus minutieuse ne nous permit pas de découvrir ni dans l'examen des sécrétions, ni dans les préparations microscopiques, aucune raison pathogénique. Aussi, ne voulant en rien préjuger d'une pathogénie que nous ignorions, avions-nous proposé de désigner cette forme de métrite sénile par le symptôme le plus frappant. Dans cet esprit, nous avions décrit, sous le nom *d'endométrite fétide des femmes âgées* (1), trois cas inédits, dont deux nous avaient été fournis par notre maître, M. le Dr Picqué, et qui ont été le point de départ de ce travail.

Or, pas plus dans ces observations que dans la plupart de celles de nos devanciers, le diagnostic de métrite n'avait été porté d'emblée. Le teint jaune paille des malades, leur amaigrissement, l'horrible fétidité de leurs pertes firent penser chez l'une à un cancer du corps (cinquante-cinq ans) chez l'autre, un à corps fibreux sphacélé (cinquante-quatre ans), chez la troisième, à un épithélioma. Heureusement l'examen histologique sauva ces malades d'une hystérectomie, à laquelle la clinique les condamnait. Dans le cas qui nous est personnel, les débris de la muqueuse enlevés largement à la curette et un fragment de tissu utérin servirent à des coupes microscopiques, qui révélèrent la présence d'un grand nombre de glandes, à épithélium non dégénéré, séparées de leurs congénères par un tissu infiltré de leucocytes. Les fibres musculaires paraissaient saines. Les trois malades furent curettées après dilatation et guéries.

Quelques jours après l'apparition de notre article, entra dans le service de M. Pozzi, une malade de soixante-trois ans, dont il a bien voulu nous communiquer l'observation. Cette malade, atteinte d'une forme légère, mais caractérisée, d'endométrite sénile, avait des pertes purulentes fétides que M. Pozzi pria M. Marmorek d'examiner au point de vue bactériologique. A notre grand désappointement, M. Marmorek ne trouva rien, en sorte qu'il ne nous est pas encore possible d'éclairer plus complètement la pathogénie des endométrites séniles.

Avant de terminer cette revue rapide de faits, nous devons signaler un dernier cas que nous venons d'avoir l'occasion d'observer récemment. Une malade âgée de soixante-huit ans, diabétique, aortique, albuminurique, se plaint tout à coup d'une leucorrhée abondante dont elle est atteinte il y a tantôt trois semaines. En raison de la gravité de son état, l'examen se fait attendre. Néanmoins, comme elle dit éprouver une vive douleur en urinant, nous nous décidons à nous rendre compte de son

(1) Patru, Endométrite purulente sénile ou endométrite atrophiante. *Revue méd. de la Suisse romande*, 20 mai 1893, p. 285.
(2) Levrat, Métrite putride cardio-sénile. *Prov. méd.*, 17 oct. 1891.

(1) Maurange. Endométrite fétide des femmes âgées. *Presse méd.*, 1895, 26 janvier.

état. Nous trouvons un col gros, congestionné, laissant écouler du pus par le museau de tanche. Le vagin est très enflammé, les culs-de-sac sont infectés. Nous étions très perplexes et pensions avoir affaire à une de ces formes de métrites dont nous poursuivions l'étude, lorsque le mari, homme de soixante ans, vient nous avouer qu'il a contracté depuis six mois, hors du lit conjugal, une blennorrhagie, réduite en ce moment à une goutte militaire dont il ne peut se débarrasser. Désormais la pathogénie se trouvait éclairée d'un jour singulier. Malheureusement l'aggravation de l'état de notre malade ne nous a pas permis jusqu'à maintenant de contrôler, par l'examen bactériologique, la justesse d'une hypothèse à laquelle les commémoratifs semblent donner quelque créance.

***

En résumé, l'endométrite sénile est une entité morbide définie, qu'il est indispensable de connaître pour éviter des erreurs de diagnostic préjudiciables aux malades. Elle est caractérisée par un syndrome assez constant, du moins dans sa forme la plus répandue (forme atrophique ou atrésique de Becquerel, Tolochinoff, Fritsch, Patru; forme catarrhale ou proliférante de Horrocks, Hermann), à laquelle nous proposons de maintenir le nom d'endométrite fétide des femmes âgées. A côté se grouperont les formes exceptionnelles : variété hémorrhagique de Galabin, Levrat; variété infectieuse, seulement soupçonnée (tuberculose, Patru; streptocoque, Maillard; gonocoque, Maurange).

Nous ne reviendrons pas sur l'anatomie pathologique qui a été longuement exposée à propos de chacune de nos observations. Au point de vue étiologique, rappelons que l'endométrite fétide apparaît à des époques diversement éloignées de la ménopause (deux à vingt-six ans), qu'elle frappe aussi bien les femmes ayant eu des enfants que celles qui n'ont jamais été enceintes, qu'elle est indépendante des antécédents, où l'on trouve quelquefois le cancer (Patru), le rhumatisme (Duncan), ou une santé jusque-là florissante; qu'elle atteint enfin les classes les plus différentes de la société et même les femmes les plus soigneuses de leur personne (cas de Picque et de Maurange). Quant à la variété hémorrhagique, elle paraît coexister le plus souvent avec une lésion cardiaque (Levrat).

La symptomatologie de l'endométrite fétide présente un tableau clinique assez constant qui peut être ainsi résumé. A une époque indéterminée après la cessation des règles, apparaît une leucorrhée plus ou moins abondante. Cette leucorrhée peut être constante (forme catarrhale) ou intermittente (forme atrophique) : il se fait alors à certains moments comme une expulsion du contenu de l'endomètre. C'est un liquide tantôt épais, purulent, tantôt sanieux, rosé, toujours horriblement fétide. En même temps, les troubles gastriques surviennent : il y a de l'anorexie, des vomissements. L'amaigrissement est rapide; les traits tirés, la face jaunâtre rappellent entièrement le teint jaune paille des cancéreux. Les douleurs, médiocres dans la forme catarrhale, sont quelquefois très vives dans la forme atrophique, surtout au moment des débâcles de pus.

Au toucher, on constate le plus souvent une forte irritation vaginale entretenue par l'écoulement : quelquefois même on rompt de véritables cloisons pseudo-membraneuses avant d'arriver sur le col. Mais là on ne trouve que des lésions peu importantes. La consistance est variable, plutôt diminuée. Il n'y a que peu ou point d'ulcérations, tout au plus existe-t-il un léger boursouflement de la muqueuse. L'utérus est mobile, généralement sa cavité est agrandie : elle peut dans certains cas exceptionnels mesurer onze centimètres et demi (Duncan). L'introduction de l'hystéromètre est douloureuse. Enfin, en retirant l'instrument, il s'écoule presque toujours, par le museau de tanche, un vrai flot de pus sanguinolent, dont la fétidité dépasse même celle de l'ichor cancéreux. Au spéculum, on est frappé de la couleur rouge foncé de la muqueuse du col, rappelant celle de certaines plaques de sphacèle en voie d'élimination. Dans la variété hémorrhagique, le sang peut être mêlé au pus, mais il peut être pur et s'écouler en abondance comme dans le cas de Galabin.

On conçoit combien il est difficile, surtout dans cette dernière forme, de faire le diagnostic avec le cancer du corps de l'utérus. La plupart des auteurs ont commis l'erreur : il importe donc de compléter l'examen clinique, par l'investigation microscopique. Le cancer de l'utérus n'est pas si fréquent après la ménopause, pour que l'on ne doive penser à l'endométrite sénile, dont des cas, plus nombreux chaque jour, viennent enrichir la littérature médicale.

Le pronostic est relativement bénin, puisqu'on peut arrêter rapidement la maladie par un traitement simple. Disons cependant que l'affection abandonnée à elle-même n'a aucune tendance à guérir spontanément, et dans quelques cas malheureux se termine par la mort. La forme hémorrhagique est d'un pronostic plus grave. Enfin il faut se rappeler le rôle attribué à la métrite dans la pathogénie du cancer (Emmet, Breisky) et se demander avec Barnes, Hermann, Duncan et avec Segond qui admet (Traité de chirurgie, p. 478) qu'une muqueuse enflammée est plus exposée à subir la dégénérescence cancéreuse qu'une muqueuse saine, si le cancer utérin, rare d'ailleurs chez les femmes âgées, n'est pas souvent fonction d'une métrite de l'époque atrophique.

Le seul traitement qui convienne est le curettage qui doit être fait avec précaution en raison de l'extrême amincissement que peuvent atteindre, dans certains cas, les parois utérines (forme atrophique.) Nous rejetons la plupart des caustiques qui ont du reste échoué entre les mains de ceux qui s'en sont servis et nous pensons qu'il suffit le plus souvent après l'intervention d'un tamponnement aseptique et bien exact de l'endomètre à la gaze iodoformée. C'est la pratique qui nous a réussi et qui a donné trois succès entre les mains de Pozzi et de Picqué. Si cependant la paroi musculaire était profondément infiltrée, qu'une récidive se produisît, on devrait recourir, mais seulement alors, à l'hystérectomie.

TRAVAUX ORIGINAUX

Des forces de réserve de l'organisme et de leur valeur dans la lutte de l'économie contre les maladies, discours prononcé à la séance solennelle du 3 janvier 1894 au cinquième congrès des médecins russes à la mémoire de Pirogoff, par le professeur V. V. PODVYSSOZKI.

Traduit du russe par S. BROÏDO et P. ELIACHEFF.

Mesdames et Messieurs,

Si de toute une série de questions palpitantes de la pathologie générale j'ai choisi comme sujet de mon discours celle *des forces de réserve de l'organisme et de leur rôle dans la lutte de l'animal contre les maladies* c'est que dans aucun autre sujet on ne peut tracer avec autant d'exactitude le tableau du progrès qu'a fait la pathologie

et la médecine contemporaine. Loin de moi l'idée de passer en revue le progrès de chacune des branches de la science médicale séparément. Cela n'entre pas dans mon sujet et aurait été du reste incompatible avec le temps restreint qui peut m'être réservé aujourd'hui. *Je tâcherai, dans mon aperçu, d'élucider à quelles considérations générales sur les maladies et leur traitement nous pouvons être amenés non par une seule branche quelconque de la médecine mais par l'ensemble de nos connaissances actuelles sur les différentes branches de cette science.* Je me rapprocherai ainsi le plus, je crois, de la tâche qui m'incombe aujourd'hui, tâche qui consiste à prononcer un discours à la séance pleinière de clôture du Congrès russe de médecine, et qui satisfera, j'espère, l'attention dont m'honorent tant d'auditeurs respectés.

C'est un fait acquis qu'il existe dans l'organisme une réserve des forces latentes, c'est-à-dire une réserve d'énergie qui ne se manifeste qu'en cas de besoin urgent de l'économie. Dans les conditions normales de la vie, au cours d'un travail ordinaire ou moyen, nos organes ne fonctionnent jamais au maximum et ne mettent en action qu'une partie de l'énergie potentielle qui y est cachée. Le reste de l'énergie vitale reste à l'état latent, ne se manifestant par rien et constituant *les forces d'épargne ou de réserve. Le système musculaire et nerveux* sont les plus pourvus de ces forces de réserve. Qui ne connaît, en effet, des cas où un homme, fatigué déjà, est capable de déployer une force musculaire presque incroyable au moment d'un danger menaçant sa vie ou au cours d'une persécution; des cas de force surhumaine que manifeste une mère malade et faible quand on lui enlève son enfant. Tout le monde sait qu'un élève, un savant, un écrivain, un publiciste, sont capables de déployer une activité cérébrale extraordinaire quand ils sont obligés de fournir dans un temps restreint un travail très important dont dépend tout leur avenir. Les exemples ne feront pas défaut; quiconque a aspiré à quelque chose, lutté pour atteindre un but, a rencontré des obstacles qu'il a pu surmonter, trouvera ces exemples dans sa propre existence. Exemples particulièrement fréquents dans la vie des combattants pour les idées, des savants et des hommes politiques éminents.

En général, *plus la différenciation du protoplasme est parfaite, plus ses propriétés fonctionnelles sont complexes, plus ce protoplasme conserve-t-il d'énergie qu'il ne dépense pas dans les conditions ordinaires de son activité, c'est-à-dire plus il lui reste de forces potentielles latentes.* C'est surtout le *système nerveux central* qui peut fournir le plus de preuves à l'appui de cette thèse. L'activité infatigable d'un savant, travaillant sans relâche pendant plusieurs jours quand il est entraîné par une nouvelle idée qui l'absorbe tout entier; ou d'un poète inspiré par des images nouvelles créées par son imagination, — qu'est-ce, sinon la manifestation de cette énorme réserve d'énergie qu'ont accumulée les cellules nerveuses des centres psychiques, ces molécules de protoplasme le plus complexe et à différenciation la plus complète. Que c'est précisément l'énergie de réserve que le protoplasme dépense dans des cas pareils, démontre le fait que tout travail exagéré ne peut être continu sans interruption pendant longtemps et qu'il est suivi d'une fatigue excessive temporaire et d'une incapacité absolue au travail. C'est que les fonds de forces latentes, employées pour l'excitation du système nerveux, sont épuisés et que l'homme est tombé dans l'apathie, est devenu faible et qu'il lui faut un certain temps de repos pour que l'énergie latente s'accumule de nouveau. On peut se convaincre par *voie expérimentale* de la présence des forces latentes dans *des organes et systèmes glandulaires et musculeux* entiers; ces faits peuvent surtout être démontrés pour le *cœur et les reins.* Il suffit, par exemple, de pratiquer une *insuffisance aortique artificielle, c'est-à-dire une des lésions dites organiques du cœur,* pour se convaincre combien vite, presque instantanément, la compensation de l'activité du cœur se montre, combien vite le ventricule gauche peut vaincre l'obstacle qui lui est créé. Il est évident qu'ici entre en action non seulement la force ordinaire du muscle cardiaque suffisante pour lancer l'onde sanguine normale; mais cette même énergie de réserve à laquelle le cœur a recours chaque fois que nous lui imposons un travail exagéré, que ce soit par suite d'une émotion morale vive ou par des exercices physiques tels que l'ascension d'une montagne ou une course rapide, etc.

Il en est de même lorsque, après *l'extirpation d'un des reins,* celui qui reste remplit un travail double. Si dès le premier jour après l'opération la quantité d'urée éliminée ne diminue pas, ce résultat ne peut être atteint d'aucune autre façon que par la mise en action de l'énergie de réserve toute prête des éléments glandulaires du second rein, énergie qui, dans les conditions normales de la vie, est restée à l'état latent. On ne pourrait expliquer ces deux faits autrement à moins de ne supposer que dans un laps de temps aussi restreint que le sont quelques heures, naissent de nouveaux éléments musculaires ou glandulaires, ou du moins que les éléments préexistants augmentent de volume et s'hypertrophient; en d'autres termes que, pour développer une nouvelle force, une nouvelle matière soit créée si rapidement.

Or en réalité il n'en est pas ainsi : *les processus de régénération et d'édification demandent du temps et ne peuvent point se faire en quelques minutes ni en quelques heures.* Si le cœur, le rein et tous nos organes en général arrivent à avoir très vite, quelquefois même instantanément raison des obstacles imprévus qui se sont dressés devant eux, notre organisme sort parfois vainqueur d'une attaque si inattendue et à laquelle il n'a pas été préparé, c'est exclusivement grâce à l'énergie potentielle cachée dans tout ce qui vit, c'est grâce à l'abondance des forces de réserve toutes préparées qui se trouvent dans tout corps vivant.

Au point de vue de l'existence des forces de réserve toutes prêtes, il y a en général une *grande analogie entre l'organisme vivant et une machine quelconque*; on peut même dire plus : il y a analogie entre l'organisme et une adaptation mécanique quelconque. Toute machine, tout objet employé en mécanique sont vérifiés pour une résistance maximale déterminée, pour une force de travail maximale définie, quoique dans les conditions ordinaires de travail on n'utilise qu'une partie de cette force. Il suffit, en effet, de se représenter une machine à vapeur quelconque, une chaudière, un robinet, un simple tube ou une chaîne enfin, pour se faire une idée de cette analogie. Cependant pour les *adaptations mécaniques* un tel maximum de capacité de travail est une quantité qui peut être mesurée et définie après vérification expérimentale de contrôle. Aussi suffit-il de déduire de cette quantité la force employée pendant un travail moyen pour connaître la quantité de force de réserve dépensée. *Un tel calcul n'est point applicable à l'organisme vivant.* Il est en effet impossible de déterminer la quantité maxima de la capacité de travail des tissus et organes vivants, on ne peut calculer d'avance la quantité de force latente que peut développer tel ou tel organe quand il sera mis dans des conditions exigeant la mise en activité de toute sa force vitale. Si une telle détermination a été faite, il est vrai, par des physiologistes pour un volume déterminé de tissu musculaire séparé de l'organisme ou pour de certains groupes musculaires,

cette détermination devient impossible pour des organes entiers, pour des régions du corps, d'une part par défaut de moyens de cette mensuration, d'autre part par suite de l'inconstance excessive de la quantité à mesurer. Sans parler de ce que la capacité de travail des parties vivantes dépend d'une foule de conditions individuelles, cette capacité est en outre soumise à des oscillations dépendant du degré de l'excitabilité nerveuse, du plus ou moins grand afflux du sang, de la fatigue antérieure, etc.

Mais malgré tous ces faits, les exemples cités nous démontrent péremptoirement que *la matière vivante possède une force de réserve toute préparée et que dans les conditions ordinaires, pour ainsi dire idéales de l'existence, nos organes ne fonctionnent jamais au maximum*. Le maximum de capacité de fonctionnement ne se dévoile que dans les cas où l'on impose à nos organes un travail exagéré, quand ils sont sortis de l'état idéal, tranquille, imperturbable de leur existence. Cette déséquilibration de la vie normale s'observe très fréquemment à des degrés variables. Aussi est-il tout naturel que la demande de forces de réserves soit constante, que notre organisme ne puisse s'en passer même à l'état de ce qu'il est convenu d'appeler la santé et que, par conséquent, l'existence dans la matière vivante de l'énergie potentielle, soit une des expressions de la sélection naturelle et de l'adaptation de l'être vivant aux conditions extérieures de la vie.

La déséquilibration de la vie normale peut être de nature et de degré divers, en commençant par des modifications passagères et très peu importantes et finissant par des troubles stables et essentiels de nos tissus et organes. Dans le *premier* cas, c'est-à-dire quand l'écart de la normale de la vie est de courte durée, et reste encore dans les limites assez extensibles de l'état physiologique; ou dans les conditions anormales qui, sans provoquer des lésions stables des organes, créent seulement des obstacles temporaires au fonctionnement de l'organisme, *les forces de réserve sont parfaitement suffisantes*, et l'organisme les utilise pour vaincre ces obstacles si inopinément créés. Chacun de nos organes a souvent à lutter contre de tels obstacles, et à développer une activité exagérée. *La révélation de cette force latente ne s'accompagne d'aucune modification durable de l'organe qui fonctionne et ne laisse comme trace qu'une fatigue temporaire*. Ainsi par exemple, une fatigue du cœur survient après des palpitations violentes provoquées par une cause quelconque; de même, nous ressentons une fatigue intellectuelle après une émotion psychique violente ou un travail cérébral exagéré. C'est pour la même raison que nous observons une dépression passagère des fonctions motrices et digestives de l'estomac et de l'intestin succédant à leur surcharge par des aliments ou à un péristaltisme exagéré. Toutefois, *tant que les organes se trouvent dans les limites de la normale, c'est-à-dire tant que les conditions extérieures n'ont pas provoqué dans l'organisme de lésions morphologiques ou fonctionnelles prolongées*, tant que ces conditions n'ont pas créé d'obstacle trop grand au fonctionnement des tissus vivants, le travail exagéré de ces organes et la manifestation de leurs forces de réserve ne s'accompagnent pas de lésions définitives des tissus.

Il en est tout autrement quand il s'agit d'écarts de la normale de longue durée ou des effets extérieurs qui produisent, quoique passagers, des altérations anatomiques des tissus ou qui opposent aux tissus vivants une résistance énorme. Les troubles fonctionnels qui se montrent alors méritent déjà, dans un grand nombre de cas, le nom de pathologiques, morbides et ne peuvent être effacés ou corrigés que si la partie lésée se met à travailler avec une très grande énergie, ou si l'organe malade est remplacé par un autre à fonction similaire. Dans l'un et dans l'autre cas cependant, les forces de réserve toutes prêtes ne suffisent pas à elles seules pour l'exécution d'un travail ininterrompu exagéré, double et parfois même triple; *un développement de forces nouvelles est indispensable, par conséquent il est indispensable qu'une nouvelle matière vivante se développe*, sans quoi il n'est plus possible de remédier aux troubles pratiqués par la maladie.

L'accroissement de la nouvelle matière vivante et le fonctionnement intensif et interrompu pendant un certain temps de certaines parties du corps destiné à vaincre les obstacles anormaux créés par la maladie, ne sont en réalité rien autre que *le résultat d'une propriété remarquable de la matière vivante, propriété qui ne se répète plus nulle part et qui consiste dans la faculté d'adaptation de l'être vivant aux nouvelles conditions de l'existence ayant toujours le but de l'auto-défense*.

Comme les forces nouvelles qui se développent dans ces conditions n'existent pas à l'état normal et naissent seulement en cas de besoin absolu, elles méritent aussi le nom de *forces de réserve* quoique se distinguant par leur essence même des *forces de réserve toutes préparées* déjà étudiées. Là nous avions affaire à une réelle épargne de force, à une économisation d'énergie, sans augmentation de la masse de la substance; c'est-à-dire à un phénomène qui a son analogie en mécanique. Tandis qu'ici entre en scène une faculté *propre à l'organisme vivant seul : l'accroissement rationnel de nouvelles masses de matière et le développement de nouvelles forces*. Le nom de forces de *réserve* ne convient pas, il est vrai, au sens strict du mot, à ces forces nouvelles; néanmoins le terme *de réserve* ne leur est pas étranger, ne serait-ce que pour ce fait qu'elles naissent et ne se manifestent qu'en cas de *besoin extrême* provoqué par la maladie et qu'elles ne se développent que grâce à la propriété spéciale du protoplasme vivant d'accumuler une *grande quantité d'énergie potentielle*. De la rapidité et du degré d'accroissement de ces forces dépend, dans la grande majorité des cas, l'issue favorable de la lutte de l'économie contre la maladie, c'est-à-dire la possibilité pour chaque organe de vaincre les obstacles créés par la maladie. C'est ainsi que le cœur d'un sujet fort et bien nourri developpé des forces nouvelles lorsqu'il est atteint d'une lésion organique, il augmente de dimensions et arrive tant et si bien à vaincre la stase sanguine que parfois nous ne doutons même pas que nous avons devant nous un homme atteint d'une insuffisance valvulaire ou d'un rétrécissement orificiel. Par contre, dans un organisme dont la faculté de créer de nouvelles masses de matière albuminoïde vivante est affaiblie et la faculté de production de forces nouvelles déprimée pour une cause ou pour une autre, le cœur malade n'est pas en état d'avoir aussi bien et pour un temps aussi long raison des stases sanguines; il en résulte ce qu'on appelle les troubles de compensation, c'est-à-dire toute une série de troubles circulatoires dont les œdèmes et l'ascite ne sont que le triste acte final.

Les mêmes phénomènes qu'on observe dans la vie du peuple tout entier et que tout le monde connaît si bien se répètent en général dans chaque individu pris isolement. Dans un pays riche, possédant une organisation rationnelle de toutes les parties de la vie sociale et politique, on met en activité en cas de guerre non seulement les forces de réserve déjà prêtes, mais on envoie aussi au théâtre de la guerre, au fur et à mesure, des cadres de réserves nouvellement formées. De même aussi dans un organisme résistant, non affaibli, la réaction contre les lésions produites par la maladie se tra-

duit par toute une série de forces nouvelles qui se développent au fur et à mesure des besoins de l'économie. Ces forces de défense qui sauvent l'organisme peuvent être nommées forces d'épargne. *Le fait de la non existence de ces forces à l'état normal ne peut pas servir d'argument contre l'hypothèse qu'il s'agit là de forces de réserve.* Et en effet, non seulement on complète pendant la guerre les bataillons et les régiments par des soldats de réserve appelés sous les armes, mais on en forme de nouveaux cadres qui n'existaient pas en temps de paix, on organise des milices composées d'hommes qui antérieurement ne se trouvaient même pas dans les cadres de réserve et qui ne présentent d'aucune façon une force de guerre toute préparée. Les *mêmes faits s'observent séparément, dans chaque organisme vivant : en dehors des forces de réserve toutes préparées qui se trouvent à l'état latent dans chacune des molécules de son protoplasme, l'organisme possède la propriété de créer de nouvelles masses de matière vivante et de développer des forces nouvelles qui,* par opposition aux forces de réserve *toutes préparées,* méritent le nom de forces de réserve *nouvellement formées.*

La capacité de s'adapter aux nouvelles conditions de l'existence et le développement rationnel des forces nouvelles est une propriété qui appartient à la matière vivante seule et qui ne s'observe nulle part ailleurs. On compare généralement l'organisme animal à un mécanisme complexe et parfait, pourvu d'autorégulateurs et de distributeurs sensibles des forces. Les fonctions vitales sont considérées comme la manifestation des forces physico-chimiques agissant dans ce mécanisme. Une telle conception mécanique de la vie semblait tout récemment encore être la solution la plus brillante d'un des problèmes les plus difficiles, le problème de la vie, et a créé une série d'entraînements en faveur de la théorie mécanique de la conception de la vie, entraînements très tristes par leurs vastes conséquences. Cette conception est basée sur une analogie grossière et sur la confusion de la cause provocatrice et le fond même du phénomène avec le moyen de le produire ou de le manifester. Déjà Virchow et Claude Bernard ont, vers 1860, énergiquement protesté contre cette funeste confusion des conceptions. Les représentants éminents de la science dont notre époque est si riche, s'élèvent énergiquement et avec des preuves indubitables à l'appui, contre cette conception mécanique absolue des processus biologiques et les idées *du néovitalisme* acquièrent un nombre de plus en plus grand d'adeptes.

En effet, si les fonctions vitales s'accomplissent suivant les lois de la mécanique, de la physique et de la chimie, cela ne prouve pas encore que la vie dans son ensemble ne soit simplement qu'un mécanisme parfait. *Le mystère de l'engendrement de la vie est resté sans réponse de la part de la science. L'adaptation rationnelle qui est la propriété essentielle de tout ce qui vit ne trouve pas d'analogie parmi les phénomènes mécaniques et chimiques.* Cette propriété se traduisant sous forme de ce que nous appelons *la volonté ou la force vitale,* n'est pas seulement une réaction de la matière contre l'influence du monde extérieur ; non, cette propriété est autonome jusqu'à une certaine limite. Une fois créée dans l'univers, en cet état de la matière qu'on appelle la vie, cette matière se continue par succession, indéfiniment et toujours, dans toute une série de nouvelles combinaisons et de formes variées. L'hérédité, la contractilité, la prolifération, la régénération, les propriétés fonctionnelles commençant par l'élimination de divers ferments et finissant par le travail psychique le plus élevé, *tous ces phénomènes ne sont en réalité que les résultantes d'une seule propriété fondamentale de la matière vivante, le pouvoir d'adaptation ou la volonté.* C'est grâce à cette propriété que le protoplasme vivant, nos tissus et nos organes ont acquis la faculté non seulement de mettre en action, en cas de besoin, les forces de réserve toutes préparées qui s'y trouvent à l'état latent, mais même de créer des forces nouvellement formées.

Revenant à notre sujet principal, nous voyons qu'*il faut reconnaître dans l'organisme vivant l'existence d'une double série de forces de réserve : les unes déjà toutes prêtes, les autres qui sont en train de se former, de se développer.* La manifestation *des premières* ne s'accompagne pas d'augmentation de volume de la substance et a lieu pendant les efforts de courte durée des organes isolés, efforts qui ne sortent pas encore du cadre d'un état physiologique normal. Par contre, la manifestation des forces du *second ordre* coïncide ou plutôt est précédée par l'accroissement des nouvelles masses du protoplasma vivant, c'est-à-dire par ce qu'on appelle en médecine *hypertrophie ou hyperplasie.* Un tel accroissement de la matière et de la force est toujours occasionné par un travail exagéré des tissus, travail provoqué soit par des excitations prolongées et intensives, soit par la nécessité de vaincre des obstacles anormalement exagérés. *Les excitations d'un faible degré* ou bien le fonctionnement durable mais uniforme du protoplasme ne s'accompagnant pas d'afflux exagéré de sang, *n'amène jamais l'accroissement de la matière nouvelle et le développement des forces nouvellement formées.* A cet effet suffisent les forces qui agissent d'habitude, ou à la rigueur les forces nouvelles toutes préparées. Cette considération devient surtout évidente et se confirme quand on considère une partie du corps comme la paume et la main tout entière, *d'une part* chez le scribe, le peintre, l'écrivain, le musicien, c'est-à-dire chez des sujets qui font agir un certain groupe de muscles d'une façon continue, mais régulièrement et sans trop d'efforts; et *d'autre part* chez le serrurier, le forgeron, le menuisier, chez le dentiste chinois, et en général chez ceux qui font de grands efforts avec les muscles de la paume de la main et des doigts et qui sont toujours obligés d'opposer leur force musculaire à de grandes résistances.

Dans le *premier cas* un travail musculaire continu n'a pas amené d'accroissement, d'hypertrophie des muscles, et tout le monde sait fort bien que les muscles de la paume de la main d'un peintre, d'un écrivain et même d'un scribe écrivant toute la journée, ne sont ni plus épais ni plus volumineux que ceux des autres personnes. Dans le *second cas,* au contraire, déjà au bout de six mois ou d'un an apparaît une augmentation notable de toutes les dimensions de la paume et un épaississement des faisceaux musculaires aussi bien de la main que des doigts isolés.

De tout ce qui précède, il résulte d'une façon toute évidente *que la possibilité de la manifestation des forces nouvellement développées est inévitablement provoquée par l'accroissement de la matière vivante, tandis que la manifestation des forces de réserve déjà préparées est indépendante de ce phénomène vital.* Cette thèse biologique doit servir de base à nos considérations ultérieures.

Voyons maintenant de quelle façon et *sous quelle forme se traduisent les forces de réserve de l'organisme pendant la maladie et comment s'obtient la guérison grâce à ces forces latentes.*

Je ne veux pas entrer ici dans tous les détails de la pathologie et je ne fatiguerai pas votre attention par une longue description des modifications qui se produisent dans l'organisme animal au cours de diverses maladies, c'est-à-dire sous l'influence de toutes sortes d'agents nocifs venus de l'extérieur. *Je prendrai comme point de départ* de mon aperçu *une autre propriété fondamentale*

du protoplasme vivant : la *tendance à la conservation de la vie*, c'est-à-dire à la conservation de cet arrangement d'atomes *dans les molécules d'albuminoïdes qui constituent la condition essentielle de l'état vivant de l'albumine.* Chaque cellule vivante, chaque parcelle de cellule vivante est capable de lutter dans une certaine mesure pour la défense de sa constitution, c'est-à-dire pour sa vie. Seuls les agents qui agissent très énergiquement tuent la vie d'un coup, c'est-à-dire dérangent le groupement donné des atomes dans la matière albuminoïde vivante (1). Les réactions nocives de moindre intensité ne font *qu'altérer momentanément* l'échange normal des matériaux et les fonctions de l'organisme vivant, sans produire le déplacement des atomes qui provoque la mort. Cette altération, localisée dans un organe quelconque ou étendue à plusieurs organes et même au corps tout entier pendant que la respiration et les contractions cardiaques continuent, n'est en réalité autre chose que *la maladie.*

Dans l'analyse de n'importe quel processus pathologique nous distinguons deux groupes de phénomènes : *passifs et actifs. Les phénomènes passifs* se composent des modifications dégénératives des groupes cellulaires isolés et de l'altération graduelle ou rapide du processus vital qui les amène. Le second groupe sert à manifester la tendance irrésistable mentionnée plus haut de l'organisme vivant à continuer sa vie; et c'est ainsi que les parties vivantes et les cellules non touchées tâchent en quelque sorte par leur suractivité à combler les lacunes que la maladie a provoquées dans le fonctionnement des organes. *Cette exagération de la fonction ou manifestation d'une force nouvellement créée constitue le degré de la réaction salutaire du protoplasme vivant et de tout l'organisme contre l'agent nocif et contre les lésions qu'il a produites.* Mais d'après la thèse biologique que nous avons admise plus haut *le développement des forces nouvelles doit coïncider avec la formation de masses nouvelles de matière vivante.* Et en effet, quel que soit l'exemple que nous choisissions dans le groupe des phénomènes actifs au cours d'une maladie, *toujours nous voyons que l'exagération des fonctions des organes destinée à corriger les défauts qui ont été produits par la maladie s'accompagne d'une accentuation de la prolifération du protoplasme, d'un accroissement en nombre et en volume.*

Ainsi donc *dans des groupes cellulaires isolés, dans des point divers de l'organisme s'accentue l'assimilation des matériaux nutritifs, il se fait un travail d'édification énergique; de nouvelles masses de matière vivante s'accroissent et de nouvelles forces salutaires pour l'organisme se développent.* Au cours d'une guerre qui s'allume entre deux nations, on forme constamment de nouveaux bataillons et des régiments de réserve et de nouvelles forces sont dirigées vers les champ de bataille. *De même que l'issue favorable de la lutte dépend de la rapidité de la formation des nouveaux cadres, du degré de l'autodéfense à laquelle la nation est capable, de même que la possibilité de se relever de la dévastation, au cas de défaite, dépend de la richesse économique du pays, de la vitalité du peuple, du développement de nouvelles branches de l'économie rurale, du relèvement de l'industrie et du commerce ; de même dans chaque individu vivant l'issue favorable de la maladie, le retour à la santé ou la guérison dépend de la vitalité des groupes cellulaires isolés, de leur effet réactif contre l'agent pathogène, c'est-à-dire de leur capacité à l'accroissement, à la création de nouvelles molécules d'albuminoïde organisé et au développement de nouvelles forces de réserve qui n'existaient pas à l'état normal.* Il serait oiseux de citer des exemples concrets pour confirmer ce qui vient d'être dit; l'histoire universelle en est aussi riche que la médecine clinique et expérimentale.

Cependant *tout homme tombé malade ne guérit pas*; les défections provoquées par la maladie ne sont pas toujours corrigées et compensées. Il reste parfois des lésions indélébiles sous forme de processus chroniques des déformations, d'insuffisance d'organes isolés ou sous formes diverses d'épuisement. Si ces faits se produisent, *deux causes peuvent être invoquées*: soit par suite de l'étendue excessive des lésions, soit par le peu d'énergie et l'insuffisance de développement de la faculté créatrice active du protoplasme de ces sujets. L'incapacité de certains organismes d'avoir raison des affections telles que la pneumonie lobaire aiguë, la fièvre typhoïde, le typhus exenthématique et beaucoup d'autres maladies infectieuses contre lesquelles d'autres réagissent avec succès, cette incapacité doit être expliquée dans beaucoup de cas par l'absence d'effets actifs de la part de la matière vivante, par l'insuffisance de capacité d'adaptation du protoplasme et de tout l'organisme aux nouvelles conditions de vie que lui a créées la maladie.

Chez les uns, cette diminution de tout le tonus vital est due aux conditions défavorables de leur existence propres, aux mauvaises conditions hygiéniques de leur vie ; en d'autres termes, l'insuffisance de leurs réactions actives au cours de la maladie réside dans leur propre onthogénèse qui débute déjà dès la conception et qui dure chez lui pendant toute la vie intra- et extra-utérine. Les différentes formes d'inanition et d'épuisement, le surmenage fréquent, les excès in Baccho et in Venere et toute une série de perversions de tout le régime de la vie dont notre existence actuelle est, hélas! si riche, tout cela ronge les forces vitales, affaiblit la faculté d'autodéfense propre à tout être vivant, la stabilité, la faculté d'accroissement de la nouvelle matière et des nouvelles forces, c'est-à-dire *altère cette propriété de l'organisme dans laquelle réside le gage principal de la guérison.*

Les autres, au contraire, ne sont pas responsables de la faiblesse réactionnelle de leur force vitale ; ils naissent avec cette faiblesse, leur individualité est éclose à l'état débile ; ils viennent au monde portant en eux les stigmates de dégénérescence de tout l'organisme ou d'une de ces parties constituant un des anneaux de la chaîne infinie de la vie, ils sont la victime de la loi de succession et d'hérédité ; s'ils cèdent facilement à la maladie, s'ils ne luttent pas contre elle, s'ils manifestent peu d'énergie dans le développement des forces nouvelles, il faut en accuser leurs aïeux dont ils supportent les péchés qu'ils sont obligés de racheter.

Le fait une fois établi que la guérison de la plupart des maladies n'est possible qu'à condition d'accroissement de nouvelles masses de matières vivantes et de la manifestation des forces nouvelles, il ne me reste qu'à *passer sommairement en revue générale,* les formes sous lesquelles se traduisent les forces de réserve nouvellement formées.

Tout le vaste groupe de processus actifs salutaires pour l'organisme qui y apparaissent au cours d'une affection quelconque et qui sont la manifestation de la réaction des

(1) La mort de la cellule et du protoplasme n'est autre chose que la transformation de la matière albuminoïde vivante ou active en matière albuminoïde morte ou passive. Il y a lieu de croire, d'après les recherches récentes de Loew, que l'état vivant de la matière albuminoïde et la manifestation de cet état sous forme de ce qu'on appelle la force vitale dépend de la présence dans les albuminoïdes d'un grand nombre de groupes instables d'aldéhydes et amidogènes AzH^2, c'est-à-dire de groupes possédant une très grande mobilité atomique. C'est cette mobilité qui se manifeste sous forme de forces vives. Très probablement le mouvement de ces groupes atomiques instables est autrement accéléré sous l'influence d'une température dépassant 44 à 45° C., ou sous l'influence de diverses conditions anormales (poisons du protoplasma, etc.), ces groupes disparaissent et à leur place naît un corps stable qui est la matière albuminoïde morte ou passive.

tissus vivants contre l'agent pathogène, n'est en somme composé que de *deux ordres de phénomènes* : *d'une part* des phénomènes de *réviviscence avec hypertrophie compensatrice ou vicariante des cellules et des organes, d'autre part* de phénomènes de *réaction inflammatoire*. Quand on examine les phénomènes du *premier groupe* on est stupéfait du volume énorme que peuvent acquérir les organes musculaires et glanduleux quand ils se trouvent dans la nécessité de fournir un travail exagéré pour vaincre un obstacle créé par la maladie ou pour éviter de nouvelles irritations anormales pour eux. Je me souviens par exemple des cas d'*hypertrophie énorme* du cœur qui atteignait le volume d'un *cœur de bœuf*, cas qu'on observe dans la guérison relative des affections cardiaques : Au lieu de deux cent cinquante à trois cents grammes, que pèse normalement un cœur humain, cet organe peut atteindre en cas d'hypertrophie, mille deux cents et même deux mille grammes, c'est-à-dire augmenter cinq ou six fois de volume et plus. Ce qui est surtout remarquable dans ces cas, c'est que la faculté créatrice de telles masses énormes de nouvelle matière vivante et précisément du muscle cardiaque, faculté qui garantit à l'organisme la possibilité d'une longue existence compatible avec une lésion cardiaque organique du cœur, n'est pas du tout un *phénomène obligatoire*. Chez un sujet épuisé par des affections antérieures, chez des individus qui ne possèdent qu'à un faible degré des propriétés créatrices du protoplasme, l'hypertrophie compensatrice du cœur peut ne pas se développer consécutivement à une lésion organique de cet organe à un degré suffisant ; en d'autres termes un tel malade n'aura pas raison des obstacles créés par la maladie et il n'en aura pas raison exclusivement par ce fait que la faculté formatrice de son organisme est peu développée et que chez lui les forces de réserve nécessaires pour la lutte contre la maladie, ne peuvent être créées à un degré suffisant.

La faculté d'hypertrophie et d'accroissement de la matière vivante, hypertrophie compensante et en même temps salutaire pour l'organisme, est encore plus nettement accusée dans les viscères pairs et surtout dans ceux qui sont absolument indispensables à la vie de l'individu, c'est-à-dire les reins. Sans eux, c'est-à-dire sans les organes qui éliminent du sang tous les déchets et tous les produits d'échange, l'organisme ne peut pas vivre. Or que voyons-nous ? La lésion ou l'ablation d'un rein amène une hypertrophie progressive de l'autre rein, laissé en place, hypertrophie qui peut atteindre des dimensions énormes. En d'autres termes, l'exagération prolongée de la fonction ne peut avoir lieu sans formation de nouvelle matière.

La faculté de l'hypertrophie compensatrice d'un organe au cours de la lésion de l'autre n'appartient pas seulement aux organes pairs comme le sont par exemple les reins, les glandes salivaires, les poumons, *mais aussi aux organes multiples impairs pourvu que ces organes soient similaires par leur embryogénie et leurs fonctions*. Grâce à l'arrangement colonial de chaque organisme et au principe de division du travail qui est la base de la vie d'un être multicellulaire, les organes et parties du corps ayant une fonction similaire servent au même but ; aussi se remplacent-ils tout naturellement et et se compensent-ils les uns les autres. La pathologie a réuni toute une *série d'exemples instructifs de cette hypertrophie compensatrice des organes similaires*. Il suffit de se rappeler *le développement de nouveaux ganglions lymphatiques et d'amas de tissu adénoïde* dans le mesentère et l'épiploon qu'on observe après la splénectomie, ou bien l'*hypertrophie de la partie glandulaire du corps pituitaire* qui suit l'ablation ou la lésion de la glande thyroïde, ou bien enfin l'*hyperthropie de certains lobes du foie* quand les autres lobes sont enlevés ou lésés. Dans tous ces cas nous avons affaire à un seul et même phénomène : la manifestation de nouvelles forces de réserve et d'une énergie potentielle énorme des groupes cellulaires isolés qui mènent à la réparation des lésions et des défauts développés dans l'organisme sous l'influence de la maladie.

M. von Meister a fait récemment dans mon laboratoire des *recherches sur le foie* qui sont la continuation avec plus ample développement des expériences faites il y a trois ans par Ponfick et qui ont fait alors tant de bruit dans le monde savant. Les résultats de ces expériences constituent la preuve la plus évidente du degré remarquable que peut atteindre l'énergie potentielle des cellules lorsque les cellules voisines, de fonction analogue, ont péri par suite de maladie et lorsque l'absence de ces éléments dans l'économie met la vie de l'individu en danger. Il résulte de ces expériences qu'on peut enlever les trois-quarts du foie, mais même les sept-huitièmes de l'organe; et la petite parcelle de tissu hépatique qui reste s'accroît rapidement pour former un foie nouveau de poids égal au poids primitif de la glande.

De tous les processus pathologiques, *nulle part l'utilité et le rôle salutaire pour l'organisme de l'énergie potentielle et de réserve que possède la matière vivante ne se manifeste à un tel degré, nulle part l'accroissement du protoplasme nouveau et des nouvelles cellules ne se présente comme phénomène aussi rationnel que dans l'inflammation aiguë*. Grâce aux travaux remarquables de Metschnikoff sur l'inflammation, ce processus, un des plus répandus et appartenant à des phénomènes les plus populaires — passez-moi l'expression — de l'organisme vivant, est actuellement élucidé dans son fond même. Dans le processus inflammatoire aigu, nous avons affaire à *l'expression nette et bruyante de la faculté d'autodéfense de la matière vivante*. L'afflux du sang au point lésé, la migration des leucocytes hors des vaisseaux, se dirigeant vers le foyer où se trouve l'agent de l'inflammation; la phagocytose par les jeunes cellules vivaces des microbes provoquant l'inflammation et l'élimination à l'aide de ces cellules, du foyer morbide de toutes les particules inutiles qui, comme le gravois, encombrent les fentes des tissus, enfin le développement et la multiplication des cellules connectives qui, à l'état normal, sont excessivement petites et se trouvent pour ainsi dire à l'état de sommeil ; *en un mot, tout l'ensemble des phénomènes progressifs néoformatifs qu'on observe au cours de l'inflammation, — tout ça qu'est-ce sinon l'expression de la quantité considérable d'énergie potentielle qui se trouve à l'état latent dans l'organisme vivant, dans la matière vivante?* Et combien connaît-on de cas où l'insuffisance de la manifestation de ces forces de réserve et le peu d'énergie de la réaction inflammatoire ruinent l'organisme, ne lui permettent pas de revenir à l'état de santé et de se débarrasser de l'agent pathogène ! Il suffit, à cet effet, de se souvenir des maladies infectieuses comme par exemple, l'érysipèle, la pneumonie, des processus pathologiques tels que les ulcères chroniques incicatrisables, etc., etc.

La leucocytose inflammatoire générale, le développement des bourgeons charnus, de cellules géantes énormes tout cela ne constitue-t-il pas d'exemples frappants d'accroissement local et général de la matière vivante nouvelle, dans le but de développement de nouvelles forces, indispensables pour la lutte avec la maladie.

Messieurs, l'heure avance, et je ne peux vous donner d'autres exemples pris dans le domaine de la pathologie qui auraient confirmé de la façon la plus démonstrative la thèse soutenue plus haut que, *dans la majorité*

d'affections provoquées par l'imprégnation des agents pathogènes, le retour de l'organisme à l'état de santé est dû à l'accroissement de nouvelles masses de matière vivante et au développement de forces de réserve nouvelles. L'un et l'autre ne sont que l'expression de la faculté d'adaptation rationnelle propre au protoplasme. *Les défauts, les privations, les pertes qu'éprouvent certaines parties de l'organisme au cours de la maladie, semblent stimuler la suractivité des autres parties* non lésées et bien nourries, *suractivité salutaire pour toute l'économie.* L'hypertrophie compensatrice d'un rein, en cas de lésion de l'autre, le travail exagéré d'un lobe pulmonaire quand les autres sont atteints de processus tuberculeux, l'épaississement du muscle cardiaque dans l'altération valvulaire, l'hyperémie collatérale et la formation d'un réseau nouveau de vaisseaux sanguins dans l'oblitération du tronc artériel ou veineux principal de la région, l'augmentation dans le sang et dans les fentes lymphatiques des masses de nouvelles cellules dans l'inflammation, etc., etc., qu'est-ce au demeurant sinon l'*altruisme* entre les différents groupes cellulaires, c'est-à-dire la prospérité des uns suivie de l'amélioration de l'existence des autres.

Mais tandis que dans les *groupes humains* il est convenu de considérer le *sens moral* comme motif de la façon d'agir des altruistes, ce sont dans la plupart des cas des facteurs *mécaniques et chimiques* qui donnent l'impulsion à l'altruisme dans les *groupes cellulaires.* Le fonctionnement intensif et l'accroissement des cellules sont dus soit à l'accentuation réelle ou à l'élévation de la tension sanguine, soit à l'afflux du sang, soit enfin à l'irritation du protoplasme par les produits d'échange accumulés dans le sang. Sous l'influence de ces facteurs le protoplasme s'adapte aux nouvelles conditions d'une façon utile pour tout l'organisme et augmente inconsciemment, involontairement de volume en dégageant une série de forces nouvelles. *N'est-ce pas cela que nous rencontrons dans les sociétés humaines? N'avons-nous pas le droit d'admettre que la source première de l'altruisme chez l'homme consiste aussi dans la réaction involontaire de tout être vivant contre des facteurs tels que la misère, la souffrance des autres?* Dans les deux cas, en effet, c'est-à-dire parmi les cellules dans l'organisme et parmi les hommes dans la société, *l'altruisme est un phénomène inévitable, une conséquence fatale de la propriété fondamentale de la matière vivante qui consiste dans l'adaptation aux conditions ambiantes du milieu extérieur et dans la réaction contre ces conditions dans une direction utile à l'existence privée et publique. In microcosmo,* l'altruisme se manifeste par toute une série de phénomènes progressifs, utiles et rationnels pour chaque individu pris séparément comme, par exemple, la régénérescence, l'hypertrophie compensatrice des organes, la leucocytose inflammatoire, etc. *In macrocosmo,* cet altruisme se traduit par des formes les plus variables des secours mutuels et de bienfaisance publique. De même que dans le *premier* cas, l'incapacité et l'insuffisance de la réaction active des tissus vivants contre l'effet et la destruction que produit sur l'organisme la maladie font preuve de débilité héréditaire ou acquise, d'insuffisance de développement et, en général, d'anomalie des tissus; de même dans le *second* cas, c'est-à-dire *dans la société humaine, l'absence d'altruisme, l'insuffisance du secours de la part de l'homme rassasié à l'homme affamé, la suffisance de l'existence ne répondant pas assez aux souffrances et à la misère, sont l'expression de la dégénérescence et de l'arrêt de développement du principe de la vie en général et de cette fonction de la matière vivante qu'on a l'habitude d'appeler « sens moral », en particulier.*

Messieurs, je considère mon sujet comme épuisé dans les limites du lieu et du temps et je me permets de croire que vous vous êtes pénétrés de la conviction *que le gage du retour à la santé après une maladie, que le succès de la lutte avec cette dernière réside avant tout et surtout dans cette énergie potentielle qu'est capable de développer tout être vivant quelque grand ou petit qu'il soit.* J'aurais tranquillement quitté cette place considérant ma tâche comme accomplie n'était ce sentiment de crainte qui se glisse involontairement dans mon cœur, car, en voyant devant moi, dans ce vaste local, d'une part vos invités auxquels la médecine n'est pas spécialement familière mais qui la respectent toutefois, et d'autre part mes nombreux collègues, je crains que les thèses fondamentales que j'ai soutenues dans ma causerie ne fassent naître des doutes sur l'utilité de la science médicale chez les uns de mes auditeurs, une protestation involontaire contre la diminution de la haute mission du médecin chez les autres. En effet, comme conclusion de notre causerie la question suivante surgit d'elle-même :

Si le retour à la santé après une maladie est dû à l'intensité de la réaction active des tissus contre la cause de la maladie, avec manifestation de l'énergie potentielle qui se trouvait dans le protoplasme à l'état latent, en d'autres termes, *si la matière vivante a la tendance à l'auto-guérison naturelle quel est alors le rôle qui incombe à l'intervention médicale dans la lutte avec l'affection, quel est le rôle de l'hygiène, de la thérapeutique, c'est-à-dire le rôle de la science médicale et du médecin?* Je crois ne pas me tromper en disant que déjà notre père en médecine, le grand Hippocrate a donné, en des termes généraux, une réponse exacte à cette question. Il dit, en effet, dans un de ses ouvrages que *la nature est une grande médicatrice et nous ne pouvons contribuer à la guérison des affections qu'en aidant à ses forces curatrices.*

Bien entendu, ces grandes paroles ne pouvaient pas être basées sur des données et des faits précis; elles ne sont que l'expression d'un esprit fin et observateur d'un homme de génie. *Vis medicatri naturæ,* cette force autoguérisante de la nature qu'Hippocrate sentait vaguement et même mystiquement et que les mécaniciens et les alchimistes du moyen âge ont voulu nier, comme le veulent aussi les matérialistes actuels, *cette force existe réellement et on a pu la concevoir. Elle est la résultante de la propriété fondamentale de tout ce qui vit, et précisément de l'adaptation et de la tendance à la conservation d'un mouvement une fois acquise.* La nature elle-même doit en effet être notre guide *dans la lutte* avec les maladies, cette nature avec sa tendance inconsciente à un travail d'édification, au remplacement des parties altérées par de nouvelles, à l'élimination de tout élément irritant et nocif.

Il suffit de jeter un coup d'œil en arrière sur le long passé de la thérapeutique pour se convaincre que de la quantité énorme des substances médicamenteuses proposées aux différentes époques pour le traitement des affections ne sont restées inviolables et n'ont pris racine que celles d'entre elles dont l'action consiste à aider le processus de la nature, à renforcer les fonctions naturelles, à affermir les forces de défense et de réserve affaiblies de l'organisme, à éliminer ou à détruire les agents pathogènes qui ont pénétré dans l'économie et enfin à diminuer l'excitabilité de certaines parties du corps travaillant d'une façon exagérée au détriment des autres. *Comprendre et connaître dans tous ses détails le mode d'action auto-curateur de la matière vivante, choisir de l'effectif de nos moyens ceux d'entre eux qui paraissent le mieux à chaque cas particulier pour aider aux forces de la nature affaiblies par la maladie, défendre l'organisme à temps contre les agents pathogènes ou éloigner à temps par une main de maître une*

partie lésée et inutile pour l'organisme vivant, tout cela n'est possible que pour celui qui s'est consacré à l'étude des phénomènes complexes de la vie à l'état de santé et de maladie, pour ce *prêtre de la science dont le titre est médecin*, qu'il soit hygiéniste, chirurgien, thérapeute ou accoucheur.

La guérison est due à la nature, il est vrai, de même que les mouvemements d'un vaisseau s'effectuent grâce au vent, au courant du fleuve ou à la force de la vapeur, *Mais dans les deux cas un pilote est nécessaire, une main secourante, préservante et dirigeante et c'est le médecin qui se trouve être cette main providentielle en quelque sorte.*

S'il n'est pas facile d'atteindre cette haute distinction de pilote de la nature vivante, si dans sa carrière le médecin risque très souvent sa santé et sa vie, se heurte, avec le vaisseau qui lui est confié, à des écueils inattendus si à cause de cela il devient la victime du jugement injuste de quelques individus, et même parfois des emportements sauvages des foules, qu'il conserve du moins cette consolation qu'il est, plus que tout autre membre de la Société, l'ami et l'auxiliaire de la nature, que c'est à lui qu'on a confié le droit suprême de sauvegarder la vie, ce phénomène le plus merveilleux et plus parfait de l'univers.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Trois cas d'épilepsie procursive, par Nogués (*Archives médicales de Toulouse*, 15 juin 1895, n° 11, p. 229). — Bourneville et Bricon qui ont décrit les premiers l'épilepsie procursive, n'avaient pas obtenu de bons résultats par le traitement bromuré contre cette forme de mal comitial. L'auteur rapporte trois observations d'où il résulte que cette forme d'épilepsie n'est pas aussi grave qu'on l'a cru tout d'abord et où le traitement classique a fortement amélioré l'état des malades.

Névrite périphérique dans l'ictère catarrhal, par Porse (*Le Dauphiné médical*, juillet 1895, n° 7, p. 153). — Homme âgé de soixante-dix ans et sans antécédents. Le 9 avril 1895, il présente des phénomènes d'embarras gastrique accompagnés de vomissements et de fièvre avec un peu d'ictère. Deux jours après, ictère généralisé à tout le corps; les mouvements ont diminué. Le 5 mai, le malade se plaint d'une sensation très vive de picotement et de démangeaisons à la paume de la main et à la plante des pieds. Puis survient une rougeur vive au niveau des orteils, et elle existe aussi à la paume de la main. Le 9 mai, les régions du pied qui étaient rouges après, sont devenues sèches. A cette époque le malade remarque qu'il ne peut pas bien marcher en raison des sensations qu'il éprouve aux pieds. L'auteur constate chez son malade de vrais phénomènes ataxiques. Diminution très marquée des réflexes rotuliens; difficulté de la station debout les yeux fermés et dans l'attitude à cloche-pied.

Le malade a de la peine à se servir de ses doigts qui sont inhabiles; aussi l'écriture est tremblée. L'auteur admet qu'il s'agit ici d'une névrite périphérique d'origine infectieuse.

Hématome du nerf optique dans l'hémorrhagie cérébrale, par Bouveret. — L'auteur a examiné une femme apportée dans le coma à l'hôpital et qui présentait tous les signes d'un ictus apoplectique. La face est immobile et sans déviation; la température est abaissée (34° 6 dans le rectum). Il y a de la polyurie, de l'albuminerie et de la glycosurie. Les pupilles sont immobiles, insensibles à la lumière et très inégales. La malade a succombé le même jour. A l'autopsie on trouve les ventricules latéraux remplis de sang en partie coagulé et l'inondation sanguine se poursuit par l'aqueduc de Sylvius, jusque dans le quatrième ventricule, lequel est rempli et distendu par un gros caillot. Sur la coupe de Flechig, on trouve dans la partie antérieure de la capsule interne et au corps strié du côté droit un foyer hémorrhagique. Une quantité notable de sang très incomplètement coagulé remplissait et distendait l'espace vaginal des nerfs optiques. L'hématome s'étendait depuis le trou optique jusqu'au point de pénétration du nerf dans la sclérotique. L'infiltration sanguine de l'espace sous-vaginal du nerf optique est une complication rare de l'hémorrhagie cérébrale; il n'y a jusqu'à présent que trois observations avec autopsie. L'hématome du nerf optique peut produire une névrite optique avec hémorrhagie rétinienne, ce qui constitue un signe d'une très haute gravité dans l'hémorrhagie cérébrale parce qu'elle indique la rupture du foyer cérébral dans les espaces sous-arachnoïdiens.

MÉDECINE

Acétonurie et coma diabétique (Beobachtungen ueber die Acetonurie und das Coma diabeticum), par Hirschfeld (*Zeitschr. f. klin. Med.*, 1895, vol. XXVIII, p. 177). — Les recherches expérimentales de l'auteur aboutissent aux conclusions suivantes :

Chez les individus bien portants le régime alimentaire dont sont exclus les hydrocarbures provoque une acétonurie qui augmente progressivement pendant les premiers huit jours pour rester ensuite à la hauteur qu'elle a atteinte à ce moment.

L'alimentation riche en substances albuminoïdes provoque une acétonurie plus abondante qu'une alimentation moins riche en substances albuminoïdes. Cette acétonurie n'est pas influencée par l'administration des graines destinées à subvenir aux besoins de l'organisme, que le régime composé exclusivement de substances albuminoïdes ne satisfait que très incomplètement.

L'acétonurie chez les individus soumis à un régime composé de substances albuminoïdes est sujette à des variations individuelles considérables. Quand même cette acétonurie est abondante, il suffit de donner une dose journalière de cinquante à cent grammes d'hydrocarbures pour voir l'acétone disparaître de l'urine dans l'espace de quelques jours.

L'acétonurie qui s'observe chez les fébricitants, chez les cancéreux et dans les affections de l'estomac se comporte de la même façon que l'acétonurie expérimentale provoquée par un régime composé exclusivement de substances albuminoïdes.

Leucémie à symptômes particuliers (Beitræge zur Pathologie der Leukæmie), par Kast (*Zeitschr. f. klin. Medic.*, 1895, vol. XXVIII, p. 99). — L'auteur publie deux cas de leucémie, remarquables l'un par l'apparition du priapisme au cours de l'affection, l'autre par la coexistence de la paralysie bulbaire.

Dans le premier cas il s'agit d'un homme de quarante-deux ans qui dès le début de sa leucémie fut pris de priapisme presque permanent. Le priapisme disparut au bout de deux mois pour faire place à une frigidité sexuelle absolue. L'examen du pénis fait après la mort du malade montra que les parties centrales des corps caverneux étaient formées par du tissu conjonctif homogène traversé de quelques fentes étroites. L'examen histologique du tissu conjonctif fit voir que ce dernier provenait de la thrombose des vaisseaux correspondants.

La seconde observation se rapporte à un homme de cinquante-deux ans chez lequel on vit se développer, au cours de la leucémie, le tableau complet de la paralysie bulbaire. A l'autopsie on trouva dans le bulbe, au niveau de la région olivaire, une diminution du nombre et une tuméfaction des fibres à myéline, et une diminution et une atrophie des cellules ganglionnaires avec état granuleux du protoplasma.

CHIRURGIE

Résection intestinale pour fistule stercorale (Two cases of fæcal fistula treated by resection of bowel), par Herbert (*Lancet*, 8 juin 1895, p. 1426). — De deux observations que publie l'auteur la première se rapporte à un homme

de vingt-sept ans qui était tombé sous une voiture dont une roue avait passé sur la partie inférieure de son dos. A l'examen on trouva de la douleur, de la rougeur et du gonflement au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche; la région inférieure du dos était meurtrie. Il n'y eut pas de signe de lésion grave, mais le malade se plaignait d'un malaise. Huit jours après, le malade fut pris de fièvre, en même temps que la douleur de la région ilio inguinale augmenta et qu'une fluctuation manifeste parut entre le grand trochanter et la crête de l'os iliaque. Après l'incision du foyer il s'écoula du pus et des matières fécales; deux jours après on dut faire une deuxième incision en dedans de la première et on vit s'écouler encore du pus et des matières fécales. La plaie externe guérit bientôt, mais les matières fécales continuèrent à sortir par l'interne, et d'après leur aspect on pouvait dire qu'elles provenaient du gros intestin. Malgré un drainage et l'antisepsie on ne put faire fermer la fistule si bien qu'au bout de quelques semaines on incisa en suivant le trajet de la fistule, et sans ouvrir la cavité péritonéale, on trouva au niveau de la partie inférieure du côlon descendant, une déchirure qui fut fermée par des sutures de Lembert latérales. Pansement à la gaze iodoformée. L'opération ne réussit pas en ce sens qu'après un ballonnement du ventre les matières fécales reparurent dans les pansements. On fit alors la laparotomie et après avoir détaché l'intestin de la paroi pelvienne, on réséqua la partie déchirée et on réunit les deux bouts par la suture Czerny-Lembert. Guérison.

Dans la seconde observation il s'agit d'une femme de quarante-deux ans qui entra à l'hôpital pour une fistule stercorale située à la partie supérieure de la cuisse droite immédiatement au-dessous du ligament de Poupart, en dehors de l'épine du pubis et qui permettait de penser à une perforation de l'intestin à la suite d'une hernie gangrenée. La malade disait, en effet, qu'un an auparavant elle avait eu une attaque de violentes douleurs dans l'aine et que là s'était formée une tumeur qui augmenta de volume, qu'au bout de six mois elle allait de plus en plus mal et que la tumeur s'ouvrit spontanément, qu'il y eut toujours, depuis, écoulement de matières fécales par ce point et que de temps en temps de nouveaux abcès se formaient dans cette région. A l'examen de la région, on ne voyait qu'un orifice fistuleux, mais des cicatrices indiquaient qu'il y avait eu d'autres orifices. Après avoir essayé en vain de fermer la fistule par des injections de nitrate d'argent, on incisa et on trouva une anse intestinale herniée et perforée; on mobilisa cette anse retenue par des adhérences, on en réséqua une petite partie et on réunit les deux bouts par une suture de Czerny-Lembert. Guérison.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de médecine et de thérapeutique publié sous la direction de MM. Brouardel, Gilbert et Girode. Tome I. Un volume in-8° de 818 pages. Paris 1895. J. B. Baillière et fils, éditeurs.

Les médecins de ma génération—j'entends ceux qui ne se contentent pas de préparer leurs examens dans des manuels, ont fait leur éducation médicale théorique dans les dictionnaires dont les articles estimables mais souvent trop compendieux demandaient des heures pour être lus et analysés après avoir demandé des mois ou des années pour être écrits et qui pouvaient à eux seuls constituer une respectable bibliohèque.

Acheteurs, lecteurs et auteurs ont trouvé cette forme didactique surannée; on ne saurait le leur reprocher. Les traités de médecine et de chirurgie l'ont remplacée et le public médical a fait aux premiers parus un accueil inespéré.

Le succès du *Traité de Chirurgie* de Duplay et Reclus, celui pour le moins aussi remarquable du *Traité de Médecine* de Charcot, Bouchard et Brissaud ont marqué une orientation nouvelle dans les goûts du lecteur français. Il était tout naturel qu'ils eussent des imitateurs, que d'autres leur empruntassent leur plan général, leur idée directrice, à savoir donner sous une forme à la fois assez résumée et, assez étendue, un exposé complet de la pathologie, et grâce au groupement d'un nombre suffisant de collaborateurs compétents, faire paraître cet exposé dans un laps de temps assez court pour qu'il soit au courant de la science au moment précis de sa publication.

Tel est, en effet, le but du *Traité de Médecine et de Thérapeutique* dont MM. Brouardel, Gilbert et Girode commencent la publication avec le concours d'un grand nombre de professeurs des facultés de médecine françaises, d'agrégés, de médecins des hôpitaux et d'anciens internes, qui seront demain des médecins des hôpitaux.

Le premier volume, seul paru actuellement, montre quel sera, avec l'idée directrice sus-énoncée, l'esprit général du nouveau traité : au point de vue de la coordination des matières, réunir la séméiologie et la pathologie qui s'éclairent et se complètent l'une l'autre; au point de vue de la pathologie générale, mettre aussi en lumière que possible les conceptions étiologiques nouvelles, tout en faisant la part qui leur est due aux données léguées par l'observation traditionnelle.

Le volume s'ouvre par une étude, due à la plume de M. Girode, sur les maladies microbiennes en général, étude claire, précise, écrite avec élégance et sobriété, résumant d'une façon très remarquable toutes les données acquises sur un sujet palpitant d'intérêt et dont les multiples détails, découvertes d'hier ou d'aujourd'hui, doivent tous être connus du médecin.

Puis commence l'étude des maladies infectieuses en particulier : variole (Auché), vaccine (Lurmont), varicelle (Galliard), scarlatine (Würtz), rougeole (Grancher), rubéole (Netter), suette-miliaire (Thoinot), grippe et dengue (Netter), coqueluche et oreillons (Legroux et Hudelo), diphthérie (Grancher et Boulloche).

Streptococcie (Widal), staphylococcie (Courmont), pneumococcie (Landongy), colibacilose (A. Gilbert), telles sont les dénominations des chapitres suivants, dénominations employées pour la première fois dans un traité didactique : elles mettent en vedette l'importance que jouent en pathologie les microbes différenciés à localisations multiples et variables, microbes qui sont étudiés dans ces chapitres au point de vue de leur morphologie, de leur biologie, de leur rôle pathogénique, sans, préjudice de l'étude, à faire ultérieusement, de leurs déterminations viscérales chapitres nouveaux, correspondant aujourd'hui à des conceptions pathologiques, pathogéniques, demain à des pratiques thérapeutiques nouvelles, ils datent le *Traité de Médecine et de Thérapeutique* aussi bien que le millésime de son titre, en même temps qu'ils en montrent la tendance.

Le volume se termine par une étude de la fièvre typhoïde (Brouardel et Thoinot).

Georges Thibierge.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Encyclopedie der therapie, par O. Liebreich, M. Mendelsohn, et A. Wurzbourg, A. Hirschwald, Berlin, 1895.

Nous annonçons le premier fascicule (lettre A jusqu'à Atropine) de cet ouvrage qui promet d'être fort important. On y trouvera, par ordre alphabétique, l'étude des médicaments et celle des maladies envisagées au point de vue thérapeutique. Les articles sont dus à de nombreux collaborateurs. Ils sont clairs et ont le grand mérite d'être courts.

Leçons de clinique chirurgicale, par P. Tillaux, professeur à la Faculté de médecine de Paris; rédigées par P. Thiéry, chef de clinique. Paris, Asselin et Houzeau, 1895.

Comme le dit M. Tillaux dans sa préface, on ne saurait demander de l'homogénéité didactique à ces leçons faites et recueillies au jour le jour, au hasard de la clinique. Mais il est toujours intéressant de voir comment ce maître aussi sagace examine un malade, arrive au diagnostic et à l'indication thérapeutique : c'est ce que le praticien et les élèves trouveront dans ce volume.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

BULLETIN

La prophylaxie du paludisme à Madagascar.

Il était à prévoir que l'Académie de médecine serait conviée à discuter une question qui, depuis quelques semaines, préoccupe à si juste titre l'opinion publique. En d'autres temps cette consultation scientifique lui eût été demandée avant que l'on eût entrepris l'expédition de Madagascar. S'il nous en souvient bien, c'est à maintes reprises déjà que la savante compagnie a été invitée à donner son avis sur les mesures à prendre pour éviter des désastres analogues à ceux que nous font prévoir les tristes dépêches que publient les journaux politiques. Dans les cas de ce genre, des hommes qui s'appelaient Michel Levy, Fauvel ou L. Colin rédigeaient un rapport qui résumait l'état de nos connaissances sur le point spécial qu'ils étaient appelés à éclaircir et l'administration de la marine, des colonies ou de la guerre s'appuyait sur leur autorité pour prescrire les mesures jugées nécessaires. Autres temps, autres mœurs.

Ces rapports qui, au point de vue du paludisme, de sa prophylaxie, des précautions à prendre pour en atténuer les effets, remplissent les traités classiques et les bulletins de l'Académie, on les ignore ou tout au moins on se garde d'en rappeler les conclusions. Et, devant l'Académie, il est difficile sinon impossible aux savants qui auraient toute autorité pour dire la vérité de critiquer ce qui engage la responsabilité de leurs chefs.

Tel est, nous le croyons, le seul motif qui puisse expliquer que, dans les réponses faites à M. le Dr Henrot, qui avait signalé le mal, aucune allusion n'ait été faite aux fautes commises par tous ceux qui, avec la coupable légèreté qui préside aux actes d'une administration irresponsable, ont organisé l'expédition de Madagascar.

Sans doute M. Laveran a indiqué les mesures prophylactiques prises par les Anglais pour éviter le surmenage de leurs soldats; avec l'autorité que lui donnent ses connaissances spéciales en épidémiologie il a rappelé quelles sont les conditions qui favorisent la contamination des hommes appelés à traverser une contrée où sévissent les fièvres paludéennes. Mais, s'il était intéressant d'écouter les considérations qu'il a développées ensuite pour montrer que nous ne connaissons peut-être pas encore toutes les portes d'entrée de l'intoxication tellurique, les arguments qu'il a fait valoir pour appuyer sa doctrine n'ont point répondu à la question qui préoccupait surtout ses collègues. Quant à M. Vallin il a dû se borner à contester l'efficacité pratique du masque imaginé par M. Henrot pour atténuer les dangers de l'inspiration d'un air vicié.

Les médecins militaires en activité de service ne pouvaient affirmer, avec la précision que comporte une question de cette importance, que l'on avait oublié de consulter leurs livres, leurs observations, les résultats de leurs enquêtes et de leur pratique au moment où l'on lançait à l'aventure les colonnes qui nous reviennent après avoir perdu les deux tiers de leurs effectifs. Et leurs collègues ne pouvaient, après eux, que disserter, sans grande chance d'être écoutés, sur les conditions dans lesquelles se transmet l'infection tellurique et sur les moyens à mettre en usage pour en atténuer les dangers.

Il était à craindre, en effet, si la discussion qui n'a été qu'ébauchée avait pris un caractère plus sérieux, que l'on ne pût, en haut lieu, invoquer quelques divergences d'opinion scientifique entre deux ou trois de nos collègues pour affirmer que tout avait été prévu, que tout avait été organisé conformément aux règles de l'hygiène et que dès lors aucun reproche ne pouvait être adressé à l'administration de la guerre.

Or, il importe aujourd'hui de bien poser la question et, alors qu'une commission académique va être nommée pour la résoudre, de préciser ce qui n'a été que très vaguement indiqué par MM. Vallin, Laveran et Le Roy de Méricourt.

Nous n'insisterons point dès lors sur le point de départ de cette discussion non plus que sur les questions de détail qu'elle soulève.

Il est évident pour tout le monde, même pour M. le Dr Henrot, qu'il est impossible d'imposer à toute une armée l'usage d'un masque à peine supportable durant une heure ou deux et pour un travail qui n'exige aucun

effort de respiration. Il est non moins évident que si l'usage préventif de la quinine peut atténuer, dans une certaine mesure, l'influence des effluves paludéennes, il est très difficile d'administrer journellement à toute une armée des doses de sulfate de quinine suffisantes pour prévenir chez tous les soldats les accès de fièvre intermittente.

Là n'est pas la question.

Le problème a été posé par tous les épidémiologistes. Il a été résolu par tous les gouvernements soucieux de ménager la vie de leurs soldats.

L'intoxication tellurique ne se produit que dans certaines zones et à des époques déterminées. Elle est aggravée par les mouvements de terrain qu'exigent la construction des routes ou les travaux de terrassement. Elle frappe surtout les hommes jeunes, débilités, mal nourris, travaillant au soleil, couchant sous des abris imparfaitement clos. Par contre, elle épargne certaines races; elle atteint moins sévèrement les hommes âgés de trente à trente-cinq ans, acclimatés aux régions tropicales, habitués à vivre en campagne, à lutter chaque jour contre les nécessités de l'existence, à mener la vie nomade qui aguerrissait jadis nos soldats d'Algérie.

Tous ces faits sont connus, reproduits dans tous les ouvrages qui traitent du paludisme, dans toutes les instructions prophylactiques rédigées au sujet de cette endémie si fréquente. M. Laveran les a rappelés.

C'est donc en s'adressant non pas au germe morbide qui est insaisissable, mais au sujet exposé à son influence que l'on pourra agir avec quelque chance de succès.

Pour éviter à Madagascar les maladies qui ont « *émietté* » le corps d'armée du général Duchesne, que fallait-il donc?

1° Choisir pour l'expédition, des troupes aguerries, voire même acclimatées aux pays chauds (ce qui ne veut pas dire au paludisme). Leur adjoindre comme porteurs, servants, terrassiers, manœuvres, etc., des nègres ou des Africains suffisamment rémunérés pour assurer tous les services accessoires.

On a procédé par tirage au sort dans les régiments français, et désigné, pour l'expédition, des enfants de vingt ans. On a négligé l'élément colonial (alors qu'une armée coloniale est devenue plus nécessaire que jamais). On a prétendu qu'il était impossible d'imiter les Anglais et de trouver des troupes auxiliaires pour les travaux de terrassement ou des porteurs pour les vivres, armements et bagages.

2° Ne faire débarquer les troupes et leurs approvisionnements qu'au moment où l'entrée en campagne pouvait être considérée comme définitive, c'est-à-dire au moment où une avant-garde, composée d'hommes aguerris et de troupes auxiliaires choisis parmi les contingents coloniaux, aurait préparé la voie, assuré l'installation des colis et commencé la construction d'une route.

Nous croyons inutile de rappeler ici les vicissitudes du débarquement et les difficultés de l'entrée en campagne. On avait oublié rue Saint-Dominique que les Anglais, dans leur campagne contre les Achantis, n'avaient échappé aux fièvres de la Côte-d'Or que grâce à leur prévoyance.

3° Choisir pour les campements des régions élevées ou à l'abri des émanations palustres. Ne pas échelonner les colonnes mais les faire camper dans des régions choisies à l'avance et autant que possible en dehors de la zone marécageuse. Attendre qu'une route soit construite avant de faire parcourir la zone malsaine par les combattants et ne pas obliger ceux-ci à travailler en plein soleil et plusieurs semaines consécutives à des travaux pour lesquels ils n'étaient point préparés.

Il eût fallu, pour répondre à ces nécessités, bien connaître le pays que l'on allait envahir et mettre à la tête de l'expédition un colonial et non un officier plein de courage mais absolument inexpérimenté au point de vue qui nous occupe. L'expérience a prouvé l'erreur commise.

En résumé, quelle que soit l'idée que l'on se fasse sur les causes et la pathogénie du paludisme, sa prophylaxie est des mieux connues; les ouvrages classiques l'ont exposée dans tous ses détails. Son traitement est à la portée de tous les médecins un peu instruits, à la condition qu'on mette en leurs mains les médicaments nécessaires. La discussion qui devra s'ouvrir devant l'Académie, si un rapport lui est fait par une commission spéciale, n'apportera donc et ne pourra apporter au point de vue scientifique aucun élément nouveau. Mais une discussion de ce genre pourra signaler et mettre en relief les fautes commises aux points de vue administratif et hygiénique et si l'Académie se voit ainsi amenée à juger la conduite de ceux qui ont organisé et dirigé l'expédition de Madagascar, il ne paraît pas douteux que le verdict ne soit des plus sévères.

L. Lereboullet.

TRAVAUX ORIGINAUX

Le typhus dans l'Oise en 1893, par M. J.-J.-A. Dardignac, médecin-major de 1re classe du 51e, chef du service des salles militaires de l'hospice militarisé de Beauvais, membre correspondant de la Société de chirurgie.

Le département de l'Oise a été particulièrement éprouvé par l'invasion épidémique du typhus exanthématique en 1893.

Les documents divers, officiels et autres, communiqués à l'Académie de médecine (1), font connaître, en précisant bien des points, les grandes lignes de cette manifestation typhique; toutefois, certains côtés de la question qu'il eût été cependant utile d'analyser, tant au point de vue de la clinique qu'à celui de l'épidémiologie, ont pu, à défaut de renseignements suffisants, être laissés dans l'oubli.

Les rapports si lumineux de M. Proust (2), étayés sur les enquêtes poursuivies, à la demande du comité central d'hygiène, par MM. Napias, Netter et Thoinot, inspecteurs délégués par le ministre de l'Intérieur, précisent, en effet, tout ce qu'il a été possible de savoir, à la première heure pour ainsi dire, sur l'origine probable de la maladie, sur sa marche dans le pays, sur son mode particulier de propagation par le transport des germes et la contamination immédiate de vagabond à vagabond, par

(1) Voir au bulletin, séances des 11, 18 et 25 avril 1893 et 2 janvier 1894.
(2) *Loc. cit*, séances des 25 avril 1893 et 2 janvier 1894.

les cheminaux, soldats de l'armée incessamment roulante qui, les uns et les autres, infectant successivement les asiles et refuges nocturnes qu'ils occupaient au milieu ou dans le voisinage des petits hameaux, y créèrent souvent autant de foyers ainsi que dans les habitations, la plupart malsaines et odieusement malpropres, accoutumées à cette population misérable dans les faubourgs des petites communes et des villes.

Dans cette note, mon intention n'est donc pas de revenir sur des points bien vus, soigneusement discutés et généralement admis aujourd'hui, par les divers médecins qui eurent l'occasion de se trouver en présence de ces malades. Le cadre que je me suis imposé est plus limité. Je désire simplement préciser davantage les faits relatifs à cette épidémie dans l'Oise, en exposant le résultat de l'enquête, deux fois répétée qui, en juillet et août derniers (1), nous fut prescrite par l'autorité militaire, « à l'effet d'étudier au point de vue sanitaire l'état des diverses localités du département où, pendant l'hiver et le printemps précédents, des cas de typhus avaient été signalés ».

Une première — reconnaissance — de ces diverses localités rapidement faite à la fin de juillet, fut reprise et complétée à la fin d'août dans une mission toute spéciale, dont je fus chargé, dans le but de relever exactement l'état sanitaire du moment, dans les hameaux et les villages qui, après avoir été antérieurement signalés, seraient restés suspectés d'une désinfection sinon illusoire du moins insuffisante. On devait probablement, à la suite de ces indications, éviter de cantonner dans le voisinage de ces points les troupes qui, quelques jours plus tard, étaient appelées à prendre part aux manœuvres d'armée, manœuvres dont le théâtre des actions principales occupait précisément la région où s'étaient montrés le plus grand nombre de cas de typhus. En fait, — et ce fut la conclusion pratique de ces reconnaissances sanitaires, — ces manœuvres ne donnèrent lieu, immédiatement ni plus tard, à aucun incident pathologique relevant de cette cause et nous pensons que les notes rédigées à ce sujet à la fin de notre seconde mission et tendant à faire — disqualifier — les divers centres habités et leur voisinage rapproché visités par le typhus, contribuèrent, en éclairant le commandement, au maintien de l'état sanitaire, remarquablement bon, observé pendant et après ces exercices militaires.

ÉPIDÉMIOLOGIE

I. *Histoire de l'épidémie.* — Cette histoire offre une précision suffisante pour tout ce qui concerne la ville de Beauvais, les faits s'étant passés pour ainsi dire sous nos yeux, aussi y insisterons-nous particulièrement; pour le reste du département ils possèdent — et nous ne certifions que celle-là — la garantie numérique, le relevé dont nous avons, plus tard, pu vérifier sur place l'exactitude rigoureuse mais en le complétant, nous en ayant été partiellement donné par l'administration préfectorale. Enfin, comme étude clinique, nous produirons l'observation détaillée des trois cas de la maladie que nous avons eu l'occasion d'observer chez les militaires confiés à nos soins.

Depuis la fin du mois de janvier 1893, nous remarquions avec nos confrères chargés des services des malades civils à l'Hôtel-Dieu, des fièvres typhoïdes absolument anormales comme marche, éruption et terminaison. On eut même à ce moment (début de février) l'occasion de recevoir, à peu de jours d'intervalle, environ une douzaine de malades qualifiés typhoïdiques venant d'un même groupe de maisons de la rue de Bretagne, sorte de phalanstère connu depuis des années (1) comme foyer à répétition de manifestations de la typhoïde. Ces cas qui, pour la plupart, devaient bien être des typhoïdes à évolution plus ou moins classique (deux autopsies rapprochées furent probantes) détournèrent l'attention ou mieux déroutèrent le diagnostic — qui, pour d'autres malades à physionomie clinique un peu différente des formes classiques de la dothiénentérie, furent aussi pris pour tels — de deux cas de typhus qui très certainement alors se glissèrent insidieusement d'abord dans la ville, puis à l'Hôtel-Dieu, et passèrent d'autant plus inaperçus que les malades (un homme et une femme) furent au même moment apportés à l'hôpital *in extremis* et ne furent pas autopsiés. On s'émut cependant, mais sans poursuivre autrement les recherches, car l'infirmière qui donna des soins à la femme fut prise le surlendemain d'une violente fièvre avec délire, anurie, constipation, éruption généralisée pétéchiale, enfin succomba en quarante-huit heures à une forme sidérante, et la sœur du service qui soigna l'homme fut aussi gravement atteinte quelques jours après. Pour ce dernier cas de contagion intérieure, on put encore, mais rétrospectivement, le rattacher chronologiquement et à ce dernier malade décédé dont l'observation fut incomplète et à l'infection par deux autres malades, ouvriers ambulants, un chanteur et un vannier, qui au même moment furent admis, traités et guéris dans la même salle. Depuis cette date, et malgré la coexistence simultanée dans cette résidence de la typhoïde, de grippes infectieuses et de quelques fièvres éruptives, — nous avons même eu l'occasion de voir en consultation quelques-uns de ces malades chez des particuliers aisés des faubourgs, commerçants ou débitants en relations forcées avec les nomades et chez qui le diagnostic resta incertain, — il a été possible, en étudiant les courbes thermométriques et les observations des malades dont le diagnostic resta hésitant et indéterminé, de retrouver la chronologie et même la provenance, sûrement exotique, de tous les cas de typhus rétrospectivement constatés jusqu'au 20 mars.

Nous avons été, avec nos confrères médecins traitant à l'Hôtel-Dieu (services civils), mis sur la piste du diagnostic vrai dans la circonstance suivante : au début d'avril, il se produisit dans le service des hommes, à quelques heures d'intervalle, deux décès chez des malades nomades (arrivant depuis peu d'Amiens), en traitement depuis quelques jours et qui à leur entrée à l'Hôtel-Dieu présentaient l'état thyphoïde le plus prononcé (stupeur, délire tranquille, etc.). Ils étaient porteurs l'un et l'autre d'une éruption confluente et généralisée de taches ressemblant aux taches rosées typiques. On avait admis la typhoïde avec de formelles réserves, car on observait alors en ville, ainsi que nous le disions plus haut, des grippes graves avec des éruptions à caractère indéterminé, malin. A l'autopsie de ces deux malades pour lesquelles on nous pria, il ne fut rencontré rien qu'une grosse rate en bouillie et un sang fluide paraissant dissocié. Alors seulement l'idée de typhus qui jusque là, soit à l'hôpital, soit en ville pour des cas où le doute rétrospectif n'était plus possible, n'avait été émise qu'avec beaucoup de discrétion fut prononcée, discutée

(1) Ce travail est une copie exacte de l'original adressé au comité technique (ministère de la Guerre) en janvier 1894.

(1) Voir notre mémoire : *Des conditions de l'hygiène à Beauvais, In* rapport sur les travaux du conseil central d'hygiène et de salubrité de l'Oise en 1892, couronné par l'Institut et l'Académie de médecine.

et acceptée; et notre confrère chargé du service local des épidémies résumant dans une courte note la succession des divers cas qu'il y avait lieu de suspecter depuis six semaines, ainsi que les huit ou dix qui se trouvaient alors réunis en traitement à l'Hôtel-Dieu, informa le préfet de la situation.

Peu de jours après, le 11 avril, les médecins militaires de la garnison étaient invités à se joindre au conseil d'hygiène présidé par M. Grimanelli, préfet du département, et aux médecins de l'Hôtel-Dieu pour recevoir M. le docteur Thoinot, délégué par le ministre de l'Intérieur à l'effet « d'étudier avec nous la situation et de décider les mesures préventives et prophylactiques qu'il convenait de prendre dans l'espèce. »

Tous les malades en traitement furent minutieusement examinés et interrogés : la maladie était bien le typhus que notre distingué confrère avait eu précédemment l'occasion d'étudier en Bretagne (marche cyclique, rémission brusque du douzième au quatorzième jour, délire, taches d'abord morbilliformes, puis quelquefois pétéchiales, constipation, anurie, etc.). C'était incontestable, et en suivant, avec lui et d'après les notes et observations recueillies par nos confrères et par nous, la filiation des cas il a été possible d'affirmer que l'infection a été importée ici à la fois, peut-être par des prisonniers détenus de passage (bien qu'il n'y eût encore à cette date aucun malade suspect dans la prison), mais plus vraisemblablement par des vagabonds, des ouvriers terrassiers et autres travaillant un peu partout et logeant la nuit dans les refuges des communes environnantes, ou en ville dans les taudis; presque tous venaient de Lille et d'Amiens. A Beauvais, ces derniers, les nomades, se rendent d'habitude pour la nuit dans une auberge de la rue de la Madeleine et précisément, depuis le début d'avril, il fut porté à l'Hôtel-Dieu cinq cas très nets, dont deux presque immédiatement suivis de décès, tous ces malades provenant de cet établissement alors le seul foyer urbain connu. Des ordres précis et surveillés prescrivirent la désinfection immédiate et la consignation provisoire de cette auberge à tous les voyageurs ou passagers.

L'administration supérieure décida, à la suite de cette conférence, la création dans les dépendances de l'Hôtel-Dieu, dont il se trouvait séparé par une vaste cour et un grand hangar clos servant de bûcher et dans lequel on accéderait par une grande porte spéciale donnant dans la rue Guy-Patin, d'un lazaret où seraient réunis et rigoureusement isolés tous les typhiques ainsi que le personnel employé à leur donner les soins prescrits dans leurs fréquentes visites quotidiennes, par les médecins de l'établissement. En attendant l'installation d'un pavillon spécial dont la destination ultérieure dès longtemps projetée par la commission administrative serait affectée aux contagieux, on utilisa d'abord des tentes (système Tollet) envoyées d'urgence par le ministère de l'Intérieur, des tentes à seize, prêtées, sur notre demande, par l'administration militaire, enfin des baraquements qu'un industriel louait pour les installations foraines. Un bureau des entrées, une petite pharmacie tisanerie, une salle de bains et une tente pour le personnel du service furent annexés sur le même terrain dans le voisinage des locaux improvisés affectés aux malades, de telle sorte que ce service spécial, organisé pour recevoir jusqu'à soixante malades, fonctionna convenablement dès les premiers jours, et put recevoir, sans gêner en rien les autres services de l'Hôtel-Dieu puisqu'il en était absolument indépendant, les typhiques signalés, non seulement dans la ville, mais encore — sur notre avis formel et celui des médecins conférents — ceux des communes voisines et aussi des communes de tout l'arrondissement, des ordres précis ayant été donnés dans ce sens à tous les maires du département.

II. *Origine et marche.* — Il est certain, d'après les multiples renseignements recueillis pendant notre enquête et aussi à l'Hôtel-Dieu auprès des malades, que l'on se trouvait en présence d'une maladie exotique; c'était un typhus d'importation. Nous insistons de nouveau sur ce point d'étiologie pour répondre par ce seul mot à l'idée émise autour de nous — idée formulée d'ailleurs au même moment par l'un de nos maîtres, M. le médecin-inspecteur Kelsch (1), qui, rappelant la communication à l'Institut de Pasteur sur l'atténuation des virus et leur retour à la virulence, dit « que la spontanéité si chère à la médecine d'autrefois n'est pas une simple conception de l'esprit et constitue une donnée empiriquement établie de laquelle la microbiologie s'accommode fort bien », — l'idée de la reviviscence, sur place, de germes anciens dont l'infection jusqu'alors latente aurait à ce moment trouvé l'occasion de récupérer leur virulence, de manifester leur action nocive grâce à des causes inconnues ou échappant à l'analyse. Il est possible, la chose peut se discuter et être admise même, que certaines causes bromatologiques, par exemple la sécheresse persistante de la saison, aient joué le rôle connu des divers facteurs secondaires pour aider et favoriser la pullulation et la transmission des germes, mais pour nous ceux-ci ne naquirent pas sur place, par reviviscence ou autrement, ils furent importés.

Qu'il nous vînt de l'Eure ou de la Somme, celui-ci ayant été transporté de la Seine-Inférieure ou de l'Ouest — l'origine bretonne semble avoir été, depuis, nettement établie (2), à moins que cette poussée épidémique du Nord-Est de la France n'ait été que l'expansion du typhus exanthématique observé au Havre (1892-1893) et que celui-ci n'ait été autre qu'un typhus d'exportation encore et en réalité d'origine américaine (3), question intéressante assurément mais à un autre point de vue, le premier cas beauvaisien sur lequel les médecins se mirent à ce moment unanimement d'accord a été l'observation de typhus développé chez une ouvrière en tapis habitant au n° 5 de la rue de Rouen : entrée à l'hôpital le 3 février, elle y succombait le 7. Ce fut un cas isolé sur lequel il a été impossible de se procurer des renseignements indiscutables : la femme étant de mœurs douteuses avait pu être contaminée par un passager. Quoi qu'il en soit, ce fait de contamination prouve déjà que quelque typhique ambulant, chez qui la maladie évoluait peut-être sous forme fruste, avait dû certainement séjourner ou traverser tout au moins la localité. En mars, dans le service des femmes, second cas chez une lavandière occupée dans un lavoir particulier où elle avait pu manipuler le linge de quelque typhique faisant encore probablement une forme ambulatoire ou fruste ou une affection infectieuse à diagnostic méconnu; elle mourut après peu de jours de cette infection et contamina l'infirmière du service qui succombait aussi en quelques heures à une forme foudroyante; c'est le cas auquel nous faisions allusion plus haut. A cette même époque, — après le cas de février signalé précédemment et sur lequel on n'est pas d'accord même comme diagnostic rétrospectif, le malade succomba au cours d'une pseudo-typhoïde au douzième jour et il n'y eut pas d'autopsie (ce malade n'est pas compté dans notre statistique) — au début de mars, deux nomades, — on n'a pu savoir d'où ils venaient et par conséquent où et comment ils avaient été contaminés, on

(1) *Bull. Acad. médecine.* Séance du 18 avril 1893.
(2) *Bull. Acad. de médecine — loco citato* janvier 1894.
(3) Charlier. Thèse de Paris 1894. *Origine de l'épidémie du typhus au Havre* 1892-93.

a su seulement qu'ils s'abritaient la nuit dans les refuges communaux — un chanteur ambulant faïencier et un vannier, faisant tous les deux une maladie à forme typhoïde paraissant d'abord très grave mais dont la résolution fut brusque, sans convalescence, furent placés dans le service des hommes d'où ils sortirent guéris mais non sans avoir contaminé la religieuse qui fit une forme des plus sévères et qui faillit succomber à la violence de l'infection.

Depuis ce moment — c'est alors qu'eut lieu la conférence rappelée plus haut — l'épidémie s'est développée concurremment à Beauvais et dans tout le département; il a été possible de retrouver la filiation, presque le moment du contage, de chaque cas. Tout ce que je pourrais dire sur ce point spécial ne serait que la réédition de faits connus, d'explications acceptées par tous, je n'insisterai donc pas davantage, me bornant à résumer simplement les faits constatés d'abord à Beauvais puis dans l'ensemble du département. Ces faits nous semblent d'autant plus intéressants à connaître et à conserver dans une note succincte que les manifestations de cette infection particulière, inconnues à notre génération, n'avaient pas été observées dans la région depuis 1814. Sans faire allusion aux épidémies de 1830 et 1840 observées sur certains points en France (Toulon, Reims), à celle d'Amiens citée par Bucquoy (1), il convient toutefois de rappeler le fait si intéressant signalé par Daremberg (2), qui, en septembre 1881, eut l'occasion d'observer un cas de typhus mortel très net qu'il constatait dans une ferme des environs de Chaumont (Bachivillers) chez un paysan qui, peu de jours avant, avait donné l'hospitalité à une bande de vagabonds, qui se dispersa dans le pays en perdant trois des siens dans divers villages sans contaminer d'autres habitants. Daremberg, à l'occasion de l'épidémie qui nous occupe, se demande aussi, à l'exemple de Kelsch, contagionniste comme lui et comme le sont certainement tous les médecins qui ont l'habitude des infectieuses, s'il n'y a pas lieu pour l'épidémie de 1893, d'indiquer comme facteur, le rôle de la genèse autochtone ou si de temps en temps il n'y a pas eu, dans cette région et depuis cette date, des cas de typhus qui passèrent inaperçus? Bien que dans le cas particulier nous soyons résolument partisan d'une importation nouvelle, l'opinion de ces maîtres pourrait, malgré la rareté des manifestations de cette infectieuse, rareté bien frappante, être discutée en s'autorisant des enseignements fournis par la bactériologie.

Pour être fructueusement suivie la lecture des tableaux qui suivent demande quelques explications préalables.

III. *Le typhus à Beauvais.* — Le tableau I comprend tous les malades traités à l'hôpital de Beauvais de février à août 1893, avec l'indication de l'époque d'admission et de leur provenance (ville ou communes voisines).

Il fait, en fin de compte, ressortir qu'il a été reçu au lazaret de Beauvais quatre-vingt-quatorze typhiques ayant donné trente décès soit une mortalité de 31,91 0/0. De ces malades cinquante-huit venaient de la ville, huit des petites communes suburbaines considérées comme de véritables faubourgs de Beauvais; les vingt-huit autres concernent les malades évacués des diverses localités de l'arrondissement. Il y a à noter toutefois, dans les cinquante-huit cas beauvaisiens, celui d'un gendarme traité dans le service des militaires sur lequel il fut évacué; en réalité ce militaire avait contracté le typhus à Chaumont. En fait, la population autochtone de la ville ne compte que cinquante-sept atteintes avec vingt et un décès, expression peu importante eu égard à une population d'environ 19.311 habitants (recensement de 1890).

TABLEAU I

Cantons	Communes	Février	Mars...	Avril...	Mai....	Juin...	Juillet.	Août...	Total	Total du canton
Beauvais	Militaires de la garnison.			1	1				2	58
	Militaires étrangers.				1				1	
	Hôtel-Dieu. Personnel.	1	1	1	1				4	
	Prison.			1	7				8	
	Ville.	1	4	21	11	3	2	1	43	
	Marissel.		1	1					2	8
	Allonne.			4		1			5	
	Plouy-Saint-Lucien.					1			1	
Auneuil	Ons-en-Bray.			2					2	5
	Valdampierre.			1					1	
	Auteuil.			1					1	
	Breteuil.				1				1	
Chaumont.	Chaumont.									1
	Hardivillers.				1				1	
Le Coudray.	La Landelle.			1					1	1
Marseille.	Milly.			2					2	3
	Achy.				1				1	
Méru.	Fresneaux-Montchevreuil.						1		1	1
Nivillers	Troissereux.				1	1			2	7
	Bresles.			1	1				2	
	Therdonne.			1	1	1			3	
Noailles	Noailles.			2					2	6
	Warluis.			2					2	
	Silly.			1	1				2	
Breteuil.	Breteuil.			1					1	1
Crèvecœur.	Croissy.			1					1	1
Clermont.	Etouy.				1				1	1
Songeons.	Vrocourt.				1				1	1
	Totaux des cas.	2	6	45	30	7	3	1	94	
	Décès.	2		13	8	3	3	1	30	

Mais on s'illusionnerait si l'on croyait que la totalité des typhiques urbains (cinquante-huit cas) et des communes suburbaines (huit cas), au total soixante-six typhiques, représente exactement le nombre des atteintes de la maladie dans cette agglomération ou dans son voisinage immédiat. A Beauvais, comme dans toutes les communes touchées par le fléau, un bon nombre de cas frustes, légers et même des cas graves — non seulement avant le moment où les premiers cas officiels ont été signalés mais même pendant l'épidémie — ou passèrent inaperçus, ou furent méconnus, volontairement peut-être, pour des raisons qu'il ne nous appartient pas d'apprécier; d'autres enfin, on le comprend sans qu'il soit besoin d'insister, développés sur des personnes que l'on n'aurait pu isoler au lazaret, furent traités à domicile. A tout prendre et en tenant compte de cette réserve, on sera cependant dans le vrai en admettant, ce qui est la vérité d'ailleurs, que la plus grande partie des cinquante-sept cas exclusivement urbains ont été relevés chez des gens habitant la ville depuis peu de temps peut-être, mais tous (à un dixième près) y étaient domiciliés. Pour le

(1) *Académie de médecine*, séance du 2 mai 1893.
(2) *Académie de médecine*, séance du 17 avril 1893.

complément des cas totaux signalés, soit trente-sept typhiques (dont un cas militaire, gendarme de Chaumont) hospitalisés d'urgence au lazaret, ils venaient tous du dehors, soit directement, c'est-à-dire que, arrivant malades des localités voisines où ils avaient passé la nuit précédente, ils venaient — typhiques inconscients — à l'Hôtel-Dieu pour y demander une consultation et y furent arrêtés au passage, soit qu'ils aient été évacués sur le lazaret par les maires qui, ne sachant dans quel lieu et comment soigner ces malheureux, ou bien, il faut bien dire la chose, ne voulant pas les conserver sur le territoire de leur commune, les dirigeaient, suivant avis de la préfecture, sur le lazaret du chef-lieu de l'arrondissement.

Nous tenons à revenir et à insister sur ces points parce qu'ils permettront de répondre à une question de première importance opportunément soulevée plus loin.

IV. *Typhus dans le département.* — Les quatre arrondissements de l'Oise ont été diversement impressionnés par l'épidémie. Ainsi, tandis que l'arrondissement de Clermont n'a compté aucun cas de typhus, celui de Compiègne en a eu six cas (1) avec deux décès, celui de Senlis treize cas avec deux décès (2), celui de Beauvais enfin (hormis les cas beauvaisiens) quarante-quatre cas avec dix-sept décès (non compris les trente-sept évacués, de ces diverses communes, sur le lazaret de Beauvais et qui, nous le rappelons, y donnèrent neuf décès).

L'épidémie des communes de l'arrondissement de Beauvais est résumée dans le tableau suivant.

TABLEAU II

TYPHUS TRAITÉS SUR PLACE (ARRONDISSEMENT DE BEAUVAIS)

CANTONS	COMMUNES	DATE DES CAS	Nombre de cas. Habitants.	Nombre de cas. Rouleurs.	Traités sur place. Habitants.	Traités sur place. Rouleurs.	Traités évacués. Habitants.	Traités évacués. Rouleurs.	Décès. Habitants.	Décès. Rouleurs.
Auneuil	Jouy-sous-Thelle	1er juin	3		3				1	
	Ons-en-Bray	20 avril		1		1				1
Chaumont	Bachivillers	Avril-Mai	1	1	1	1			1	1
	Fay-sous-Chaumont	1-15 mai	4		4				3	
Marseille	Milly	19 avril		3		1		2		1
Le Coudray	Saint-Germer	16 juillet	1		1					
Méru	Amblainville	8 juillet	1		1				1	
	Fresneaux-Montchevreuil	Avril-Mai	19	1	19	1			5	
Nivillers	Morlaine	Avril	1		1					
	Fontaine-Saint-Lucien	Mars-Avril	5		5				1	
	Laversines	d° d°	2	1	2	1			1	
	Juvignies	Avril-Mai	2		2				1	
			39	7	39	5		2	14	3
			46		44		2		17	

Pour l'exactitude rigoureuse des chiffres, il convient de faire remarquer qu'il y aurait aux expressions numériques précédentes à ajouter un certain nombre de cas appartenant vraisemblablement à l'épidémie régnante qui durent évoluer chez quelques rôdeurs (on estime que ce nombre n'est pas inférieur à quinze ou vingt) trouvés morts dans les champs ou dans les refuges et sur lesquels on n'a pu avoir de renseignements précis.

En résumé, la répartition générale de l'épidémie typhique dans l'Oise peut se synthétiser dans le groupement d'ensemble ci-dessous.

TABLEAU III

ARRONDISSEMENTS		Nombre de cas.	Nombre de décès.	Proportion des décès aux atteintes. 6 0/0.	Population totale. Recens. de 1890.
Clermont		0	0	0	86.194
Compiègne		6	2	33.33	93.815
Senlis		13	8	61.53	97.820
Beauvais	Beauvais ville 57	138	21	34.05	125.817
	Évacués sur le lazaret		9		
	Communes diverses 37		47		
	Dans les communes 44		17		
Totaux		157	57	36.30 0/0	403.946

Ce tableau récapitulatif est rendu plus saisissant si on suit la marche de l'infectieuse sur la carte de la région : ce rapide examen fait ressortir toute l'importance et l'opportunité de l'enquête prescrite par l'autorité militaire quelques semaines avant le moment où près de soixante mille hommes devaient manœuvrer autour de Beauvais comme objectif.

En un mot, ces relevés numériques et en particulier la carte qui les traduit, démontrent, d'une part, l'inégale répartition des cas de typhus sur le territoire du département où, seul, l'arrondissement du chef-lieu fut particulièrement frappé en raison et de sa situation géographique et de l'importance de la ville de Beauvais, centre le plus peuplé, le plus actif du département; d'autre part, le nombre restreint des atteintes proportionnellement à celui de la population : disons de suite que cette circonstance n'est pas fortuite mais résulte des mesures énergiques prises et suivies par l'administration et qu'elle fait l'éloge à la fois de ceux qui surent les inspirer et de ceux qui en surveillèrent l'exécution.

Il était, au point de vue épidémiologique, intéressant de connaître dans quelle proportion, d'une part, la population proprement dite de communes frappées, d'autres part, celle des vagabonds, rouleurs, trimardiers, etc., véritables propagateurs de l'infection, avaient contribué à la morbidité et à la mortalité relevant de la maladie.

Le tableau IV, qui porte exclusivement sur les faits relatifs à l'agglomération beauvaisienne, est surtout intéressant et met en évidence les points suivants. Parmi les cinquante-huit typhiques traités au lazaret, dix-sept fois, il s'est agi de personnes étrangères à la ville savoir : un gendarme évacué de Chaumont (traité dans le local spécial aux militaires), six prévenus ou détenus logés et soignés dans la maison d'arrêt (les deux autres cas constatés dans ce milieu faisaient partie du personnel administratif de cet établissement traités à domicile), enfin dix individus sans asile, rôdeurs ou passagers durent être recueillis sur la voie publique ou dans les taudis des faubourgs. En un mot, si on défalque de ce total quatre atteintes dues à la contagion intérieure

(1) Ainsi répartis : Commune de Chevrières, 1 cas le 20 avril; Hôpital de Noyon, 5 cas; 2 et 28 mai, 24 et 2 juin, 8 août.

(2) Ainsi répartis : Commune de Chambly, 7 cas : 1 le 14 mars, 1 le 27 avril, 3 le 20 mai, 1 le 8 et 1 le 20 juin. Senlis : maison d'arrêt, 1 cas le 15 avril. Senlis : Hôpital, 5 cas, 1 le 20 et 2 le 29 mai; 1 le 20 et 1 le 25 juin.

observée sur le personnel de l'Hôtel-Dieu, il reste seulement trente sept cas de typhus relevés dans la population propre de la ville, tous cas résultant de contaminations directes de ces Beauvaisiens par les rôdeurs en station ou de passage dans la ville. Ce fait bien démontré par les chiffres permet d'affirmer sans crainte de contradiction que dans les autres communes les manifestations locales de l'épidémie chez les habitants doivent se comprendre et s'expliquer de même manière.

TABLEAU IV

BEAUVAIS (VILLE). TYPHUS PAR SEXE, PROFESSIONS ET HABITANTS

BEAUVAIS	CAS			PROFESSION	DÉCÈS		
	Date de l'entrée à l'hôpital.	H	F		H	F	Date du décès.
Hôtel-Dieu	2 février		1	Infirmière		1	février.
—	24 mars		1	Religieuse			
—	28 avril		1	Religieuse			
—	27 mai	1		Menuisier	1		2 juin
Maison d'arrêt	30 avril	1		Comptable	1		4 mai
—	1er mai	1		Couvreur			
—	1er mai	1		Journalier			
—	1er mai	1		Bourrelier			
—	1er mai	1		Jardinier	1		1er juin.
—	2 mai	1		Manouvrier			
—	3 mai	1		Journalier			
—	6 mai	1		Gardien à l'etablissement	1		13 mai.
—	14 avril	1					
Militaires. Garnison	10 mai	1					
— Etrangers	4 mai	1					
Hospice	11 mars		1	Elève des hospices			
Sans domicile	1er mars	1		Vannier			
—	8 mars	1		Raccommodeur de faïences			
—	6 avril	1		Manouvrier	1		8 avril.
—	22 avril	1		Boulanger			
—	28 avril	1		Journalier	1		3 mai.
—	16 mai		1	Ouvrière de fabrique			
—	19 mai	1		Manouvrier	1		31 mai.
—	25 juin	1		Manouvrier			
—	4 juillet	1		Rémouleur	1		11 juillet.
—	1er mai		1	Cuisinière		1	3 juillet.
Rue de Rouen, 5	3 février		1	Ouvrière en tapis		1	7 février.
Rue Saint-Jean, 17	14 mars		1	Ouvrière en soie			
—	5 avril	1		Boulanger			
Rue Jean-Mazille, 27	1er avril	1		Carrossier			
Rue Jean-Mazille, 15	5 avril	1		Sans profession			
Grande Place, 44	1er avril	1		Manouvrier	1		11 avril.
Rue de la Madeleine, 75	5 avril	1		Employé	1		6 avril.
—	6 avril	1		Boulanger			
—	6 avril	1		Terrassier	1		14 avril.
—	6 avril	1		Terrassier			
—	6 avril		1	Domestique			
Rue de la Madeleine, 56	19 avril	1		Manouvrier	1		20 avril.
Rue de l'Etamine, 13	8 avril	1		Cantonnier			
Rue de l'Etamine, 3	19 mai		1	Cuisinière		1	17 mai.
Rue du Pont-d'Arcole	12 avril	1		Manouvrier			
—	12 avril	1		Sans profession			
Rue du Pont-d'Arcole, 42	25 avril	1		Manouvrier			
Rue de Gesvres, 74	15 avril	1		Manouvrier	1		25 mai.
Rue des Maurs, 14	15 avril		1	Tabletière			
—	5 mai	1		Sans profession			
Rue de l'Ecu, 41	28 avril		1	Sans profession		1	29 avril.
Rue des Capucines	2 mai	1		Manouvrier			
Boulevard de Paris, 1	7 mai	1		Garçon meunier			
Rue des Jacobins, 61	10 mai	1		Chiffonnier	1		15 mai.
—	19 mai	1		Manouvrier			
Rue des Halles, 27	15 mai		1	Ménagère			
Rue des Halles, 56	22 juin	1		Raccommodeur de faïences			
Rue de Bretagne, 68	22 mai	1		Tisserand			
Rue de Paris, 16	13 juin	1		Tisserand			
Rue Dubos, 39	26 juillet		1	Cartonnière			
Rue Saint-Pierre	24 avril	1		Cantonnier	1		28 avril.
Totaux		43	14		15	5	
			1			1	
		43	15		15	6	
		58			21		

La récapitulation portée au tableau V exprime, en ne tenant compte que des cas dans lesquels il a été possible de se procurer des renseignements positifs, soit seulement dans cent dix-neuf cas, que si la morbidité a été plus forte et a été en augmentant de zéro à quarante ans, avec quatre-vingts atteintes, cette morbidité a été en s'affaiblissant d'une façon marquée de quarante à cinquante ans, pour être, de l'âge moyen de la vie à la vieillesse, d'environ 50 0/0 numériquement inférieure (trente-neuf cas) au chiffre exprimé pour la première moitié de l'existence. De plus la mortalité a été en raison inverse de la morbidité : ainsi de zéro à quarante ans, nous ne relevons que seize décès pour quatre-vingts atteintes, soit 20 0/0, tandis que de quarante à quatre-vingts ans, pour trente-neuf atteintes on a eu vingt-cinq décès, soit 64,19 0/0 c'est-à-dire qu'au-dessus de quarante ans la mortalité a été trois fois plus forte qu'au-dessous de cet âge.

TABLEAU V

TYPHUS EXANTHÉMATIQUE DANS L'OISE EN 1893

Tableau de la mortalité (âge et sexe).

	Nombre de cas.				Décès.			
	H	F	R Inconnus	Total	H	F	R Inconnus	Total
0 à 20 ans	16	13		29	3	1		4
21 à 30 ans	14	4	1	19	3			3
31 à 40 ans	24	6	2	32	5	3	1	9
41 à 50 ans	14	7	1	22	7	5		12
51 à 60 ans	7	2	2	11	5	2	1	8
61 à 70 ans	2			2	1			1
71 à 80 ans	3	1		4	3	1		4
Inconnus	20	9	9	38	7	1	8	16
	100	42	15	157	34	13	10	57

Les hommes ont aussi fourni à l'épidémie un contingent plus élevé que les femmes, cent hommes pour quarante-deux femmes, mais la mortalité du sexe féminin a été légèrement inférieure (30,95 décès sur cent atteintes femmes) à celle des hommes (trente-quatre décès pour cent atteintes hommes); on peut à la rigueur dire que la mortalité a été sensiblement égale pour les deux sexes.

Les professions ne donnent pas lieu à d'intéressantes remarques, si ce n'est pour faire ressortir que la partie aisée de la population, celle qui a des habitudes d'hygiène générale et particulière, a été en général indemne, sauf dans les cas où elle a eu à se trouver en contact avec les typhiques soit pour les diriger, les administrer, soit inopinément; dans ces cas la morbidité de cette catégorie de la population a été égale à l'autre. Les professions relevées dans cette épidémie comprennent surtout, pour la masse, des manouvriers employés à toutes sortes de travaux, c'est-à-dire sans profession suivie; dans les villes, il s'agit plus particulièrement de domestiques, employés et ouvriers d'usines et de cabaretiers, toutes personnes exposées sinon à la fréquentation absolue, du moins à de plus fréquents contacts avec les nomades et les vagabonds.

La lecture de ces divers documents numériques donne *en résumé* les résultats suivants pour la totalité du département, qui, on le sait, compte sept cent une communes distribuées dans trente-cinq cantons.

A. — Dans l'Oise les localités éprouvées ont été au nombre de trente-sept.

ARRONDIS.	CANTONS	COMMUNES	CAS	DÉCÈS
Compiègne.	Estrées-St-Denis.	Chevrières	1	
	Noyon	Noyon	5	2
Senlis	Neuilly-en-Thelle	Chambly	7	4
	Senlis	Senlis	6	4
Beauvais...	Beauvais	Marissel	2	
		Allonne	5	2
		Plouy-St-Lucien	1	
	Auneuil	Jouy-sous-Thelle	3	1
		Ons-en-Bray	3	2
		Valdampierre	1	
		Auteuil	1	1
		Berneuil	1	
	Chaumont	Bachivillers	2	2
		Fay-s.-Chaumont	4	3
		Chaumont	1	
		Hardivillers	1	
	Le Coudray	Saint-Germer	1	
		La Landelle	1	
	Marseille	Milly	3	1
		Achy	1	
	Méru	Amblainville	1	1
		Fresneaux-Montch.	21	5
		A reporter	72	28
		Report	72	28
Beauvais...	Nivillers	Morlaine	1	
		Troissereux	2	
		Fontaine-s.-Lucien	5	1
		Laversines	3	1
		Juvignies	2	1
		Bresles	2	
		Therdonne	3	1
	Noailles	Noailles	2	1
		Warluis	2	
		Silly	2	2
	Crèvecœur	Croissy	1	
	Clermont	Etouy	1	1
	Breteuil	Breteuil	1	
	Songeons	Vrocourt	1	
Beauvais...	Ville		57	21
3 arrond.	16 cantons	37 communes	157	57

B. — L'épidémie débuta dans la région, comme il est habituel de l'observer à propos des diverses épidémies d'infectieuses, c'est-à-dire d'une façon discrète, par des cas isolés, peut-être insidieusement en janvier ou même vers la fin de 1892, mais sûrement en février (deux cas à Beauvais), puis plus nombreux en mars (un à Chambly, Laversines, Marissel, quatre à Beauvais); pour prendre plus d'extension en avril (un Senlis, Chambly, Chevrières, Breteuil, Croissy, Silly, Therdonne, Bresles, Laversines, Fontaine Saint-Lucien, Morlaine, Juvignies, La Landelle, Hardivillers, Auteuil, Valdampierre; deux à Warluis, Noailles, Milly, Ons-en-Bray; trois à Allonne; onze à Fresneaux-Montchevreuil; vingt-quatre à Beauvais); et se montrer simultanément sur tous les points, du milieu d'avril à la fin de juin, le mois de mai paraissant avoir été le moment où la poussée épidémique frappait ses coups les plus rudes, comme si la propagation des germes ou leur dissémination sur tous les points à la fois avait été faite au même moment (mai, un cas à Frocourt, Etouy, Silly, Therdonne, Bresles, Juvignies, Troissereux, Achy, Hardivillers, Chaumont, etc.; deux cas à Noyon; trois à Senlis et Chambly; huit à Fresneaux-Montchevreuil; vingt-un à Beauvais). En juin, elle est déjà en voie de diminution marquée (deux cas à Noyon, Chambly, Senlis; un à Therdonne, Troissereux, Jouy-sous-Thelle, Plouy, Allonne, trois à Beauvais); en juillet elle cesse brusquement (un cas à Fresneaux et Saint-Germer; deux cas à Beauvais) et s'éteint enfin en août par un cas isolé avec décès, — éloigné de plusieurs semaines, des précédentes atteintes connues — observé le 10 à Beauvais chez la femme de l'ouvrier employé au transport de la vidange des typhiques isolés au lazaret de l'Hôtel-Dieu, ouvrier qui, lui, resta constamment indemne de toute forme de l'infection.

C. — L'acmé épidémique a duré environ huit semaines, développant, grâce au concours de circonstances adjuvantes favorables (humidité des locaux, mauvaise hygiène, saleté, misère sordide, etc...), de véritables foyers à expansion redoutable et menaçante, si l'autorité n'avait pris de rigoureuses mesures prophylactiques, préventives et curatives (désinfection).

Un coup d'œil jeté sur la carte et sur les tableaux annexés à cette note, permet de préciser ces foyers presque tous groupés autour de Beauvais à qui ils firent, à un moment donné (avril-mai), comme une véritable ceinture de sources infectieuses (Allonne, Fay-sous-Chaumont, Fresneaux-Montchevreuil, etc.), enfin dans Beauvais même où — et la chose est à retenir par les praticiens de cette ville — plusieurs atteintes de la maladie étaient signalées dans ces mêmes rues et maisons connues, depuis des années, ainsi que nous

l'avons démontré ailleurs, parce qu'il est ordinaire d'y constater de nombreux contaminés à propos de toutes les maladies populaires (choléra, typhoïdes, éruptives) qui, chaque année ou fortuitement, se manifestent dans ce milieu urbain.

D. — La marche de la maladie dans le département est instructive. Elle semble, du début à la fin, avoir plus particulièrement suivi, non pas les grandes lignes, les routes les plus fréquentées, mais au contraire, les petites voies de communication réunissant les chefs-lieux de canton aux hameaux, villages ou communes de moyenne importance, prouvant bien ainsi, au point de vue particulier de sa propagation, l'influence presque exclusive des rouleurs, vagabonds ou débitants ambulants. C'est à peine, en effet, si sept des trente-sept communes contaminées se trouvent sur une voie ferrée; la plus grande partie d'entre elles, au contraire, est assise soit sur les routes départementales, soit sur des chemins vicinaux. Cette circonstance, si démonstrative dans l'espèce, ajoutée à la durée moyenne de l'incubation (dix à douze jours), explique encore la lenteur de cette marche de l'épidémie en même temps qu'elle permet de penser — surtout si l'on rapproche la date de l'apparition du premier et souvent seul cas signalé dans les diverses communes — que le germe contagé a dû être transporté par un nombre très restreint de personnes, porteurs du typhus à l'état d'incubation ou faisant une forme bénigne ou fruste de la maladie, qui auraient successivement contaminé, sinon au même moment, du moins dans un laps de temps très restreint, dans la majorité des cas seulement les divers refuges-abris de ces localités, quelquefois aussi des habitants qui, à leur tour, ont pu créer autour d'eux un nouveau foyer de culture et d'expansion justifiant ainsi cette proposition émise par notre éminent maître, M. le médecin-inspecteur général L. Collin, « les vagabonds en matière de typhus, sont toujours à surveiller et doublement dangereux : ils donnent le typhus quand ils l'ont, ils le communiquent quand ils ne l'ont pas ». Notre enquête a prouvé surabondamment le bien fondé de cet aphorisme en analysant les faits relevés à Chambly, Fay, Fresneaux-Montchevreuil, Beauvais, etc... C'est du reste une chose aujourd'hui classique et n'exigeant comme développement qu'une simple mention affirmant à la fois un fait d'observation indiscuté et la puissance, l'efficacité certaine des mesures de désinfection qui, bien appliquées, peuvent non seulement contrarier, mais supprimer, même brusquement, ces manifestations infectieuses.

V, *Contage et foyers.* — Ce qui précède tend à démontrer une fois encore la contagiosité spéciale de la maladie. Elle fut très nette, prise sur le vif, pour ainsi dire, pour les cas intérieurs de l'Hôtel-Dieu, chez l'infirmière, et les deux religieuses qui eurent à s'occuper des premiers typhiques reçus et aussi sur un menuisier de l'établissement, toutes personnes qui, non prévenues ou négligentes, ne prirent pas au début et malgré les avis donnés, les précautions de désinfection imposées plus tard. C'était, ainsi que le pensent avec Netter (1) la plupart des praticiens, contrairement à l'opinion un peu trop exclusive de Chantemesse (2), de la contagion par contact direct, immédiat, du malade, ou des objets à son usage et non par le transport aérien de germes, mode de contagion qui nous semble problématique ou du moins susceptible de nouvelles démonstrations. Elle le fut encore pour les trois cas observés chez des militaires dont nous donnons plus loin l'histoire clinique, très étudiée au point de vue de l'étiologie, du moment ou de la circonstance du contage. De même chez d'autres malades qui, méconnus ou cachés comme diagnostic réel, créèrent autour d'eux des foyers redoutables. Ainsi, à Beauvais, on a pu voir à côté de foyers moins bruyants donnant deux et trois cas de famille, dans la maison citée plus haut rue de la Madeleine, — sorte d'auberge où l'on reçoit à la nuit — un employé, être contaminé par un passager qui ne séjourna pas en ville ; ce malade, domestique, soigné dans l'auberge, y contamine en moins de quelques jours trois ouvriers pensionnaires logés près de sa chambre, un autre domestique de la maison, et enfin deux personnes de la famille du propriétaire (ces deux derniers cas n'ayant pas été officiellement déclarés ne sont pas comptés dans nos statistiques).

A Chambly, une sœur et une infirmière, nous a-t-il été assuré, bien que ces cas, non officiellement déclarés, n'aient pas trouvé place dans nos statistiques, furent victimes de la contagion en même temps que d'autres personnes de l'hôpital étaient aussi frappées pour avoir donné des soins à des typhiques ambulants recueillis pendant que leur infection évoluait sous forme bénigne ou de moyenne intensité, et alors que l'attention des médecins de la localité n'avait pas encore été attirée sur la maladie, par les publications médicales.

A Fresneaux-Montchevreuil, petite localité salubre, riche, bien située, c'est encore à la méconnaissance du diagnostic des premiers cas, et, ainsi que nous avons pu nous en assurer par une enquête minutieuse, suivie de cas à cas, à la contagion immédiate qu'il faut rapporter la création de ce foyer, — le plus important du département après celui de Beauvais — d'où peut-être la maladie (voir la carte) rayonna dans les communes voisines, notamment à Fay-sous-Chaumont. L'épidémie — officielle — si nous pouvons ainsi nous exprimer, y débuta fin mars par la maladie d'une femme L... qui avait reçu chez elle un vagabond faisant partie d'une association, temporaire ou de circonstance, formée par quinze misérables venant on ne sait d'où et entassés dans une promiscuité pitoyable, dans des taudis sombres, humides, sans air, mesurant seulement quelques mètres carrés, milieu dans lequel deux ou trois jeunes gens et enfants, avaient fait une maladie grave qui, pour nous, après analyse des symptômes avec le médecin de la localité, n'était autre que du typhus (cas encore retranchés dans nos statistiques). Cette femme L... guérit ; elle fut soignée par un de ses voisins, le nommé A..., qui, pris le 2 avril, succomba le 11 mai, après avoir contaminé aussi trois personnes différentes, amies et de sa famille qui, à tour de rôle, lui donnèrent des soins. Ces personnes habitaient diverses maisons de la commune et contaminèrent aussi, soit leurs parents, soit d'autres voisins, de telle sorte, nous dit notre excellent confrère, le docteur Gey, que ce village compta en moins de six semaines, vingt cas de typhus avec cinq décès, soit 25 0/0 de mortalité, distribués, ainsi que nous avons pu l'étudier sur place avec M. le médecin principal Gentit, directeur du service de santé du corps d'armée, dans quatorze maisons disséminées sur tous les points de cette commune.

Dans le voisinage de cette localité, à Fay, petite commune de peu de feux, l'épidémie, née de la même façon, donna aussi chez des domestiques appartenant à trois maisons différentes, quatre cas, trois décès.

A Laversines, un vagabond malade, sans ressources, mais pouvant travailler encore — il faisait une forme ambulatoire — passe fin février au poste de refuge. Le lendemain, il est occupé à une bâtisse chez une personne de la localité, Mme M..., veuve, vivant avec sa fille. On le soigne dans cette maison, et le 15 mars, étant guéri, il se dirige sur Verberie. Au même moment, Mlle M...

(1) *Société Médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 7 juillet 1893.
(2) *Société Médicale des hôpitaux de Paris*, 30 juin 1893.

s'alite et fait un typhus très grave dont elle guérit. Sa mère est atteinte le 22 mars et succombe le 29.

C'est encore une bien intéressante histoire que celle de l'épidémie de famille dont notre excellent confrère M. Leroux, médecin à Abbeville-Saint-Lucien, nous a précisé la narration. Vers la fin de février, un rôdeur, arrêté par la maladie dans le refuge du village de Fontaine-Saint-Lucien, se rend dans une maison voisine de ce poste-abri; c'était un débit tenu par M. B... qui y habitait avec sa femme, ses trois filles et une amie de celles-ci. On le reçoit, on lui sert à manger dans une salle où s'occupaient à des travaux de couture la fille aînée de M. B... et son amie, comme elle âgée de quinze à dix-sept ans, et où ce passager reste à peine une demi-heure assis à une table peu éloignée d'elles. Le 6 mars, ces deux jeunes filles sont prises du typhus (diagnostiqué rétrospectivement) avec abondante éruption et phénomènes pulmonaires; l'une d'elles faillit succomber. Peu de jours après c'est le tour des deux jeunes sœurs de Mlle B... qui sont aussi frappées (onze ans et neuf ans), toutes les deux avec du délire, exanthème, etc. Enfin le 6 avril, alors que ses enfants, étaient, grâce à ses soins, hors de danger, Mme B..., trente-cinq ans, qui avait pu éviter la contagion par le mendiant à qui sa fille aînée avait, seule, fait l'aumône et servi des aliments, ne put échapper à la contamination développée par ses enfants: elle succombait le treizième jour. M. B..., presque toujours hors de chez lui et averti, dès avril, du danger s'il ne prenait des précautions, fut le seul épargné dans cette maison. Quant au rôdeur, il disparut et, sans doute, transporta ailleurs les germes qu'il avait déjà semés dans tous les abris qu'il rencontra sur son passage, justifiant ainsi cette présomption personnelle sur laquelle nous insistons encore à dessein, que la maladie a du être, dans l'Oise, véhiculée par un fort petit nombre d'infectés. Ce n'est là qu'un fait d'intuition, peut-on nous objecter, mais il présente certaines chances de probabilité si l'on veut bien, en suivant la marche du typhus dans l'arrondissement de Beauvais, remarquer que les dates d'apparition de la maladie (en avril-mai) dans les diverses localités, se suivent avec un intervalle de deux à quatre jours comme, ainsi que nous l'avons déjà dit, si la contamination avait été faite partout, sinon au même moment, du moins avec une très rapide succession et comme propagée par un seul ou de rares malades créant tous les jours un foyer nouveau, en même temps qu'ils changeaient de refuge.

A Morlaine, c'est le fils d'un propriétaire M. D..., dix-huit ans, qui, en contact journalier avec des ouvriers, gagne seul, et probablement par eux, le typhus qui dut être introduit dans la ferme par le fait du passage nocturne d'un rôdeur malade qui, peu de jours après, fut mourir dans le poste refuge de Tillé.

A Juvignies, le domestique de M. L..., venant, en avril, de Breteuil, où, en rentrant chez lui, il avait assisté, aidé à se soutenir pour arriver à un abri, un rodeur malade et couché au pied d'une meule, fait un typhus auquel il succombe, tandis qu'il contaminait la femme de son maître, Mme L... (malade en mai, forme bénigne), qui lui avait donné des soins.

Au contraire, dans d'autres communes, l'épidémie se borna au cas initial ou à ceux qui furent observés sur les passagers. Ainsi à Allonne, aucun habitant n'a été malade; l'épidémie a sévi uniquement sur les rouleurs et le poste de refuge en a été l'unique foyer. Ce poste est situé au milieu du village; il est carrelé et propre. Il donne asile à des gens venant surtout de Warluis et de la route de Paris. En mars y fut recueillie une famille venant de Bailleul et de Villers-Saint-Sépulcre, par Warluis, et composée du père, de la mère et de deux enfants, et, leur état s'étant aggravé, ils furent transportés à Beauvais. Deux autres cas furent encore fournis par des rouleurs. Le dernier cas date de juillet (vagabond venant de Bresles). Comme il a été dit plus haut, il n'y a pas eu d'extension de l'épidémie dans la population de la localité. Ce fait très instructif, imité dans d'autres communes, tient certainement à ce qu'aucun habitant ne voulut recevoir momentanément ni loger d'étranger dans sa maison.

Nous n'insisterons pas : aussi bien, la relation que nous aurions à donner serait la même pour les trente-trois communes que nous avons dû visiter dans le cours des deux enquêtes qui nous furent prescrites. Partout l'origine a été la même : le vagabond; partout le foyer initial a été le même: le poste de refuge ou l'abri complaisant offert pour une nuit; partout enfin où les maires prévenus et en éveil sur la maladie ont pu éviter à leurs administrés le contact des typhiques, ils ont préservé les populations.

(*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Acromégalie (Bemerkungen zu einem Fall von Akromegalie), par HOFFMANN (*Deuts. med. Woch.*, 13 juin 1895, n° 4, p. 383). — Dans son mémoire, l'auteur se demande si la clinique autorise la division de l'acromégalie en plusieurs types et si cette division peut trouver un point d'appui dans l'anatomie pathologique.

Il rapporte l'observation suivante. Une fille de vingt-trois ans a vu, pendant l'hiver, ses mains augmenter de volume et se tuméfier, tandis que pendant l'été, elles ne présentaient rien de particulier. Mais peu à peu les mains, les pieds et la face augmentèrent de volume, ce qui l'empêcha de travailler.

Elle aurait eu aussi des attaques avec perte de connaissance et des vertiges. Les règles qui ont commencé à dix-sept ans ont toujours été régulières. Actuellement sa taille est de un mètre cinquante-sept centimètres; son poids est de soixante-dix kilogs. Les organes génitaux sont normaux, le corps thyroïde un peu hypertrophié; la sensibilité intacte. Les mains très grosses font penser tout de suite à l'acromégalie. La coloration des mains est cependant rouge bleuâtre et affecte surtout les segments des membres hypertrophiés.

Par la palpation, l'auteur constate que l'hypertrophie des mains et de la partie inférieure des avant-bras, dépend de l'hyperplasie des parties molles. L'hypertrophie des pieds donne lieu à la même remarque. Cependant les malléoles sont hypertrophiées. La figure n'est pas allongée, par contre, elle est arrondie. Le front est petit et fuyant. Les arcades orbitaires sont très saillantes. La coloration de la peau est aussi modifiée. Le nez est normal, les arcades dentaires se correspondent. La clavicule et la crête tibiale sont épaissies. La quantité des urines a varié entre deux et quatre litres. Après quelque temps de séjour à l'hôpital, la soif et la quantité des urines sont devenues normales. L'auteur, après avoir comparé les symptômes de sa malade avec ceux qui appartiennent à l'acromégalie d'après M. Marie, remarque que sa malade s'éloigne par certains caractères du tableau tracé par ce dernier. D'autre part, les symptômes observés, malgré la participation des articulations dans les segments affectés, n'autorisent pas à penser à l'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique. Il trouve plus de ressemblance entre son cas et l'erythromélalgie. Il conclut que la distinction entre l'acromégalie, l'ostéo-arthropathie et l'érythromelalgie ne repose pas sur des caractères cliniques et anatomo-pathologiques absolument démonstratifs. (Il peut arriver que, dans quelques cas assez rares, le diagnostic entre ces trois maladies devienne hésitant, mais il faut dire que le plus souvent, par un examen approfondi, on peut toujours préciser le diagnostic.)

Polynévrite gravidique (Ein Fall von Schwangerschafts polyneuritis nach unstillbauem erbrechen), par Stembo (*Deuts. med. Woch.*, 18 juillet 1895, n° 29, p. 461). — Eulenburg se demandait si de nombreux cas de polynévrite puerpérale ne s'étaient pas développés pendant la grossesse et s'il ne valait pas mieux désigner ces cas sous le nom de polynévrites gravidiques. L'auteur rapporte à ce propos une observation nouvelle. Il s'agit d'une femme âgée de vingt-cinq ans qui, au commencement de la deuxième grossesse a eu des vomissements incoercibles qui résistèrent à toute médication. Pendant que ces vomissements existaient encore, elle éprouva des douleurs dans les cuisses et qui furent suivies d'une faiblesse dans les jambes, de sorte qu'elle ne pouvait plus se tenir debout. A l'examen, Stembo constate l'état suivant : Pupilles normales; pas de troubles du champ visuel. Mémoire affaiblie. La respiration et la circulation n'offrent rien de particulier. La hauteur de l'utérus est celle qu'on observe au cinquième mois de la grossesse. Les extrémités supérieures sont libres. Le membre inférieur droit se trouve en varus équin. Les muscles des membres supérieurs et inférieurs sont atrophiés. La sensibilité est un peu diminuée aux jambes. Le réflexe patellaire diminué à droite est complètement aboli à gauche. Les muscles atrophiés sont très sensibles à la pression et leur excitabilité mécanique est exagérée. Les nerfs tibiaux et péroniens sont sensibles à la pression. L'excitabilité galvanique et faradique est un peu diminuée dans le domaine du nerf péronier droit, tandis que les muscles et nerfs de la jambe présentent aussi des troubles qualificatifs et de l'excitabilité électrique.

Le traitement électrique et kinésothérapique a amélioré l'état de la malade de sorte qu'à la fin du huitième mois de la grossesse elle commençait à marcher.

MÉDECINE

Anévrysme de l'artère hépatique (Das Aneuvrysma der arteria hepatica), par Mester (*Zeitschs. f. klin. Medic.*, 1895, vol. XXVIII, p. 93). — L'observation que publie l'auteur se rapporte à un homme de quarante-deux ans qui, à la suite d'un coup de pied de cheval dans le ventre, est apporté à l'hôpital sans connaissance dans un état de collapsus. Au réveil, lorsque sous l'influence des excitants il revint à lui, il commença à se plaindre de douleurs violentes dans l'abdomen. L'examen ne montra rien de particulier si ce n'est les phénomènes consécutifs au collapsus : pâleur de la face, refroidissement des extrémités, respiration superficielle, léger ballonnement de l'abdomen, etc.

Tous ces phénomènes se dissipèrent les jours suivants et le malade était prêt à quitter l'hôpital, lorsque dans la matinée il fut pris d'un vomissement de sang avec douleur dans la région hépatique et ictère. Cet état se dissipa également au bout de quelques jours.

Dans la nuit le malade eut de temps en temps des hématémèses avec melæna et douleurs violentes dans l'abdomen, si bien que l'ensemble de symptomes paraissait indiquer l'existence d'un ulcère de l'estomac ou du duodénum. La laparotomie montra pourtant que l'estomac et le duodénum était sains et que nulle part il n'existait trace d'ulcère. Pour plus de sûreté on pratiqua pourtant la gastro-entérostomie.

Le malade qui était déjà passablement affaibli succomba cinq jours après l'intervention avec des phénomènes d'iléus.

A l'autopsie on trouva un anévrysme de la branche droite de l'artère hépatique; la tumeur était située dans le foie et communiquait avec la branche droite du canal hépatique.

L'auteur a réuni dans son travail dix-neuf autres cas d'anévrysmes de l'artère hépatique pour montrer que dans tous ces cas on avait fait le diagnostic d'ulcère d'estomac ou de cholélithiase.

Glycosurie alimentaire (Klinische Beitrage zur Kentniss der alimentaren Glykosurie bei fonctionnellen Neurosen. Phosphorvergiftung und Leberatrophie), par von Iaksch (*Prag. med. Woch.*, 1895, n° 27, p. 281). — Les recherches de l'auteur faites sur une centaine de malades lui ont montré que le phénomène de la glycosurie alimentaire (apparition passagère de sucre dans l'urine après l'ingestion de cent grammes de sucre) peut être facilement provoqué chez les hystériques, chez les femmes enceintes (seize cas), dans l'empoisonnement par le phosphore (quatre cas), dans la cirrhose atrophique (un cas).

Diagnostic et traitement de la sténose du pylore (Die Erkennung und Behandlung der Pylorusstenose), par Einhorn (*Zeitschr. f. klin. Med.*, 1895, vol. XXVIII, p. 11). — En se basant sur sept observations de sténose cicatricielle du pylore et quatre autres de sténose cancéreuse, l'auteur essaie de donner les signes qui permettent d'établir le diagnostic différentiel de ces deux affections. D'après lui, la sténose cancéreuse est caractérisée par sa courte durée, l'absence des intervalles de bien-être avec disparition complète de la douleur, par l'existence d'une tumeur appréciable au toucher, l'absence d'acide chlorhydrique libre et la présence fréquente d'acide lactique dans le contenu stomacal dont l'acidité générale est ordinairement diminuée et l'odeur extrêmement fétide.

La sténose cicatricielle non cancéreuse est caractérisée par l'absence des symptômes énumérés plus haut. L'affection dure plus longtemps, la tumeur fait défaut, le contenu stomacal renferme de l'acide chlorhydrique libre; souvent on observe des périodes pendant lesquelles le malade est entièrement débarrassé des douleurs.

Comme traitement, l'auteur préconise l'abouchement de l'estomac avec l'intestin. Si l'opération est refusée ou n'est plus praticable, on fera des lavages fréquents de l'estomac, on mettra le malade à la diète, de temps en temps on le nourrira par la voie rectale.

Les douleurs seront calmées par l'administration interne de chloral.

CHIRURGIE

Anévrysme de la fémorale (Femoral anevrysm, beginning immediately under Ponpart's ligament treated by digital compression), par Sawtelle (*N. Y. med. Jour.* 23 février 1895, p. 225). — L'observation que publie l'auteur se rapporte à un homme de vingt-huit ans entré à l'hôpital pour une tumeur pulsatile de la région inguinale gauche. La tumeur qui avait fait son apparition seize mois auparavant, à la suite d'un effort, était animée de battements, était ovale, avait le volume d'un œuf de poule, et se prolongeait en haut sous le ligament de Poupart, paraissant envahir l'artère iliaque externe. On fit le diagnostic d'anévrysme de la fémorale et on prescrivit des iodures, ce malade ayant eu la syphilis en 1887. On chercha en même temps à faire de la compression à l'aide de divers instruments ou tourniquets, mais on n'arriva qu'à rendre toute la région très douloureuse. On eut alors recours à la compression digitale avec le pouce, les autres doigts de la main appliqués sur le pouce et le maintenant en place. Au bout de deux heures, les battements avaient disparu; on continua encore le compression pendant quarante-une heures, après quoi on amena la cuisse à angle droit sur le tronc et on la maintint dans cette position à l'aide d'un bandage. On ne permit qu'au bout de trois semaines au malade de se lever et de marcher. Quelque temps après le malade sortait de l'hôpital avec une tumeur ayant diminué de moitié et ne causant plus aucun accident; le caillot paraissait complètement organisé; on ne sentait aucune pulsation dans la fémorale, la tibiale ou la poplitée, mais la circulation collatérale s'était très bien rétablie.

Hernie de la vessie (A case illustratingan early stage of hernia of the bladder), par Treves (*Lancet*, 8 juin 1895, p. 1424). — Un homme de trente et un ans vint consulter l'auteur pour une double hernie inguinale datant de deux ans. Depuis un an le malade portait un double bandage inguinal; la hernie droite, la plus grosse, avait le volume d'un œuf de poule, se réduisait facilement, mais se reproduisait instantanément dès qu'on enlevait la main : le contenu paraissait être de l'épiploon. La hernie gauche, très analogue à la droite, était cependant plus petite. Le malade se plaignait de douleurs vagues dans le bas-ventre et surtout d'une faiblesse des reins; pas de troubles vésicaux, mais douleur à la partie interne de la cuisse droite. L'opération faite sur le désir du malade montra à droite, en arrière du cordon spermatique, une masse ronde graisseuse, une hernie graisseuse rétropéritonéale, entourant un sac péritonéal complètement vide, qu'on lia et qu'on réséqua. Après avoir enlevé toutes ces parties, on trouva une seconde masse comme s'il y avait eu deux hernies l'une derrière l'autre. Cette deuxième masse graisseuse fut dégagée de sa graisse et on trouva à son intérieur une hernie

formée par la vessie. La hernie gauche était aussi graisseuse et contenait dans son intérieur un petit sac péritonéal vide; elle siégeait aussi en arrière du cordon.

Les suites opératoires furent des plus simples et le malade guérit sans complications.

BIBLIOGRAPHIE

Les maladies de la moelle épinière et du bulbe (Die Erkrankungen des Rückenmarkes und der medulla oblongata), par Leyden et Goldscheider. T. X, fasc. 1, du *Traité de pathologie et de thérapeutique.*

Le livre très remarquable que MM. Leyden et Goldscheider présentent au public médical constitue la première partie d'un ouvrage ayant pour sujet les maladies de la moelle épinière et du bulbe. Il renferme cinq chapitres qui sont une introduction générale aux affections de l'axe bulbo-spinal. Le premier chapitre est consacré à l'anatomie de la moelle et du bulbe. La structure fine de la moelle épinière y est traitée avec tous les détails que comporte cet organe important. Chaque donnée nouvelle et qui présente un intérêt particulier au point de vue de la neuropathologie y est exposée d'une manière précise. Plusieurs figures facilitent la compréhension du texte.

Le deuxième chapitre est un exposé complet de nos connaissances actuelles sur la physiologie de la moelle. On y trouvera traitée la question de la transmission des impressions sensibles et motrices. A propos de la transmission de la douleur ils considèrent la substance grise comme un organe de sommation plutôt que comme un organe destiné à la conductibilité des impressions douloureuses. Le croisement des voies conductrices de la moelle, l'hyperesthésie et la conductibilité du sens musculaire sont exposés avec beaucoup de sens critique.

Le troisième chapitre renferme l'anatomie pathologique de la moelle épinière. Les diverses lésions de substance blanche, de la substance grise et de la névroglie sont indiquées. Les auteurs entrent dans des considérations intéressantes au sujet des lésions de la moelle consécutives aux amputations, de la régénération de la moelle épinière et des scléroses systématisées et combinées. A noter que les auteurs nient l'existence de scléroses systématisées dans le sens que leur donne Flechsig. Ils ont introduit dans leur livre, avec beaucoup de raison d'ailleurs, la conception du neurome comme base de la pathologie nerveuse.

La symptomatologie générale (IVe chapitre) représente une véritable monographie sur la séméiologie du système nerveux. A signaler particulièrement la contracture, les troubles du sens musculaire et l'ataxie qui permettent aux auteurs de développer des vues originales et intéressantes.

Le cinquième chapitre, relatif à l'étiologie, est peut-être un peu court : on y trouvera le rôle du traumatisme des infections et des intoxications dans la production des maladies de la moelle épinière.

Le dernier chapitre, consacré à la thérapeutique générale des maladies de la moelle épinière, est fort instructif. La question de l'électrothérapie se recommande tout particulièrement par la justesse de leurs vues et par les idées nouvelles qu'ils développent. Sans nier le rôle de la suggestion dans l'électrothérapie, les auteurs montrent que le courant électrique modifie l'excitabilité du nerf en plus ou en moins. Toutefois il ne faut pas penser que l'électricité ait une action curative sur les processus anatomiques de la moelle épinière. Le courant nerveux n'influence d'une façon favorable que les troubles fonctionnels qui accompagnent ce processus. Une analyse aussi courte que celle que nous venons de faire ne peut donner qu'une idée incomplète de la valeur du contenu de cet important ouvrage.

G. Marinesco.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses des Facultés.

Pathogénie des abcès froids du thorax, par Charles Souligoux.

Arrivé à la fin de ce travail, nous en donnerons, ici, un court résumé.

Dans la première partie, *Historique*, nous avons montré l'évolution des idées depuis Menière jusqu'à notre époque où triomphent les idées de Gaujot, en indiquant chemin faisant quelques-unes des raisons qui nous font repousser la théorie de la périostite externe.

Dans le deuxième chapitre, *Anatomie pathologique*, nous avons étudié l'abcès du tissu cellulaire, l'abcès osseux, en nous appuyant surtout sur les travaux du professeur Lannelongue.

Dans le troisième chapitre, *Abcès froids des parois thoraciques* d'origine pleurale, nous avons démontré, revenant à la théorie de Leplat, l'existence de ces abcès en nous appuyant sur des preuves cliniques, des preuves tirées de la pathologie générale, de l'anatomie pathologique de la plèvre tuberculeuse.

Dans le quatrième chapitre, nous avons étudié les *Lymphatiques de la Plèvre* et nous avons montré que, peu développés à l'état normal, au point qu'ils ne peuvent être injectés avec du mercure comme l'avait vu Mascagni, ils étaient au contraire volumineux dans le cas d'inflammation et d'adhérences pleurales, faisant communiquer les espaces lymphatiques du poumon avec les canaux blancs de l'espace intercostal.

Le cinquième chapitre, de l'*Espace Intercostal*, a pour but d'expliquer le cheminement du pus et le siège constant de ces abcès. La description des fossettes présternales, des ganglions lymphatiques, mammaires et intercostaux nous fait comprendre et admettre l'existence d'adénites, des lymphangites tuberculeuses évoluant pour leur propre compte sans qu'il y ait pour cela de lésions osseuses primitives. La situation des espaces perforés explique que fréquemment la lésion osseuse consécutive siège au niveau du bord inférieur de la côte supérieure.

Au cours de cette étude j'ai été amené à une conception nouvelle de l'espace intercostal. J'ai montré (figures 7 et 8) les insertions variables de l'intercostal interne qui contrairement aux classiques s'insère à la partie moyenne de l'espace aux deux lèvres de la gouttière.

La disposition du tissu cellulaire est aussi très différente suivant les points de l'espace où on l'examine (figure 9).

Les rapports du paquet vasculaire avec le muscle intercostal interne sont aussi figurés (figure 8).

Dans le sixième chapitre traitant de la *Pathogénie*, j'ai montré que l'on pouvait décrire : 1° des abcès du tissu cellulaire, forme rare; 2° des abcès primitivement osseux, forme fréquente; 3° des abcès primitivement d'origine pleurale, et que dans nombre de cas la lésion osseuse n'était que secondaire.

Le reste de ce mémoire contient des *Observations* de ces différentes formes de tuberculose des parois thoraciques.

J'en ai réuni un certain nombre traitées par injections pour montrer combien peu ce mode de traitement donne de succès; le seul traitement vraiment chirurgical étant l'incision, l'ablation de toutes les parties malades, os, tissu cellulaire, plèvre épaissie et tuberculeuse.

Il est probable que dans certaines formes de pleurésie tuberculeuse à cavité très étroite où les deux parois ne sont séparées que par un petit espace, la persistance de l'écoulement purulent tient surtout à ce qu'en réséquant les côtes l'on n'a pas enlevé ou suffisamment gratté l'autre paroi de l'abcès froid, j'ai nommé la plèvre pariétale.

VARIÉTÉS

Nécrologie. — Le Dr de Saint-Germain. — Nous adressons un hommage de sympathique condoléance à notre confrère le Dr de Saint-Germain, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades, si cruellement frappé par la mort de son fils, médecin de la marine, mort à Madagascar des suites d'une fièvre pernicieuse. Les médecins de l'armée et de la marine qui ont vu à l'œuvre ce jeune et vaillant confrère s'associeront tous à nos regrets.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

L. Pasteur.

La gloire de Pasteur sera immortelle. Tous les interprètes du monde savant l'ont maintes fois proclamée. Jamais le génie d'un homme n'a provoqué tant d'admiration, d'aussi unanimes louanges.

Vivant encore et conscient de sa valeur et des services qu'il avait rendus à l'humanité, il a reçu les plus éclatants témoignages du respect et de la gratitude des populations, des sociétés savantes, des gouvernements. Aujourd'hui son œuvre est accomplie. Il laisse après lui non seulement toute une série de découvertes impérissables mais encore des méthodes d'étude qui permettront de les parfaire et des disciples qui, élevés à son Ecole, sont dignes de la faire vivre.

Aussi n'est-ce point tout d'abord l'œuvre du savant, c'est plutôt encore le caractère de l'homme que nous devons louer. Sorti des rangs les plus humbles, s'étant, élevé peu à peu, lentement, non sans efforts pénibles, à la plus haute situation que puisse ambitionner une âme d'élite, Pasteur n'a jamais oublié ni la modestie de ses débuts, ni ce que méritent d'indulgente bienveillance et d'affectueuse sollicitude les disciples d'un maître vraiment digne de ce nom, ni ce que donne de joies intimes la certitude d'avoir toujours fait le bien, ni ce que doit à son pays, surtout lorsqu'il est cruellement éprouvé, celui dont toutes les nations acclament la renommée.

Il est resté simple et modeste, tout en sachant bien faire ressortir l'immense portée de ses découvertes scientifiques. Tout en combattant avec la plus vive énergie ceux qui contestaient la valeur de ses expériences, tout en luttant avec la plus ardente conviction pour faire prévaloir ce qu'il croyait juste et vrai, il a su accueillir avec la courtoisie la plus indulgente et associer à ses succès les collaborateurs qu'il jugeait dignes de son estime.

Il n'a vécu que par la science et pour la science, simple dans ses goûts, dans sa vie privée, acceptant sans les rechercher les honneurs et les récompenses académiques, dédaignant les contrats ou les traités qui auraient pu lui assurer une grande fortune, préférant à la richesse la gloire d'avoir pu offrir au monde entier les moyens de lutter avec succès contre les causes diverses qui, jusqu'alors méconnues ou mal interprétées, menaçaient tantôt la prospérité nationale, tantôt la santé publique.

Sa vie tout entière est donc un modèle de conscience, de probité, de travail. Et s'il convient d'admirer sa ténacité et son énergie au début de sa carrière scientifique, son désintéressement et son activité toujours croissante alors qu'il avait trouvé la voie qu'il a si glorieusement tracée, il faut avant tout et surtout proclamer ses vertus, je veux dire son honnêteté, sa fidélité à ses convictions, sa bonté. Les médecins qui ont si souvent l'occasion de sentir ce que donnent de satisfactions morales, mais aussi parfois d'inquiétudes et d'insomnies, les efforts qu'ils tentent pour sauver ceux qui se sont livrés en toute confiance à leurs soins, comprendront, s'ils ont connu M. Pasteur, combien est digne de respect l'anxieuse hésitation avec laquelle il a abordé l'application de ses méthodes scientifiques au traitement des maladies les plus redoutables.

Médecin, il ne l'était point ni par son éducation première, ni par la rigueur presque mathématique avec laquelle il dirigeait ses travaux. Il commençait ses études à une époque où l'empirisme et les idées doctrinales rendaient bien difficiles les applications à la thérapeutique des travaux de laboratoire. En chimie, la force catalytique ; en biologie, la génération spontanée ; en médecine la force vitale et la spontanéité morbide, tels étaient les axiomes au nom desquels on prétendait expliquer tout. Les premiers travaux de M. Pasteur — et nous ne parlons pas ici de sa belle découverte de la dyssimétrie moléculaire — l'amenèrent à renverser la doctrine de Liebig sur les fermentations. A l'idée préconçue d'une *catalyse* déterminant les transformations chimiques du liquide fermentescible, il oppose, par une série d'expériences aussi ingénieusement conçues que rigoureusement exécutées, la doctrine des ferments animés et vivants, des germes *aérobies* et *anaérobies*, c'est-à-dire des agents spécifiques de chaque fermentation. Il ren-

verse, du même coup, la doctrine de la génération spontanée et, par la précision avec laquelle il sait répondre à toutes les objections, déceler toutes les erreurs expérimentales et varier incessamment les preuves qu'il apporte à l'appui de sa doctrine, il réduit au silence des physiologistes qui s'appelaient Pouchet, Joly et Musset. Ceux-ci se refusent à une épreuve contradictoire et se dérobent comme l'avait fait Liebig, comme le feront les vétérinaires de Turin, Bastian, G. Colin, Béchamp et les autres adversaires d'un savant dont la probité a toujours égalé le savoir.

Il ne nous appartient pas d'insister ici sur les résultats pratiques de ces premières recherches. La *pasteurisation* des bières, des vins, du lait a rendu cependant trop de services à l'industrie pour qu'il soit possible de passer sous silence d'aussi mémorables travaux.

Lorsqu'en 1865, J.-B. Dumas imposa à M. Pasteur le devoir d'aller étudier dans le midi de la France la maladie qui atteignait si cruellement une industrie jusqu'alors florissante, c'est encore l'étude méthodiquement scientifique des agents producteurs de la *pébrine* qui permit au savant chimiste de prouver que, la cause de la maladie étant bien connue, son remède devait consister dans la sélection des graines contaminées.

C'était un nouveau pas fait dans une voie qui devait ouvrir à la médecine et à la chirurgie de nouveaux horizons.

Pasteur avait prouvé que les fermentations étaient dues à l'action de germes vivants. Il avait démontré que des germes analogues provoquent la fermentation ammoniacale des urines ; il avait fait pressentir l'action pathogène des microbes lorsque Davaine, en étudiant la *pustule maligne*, émit l'idée que la *bactéridie charbonneuse*, qui présentait tant d'analogies avec le ferment butyrique, pouvait bien être la cause du *sang de rate*. Mais Davaine n'avait ni l'ingéniosité expérimentale ni l'habileté vraiment géniale de Pasteur. Celui-ci reprend la question qu'avaient obscurcie les expériences de Leplat et Jaillard. Bientôt la méthode des cultures successives démontre que la bactéridie charbonneuse est l'agent direct de la maladie, que la présence du vibrion septique avait adultéré les expériences de Leplat et Jaillard. Enfin le procédé si élégant qui rend possible, en refroidissant les poules, de leur transmettre la maladie qui jusqu'alors n'avait pu leur être inoculée, permet d'affirmer que la contagion des maladies dites virulentes est due, comme la fermentation, à l'action d'un être vivant, d'un *microbe*, et que cette contagion qui se fait soit par le contact direct ou l'inoculation, soit par l'ingestion, soit par l'inhalation des poussières virulentes, peut être entravée ou atténuée par certains agents physiques.

A dater de ce jour la doctrine étiologique des maladies virulentes était créée. L'antisepsie chirurgicale et obstétricale devait en être le corollaire. Une ère nouvelle s'ouvrait. Pasteur avait rendu d'inoubliables services à l'humanité.

Il ne devait pas s'en tenir là. Il chercha non seulement à prévenir mais à guérir la maladie. Ceux qui, en 1880, suivaient les séances de l'Académie de médecine, n'oublieront jamais l'émotion avec laquelle a été écoutée sa communication sur le *choléra des poules* et l'atténuation de l'agent virulent qui détermine cette maladie. Nous avons jadis analysé ce travail et fait ressortir son importance (*Gaz.*, 1880, p. 293 et suiv.). Plusieurs savants se refusaient cependant encore sinon à accepter les faits apportés par M. Pasteur à l'appui de sa doctrine, du moins à en admettre l'interprétation. Vint la mémorable expérience de Pouilly-le-Fort. L'atténuation scientifiquement et mathématiquement provoquée du vaccin charbonneux, son efficacité vaccinale, les résultats incomparables que donnait aussi bien au point de vue doctrinal qu'au point de vue pratique la nouvelle *méthode* imaginée par M. Pasteur, il n'est plus nécessaire aujourd'hui de les faire ressortir dans un journal où depuis vingt ans je me suis efforcé de vulgariser, en signalant leur immense portée, les découvertes dues au génie de cet illustre maître.

Disons seulement que la méthode de l'atténuation des virus a été la plus grande découverte de ce siècle. Elle a permis, en effet, de créer de toutes pièces, en prenant comme point de départ un virus très actif, toute une série de vaccins, c'est-à-dire de virus atténués qui, bien que conservant indéfiniment leur nature originelle, pouvaient au gré de l'expérimentateur perdre successivement la plus grande partie de leur activité. Elle a permis de plus de démontrer que l'inoculation de ces vaccins pouvait atténuer l'action d'un virus très actif déjà introduit dans l'organisme et guérir rapidement des maladies jusqu'à ce jour regardées comme incurables. Les expériences d'atténuation puis d'inoculation du virus rabique n'ont été qu'un premier pas fait dans la voie qui a conduit à la découverte du vaccin antidiphthéritique et qui permettra sans doute un jour de trouver le vaccin capable de guérir la tuberculose et le cancer.

Il nous suffira d'avoir résumé ici les principaux titres de gloire d'un savant qui, par son rare génie et par ses immortelles découvertes, a dépassé tous ceux qui, depuis plusieurs siècles, ont honoré leur patrie. M. Pasteur ne s'est point borné, en effet, à enrichir son patrimoine scientifique ; il a réussi, c'est lui même qui a pu l'affirmer, « à reculer les frontières de la vie ».

L. Lereboullet.

REVUE GÉNÉRALE

Traitement de la fièvre intermittente.

Les expéditions coloniales récentes ont mis à l'ordre du jour le traitement du paludisme. Cette maladie est fort heureusement l'une de celles contre qui l'on puisse diriger une médication spécifique.

La quinine agit sur la fièvre intermittente et les autres manifestations palustres en vertu de son pouvoir germicide; elle possède, en effet, la propriété de détruire les protozoaires (Bochefontaine) et notamment les hématozoaires que l'on sait être, depuis les remarquables travaux de Laveran, les agents pathogènes du paludisme. Mêle-t-on une goutte de solution d'un sel de quinine à une goutte de sang palustre, immédiatement on voit cesser les mouvements des flagella et les hématozoaires prendre leurs formes cadavériques. D'autre part, les parasites disparaissent du sang des malades soumis à la médication quinique.

On peut se demander, la spécificité de cette médication

étant hors de toute contestation, pour quelles raisons les récidives de fièvre intermittente sont si fréquentes? Suivant Laveran, la résistance des hématozoaires (qui représentent les divers états par lesquels passe le parasite) varie suivant le stade de développement auquel l'hématozoaire est parvenu; on sait que Laveran distingue les formes correspondant aux états différents par lesquels passe le parasite; les corps sphériques et les flagella seraient détruits par la quinine, mais les corps en croissant résistaient en partie et pourraient engendrer des générations nouvelles. Cette particularité justifie la méthode des traitements successifs destinés à prévenir les rechutes.

Peut-on d'ailleurs *prévenir* les accès et la médication quinique, si efficace contre un accès en évolution, exerce-t-elle une action préventive aussi décisive? A cet égard, les avis sont partagés; de nombreux médecins ont nié cette action préventive, mais cette opinion ne peut prévaloir contre les observations nombreuses et démonstratives qui prouvent l'excellence de la quinine comme moyen prophylactique. On ne doit donc pas hésiter, dans les contrées où sévit le paludisme, à prescrire à tout arrivant, une dose journalière de quinine; pour être efficace cette dose devra atteindre au moins vingt-cinq à trente centigrammes.

Les diverses manifestations du paludisme aigu peuvent être divisées en : fièvres intermittentes, fièvres pernicieuses, fièvres bilieuses hématuriques, fièvres larvées.

La *fièvre intermittente* est celle qui prête le plus de prise à la thérapeutique; c'est fort heureusement celle que l'on observe le plus communément, sous nos climats tout au moins.

Que faut-il faire en présence d'un accès intermittent? Disons de suite que la conduite à tenir est identique quel que soit le signe revêtu par les accès (quotidien, tierce, quarte).

Dès que le frisson a éclaté, on doit faire mettre au lit le malade et le réchauffer par des applications de boules d'eau chaude, par l'administration de boissons chaudes légèrement alcoolisées.

Celles-ci sont souvent rejetées par vomissements et l'intolérance gastrique peut nécessiter l'emploi de moyens palliatifs; on combat les vomissements à l'aide des médicaments usuels : *potion de Rivière, menthol, cocaïne, eau chloroformée*. Ces trois derniers peuvent être associés dans la formule suivante :

Menthol	0 gr. 50
Alcool	qs.
Eau chloroformée	250 gr. »
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 10
Sirop simple	40 gr. »

Une ou plusieurs cuillerées à bouche à courts intervalles.

La *révulsion* au creux épigastrique (teinture d'iode, sinapismes) peut être également très utile.

Pendant le stade de chaleur il n'y a pas de médication symptomatique particulièrement indiquée; si la céphalalgie était très intense on pourrait cependant administrer l'*antipyrine* si l'état des reins ne s'y oppose pas.

A ce stade le docteur Klein (Kaïfa, Syrie) recommande encore d'administrer un purgatif; les purgatifs salins étant le plus souvent rejetés par le vomissement, il propose l'*huile de ricin* dont on peut dissimuler la saveur nauséabonde par l'artifice suivant emprunté aux Arabes :

Dans un verre de lait on verse de quinze à vingt grammes d'huile de ricin et l'on chauffe le tout avec une cuiller. Au bout de quelques minutes, on obtient une émulsion parfaite; on l'édulcore avec du sirop de fleurs d'oranger. L'huile de ricin administrée de cette façon agit en dose moindre qu'administrée pure. Quinze à vingt grammes suffisent pour purger un adulte.

Le stade de sueur annonce la terminaison de l'accès et ne comporte aucune intervention; on doit se borner à essuyer fréquemment le malade et à le prémunir contre l'impression du froid.

Telle est la médication symptomatique la plus rationnelle; il n'a pas été question, à dessein, de l'emploi de l'ipéca, qui était très en faveur anciennement, et dont l'administration précédait celle de la quinine. Cette pratique a été condamnée par Maillot, à juste titre.

Hâtons-nous maintenant d'énoncer les règles de l'administration de la *quinine*. Pour obtenir de ce précieux fébrifuge tous les effets que l'on est en droit d'en attendre, il importe de l'administrer à doses suffisantes et au moment opportun. Tout d'abord sur quel sel de quinine le choix doit-il s'arrêter? Le plus anciennement et aussi le plus fréquemment utilisé a été le sulfate; mais le sulfate est moins soluble et contient moins de quinine (59 p. 100) que le chlorhydrate (81 p. 100), aussi ce dernier a-t-il aujourd'hui la préférence.

Dans la fièvre intermittente où l'indication d'une intervention immédiate est moins pressante que dans les accès pernicieux, on utilise uniquement la voie stomacale et l'on prescrit le médicament en cachets, au moins chez l'adulte. A défaut de cachets, on ferait prendre le chlorhydrate de quinine dans du café noir ou en solution dans une petite quantité de rhum.

La dose à employer ne doit pas être inférieure à un gramme.

A quel moment convient-il d'administrer la quinine? Faut-il la donner avant, pendant, ou après l'accès.

Donnée immédiatement avant ou pendant l'accès, la quinine est impuissante à l'enrayer. Il est préférable de la faire prendre après la terminaison de l'accès ou quelques heures avant l'accès à venir, le moment de son apparition étant connu. La quinine s'élimine en partie six heures après son ingestion; aussi ne doit-on pas éloigner son administration de plus de six heures du début de l'accès à venir.

Il est à remarquer que le début réel de l'accès précède le début apparent, caractérisé par le frisson. Avant le frisson existe déjà une élévation de température qui se manifeste lentement et qui précède le frisson de deux heures dans le type quotidien, de six à huit heures dans le type tierce, de douze à dix-huit heures dans le type quarte (Jaccoud).

On devrait donc tenir compte de ce fait et éloigner le moment de l'administration de la quinine d'un temps correspondant à la différence qui sépare le début réel du début apparent, mais en pratique on n'observe pas toujours ces règles et l'on obtient le résultat cherché en donnant la quinine soit une heure après la fin du dernier accès, soit huit à dix heures avant l'accès à venir.

Il suffit habituellement de deux ou trois doses de quinine pour couper une fièvre intermittente ordinaire, mais si l'on cesse la médication au bout de deux ou trois jours, un nouvel accès ne tarde pas à se produire; il est donc nécessaire de prolonger l'emploi de la quinine, en diminuant toutefois la dose quotidienne, en l'abaissant d'abord à soixante-quinze centigrammes puis à cinquante centigrammes. A ce traitement continu, M. Laveran préfère un traitement avec interruptions, qu'il désigne du nom de méthode des traitements successifs.

Pendant les premier, deuxième et troisième jours, il prescrit quatre-vingts centigrammes à un gramme de chlorhydrate de quinine.

Les quatrième, cinquième, sixième et septième jours, pas de quinine. Les huitième, neuvième et dixième jours, soixante à quatre-vingts centigrammes de chlorhydrate

de quinine. Du onzième au quatorzième jour, pas de quinine.

Les quinzième et seizième jours, soixante à quatre-vingts centigrammes.

Du dix-septième au vingtième jour, pas de quinine.

Les vingt et unième et vingt-deuxième jours, soixante à quatre-vingts centigrammes.

Si la fièvre reparaît pendant le cours du traitement, il faut nécessairement prolonger la durée de celui-ci.

On a proposé quelques succédanés du traitement quinique : notamment le sulfate de cinchonidine, le bleu de méthylène, le chlorhydrate de phénocolle.

Le *sulfate de cinchonidine*, préconisé par le professeur de Brun (Beyrouth), est moins coûteux que les sels de quinine, mais c'est là son seul avantage, car il est d'une efficacité inférieure de moitié à celle de la quinine; à la dose où il est efficace (deux grammes) il peut être toxique ; on ne saurait donc en conseiller l'emploi.

Le *bleu de méthylène* a été appliqué au traitement de la fièvre intermittente par Erlich, Guttmann ; il ferait, comme la quinine, disparaître les hématozoaires du sang, ce qui d'ailleurs a été contesté par Laveran. Les résultats obtenus en clinique ne sont pas décisifs ; si M. Bourdillon a pu couper des accès avec des doses élevées (trente centigrammes à un gramme), Laveran, par contre, a eu des insuccès dans les deux cas où il l'a employé.

Le chlorhydrate de phénocolle (amidacet paraphénétidine) a été utilisé par Hertel et Herzog comme antipyrétique dans un certain nombre de maladies fébriles, par Gerhardt en 1892, comme antinévralgique et antirhumatismal. Il a été expérimenté comme antimalarique en Italie par Albertoni, Cercillo, Pucci, etc. Le docteur Ribert (Arzew) l'a également utilisé, dans vingt cas. D'après lui, ce médicament ne le céderait en rien à la quinine; il est toujours bien supporté, même à doses élevées. On l'administre en cachets ou mieux en potion dans de l'eau aromatisée. On le donne par fractions, cinq heures au maximum, trois heures au minimum avant le début de l'accès fébrile présumé. Quant aux doses, elles doivent être de deux grammes chez les adultes et de cinquante centigrammes et même soixante-quinze centigrammes chez les enfants de quatre à dix ans. L'usage du médicament devra être continué pendant six à sept jours, sinon de nouveaux accès fébriles se produiraient après quelques jours de rémission. Il est nécessaire d'instituer des traitements successifs, avec un intervalle d'environ huit à quinze jours entre eux. Le chlorhydrate de phénocolle n'agirait pas en détruisant les hématozoaires, mais en leur faisant perdre de leur vitalité de telle sorte que ceux-ci ne peuvent pour un certain temps arriver à leur phase de sporulation. Or, si on trouve des hématozoaires en état de segmentation ou de sporulation, on peut prédire un accès (Baccelli). Au bout de ce laps de temps, les hématozoaires pourraient de nouveau récupérer leur vitalité primitive, d'où la nécessité de la méthode des traitements successifs précédemment indiquée. Ce nouveau médicament, pas plus que le bleu de méthylène, n'a encore subi suffisamment l'épreuve de la pratique pour que l'on puisse le recommander en toute sécurité.

Il est bon néanmoins de savoir qu'il existe quelques succédanés de la quinine susceptibles d'être utilisés dans certains cas.

Lorsque les accès ont été coupés, on n'est pas quitte envers le malade ; il reste à leur suite de l'anémie, parfois très accentuée, des troubles notables de la digestion, de l'hypertrophie splénique.

Autant pour parer à cette déchéance de l'organisme que pour prévenir le retour de nouveaux accès, d'autant plus à craindre que l'organisme se trouve en état de moindre résistance, il faut imposer aux malades un *changement de climat* ou tout au moins une *cure d'altitude* s'il se trouve un sanatorium dans la colonie où ils résident.

Contre l'hypertrophie splénique, le traitement par la *quinine* est encore de mise ; seulement, on l'administre à petites doses, associée à l'extrait de quinquina.

Chlorhydrate de quinine	} ãã 10 centigr.
Extrait mou de quinquina..........	

pour une pilule. 3 par jour.

Contre les troubles digestifs, on institue un *régime alimentaire* approprié où le lait doit prendre une large part.

Enfin contre l'anémie, le fer et l'arsenic sont indiqués. On n'oubliera pas toutefois que ce sont là deux médicaments très irritants pour la muqueuse gastrique et l'on subordonnera leur administration à l'état des fonctions digestives.

On prescrit le fer sous forme de sous-carbonate, de protoïodure, de lactate, de protoxalate, etc. (vingt à quarante centigrammes par jour). Quant à l'arsenic, on le prescrit sous forme de liqueur de Fowler (X à XX gouttes) ou d'une solution d'arséniate de soude (cinq à dix milligrammes par jour).

Le Dr Klein (*Bulletin de thérapeutique*, 30 mai 1895) recommande la potion suivante :

Quinine (chlorhydrate)............	2 grammes.
Teinture de quassia amara.........	} ãã 4 grammes.
Teinture de quinquina.............	
Liqueur de Fowler.................	2 —
Sirop de fleurs d'oranger.........	40 —
Eau...............................	150 —

Deux cuillerées à soupe par jour avant les repas.

L'*hydrothérapie* froide peut rendre de grands services, soit sous forme de douches générales, soit sous forme de douches locales pour combattre l'hypertrophie splénique ; mais il faut bien savoir que le jet dirigé sur la rate peut réveiller les accès.

G. LYON.

TRAVAUX ORIGINAUX

Le typhus dans l'Oise en 1893, par M. J.-J.-A. DARDIGNAC, médecin-major de 1re classe du 51e, chef du service des salles militaires de l'hospice militarisé de Beauvais, membre correspondant de la Société de chirurgie.

(*Suite*).

Moyens et mesures prophylactiques employés contre l'épidémie.

Aussitôt que l'existence du typhus exanthématique eut été rendue officielle, l'autorité supérieure prit, avec une décision que l'on ne saurait assez louer, un ensemble de mesures administratives dont l'exécution contribua d'abord à arrêter les progrès de l'épidémie régnante et consécutivement, par répercussion pour ainsi dire, à doter la région d'une situation sanitaire exceptionnelle, inconnue, dont les effets persistent encore aujourd'hui, plus de trente mois après l'incident qui les motiva.

La plus importante fut l'isolement des malades. Des lazarets spéciaux furent créés dans les centres où l'existence d'un hospice put permettre cette installation dans des conditions convenables. A Beauvais, ce service fonctionna dès le 12 avril; peu de jours après, il en fut de même à Senlis, Noyon, Compiègne, etc. Il fut, en outre, entendu que ces lazarets recevraient d'urgence, les malades qui leur seraient apportés des communes de l'arrondissement ou d'ailleurs, de telle sorte qu'aucun typhique, avéré ou suspect, ne put contaminer les personnes qui, par commisération, les recevraient ou leur donneraient des soins. Ces typhiques constatés dans les petites communes chez des vagabonds, indigents, cheminaux, devaient en outre être dirigés d'urgence sur les lazarets, à l'aide de voitures spécialement réservées à ce transport.

Une instruction préfectorale aux maires, datée du 10 avril, imposa la désinfection des refuges des voyageurs et indigents par la sulfuration en suivant le mode opératoire indiqué dans le règlement sur le service de santé de l'armée. En outre, ce document recommandait expressément de signaler d'urgence tout cas suspect de typhus et aussi de typhoïde.

Une seconde circulaire du 17 avril, accompagnée de plusieurs exemplaires des instructions prophylactiques rédigées par le comité consultatif d'hygiène publique de France, était adressée à tous les maires en renouvelant les prescriptions du 10 (désinfection des refuges, incinération quotidienne de la paille qui sera ainsi remplacée, tous les jours, lotions du sol et des lits de camp à la solution phéniquée, blanchiment hebdomadaire des murs à la chaux, désinfection rigoureuse des vêtements et effets de corps portés par ces voyageurs, etc.); en outre elle rappelait la déclaration d'urgence aux sous-préfectures et prescrivait une surveillance — discrète — des personnes sortant de milieux infectés de typhus et arrivant dans les communes.

A la même date, les commissions administratives des hospices et hôpitaux recevaient le document suivant que M. Grimanelli, préfet de l'Oise, leur faisait adresser : nous tenons à le donner intégralement en raison de son importance et parce que, sous une forme très simple, il embrasse et précise tous les points de la question prophylactique.

« J'ai l'honneur de vous donner des instructions complémentaires relativement aux mesures à prendre contre le typhus.

» Les malades que l'on reconnaîtrait atteints de cette affection contagieuse devront être *rigoureusement isolés*. En aucun cas, à l'hôpital ils ne devront être maintenus dans la *salle commune*.

» Le *personnel* qui donnera ses soins aux typhiques *devra*, lui *aussi*, *être isolé et porter un costume spécial* qui ne sortira pas du service hospitalier.

» Les *précautions prophylactiques* à prendre sont, d'une façon générale, celles que le comité consultatif d'hygiène publique de France a conseillées pour les fièvres éruptives : *désinfection rigoureuse des effets* portés par les malades au cours de la maladie, désinfection *de tous draps, linge, objets de literie à l'usage du malade*. A la terminaison de la maladie, désinfection de toute la literie. Le malade ne devra sortir qu'avec des effets entièrement désinfectés.

» Cette désinfection s'effectuera soit à l'étuve, soit, si l'on ne dispose pas d'étuve, par l'immersion des effets, linge, draps, pendant trois heures dans une cuve contenant de l'eau additionnée de sublimé à 1 pour 100.

» Pour les matelas ou paillasses, si l'on ne dispose pas d'étuve, on ne doit pas hésiter à brûler la paille ou la laine et à désinfecter l'enveloppe de toile, si elle en vaut la peine, dans la solution de sublimé.

» Le local occupé, soit en ville, soit à l'hôpital, par le malade sera rigoureusement désinfecté suivant les prescriptions contenues dans ma circulaire aux maires du 10 de ce mois dont je vous ai transmis un exemplaire.

» Il en sera de même des voitures qui auront servi au transport des typhiques d'où qu'elles viennent.

» Vous aurez également à avertir, dans la mesure du possible, les maires des communes dans lesquelles se rendraient des personnes sortant de milieux infectés de typhus et m'informer en même temps directement ou par l'intermédiaire de M. le sous-préfet. »

Non seulement les excellentes et judicieuses mesures prescrites par l'autorité furent strictement exécutées mais encore — et à ceci nous donnerions volontiers toute notre approbation — elles furent amplifiées dans bien des communes où, dès que la chose fut possible, on ferma résolument les asiles-refuges, les populations inquiètes aimant mieux assurer le départ immédiat des rôdeurs par tous les moyens.

En fait, si nous en jugeons *d'après ce que nous avons vu* pendant notre enquête dans l'arrondissement de Beauvais, nous estimons que la mesure dont les effets ont été les plus favorables pour arrêter la propagation du fléau *a été*, en même temps que *l'isolement* de typhiques, *celle qui consistait à évacuer sur le lazaret le plus voisin tous ceux de ces malades qui n'avaient pas de domicile fixe*.

Si paradoxale que paraisse cette opinion, nous avons la hardiesse de la soutenir malgré des avis plus autorisés que le nôtre, formulant à cet égard un sentiment absolument opposé, parce que les faits, vus et étudiés quant à leurs conséquences immédiates ou prochaines, semblent imposer et justifier cette manière de voir. Sans doute, il eût été désirable que, dans tous les cas, ces malheureux eussent pu être traités sur place par un isolement rigoureux des malades et de ceux qui leur donnaient des soins; sans doute, cette obligation est dictée par les enseignements de la théorie, mais ne fallait-il pas dans l'espèce et ne faudra-t-il pas toujours compter avec le point de vue pratique de la question?

Le bon sens n'exigerait-il pas encore, pendant l'évolution d'une telle infectieuse, une direction technique et de tous les instants pour les détails multiples du traitement des malades et, consécutivement, une désinfection réelle, efficace, surveillée de tout ce qui a été employé à leur usage et du local. On comprend bien, à la simple réflexion, et on est plus convaincu encore quand on a pu voir de près ce que sont dans ces villages misérables et éloignés des grands centres, les soins, la nourriture, l'installation, etc., non seulement des malades quelconques, sans famille, mais même des habitants de ces hameaux, où l'ignorance et la superstition expliquent toutes les calamités, dirigent tous les actes, où l'incurie et comme une espèce de fatalité paralysent tous les efforts et toutes les bonnes volontés, où, en un mot, tout fait défaut, on comprend et on est forcé de convenir que ces conditions essentiellement théoriques étaient pratiquement inexécutables, et il semble, en conséquence, qu'on est autorisé à penser — puisque les questions d'isolement et de désinfection ont des exigences impossibles à remplir partout — que, dans la majorité des petites communes, elles seront telles, sinon toujours, du moins longtemps encore, en matière non seulement de typhus mais de toutes infectieuses à épidémicité grave, par la diffusibilité, la subtilité du contage (choléra, typhoïde, scarlatine).

Nous formulons donc sans aucune réserve cette opinion que dans de telles circonstances, laisser sur place pour

les y traiter de semblables malades dans des conditions d'un isolement illusoire ou douteux, c'est s'exposer toutes les fois à multiplier les foyers de contagion, partant à infecter tout un pays.

Il nous paraît évident, en effet, que si sur les trente-sept communes atteintes, quatorze n'ont eu qu'un seul cas de typhus à enregistrer, si les autres n'en ont eu que deux ou trois cas évoluant encore à quelques semaines d'intervalle, c'est-à-dire sans relation les uns avec les autres, et si, dans ces vingt-trois communes, toutes ces atteintes ont été relevées chez des passagers venant de tous côtés et se réfugiant la nuit dans les abris communaux ; si, disons-nous, dans ce moment déterminé, la population de ces communes n'a pas été contaminée, ce résultat remarquable et tellement frappant, qu'il nous paraît devoir être signalé et retenu pour l'utiliser s'il en était besoin dans des circonstances analogues, est dû : d'abord à la décision, à la promptitude et aux soins mis par les maires à dépister ces malades, à les isoler sans retard de tout contact avec leurs administrés, en les dirigeant, sur l'heure, vers le lazaret de Beauvais ; c'est ensuite à la précaution prise dans la plupart de ces communes, de fermer momentanément ces asiles nocturnes dont les abords restaient cependant l'objet d'une surveillance constante.

Est-il besoin d'insister encore pour faire remarquer combien il eût été difficile d'obtenir dans ces petites communes, un isolement complet, rigoureux de ces malades, la destruction ou une désinfection intégrale de leurs vêtements ou effets de corps, l'observation constante des précautions préventives les plus simples et les plus rationnelles pour leur entourage, des personnes préposées aux soins de ces malheureux ; combien il eût été illusoire, en un mot, de compter, malgré tous les conseils de l'administration, sur cette suite si nécessaire, sur la continuté d'action que veulent les choses relatives à l'hygiène, pour donner le bénéfice que l'on recherche ? D'ailleurs, les faits, avec leur brutale éloquence, ne corroborent-ils pas cette appréciation, puisque l'enquête minutieuse nous a démontré que, dans sept ou huit des communes où il a été procédé autrement, il y a eu, invariablement, quelquefois des cas isolés de contagion parmi les habitants et trop souvent de petites épidémies de famille ?

La création de ces centres d'isolement avec l'obligation d'y évacuer d'urgence toutes les fois que la chose était convenablement possible — c'était là une condition très précise de la mise en œuvre de ce moyen prophylactique — les malades sans asile, nous paraît donc avoir été, dans la circonstance, une mesure excellente sinon parfaite, étant donné l'état actuel des choses, méritant à la fois d'être mise en relief et recommandée. Il est pour nous indiscutable, en effet, qu'en matière d'hygiène publique les demi-mesures, les à-peu-près sont le pire des traitements à opposer aux fléaux épidémiques. Le typhus est, nous en avons la conviction, parmi les maladies évitables, une de celles qui, administrativement, peuvent être le plus aisément maniées ; il faut vouloir avec patience et ténacité. On sait — depuis un siècle déjà les observateurs l'ont dit et prouvé — que c'est une maladie de misère, ne courant pour ainsi dire pas les grands chemins mais se glissant dans la cabane des pauvres gens, s'installant insidieusement partout, mais en particulier dans les plus petits villages et dans les hameaux les plus humbles. N'est-il pas alors imprudent de penser systématiquement au traitement sur place, quand on devine que tout (locaux d'isolement, visites médicales et soins intelligents) manquera ou sera fait d'une façon quelconque ; quand on peut être certain que ce foyer devra — ainsi que l'histoire de toutes les épidémies (typhus ou autres infectieuses) l'enseigne — être l'origine d'une série de foyers secondaires frappant dans la population voisine tous ceux dont le terrain organique sera facile à ensemencer.

Toutefois, il convient d'ajouter, — car nous ne saurions être systématique, irréductible dans notre opinion — que si, à défaut d'autre pratiquement meilleure, cette manière de faire (isolement dans des lazarets spéciaux péri-urbains) est à conseiller, il y a aussi quelques réserves à faire au sujet de la réunion, de la concentration de ces malades à contage si redoutable et si subtil au cœur même des villes. Il est évident qu'il eût été dans l'espèce et qu'il sera toujours préférable de pouvoir disposer, à proximité mais en dehors des grands centres, d'une installation organisée spécialement pour le traitement des contagieux. Dans le cas particulier, le lazaret de Beauvais eût donné satisfaction à tous les désirs, eût calmé quelques-unes des inquiétudes légitimes qui, dans un sentiment très louable, ont pu être émises par quelques personnes, s'il avait été installé sur l'un des nombreux coteaux qui entourent la ville et en dehors des grandes lignes de communications (à Tillé ou Saint-Jean par exemple), mais malgré ce désidératum, assurément regrettable, ce lazaret a cependant rempli le but recherché, bien que l'Hotel-Dieu, sur les dépendances duquel il était organisé, se trouve en pleine ville, parce que l'isolement absolu des malades et du personnel y a été rigoureux, parce que la désinfection par tous les moyens connus (sulfuration, incinérations, lavages antiseptiques, lavages renouvelés, enfin étuvage par la vapeur humide (machine Geneste et Hercher) y a été immédiate, constante, intégrale et très exactement surveillée.

Dans les communes, la désinfection des objets appartenant aux malades et des locaux fut faite en suivant les prescriptions rappelées plus haut ; par mesure de prudence, il y fut même procédé à plusieurs reprises différentes jusqu'à trois fois dans quelques communes. Et si nous avons alors exprimé le regret que les désinfections de ces locaux par les liquides hydrargyriques ou le gaz sulfureux n'aient pas été toutes les fois précédées d'un grattage préalable des murs, des plafonds et du sol, et suivies du blanchiment à la chaux de ces murs, plafonds et portes, nous ajoutons ici qu'un règlement de police devrait à l'avenir obliger les communes à ne pas considérer ces refuges comme des sortes de « violons » où l'on place mementanément les ivrognes et malfaiteurs, mais bien comme des locaux destinés dans la majorité des cas à servir d'abri, de dortoirs, pour les malheureux, les ouvriers indigents qui cherchent du travail et pour qui solliciter répugne quelquefois. Ces locaux nous les comprendrions salubres, aérés, éclairés, légèrement éloignés (tout en étant à proximité) des habitations du village, un peu élevés au-dessus du sol, dallés et munis d'une sorte de lit de camp et aussi d'un baquet à urines et vidanges ; nous les voudrions enfin, ces locaux, ressemblant comme installation générale, matériel, aération, propreté, etc., autant que possible aux locaux disciplinaires des casernes. Les municipalités imposeraient, au garde champêtre par exemple, la surveillance quotidienne, le changement fréquent, le nettoyage hebdomadaire et la désinfection semestrielle de ces locaux. Ces mesures bien simples et peu coûteuses, la première dépense une fois faite, ne sont ni vexatoires ni oppressives, leur mise en œuvre immédiate et permanente donnerait satisfaction aux règles de l'hygiène publique, et, nous en avons la conviction, éviteraient bien souvent dans la plupart des communes peu fréquentées l'apparition de ces cas isolés ou épidémiques des diverses infections que le médecin constate quelquefois avec surprise, mais

dont l'origine, *a priori* insaisissable, devient facile à expliquer quand on la rapporte aux déplorables installations et à l'absolu défaut de surveillance dont jouissent actuellement ces refuges et le personnel qu'ils abritent. Il va sans dire, et les faits typiques de 1893 dans l'Oise sont un enseignement à cet égard, qu'il serait non seulement urgent de remettre en état de fonctionner ceux de ces locaux qui furent détruits par le feu pendant cette épidémie, mais encore d'obliger toutes les communes, si infimes soient-elles, à justifier d'une installation bien aménagée pour cet usage. Qui ne voit, en effet, qu'agir autrement c'est exposer ceux qui, par commisération, abriteraient les passagers, et partant tous les habitants du village aux diverses occasions de contamination qui peuvent se présenter à tout instant.

A Beauvais, la désinfection des locaux (contenant et contenu) qui abritèrent des contaminés — soit que ceux-ci aient appartenu à l'armée roulante, soit qu'habitant Beauvais, ils aient occupé un appartement ou une maison particulière — fut exécutée avec le plus grand soin, en suivant les errements pratiqués à Paris et qu'a fait connaître A. J. Martin, par un personnel intelligent que sut créer avec une très louable décision notre excellent ami et confrère le docteur Gérard, maire de la ville et président de la commission administrative des hospices.

Pour ce qui concerne le milieu militaire, l'autorité locale a été tenue très exactement au courant de tous les faits qu'il nous a été possible de connaître aussitôt qu'ils apparaissaient. Nous avons conseillé, dès le début, la mise en œuvre des moyens ordinairement en usage dans ces cas pour éviter la contamination de nos hommes. Aujourd'hui la collectivité militaire, réunissant les jeunes gens de toutes les classes de la société, est formée d'hommes intelligents auxquels il nous a paru sage de faire donner avec mesure et autorité, quelques indications sur la situation sanitaire générale du moment en les avertissant (en avril), qu'une épidémie, jusqu'alors cantonnée dans la population ouvrière et due à des vagabonds, sévissait depuis quelques semaines dans les communes suburbaines et dans quelques maisons et cabarets des faubourgs; qu'en conséquence, il était prudent de s'abstenir de circuler dans ces quartiers ainsi que de la fréquentation des débits, auberges et locaux mal fréquentés ou malpropres. En même temps, l'hygiène générale et particulière des hommes, si admirablement ordonnée dans les règlements militaires, était rendue aussi stricte que possible; les visites à un titre quelconque à l'hôpital étaient interdites, et les malingres ou convalescents étaient envoyés quelques semaines dans leurs familles. C'est à ces conseils nettement donnés et aux précautions prises dans l'intérieur des casernes au sujet de l'aération, de la nourriture, des distributions abondantes d'eau filtrée, de la propreté individuelle, de l'encombrement absolu et relatif des chambres, du surmenage enfin, que nous avons dû de traverser, sans incidents sérieux, une période épidémique qui, nous l'avouons, ne laissa pas que de nous donner à certains moments de très vives inquiétudes.

La collectivité militaire du département ne donna en effet que trois atteintes de typhus (deux fois chez des militaires du 51e, notre régiment, une fois chez un gendarme étranger à la garnison.) L'histoire clinique de ces malades terminera cette note.

ÉTUDE CLINIQUE

Cette étude, forcément très sommaire en tant qu'étude clinique proprement dite, comprendra simplement l'exposé minutieux des trois observations des malades militaires atteints de typhus dont nous avons dû diriger le traitement dans notre service spécial.

Il convient, ici, de rappeler qu'il avait été décidé, dès le 11 avril, qu'une partie du lazaret serait, le cas échéant, mise à la disposition du service de santé de l'armée si de nombreux cas venaient à se produire dans cette partie de la population. Toutefois, au moment où nous recevions un militaire suspect de cette infection, le lazaret comptant déjà un premier cas de typhus relevé sur un des détenus de la maison d'arrêt d'où on l'avait évacué d'urgence pour ne pas créer un foyer infectieux dans ce milieu à population spécialement prédisposée par toutes les misères morales et physiques, — on installa plus tard, en mai, dans une cour éloignée des bâtiments et près du mur d'enceinte de la prison et sous tentes, une infirmerie spéciale pour le traitement des détenus et prévenus typhiques de cet établissement (il y fut admis huit cas avec deux décès) — toutefois, disons-nous, estimant que les typhiques militaires devaient autant que possible, à moins d'épidémie très bruyante imposant l'isolement dans ce lazaret, être absolument préservés de de tout contact avec les malades civils de toutes provenances réunis dans cette véritable formation sanitaire, nous avons proposé et fait accepter de réunir les soldats faisant un typhus dans le local spécialement affecté au traitement des sous-officiers. Cette salle vaste, très aérée, contient six lits et se trouve à l'extrémité du service des militaires dont la sépare un corridor: elle est donc suffisamment isolée et en outre desservie par un escalier particulier (1). Nous avons ainsi pu disposer, sans augmenter notablement les exigences de notre personnel, tout ce qui convenait pour donner, dans des conditions parfaites et avec rapidité, les soins que réclamaient ces malades. Ils y ont été soignés par un soldat du 51e, infirmier stagiaire qui s'est volontairement offert à rester isolé avec eux: un des étudiants en médecine, soldat au corps, assistant alors à nos visites, surveillait et exécutait aux heures voulues les prescriptions du jour. Personnellement, nous visitions plusieurs fois ces malades aux heures réglementaires et inopinément, en prenant toutes les fois la précaution — ainsi que la chose avait été rendue obligatoire par nos confrères des services civils et par nous pour le personnel et tous ceux qui avaient affaire au lazaret — de changer de vêtement en arrivant à l'hospice, de revêtir une longue blouse en toile, fermée au cou et aux poignets avant de pénétrer chez les typhiques; ces vêtements donnés par l'administration étaient désinfectés tous les jours par l'étuvage. A la sortie, nous prenions le plus souvent, en dehors des ablutions au sublimé des mains, etc., un grand bain savonneux avant de revêtir les vêtements de ville.

Cette partie de notre service était faite, bien entendu, après visite de tous les autres malades en traitement à l'Hôtel-Dieu.

Observation I. — *Typhus exanthématique : forme grave avec complication pulmonaire. Traitement stibio-opiacé par la méthode de Graves. Guérison.*

B..., soldat au 51e, vingt-trois ans, est entré dans les salles militaires de l'hôpital de Beauvais, le 14 avril 1893. Le début de sa maladie semble remonter au lundi 10 avril. Il avait passé en permission la journée du dimanche précédent à Saint-Denis-Secours, canton de Songeons (Oise). Le lendemain il commença à frissonner violemment, à se sentir faible, mal à l'aise; dans l'après-midi, à l'exercice, il fut très fatigué. Le mardi 11, frissonnant, claquant des dents, il est forcé de se coucher dans la journée, et le mercredi matin 12, il se présenta à la visite, se plaignant d'avoir froid et d'une grande

(1) Voir le plan dans notre ouvrage sur l'hygiène à Beauvais, 1892. *Loc. cit.*

lassitude, sans autres symptômes bien accusés; mais on constate une température élevée (39°5) et on le reçoit à l'infirmerie pour le mettre en observation. Le 13, il garde le lit, inerte, avec une température de 40°. Le 14 avril, la fièvre étant toujours intense, accompagnée d'un grand affaissement et d'insomnie, avec cauchemars et délire (il avait essayé de se lever plusieurs fois dans la nuit), il est d'urgence porté à l'hôpital.

A son arrivée, B... est très affaissé; il se plaint d'une courbature générale, de rachialgie et d'une grande fatigue; il répond cependant bien aux questions qu'on lui adresse et est en mesure de fournir sur ses antécédents quelques renseignements qui furent complétés ultérieurement.

Antécédents héréditaires : Il ressort de cet interrogatoire, que sa mère est atteinte d'une affection cardiaque; son père est bien portant; une de ses sœurs est morte rapidement d'une fièvre cérébrale.

Antécédents personnels : Il dit n'avoir jamais été malade. Avant son incorporation il faisait le métier de cultivateur; il a été ajourné deux ans de suite au conseil de revision pour faiblesse de constitution, de sorte qu'ayant subi le sort en 1889, il n'est arrivé au régiment qu'en novembre 1892. Quinze jours après son arrivée au 51e, bronchite aiguë légère ayant nécessité quelques jours de repos : depuis ce moment il a toujours fait son service dans le rang, mais en se fatiguant facilement. Il a dû lui être donné une exemption permanente de pas gymnastique à cause de palpitations fréquentes.

Examen 14 avril : A ne considérer que l'aspect d'ensemble du malade, son hébétude, sa situation dans le décubitus dorsal, l'expression spéciale de son visage et la température élevée qu'il présente (40°), on était porté à penser à une fièvre typhoïde, mais un examen plus attentif montra qu'il manquait bien des signes nécessaires pour pouvoir affirmer ce diagnostic. En effet, l'appareil digestif semblait en bon état; l'appétit a été conservé, les digestions ont été bonnes, les selles ont été régulières jusqu'au 12 : pas de sensibilité à la pression ni de gargouillement, le ventre est souple et déprimé. Il n'y a pas eu les jours précédents de raideur de la nuque, ni de saignements de nez : en somme, ce début n'est pas celui d'une dothiénentérie.

Du côté de l'appareil circulatoire, au cœur rien d'anormal; les bruits sont peut-être un peu secs, mais nets et sans altération comme fréquence et rhythme; le pouls est dur, vibrant à 100, régulier. Dans l'urine qui est rare, rouge orangé, albumine en quantité indosable. Rien d'anormal du côté des organes respiratoires; la rate paraît notablement augmentée de volume. En somme, les seuls signes accusés sont la fièvre intense, continue, et l'abattement très caractérisé qui l'accompagne.

De plus, avec de la constipation depuis quarante-huit heures on observe une angine légère, une raucité de la voix et seulement depuis la veille, nous dit B...., généralisée sur tout le corps, une éruption manquant à la face où se voit simplement une injection conjonctivale péricornéenne, en pinceau, allant des bords cornéens jusqu'aux commissures. Cette éruption qui attire immédiatement l'attention, est plus nette sur le thorax, les avant-bras (face externe) et la face antéro-interne des cuisses), elle n'a rien de comparable à celle des taches rosées dothiénentériques, mais elle ressemblerait plutôt à l'exanthème de la rougeole : elle est constituée par de petites macules rouges, agglomérées par placards avec des intervalles de peau saine et semblant disparaître sous la pression du doigt. Cette éruption nous donna à réfléchir en raison de ce qui s'observait dans le voisinage. Depuis plus d'un mois (1) en effet, il s'est développé dans le département de l'Oise, un foyer de typhus exanthématique qui a aussitôt éveillé l'attention, et donné lieu, sur l'avis formel des médecins, à la création dans les dépendances même de l'hôpital de Beauvais, d'un lazaret d'isolement où seront centralisés tous les cas connus ; jusqu'alors, l'épidémie semble frapper sur les vagabonds, les rouleurs de tout genre, mais à Beauvais même, il y a eu quelques cas plus particulièrement dans les faubourgs; en ville on en a observé aussi dans une ou deux maisons, auberges fréquentées par les vagabonds. Depuis la création du lazaret on a pu, à l'hôpital, constater quelques cas intérieurs ; une infirmière contaminée est morte et une religieuse se trouve aujourd'hui gravement atteinte.

L'existence de cette épidémie de typhus étant donc connue, nous devions nous demander d'abord si B... n'était pas un cas nouveau de cette infection, — le premier cas militaire, — et de plus nous enquérir des conditions dans lesquelles ce soldat avait pu être contaminé. Pour nous il était déjà suspect et fut isolé.

D'après nos recherches, corroborées par une lettre très explicite du maire de la commune où B.... avait passé la journée du dimanche 9 avril, on n'a signalé aucun cas suspect de maladie ressemblant à du typhus dans cette localité où du reste il n'existait alors aucun malade; d'ailleurs, l'incubation du typhus étant au moins de dix à douze jours, ce n'est certainement pas là que notre malade a pu être contaminé. D'autre part, dans le milieu militaire où vit notre malade, on n'a relevé aucun cas. C'est donc en dehors de la caserne qu'il faut chercher le moment de la contagion. Or, le malade nous apprend qu'il sort assez rarement, que jamais

(1) Nous avons jugé opportun de donner ces observations telles qu'elles ont été recueillies au jour le jour, c'est-à-dire sans les retoucher, par MM. les étudiants Roques et Jeannot, externes des hôpitaux de Paris, incorporés au 51e en 1893, qui suivaient nos visites et à qui nous dictions nos notes quotidiennes.

il ne pénètre dans un café ou auberge où il aurait pu, inconsciemment, se trouver en contact avec la partie de la population qui a été jusqu'ici frappée. Quand il sort, le soir, il se rend presque toujours dans une chambre qu'il occupe avec un de ses amis dans les environs des Halles. Nous avons visité cette chambre, elle se trouve chez une blanchisseuse, à peu de distance d'une rue voisine d'un foyer connu : à la vérité, dans l'intérieur de la maison et dans toutes les pièces, traînent des paquets de linge sale. La blanchisseuse se défend d'avoir lavé le linge d'aucune personne malade et d'avoir momentanément cédé la chambre à des passagers, depuis qu'il est question de maladie. Il est cependant fort probable qu'il ne faut pas chercher ailleurs l'origine de la contagion dans le cas qui nous occupe et en procédant par élimination, on est conduit à s'arrêter à cette idée.

15 avril. — Le malade se plaint de céphalalgie, il est très abattu, ne dort pas et parle constamment. L'éruption est aujourd'hui réellement caractéristique. A côté de taches morbilliformes disparaissant sous la pression du doigt, il en est d'autres qui pâlissent seulement un instant et donnent lieu, à la place de la couleur rouge, à une teinte nettement ecchymotique. La face n'en présente aucune trace. Aucun symptôme abdominal ou nerveux. La langue est sèche, vernissée; il somnole et marmotte constamment des choses inintelligibles.

Les jours suivants, rien à signaler dans les symptômes, la maladie paraît devoir évoluer d'une façon bénigne.

19 avril. — Le malade dont le délire tranquille persiste toujours est somnolent. Au moment de la visite il est dans le décubitus dorsal, il se réveille à notre appel et malgré un faciès un peu hébété, répond lentement, mais intelligemment à nos questions; il montre une langue râpeuse comme du bois, sèche, noire au milieu, rouge sur les bords avec fuliginosités aux lèvres.

L'éruption généralisée semble disparaître. Cependant en huit ou dix points du corps, on voit quelques taches pétéchiales. Le malade a eu une selle pâteuse; il n'y a aucun symptôme abdominal. Le ventre est souple et indolent, le cœur est en bon état; le pouls, plein et fort, est régulier avec un peu de dicrotisme.

22 avril. — Léger vomissement; la langue, très sèche encore hier, semble devenir humide. Le faciès est bon, l'œil éveillé. Cependant cette amélioration générale et la chute de la température nous semblent des signes trompeurs. Nous rapprochons le vomissement que nous ne pouvons nous expliquer, de ceux que nous avons pu observer chez une des religieuses de l'hôpital, atteinte du typhus pendant les premiers jours de l'épidémie et chez laquelle ils persistèrent pendant plusieurs jours s'accompagnant ensuite d'une nouvelle élévation de la température, comme s'il y avait eu reprise *et reprise plus grave de la maladie.*

Du 22 au 25 avril apyrexie mais malaise inexplicable avec quelques vomituritions et délire dès qu'il s'assoupit; constipation, inertie intellectuelle et physique; B... n'a cessé de parler nuit et jour et depuis son entrée à l'hôpital on peut dire que l'insomnie a été persistante.

26 avril. — Depuis deux jours le malade toussait assez fréquemment, n'expectorant du reste que quelques crachats insignifiants, sans caractères. Aujourd'hui il accuse de l'oppression et une pongivite à la hauteur du sein gauche. A la percussion on constate, en effet, une légère submatité à gauche et en arrière; à l'auscultation, on entend à la demi-hauteur du même côté un souffle tubaire très net siégeant à l'angle de l'omoplate. La pommette gauche est rouge; il y a certainement là tout au moins une congestion pulmonaire de date récente insidieusement développée sans fièvre et qu'il était, au premier abord, assez difficile d'interpréter cliniquement. Etant donnée la prédominance, dans ce moment et dans la région, des affections grippales simples ou compliquées en particulier de localisations pulmonaires, on pouvait penser, en raison de la brusquerie du processus, à une congestion d'origine grippale venant se greffer sur la maladie en évolution: ce serait un nouvel exemple d'infections surajoutées évoluant successivement. Il nous parut plus rationnel de voir dans cet épisode, une localisation typhique au moment de la défervescence, de nature à modifier un pronostic qui jusqu'alors n'avait pas donné de bien grandes inquiétudes. Ce fut aussi le sentiment de M. Thoinot et de quelques-uns de nos confrères à qui nous montrions ce malade et dont ils jugèrent l'état d'autant plus grave que la remission observée pendant les jours précédents était trompeuse et cachait la marche du processus qui insidieusement se localisait sur le poumon ou le cerveau. La journée fut mauvaise; la nuit, un peu de subdélirium avec beaucoup d'agitation.

27 avril. — Cette situation locale et générale s'accentue dans la journée du 27. Les urines de la veille donnent près de 2 gr. d'albumine (tube d'Esbach) et indiquent que le rein est fortement touché ; elles sont très rares.

Au moment de la visite, décubitus latéral gauche, faciès hébété; en l'interpellant à haute voix, B... ouvre les yeux qui paraissent inertes, il comprend cependant nos questions et y répond pour les premiers mots avec logique, mais il retombe bientôt dans son indifférence ordinaire, dans son inertie, avec un état délirant, mais paraissant toutefois moins prononcé que ces jours passés. Ce délire ou mieux cette mussitation a été jusqu'ici plus accentuée aux premières heures du matin et ressemble absolument aux troubles mentaux du délirium tremens: Hallucination de la vue et de l'ouïe, il veut sortir de son lit, etc., etc.

Il y a de la constipation et les urines sont involontaires si l'on n'attire pas l'attention du malade sur cette fonction; elles sont fébriles. Agitation fibrillaire des muscles et quelques soubresauts. Langue épaisse, noire au milieu, blanche sur les bords, rouge à la pointe, ligneuse, fuliginosités aux lèvres ; le pouls est serré, mou, petit, irrégulier, à 136. En présence d'une situation dont la gravité était manifeste, après avoir pris le soir même l'avis de mes confrères militaires et civils de la garnison qui tous jugeaient le cas désespéré, nous décidons d'appliquer le traitement de Graves (1) préconisé dans le stade avancé du typhus exanthématique. Emétique 0 gr. 20. Laudanum LX gouttes. Mixture camphrée de la pharmacopée anglaise 192 gr., une cuillerée à bouche toutes les deux heures jusqu'au sommeil.

28 avril. — L'état s'est encore aggravé ; le délire est le même, marmottement constant avec quelques hallucinations; il a essayé de se lever plusieurs fois la nuit en se débattant et poussant des cris. Tremblement de tous les membres par accès, absolument comme dans l'alcoolisme. La pupille ne donne cependant aucun signe méningien. Légères suffusions sanguines aux lèvres. Pouls 120, plus ample que la veille mais avec quelques légères irrégularités. Plus de trace de congestion pulmonaire, les symptômes ont été fugaces, mais dans tout le thorax quelques râles, disséminés sans caractères précis. Le malade, qui paraît toujours sortir de son inertie quand il est vivement interpellé, est encore fort, et se met volontiers dans le décubitus latéral ; ventre souple sans météorisme; pas de sommeil la nuit. La potion prescrite la veille au soir a été commencée immédiatement, le cerveau ne paraissant pas hyperhémié, le délire ambulatoire impulsif ayant presque complètement disparu, l'état symptomatique, enfin étant bien celui que Graves indique comme le plus favorable pour l'association des deux médicaments.

29 avril. — Dès l'absorption de la troisième cuillerée le malade est devenu plus calme, à la quatrième il était somnolent. Après la cinquième cuillerée il s'est endormi pendant douze heures ; ce sommeil a été calme, sans paroles incohérentes, avec quelques quintes de toux très légère ; la peau jusqu'alors sèche, mordicante, est devenue moite. Pendant ce sommeil, selles et urines involontaires (il n'avait pas eu de selles depuis trois jours).

Ce matin, le malade toujours dans le décubitus dorsal, est éveillé; il nous reconnaît, s'intéresse à tout ce qui l'entoure; en somme, c'est une surprise réelle pour ceux qui l'examinent. B..., se trouve dans une situation telle que nous ne l'avions vu depuis la reprise des accidents à caractère pseudo-pneumonique. Il a toute son intelligence, mais la parole est difficile, la langue épaisse, très enduite, est cependant moins sèche, les lèvres aussi. Cette potion n'a donné aucun phénomène d'intolérance, soit du côté stomacal, soit du côté intestinal.

30 avril. — On décide de continuer le traitement par le tartre et l'opium, la sixième dose a été prise le matin à six heures, mais avec prudence (une cuillerée toutes les trois ou

(1) Graves, traduction Jaccoud 1862. *Livres de Clin. méd.* T. 1, page 272.

quatre heures) et le malade sera surveillé à cet égard. Simultanément; alcool, eau de seltz et toniques; il n'existe presque plus de signes de typhus et le malade après la septième cuillerée de potion s'est endormi (depuis deux heures après midi jusqu'au lendemain); sueurs abondantes, A noter les variations considérables du pouls dont le rythme change à chaque instant, prouvant un certain état de dégénérescence de la fibre cardiaque.

1er mai. — Il se produit depuis hier une chute de la température. Le malade se sent beaucoup mieux. On cesse tout traitement pour ne donner que des toniques.

2 mai. — Langue belle, sèche, dépouillée : il demande à manger et ne se rend pas compte d'avoir été si gravement touché.

4 mai. — On commence une alimentation plus substantielle que les choses absolument liquides. Pendant la semaine qui suit le 4 mai, il se produit une amélioration rapide, les forces reviennent et dès le 8 mai le malade se lève quelques heures. Le 12 il peut se promener dans la salle sans ressentir aucune fatigue. Il existe encore aux lèvres de l'herpès. A partir du 12 mai, la convalescence se poursuit très franchement, il est mis au régime ordinaire et le 19 mai il quitte l'hôpital complètement guéri avec un congé de convalescence de six semaines.

(*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

De l'intoxication dans l'épilepsie, par J. VOISIN et R. PETIT (*Archives de Neurologie*, nos 98, 99, 100, 101, 102). — Les auteurs pensent être autorisés, à la suite de leur long travail, à tirer les conclusions suivantes :

1° L'épilepsie générale est une maladie héréditaire et ses manifestations sous la dépendance d'une disposition particulière du système nerveux;

2° L'épilepsie générale, suivant les causes déterminantes, peut être divisée en deux classes : épilepsie réflexe, épilepsie par intoxication;

3° L'épilepsie réflexe ne s'accompagne pas de troubles gastro-intestinaux, ni d'état saburral. Elle est moins grave;

4° L'épilepsie par intoxication est toujours précédée et accompagnée de symptômes gastro-intestinaux. Elle est plus grave;

5° L'épilepsie par intoxication peut relever d'une auto ou d'une hétéro-infection :

6° L'épilepsie réflexe peut se transformer en épilepsie infectieuse et prendre ses symptômes, sa marche et sa terminaison;

7° Dans l'épilepsie par intoxication, lorsqu'un état de mal s'accompagne d'hémiplégie corticale, on voit souvent ensuite avec la démence épileptique ordinaire, une sorte de tabes spasmodique ou diplégie cérébrale;

8° Le traitement doit viser deux points : 1° la prédisposition; 2° les accidents de l'épilepsie;

9° Les bromures agissent sur la prédisposition du système nerveux, mais ces médicaments doivent être employés à des doses variées et suspendus quand paraissent les troubles gastriques. Il faut y joindre une hygiène et une alimentation convenables;

10° Les médications visant les accidents épileptiques ne doivent pas être continuées entre les périodes d'accès;

11° Les accidents de l'épilepsie par intoxication peuvent être prévus et doivent être combattus dès que les symptômes prémonitoires apparaissent;

12° Dans l'épilepsie générale vraie par intoxication on devra enrayer l'empoisonnement et favoriser l'élimination des produits toxiques par : 1° les purgatifs; 2° l'antisepsie intestinale; 3° les lavages de l'estomac; 4° les diurétiques; 5° les injections de sérum artificiel; 6° l'hydrothérapie, les bains prolongés, les frictions sèches et les lotions alcoolisées.

Rétraction de l'aponévrose palmaire (Die spontane Contractur der Finger (Retractio aponevrosens palmaris von Dupuytren) als ein trophischer Process centralen Ursprunges), par BIEGANSKI (*Deuts. med. Woch.*, 1er août 1895, p. 497). — Malade, âgé de soixante-dix ans, sans antécédents héréditaires, qui a fait des excès alcooliques pendant sa jeunesse. A un examen attentif on constate un emphysème pulmonaire très étendu et par hasard, on trouve une contracture des doigts des deux mains qui dure depuis dix ans. Le doigt annulaire gauche a été pris le premier, et deux ans après la maladie a gagné la main droite où elle débuta par le pouce. Il n'y a pas eu de douleurs, mais la contracture des doigts a été précédée par des crampes passagères. Du côté gauche il existe une contracture totale de l'annulaire et de l'index et une contracture incomplète du petit doigt; le médium et le pouce sont restés intacts. A la main droite il y a une contracture complète de l'annulaire, du médius et du pouce; le petit doigt n'est que légèrement pris. La dernière phalange est relativement moins prise. Dans les mouvements d'extension des doigts on voit des cordons sous-cutanés qui se perdent à divers niveaux dans la paume de la main. Les éminences thénar et hypothénar sont atrophiées; par contre, les muscles intérosseux sont intacts. La peau est très amincie. Les articulations des phalanges ne présentent rien d'anormal. Les muscles des avant-bras sont un peu atrophiés; la sensibilité intacte dans tous ses modes. Le malade a succombé aux suites d'une asystolie. A l'autopsie on pouvait se convaincre que la contracture des doigts n'était due ni au raccourcissement des doigts ni aux lésions articulaires. Les cordons sous-cutanés dont on a parlé plus haut étaient formés par un tissu fibreux qui se continuait avec le tissu conjonctif de la peau dont il était impossible de le séparer. Le tissu conjonctif sous-cutané avait disparu et l'aponévrose palmaire était amincie. L'examen histologique de la moelle a montré les lésions suivantes : leptoméningite chronique; gliomatose du canal central avec de la syringomyélie. Polyomyélite antérieure. Toutes ces lésions seraient d'origine syphilitique. L'auteur admet que la contracture des doigts est sous la dépendance des lésions médullaires et il l'attribue aux altérations des cellules de la corne antérieure.

MÉDECINE

Les épanchements chyleux et chyliformes de la plèvre et du péricarde (Chylœse und chyliforme Ergusse in Pleura-und Pericardialraum), par BARGEBUHR (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1895, vol. LIV, p. 410). — L'étude de l'auteur est basée sur deux observations personnelles (épanchement chyleux de la plèvre chez un homme de quarante-deux ans atteint de carcinome de la plèvre et du péritoine, et chez une femme de trente et un ans, atteinte d'un carcinome de l'estomac) et sur les cas publiés dans la littérature que l'auteur a réunis et résumés dans une table qui accompagne le travail. En soumettant à une critique judicieuse les quatre-vingt-quatre cas qu'il a réunis, l'auteur arrive à n'utiliser pour son travail que vingt-deux cas d'épanchements chyleux et onze cas d'épanchements chyliformes.

Dans les vingt-deux cas d'épanchements chyleux de la plèvre, le liquide siégeait neuf fois à droite, quatre fois à gauche et cinq fois il occupait les deux plèvres. Dans quatre cas le siège de l'épanchement n'est pas indiqué. Au point de vue du sexe, il s'agissait huit fois des femmes et treize fois des hommes. Dans un cas le sexe du malade n'est pas indiqué.

Comme cause étiologique on note dans ces vingt-deux observations, cinq fois le traumatisme dont une fois un coup de feu; une fois la compression du canal thoracique par une tumeur; une fois la péritonite, trois fois l'obstruction de la veine sous-clavière gauche, une fois la sclérose des vaisseaux lymphatiques, quatre fois la carcinomatose, une fois l'obstruction du canal thoracique, deux fois les lymphomes malins.

Les épanchements chyliformes de la plèvre (épanchement lactescent, graisseux, sans qu'il existe une solution de continuité dans les voies lymphatiques) ont été notés dans trois cas de pleurésie exsudative, dans quatre cas de carcinome de la plèvre et des ganglions lymphatiques, dans deux cas de tuberculose pulmonaire et dans un cas d'abcès des poumons.

Dans aucun cas le diagnostic de pleurésie chyleuse ou chyliforme n'a été fait avant la ponction, excepté les cas où l'épanchement était d'origine traumatique et le liquide s'écoulait directement par la plaie. Ce diagnostic est en effet

très difficile pour ne pas dire impossible, car dans les cas non traumatiques, les phénomènes cliniques des épanchements chyleux sont les mêmes que ceux de toutes les pleurésies exsudatives. On peut soupçonner seulement la nature chyleuse de l'épanchement quand il existe en même temps une tumeur maligne de la plèvre ou des voies lymphatiques, ou bien encore quand on trouve une obstruction de la veine sous-clavière gauche ou la coexistence d'une ascite chyleuse.

Les épanchements chyleux ou chyliformes évoluent ordinairement sans fièvre, et dans les quatre cas où la fièvre se trouve notée, elle était due à une affection intercurrente.

Le diagnostic différentiel entre un épanchement chyleux et un épanchement chyliforme s'appuie sur un seul signe : la proportion de sucre dans les deux liquides.

Le pronostic des épanchements chyleux de la plèvre est grave : sur les vingt-deux cas on note, en effet, dix-sept morts, un état stationnaire et quatre guérisons. Les cas guéris ont été tous d'origine traumatique. Le traitement est symptomatique. La ponction ne doit être faite qu'à la dernière extrémité.

Quant à la péricardite chyleuse, l'auteur n'a trouvé dans la littérature que deux cas : dans un cas de Hasebroek, où il s'agissait d'un individu ayant succombé à un rétrécissement ulcéreux de la trachée, et dans un cas de Frænkel, où il existait en même temps une pleurésie chyleuse du côté gauche. Dans le premier cas, il n'existait aucune lésion du péricarde, ni des vaisseaux lymphatiques; dans les deux cas, cette péricardite ne fut découverte qu'à l'autopsie.

CHIRURGIE

Un cas de fracture par compression du condyle externe du tibia (Ein Fall von Compressionsfractur des condylus externus tibiæ), par Grizau (*Deut. Zeitschr. f. Chir.*, 1895, vol. XLI, p. 181). — Les fractures par compression étudiées récemment par Wagner résultent ordinairement de la pression réciproque que deux surfaces articulaires exercent l'une contre l'autre. Dans les fractures par compression des condyles du tibia, c'est le plus souvent le condyle interne qui se fracture; quant à la fracture isolée du condyle externe elle est tellement rare que l'auteur n'a trouvé dans la littérature qu'un seul cas, celui de Wagner.

Dans le cas observé par l'auteur, la fracture est survenue à la suite d'un faux pas fait au moment de descendre un escalier. Les symptômes ont été la douleur localisée à la fracture et l'impotence fonctionnelle, la déformation du membre, les axes du fémur et du tibia formant un angle ouvert au dehors (genu valgum); la crépitation et la possibilité d'imprimer au genou des mouvements latéraux étendus.

Comme traitement, extension. Guérison en quinze jours.

Luxation en avant de l'os semi-lunaire (A case of forward dislocation of the semi-lunar bone), par Gamgee (*Lancet*, 6 juillet 1895, p. 30). — Il s'agit d'un homme de cinquante-deux ans, entré à l'hôpital pour une grosseur située en avant du poignet gauche, rendant impossible la flexion de cette articulation. Quatre mois auparavant, il avait reçu sur la main un coup ayant porté le poignet en extension forcée. Aussitôt après il ne put plus fléchir le poignet qui devint très gonflé. Le gonflement disparut et il ne resta plus que la petite tumeur de la face palmaire du poignet. La tumeur ne pouvait être qu'un os du carpe, et comme le malade avait de l'engourdissement sur la face palmaire des trois premiers doigts, il fallait admettre que le médian était comprimé par cet os. La réduction de l'osselet luxé n'ayant pas réussi, on fit une incision longitudinale qui montra le semi-lunaire luxé en avant et ayant basculé vers le bas sur le grand os, le nerf médian était tendu sur l'os. On remit l'os en place, la plaie guérit par première intention; les mouvements du poignet redevinrent parfaits.

Ulcère perforé de l'estomac (A case of perforated gastric ulcer; laparotomy; gastrostomy; recovery), par Paul (*Lancet*, 6 juillet 1895, p. 31). — Une femme de trente et un ans, souffrant depuis plusieurs années de symptômes dyspeptiques (douleurs et des vomissements après les repas; avec matières vomies brun foncé et souvent presque noires), est prise brusquement de douleurs épouvantables et tombe dans le collapsus. Le lendemain matin à sept heures, on fit la laparotomie et on trouva dans la cavité péritonéale un liquide verdâtre ayant une odeur infecte. L'examen montra l'existence d'un ulcère perforé qui reposait sur l'extrémité cardiaque à la petite courbure de l'estomac. Comme la suture de l'ulcération, faite avec beaucoup de peine, ne paraissait pas sûre, on fit un drainage de l'estomac à l'aide d'un tube de verre comme pour une gastrostomie et on lava la cavité péritonéale à l'eau chaude. Guérison après une hémorrhagie intestinale facilement arrêtée.

Cancer du côlon et de l'estomac; anastomose intestinale à l'aide du bouton de Murphy (Intestinal anastomosis by the Murphy button for relief in an advanced case of cancer of the colon and stomach; necropsy; remarks), par Barrs et Robson (*Lancet*, 15 juin 1895, p. 1513). — Il s'agit d'un homme de soixante-cinq ans entré à l'hôpital pour des douleurs abdominales, des vomissements et de la constipation; les douleurs dataient de neuf mois et les vomissements de quinze jours. Amaigrissement rapide. Comme sous les côtes gauches on sentait une tumeur mal définie, on fit le diagnostic d'occlusion intestinale produite par un néoplasme. A l'ouverture de l'abdomen, on trouva une tumeur volumineuse à gauche, comprenant la courbure splénique du côlon et l'estomac, et trop étendue pour pouvoir être enlevée. On amena l'iléon et l'S iliaque dans la plaie, on les entoura d'un tourniquet élastique et on aboucha les deux anses à l'aide du bouton de Murphy. L'occlusion intestinale disparut, mais il se développa au niveau de la base de chaque poumon de la congestion hypostatique, et le malade succomba onze jours après l'opération.

A l'autopsie, on ne trouva aucune trace de péritonite; l'iléon et l'S iliaque communiquaient facilement et le bouton fut retrouvé dans le cæcum. La masse cancéreuse avait complètement oblitéré la courbure splénique du côlon et adhérait à l'estomac et à l'épiploon.

Adénomes et cancer de l'S iliaque et du rectum (A case of multiple adenomatous polypi of the large intestine associated with carcinoma both in the sigmoid flexure and lower end of the rectum), par Morton (*Lancet*, 18 mai 1895, p. 1245). — Histoire d'une femme de quarante-cinq ans à l'autopsie de laquelle on trouva, tout le long du gros intestin, plusieurs centaines de petites tumeurs grosses comme une tête d'épingle; plus bas, vers l'S iliaque, ces tumeurs prenaient un volume plus considérable; plus bas encore l'intestin était infiltré, puis ulcéré, et formait un cancer adénoïde typique.

VARIÉTÉS

La cote d'amour. — On sait que sous cette dénomination, l'on désigne à Saint-Cyr et à l'Ecole polytechnique le coefficient qui s'attache aux notes d'aptitude physique. Un officier doit être un bel homme et parfois son habileté aux exercices gymnastiques, à l'équitation et à l'exercice compense ce qu'il ignore en X. Une nouvelle cote du même genre vient d'être attribuée à l'acuité visuelle. La circulaire du 1er octobre 1894 avait décidé que les candidats aux écoles militaires devaient être examinés plus rigoureusement que les hommes de troupe. Le nouveau ministre de la guerre qui a si sagement prescrit aux conseils de revision d'être plus sévères qu'autrefois, reconnaît très justement encore qu'il n'existe pas « de différence appréciable entre les qualités de vue nécessaires à un soldat ou à un officier; si la tâche de ce dernier est plus importante, il possède, par contre, plus de facilités pour s'outiller, de manière à corriger, dans la mesure du possible, le défaut de vision dont il peut être atteint.

» Il ne faut pas oublier, ajoute le Ministre, que, si les officiers doivent remplir toutes les conditions d'aptitude physique nécessaires pour le service armé, ils doivent aussi se recruter parmi les hommes les plus intelligents et les plus instruits de la nation; toute exagération dans les exigences relatives à l'aptitude physique éliminerait une proportion notable de capacités et aurait pour conséquence un certain abaissement du niveau intellectuel du corps d'officiers.

» Le souci de la défense de notre pays exige que l'on utilise toutes les forces, toutes les capacités de la nation, sans en excepter aucune.

» Il n'est pas difficile, d'ailleurs, de trouver dans l'histoire de nos guerres des exemples de chefs militaires ayant rendu les plus grands services au pays et auxquels l'application des prescriptions de la note du 1er octobre 1894 aurait interdit l'accès du corps d'officiers. »

Tout cela nous paraît très sage. Mais pourquoi diable déclarer ensuite « qu'une bonne vue constitue un élément de supériorité dont il convient de tenir compte par un coefficient spécial! » Appréciera-t-on aussi par des coefficients analogues les autres organes des sens? Mieux valait, à notre avis, supprimer sans phrases la circulaire de 1894.

Les circonscriptions hospitalières. — Par arrêté du directeur de l'Assistance publique, approuvé par le préfet de la Seine, chaque quartier et chaque commune du département de la Seine ayant passé un traité avec l'Assistance publique pour le traitement de ses malades indigents seront rattachés à un hôpital déterminé.

Cet arrêté sera mis en vigueur le 14 octobre.

A partir de ce jour, les malades ne pourront être reçus, à titre gratuit, que dans l'hôpital de leur circonscription. Ils devront, en se présentant à l'hôpital dans lequel ils viennent se faire admettre, soit à l'heure de la consultation, soit, en cas d'urgence, dans le courant du jour ou de la nuit, justifier de leur domicile dans la circonscription de l'hôpital.

Pour les personnes momentanément sans domicile et recueillies par les asiles de nuit, une déclaration signée du directeur de l'asile devra être produite.

Les dispositions ci-dessus ne sont pas applicables aux enfants, qui (quel que soit leur domicile) continueront à être reçus dans les deux hôpitaux d'enfants (Enfants-Malades et Trousseau), dans le service de chirurgie infantile de l'hôpital Tenon et dans le service d'orthopédie de l'hospice des Enfants-Assistés; aux personnes atteintes d'affections spéciales, qui continueront également, quel que soit leur domicile, à recevoir les consultations et à être admises dans les services spéciaux suivants :

Saint-Louis, Ricord et Broca (maladies de la peau et maladies syphilitiques).

Salpêtrière (maladies nerveuses).

Lariboisière, Hôtel-Dieu (maladies des yeux).

Necker (maladies des voies urinaires).

Cochin (gynécologie chirurgicale).

La même règle s'applique au service de la chirurgie générale (femmes) de l'hôpital Broca-Pascal.

Les malades adultes atteints d'affections contagieuses continueront à être dirigés sur l'hôpital d'Aubervilliers et le bastion 29.

Enfin, les personnes atteintes d'accidents subits ou de blessures graves, hors du territoire de leur circonscription hospitalière, seront reçues dans l'hôpital le plus voisin du lieu de l'accident.

Des consultations de médecine et de chirurgie, auront lieu tous les jours non fériés, dans les hôpitaux suivants :

Hôtel-Dieu, Pitié, Charité, Saint-Antoine, Necker, Cochin, Beaujon, Lariboisière, Tenon, Laënnec, Bichat, Andral, Broussais, pour la médecine.

Hôtel-Dieu, Pitié, Charité, Saint-Antoine, Necker, Cochin, Beaujon, Lariboisière, Tenon, Laënnec, Bichat, Broussais, Saint-Louis, Broca, la Salpêtrière, pour la chirurgie.

Le service des consultations, nous l'avons dit, se trouve complètement changé. Les malades ne pourront plus aller se faire soigner indifféremment dans tel ou tel hôpital de leur choix.

Les quartiers ont été groupés à cet effet en circonscriptions hospitalières. En voici la nomenclature:

Hôtel-Dieu. — Quartiers rattachés : Arsenal, Saint-Avoie, Bonne-Nouvelle, Enfants-Rouges, Saint-Gervais, Halles, Saint-Merri, Notre-Dame.

Pitié. — Quartiers rattachés: Jardin-des-Plantes, Salpêtrière, Sorbonne, Saint-Victor, avec les communes d'Antony, Chevilly, Choisy-le-Roi, Fresne, Gentilly, Ivry, l'Hay, Rungis, Thiais, Villejuif, Vitry.

Charité. — Quartiers rattachés: Saint-Germain-l'Auxerrois, Saint-Germain-des-Prés, Gaillon, Mail, Monnaie, Notre-Dame-des-Champs, Odéon, Palais-Royal, place Vendôme, Saint-Thomas-d'Aquin, Vivienne.

Saint-Antoine. — Quartiers rattachés : Bel-Air, Bercy, Sainte-Marguerite, Picpus, Quinze-Vingts, la Roquette, Charonne, Archives (pour la chirurgie seulement) et les communes de Bonneuil, Bry-sur-Marne, Champigny, Charenton, Créteil, Fontenay-sous-Bois, Joinville-le-Pont, Maisons-Alfort, Montreuil, Nogent-sur-Marne, le Perreux, Saint-Mandé, Saint-Maur, Saint-Maurice, Vincennes, Alfortville.

Necker. — Quartiers: Auteuil, Grenelle, Javel, Saint-Lambert, Necker et les communes rattachées, Clamart, Issy, Malakoff.

Cochin. — Quartiers : Croulebarbe, Gare, Maison-Blanche, Montparnasse, Santé, Val-de-Grâce et les communes d'Arcueil, Bagneux, Bourg-la-Reine, Châtenay, Fontenay-aux-Roses, Orly, Plessis-Piquet, Sceaux.

Saint-Louis (pour la chirurgie seulement). — Quartiers : Combat, Folie-Méricourt, Hôpital-Saint-Louis, Pont-de-Flandre, Villette.

Lariboisière. — Quartiers : Arts-et-Métiers, la Chapelle, Chaussée-d'Antin, Clignancourt, Saint-Georges, Goutte-d'Or, Faubourg-Montmartre, Porte-Saint-Martin, Rochechouart, Saint-Vincent-de-Paul, Hôpital-Saint-Louis (médecine seulement) et les communes de Bondy, Drancy, Dugny, Epinay, Ile Saint-Denis, Pantin, Pré-Saint-Gervais, Pierrefitte, Saint-Denis, Stains, Villetaneuse.

Tenon. — Quartiers : Saint-Ambroise, Amérique, Belleville, Saint-Fargeau, Père-Lachaise, Combat, Pont-de-Flandre et Villette (ces trois derniers pour la médecine seulement) et les communes de Bagnolet, Noisy-le-Sec, les Lilas, Romainville, Rosny, Villemonble.

Beaujon. — Quartiers : Bassins, Batignolles, Champs-Elysées, Europe, Madeleine, la Muette, Plaine-Monceau, Porte-Dauphine, Roule, Ternes et les communes rattachées : Asnières, Boulogne, Clichy, Colombes, Courbevoie, Gennevilliers, Levallois-Perret, Nanterre, Neuilly, Puteaux, Suresnes.

Laënnec. — Quartiers : Ecole-Militaire, Gros-Caillou, Invalides.

Bichat. — Quartiers : Epinettes, Grandes-Carrières, avec les communes d'Aubervilliers, Bobigny, le Bourget, la Courneuve, Saint-Ouen.

Broussais. — Quartiers : Petit-Montrouge, Plaisance, et les communes de Vanves, Montrouge et Châtillon.

Andral. — (Pour la médecine seulement) les quartiers des Archives et de la Folie-Méricourt.

Les consultations, enfin, n'auront lieu que le matin. Celles qui étaient données l'après-midi au bureau central (Hôtel-Dieu) seront supprimées à partir du 14 octobre.

Lymphe de Koch. — L'opinion d'un expert berlinois sur la tuberculine de Koch.

Un charlatan était poursuivi dernièrement devant les tribunaux de Berlin pour avoir promis de guérir en trois mois une malheureuse phthisique qui mourut quinze jours après cette fallacieuse promesse.

Le Dr Long, expert de la Cour, questionné sur le point de savoir s'il était possible de guérir la phthisie, répondit qu'il serait plus facile de décrocher une étoile du firmament que de trouver un remède à cette maladie.

L'avocat répliqua que son client avait le droit d'être aussi convaincu de l'efficacité de son remède que Koch l'était de celle de la tuberculine et que, dès lors, il ne pouvait être regardé comme responsable de la mort de la malade.

Mais le Dr Long ne se laissa pas démonter par cet argument et déclara, qu'à son avis, Koch était aussi coupable que l'accusé et qu'il ne comprenait pas qu'on ne poursuivît pas aussi bien l'un que l'autre.

Cette fois, le tribunal se fâcha et infligea un blâme au Dr Long pour avoir établi une pareille comparaison entre une autorité scientifique comme Koch et un simple charlatan.

Et ledit charlatan fut condamné à trois mois d'emprisonnement.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

BULLETIN

H. Larrey.

Une constante fidélité à ses anciennes affections et aux souvenirs qu'avaient laissés l'Empereur et sa famille; le culte de la mémoire de son illustre père; une ardente passion pour la médecine d'armée à laquelle il avait consacré sa vie; la plus rigoureuse exactitude à remplir tous ses devoirs d'académicien et même à se plier aux obligations mondaines qu'il jugeait de nature à rehausser la situation sociale du médecin; la plus scrupuleuse honnêteté scientifique et une impeccable dignité professionnelle, tels sont les traits essentiels du caractère de l'homme éminent qui vient de mourir.

Le baron H. Larrey était né le 18 septembre 1808. A l'âge de dix-huit ans, il entrait comme sous-aide major dans la médecine militaire où bientôt il occupait l'un des premiers rangs, non seulement en raison des puissants appuis qu'il trouvait parmi les anciens élèves ou les collègues de son père, mais encore et surtout grâce à son activité, son intelligence et son empressement à remplir toutes les fonctions qui lui étaient imposées. A l'hôpital de Picpus durant l'épidémie cholérique de 1832, aussi bien qu'au siège d'Anvers, il avait su mériter l'estime de ses chefs et montrer à tous qu'il était aussi attaché à ses devoirs militaires que digne de diriger un service médical.

Successivement agrégé de la Faculté de médecine de Paris et professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole du Val-de-Grâce, il se fit connaître par plusieurs mémoires relatant ses observations et les résultats de sa pratique; mais il se signala surtout par l'attention avec laquelle il suivait le mouvement scientifique, prenait note de tous les travaux publiés sur un sujet déterminé de pathologie ou de clinique et savait, à l'occasion d'une discussion académique, les rappeler, les commenter, en faire ressortir la valeur et prouver ainsi l'étendue de son savoir et la précision de ses connaissances bibliographiques.

Ses anciens élèves n'ont point oublié ses cours du Val-de-Grâce; tous ses collègues à l'Académie de médecine, à la Société de chirurgie, à la Société médicale d'Emulation se souviennent de ses communications toujours si documentées et si judicieusement pratiques.

H. Larrey cependant ne laisse après lui aucune œuvre scientifique ayant marqué un progrès sensible en pathologie ou en clinique et, de ses mémoires, ceux qui, à l'époque où ils ont été publiés, ont eu le plus de retentissement arrivent parfois à des conclusions qu'on a peine à admettre aujourd'hui. N'en advient-il point ainsi de presque tous ceux qui, ayant parcouru une très longue carrière, ont vu les doctrines médicales se transformer et les faits les mieux observés recevoir, après une enquête plus rigoureuse, des interprétations nouvelles?

Ce n'est donc pas sur la portée de ses publications, c'est sur l'ensemble de sa vie scientifique qu'il importe de juger celui qui a parcouru successivement tous les grades de la médecine d'armée et obtenu toutes les distinctions honorifiques qu'un savant puisse désirer.

Comme médecin militaire, M. le baron Larrey a justement reçu les plus hautes récompenses. S'il n'a pu, durant la longue période où il a présidé le conseil de santé des armées, réaliser les progrès qu'attendaient et espéraient du chirurgien ordinaire de l'Empereur ceux qui vivaient sous la dépendance d'une administration aussi incompétente qu'irresponsable, il convient de ne pas l'accuser trop de son manque d'initiative. Sans doute, un chef moins timoré, plus soucieux d'émanciper la médecine militaire que de ménager les susceptibilités de l'Etat major général, eût peut-être réussi à mieux faire ressortir les désastres que cause à une armée l'impéritie de ceux qui dirigent son administration. Les livres de Chenu ont bien montré depuis ce que nous ont coûté, en Crimée et en Italie, la légèreté et l'incompétence de ceux qui prétendaient régenter le service de santé de l'armée. Il faut malheureusement reconnaître que les leçons du passé ne nous ont point été utiles et qu'aujourd'hui encore bien des fautes sont commises malgré les

conseils, malgré les prévisions de tous ceux qui, par l'étude de l'histoire de la médecine militaire, sont en mesure de dire ce qui manque à notre armée.

Michel Lévy, qui fut à cet égard l'un des plus savants parmi les hygiénistes militaires, l'un des plus dignes de parler haut et ferme des choses qu'il était presque seul à bien connaître, l'un des plus soucieux du prestige et de l'autonomie du corps de santé de l'armée, Michel Lévy n'a pu obtenir lui-même ce que l'on a souvent reproché au baron Larrey de n'avoir pas réclamé avec plus d'insistance.

Reconnaissons donc les difficultés d'une tâche comme la sienne et rendons justice à la dignité avec laquelle il a toujours et partout représenté l'armée.

Quant à son rôle à l'Académie de médecine qu'il a présidée officiellement en 1863, puis officieusement toutes les fois qu'une absence momentanée appelait au bureau l'un des anciens dignitaires de la Compagnie, il a été considérable. Très assidu à toutes les séances, à toutes les commissions, à tous les comités secrets, M. le baron Larrey donnait à tous ses collègues l'exemple de l'exactitude et du devoir. Son influence était grande au moment des élections, plus grande peut-être encore lorsqu'une décision de quelque importance devait être votée. Sa voix était toujours écoutée avec déférence, car on le savait incapable de défendre une cause qu'il ne considérait pas comme juste. On respectait en lui le représentant des anciennes et courtoises traditions académiques. On aimait à le voir, dans sa verte vieillesse, avec une intelligence toujours ouverte et une parole toujours élégante, rappeler à l'observation du règlement ceux qui en oubliaient les formalités. On admirait la touchante insistance avec laquelle il saisissait toutes les occasions de rappeler un passé auquel il était resté fermement attaché. Le jour où la *Société médicale d'émulation* dont il avait été un des membres les plus actifs fut obligée d'interrompre ses travaux, ce fut lui qui se préoccupa de réunir ses archives et de les déposer à la Faculté de médecine.

Longtemps vice-président de l'Association générale des médecins de France, M. Larrey apportait à ses collègues l'appui d'une longue expérience et d'une autorité respectée de tous lorsqu'il s'agissait de résoudre les questions déontologiques.

Partout donc il laisse le souvenir d'un homme de bien, dévoué à tous ses devoirs. Quant à ceux qui l'ont bien connu, ils garderont de sa courtoise urbanité, de sa bienveillance et des témoignages d'affection qu'il ne leur a pas ménagés le plus respectueux et le plus reconnaissant souvenir.

L. Lereboullet.

REVUE GÉNÉRALE

La chirurgie du poumon, rapport au Congrès français de chirurgie, par le Dr Paul Reclus (de Paris).

Lorsque les expérimentateurs eurent démontré qu'on pouvait, chez le lapin, extirper tout ou partie d'un poumon sans provoquer d'accidents graves, on crut la chirurgie de cet organe appelée au plus brillant avenir. La structure si délicate de l'appareil respiratoire, son rôle dans l'hématose, ses rapports étroits avec le cœur, n'entraînent, disait-on, aucune contre-indication particulière; l'intervention y est aussi légitime qu'elle l'est sur les membres ou sur la face, et Gluck résuma la doctrine par cet aphorisme audacieux: *Ubi hæmorrhagia, ibi ligatura*; *ubi tumor, ibi extirpatio*; *ubi pus, ibi incisio.*

Que faut-il accepter de cette triple affirmation? Nous voudrions y répondre au nom de la clinique, et nous le pourrons quelquefois, car voici plus de vingt ans qu'on interroge la chirurgie pulmonaire d'une manière vraiment scientifique, avec la sécurité que donnent les méthodes contemporaines. Cette ère nouvelle commence avec Mosler qui, en 1873, ouvre une caverne du poumon chez un tuberculeux de cinquante-neuf ans. Depuis, le nombre et la nature des interventions se sont accrus. Nous avions pensé les réunir toutes dans un tableau général. Mais ne trouve-t-on pas dans la thèse de Truc la plupart des faits antérieurs à 1885? Aussi renvoyons-nous le lecteur à cet ouvrage excellent, et la statistique que nous allons dresser comprendra seulement les observations des dix dernières années.

Les affections pulmonaires qui peuvent réclamer à cette heure l'intervention de la chirurgie sont très diverses, mais on peut les grouper assez exactement dans une des trois catégories que visait l'aphorisme de Gluck: les *hémorrhagies*, hémorrhagies traumatiques ou pathologiques, que la ligature essaiera de tarir; les *tumeurs*, représentées par la tuberculose et par les cancers et qui nécessiteront l'extirpation que, dans l'espèce, on qualifie de pneumectomie; enfin les *collections cavitaires*, amas de matières liquides ou putrilagineuses: cavernes tuberculeuses, ectasies des bronches, gangrène circonscrite, abcès, kystes hydatiques. Le traitement est ici plus simple et n'exigera qu'une simple incision, qui prend le nom de pneumotomie.

I

Les interventions chirurgicales dans les *hémorrhagies* traumatiques du poumon sont infiniment rares et les observations manquent qui permettraient de juger la méthode: cependant tout le monde connaît le fait qu'Omboni, de Crémone, a publié il y a dix ans. Un jeune homme reçoit un coup de feu dans la poitrine, à gauche. Le sang coule à flots et l'hémorrhagie menace d'emporter le malade. On pratique une incision de treize centimètres, sur le milieu du troisième espace intercostal, correspondant à la blessure, en dedans de l'aisselle; on ouvre la plèvre dans toute l'étendue de la plaie où l'on voit bouillonner le sang. Omboni y introduit la main et saisit l'extrémité antéro-supérieure du lobe perforé par le projectile. A ce niveau, l'opérateur passe une aiguille armée d'un double fil de catgut, grâce auquel il fait deux ligatures au-dessous desquelles il excise le lambeau blessé. Le poumon est alors refoulé dans le thorax. Opération semblable sur l'extrémité antéro-externe du lobe inférieur saignant, et contigu au péricarde et au diaphragme. Le jeune homme survécut sept jours et paraît avoir succombé à la pyohémie.

Vous vous rappelez aussi l'observation capitale que notre collègue Delorme communiquait au Congrès en 1893. Un officier se porte dans la région du cœur quatre coups vigoureux d'un couteau à amputation; on le transporte exsangue au Val-de-Grâce, où l'on pratique l'occlusion et l'antisepsie de la plaie. Mais, le lendemain et le surlendemain, l'hémorrhagie continue et la syncope est imminente. Delorme et Robert ouvrent alors « un large volet thoracique; trois plaies pulmonaires sont saisies avec des

pinces; l'une d'elles est ligaturée par une soie double passée à travers le parenchyme, et le sang et l'air cessent de s'échapper par cet orifice ». Deux autres plaies sont oblitérées sur le péricarde. « Malheureusement l'anémie dans laquelle était plongé le malade était si profonde qu'il succomba un quart d'heure après l'opération. »

Ces deux échecs sont-ils pour nous décourager? Je ne le crois pas et dans les cas où malgré le repos, l'immobilité et l'occlusion de la plaie, l'écoulement sanguin persiste, lorsque, par sa durée, il menace d'amener une syncope mortelle, ou par son accumulation dans la plèvre, de paralyser le jeu du cœur ou du poumon, nous pensons, avec Delorme, qu'une large ouverture de la paroi thoracique pourra exposer la plaie et permettre de tarir l'hémorrhagie par la ligature du vaisseau ou du parenchyme ou par un tamponnement avec de la gaze iodoformée. Il ne faudra pas attendre que l'anémie soit irrémédiable. Mais on n'oubliera pas non plus que l'extrême gravité de l'intervention, le choc traumatique intense chez un blessé déjà affaibli et le pneumothorax total qui viendra troubler encore l'hématose déjà compromise.

Nous devons, à cette place, rappeler les tentatives de Simpson pour traiter les apoplexies pulmonaires. En 1890, il publia la relation de quatre cas d'hémorrhagie compliqués d'œdème et de congestion intense. Les symptômes étaient tels qu'il ne restait aucun espoir de sauver le malade. On pratique dans le foyer, au travers du cinquième espace intercostal, des ponctions aspiratrices, brusquement et sans temps d'arrêt. « La quantité de sang retirée a varié suivant les cas. Elle fut dans une observation de quatre cents grammes. Dans une autre l'œdème était tel qu'il ne vint qu'un liquide séreux. Il y eut soulagement momentané, mais les quatre malades succombèrent malgré l'intervention. »

II

On le voit par cette pénurie d'observation, la ligature n'est pas le traitement habituel des hémorrhagies pulmonaires et, sur ce point, l'espérance de Gluck ne s'est pas encore réalisée. Semblable, ou mieux plus grande déception à l'égard de la chirurgie des tumeurs : l'excision ne compte que comme intervention exceptionnelle, et malgré quelques cas retentissants, le nombre des pneumectomies est resté vraiment dérisoire depuis l'époque où Block aurait extirpé chez un de ses clients les deux sommets du poumon; l'opéré succomba presque aussitôt et « l'opérateur, sous le coup d'une enquête judiciaire, se suicida ».

La pneumectomie a été pratiquée pour extirper des masses tuberculeuses ou des noyaux cancéreux. Les observations du premier groupe sont les plus nombreuses, et déjà Truc, dans sa remarquable thèse de 1886, en rapporte quatre exemples. Kronlein opère deux malades dont l'un meurt le neuvième jour, et l'autre au bout de quelques heures; même résultat chez les deux tuberculeux de Ruggi, qui sont emportés au deuxième et au neuvième jour après l'intervention. Au contraire notre collègue Tuffier enregistre un brillant succès : garçon de dix-neuf ans atteint de tuberculose du sommet droit; le 2 juillet 1891, incision du deuxième espace intercostal jusqu'à la plèvre costale, décollement laborieux de cette plèvre; le poumon est saisi « par une pince spéciale qui ménage la friabilité du tissu amené au dehors en déchirant la plèvre pariétale, qui fait une collerette autour du poumon ». On reconnaît la masse indurée, du volume d'une grosse noisette; ligature en chaîne au-dessous du sommet, à deux centimètres au delà de la zone infiltrée. Excision. L'opéré guérit et un an après l'intervention l'état général restait bon.

Observation semblable de D. Lawson et publiée dans le *British medical journal* du 3 juin 1893. Il s'agissait d'une femme de trente-quatre ans atteinte d'induration tuberculeuse du sommet droit. On fait une incision partant du sternum et suivant la deuxième côte que l'on résèque. On ponctionne la séreuse et l'opérateur pousse lentement dans la cavité pleurale de l'air stérilisé, de façon à provoquer le collapsus du poumon; cette manœuvre n'amène ni dyspnée, ni cyanose; la plèvre est ouverte; on détache les adhérences et l'on fait sortir, par la plaie, le sommet du poumon droit. On le traverse à sa partie supérieure par deux aiguilles de façon à supprimer toute hémorrhagie et l'on résèque la partie malade; puis le poumon est refoulé dans la cavité thoracique. On ne draine pas. L'opération avait eu lieu le 14 février; dans la première quinzaine de mai, la guérison était obtenue : cependant une fistule donnait encore quelques grammes de pus.

Ces deux interventions, qui font tant d'honneur à l'habileté de nos collègues, vont-elles modifier l'impression produite par les insuccès de Kronlein et de Ruggi? Nullement, et la pneumectomie dans la tuberculose semble condamnée sans appel. En effet, ou les lésions sont diffuses et occupent un ou plusieurs lobes; alors l'entreprise devient trop dangereuse, car l'organisme, affaibli par la cachexie bacillaire, ne saurait supporter de tels délabrements; ou bien l'infiltration est médiocre, limitée à l'un des sommets comme dans le cas de Tuffier, et on peut alors espérer que le traitement médical en aura raison à moins de frais. L'argument est si péremptoire que, malgré son résultat brillant, l'observation de Lawson paraît avoir clos la liste des pneumectomies pour tuberculose. Dans les quatre années écoulées depuis sa publication, nous ne trouvons aucun cas nouveau.

Les observations de pneumectomie pour cancer sont plus rares encore. On cite partout le cas du Dr Antony Milton, de Georgie, qui dit avoir enlevé les cinquième et sixième côtes, qui étaient *cariées*, et les deux tiers de l'un des lobes du poumon droit. L'opéré survécut quatre mois. Mais s'agissait-il d'un cancer? Le cas de Kronlein est plus net : il extirpe un sarcome récidivé de la paroi thoracique chez une jeune fille de dix-huit ans; la tumeur s'est propagée jusque dans le poumon, dont l'opérateur enlève la portion dégénérée, grosse comme une noix environ. La guérison fut complète; l'opérée vivait encore le 22 mars 1886, et l'intervention date de 1883.

W. Müller publie en 1894 une observation identique : jeune homme de vingt-quatre ans atteint d'une tumeur développée quatre ans auparavant sur la paroi thoracique; à ce moment elle a la dimension d'une soucoupe; résection partielle de la quatrième, de la cinquième et de la sixième côte; la plèvre pariétale est interessée; on l'enlève; à ce moment le poumon s'affaise et il survient un collapsus inquiétant; la respiration et les battements du cœur rétablis, on s'aperçoit que la tumeur s'est propagée jusque dans le poumon; on poursuit ce prolongement et on résèque une portion du parenchyme dans une longueur de neuf et une largeur de trois centimètres. On pratique une double ligature en plein tissu sain; puis on suture la plaie pulmonaire au catgut. Après une nouvelle atélectasie et une syncope nouvelle, on suture la paroi. L'opération date de 1888; en 1893, l'état général et local est excellent.

Enfin, en 1882, Weinlechner intervient pour un myxochondrome du thorax et trouve le lobe moyen du poumon envahi sur une étendue de sept à huit centimètres.

« Il passe aussitôt un fil en arrière de la portion altérée, après avoir placé laborieusement une double ligature pour empêcher l'hémorrhagie, et on pratique l'ablation complète. Il enlève même quelques noyaux néoplasiques dans le lobe supérieur. Le sujet meurt dans le collapsus vingt-quatre heures après l'opération. »

Nous voulons placer hors cadre une observation publiée par Demons, en 1886, dans les Bulletins de la Société de chirurgie. Il s'agit de la résection d'une portion de poumon herniée à travers une plaie du thorax, entre la neuvième et la dixième côte. La tumeur, grosse comme la moitié du poing, était, le premier jour, rose, lisse et molle; on ne la réduisit pas. Le lendemain, elle devint plus rouge et de consistance plus grande. Au bout de huit jours, elle était irréductible et déjà sphacélée; on la résèque, sans douleur, bien que sans anesthésie, avec l'écraseur linéaire et l'opéré guérit. Mais la pneumectomie n'eût pas été nécessaire si, peu après l'accident, on avait réduit la hernie encore souple; et plus tard on pouvait s'abstenir, car la masse mortifiée se serait détachée d'elle-même et le moignon granuleux n'aurait pas tardé à se cicatriser. Ce serait jouer sur les mots que de donner à cette modeste intervention le nom de pneumectomie.

Tel est, à notre connaissance, le bilan de la pneumectomie, car nous ne comptons pas comme tels certains évidements de tissus sphacélés dans des cas de gangrène; ces pneumectomies ne sont pour nous que des pneumotomies, car l'incision ne porte pas sur le parenchyme sain, au delà des limites des portions mortifiées. — Quelles conclusions tirer de ces quelques observations? Dans les cas exceptionnels de tumeurs propagées de la paroi thoracique au poumon, l'extirpation des masses parenchymateuses envahies peut être défendue, bien que, en pareil cas, l'abstention serait le plus souvent préférable, mais la pneumectomie pour les cancers primitifs est condamnée sans appel. Avec Kœnig, Peyrot et Forgue nous disons que, pour la pratiquer, il faudrait méconnaître les dogmes les plus incontestés de la pathologie. Ou la tumeur est unique et peu volumineuse, et alors aucun signe ne vient révéler son existence, ou elle est volumineuse, diffuse et multiple, et l'extirper, c'est vouloir tuer l'opéré. Malgré Gluck, il n'est pas raisonnable de réséquer des poumons humains et de passer du lapin à l'homme.

III

Notre troisième groupe de lésions accessibles à la chirurgie comprend les cavités à parois plus ou moins bien constituées et remplies par des débris mortifiés des sécrétions de toutes sortes. Ces altérations justiciables de la pneumotomie sont variées et nous aurons à passer en revue les cavernes tuberculeuses et les dilatations bronchiques, les gangrènes, les abcès, les kystes hydatiques. Ici l'intervention est moins précaire et l'aphorisme de Gluck — *ubi pus, ibi incisio* — nous paraît presque complètement admissible. D'ailleurs, pour asseoir notre jugement, les matériaux sont plus nombreux; des mémoires documentés ont paru, et leurs conclusions, appuyées sur des observations sérieuses, semblent mériter toute créance. Parmi ces travaux, nous citerons surtout les recherches de Fabricant, parues en 1894 dans le *Moniteur chirurgical* de Saint-Pétersbourg. Elles nous ont beaucoup servi pour la rédaction de notre rapport.

A. *Cavernes tuberculeuses.* — Nous rapprocherons les *cavernes tuberculeuses* et les *dilatations bronchiques*, non point parce qu'elles ont été souvent prises les unes pour les autres — maintenant l'examen bactériologique éviterait cette erreur, — mais parce que les indications opératoires sont à peu près les mêmes : malgré l'enthousiasme des premiers temps, l'intervention doit être exceptionnelle, et si la caverne ou les accidents qu'elle provoque peuvent bien être améliorés par une pneumotomie, leur cause première, la tuberculose, persiste, que l'incision ne saurait guérir. De même pour la dilatation bronchique; l'ectasie n'est pas unique; le plus souvent il en existe un très grand nombre, et le chirurgien ne saurait les ouvrir toutes.

Dans l'une et l'autre de ces affections, lorsque l'opéré a surmonté les dangers d'une intervention toujours redoutable chez les cachectiques, lorsqu'il commencerait à recueillir les bénéfices du drainage de sa caverne, la maladie primitive continue sa marche et si la pneumotomie n'a pas hâté la mort elle ne l'a tout au plus que retardée.

Aussi la ferveur opératoire est à peu près tombée et le nombre des médecins qui proscrivent l'ouverture des cavernes, du moins comme méthode courante, augmente-t-il de jour en jour. Tænfert, Bull, Krecke, Runeberg, Park, Cérenville sont très explicites. Ce dernier ne fournit-il pas une statistique où sur six opérés cinq sont morts et le survivant ne paraissait pas devoir guérir? L'intervention d'ailleurs n'est pas sans danger et Tænfert et Westh montrent que sur cent opérés la mort est immédiate pour cinq; soixante-dix ne survivent que deux semaines, et quinze moins de quatre semaines. Il n'y en aurait guère que dix qui bénéficieraient réellement de la pneumotomie, sans toutefois atteindre à la guérison. Les hémorrhagies et surtout les pneumothorax sont la cause la plus fréquente de la terminaison fatale.

Depuis 1885, époque où parut la thèse de Truc, nous avons recueilli dans les auteurs huit cas de pneumotomie pour cavernes tuberculeuses. Si l'on en croyait ce relevé, la méthode donnerait de bons résultats, puisque nous y trouvons six guérisons ou améliorations et deux morts, l'une avec des signes de gangrène pulmonaire et l'autre par hémoptysie foudroyante. Mais outre qu'il s'agissait de cas favorables, nous craignons que les auteurs aient publié les succès de préférence aux revers. Aussi cette statistique, que l'on trouvera à la fin de notre rapport, ne modifie en rien nos conclusions.

B. *Dilatations bronchiques.* — La pneumotomie n'a pas donné de bons résultats dans les *dilatations bronchiques*; on ouvre une caverne où s'accumulent les sécrétions et l'on compte sur l'amélioration que provoquera le drainage du foyer dont peu à peu la cavité diminue; mais voici que les résorptions putrides reprennent de nouveau, grâce aux ectasies multiples, qui se creusent dans les autres lobes. C'est ainsi qu'il en advint dans les observations de Bull et dans celle de Riss : l'autopsie démontra que, outre les cavernes incisées, il en existait plusieurs autres de dimensions variables.

Nous possédons un cas semblable qui nous est personnel : à Broussais, Chauffard nous confie un de ses malades; nous réséquons la troisième côte, le poumon est mis à nu et après avoir cheminé dans l'étendue de cinq centimètres à travers le parenchyme sclérosé, nous pénétrons dans une cavité assez large pour loger le poing et d'où s'écoule une énorme quantité de pus infect. L'opéré se rétablit, engraisse pendant un mois, puis recommence à maigrir. Comme le drainage n'avait pas suffi pour affaisser et cicatriser la caverne, nous pratiquons un désossement de la paroi; le malade meurt et l'autopsie démontre l'existence

d'autres ectasies. — Et cependant, au cours des dix dernières annés, nous relevons cinq interventions avec cinq guérisons ou améliorations, mais nous devons faire les mêmes réserves que pour les cavernes tuberculeuses : on n'a guère opéré que des cas favorables, et l'on a surtout publié les heureuses observations.

Est-ce à dire qu'il faille proscrire l'incision pulmonaire dans tous les cas de cavernes tuberculeuses et de bronchectasies? Non, mais les indications de l'intervention opératoire nous paraissent rares, et nous nous rallions aux conclusions que Truc posait déjà en 1885 : lorsque l'excavation pulmonaire constitue la lésion essentielle, que les symptômes de résorptions putrides dominent la scène et provoquent de l'hyperthermie, que la toux secoue le malade, que l'abondance de l'expectoration l'épuise, — sans vaine espérance et comme traitement purement palliatif — on peut recourir à la pneumotomie. Il existe çà et là quelques observations où l'amélioration a été considérable et Lavenstet parle d'une caverne du lobe supérieur du poumon droit; il l'ouvre et la draine; après l'opération la fièvre tombe, les forces reviennent et permettent un dur travail. Malheureusement, au bout de la deuxième année, une hémoptysie incoercible survient et le malade meurt.

C. *Kystes hydatiques*. — Avec les *kystes hydatiques* s'ouvre la série des affections pour qui la pneumotomie est vraiment efficace; elle devient la méthode de choix. Abandonnée à elle-même, la poche à échinocoques peut certainement s'oblitérer, et nombre d'observations en font foi; mais cette terminaison heureuse est très aléatoire et la statistique de Neisser prouve que sur soixante et un kystes non traités quinze ont guéri et trente-six sont morts. Davaine accuse des résultats aussi peu favorables à l'expectation et, d'après lui, elle aurait la mort pour conséquence dans les deux tiers des cas. Les relevés de Hearn qui, en 1875, a compulsé la plupart des faits connus, arrivent à des conclusions analogues. L'abstention systématique en présence d'un kyste du poumon est donc absolument précaire.

Or, depuis 1873, la pneumotomie pour kyste hydatique a été pratiquée assez souvent pour qu'on puisse en juger la valeur et l'on cite partout la statistique de John Davies Thomas (Australie), qui, autour de cinq cas personnels, a groupé vingt-sept observations d'incision pulmonaire pour kystes hydatiques et pratiquée dans les divers pays du monde. Sur ces trente-deux opérés, cinq sont morts et vingt-sept ont guéri. Lopez (Lisbonne) porte ce relevé à trente-six cas, avec cinq morts et trente et une guérisons. On peut voir par le tableau des cas recueillis par nous que la proportion de succès ne s'abaisse pas, et, même en admettant que les faits heureux sont plus volontiers publiés que les malheureux, l'excellence de la pneumotomie dans les kystes hydatiques n'en reste pas moins indiscutable.

Quelle méthode pourrait-on lui opposer? La ponction simple? Mais elle ne vaut guère mieux que l'expectation, et sur les seize observations réunies par Maydl, il y a eu cinq guérisons seulement et onze morts provoquées, soit par une pleurésie purulente, soit par un pneumothorax, soit surtout par l'asphyxie subite due à l'irruption des hydatides dans les bronches. Dans le relevé général de John Davies Thomas, sur le traitement des kystes hydatiques du poumon, l'abstention donne une mortalité de cinquante-quatre, la ponction de vingt-sept, tandis que celle de l'incision ne s'élève qu'à seize pour cent. La conclusion s'impose et avec Heydenreich, Maydl, Makenzie, Peyrot, Forgue et, on peut presque l'affirmer, la totalité des chirurgiens compétents en la matière, nous proclamons que la pneumotomie est la méthode de choix.

Dans nos relevés que nous publions plus loin et qui vont de 1885 à 1895 nous trouvons onze interventions pour kystes hydatiques avec neuf guérisons et deux morts. Les succès n'ont pas été toujours obtenus d'emblée, et dans plusieurs cas une fistule broncho-pulmonaire a longtemps persisté. Des deux morts, l'une est due à la pénétration dans les bronches de vésicules hydatiques qui provoquèrent la suffocation.

D. *Gangrène pulmonaire*. — La gangrène pulmonaire bénéficie de l'incision pour le moins autant que les kystes hydatiques; si, d'une manière absolue, l'intervention amène des guérisons moins nombreuses pour les cavernes sphacélées que pour les poches à échinocoques, on ne doit pas oublier que la mortalité est beaucoup plus considérable dans la gangrène que dans les kystes hydatiques; de cinquante-cinq à soixante-cinq pour cent dans les kystes abandonnés à eux-mêmes, la léthalité s'élève à soixante-quinze pour cent dans les gangrènes : c'est du moins ce qui ressort des statistiques; et si l'on réunit les cas de Lebert, de Hutchinson et de Bonome, on voit que sur soixante et onze gangrènes pulmonaires laissées à leur évolution naturelle, la mort survint cinquante-quatre fois.

Or, que nous disent les relevés de la pneumotomie? Dans la thèse de Truc, nous voyons que de 1879 à 1884, sur treize interventions, l'amélioration ou la guérison a été notée sept fois et la mort six fois seulement. La léthalité descendait donc de soixante-quinze à moins de cinquante pour cent. Proportion un peu meilleure encore dans les tableaux de Richerolle; dans sa thèse de 1892, il arrive à un total de trente et une interventions avec dix-sept guérisons ou améliorations contre quatorze morts. Enfin, si nous nous en rapportons aux relevés de Fabricant qui nous paraissent dressés avec exactitude, nous y voyons que sur vingt-six cas. il y a seize guérisons et dix morts, soit une léthalité qui n'atteint plus cinquante pour cent. Tænfert sur dix cavernes gangreneuses ouvertes compte sept guérisons et trois morts.

Les résultats s'amélioreront encore lorsque les interventions seront plus rapides. Le malade est naturellement placé dans un service de médecine, et trop souvent on espère, de la nature et d'un traitement sans efficacité, une guérison qui ne vient pas. On ignore les ressources de la chirurgie ou l'on ne veut y recourir qu'à la dernière extrémité. Aussi les observations sont nombreuses où l'échec n'a pour cause qu'une opération tardive. Ainsi le cas de Bull : cantonnier de vingt-cinq ans qu'épuisaient, depuis sept ans une affection pulmonaire chronique, depuis vingt mois une pleurésie sèche et depuis neuf une expectoration abondante. Chez lui, l'examen démontre l'existence d'ectasies multiples. Dans nos tableaux nous trouvons des faits où l'on a laissé à l'infection septique le temps de déposer dans les viscères des germes d'abcès métastatiques; d'autres fois, c'est la gangrène qui, d'abord délimitée, devient tout à coup diffuse; d'autres fois enfin, les malades ne peuvent plus supporter le choc de la pneumotomie. Un diagnostic rapide, un appel précoce à la chirurgie aurait sauvé la plupart de ces malades.

Au-dessous de ce facteur capital, le choix du moment opportun pour intervenir, certaines circonstances paraissent influencer le pronostic opératoire. Les femmes qui sont moins souvent atteintes de gangrène, supportent moins bien l'opération ; les vieux résistent mal et Fabricant note que lorsqu'on intervient chez des malades épuisés, les jeunes seuls survivent; après quarante ans, les résultats sont mauvais. Le même auteur a pu, dans

seize cas de pneumotomie, déterminer l'affection primitive, cause de la gangrène, et il a vu que sur six cavernes provoquées par la pneumonie fibrineuse aiguë, quatre ont guéri; dans quatre survenues après la bronchite purulente, deux ont guéri et deux ont été améliorées; un foyer consécutif à la métastase d'une mastoïdite a guéri. Par contre, quatre pneumotomies, deux pour gangrène par corps étranger et deux par ectasies bronchiques, ont donné quatre morts.

Toute gangrène pulmonaire n'est pas justiciable de la pneumotomie et on commence à soumettre l'intervention à certaines indications précises. D'abord le foyer doit être limité et toute gangrène diffuse échappe à l'opération. De ce que la caverne est bien circonscrite, on n'en conclura pas toujours à la nécessité de l'incision : et lorsque le noyau sphacélé est petit, que l'état reste bon, qu'aucun signe avant-coureur de la septicémie n'apparaît, surtout lorsque le malade est jeune, il faut s'abstenir. Mais, dans les cas contraires, lorsque, tout en étant nettement limitée, l'excavation est volumineuse, lorsqu'elle se vide mal et que les eschares putrides commencent à empoisonner l'organisme, il faut préciser avec soin le point où siège le foyer du mal, et l'ouvrir dès que la caverne s'est formée.

Truc exige, pour proposer l'intervention, que « le siège de la lésion soit propice » ou « qu'il existe à son niveau des adhérences pleurales ». Certes il n'est pas indifférent que la caverne soit superficielle ou profonde et que la cavité de la séreuse soit close ou non : une caverne périphérique, à fleur de poumon, sous les deux feuillets adhérents, sera d'un abord bien plus sûr. Mais les foyers profonds, même lorsque la séreuse n'est pas oblitérée, sont encore accessibles au chirurgien, et Krause d'Altona a publié une observation remarquable où, dans ces conditions, la pneumotomie a donné une guérison brillante. Il s'agissait d'un ouvrier de trente-six ans atteint de gangrène consécutive à une pneumonie. La mise à nu de la plèvre par la résection des côtes et l'extirpation des muscles intercostaux permit de reconnaître l'intégrité des feuillets séreux et l'on eut recours au procédé en deux temps que nous décrirons à propos de la technique.

Nous avons relevé dix-huit observations de gangrènes pulmonaires publiées depuis la thèse de Truc; sur ces treize cas nous trouvons la proportion énorme de onze guérisons et deux morts seulement. Dans l'un de ces cas de mort, il s'agissait d'une femme de trente-quatre ans opérée par Bastanelli, quatorze jours après une ovariotomie; elle mourut deux semaines après l'intervention.

E. *Abcès pulmonaires.* — Comme pour les kystes hydatiques et pour la gangrène, la valeur de la pneumotomie ne saurait être contestée pour les *abcès pulmonaires.* Il en est qui peuvent guérir spontanément et, sans parler de petites collections ignorées qui se résorbent, il y a des cavités plus volumineuses, régulières, sans diverticules, et largement ouvertes dans une bronche qui se vident et se cicatrisent. Mais les cavernes vastes et anfractueuses, situées à la base de l'organe, avec de médiocres voies d'écoulement par des canaux de mince diamètre, celles-là sont des plus redoutables, comme le prouve Frey dans sa thèse de Paris de 1891. Les malades se cachectisent lentement ou rapidement, des infections septiques surviennent, des asphyxies subites par irruption du pus dans les bronches. La mort est trop fréquente pour que l'hésitation soit permise : il faut intervenir.

Du reste, la cause de l'incision dans les abcès pulmonaires avait été plaidée avant l'ère antiseptique; on l'avait même appliquée avec succès, et, sans remonter à Hippocrate, l'on cite partout l'observation de Pouteau qui, en 1753, ouvrit une collection purulente sur l'abbé Proton, aumônier du grand Hôtel-Dieu de Lyon. Mais le plus souvent ces précurseurs faisaient de la pneumotomie sans le savoir : chez un malade toussant et crachant du pus, une bosselure chaude et rouge apparaissait sur la paroi thoracique, on l'ouvrait comme on l'eût fait d'un abcès banal, et l'on se trouvait avoir vidé une caverne intra-pulmonaire. Plus tard, lorsque l'opération de l'empyème se fut généralisée, c'est encore en pénétrant dans la plèvre que du même coup on libérait un foyer purulent du poumon déjà ouvert dans la séreuse.

Le traitement chirurgical de nos abcès avait donc fait ses preuves avant l'antisepsie; aussi a-t-elle été la moins discutée des interventions pulmonaires, et le nombre des observations est déjà fort important. Nous ne donnerons pas le relevé de Truc parce que dans ses dix-neuf cas se trouvent pêle-mêle des abcès légitimes et des cavernes bronchectasiques. Or, nous savons combien plus grave est le pronostic de la dilatation des bronches. Seitz fournit une statistique de onze cas avec huit guérisons ou améliorations et trois morts; Lopes, quatorze avec treize guérisons ou améliorations et une mort. Richerolle ajoute seize cas au relevé de Seitz, et son total de vingt-sept observations se chiffre par dix-neuf guérisons ou améliorations et huit morts. Enfin voici le tableau de Fabricant dont le total est supérieur encore : sur trente-huit cas nous avons vingt-neuf guérisons et neuf morts, soit une léthalité de moins de 20 0/0. N'oublions pas que Tænfert enregistre cinq succès sur cinq interventions.

Fabricant a, pour les abcès du poumon, comme pour les cavernes gangreneuses, cherché les circonstances qui influent sur le résultat opératoire. Ici encore les hommes, plus souvent atteints, guérissent plus facilement, et les jeunes beaucoup mieux que les vieux. L'affection, cause primitive de la collection purulente, joue un rôle prépondérant : sur trente abcès dont l'origine est notée, la pneumonie fibrineuse compte pour dix-sept avec quatorze guérisons et trois morts; les maladies infectieuses pour sept : fièvre typhoïde deux avec deux guérisons; rougeole un, une mort; pyémie quatre, avec trois guérisons et une mort; kystes hydatiques suppurés trois, avec trois guérisons; plaies par armes à feu deux, avec deux guérisons. La pneumonie donc est la cause la plus fréquente des abcès et l'intervention, dans les collections de cette origine, donne une grande proportion de résultats favorables.

Les indications opératoires, on le sait, s'élargissent toujours à mesure que l'intervention devient plus bénigne et plus efficace; or la pneumotomie pour les abcès est peu grave et donne d'excellents résultats. Aussi, depuis la thèse de Truc, sommes-nous devenu plus entreprenant et nous dirions volontiers que de l'existence d'une collection purulente on peut conclure à l'opération. Point n'est besoin d'attendre que la fièvre s'allume, que l'infection putride menace, que l'état général devienne alarmant; pour s'abstenir il faudrait que l'abcès soit bien petit et que son évacuation par les bronches paraisse facile et rapide, ou bien que les collections soient nombreuses et que leur évacuation nécessitât des délabrements trop considérables. Mais ces cas sont heureusement exceptionnels.

« Il existe, dit Truc, une contre-indication habituellement formelle : l'absence d'adhérences pleurales au niveau de l'abcès, fait rare, mais qu'on peut rencontrer dans les suppurations rapides ou centrales. On provoquerait par l'incision un pyopneumothorax redoutable. » Nous ferons ici la même remarque qu'à propos de l'ouverture des cavernes gangreneuses : un abcès pulmonaire pourrait être central et les deux feuillets

de la séreuse glisseraient l'un sur l'autre qu'on devrait, grâce à certains artifices opératoires dont le plus sûr est l'opération en deux temps, recourir à la pneumotomie. Aussi n'acceptons-nous pas comme valable la contre-indication posée par Truc et par un certain nombre de chirurgiens de valeur.

D'après nos relevés qui portent sur les dix dernières années, nous trouvons vingt-trois interventions pour abcès pulmonaires avec vingt guérisons et trois morts. De ces trois morts, la première est due au volume considérable de la collection qui occupait toute la base d'un poumon; la deuxième à une septicémie survenue deux mois après l'operation; la troisième fut également provoquée par des accidents septiques.

Nous devons une courte mention à quelques lésions pulmonaires qui peuvent nécessiter aussi une intervention chirurgicale. Nous ne ferons pas un paragraphe spécial pour les *corps étrangers* qui ont pénétré dans les poumons soit à travers le thorax, soit par les voies aériennes supérieures. Ou ils s'enkystent dans le parenchyme, et l'opération est inutile, ou ils provoquent la formation d'une caverne purulente et rentrent dans une des catégories déjà signalées. La dent « aspirée » par le malade de Fowler est classique, et l'on trouvera, dans nos tableaux, le cas de Mosétig Moorhof : plaie pénétrante de la poitrine par coup de feu, fragments de côtes entamés par le projectile, suppuration, pneumotomie et mort. Richerolle, dans sa thèse, consacre un chapitre spécial à l'*actinomycose*. Nous ne voyons pas la nécessité de la signaler. Ou bien cette maladie, absolument exceptionnelle en France, se généralise, et l'intervention chirurgicale est impossible; ou il se forme une collection circonscrite, qui rentrerait alors dans la classe des abcès. Nous ne connaissons pas de cas où l'on soit intervenu.

Nous avons parlé d'ailleurs de hernies traumatiques du poumon; la *hernie spontanée* à travers la paroi thoracique peut nécessiter une intervention chirurgicale lorsque l'affection a de la tendance à s'accroître, qu'elle devient gênante et s'oppose à un travail pénible; on peut tenter alors la cure radicale. Ces indications se rencontrent dans le cas de Teuffier : la tumeur d'abord indolente « est maintenant si gênante et si douloureuse dans les efforts qu'elle empêche le malade de travailler ». On se décide à inciser à son niveau les téguments; on met à nu la tumeur; on la réduit; on résèque le sac pleural; on avive l'anneau fibro-musculaire constitué par le muscle intercostal et l'on suture. La guérison s'était maintenue au bout de trois mois. Signalons enfin une observation curieuse de Guermonprez, qui réséqua six côtes pour mettre à nu une *fistule broncho-pulmonaire* d'une hauteur verticale de quatre centimètres. Il en pratiqua la suture à l'aide de trois fils de catgut. La convalescence fut assez longue, mais la guérison fut complète.

IV

« Le manuel opératoire, dit Truc, n'embarrassera jamais un chirurgien. » C'est exact et nous ne décrirons pas les manœuvres qui nécessiteraient l'hémostase dans les plaies pulmonaires, la pneumectomie et la pneumotomie. Que dire d'ailleurs des deux premières? Ne s'agit-il pas alors d'une chirurgie de hasard, variable comme les cas qui la réclament? Nous dirons seulement que dans les plaies pulmonaires il faudrait, pour bien explorer des vaisseaux saignants, une large fenêtre dans la paroi thoracique.

La résection temporaire de Delorme nous donne un facile accès; mais d'autre part les délabrements étendus ne sont pas innocents chez un blessé affaibli et exsangue et le chirurgien devra louvoyer entre ces deux écueils : ne pas être trop parcimonieux dans ses incisions, car la lésion pourrait lui échapper, ne pas tailler trop largement, car le choc opératoire est à craindre. Il n'est pas non plus de technique pour la *pneumectomie*. Peut-on comparer l'opération délicate de Tuffier pour exciser un sommet tuberculeux à l'ablation d'une masse herniée au travers d'une plaie thoracique, ou à l'éradication d'une traînée cancéreuse propagée de la paroi au poumon? C'est là une chirurgie d'expédient et qu'on improvise selon les besoins.

La *pneumotomie*, elle, peut être déjà soumise à quelques règles importantes : l'incision des parties molles sera en U, en H, en T, selon le choix de l'opérateur; mais il faut qu'elle donne un large accès sur les côtes. On doit en effet manœuvrer à l'aise, aborder franchement la caverne et l'ouvrir d'une façon suffisante pour que la détersion en soit rapide et complète; et puis, d'autre part, cette caverne pourrait bien ne pas se combler si la paroi thoracique, désossée, ne permettait l'affaissement de la poche et l'accolement de ses deux parois; c'est un « Estlander » préventif que l'on pratique. D'ailleurs, comme le recommande Krause, il faut pouvoir inspecter la plèvre et reconnaître si les feuillets en sont libres ou adhérents. Cette condition est capitale à ce point qu'on a longtemps considéré comme une contre-indication absolue à la pneumotomie les cas de non-coalescence de la plèvre pariétale à la plèvre viscérale.

En effet les matières septiques de la caverne mises en liberté par l'incision du parenchyme pourraient, dans le cas de persistance de la cavité séreuse, fuser dans cette cavité où elle provoquerait un pyopneumothorax mortel. Aussi pour savoir si les adhérences existent devra-t-on, à l'exemple de Krause, réséquer plusieurs côtes dans une étendue suffisante, enlever les muscles intercostaux et mettre la plèvre à nu; si elle est mince, souple, transparente, si on voit au travers le double mouvement d'ascension et de descente du poumon, les deux feuillets sont libres et la cavité persiste; si au contraire la séreuse est épaisse, résistante, blanchâtre, les adhérences sont probables et l'on peut s'assurer de l'oblitération de la plèvre en plongeant, à ce niveau, une aiguille dans le poumon; si cette aiguille reste immobile, sans oscillations synchrones avec les mouvements respiratoires, on peut agir; plus de cavité pleurale et par conséquent plus de crainte de pyopneumothorax.

Dans les cas exceptionnels où la caverne pulmonaire n'a pas, par inflammation de voisinage, provoqué cette coalescence des plèvres, faut-il renoncer à la pneumotomie? Truc le dit à peu près dans sa thèse, mais nous avons déjà cité une observation de Krause, où un beau succès a été obtenu malgré cette condition fâcheuse. Pour y parer plusieurs moyens s'offrent à nous : l'un, le plus sûr, consiste à agir ici comme Volkmann le propose pour l'opération en deux temps des kystes hydatiques du foie : arrivé sur la plèvre pariétale, on l'ouvre avec précaution pour empêcher la rétraction du poumon sur le hile; si cette rétraction s'esquissait, ou même pour l'éviter, avant l'incision de la plèvre, il faudrait, par quelques points de suture au catgut, coudre, à la périphérie de l'incision ou de la future incision, les deux séreuses adossées; c'est alors que l'on applique, sur le feuillet viscéral mis à nu, un tampon de gaze iodoformé stérilisé; on le laisse en place cinq jours au moins; après ce laps de temps, qui doit être plutôt augmenté que restreint, les adhérences entre les deux feuillets de la plèvre sont suffisantes pour qu'on

puisse ouvrir la caverne sans crainte de voir ses matières septiques pénétrer dans la séreuse. C'est là le procédé de choix et qui nous paraît supérieur à l'application de pâtes caustiques.

Mais si quelques complications étaient menaçantes, s'il y avait urgence à ouvrir la caverne immédiatement, il faudrait aussitôt faire l'incision de la plèvre costale, saisir le poumon, l'appliquer contre les lèvres de la plaie, dont les lèvres seraient juxtaposées à la séreuse viscérale par des points séparés très serrés ou même par la suture continue dit à arrière point et que préconise Roux de Lausanne. Nous n'avons pas à insister : ces manœuvres sont si connues et on les pratique si souvent dans l'ouverture des kystes hydatiques du foie que tout chirurgien saura les appliquer à la pneumotomie. Ces collections centrales, sans inflammation de voisinage, sans retentissement sur la plèvre et sans adhérence de ses deux feuillets, ne sont pas aussi rares qu'on pourrait le croire. Nous voyons dans les observations 27 et 34 du tableau de Fabricant que le contenu de la caverne fusa entre les deux feuillets de la plèvre et provoqua une pleurésie mortelle. Même absence de cloisonnement dans les cas 53 et 61, et l'incision a comme conséquence dans l'un un empyème, dans l'autre un pyopneumothorax que put guérir une nouvelle intervention. Roux, pour éviter pareils accidents, a dû suturer les deux feuillets de la plèvre avant d'ouvrir une caverne du sommet du poumon droit.

Qu'il y ait adhérence nouvelle ou qu'on ait accolé par suture les deux feuillets de la séreuse, il reste à ouvrir la caverne. On en déterminera de nouveau le siège précis par la ponction exploratrice; on laissera l'aiguille en place, et pour pénétrer dans le foyer c'est sur elle qu'on se guidera. L'instrument de choix est la lame du thermocautère à peine chauffée au rouge sombre. Elle oblitère en les sectionnant les plus petits vaisseaux du parenchyme et on évite ainsi des écoulements sanguins redoutables chez les affaiblis. Cette hémorrhagie provoqua la la mort dans le cas numéro huit du tableau de Fabricant et fut fort inquiétante dans les observations neuf, dix-huit et trente du même tableau. Aussi, on n'aurait recours au bistouri que lorsque la paroi pulmonaire qui limite la caverne est mince et sclérosée. Et encore est-il préférable de ne pas s'y fier. Une fois l'orifice créé on y introduit le doigt et on l'agrandit par pression. Si quelques cavernes secondaires s'ouvrent dans la première, on en déchire la cloison avec l'ongle; mais ces manœuvres doivent être infiniment réservées et on respectera même les travées incomplètes de la poche de façon à ne pas déchirer de vaisseau.

La ponction exploratrice est souvent négative ; faut-il pour cela renoncer à la pneumotomie? Non, on doit pratiquer quand même l'incision du parenchyme scléreux, et bien que parfois on ne rencontre pas de pus, l'opération n'en sera pas moins profitable. La caverne non ouverte, quoique voisine, ulcérera ou rompra sa paroi plus facilement, à ce point de moindre résistance, comme en font foi nombre d'observations. Celle de M. Groubé est très remarquable en ce sens, et ce n'est que cinq jours après la pneumotomie, que le pansement, sec jusqu'alors, s'imbiba d'une énorme quantité de pus tandis que l'expectoration diminua d'autant. Dans le cas de Jaymes la collection ne se vida que trois heures après l'opération, deux heures dans celui de Kunier, deux jours dans celui de Kunberg, quelques jours dans celui de Cayley et de Gould; enfin Quincke raconte qu'après avoir creusé un conduit au thermocautère dans l'épaisseur du poumon, le pus ne fit irruption, par cette ouverture, que vingt-trois jours après et à la suite d'un fort accès de toux.

Une fois la caverne ouverte, il faut la drainer avec soin; comme les côtes ont été réséquées dans une étendue suffisante, que la paroi pulmonaire a été largement ouverte, l'écoulement des liquides et des matières putrides sera facile. Cependant on cite des cas où l'on a dû faire une contre-ouverture et traverser le poumon d'outre en outre. On emploiera, pour favoriser l'écoulement du pus, un tube en caoutchouc souple, des lanières de gaze iodoformée, qui ont fait leurs preuves et qui nous paraissent avoir été adoptées par la plupart des opérateurs. Faut-il déterger la cavité par des lavages antiseptiques? Nous répondons résolument non; même le liquide fût-il poussé dans la caverne à très faible pression. Le mieux est d'essuyer les parois avec des tampons de ouate hydrophile, et encore avec précaution pour ne pas ouvrir de vaisseau. Fabricant dit que dans les cas cinq, quinze, seize et vingt-six de son tableau on a pu constater les inconvénients de ces irrigations, et même, dans l'une de ces observations, le lavage avec une solution d'acide borique et de thymol provoqua une inflammation de l'arbre laryngo-bronchique ; elle eut la mort pour conséquence.

CONCLUSIONS

La chirurgie pulmonaire n'obéit pas, comme le prétendait Gluck, aux mêmes lois que la chirurgie générale : ligature pour les vaisseaux ouverts, extirpation pour les tumeurs, incision pour les collections morbides. La structure de l'arbre aérien, ses fonctions dans l'hématose, ses rapports avec le cœur, l'existence d'une cavité pleurale imposent une grande réserve et limitent nos interventions.

La résection temporaire ou définitive d'une portion de la paroi thoracique pour atteindre une plaie pulmonaire et tarir une hémorrhagie mortelle à brève échéance peut être une ressource suprême qu'il faut connaître, mais elle est dangereuse et l'expérience ne l'a point encore sanctionnée.

La résection des masses tuberculeuses doit être proscrite : en effet si les lésions sont graves ou diffuses, elles nécessitent un délabrement trop étendu que supporterait mal l'organisme; si le noyau de bacillose est circonscrit, le traitement général en aura aussi facilement raison qu'une intervention qui n'est pas innocente.

La pneumectomie dans les cancers primitifs n'est même pas discutable. Une tumeur accessible, unique et circonscrite serait une rareté clinique que ne révéleraient pas nos moyens actuels d'investigation. A la rigueur, on pourrait, comme Krœnlein l'a fait, poursuivre jusque dans le poumon certains sarcomes propagés de la paroi thoracique. Mais ce ne sera jamais là qu'une chirurgie d'exception.

Avec les lésions cavitaires l'intervention se précise et se généralise. Cependant, l'incision se pratiquera bien rarement pour les cavernes tuberculeuses et les ectasies bronchiques, car ces lésions sont presque toujours diffuses. En tout cas, la pneumotomie n'est alors que palliative.

Au contraire, les kystes hydatiques, la gangrène et les abcès peuvent beaucoup bénéficier de l'incision; cette intervention est vraiment radicale et sauve souvent l'opéré. Aussi la pneumotomie ne saurait être trop recommandée dans ces cas et les médecins, à qui est confiée cette catégorie de malades, ne devraient plus oublier cette ressource précieuse que leur offre la chirurgie.

La technique de la pneumectomie varie trop suivant le genre de tumeurs qu'on attaque pour qu'on puisse en tracer les règles. Les manœuvres de la pneumotomie sont déjà plus précises : incision large des parties

molles, résection suffisante des côtes, opération en deux temps ou suture rigoureuse des deux feuillets de la séreuse lorsque la plèvre est libre, ouverture du poumon avec le thermocautère au rouge sombre, pas d'injections dans la cavité, respect prudent des vaisseaux dont la rupture provoquerait des hémorrhagies, drainage de la caverne avec des tubes souples et de la gaze iodoformée.

TRAVAUX ORIGINAUX

Le typhus dans l'Oise en 1893, par M. J.-J.-A. Dardignac, médecin-major de 1re classe du 51e, chef du service des salles militaires de l'hospice militarisé de Beauvais, membre correspondant de la Société de chirurgie.

(*Suite*).

Obs. II. — *Typhus exanthématique, forme moyenne. — Traitement par les bains froids. — 28 bains. Guérison.* — C'est le mardi, 25 avril, que D... Georges, gendarme de la 2e légion, compagnie de l'Oise, faisant partie de la brigade de Chaumont où il réside depuis plus de six mois, a commencé à se sentir indisposé : il avait de la courbature générale, une céphalée intense, de l'insomnie, une vive chaleur avec soif ardente, constipation, inappétence et constamment des frissons.

Bien que cet état de malaise se soit accentué le lendemain — il ne put parvenir à se réchauffer — il fit cependant son service, mais en rentrant de sa tournée le jeudi soir, il se coucha ; dans la nuit, des vomissements et des rêves pendant lesquels il parlait à haute voix.

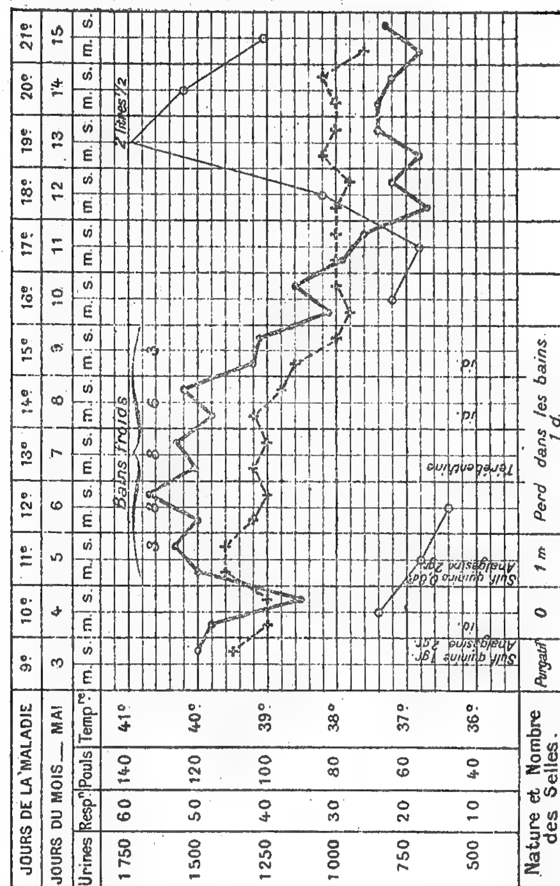
Le vendredi 28 et samedi 29, ne se trouvant pas de service, il en profite pour se reposer sans se faire porter malade et sans avoir l'idée de consulter le médecin de la localité. Il ressentait surtout un très violent mal de tête, siégeant à la région frontale : il avait, dit-il, les paupières bouffies, les yeux rouges et gonflés. Toutefois, le samedi, il se fit porter malade en raison de la violence de la céphalée. Le dimanche 30 avril, un médecin vint et ordonna du sulfate de quinine. Les jours suivant l'état du malade fut le même avec prédominance de la céphalée et grande lassitude. Le mardi 2 mai nouvelle visite du médecin qui prescrit encore du sulfate de quinine et des lotions avec de l'eau phéniquée (on a fait quatre ou cinq de ces lotions). La nuit, délire loquace avec forte fièvre : on a dû le surveiller pour l'obliger à garder son lit qu'il voulait toujours quitter.

Le mercredi, 3 mai, le médecin prononce son évacuation d'urgence sur l'hôpital de Beauvais, pour y être isolé. Il arrive le soir même et, constatant l'éruption caractéristique, nous l'isolons à côté de B... Il est très affaibli mais possède toute son intelligence et reconstitue avec nous toute l'histoire de sa maladie.

Interrogé sur ses antécédents D... dit n'avoir jamais été malade auparavant sauf une bronchite, qu'il a eue étant au régiment en 1887 et pour laquelle il a été soigné quelques jours à l'infirmerie.

A nos questions posées dans le sens imposé par les prescriptions se rattachant à la maladie régnante, D... qui connaissait la situation et prenait d'ailleurs les précautions hygiéniques données par ses chefs, affirme ne point s'être trouvé en contact avec des typhiques connus, avant le moment où il est tombé malade. Il n'a jamais eu à arrêter ou à accompagner les vagabonds ou passagers quelconques et il se défend d'avoir pénétré dans une prison ou dans un dépôt quelconque. D'ailleurs la région de Chaumont a été jusqu'ici exempte du mal. Toutefois ses fonctions le mettant journellement en présence des étrangers de passage qui lui soumettaient leurs papiers pour les formalités du visa ou de l'examen, il a sûrement pu être ainsi en rapport avec des rouleurs et parmi ceux-ci, bien qu'aucun n'ait été, à Chaumont même, suspecté atteint de la maladie, quelques-uns devaient être des typhiques.

Jeudi 4 mai. — Ce qui frappe au premier abord, c'est l'aspect vultueux du visage et l'injection conjonctivale, en pinceau — caractères que presque tous les typhiques ont présenté — partant des bords de la cornée et se rendant en s'étalant en éventail aux angles des paupières ; c'est ensuite une éruption siégeant sur le thorax, l'abdomen et la face externe des membres. Cette éruption est absolument semblable à celle de la rougeole. Elle n'est pas très colorée, et disparaît sous la pression du doigt, mais il n'y en a pas trace au visage. L'état général est assez bon ; la céphalée initiale est bien calmée. Absence de symptômes abdominaux : le ventre est souple ; constipation depuis plusieurs jours : il ne va que par lavements ou purgatifs dont il a pris trois doses dans la semaine précédente. Ayant passé une nuit relativement bonne, il est moins abattu quoique très affaibli encore. Rien au cœur. Le pouls est plein, fort, régulier, aux environs de 100. Urines très chargées en couleur et peu abondantes, traces d'indican ; par la chaleur, léger nuage albumineux que l'acide nitrique accentue.



Vendredi 5. — L'éruption qui, hier soir, paraissait très atténuée, à tel point qu'on aurait pu la croire disparue et qu'elle laissait des doutes dans notre esprit, a maintenant changé de caractère ; l'éruption rubéolique a reparu, mais plus nette, ne s'effaçant pas sous la pression du doigt ; on distingue un certain nombre, assez restreint, de taches un peu plus grandes que les autres, d'une coloration plus foncée, lie de vin, et qui persistent ; elles sont nettement ecchymotiques, elles ressemblaient de tous points à celles qui se rencontraient alors si caractéristiques chez tous les malades civils réunis au lazaret.

L'état général lui-même est aujourd'hui plus caractéristique ; le malade est plus abattu : il a mal dormi la nuit dernière, son sommeil a été troublé par des cauchemars pénibles et il s'est levé à plusieurs reprises rejoignant du reste son lit aussitôt que l'infirmier le réveillait de son état somnolent. Il ne se plaint d'aucune douleur localisée : pas de céphalée, pas de douleurs intestinales, pas de constipation, selles normales ce matin, mais la langue est sèche et brunâtre au milieu,

recouverte d'un enduit blanc sur les bords, il éprouve un grand abattement et on sent, en lui touchant les bras, des soubresauts tendineux assez peu accentués mais très fréquents. Le malade a d'ailleurs une sorte de tremblement ou plutôt d'agitation presque continue des mains et des avant-bras; ses mouvements sont très peu étendus, mais néanmoins parfaitement nets. Le pouls est irrégulier et mou; le pinceau conjonctival semble s'effacer.

Prescriptions : toniques, lavements, bains tempérés de 26 à 20°, toutes les quatre heures et affusions froides sur la tête.

Samedi 6. — L'éruption maculeuse morbilliforme a de nouveau disparu; ne sont restées que les taches signalées comme nettement ecchymotiques et ne disparaissant pas à la pression. Ces taches, au nombre de cinq ou six seulement sur la partie antérieure du thorax et de l'abdomen, sont beaucoup plus nombreuses sur les parties latérales du tronc, où il reste d'ailleurs encore une légère teinte rose rappelant l'éruption signalée précédemment. Le malade n'est plus agité, le pouls est redevenu à peu près normal sinon comme fréquence du moins comme rythme; on n'observe plus d'aussi fréquents soubresauts tendineux.

A notre entrée dans la salle, le malade dormait; il s'est replongé dans son sommeil immédiatement après notre départ et le sommeil est relativement tranquille et calme, ce n'est que de loin en loin qu'il prononce des paroles incohérentes. Seule la température restant élevée nous décidons que le Brand sera rigoureusement suivi et le bain à 20° renouvelé toutes les trois heures.

Le malade est revu dans l'après-midi, l'état reste le même mais avec une rémission légère d'un certain nombre de symptômes, rémission d'ailleurs identique à celle que nous avions observée la veille. La température seule reste élevée (40°2) malgré les bains qui ne l'impressionnent que d'une façon très momentanée.

7, matin. — Même état sans aggravation, au contraire, sauf le facteur thermométrique qui, lui, ne paraît pas vouloir céder encore. On ajoute aux toniques des capsules de thérébentine et continuation de bains. Le soir pour la première fois nous constatons que chaque bain est suivi d'un notable abaissement de température et d'une période de calme qui se prolongent l'un et l'autre, pendant un certain temps. Il y a néphrite infectieuse, les urines sont franchement albumineuses à un gramme 50 par litre.

A minuit, l'abaissement de la température donné par le bain est plus notable encore et se maintient près de six quarts d'heure, alors le malade est calme et reposé.

8 mai. — Même état que la veille sans tendance à l'amélioration. Une selle spontanée. On a pu diminuer de deux bains dans la matinée.

9 mai. — Amélioration; avant le bain : 39°1. Léger météorisme abdominal, gargouillement spontané, pas de douleurs au palper. Persistance de quelques taches ecchymotiques, langue ligueuse et sèche, pouls légèrement dicrote et mou, il a bien dormi et se sent plus fort : dans la journée on n'a donné que trois bains, la température étant restée voisine de 39°.

10 mai. — Amélioration sensible; l'éruption a complètement disparu; le pouls reprend ses caractères normaux; le malade ne se plaint de rien que d'un peu d'abattement; l'abaissement de la température s'accentue; s'il se maintient, les bains seront abandonnés.

Les bains ont été supprimés, la température n'ayant pas touché 39°.

12 mai. — La température qui se maintient depuis la veille au-dessous de 38°, s'abaisse définitivement. La crise urinaire de deux à trois litres par jour s'est établie quarante-huit heures après la défervescence.

A partir de ce moment, la convalescence commence et suit son cours très activement; après quelques jours le malade se lève, l'appétit revient, la fatigue diminue et les forces augmentent avec une grande rapidité. Le 25 mai on peut considérer la guérison comme assurée, le malade se promenant toute la journée.

D... complètement guéri et sans avoir présenté aucun incident consécutif, quitte l'hôpital dans les premiers jours de juin.

(*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Un cas de sarcome volumineux du cerveau ayant débuté dans la substance blanche de la région frontale gauche, par GALAVIELLE et VILLARD (*Archives de Neurologie*, juillet 1895, n° 101, p. 1). — Un malade, âgé de trente-deux ans, sans antécédents héréditaires ou personnels, a présenté en 1893 des vomissements survenus sans cause appréciable, une céphalalgie localisée dans la partie gauche et antérieure du crâne et de la faiblesse. Peu de temps après il a présenté une diminution de l'acuité visuelle, une photophobie assez intense. Il avait aussi des bourdonnements dans l'oreille gauche. La plupart de ces phénomènes s'accentuèrent. Il survint ensuite une véritable boulimie. L'intelligence du malade commença à baisser, la mémoire s'affaiblit, ses paroles étaient incohérentes. Par l'examen du fond de l'œil on diagnostiqua une tumeur probable du cerveau et on institua un traitement approprié. L'année dernière, les forces diminuèrent rapidement; le malade restait couché la plus grande partie de la journée et l'appétit commença à diminuer. Le malade répondait quelques mots quand on le pressait vivement et ses paroles étaient un bredouillement vague et inintelligible. Le 12 mars 1894, survint une brusque aggravation dans son état. On constata ce jour-là que tout le côté droit était paralysé; de plus, il y avait une légère diminution de la sensibilité du même côté. La face ne présentait aucune paralysie, mais la tête était portée latéralement à gauche et restait toujours dans cette position. Quelques jours après il est mort. A l'autopsie on a trouvé un sarcome volumineux du cerveau développé primitivement dans la substance blanche de la corne antérieure de l'hémisphère gauche et situé au-devant du sillon de Rolando. La tumeur déterminait une déformation très prononcée des circonvolutions cérébrales. Les circonvolutions du lobe frontal sont étalées, élargies par suite de la compression. La pariétale ascendante participe un peu à cet élargissement. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un sarcome fasciculé dont les faisceaux sont enchevêtrés dans toutes les directions. D'après la statistique d'Allen Starr, sur trois cents cas de tumeur du cerveau, il a trouvé trente-quatre cas de sarcome.

La gliose dans l'épilepsie (Die Gliose bei Epilepsie), par BLEULER (*Münch. med. Woch.*, 13 août 1895, n° 33, p. 769). — L'auteur a examiné dans vingt-six cas le cerveau d'épileptiques dans le but de contrôler les recherches de Chaslin. Les cerveaux ont été durcis dans la liqueur de Müller. Il a employé la méthode de M. Malassez mais sans aucun succès. Par contre, la fixation des coupes par une solution d'acide osmique et coloration ultérieure avec le carmin lui aurait donné de bons résultats. Dans ces recherches il ne s'est occupé que de la prolifération névroglique sous-piale qu'il a retrouvée dans tous les cas examinés. Toute la surface de l'écorce cérébrale présente une pareille gliose. Dans la région olivaire, les olives, contrairement à Chaslin, ne sont pas affectées. Tous les malades avaient présenté pendant la vie de la démence épileptique et le degré des lésions qu'il a trouvées serait plutôt en rapport avec la démence qu'avec le degré de la maladie. Il ne peut pas affirmer l'influence des attaques sur cette lésion. Des lésions semblables plus ou moins prononcées qu'il a trouvées dans cinq cas d'idiotie dans trois cas de paralysie générale, dans trois cas de paranoia, dans trois cas de démence sénile ne présentaient pas cependant la régularité de la gliose chez les épileptiques. Les cellules névrogliques de la surface corticale n'étaient pas multipliées, mais assez souvent pigmentées. Il a trouvé aussi des lésions des cellules nerveuses sans pouvoir affirmer cependant la valeur de ces lésions. Dans certains cas il a trouvé des lésions vasculaires. Le rapport de la gliose avec les attaques est difficile à résoudre et les lésions anatomiques, par conséquent, peuvent aussi bien être consécutives que concomitantes aux phénomènes cliniques.

Comme tous ces épileptiques ont été malades pendant longtemps et sont devenus déments ensuite, il est difficile

d'affirmer que les lésions anatomiques aient commencé avec les attaques; toutefois, l'auteur admet comme possible que ces lésions se soient développées parallèlement à l'épilepsie.

Nous ne croyons pas que ces lésions qui ont été retrouvées après Chaslin, par Blocq et Marinesco, soient la vraie cause de l'épilepsie. Du reste, M. Chaslin, en employant le mot de sclérose névroglique pure, avait voulu admettre qu'il s'agit de lésions primitives de la névroglie, chose qui n'est nullement démontrée à notre avis.

MÉDECINE

Septicémies médicales (Beitræge zur Lehre von den septischem Erkrankungen), par Dennig (*Deut. Arch. f. klin. Med.* 1895, vol. LIV, p. 367). — L'auteur a réuni dans son travail cinq observations de septicémies médicales à évolution chronique, consécutives soit à une maladie infectieuse (endocardite, erysipèle) soit à un foyer de suppuration, point de départ de la septicémie. Ces observations lui servent à tracer le tableau clinique type de la septicémie dite médicale.

Les phénomènes généraux sont toujours très accusés: l'affaiblissement et la consomption surviennent de bonne heure, la fièvre est constante, mais très irrégulière, tantôt continue, tantôt rémittente ou intermittente, tantôt élevée, tantôt dépassant de très peu la température normale. Les malades pâlissent, s'anémient à vue d'œil et l'examen du sang fait voir une augmentation des leucocytes et une diminution des hématies.

Du côté de l'appareil circulatoire on trouve un pouls petit, dépressible, quelquefois filiforme, toujours irrégulier, fréquent ou bien très ralenti et pouvant alors descendre à trente-six battements par minute. Le cœur est souvent atteint dans tous ses éléments et à l'autopsie on trouve fréquemment une véritable pancardite. L'endocardite est, pour ainsi dire, la règle dans ces cas, mais à côté de cette endocardite, on trouve encore de la myocardite parenchymateuse avec abcès du cœur. Cliniquement, les bruits du cœur sont faibles, voilés, mal frappés, couverts souvent par des souffles. Subjectivement, les malades se plaignent d'angoisse précordiale, de palpitations, de douleurs, etc.

Presque toujours les os et les articulations sont pris en même temps. Il existe des douleurs osseuses et articulaires mobiles, mais souvent aussi localisées et s'accompagnant alors de tuméfaction des parties et de rougeur avec œdème de la peau sus-jacente; dans les cas graves, il peut même survenir de la suppuration avec nécrose.

La peau et les muqueuses visibles sont le siège des éruptions vésiculeuses ou des érythèmes variables comme aspect et comme étendue. Le tissu cellulaire sous-cutané suppure quelquefois. Les myosites et les abcès intra musculaires ne sont pas rares. Les muscles pris sont tuméfiés et douloureux.

Les séreuses, plèvre, péricarde, endocarde, péritoine, sont toujours atteintes et les lésions qu'elles présentent vont de la simple inflammation à la suppuration étendue. Souvent le processus est souvent localisé à une partie de la séreuse.

Du côté de l'appareil respiratoire, on trouve de la bronchite, de la congestion, des abcès miliaires intra-parenchymateux.

La rate est toujours tuméfiée et s'accompagne de péri-splénite qui à l'auscultation se manifeste par un frottement synchrone aux mouvements respiratoires. Le foie est atteint plus rarement; quelques malades se plaignent de douleurs hépatiques, l'ictère s'observe quelquefois chez d'autres.

Les reins sont fréquemment pris sous forme de néphrite parenchymateuse avec infarctus et abcès miliaire. La diurèse est très diminuée, l'albuminurie la règle.

Les phénomènes du côté de l'appareil digestif sont constitués par les nausées, les vomissements, l'inappétence, les diarrhées profuses alternant avec de la constipation.

La participation du système nerveux central se manifeste par des névralgies, des paralysies des nerfs crâniens, des troubles de la parole, des parésies, des hémiplégies, etc., troubles fonctionnels attribuables à l'action des toxines.

La marche de la septicémie médicale est très variable. A côté des cas graves et presque toujours mortels, on observe d'autres légers où les symptômes indiqués plus haut sont seulement ébauchés. Le pronostic est donc toujours très réservé.

Le traitement doit comprendre avant tout l'évacuation ou la stérilisation du foyer supposé d'infection. Le repos absolu est de la plus grande importance. Pour le reste, le traitement est surtout symptomatique.

CHIRURGIE

Etude sur la paramucine des kystomes ovariques (Ueber das Paramucin), par Mitjukoff. (*Arch. f. Gynæk*, 1895, vol. XLIX p. 278). — Le contenu d'un kystome examiné par l'auteur, se composait d'une masse gélatineuse jaune, dont il a été possible d'extraire une substance particulière. Cette substance différait de la paralbumine ordinaire et de la pseudomucine d'Hammarsten, par le pouvoir de réduire directement l'oxyde de cuivre en solution alcaline, sans ébullition préalable avec un acide étendu. Pour distinguer cette substance d'autres substances appartenant au groupe des paralbumines, elle a été désignée par l'auteur sous le nom de paramucine.

La paramucine, étudiée par l'auteur, avait le pouvoir de se combiner avec l'acide chlorhydrique. Si on portait à l'ébullition un mélange composé d'une partie de paramucine, d'une partie d'acide chlorhydrique et d'une partie d'eau, la paramucine était détruite, en même temps qu'il se formait un précipité terreux abondant.

Dans les alcalis étendus, la paramucine se gonfle et finit par se dissoudre progressivement. A la suite de la décomposition de l'hydrate de carbone mis en liberté, le liquide prend une coloration jaune ou brunâtre.

En se décomposant sous l'influence des alcalis, la paramucine donne naissance à un albuminate, à une albuminose et à un hydrate de carbone. En contact avec l'alcool méthylique et l'alcool éthylique additionnés d'acide chlorhydrique, cet hydrate de carbone perd rapidement son pouvoir réducteur probablement par la formation d'une substance analogue à l'alcool-glucoside de Fischer. Sous l'influence de l'ébullition avec de l'acide chlorhydrique dilué, il récupère son pouvoir réducteur. Cet hydrate de carbone n'est pas nus glycose.

Entérokystome de la région sacrée (Ein Fall von Darmcyste in der Sacralregion), par Kuzmik (*Deut. Zeitschr. f. Chir.*, 1895, vol. XLI, p. 199). — Observation d'une jeune fille de dix-sept ans, entrée à la clinique pour une tumeur congénitale du sacrum, ayant toutes les apparences d'un spina bifida ne communiquant plus avec le canal vertébral. La tumeur des dimensions d'un poing d'enfant, occupait la région sacrée, empiétait sur la fesse droite et présentait, à côté de plusieurs cicatrices, deux orifices fistuleux d'où sortait un liquide trouble, légèrement sanguinolent et fétide.

Pendant l'opération on fut tout surpris de constater que la tumeur était formée par un kyste rempli de matières fécales liquides et dont la paroi interne avait l'aspect caractéristique de la muqueuse intestinale. Comme il n'existait aucune communication entre le kyste et l'intestin, la tumeur fut extirpée. L'examen microscopique montra que la paroi interne avait la structure classique de la muqueuse de l'intestin.

La malade guérit sans complications.

Quant à l'origine de ce kyste, l'auteur croit pouvoir l'attribuer à l'occlusion tardive de l'intestin normalement situé et normalement développé.

BIBLIOGRAPHIE

Traité clinique des maladies du cœur chez les enfants, par E. Weill, professeur agrégé à la Faculté de médecine et médecin des hôpitaux de Lyon. O. Doin, 1895.

M. E. Weill, chargé du cours complémentaire des maladies des enfants, a réuni en un volume une série de leçons cliniques où il exposait en 1894 les maladies du cœur. Cette partie de la pathologie de l'enfance est généralement assez écourtée dans les traités classiques et cependant on les rencontre souvent dans la pratique. Le livre s'ouvre par un chapitre sur l'anatomie et la physiologie du cœur de l'enfant où l'auteur a groupé une foule de renseignements précis qui

se trouvaient jusqu'ici éparpillés dans de nombreux traités spéciaux. La circulation de l'enfant est caractérisée par sa rapidité, sa faible tension, le pouls accéléré variable et le développement imparfait de l'appareil nerveux modérateur; le cœur offre chez l'enfant une résistance considérable, parce que son irrigation propre est assurée par des coronaires intactes. Très clairs sont les chapitres qui exposent la technique de l'examen du cœur. A propos du diagnostic des souffles extra-cardiaques, M. Weill pense qu'il est toujours facile de les reconnaître chez l'enfant à cause de la souplesse de la paroi thoracique qui permet en pressant avec force le stéthoscope contre elle de les éteindre. Dans la première enfance et jusqu'à quatre ans, ces bruits extra-cardiaques sont exceptionnels et par conséquent on accordera à cet âge de l'importance à tout souffle de la région précordiale. Signalons deux excellents chapitres sur la péricardite et la symphyse du péricarde. Les chapitres suivants traitent des endocardites aiguës, avec une étude à part pour l'endocardite maligne, de l'endocardite chronique et de la marche des lésions orificielles isolées ou combinées; tout ce qui a été écrit sur la maladie bleue est exactement résumé dans le chapitre VIII, y compris les plus récentes recherches sur l'hyperglobulie permanente. L'hypertrophie et la dilatation du cœur sont étudiées dans le chapitre IX et le dernier est consacré aux myocardites, sur lesquelles les traités de pathologie infantile ne se sont guère étendus jusqu'à ce jour. Remercions l'auteur d'avoir publié ces leçons dont la lecture sera profitable à tous les médecins et félicitons la Faculté de Lyon de posséder des maîtres comme M. Weill.

Etudes sur les affections congénitales du cœur, par le Dr E. Thérémin, ancien médecin en chef de la maison des Enfants-Trouvés à Saint-Pétersbourg. Paris, Asselin et Houzeau, atlas et texte 1895.

Voici un de ces livres de science pure qui sont destinés à rendre plus de services aux travailleurs et d'honneur à l'auteur qu'ils ne rapporteront peut-être de profit à l'éditeur, car ils ne sont guère destinés qu'à un public d'élite et restreint. M. Thérémin a patiemment mesuré et dessiné (plusieurs fois, sous différents aspects extérieurs et intérieurs) tous les cœurs atteints d'affections congénitales qui ont été recueillis à la maison des Enfants-Trouvés de Saint-Pétersbourg pendant qu'il y était prosecteur et sous les prosectorats de son prédécesseur, M. Rouchfuss, et de son successeur, M. Werner. Ce travail considérable a produit un atlas de vingt-sept planches, contenant deux cent quarante-cinq dessins faits avec l'appareil de Lucae, de cent six observations très minutieusement prises. On y trouve représentées toutes les affections congénitales connues sous les rubriques suivantes : sténoses de l'isthme de l'aorte, transpositions de l'aorte et de l'artère pulmonaire, sténoses et atrésies de l'artère pulmonaire, sténoses et atrésies de l'aorte, tronc artériel commun, absence des cloisons des ventricules et des oreillettes, anomalies des veines pulmonaires et des valvules semi-lunaires, atrésies de l'orifice ventriculaire. Il est, on le conçoit, impossible d'analyser une œuvre de ce genre; c'est un vaste catalogue illustré qu'il sera indispensable de consulter chaque fois qu'on voudra classer un nouveau cas d'affections congénitales du cœur. Nous devons de la reconnaissance à M. Thérémin d'avoir mené à bien un travail si long et si ingrat, mais d'une utilité incontestable.

P. Le Gendre.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Le traitement de la coxalgie, par le Dr F. Calot (Berck-sur-Mer), avec 41 figures en photogravure. Paris, G. Masson, 1895.

L'auteur possède, à l'hôpital Rothschild, un vaste champ d'expérience, et par la méthode de traitement qu'il a adoptée pour cette maladie malheureusement si fréquente, il semble obtenir de bons résultats. Mais il nous paraît faire trop bon marché de ce que font ses collègues en pédiatrie, et de plus, on croirait volontiers, à lire son livre, qu'il a profondément rénové le traitement de la coxalgie, ce qui est plus apparent que réel. Quoi qu'il en pense, on peut considérer l'extension continue comme la méthode de choix sans avoir pour but exclusif de flatter M. le professeur Lannelongue. Le demi-caleçon plâtré est un bon appareil, préconisé d'ailleurs par bien des auteurs, mais il a des inconvénients. D'ordinaire, le redressement brusque (procédé bien ancien) permet de corriger les attitudes vicieuses: mais de là à prescrire l'ostéotomie, il y a loin. M. Calot a écrit un livre intéressant à bien des égards, mais peut-être eût-il mieux fait d'être moins absolu : cela lui viendra sans doute avec l'âge.

Chirurgie de l'urèthre, de la vessie, de la prostate. Indications, manuel opératoire, par V. Rochet, chirurgien de l'Antiquaille, professeur agrégé à la Faculté de Lyon. Un vol. in-16. Paris, 1895. Steinheil, éditeur.

Ce petit livre, écrit clairement et pensé avec sagacité, n'a nullement la prétention d'être un traité à l'usage des chirurgiens de profession. C'est un manuel fort utile pour les étudiants, et surtout pour les praticiens qui y trouveront un résumé thérapeutique très précis sur les diverses maladies de l'urèthre, de la vessie et de la prostate. Il faut louer M. Rochet d'avoir su mener à bien cette œuvre de vulgarisation élémentaire.

Thèses des Facultés.

Du pronostic dans la présentation du sommet l enfant étant né viable, par Philippe Sifflet.

Il nous paraît important, afin d'arriver à des conclusions exactes sur le pronostic réel dans la présentation du sommet, de ne prendre que les enfants qui, à la naissance, ne présentaient aucune malformation incompatible avec l'existence, et qui ne sont morts ni du fait du travail, ni du fait d'une intervention ou d'une complication de l'accouchement.

Nous aurons donc, en nous basant sur les 7,945 enfants qui se sont présentés par le sommet, la mortalité expurgée suivante :

Sur 7,945 enfants il en est mort 150 soit pendant le travail, soit après la naissance ; nous avons donc la proportion de 1,89 0/0.

Et sur ces 150 enfants, 69 sont morts pendant le travail, ce qui nous donne une mortalité de 0,87 0/0.

Et 81 enfants ont succombé après la naissance, ce qui nous donne un chiffre de 1,02 0/0.

De la scoliose au point de vue obstétrical, par René Patay.

1° La *scoliose*, qui est le plus souvent d'origine rachitique, se joint au *rachitisme* pour déformer le bassin.

Il en résulte : que le *bassin est rétréci* asymétriquement au détroit supérieur, symétriquement dans l'excavation, asymétriquement au détroit inférieur.

La scoliose fait en effet saillir le promontoire du côté de la convexité de la courbure lombaire (les autres cas ne sont que de très rares exceptions), écrase l'aileron sacré et l'empêche de se développer de ce côté.

Le membre inférieur du même côté déprime en dedans et en haut la partie supérieure de la cavité cotyloïde qui déforme le *détroit supérieur* en avant, et du côté gauche ordinairement (de par la situation plus fréquente de la scoliose lombaire à gauche).

Le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur est donc toujours diminué.

L'oblique gauche le plus souvent.

Dans l'*excavation*, le bassin n'est déformé que par le rachitisme.

Au détroit inférieur l'ischion du côté de la scoliose lombaire est déjeté en dehors et le diamètre oblique y aboutissant agrandi par rapport à l'autre.

2° Le *bassin cypho-scoliotique* semble plus favorable à l'accouchement, il tend à prendre la forme d'entonnoir.

4° On doit, chez les scoliotiques et cyphoscoliotiques, *examiner le bassin avec le plus grand soin* et réserver auparavant son pronostic même chez les femmes qui ne présentent, comme signe de rachitisme, que la déformation rachidienne.

4° *La grossesse peut être gravement entravée*, chez les scoliotiques et cyphoscoliotiques, par la compression des organes dans un tronc diminué de hauteur, et *surtout par les troubles circulatoires et respiratoires* qui en résultent.

5° L'*accouchement* peut être impossible à terme chez les scoliotiques : il est souvent plus facile chez les cyphoscoliotiques.

6° Chez ces femmes, on ne doit pas préconiser l'expectation et repousser par conséquent l'opération césarienne et la symphyséotomie, l'*intervention obstétricale la plus simple est la meilleure, surtout chez les scoliotiques et cyphoscoliotiques.*

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

QUARANTE-DEUXIÈME ANNÉE N° 42 19 OCTOBRE 1895

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

REVUE GÉNÉRALE

Le rôle du traumatisme dans l'étiologie des affections organiques du cœur.

On a l'habitude, quand il s'agit des affections organiques du cœur, d'envisager, au point de vue étiologique, en premier lieu le rhumatisme articulaire aigu, en second lieu les maladies infectieuses générales. Rarement on pense à l'origine traumatique d'une myocardite ou d'une endocardite, et quand même le malade ferait dater son affection cardiaque d'un traumatisme, le médecin passe ordinairement sur cette affirmation sans y attacher une grande importance.

Les affections organiques du cœur d'origine traumatique, du moins celles que le médecin peut rencontrer, sont en effet très rares. D'habitude, les grands traumatismes avec retentissement sur le thorax et les viscères thoraciques, ou les contusions violentes du thorax avec lésions du cœur, se terminent rapidement par la mort et à l'autopsie la lésion du cœur disparaît parmi celles bien plus graves d'autres organes. Il existe pourtant des cas où le malade survit au traumatisme et voit se développer, plus ou moins longtemps après l'accident, tous les signes d'une affection du cœur. Les affections de ce genre consignées dans quelques journaux et mémoires, ont été récemment réunies et soumises à une critique judicieuse par L. Heidenhain (1) qui a eu personnellement l'occasion d'observer un cas d'insuffisance avec sténose des orifices aortique et mitral d'origine traumatique. Ces faits nous ont paru assez intéressants pour attirer sur eux l'attention de nos lecteurs.

I

Dans les observations en question il s'agit le plus souvent des contusions graves du thorax consécutives soit à une chute d'un corps volumineux et pesant sur le thorax, soit à un coup (coup de brancard, de tampon), soit à une chute d'une certaine hauteur, le thorax portant contre un corps dur. Or, il est à remarquer que dans tous ces cas les lésions graves, mortelles du cœur sont infiniment plus fréquentes que les lésions légères. Si l'on prend la statistique de Fischer (1) on trouve sur soixante-seize cas de ce genre soixante-neuf déchirures complètes du cœur avec mort rapide, et sept guérisons où d'après les phénomènes cliniques on pouvait admettre l'existence d'une lésion du péricarde, peut-être encore du cœur (dans un cas). Les cinquante-trois cas réunis par Schuster (2) se sont tous terminés par la mort à très bref délai; à l'autopsie on trouva des déchirures multiples du cœur et des gros vaisseaux.

Quelquefois pourtant, dans les « grands traumatismes » avec des lésions viscérales considérables on trouve le cœur touché faiblement. Fischer a publié un cas où, à l'autopsie d'un homme de soixante-six ans ayant succombé à l'amputation du fémur pour fracture consécutive à une chute, on trouva le péricarde et le cœur couverts d'ecchymoses et la paroi gauche du cœur présentant une fente peu profonde, non pénétrante, longue de deux pouces et large de trois quarts. Il cite encore les cas analogues de Morel-Lavallée et de Markham où à l'autopsie on trouva une fente superficielle au niveau du ventricule gauche dans un cas, une contusion de la paroi gauche du cœur dans l'autre. Schuster rapporte également dans son mémoire l'observation d'un enfant qui, piétiné par une vache, succomba dix-neuf heures après l'accident. A l'autopsie, à côté d'autres lésions (il n'y avait pas de fractures des côtes, pas plus que dans les trois cas précédents) on trouva une déchirure de la paroi antérieure du ventricule gauche. La déchirure qui pouvait bien loger un haricot, était fermée par un caillot solide; elle communiquait avec la cavité ventriculaire et était recouverte par le feuillet viscéral intact du péricarde.

Dans les six cas réunis par Reubold (3), où il s'agit encore de mort rapide après des traumatismes graves et étendus, les lésions du cœur, trouvées à l'autopsie, étaient aussi relativement minimes : tantôt il s'agissait des ecchymoses péricardiques avec suffusions sanguines dans le myocarde, tantôt des fissures superficielles des parois du cœur, tantôt des déchirures partielles des fibres du myocarde. Dans le premier cas de Rose (4) (mort qua-

(1) Prof. Dr L. HEIDENHAIN, Ueber die Entstehung von organischen Herzfehlern durch Quetschung der Herzens, in *Deut. Zeitsch. f. chir.*, 1895, vol XLI, fasc. 4 et 5, p. 286. Le lecteur trouvera dans ce mémoire la bibliographie complète de la question.

(1) *Arch. f. klin. chir.*, vol. IX, p. 571.
(2) *Zeitschr. f. Heilk.*, 1880, p. 417.
(3) *Blatter f. gerichtl. Med.*, 1890, vol. XLI, p. 285.
(4) *Deut. Zeitschr. f. Chir.*, vol. XX, p. 319.

rante-huit heures après l'accident), on trouva un foyer de contusion avec fibres broyées à la pointe du cœur, dans le second, une déchirure longitudinale, non pénétrante, au voisinage du bord gauche du cœur, au niveau des vaisseaux coronaires.

Les lésions du cœur que nous venons de relever dans les observations, ne sont pas mortelles et peuvent se terminer par la guérison, c'est-à-dire qu'elles sont compatibles avec la vie. On peut donc se figurer assez facilement l'existence des contusions localisées à la cage thoracique et donnant lieu à des lésions non mortelles du myocarde. Ces lésions vont naturellement évoluer vers une myocardite, et cette myocardite pourrait dès lors se manifester par des symptômes cliniques appréciables.

A l'appui de cette hypothèse, Heidenhain cite une observation publiée récemment par Hochhaus (1), laquelle observation montre que les choses peuvent en effet se passer de cette façon.

Voici brièvement cette observation. Un homme de quarante-trois ans, vigoureux et ordinairement bien portant, ouvrier de campagne, fait le 15 juin 1889, une chute d'une voiture et tombe par terre le côté gauche du thorax portant contre une planche. Il se fait une fracture de plusieurs côtes, assez loin encore du cœur, et reste au lit pendant cinq semaines. Il quitte l'hôpital en se plaignant de l'oppression et des douleurs dans le dos et la poitrine, et comme ces symptômes augmentent chaque fois qu'il essaie de travailler, le malade retourne à l'hôpital le 12 novembre 1889. L'examen fait à ce moment permet de trouver tous les signes physiques et fonctionnels d'emphysème et de myocardite chronique. Amélioration sous l'influence d'un traitement approprié, et le malade peut quitter l'hôpital un mois après son entrée. Il revient en juin 1890 et à l'examen on trouve tous les signes des troubles de compensation d'une affection cardiaque : pouls fréquent et irrégulier, bruits du cœur faibles et peu nets, dyspnée, œdème des membres inférieurs; de plus emphysème pulmonaire.

Pour Hochhaus nul doute que la myocardite en question ne doive être attribuée au traumatisme antérieur du thorax. « Il existe dans ce cas, dit-il, un rapport causal indéniable entre le traumatisme et le développement ultérieur d'une affection du cœur. Avant l'accident le malade a toujours été bien portant, n'a jamais eu de dyspnée et pouvait travailler aux champs, sans éprouver de fatigue. Tout au plus pouvait-on conclure, de la conformation particulière du thorax, à l'existence antérieure d'un léger emphysème qui a dû naturellement aggraver la situation créée par le traumatisme. Aussi, l'affection du cœur doit chez ce malade être considérée comme la conséquence de l'ébranlement violent du thorax. »

L'observation de Hochhaus de même que les faits relevés à l'autopsie et rapportés plus haut, montrent la possibilité des myocardites traumatiques. Rose (2) qui s'est beaucoup occupé des traumatismes du cœur, a même essayé de tracer les grandes lignes du tableau clinique et d'en déduire le diagnostic de ces myocardites. Ce diagnostic est toujours difficile.

« Quelquefois, dit-il, on peut soupçonner l'existence d'une lésion du cœur, quand il existe une *plaie* dans la région ou au voisinage de la région précordiale, quand on trouve des symptômes indiquant une fracture au niveau de cette région. Mais la situation est bien plus difficile, quand on ne trouve pas de plaie. Nous ne possédons aucun signe direct permettant d'affirmer l'existence d'une lésion du péricarde ou du cœur. Si l'on se rapporte aux données des autopsies, on peut supposer que les fibres musculaires déchirées, se rétractent et que par le fait de ces rétractions, et des dépôts qui se forment à la surface des plaies, il doit en venir à la formation des inégalités, des rugosités, pouvant exercer une influence du moins temporaire sur les contractions du cœur. L'hémorrhagie immédiate et les sécrétions des plaies doivent augmenter le contenu du péricarde. Des accolements, des adhérences, des rétractions cicatriciels retentiront ultérieurement sur la force des contractions du cœur, sur le mécanisme de ses valvules, sur le caractère de ses bruits, et ceci en absence des troubles sérieux de circulation. On peut donc s'attendre à voir survenir dans ces cas des modifications du pouls, de la matité cardiaque et des bruits du cœur.

» Souvent en effet, on trouve dans ces cas, des bruits anormaux que l'on est alors tenté d'attribuer au traumatisme, à la myo-péricardite passagère, et ceci d'autant plus que ces bruits sont souvent passagers et disparaissent après la cicatrisation des pertes de substances ou après l'établissement des adhérences. Dans quelques cas on trouve une grande fréquence des bruits du cœur, qui ne s'explique nullement par l'état général du malade, quelquefois un pouls mou et irrégulier avec un cœur battant faiblement. D'autres fois encore, à ces signes s'ajoute une dyspnée difficilement explicable. »

(1) *Deut. Arch. f. klin. Med.*, vol. LI, p. 10.
(2) *Loc. cit.* p. 387.

II

A côté des myocardites, les contusions du thorax ou les traumatismes avec ébranlement violent du thorax et de ses viscères, peuvent encore provoquer des lésions valvulaires du cœur. Parmi ces lésions les plus fréquentes sont les arrachements partiels ou totaux des valvules du cœur.

Les expériences sur le cadavre, que Barié (1) a rapportée dans son mémoire, un des meilleurs et des plus complets sur la question, ne laissent aucun doute sur la possibilité de telles lésions à la suite des contusions violentes de la cage thoracique.

Barié procédait dans ses expériences de la facon suivante. Dans une première série, le système vasculaire du cadavre étant rempli d'eau sous une certaine pression, on faisait tomber sur une planchette appliquée contre la partie supérieure du thorax, un marteau d'un poids de cinquante livres. Sur cinq expériences de ce genre, c'est-à-dire sur cinq cadavres traités de cette façon, on produisit dans deux une déchirure des valvules aortiques, les autres parties du cœur restant relativement intactes. Dans la seconde série d'expériences, on frappait, avec le marteau sur la partie supérieure du thorax des cadavres recouverts d'une couche épaisse de terre glaise afin de distribuer uniformément la pression. Trois expériences de ce genre ont toutes donné le même résultat, à savoir la production d'une déchirure des valvules aortiques.

La déchirure des valvules a été encore fréquemment constatée à l'autopsie des individus ayant rapidement succombé après de grandes traumatismes. Les mémoires de Fischer, de Schuster contiennent des exemples de ce genre. Ces faits viennent donc aussi à l'appui de la possibilité de ces lésions après des traumatismes, et en même temps, ils font entrevoir la possibilité de ces mêmes lésions après les traumatismes non immédiatement mortels ou compatibles avec la vie.

L. Heidenhain (2) qui a réuni dans son mémoire dix sept cas de déchirure des valvules, après traumatisme, trouvés dans la littérature, arrive à conclure que quatre

(1) *Revue de Médecine*, 1881.
(2) *Loc. cit.*

seulement d'entre eux sont absolument certains, et deux probables. Ces six observations se trouvent toutes dans le mémoire de Barié (1). Quant aux autres, Heidenhain les considère comme incertains au point de vue du rôle du traumatisme, soit que la lésion cardiaque se déclarât trop longtemps après l'accident, soit qu'à côté du traumatisme on puisse encore songer aux effets de l'exagération brusque de la tension sanguine, sous l'influence de l'effort.

Les quatre observations que Heidenhain considère comme certaines sont en effet très démonstratives au point de vue du rôle étiologique du traumatisme.

Dans la première, rapportée par Barié (2), il s'agit d'un homme de quarante-cinq ans, ouvrier, ordinairement bien portant qui fait une chute d'une hauteur de cinq mètres, le côté gauche du thorax portant contre le sol dur, pierreux. Pendant onze jours le malade qui ne s'est pas fait de fracture des côtes, garde la chambre, sans éprouver de symptômes particuliers. Au douzième jour, il est pris de palpitations violentes avec douleurs précordiales. Son état ne faisant que s'aggraver, le malade rentre au bout de deux mois dans le service de Delpech où l'on diagnostique une insuffisance aortique. Sous l'influence du traitement les accidents (œdème, dyspnée, bronchite, etc.) disparaissent et le malade peut quitter l'hôpital au bout de quelque temps. Huit jours plus tard les accidents reparaissent, et le malade rentre dans le service de Potain où l'on retrouve tous les signes physiques et fonctionnels de l'insuffisance aortique.

Très analogue à la précédente est l'observation de Burney Yeo (3), où il s'agit d'un homme de quarante-cinq ans ordinairement bien portant à part quelques douleurs rhumatismales qui survenaient de temps en temps. Un jour il glisse d'un escalier, tombe assez grièvement, mais peut se relever et continuer son chemin. Quelques jours après l'accident il commence à se sentir mal en même temps qu'il s'aperçoit de l'existence dans sa poitrine, d'un bruit assez fort pour l'empêcher de dormir. Il va trouver M. Yeo qui à l'auscultation trouve un souffle couvrant les bruits du cœur et s'entendant à distance. Les signes fonctionnels avec troubles de compensation n'apparurent qu'au bout de plusieurs mois.

A l'autopsie de ce malade, mort subitement quelque temps après, on trouva une hypertrophie notable avec commencement de dégénérescence graisseuse du cœur. La valvule antérieure droite et la valvule postérieure de l'orifice aortique étaient déchirées et séparées de leurs insertions sur une étendue de six à sept millimètres.

Cette observation serait des plus probantes s'il n'y était pas fait mention des douleurs rhumatismales auquel le malade était sujet de temps en temps. Cette restriction n'existe pas dans l'observation de Legendre (4).

Le cas de Legendre se rapporte à un individu qui entre à l'hôpital pour une fracture des côtes consécutive à la compression du thorax et accompagnée d'une dyspnée violente. A l'examen, on trouve une matité des poumons et, au cœur, un souffle qui couvre les deux bruits. Malgré la saignée et l'administration de digitale, les phénomènes dyspnéiques augmentent et le malade succombe. A l'autopsie on trouve les deux plèvres remplies de liquide et, dans le ventricule gauche, un muscle papillaire volumineux dont les fibres tendineuses s'inséraient à la valvule postérieure de la mitrale, complètement déchiré et tordu sur son axe.

(1) *Loc. cit.*
(2) *Loc. cit.*
(3) *Med. Times and Gazet.* 1878, p. 180, cité par Barié.
(4) *Loc. cit.* cité par Barié.

Cette observation peut servir d'exemple typique d'une affection valvulaire d'origine traumatique.

Le dernier cas — insuffisance australe d'origine traumatique, — n'est pas moins probant que le précédent. Il a été observé par Barié chez une femme dont voici brièvement l'histoire.

Femme de soixante six ans. En 1872, rhumatisme articulaire aigu qui a duré deux mois. En 1878, nouvel accès qui dure six semaines, et depuis cette époque, oppression habituelle qui augmente à l'occasion de la moindre fatigue. En 1880, palpitations, toux tenace, léger œdème des jambes. Un médecin appelé auprès de la malade diagnostique une affection du cœur.

La malade entre à l'hôpital le 12 avril 1888. Le 23 mars elle glissa dans l'escalier, se cogna le côté gauche du thorax et perdit connaissance. Lorsqu'elle reprit connaissance, elle eut un crachement de sang qui a duré dix minutes environ.

A l'examen de la malade on trouve un œdème notable des jambes, dyspnée violente avec cyanose de la face et des extrémités, un pouls petit, filiforme, irrégulier, etc. Mort huit jours après l'entrée à l'hôpital.

A l'autopsie on trouva le cœur non hypertrophié, ses cavités petites, les parois du ventricule gauche légèrement épaisses. En faisant couler de l'eau dans l'orifice mitral, il était facile de constater que la valvule postérieure de la mitrale légèrement épaissie et blanchâtre, ne s'appliquait pas exactement contre la valvule antérieure, mais flottait librement dans l'eau, grâce à une déchirure de quatre de ses tendons. Les tendons déchirés étaient amincis, mais ne présentaient pas trace de lésions inflammatoires. Les valvules de l'origine aortique et de la tricuspide étaient normales.

Ces quatre observations n'exigent aucun commentaire et montrent, aussi clairement que possible, le rôle du traumatisme dans la production des lésions valvulaires.

De ces observations on peut en rapprocher une autre — un cas d'anévrysme disséquant de l'aorte d'origine traumatique — publiée par Schnabel et reproduite dans le mémoire de Schuster (1). Il s'agit là d'un ouvrier de quarante-trois ans qui est jeté par terre par un coup de brancard d'une voiture dans la poitrine. Il n'éprouve rien de particulier au moment de l'accident, mais quinze jours après, en descendant l'escalier avec une lourde charge sur le dos, il est pris brusquement d'une douleur violente à l'épigastre, qui le jette pour ainsi dire par terre. Il est amené à l'hôpital où à l'examen on ne trouve rien de particulier, si ce n'est un pouls un peu faible, petit. Mais le lendemain la situation s'aggrave brusquement: les traits se tirent, les extrémités se cyanosent et se refroidissent, et le malade succombe dans le collapsus.

A l'autopsie on trouve à côté des hémorrhagies multiples dans le péricarde, l'endocarde et le myocarde, une déchirure horizontale des tuniques interne et moyenne de l'aorte, commençant à deux pouces de l'origine du vaisseau et se continuant sur une étendue de un pouce trois quarts. Cette déchirure conduisait dans une petite cavité anévrysmale formée par le décollement de la tunique externe de l'aorte, et remplie de caillots récents.

Dans ce cas, le traumatisme eut donc pour résultat d'amener une déchirure de l'aorte et des hémorrhagies multiples dans le cœur et ses enveloppes. Pendant quinze jours le malade a pu vaquer à ses occupations pénibles, et n'a succombé qu'au développement suraigu d'un anévrysme disséquant de l'aorte, dû à l'effort.

III

Dans les observations rapportées plus haut, le trauma-

(1) *Loc. cit.*

tisme avait produit des déchirures ou des arrachements partiels des valvules et donné lieu aux phénomènes cliniques de l'insuffisance des orifices correspondants. Dans d'autres cas, la lésion que l'on constate à la suite du traumatisme est un rétrécissement avec ou sans insuffisance des orifices. Tantôt la lésion apparaît très peu de temps après le traumatisme, tantôt elle ne se manifeste qu'au bout de plusieurs mois. Si l'apparition des phénomènes d'insuffisance s'explique tout naturellement par la déchirure de la valvule, comment interpréter les phénomènes de rétrécissement valvulaire, se faisant jour dans les mêmes conditions? On comprend que les phénomènes de rétrécissement ne peuvent apparaître que si la valvule traumatisée devient le siège des phénomènes inflammatoires, aboutissant à des rétractions, à la néoplasie, à la formation des adhérences entre les tissus voisins.

Pour expliquer ces cas, Heidenhain (1) fait intervenir certains faits de pathologie générale qui montrent le rôle du traumatisme dans l'étiologie et la localisation des infections. Il cite sous ce rapport les pneumonies croupales apparaissant après les contusions des poumons; la suppuration des hématomes et des fractures sous-cutanés en l'absence de toute lésion visible de la peau recouvrant le foyer; le rôle étiologique du traumatisme dans un tiers des cas d'ostéomyélite suppurée. Pour tous ces cas, on peut admettre l'invasion du foyer traumatique — le *locus minoris resistentiæ* — par des microbes que l'organisme héberge, soit que ces microbes se trouvent à l'état inoffensif, soit que leur activité se soit déjà manifestée sous forme d'une lésion (panaris, angine, catarrhe intestinal, septicémie cryptogénétique). D'après lui, les choses doivent se passer de la même façon dans les lésions valvulaires d'origine traumatique : le traumatisme produirait une lésion ordinaire de la valvule, et cette lésion purement traumatique deviendrait le point d'appel des microorganismes sous l'influence desquels se développerait une véritable endocardite localisée avec, cliniquement, phénomènes de sténose. Les recherches de Rosenbach et de Wyssokowitsch ont du reste montré que pour produire expérimentalement une endocardite par l'introduction des microorganismes dans la circulation, il fallait préalablement provoquer un traumatisme de l'endocarde ou des valvules.

Si cette explication est valable pour les cas où les phénomènes de sténose valvulaire apparaissent peu de temps après l'accident, en est-il de même des cas où ces phénomènes ne se font jour que longtemps, cinq ou six mois après le traumatisme? Certains auteurs, Ritter entre autres, hésitent à admettre un rapport étiologique entre le traumatisme et l'endocardite tardive en s'appuyant sur l'absence de la phase aiguë dans le développement de ces endocardites. Heidenhain fait pourtant observer que certaines endocardites évoluent d'une façon latente, chronique d'emblée, et suppose que les choses doivent se passer de cette façon dans les endocardites traumatiques tardives. Il cite à l'appui l'opinion de Nimeyer et de Strumpell qui admettent l'existence d'une endocardite chronique non précédée, dans son évolution, d'une phase aiguë.

On peut donc accepter l'opinion de Heidenhain d'après laquelle l'endocardite valvulaire avec sténose de l'orifice, d'origine traumatique, serait due à l'invasion par des microbes de la valvule lésée qui deviendrait ainsi le siége d'une inflammation légitime.

Heidenhain a pu réunir dans son mémoire neuf cas de ce genre dont un personnel. Mais si l'on en excepte deux observations datant des XVIIe et XVIIIe siècles et une observation de Rose, qui nous semble douteuse, le nombre de cas d'endocardite valvulaire avec sténose, d'origine traumatique, se réduit à six. Sur ces six cas, l'endocardite a paru deux fois quelques jours après le traumatisme, quatre fois au bout de plusieurs mois.

(1) *Loc. cit.*

Parmi les observations se rapportant au dernier groupe, celle de Heidenhain est peut-être la plus probante.

Il s'agit d'un matelot de quarante-neuf ans, naviguant depuis l'âge de dix-sept ans, toujours bien portant, n'ayant jamais eu de rhumatisme articulaire, ni d'autre maladie infectieuse. Vers le milieu de mai 1894, étant occupé à lever l'ancre, il reçoit dans la poitrine un coup violent de manche de poulie qui le jette par terre. Il perçoit une douleur violente dans la poitrine et le soir même, le bateau ayant abordé, il va consulter un médecin qui ne trouve rien et prescrit des frictions avec une pommade. Le malade peut reprendre ses travaux, mais constate au bout de quelque temps que les forces lui manquent, qu'il a des palpitations fréquentes et des douleurs dans la poitrine. En juin, il va consulter un autre médecin qui reconnaît l'existence d'une affection cardiaque. A la suite d'une demande d'indemnité adressée par le malade au propriétaire du bateau, un procès s'engage et M. Heidenhain est nommé expert. A l'examen du malade il constate tous les signes physiques et fonctionnels d'un rétrécissement avec insuffisance des orifices aortique et mitral, et comme le rapport entre le traumatisme et l'affection cardiaque lui paraît certain, il conclut à la responsabilité du patron.

Dans les cas de Ritter (1), les signes de l'affection cardiaque ne se déclarent qu'au bout de trois mois. Le malade, un menuisier de trente-quatre ans, sans antécédents personnels ni héréditaires, entre à la clinique, le 21 février 1889, pour une fracture du sternum consécutive à un coup. La guérison fut complète au bout de cinq semaines. Pendant le séjour du malade à l'hôpital il fut impossible de constater chez lui la moindre trace d'une affection du cœur. Trois mois plus tard, en juillet, le malade revint avec tous les signes d'une sténose mitrale.

L'observation de Becker (2) se rapporte à un garçon de vingt et un ans qui, à la suite d'un coup reçu à la région précordiale, est pris de douleurs précordiales, de dyspnée, d'angoisse. A plusieurs reprises il se présente à la consultation sans qu'il soit possible de trouver autre chose qu'une fréquence un peu grande du pouls (90 à 120). Les symptômes permettant de faire le diagnostic de rétrécissement mitral n'apparaissent que cinq mois après l'accident, et le malade succombe au bout de deux ans avec des phénomènes d'insuffisance cardiaque. L'autopsie n'a pas été faite.

Le dernier cas, publié récemment par Riedinger (3), est analogue aux précédents. Ici encore on voit chez un individu jusqu'alors bien portant se développer à la suite d'un traumatisme de la région précordiale les signes fonctionnels d'une affection cardiaque, accompagnée d'un mouvement fébrile irrégulier. Puis au bout de quelques mois apparaît le souffle caractéristique de la sténose mitrale. Ici encore l'étude des antécédents du malade et la marche des symptômes ne laissent aucun doute sur le rapport entre le traumatisme et la lésion valvulaire.

Ces faits d'ordre clinique suffisent pour emporter la conviction bien que la consécration anatomique leur manque. Cette consécration nous la trouvons dans l'une des deux observations où la lésion valvulaire a paru peu de temps après le traumatisme. Tout l'intérêt de cette observation, publiée par Riedinger (4), est dans la rapi-

(1) *Berlin. klin. Woch.* 1889, p. 699
(2) Cité par Heidenhain. *Loc. cit.*
(3) *Monatsehr. f. Unfallheilk.*, 1894, p. 351.
(4) *Loc. cit.*

dité avec laquelle les lésions inflammatoires se sont manifestées sur les valvules traumatisées.

Il s'agit dans cette observation d'une femme de cinquante-quatre ans, qui succombe à une fracture de la colonne lombaire quatre jours après l'accident. A l'autopsie, on trouva, parmi d'autres lésions essentielles, une des valvules aortiques, infiltrée de sang et couverte d'un exsudat inflammatoire. L'examen histologique de la pièce permet de reconnaître les signes d'une endocardite récente.

La seconde observation que nous avons encore à rapporter, intéressante par le fait de l'apparition précoce de l'endocardite, a été publiée par Luckinger (1). Le malade, un homme de vingt-cinq ans, entra à l'hôpital pour une contusion de la moitié gauche du thorax avec fracture d'une côte, et une fracture de la jambe, lésions consécutives à une chute. Pendant quatre jours tout va aussi bien que possible et rien n'attire l'attention du côté des viscères thoraciques. Mais au cinquième jour le malade est pris de fièvre, de dyspnée et à l'auscultation on trouve un double souffle à la pointe et un frottement péricardique. Les phénomènes aigus se calment dans la suite, et le malade quitte l'hôpital avec une lésion mitrale des plus manifestes.

IV

Les cas d'affections cardiaques, d'origine traumatique, myocardites et endocardites, que nous avons réunis ne sont pas nombreux. Faut-il conclure du petit nombre de faits que les faits de ce genre sont en effet rares au point de constituer une curiosité clinique ? Nous ne le croyons pas. Si l'on veut prendre en considération, d'un côté, la tendance à rechercher à toute force l'élément infectieux et à le trouver quand même dans l'étiologie des affections cardiaques, et de l'autre, la fréquence des endocardites latentes, insidieuses (Niemeyer, Strumpell), on peut croire que le rôle étiologique du traumatisme est plus grand qu'on ne le croit. Pour élucider cette question il y aurait donc à rechercher, dans l'avenir, l'élément traumatique dans les cas qui pourront se présenter, et tout porte à croire qu'une recherche de ce genre enrichira la statistique des affections cardiaques d'origine traumatique.

R. Romme.

(1) *Munch. med. Woch.* 1893, n° 18.

TRAVAUX ORIGINAUX

Le typhus dans l'Oise en 1893, par M. J.-J.-A. Dardignac, médecin-major de 1re classe du 51e, chef du service des salles militaires de l'hospice militarisé de Beauvais, membre correspondant de la Société de chirurgie.

(*Fin.*)

Obs. III. — *Typhus exanthématique forme moyenne. — Traitement par les bains froids; quarante-cinq bains. — Guérison.* — W..., soldat au 51e de ligne, est hospitalisé d'urgence le 10 mai 1893.

Antécédents héréditaires : Père ayant eu une fièvre typhoïde grave, mère et sœurs bien portantes. Antécédents personnels : Pas de maladie durant l'enfance; il était malingre et chétif et aurait eu, fait dont nous avons vérifié l'exactitude, une fièvre muqueuse de quarante jours de durée, dans l'adolescence. Cultivateur de profession il a été pris la première fois au conseil de revision de la classe de 1890. Au corps, il a presque toujours fait le service dans le rang, sauf d'août à novembre 1892, temps pendant lequel il a été momentanément ordonnance d'un officier.

Dans les registres du corps nous relevons les indications suivantes :

Le 10 novembre, il entre à l'infirmerie pour une période de vingt-trois jours, se plaignant de douleurs dans les jambes et les articulations. En février 1893, sa compagnie étant venue occuper le casernement de Taupin, il devient cuisinier en second, emploi qu'il occupait encore la veille de son entrée à l'hôpital. Légères habitudes éthyliques; pas de maladies vénériennes.

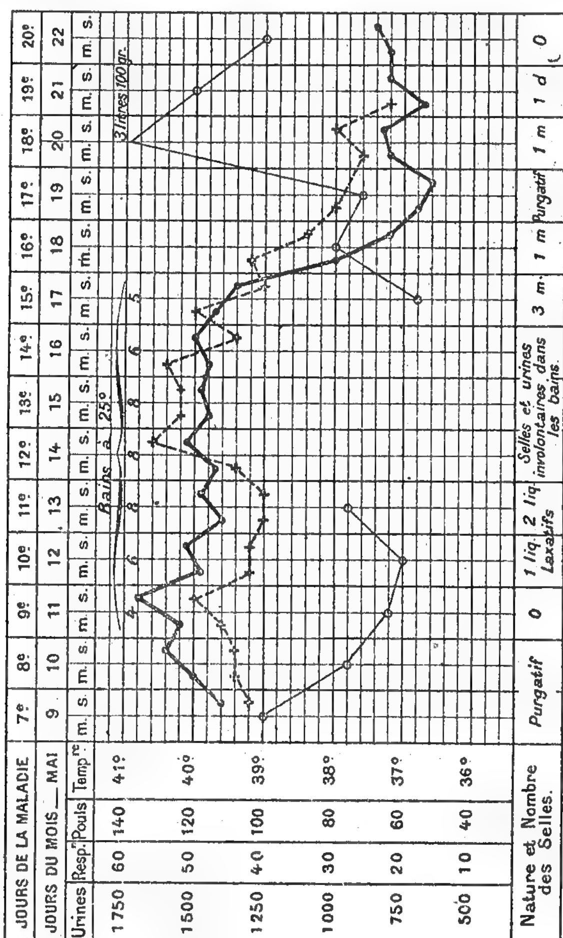
Il y aurait environ trois semaines, vers le 10 avril 1893, raconte W..., il a dû se présenter à la visite en raison d'une lassitude avec faiblesse et courbature qui durèrent environ sept à huit jours. Le repos et quelques soins le remirent bientôt en état, mais ce ne fut que pour un moment, car, le 25 avril, il se présentait de nouveau à la visite avec des symptômes semblables qui, cette fois encore, disparaissaient après quarante-huit heures de repos à la chambre. Le mercredi, 3 mai, brusquement, il avait eu des frissons toute la journée et un malaise inexplicable avec violente céphalalgie, angine et suffocations; dans la nuit il nous dit qu'il a sauté brusquement hors de son lit presque involontairement parce qu'il étouffait ; il reste deux jours mal portant avec des frissons et de la fièvre, mauvaise bouche et constipation. Malade à la chambre le samedi (emeto-cathartique), comme il se plaint de « picotements » des yeux et d'un peu d'angine, sa peau est à diverses reprises examinée avec soin : on n'y trouve aucune éruption. Maintenu en observation à l'infirmerie dans une salle relativement isolée jusqu'au mercredi 10 mai, il est, ce jour-là, après sept jours d'indisposition, dirigé d'urgence sur l'hôpital en raison d'une éruption exanthématique sur la nature de laquelle il n'y avait aucun doute; il y avait en même temps une température élevée, de la dysphagie, une sorte d'état comateux avec délire par intermittences.

Pour justifier le diagnostic qui s'imposait nous avons dû chercher des indications dans les occupations du malade pendant les quinze ou vingt jours qui ont précédé son entrée dans nos salles.

Il n'a pas quitté Beauvais depuis Pâques (2 avril) et, à cette époque, il a passé quelques jours de permission chez ses parents, à Vadancourt (Somme), à vingt-deux lieues de Beauvais, il n'y avait alors dans le pays aucune maladie régnante et nous savons que cette commune n'a compté aucun typhique. Il habitait, à la caserne Taupin, une chambre de quatorze hommes qui était complète, basse, mal aérée — son voisin de lit est actuellement en traitement pour une pneumonie grippale — mais, depuis cette date, la chambre a été désinfectée, passée à la chaux puis désinfectée à nouveau suivant les procédés habituels.

A la cuisine, il ne se fatiguait pas et ne se plaignait jamais d'aucune incommodité provenant de l'accumulation, soit des viandes fraîches, soit des détritus divers. Il buvait quelquefois, malgré les défenses les plus formelles, de l'eau non filtrée prise directement au robinet de la ville, toutefois, il usait le plus souvent de café ou d'eau filtrée additionnée d'un sirop quelconque. L'état de santé de ses camarades ne nous permettant pas de chercher la circonstance de la contagion dans ce milieu, nous avons dirigé nos investigations en suivant une autre piste. W... sortait assez régulièrement, une fois son service terminé, et passait souvent, depuis qu'il était mal portant, ses soirées au n° 4 de la rue Nicolas-Godin dans un cercle patronné par un ecclésiastique de la ville. Le local du cercle est constitué par une grande pièce un peu basse de plafond mais largement éclairée et ouverte sur une grande cour; elle contient un billard et un mobilier très sommaire, c'est-à-dire qu'elle n'était pas encombrée; du reste, nous avons pu savoir qu'en général ce cercle était peu fréquenté. En outre, une enquête discrètement conduite mais très étudiée nous apprit, d'une part, que grâce à ses fonctions de cuisinier notre homme avait souvent des relations momentanées et forcées à la caserne et aussi en ville, dans des cabarets ou débits, avec les hommes chargés par un industriel de l'enlèvement des eaux grasses, du transport de légumes, etc. ; et d'autre part, que l'ecclésiastique qui présidait tous les jours

les réunions au cercle visé précédemment où se rendaient quelques militaires, avait pris spontanément et par goût personnel le rôle d'aumônier auprès des typhiques civils réunis au lazaret et à la prison et que ses fonctions l'obligeaient à plusieurs visites quotidiennes dans ces milieux infectés. Or il est certain que cet excellent et digne prêtre faisait peu de cas, négligeait même les précautions antiseptiques prophylactiques conseillées à toutes les personnes qui avaient affaire dans le lazaret et que, notamment, soit à l'entrée, soit à la sortie de ce local infecté, il ne changeait pas de vêtements et ne faisait aucune ablution. Bien que le malade affirme ne s'être jamais trouvé en contact direct avec cette personne, il n'est pas défendu de penser que ce contact médiat ou immédiat a pu être possible et qu'ainsi la contamination, aussi inconsciente de la part du contagionnant que du contagionné, a pu se produire. Notre opinion, après élimination de toutes autres circonstances, rattache étiologiquement ce cas et avec des probabilités égales des deux côtés, à une contamination indirecte, mixte, soit au dit cercle, soit par l'intermédiaire des paysans que ses fonctions lui faisaient fréquenter. Quoi qu'il en soit, le diagnostic était évident.



10 mai 1893. — Décubitus dorsal, face colorée, yeux brillants mais non injectés; l'intelligence est nette; W... n'est ni abattu, ni inquiet : il raconte et complète avec lucidité et indifférence l'histoire que nous venons de résumer.

L'inspection des téguments montra une éruption de taches rosées, lenticulaires, non pétéchiales, s'effaçant à la pression, mais généralisée sur le corps et les membres et abondante surtout à la face postérieure des avant-bras où elle n'est pourtant pas encore confluente. A la poitrine sonorité normale, légères sibilances sur toute la hauteur, en arrière et des deux côtés. Le pharynx est rouge ainsi que la partie mobile de la voûte palatine; la rate est grosse.

Le ventre est normal, rétracté, sans météorisme ni gargouillement. W... allait régulièrement à la selle, toutefois depuis quatre jours, il est constipé, mais jamais il n'a eu de diarrhée; inappétence et soif vive; la langue est humide et blanche comme celle des grippés.

Au cœur, légère arythmie, les bruits sont étouffés, comme lointains (myocardite); cependant le pouls est plein, vibrant avec légères irrégularités sans dicrotisme apparent; l'urine rare se trouble par la chaleur; pas d'indican.

11 mai. — Cette première nuit d'hôpital a été bonne, le malade a dormi avec calme. Le matin au réveil forte épistaxis; il y est sujet, du reste, elle se produit fréquemment. W... est sanguin et très vigoureux. L'éruption s'accentue à la face antérieure du thorax où elle est plus abondante et tend par place à devenir nettement pétéchiale. Elle est polymorphe comme celle que nous avons eu l'occasion d'étudier chez les malades précédents; il y a des papules disséminées, les unes ne s'effacent pas sous la pression, d'autres disparaissent au contraire et laissant alors une trace blanchâtre, mate, retrouvant rapidement sa coloration; en somme, cet exanthème tend à devenir confluent surtout à la face postérieure des avant-bras, points où son intensité est la plus prononcée; elle y est formée à la fois d'éléments hémorrhagiques entremêlés sur tout le corps. Fièvre vive sans aucune rémission : c'est le symptôme prédominant qui cependant n'a encore occasionné aucune complication, soit dans l'état général du système nerveux — l'abattement n'est pas très prononcé — soit du côté des fonctions cérébrales qui paraissent intactes, les rêvasseries du sommeil ne pouvant être qualifiées de délire. Si on ne lui parle pas, W... reste volontiers somnolent et indifférent à tout ce qui se fait autour de lui et même à nos investigations. Pour prévenir l'effet de cette hypertermie, nous décidons d'appliquer le traitement par le bain froid à 25° (durée neuf à douze minutes) et renouvelé de quatre à huit fois tous les jours jusqu'à cessation de la fièvre. En même temps on donnera des toniques et comme d'habitude du lait bouilli, limonade, vin, café, lavements froids matin et soir. La langue reste sèche après le sommeil; elle est blanche, large, étalée. Le purgatif de la veille a produit bon effet; le ventre est souple et indolent, le pouls est à 112 avec léger dicrotisme mais régulier et fort. Les urines restent rares, albumineuses (soixante-quinze centigrammes au tube d'Esbach).

12 et 13 mai. — Etat stationnaire des symptômes cliniques et de l'éruption. Les bains sont bien supportés — il en prend jusqu'à huit tous les jours — ils procurent du sommeil bien qu'ils n'agissent que faiblement sur la température, celle-ci n'étant abaissée de huit à neuf dixièmes de degré, abaissement qui ne persiste pas plus de cinq ou six quarts d'heure, mais ils soulagent le malade qui les réclame avec instance et s'y place sans l'aide de l'infirmier.

14 mai. — A notre entrée dans la salle, W... est abattu; son faciès présente de la stupeur alternant avec de subites rougeurs pendant lesquelles le visage est très animé. L'infirmier nous dit que pour la première fois pendant la nuit, le malade a déliré et pendant un moment avec une certaine violence et de l'indocilité.

Les forces, bien que conservées encore pour que le malade puisse s'aider en prenant ses bains, diminuent visiblement car on est obligé de le soutenir et de le surveiller, il y a eu des selles et urines involontaires; la peau est sèche.

15 et 16 mai. — L'abattement s'est encore accentué; état permanent de subdélirium avec hallucinations toute la nuit; il a voulu se lever à plusieurs reprises.

Depuis trois jours, la langue blanche et large du début devient de plus en plus sèche, étroite et noire; mussitation dès que son attention n'est point mise en éveil, tremblement des membres et soubresauts des tendons fléchisseurs aux avant-bras. Le pouls est plus mou et à 130; tachycardie manifeste.

17 mai. — Etat stationnaire sans prédominance symptomatique sur n'importe quel organe. Abattement excessif, abdomen indolent sans météorisme; on ne peut recueillir aucun renseignement sur les urines ou les selles, il perd dans les bains qui n'abaissent que peu la température à moins de les prolonger; il s'y endort. L'éruption a complètement disparu.

18 mai. — La nuit a été excellente, il a dormi avec calme, la température ayant commencé à faiblir vers minuit.

Au moment de la visite, W... est éveillé, le visage est reposé, l'œil excellent, il s'intéresse à ce qui l'environne et aux examens pratiqués sur lui. Il persiste cependant encore un peu de stupeur durant la matinée : on ne donnera pas de bain si le thermomètre ne touche pas 39°.

A trois heures la défervescence s'est accentuée, la maladie a terminé son évolution.

19 mai. — La chute de la température paraît définitive; à relever quelques quintes de toux sans qu'elles soient accompagnées de signes pulmonaires appréciables : ils ont d'ailleurs toujours fait défaut.

20 mai. — Etat satisfaisant; crise urinaire, l'albumine y fait défaut.

29 mai. — W... se lève et s'alimente; la convalescence a marché très rapidement et se continue sans aucun incident. Après des précautions antiseptiques rigoureuses il a quitté la salle d'isolement et s'occupe dans le service.

7 juin. — W... guéri sans aucune tare consécutive immédiate, est envoyé en congé de convalescence.

Sans reprendre cette étude clinique sur les divers points portés dans la description des phénomènes morbides ou dans les graphiques qui accompagnent chacune de nos observations et les complètent — considérations qui ne seraient, d'ailleurs, qu'un commentaire des diverses notes publiées au même moment dans les périodiques en 1893, dans les sociétés savantes, par L. Colin, Lancereaux, Rochard, Kelsch, etc., à l'Académie de médecine; par Bourcy, Comby, Roger, Rendu, Huchard, Legendre, Chantemesse, Netter, etc., etc., à la Société médicale des hôpitaux ; du reste l'étude du typhus a été magistralement faite dans les ouvrages classiques français et étrangers que tous les médecins connaissent, et reprendre de tous points la question à propos de trois observations dont deux sont presque banales, pourrait sembler une entreprise insuffisamment étayée — sans la reprendre, disons-nous, nous croyons cependant devoir revenir, à l'occasion de nos cas de typhus chez des militaires, sur quelques côtés de questions relatives à l'étiologie et au traitement de cette infection spéciale.

Nous ne discuterons pas ici et par conséquent nous ne tenterons pas de faire prévaloir une opinion personnelle soit au sujet de la nature du typhus, soit sur la question d'une importation nouvelle des germes de cette infection ou bien d'une reviviscence de germes anciens déposés dans le sol depuis les épidémies de 1830 et 1840. Il en serait, à cet égard, du typhus comme de la typhoïde et du choléra, infectieuses à propos desquelles les partisans, tous les jours plus nombreux, du polymorphisme des microbes émettent timidement des hypothèses pouvant bien devenir les vérités de demain. C'est ainsi qu'à propos du choléra nostras, les uns — et cet avis est séduisant, il n'est peut-être que cela — auraient une tendance à le rapporter aux actes du colibacille, hôte habituel et ordinairement banal, inoffensif de notre tube digestif devenu insidieusement pathogène, infectieux, sous l'influence des causes secondes (chaleur, surmenage des premières voies, dépression morale..., etc.); les autres — et cette opinion semble faire du chemin et gagner du terrain, elle a pour elle toutes les probabilités — l'envisagent comme une simple atténuation du choléra asiatique dont le germe se serait, depuis les grandes épidémies du siècle, peu à peu accommodé des conditions de notre climat, au point de devenir une véritable maladie européenne produisant çà et là soit des cas isolés, bénins ou graves ou des groupes de cas, soit encore par un retour à la virulence d'origine par reviviscence des spores, de véritables épidémies bénignes ou sévères dont il paraît impossible d'expliquer autrement la cause. Ne peut-on émettre les mêmes réflexions pour les germes, encore indéterminés, du typhus ? Et cette hypothèse n'est-elle pas d'autant plus acceptable qu'elle ne défend pas — comme pour le choléra d'ailleurs — l'action d'une importation nouvelle ou concomitante le plus souvent d'une démonstration plus facile et plus commode ? Quoi qu'il en soit, sans discuter ces opinions toutes également admissibles et intéressantes, il y a lieu — et c'est la doctrine à laquelle le simple bon sens indique de se rattacher — prophylactiquement de se comporter, pour toutes ces infectieuses, comme si de rare et bénigne la maladie devait subitement se transformer et prendre un caractère malin et épidémique.

Dans le typhus de 1893, le mode étiologique de la transmission a été — pour les divers cas étudiés par nous-même — toutes les fois, le contact immédiat ou médiat, mais le plus souvent le contact direct soit d'un ou des objets (vêtements ou autres) qu'il portait sur lui et qui momentanément avait pu être en rapport exact avec son corps; de ce fait absolument indiscutable, noté aussi par d'autres observateurs, on pourrait être autorisé à dire que c'est là le mode le plus habituel de la contagion pour cette infection.

Ainsi, pour expliquer la contagion chez B..., nous savons que dans le régiment un bon nombre d'hommes ont l'habitude de se réunir et de louer en ville, dans des maisons quelconques mais toujours à bas prix, des chambres où, quand ils ont un moment de liberté, ils se rendent pour s'isoler, changer de linge, faire de sérieuses ablutions, du café, thé, etc. Or, notre malade et un de ses camarades étaient depuis plusieurs mois locataires d'une chambre chez une blanchisseuse logée dans une des infectes ruelles qui, à Beauvais, environnent les halles. Dans cette blanchisserie, où quelques-unes des laveuses firent d'ailleurs un typhus grave dans quelques cas, on a reçu — le fait a été depuis prouvé — et on reçoit constamment du linge de toutes les provenances, linge qui, vu l'exiguïté des locaux, doit être déposé en tas un peu partout et même, en l'absence des locataires, dans la chambre en question, sur les meubles, le lit, etc. On ne peut évidemment affirmer, mais on ne peut davantage nier, que l'agent du contage ait ainsi rencontré de nombreuses facilités de propagation, pas plus qu'on ne peut savoir, mais on peut et on doit le supposer, si certaines fréquentations d'un ordre plus intime ne furent pas précisément la circonstance occasionnelle et enfin si, toujours en l'absence des locataires, le mobilier de cette chambre, le lit en particulier, n'a pas été momentanément utilisé par quelque typhique ambulant à qui une hospitalité désintéressée (?) aura été consentie un moment. On a le choix de l'hypothèse, mais il reste le fait dont l'explication pour nous n'est plus douteuse aujourd'hui.

De même, pour notre second malade, le gendarme D..., une enquête nous apprit qu'il avait été appelé par son service à vérifier et à examiner de très près les papiers de tous les traîneurs et cheminaux qui ont infecté le pays et dont — nous l'avons su depuis — plusieurs seraient morts (cas non comptés dans nos statistiques) dans les asiles de nuit qui se trouvent dans la circonscription de Chaumont. Ces rouleurs, D... ne se contentait pas de les interroger dehors, en plein air, mais il les écoutait et maniait leurs papiers dans une pièce étroite, servant de bureau. En somme, ce militaire a été constamment en contact plus ou moins immédiat avec quelques-uns des malades qui, à ce moment, ont probablement propagé la maladie régnante.

Chez W..., enfin, la circonstance étiologique — le moment pour ainsi dire de la contagion — semble encore indiscutable. Ce soldat était depuis des mois cuisinier à la caserne Taupin; c'est un excellent sujet, très sage, à peu près sobre, ne sortant jamais que pour se rendre le soir

avec quelques camarades dans un petit cercle intime dirigé par un ecclésiastique. A la cuisine, il voyait tous les deux jours les paysans qui venaient enlever les déchets et les eaux grasses et, par eux, il a su que dans le pays qu'habitaient ces journaliers (communes suburbaines) on avait constaté quelques cas de typhus et que même ils avaient, de leur personne, vu, parlé et donné des soins à quelques-uns de ces malades. D'autre part, le prêtre qui dirige l'établissement susvisé se rendait quotidiennement et plusieurs fois dans le lazaret de l'Hôtel-Dieu pour visiter les typhiques civils et il est certain, qu'au début de l'épidémie, il ne prenait aucune des précautions prescrites pour éviter le transport du germe contagieux. On peut hésiter entre les deux hypothèses du germe transporté par l'ecclésiastique ou les paysans sur leurs vêtements, mais l'une et l'autre sont également probantes d'une contamination indirecte par une tierce personne restée indemne.

Le rôle de l'air comme facteur, sinon unique, du moins essentiel de la contagion chez ces malades pas plus d'ailleurs que dans les cas où la marche du contage a pu être suivie avec certitude et dont nous donnons la relation dans le cours de cette étude, le rôle de l'air, dans l'espèce, ne semble raisonnablement devoir être invoqué que très secondairement, de même que celui des déjections bucco-pharyngiennes ou lacrymo-nasales. L'agent du contage typhique peut résider dans les produits de la muqueuse respiratoire, bien que la preuve n'en soit pas encore faite, nous ne saurions le nier *a priori*, mais il me semble plus raisonnable, en étudiant les faits cliniques observés à l'hôpital ou dans les familles et même ceux qu'impose l'examen de la marche de cette épidémie, que la plus grande partie de ces agents contagieux du typhus, les germes typhogènes doivent se trouver probablement sur la peau et plus particulièrement vers la fin de l'évolution de la maladie ou bien encore à ce moment de son évolution où, l'exanthème disparaissant, il se fait sur tout le revêtement cutané une desquamation furfuracée imperceptible ou par petites plaques ressemblant assez à celles que l'on observe après la rougeole, la scarlatine et en général les diverses éruptives. Cette exfoliation typho-épidermique qui suit et même coïncide avec les phénomènes d'ordre nerveux traduisant l'empoisonnement spécifique du sang par les sécrétions microbiennes typhiques, est alors incessante et se fixe aisément sur tous les corps solides (vêtements, papiers, etc.) qu'elle rencontre; évidemment, ces poussières typhogènes peuvent aussi être respirées et s'il y a effraction de la muqueuse bucco-respiratoire, pénétrer par cette voie dans le sang.

En résumé, ce moment précis et ce mode de la contagion nous paraissent avoir une grande importance pour saisir et même pour expliquer la marche de l'épidémie dans les collectivités, et ce n'est pas là une hypothèse gratuite, car ces circonstances nous permettent de comprendre comment et pourquoi n'émettant pas encore de germes contages, nos malades ont pu vivre jusqu'au sixième ou huitième jour de la maladie au milieu ou dans le voisinage de leurs camarades sans les contagionner — il est vrai qu'une désinfection soignée de leur literie, de la chambre et de son contenu, fut faite et renouvelée en temps utile, — nos observations précisant bien qu'ils ne furent isolés qu'au moment de l'apparition de l'exanthème. Aurait-on observé une telle inertie par trois fois successives, une neutralité si constamment heureuse des germes si ceux-ci étaient seulement contenus, comme le veulent certains auteurs, soit dans les déjections fécales ou urinaires, soit dans les sécrétions bucco-laryngées, sécrétions à la vérité peu abondantes mais qui, dans tous les cas, marquaient ou accompagnaient le début de l'infection ?

Comme cause prédisposante, on ne peut, chez nos malades, faire intervenir la misère, la saleté, l'encombrement, la dépression morale, etc., mais selon nous, et plus simplement, le rôle du terrain organique impressionné alors d'une façon particulière, en état d'imminence morbide par suite des circonstances échappant à l'analyse, mais toutes favorables à une infection par le germe typhogène.

Dès que nous avons pu être familiarisés avec la maladie, le traitement institué a été — et il nous semble devoir être tel dans la pluralité des cas — celui que l'on doit désormais opposer à toutes les infections à thermométrie bruyante pour lesquelles il n'existe aucun traitement spécifique connu : l'eau froide (par la méthode de Brand ou de Bouchard) en grands bains renouvelés aussi souvent que possible et quel que soit l'état du malade et la nature des complications par déterminations typhiques secondaires immédiates. Ce bain, s'il est antiseptique, au sublimé par exemple, répond à une double indication : il abaisse la température et calme ainsi l'érétisme du système cérébro-spinal; de plus, il produit une action microbicide certaine et enlève de la surface tégumentaire les germes au moment de leur production.

Bien entendu, on ajoute à ce traitement systématique la médication des symptômes (en conséquence suivre l'état du cœur, des reins, du cerveau, de l'abdomen, etc.), concurremment avec l'usage, jusqu'à l'abus, des toniques sous toutes les formes. C'est la considération qui nous a guidé dans les Observations II et III qui du reste étaient des formes de gravité moyenne.

Pour le malade qui fait l'objet de notre Observation I nous devons avouer — c'était notre premier cas — que nous avons été surpris d'abord par la gravité des symptômes qui, au début semblaient bénins, vulgaires, insignifiants, mais devinrent brusquement des plus violents, surtout au moment de la rechute; puis par le défaut d'installation et de personnel pour suivre cette méthode de traitement avec la rigueur qu'elle comporte. Et c'est alors en relisant les admirables leçons de Graves, ce grand clinicien de qui Trousseau disait qu'il « savait par cœur toute l'œuvre » et dont « le livre ne quittait jamais son bureau », c'est en retrouvant dans les quatorze leçons que Graves consacre à l'étude clinique du typhus, la description de nombreux cas se rapprochant de celui qui évoluait sous nos yeux, que nous décidâmes, en désespoir de cause, à appliquer son traitement par la médication opio-stibiée, traitement empirique si l'on veut, mais auquel l'illustre médecin de Dublin dut tant de succès dans sa pratique, traitement, nous en avons la conviction absolue, comme elle fut du reste partagée par ceux qui virent avec nous ce cas désespéré, auquel notre malade a dû de guérir avec une rapidité surprenante, comme par le fait d'une résurrection véritable.

CONCLUSIONS

En 1893, de février à août, une épidémie de typhus exanthématique d'origine bretonne ou peut-être américaine et signalée en même temps à Paris et sur divers points du Nord-Est de la France, sévit sur le département de l'Oise et en particulier sur l'arrondissement de Beauvais.

Dans l'Oise, cette épidémie fut importée des départements voisins (Nord, Somme, Seine-Inférieure, etc.) et propagée exclusivement par un nombre relativement restreint de vagabonds, cheminaux, rouleurs, etc., et frappa sur trente-sept communes dont le sixième seule-

ment se trouvait sur les grandes voies de communication ; elle donna cent cinquante-sept cas avec cinquante-sept décès, soit une mortalité générale de 36.30 pour 100 atteintes.

Peu accentuée dans le jeune âge et l'adolescence, la morbidité a été surtout prononcée de vingt à quarante ans pour décroître sensiblement de quarante à cinquante ans et d'une manière plus accentuée encore dans la vieillesse.

Eu égard au sexe, les hommes ont présenté deux fois plus d'atteintes que les femmes (cent hommes pour quarante femmes), mais pour les deux sexes la mortalité a été sensiblement la même (31 0/0 pour les femmes, 34 0/0 pour les hommes.)

Eu égard à l'âge, la mortalité observée a été en raison inverse de la morbidité. Ainsi de 0 à 40 ans, on nota 20 0/0 décès proportionnellement aux atteintes (quatre-vingts cas), tandis que de 40 à 80 ans, pour trente-neuf cas on releva vingt-cinq décès, soit 64 0/0, c'est-à-dire un chiffre trois fois plus élevé.

Les postes-refuges, les abris communaux semblent avoir facilité par leur installation défectueuse et le défaut de surveillance, la propagation de la maladie.

L'isolement rigoureux des typhiques dans des lazarets spéciaux créés à cet effet, joint aux mesures de désinfection les plus strictes (locaux et malades) constituèrent prophylactiquement des mesures heureuses et décisives justifiées par les excellents résultats qu'elles donnèrent.

Ces résultats remarquables et à retenir ont été surtout évidents et immédiats dans les communes où l'autorité locale fit procéder d'urgence à l'évacuation, sur le lazaret le plus voisin, des passagers suspects de typhus, les populations furent absolument préservées ; au contraire, celles où ces malades furent traités sur place virent se développer des foyers secondaires et des épidémies de famille et de maison.

En l'état actuel des choses relatives à l'isolement, à la désinfection et aux soins à donner aux infecto-contagieux (typhus et autres épidémies populaires : choléra, scarlatine, typhoïde, etc...), le traitement sur place dans des villages dépourvus des multiples ressources qu'exigent ces malades donnera toujours des mécomptes : il explique les cas isolés dus en général à l'importation, il fait comprendre les épidémies consécutives ainsi que leur réapparition plus ou moins éloignée. En conséquence et toutes les fois qu'il s'agit d'infectieuses à épidémicité subtile intense, le transport des malades privés de ressources — fut-il même éloigné — par des moyens spécialement aménagés, l'évacuation immédiate sur des services d'isolement dépendant d'administrations hospitalières, s'impose. De même s'impose encore la réfection dans des conditions convenables des abris, refuges communaux ainsi que leur surveillance réelle et leur désinfection intégrale fréquente.

Dans tous les cas de typhus, la maladie paraît s'être propagée plus particulièrement par contact, c'est-à-dire par contagion directe, médiate ou immédiate, soit par le malade, soit par les objets à son usage ordinaire (vêtements, objets personnels), ou momentanément utilisés par lui (lits, linge, paille..., etc.)

Le moment le plus favorable à l'émission du germe contage a paru coïncider avec l'évolution et surtout la fin de l'exanthème. Cette circonstance est de nature à justifier — à défaut de spécifique s'adressant à la cause encore inconnue — soit les traitements empiriques des auteurs Graves et autres, soit et mieux le traitement par les bains froids antiseptiques agissant à la fois contre les facteurs hyperthermie et contagion auxquels, ainsi qu'il est classique à propos de toutes les infectieuses, on associe les médications diverses s'adressant plus spécialement et selon les cas aux autres symptômes.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Paralysie labio-glosso-laryngée d'origine corticale, par Bouchard (*Revue de médecine*, nos 6 et 7). — On sait que des lésions cérébrales uni ou bilatérales siégeant sur le trajet ou à l'origine corticale du facial inférieur et de l'hypoglosse peuvent réaliser, comme l'a montré M. Lépine, une paralysie pseudo-bulbaire. Dans son mémoire très détaillé, l'auteur rapporte tout d'abord l'observation suivante. Il s'agit d'un individu âgé de vingt-huit ans, sur les antécédents duquel on n'a eu que des renseignements incomplets. Sa tête, dont la circonférence horizontale est de cinquante centimètres, est assez régulière. La bouche est constamment béante et il s'en écoule une abondante quantité de salive. Il lui est impossible de faire contracter l'orbiculaire des lèvres et de donner à l'ouverture buccale une forme arrondie. Sa langue a des dimensions et une forme normales. Sa surface est lisse et ne présente aucune ride, mais le malade est incapable de lui communiquer le moindre mouvement volontaire. Si on lui dit de porter la mâchoire inférieure à droite ou à gauche, il ne fait aucun de ces mouvements. Il ne peut ni siffler, ni souffler et la mastication est impossible. L'œil gauche est le siège d'un léger strabisme externe. Les deux membres inférieurs et le bras droit présentent une conformation régulière et leurs fonctions paraissent normales. Les mouvements du membre supérieur gauche sont moins étendus et moins faciles. Il présente un arrêt de développement assez marqué. La sensibilité générale et spéciale paraissent intactes. La parole est nulle, le malade n'articule aucun mot ; c'est à peine s'il fait entendre un son, toujours le même, une espèce de grognement produit par une expiration un peu forte et prolongée. L'intelligence est bornée. Il comprend assez bien ce qu'on lui dit et il exprime assez clairement un certain nombre d'idées par ses gestes et le son guttural qu'il est capable d'émettre. Il est sujet à des attaques d'épilepsie, on en compte environ trente par mois. Le début n'est pas brusque et la période tonique est peu prononcée. Ce qui domine, c'est un tremblement général surtout des membres, caractérisé par des secousses et accompagné de raideur. Pas de cris, pas d'écume, pas de morsure de la langue. On peut facilement provoquer les attaques ; il suffit de frapper légèrement et à l'improviste, le malade à la région dorsale. Le réflexe pharyngien est touché. La contractilité des muscles paralysés paraît intacte. Le malade est mort de tuberculose pulmonaire en 1890. A l'autopsie, on remarque que beaucoup de circonvolutions sont atrophiées, mais sans présenter de modifications de consistance ou de coloration. La pariétale ascendante droite est, de toutes les circonvolutions, celle dont l'atrophie est la plus prononcée. Son épaisseur est de un à deux millimètres. A la partie antérieure et inférieure du lobule pariétal, les circonvolutions sont irrégulières et atrophiées. La frontale ascendante du côté droit a la forme d'un cône renversé, à cause de l'atrophie très marquée qu'elle présente à sa partie inférieure. A gauche, la frontale ascendante présente plusieurs inflexions et elle est très volumineuse à son extrémité supérieure et diminue de largeur et d'épaisseur à sa partie inférieure. La pariétale ascendante de ce côté est très amincie ; le sillon de Rolando est libre. La partie antérieure du lobe pariétal contient des circonvolutions irrégulières et inégales. La troisième frontale gauche paraît normale. Le bulbe a été trouvé intact. L'auteur compare les lésions trouvées par lui aux symptômes que le malade avait présentés pendant la vie. Il constate que son cas ne peut rentrer dans le groupe des paralysies pseudo-bulbaires communes parce que, dans toutes les observations qui ont été rapportées, on a trouvé une hémorrhagie ou un ramollissement du cerveau, tandis que, dans son cas, il a trouvé une atrophie limitée à certaines circonvolutions cérébrales. Les expériences de Ferrier, de Horsley et Schæfer ont démontré que l'excitation du centre du facial inférieur donne naissance non seulement aux contractions des muscles de la face, mais aussi aux mouvements de l'extrémité supérieure du tube digestif, ce qui s'accorde avec les faits anatomo-cliniques constatés chez le malade en question.

Il présentait, outre la paralysie de la langue et des lèvres, une paralysie de la branche motrice du trijumeau, troubles fonctionnels qui dépendent de la lésion du centre cortical du trijumeau, lequel centre était atrophié chez son malade. Les mêmes considérations s'appliquent aussi au centre du larynx qui est situé chez l'homme, comme chez le singe, au pied de la frontale ascendante. L'auteur entre ensuite dans des considérations sur l'aphasie motrice, et il en admet deux sortes : l'une de nature paralytique, l'autre psychique sans paralysie.

Anesthésie hystérique (A case of complete hysterical anesthesia in the male), par PRESTON (*Journal of nervous and mental disease*, août 1895, p. 475). — Il s'agit d'un homme de trente et un ans, entré à l'hopital le 27 décembre 1894 pour contusions à la face à la suite d'une rixe. Ces contusions étaient d'ailleurs sans gravité. Le 7 janvier, on découvrit chez le malade une anesthésie généralisée. La sensibilité au toucher, à la douleur était totalement abolie, la cornée était insensible. Le sens musculaire était peu affecté. La sensibilité gustative était touchée : il ne pouvait distinguer la quinine du sucre. La sensibilité olfactive et auditive étaient également touchées. On notait un rétrécissement du champ visuel. Les réactions électriques étaient normales. Tous ces troubles se sont évanouis sous l'influence de la suggestion. L'auteur considère le rétrécissement du champ visuel comme un excellent signe permettant de déjouer la simulation.

Infantilisme chez la femme, par MEIGE (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, n° 4, p. 218). — L'infantilisme est un syndrome morphologique caractérisée par la conservation dans l'âge adulte des formes extérieures de l'enfance et la non-apparition des caractères sexuels secondaires.

Il s'observe surtout chez les individus dont l'appareil sexuel a subi un arrêt dans son évolution. Comme corrollaires de l'atrophie générale apparaissent les symptômes suivants : face arrondie, joufflue, lèvres charnues, nez peu développé, visage glabre, peau fine de coloration claire, absence de poils au pubis et aux aisselles. Corps thyroïde réduit. L'infantidisme existe isolé ou associé à d'autres affections dystrophiques. La plus fréquente de ces associations est le myxœdème infantile. Très fréquemment, on observe la coexistence de l'épilepsie, de l'hystérie. L'auteur a observé un cas de cette association de l'hystérie et de l'infantilisme chez une femme de trente ans qui paraissait n'en avoir que treize ou quatorze.

La pelade post-épileptique, par FÉRÉ (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, n° 4, p. 214). — L'auteur rapporte deux observations d'épileptiques chez lesquels il a constaté une alopécie en quelque sorte spontanée. Il a remarqué qu'à la suite des accès sériels surtout on voit se produire, chez certains épileptiques, une chute des cheveux laissant des plaques multiples arrondies, sans lésions de congestion ou de grattage. La peau et les cheveux ne présentent aucune altération. Ces faits, qui par leur évolution rappellent la pelade nerveuse, devraient être rangés parmi les troubles trophiques post-paroxystiques de l'épilepsie.

Aphasie transitoire observée au cours d'une pneumonie grippale, par PAILHAS (*Archives de neurologie*, n° 99, mai 1895). — Un ouvrier âgé de vingt-huit ans, ayant eu dans l'enfance des convulsions, est pris le 15 février dernier de frissons, de douleurs de tête, et des rachis. On rapporte ces symptômes à la petite épidémie d'influenza encore régnante. L'entourage du malade constatait à cette époque des crises transitoires d'aphasie plusieurs fois répétées dans les vingt-quatre heures, sans heures de retour fixe, et d'une durée variant entre quelques minutes et quelques heures. Le malade éprouvait de la difficulté à articuler les mots et son langage devenait fort peu intelligible. En même temps que ces troubles d'articulation des mots, il y avait de l'engourdissement et des fourmillements dans le membre supérieur droit qui disparurent bientôt, tandis que l'aphasie augmentait de durée de façons à devenir permanente. Au moment où l'auteur voit le malade, celui-ci présente de l'anxiété avec dyspnée et fréquence du pouls. Du côté du poumon congestion pneumonique à droite, tandis qu'à gauche il y a encore des phénomènes de bronchite. Le malade parle lentement et difficilement quand on l'interroge. Certaines lettres ne peuvent être prononcées et son langage ressemble à celui d'un enfant qui s'essaie à parler. La langue n'est pourtant pas déviée, les pupilles sont normales et la motilité des membres est conservée. Le malade saisit très nettement le sens de ce qu'il lit, mais n'articule pas mieux les mots lus que ceux qu'il prononce lui-même. Mort. Pas d'autopsie. L'auteur admet une détermination de la grippe sur le système nerveux cérébral et range son observation au nombre des cas d'aphasie transitoire pneumonique signalés par Chantemesse et Mouysset.

MÉDECINE

Myocardite alcoolique avec cirrhose secondaire du foie et albuminurie intermittente (Die alkoolische Myocarditis mit nachfolgender Lebererkrankung und zeitweiliger Albuminurie), par AUFRECHT (*Deut. arch. f. klin. med.*, 1885, vol. LIV, p. 615). — L'auteur attire l'attention sur un nouveau syndrome clinique qui jusqu'à présent a échappé à l'attention des observateurs et qu'il est plus facile d'observer dans la clientèle privée qu'à l'hôpital où les malades ne sont pas suivis.

Le syndrome clinique qui pour l'auteur serait une maladie autonome, comprend trois périodes distinctes. La première est caractérisée par la présence exclusive de symptômes cardiaques. Les malades, ordinairement des hommes de vingt-cinq à cinquante ans, constatent que depuis quelque temps ils sont sujets à de la dyspnée qui s'exagère à l'occasion des conversations prolongées, de la marche ou quand ils ont à monter des escaliers ; quelquefois encore les malades accusent une sensation de compression du cœur. A cette période l'examen du malade permet de constater une dilatation avec hypertrophie du cœur ; les bruits sont normaux ou bien il existe des souffles.

A l'hôpital on a rarement l'occasion d'observer cette première période de la myocardite alcoolique. Ordinairement chez les malades qui se présentent dans les hôpitaux, on trouve déjà de l'anasarque, de l'œdème des jambes, de l'ascite, de l'hypertrophie ou de l'atrophie du foie, de l'albumine dans les urines et, toujours, le cœur dilaté et hypertrophié avec ou sans souffles. Le tableau est alors celui de la néphrite chronique. Mais dans la clientèle privée il est facile de constater que le syndrome décrit plus haut constitue la période ultime de la maladie, et qu'à la première période de la myocardite succède une seconde caractérisée par la tuméfaction du foie, et une troisième se manifestant par l'apparition des phénomènes du côté des reins.

L'étiologie de cette myocardite et des complications du côté du foie et des reins, est l'abus d'alcool soit par goût, soit par obligation professionnelle.

Au point de vue anatomo-pathologique, les lésions du côté du cœur sont constituées par atonie de la fibre cardiaque avec dilatation des cavités et hypertrophie secondaire des parois, par un élargissement de la fibre musculaire et des espaces interstitiels, par une augmentation des noyaux des fibres musculaires, par un épaississement des parois des petites artérioles et, à la période ultime, par la fragmentation du myocarde.

L'hypertrophie du foie est due au début à une augmentation du volume des cellules hépatiques ; plus tard il survient une véritable cirrhose atrophique ou hypertrophique avec ou sans péri-hépatite. Les reins sont augmentés de volume, indurés mais ne présentent pas de lésions de néphrite. D'après l'auteur l'albuminurie intermittente qu'on observe chez ces malade tiendrait simplement à la congestion veineuse des reins, due à l'état de la circulation générale.

L'affection en question peut guérir presque à toutes les périodes de son évolution, plus sûrement au début qu'à la fin. La première condition de la guérison est l'abstention absolue de boissons alcooliques.

Traitement de la pneumonie par la digitale (Zur Behandlung der Pneumonia crouposa mit Digitalis), par NAEGELI-AKERBLOM (*Centralb. f. innere medic.*, 1895, n° 32, p. 769). — L'auteur qui a essayé dans soixante-quatre cas le traitement de la pneumonie par la digitale à haute dose suivant la méthode de Petresco (de Bucarest) résume les résultats qu'il a obtenus sous forme de conclusions suivantes :

1° La digitale à haute dose constitue un des moyens thépeutiques les plus puissants contre la pneumonie.

2° Elle cause une action favorable sur le cœur, les poumons et le sang.

3° Administrée à haute dose la digitale abrège la durée de la pneumonie et provoque une augmentation des leucocytes.

4° Les doses de un gramme de poudre de feuilles et les doses quotidiennes de quatre à cinq grammes sont supportées par les malades sans inconvénient.

5° L'hydrothérapie froide appuie dans ces conditions l'action de la digitale.

Bons effets de la saignée (Beitrag zur Wirkung der Blutentziehungen), par Klug (*Wien. med. Presse*, 1895, n° 31, p. 1198). — Trois observations où une unique saignée de cent cinquante grammes a amené rapidement la guérison : 1° chez un enfant de neuf ans, atteint de néphrite hémorrhagique aiguë avec phénomènes d'urémie; 2° chez un homme de trente-cinq ans, atteint de pleurésie exsudative ayant provoqué une dyspnée violente avec cyanose généralisée. Dans ce cas la saignée fit disparaître la dyspnée et hâta la résorption de l'épanchement dont il ne restait plus trace au bout de quinze jours; 3° chez un homme de trente-huit ans, atteint de d'irido-cyclite avec pleurésie; infectieuses toutes les deux.

CHIRURGIE

Involution puerpérale de l'utérus (Die puerperale Involution der Uterusmusculatur), par Broers (*Virch. Arch.*, 1895, vol. CXLI, p. 72). — D'après les recherches de l'auteur la diminution de l'utérus après l'accouchement serait due à la sortie du glycogène des fibres musculaires hypertrophiées où il se trouverait pendant la grossesse et à la résorption du liquide du tissu conjonctif inter-musculaire œdématié. Le glycogène, après avoir probablement subi certaines modifications chimiques, est repris par les lymphatiques.

Par le fait des contractions utérines, les vaisseaux se vident plus ou moins complètement de leur sang, tandis que la couche musculaire des artères en perdant également son glycogène, s'atrophie à son tour.

La sortie du glycogène des éléments musculaires hypertrophiés se manifeste déjà quelques heures après l'accouchement. Vers la fin de la première journée, apparaît un autre processus : la dégénérescence graisseuse des éléments musculaires. Peu marquée au début, la dégénérescence graisseuse s'accuse davantage les jours suivants si bien qu'à partir du cinquième jour l'atrophie des éléments musculaires relève presque exclusivement de ce processus. Les gouttelettes de graisse qui se forment dans les musculaires passent souvent dans le tissu conjonctif inter-musculaire où elles sont reprises par les vaisseaux sanguins et lymphatiques.

Au bout de dix jours les fibres musculaires de l'utérus reprennent ordinairement leurs dimensions normales, mais la résorption de graisse déposée dans le tissu interstitiel se continue encore pendant cinq semaines.

Môles hydatiformes et déciduomes malins (Die Histologie der Blasenmolen undihre Beziehungen zu den malingnvon den Chorionzotten angehenden Uterus-tumoren), par L. Fraenkel (*Arch. f. Gynækol.*, 1895, vol. XLIX. p. 481). — Le travail de l'auteur, basé sur six observations personnelles, aboutit aux conclusions suivantes :

1) Dans un nombre notable de cas, les tumeurs malignes des villosités du chorion et les déciduomes malins sont précédés de môles hydatiformes dont la sortie ou l'extraction n'a pas été complète.

2) Presque constamment on trouve dans les môles hydatiformes des proliférations du syncytium et de la couche des villosités choriales sous-jacentes. Au point de vue histologique ces proliférations sont équivalentes des éléments des tumeurs malignes du chorion et probablement des éléments des sarcomes déciduaux.

3) Très probablement les tumeurs malignes du chorion et les déciduomes précédés de môles hydatiformes proviennent de la prolifération des restes de ces môles hydatiformes.

Le pansement humide dans le traitement des plaies infectées (Beitrag zur Frage der Behandlung inficiter Wunden mit feuchten Verbanden), par Steinmetz (*Deut. Zeitschr. f. Chir.*, 1895, vol. XLI, p. 189). — Les recherches expérimentales faites par l'auteur sur la valeur comparative du pansement humide et du pansement sec dans le traitement des plaies infectées par des staphylocoques, chez des lapins, ont montré que la chaleur humide exerce une influence nuisible sur la marche de la plaie.

Sous l'influence du pansement sec, destiné à mettre seulement la plaie à l'abri des infections extérieures, la suppuration avait une tendance à se localiser, à ne pas s'étendre, tandis que sous l'influence de la chaleur humide le processus prenait un caractère grave, nettement gangreneux. La chaleur humide n'exerce aucune influence sur les tissus sains et n'y crée pas de prédisposition à la suppuration; mais il en est tout autrement des tissus infectés où elle provoque l'extension des processus inflammatoire ou de suppuration.

BIBLIOGRAPHIE

La neurasthénie sexuelle. Hygiène, causes, symptômes et traitement, par Beard; traduit de l'anglais par P. Rodet. Société d'éditions scientifiques, 1895.

Tout le monde sait la part considérable de Beard dans l'étude de la neurasthénie en général. Aussi est-ce avec plaisir que le public médical accueillera le nouveau travail de cet auteur sur la neurasthénie sexuelle.

Nous résumerons rapidement la substance des neuf chapitres qui constituent cet ouvrage : l'auteur commence par définir la neurasthénie maladie fonctionnelle chronique causée par un appauvrissement de la force nerveuse et une absence de réserve de cette force nerveuse. Un épuisement rapide et un appel trop souvent repété d'une mise en jeu des forces nerveuses en est la conséquence. Les modalités cliniques de cette affection sont très nombreuses. Une des plus importantes est précisément la neurasthénie sexuelle. A ce propos Beard étudie le sens sexuel qu'il compare au sens du goût. Puis il cherche les rapports de la neurasthénie avec les différentes intoxications, avec la malaria, la syphilis, etc. En ce qui concerne la syphilis, il admet que cette affection est rarement la cause de la neurasthénie.

L'étiologie de la neurasthénie sexuelle est très complexe; les mauvaises habitudes, les excès vénériens, le tabac, l'alcool, toutes les sources d'excitation de nature à amener de l'épuisement nerveux doivent-être incriminés. Par-dessus tout, l'auteur fait ressortir l'influence fâcheuse de la civilisation.

Les émissions séminales doivent être considérées à la fois comme effet et comme cause de la maladie. C'est l'occasion pour l'auteur d'entrer dans des considération intéressantes sur l'hygiène sexuelle.

La question du mariage et du célibat dans ces conditions méritait d'être étudiée. Elle doit être résolue suivant les sentiments de chaque individu. D'ailleurs, il n'y a pas à craindre l'hérédité : il n'y a pas, dit Beard, d'enfants mieux portants que ceux des neurasthéniques génitaux.

Le traitement comporte un certain nombre d'indications distinctes : Tout d'abord, traitement général qui est celui de toutes les formes de neurasthénie.

En somme, il faut recommander aux malades des distractions et surtout des occupations variées; ils doivent continuer à s'occuper de leurs affaires. Le massage sera utile chez les individus sédentaires ou trop faibles pour se livrer à des exercices physiques. L'influence des voyages est absolument illusoire chez les neurasthéniques chroniques.

Le traitement médical dépendra de l'état des malades et consistera en sédatifs locaux et généraux, toniques, électrisation surtout qui est très efficace. Les effets de l'électricité varient suivant la nature des courants employés et selon la façon dont on l'applique; les courants interrompus avec fil de bobine court et gros seront employés comme stimulants, les courants continus comme sédatifs. L'électricité statique rend également de grands services.

En ce qui concerne le traitement local, les sondes n'ont pas donné les résultats qu'on en attendait.

Le traitement chirurgical est indiqué lorsqu'il existe des vices de conformation de l'appareil génito-urinaire. Dans ce cas, le traitement supprime une cause d'irritation locale et permet au traitement médical d'agir plus efficacement.

M. Rodet a ajouté à ce chapitre une note sur le traitement hydrothérapique négligé par Beard.

Au traitement il faut joindre un régime : cette question est étudiée d'une façon fort intéressante dans le travail de Beard qui se croit en mesure d'appliquer la théorie de l'évolution à l'alimentation, puisqu'il part de ce fait que la neurasthénie est le produit de la civilisation.

Nous recommandons vivement le livre de Beard qui contient un grand nombre de faits originaux et intéressants sur lesquels parfois il y aurait lieu de discuter avant d'adopter entièrement les vues de l'auteur.

G. Marinesco.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Diagnostic des maladies des organes abdominaux (Diagnostik der Krankheiten der Bauchorgane), par H. Leo, professeur à la policlinique médicale de l'Université de Bonn. 2e édit., avec 45 figures. Berlin, Hirschwald, 1895. 1 vol. in-8°, de 500 pages.

Cet ouvrage appartient à une catégorie de livres fort utiles qui sont assez nombreux en Allemagne et font complètement défaut en France : c'est un guide clinique pour l'examen médical des malades qui se plaignent de troubles du côté des organes abdominaux, et l'auteur passe successivement en revue la séméiologie générale et spéciale de lésions stomacales, intestinales, péritonéales, hépatiques et biliaires, rénales, vésicales; il montre comment se pratique l'examen des urines, des fèces, du suc gastrique.

Traité pratique des maladies des enfants, par James F. Goodhart. Traduction française. 1 vol. in-8° de 636 pages. Paris. O. Doin, éditeur, 1895.

Ce traité de pathologie infantile, qui a obtenu un vif succès en Angleterre où il est parvenu à sa 4e édition, présente le caractère pratique des publications anglaises; les questions théoriques sont à peu près complètement laissées de côté et dans son ensemble l'ouvrage rappelle les leçons de Ch. West qui avaient eu jadis un vif succès; les descriptions cliniques sont cependant modernisées; on ne pourrait en dire autant de la thérapeutique, qui a un parfum très accentué d'archaïsme.

Thèses des Facultés.

Traitement des anévrysmes de la crosse de l'aorte par la ligature simultanée de la carotide primitive et de la sous-clavière droites, par Auguste Blacque.

Lorsque le traitement médical a été sans résultat, les anévrysmes de la portion ascendante droite de l'aorte sont justiciables de l'opération de la double ligature simultanée de la carotide primitive et de la sous-clavière droites, dont les avantages sont les suivants :

D'amener une amélioration considérable dans l'état de la poche anévrysmale ou même sa disparition.

D'être un traitement commun à l'anévrysme de la portion ascendante de l'aorte et à celui du tronc brachio-céphalique, lesquels sont souvent pris l'un pour l'autre.

De réduire au minimum les risques opératoires.

Cette opération est d'autant plus efficace que l'anévrysme est moins volumineux. Il y a donc avantage à intervenir de bonne heure et d'autant plus hardiment qu'on fait courir au malade un minimum de dangers.

Dans le cas où cette opération n'a pas eu un résultat satisfaisant, la gravité de la maladie elle-même était à incriminer ; rien ne permet de supposer que les autres traitements chirurgicaux connus, tels que la galvano-puncture, le procédé de Moore..., etc., auraient dû être préférés.

Pour que cette opération, dont les résultats ne peuvent être considérés comme constants, soit légitime, il faut qu'elle soit innocente : aussi étudiera-t-on avec soin les contre-indications de l'opération, tirées soit de l'état des viscères (cœur et reins en particulier), soit de l'état de perméabilité du système carotidien gauche.

La double ligature à droite n'a d'action curative que sur les anévrysmes siégeant sur le tronc innominé ou sur l'aorte ascendante. Elle ne peut qu'aggraver, en favorisant leur accroissement, les anévrysmes siégeant sur l'aorte à gauche de l'embouchure du tronc brachio-céphalique.

VARIÉTÉS

Concours de l'internat. — *Le droit de récusation.* — M. Lermoyez, médecin des hôpitaux, a été désigné par le sort comme membre du jury de l'internat et a accepté ces fonctions. Puis on aurait reçu à l'administration une lettre d'un candidat récusant M. Lermoyez comme parent d'un autre candidat, et sans plus ample informé, on aurait remplacé M. Lermoyez par un autre juge. Or il paraît que cette parenté est imaginaire. Le fait est-il exact? En tout cas, le procédé, si ce qu'on nous raconte est vrai, est inadmissible. Quel degré de parenté est admis entre juge et candidat? S'il y a parenté, la récusation peut-elle se faire ainsi lorsque le juge a accepté? Nous serions obligé à M. le directeur général de nous le faire savoir.

A. B.

Les titres scientifiques du baron Larrey. — Si quelqu'un semblait devoir échapper à la critique et n'être l'objet, au moment de sa mort, que des respectueux hommages de tous les médecins, c'était bien M. Larrey! Il avait brillamment débuté et conquis de haute lutte *par le concours* les situations qu'il a remplies. Il avait été un professeur écouté, un chirurgien habile. Son rôle d'administrateur avait pu motiver quelques réserves, mais son caractère était resté digne d'estime et de respect. Nous venons de lire cependant, non sans quelque tristesse, un article qui représente notre savant et vénéré confrère comme une nullité très galonnée. Il suffit aujourd'hui de vivre longtemps — c'est d'ailleurs une consolation quand on vit bien — pour voir oublier tout ce qu'on a pu faire au début d'une carrière scientifique quelque honorable qu'elle ait été. Rappelons donc, pour éclairer la religion de ceux qui se montrent si sévères, les titres scientifiques du baron Larrey. Aux travaux cités par le *Progrès médical*, ajoutons un *Mémoire sur les plaies de vessie par armes à feu* que la *Société de chirurgie* a discuté en 1851 et un *Mémoire sur les plaies pénétrantes de l'abdomen* (1845). Disons aussi que Larrey a concouru en 1835 devant des juges qui s'appelaient J. Cloquet, Gerdy, Marjolin, Roux, Blandin, Laugier et Sanson, et contre trente-six concurrents au titre d'agrégé de la Faculté de médecine de Paris.

Ce titre, comme celui de vice-président de l'Association générale, a été supprimé sur son billet de faire-part tandis qu'on y a fait mention de la *Société médicale d'émulation* qui a cessé d'être depuis quinze ans. Peu importe d'ailleurs. Larrey a été élu agrégé le troisième sur une liste qui comprenait Sédillot, Lenoir, Larrey et Malgaigne. Ce qui est bizarre dans son concours, c'est qu'au moment où la question écrite : « Ruptures du vagin et de la matrice pendant la grossesse et l'accouchement » fut proclamée, les trois médecins militaires qui étaient candidats furent sur le point de se retirer. Sur l'insistance de Larrey, ils restèrent et tous trois (Malgaigne venait de démissionner comme médecin de l'armée) furent nommés.

Qu'on lise dans les journaux de l'époque le récit de ce concours. On verra si l'opinion publique n'a pas ratifié le jugement du jury.

Un nouveau lazaret pour les rapatriés. — Le ministre de l'intérieur vient de céder temporairement le lazaret à la marine, dans la presqu'île des Sablettes, pour recevoir les rapatriés de Madagascar. Les locaux vont, dès à présent, être mis en état de recevoir des malades et des convalescents au nombre de six cents.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et Dubuisson
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

REVUE GÉNÉRALE

Traitement des formes pernicieuses du paludisme.

Dans une précédente revue nous avons résumé les principales règles du traitement de la fièvre intermittente, traitement fort simple, puisqu'il consiste exclusivement en l'administration d'un sel de quinine par la voie buccale, suivant certaines règles acceptées par l'universalité des praticiens.

Fort complexe, au contraire, est le traitement des formes pernicieuses du paludisme. Sans doute, la quinine, comme dans la fièvre intermittente, constitue ici encore l'agent médicamenteux par excellence, mais sa valeur spécifique, pour ainsi dire absolue dans les formes communes du paludisme, n'est plus que relative, car certains accès pernicieux foudroient le malade en quelques heures, alors même que la quinine a été administrée dès le début de l'accès et à doses convenables. D'autre part, les aspects cliniques que revêt l'accès pernicieux sont des plus variables et à chaque forme répondent des indications thérapeutiques particulières, car dans les accès pernicieux la médecine des symptômes a une très grande importance, alors que le traitement symptomatique est absolument inutile ou inefficace dans l'accès intermittent simple.

Avant de passer en revue les différentes formes de l'accès pernicieux, il est nécessaire d'indiquer le mode d'administration des sels de quinine, mode qui ne varie pas, quelle que soit la forme de l'accès.

La quinine, dans l'accès pernicieux, doit être donnée à hautes doses et son absorption doit avoir lieu dans le minimum de temps possible ; c'est dire que la voie hypodermique doit être choisie, à l'exclusion de toute autre, pour l'administration du précieux fébrifuge ; en effet, les fortes doses sont rejetées par les vomissements à peu près constamment, et, d'autre part, l'absorption est infiniment moins rapide par la voie gastrique que la voie hypodermique.

Tous les sels de quinine ne peuvent être utilisés indifféremment pour les injections sous-cutanées. Il faut, en effet, que le sel à injecter réalise les conditions suivantes : qu'il soit suffisamment soluble, qu'il soit suffisamment riche en quinine ; enfin que sa solution se conserve pendant une assez longue durée.

Le sel le plus soluble est le chlorhydrate neutre ou bichlorhydrate de quinine dont une partie fond dans 0,66 d'eau ; viennent ensuite le sulfovinate neutre (une partie soluble dans 0,70), le lactate neutre (une partie soluble dans 2.00), le sulfovinate basique soluble dans 3,30 d'eau, le bromhydrate neutre ou bibromhydrate soluble dans 6,33 d'eau, etc.

En ce qui concerne la richesse en quinine, le premier rang échoit au chlorhydrate basique qui renferme 81,71 d'alcaloïde ; le chlorydrate neutre ne vient qu'au second rang (81,61). Le lactate neutre qui est très soluble n'occupe que le septième rang au point de vue de la richesse en quinine.

Quant aux sulfovinates neutres ou basiques qui sont suffisamment solubles pour être employés en injections et dont l'un, le basique, est, d'autre part, riche en alcaloïde (72,16), ils ne peuvent se conserver ; on ne peut guère les utiliser que le jour même de leur préparation ; car les sulfovinates se décomposent au contact de l'eau en donnant naissance à leurs deux principes constituants : l'alcool et l'acide sulfurique.

On peut conclure de ce qui précède que le chlorhydrate neutre ou bichlorhydrate présente sur les sels précédents une supériorité marquée puisqu'il est le plus soluble de tous et très riche en alcaloïde ; d'ailleurs, ses solutions se conservent bien ; c'est donc à lui qu'il faut donner la préférence.

Quelques médecins emploient cependant le bromhydrate, mais alors l'addition d'alcool est nécessaire pour obtenir une solution suffisamment concentrée de sel ; Gubler formulait ainsi la solution de bromhydrate de quinine pour les injections hypodermiques :

Eau distillée	18	grammes.
Alcool	4	—
Bromhydrate de quinine	2	—

d'autres emploient comme dissolvant l'alcool et l'éther associés ; tel le docteur Klein de Khaïfa (Syrie) qui utilise la solution suivante :

Bromhydrate de quinine	2	grammes.
Ether sulfurique	8	—
Alcool	2	—

Chaque seringue de Pravaz contient vingt centigrammes de sel.

Le bichlorhydrate exigeant uniquement de l'eau pour

se dissoudre mérite à tous égards la vogue dont il jouit actuellement. Sa grande solubilité avait été découverte par Vitali en 1872, mais elle était restée inconnue en France jusqu'au mémoire de MM. de Beurmann et Villejean.

La formule suivante est recommandée par eux :

Bichlorhydrate de quinine.....	5 grammes.
Eau distillée..................	Qs.
	pour faire 10 centimètres cubes.

Un centimètre cube de cette solution contient cinquante centigrammes de bichlorhydrate. Il est à remarquer que cette solution n'est pas la solution saturée; mais elle représente la limite de concentration que l'on puisse donner à une solution de quinine pour que les injections faites avec cette solution ne déterminent pas de trop vives douleurs, ni d'accidents locaux graves. Si l'on veut injecter plus de cinquante centigrammes à la fois, il faut multiplier les injections.

Une injection de quinine peut être excessivement douloureuse si la solution est très concentrée, si elle est trop froide, enfin si l'injection est poussée très rapidement. Sans doute, chez les malades en proie à l'accès pernicieux et dont la sensibilité est très émoussée ou nulle, il n'y a guère lieu de se préoccuper de la douleur, néanmoins il faut éviter, dans la mesure du possible, cette douleur et l'on y remédie, nous l'avons dit, par l'usage de solutions peu concentrées; il suffit de multiplier les injections, la piqûre produite par l'introduction de l'aiguille étant par elle-même insignifiante et la répétition des injections ne présentant par suite aucun inconvénient. D'autre part, on évite encore la douleur en chauffant légèrement la solution de façon à la porter à une température voisine de celle du corps et, de plus, en procédant avec lenteur aux injections.

Les injections concentrées n'ont pas seulement l'inconvénient de provoquer de vives douleurs, elles ont encore celui, plus grave, de déterminer des eschares, surtout si elles sont pratiquées dans des régions pauvres en tissu cellulaire et soumises à des pressions, ou bien encore chez des malades anémiés, plus ou moins cachectiques, ou encore atteints de diabète, d'albuminurie.

Toute injection sous-cutanée de quinine laisse à sa suite une nodosité, dès que le titre de la solution dépasse vingt centigrammes par centimètre cube; les nodosités sont d'autant plus volumineuses que la solution est à un plus grand degré de concentration; elles sont plus ou moins douloureuses, mais elles n'aboutissent pas à la suppuration si la solution est aseptique et si l'injection a été faite suivant les règles ordinaires de l'antisepsie.

L'accident le plus grave qui puisse suivre l'injection et qui, d'ailleurs, n'est pas particulier aux injections de quinine est l'introduction de la solution dans une veine. On peut toujours l'éviter en pratiquant l'injection en deux temps, c'est-à-dire en enfonçant d'abord l'aiguille et en n'adaptant à celle-ci le corps de pompe qu'après s'être assuré qu'aucune goutte de sang ne s'est écoulée.

Les formes pernicieuses du paludisme exigent l'emploi de doses élevées de quinine. Un gramme de sel constitue une dose quotidienne minima; il faut souvent injecter deux, trois grammes et même davantage; toutefois il faut se garder d'aller trop loin dans cette voie. Les médecins qui ne sont pas encore rompus à la pratique de leur art dans les pays chauds ont une tendance instinctive à prescrire la quinine à doses trop élevées, pendant un temps trop long, et surtout dans des affections qui du paludisme n'ont que les apparences; nous ne pouvons que signaler ces erreurs de diagnostic si fréquentes de la part des novices. Quant aux dangers de l'administration de la quinine à doses massives, ils peuvent être tels que la mort peut être la conséquence d'une médication intensive, surtout si les reins des malades présentent des altérations; en tout cas, l'abus de la quinine peut entraîner des désordres irrémédiables, tels que la cécité, ou des désordres passagers, tels que la perte de la mémoire, la surdité, l'albuminurie, des érythèmes, etc..., sans compter les inconvénients spéciaux à la femme (troubles menstruels, avortement).

Ces prémisses posées, demandons-nous en quoi consiste la perniciosité et si l'élément pernicieux implique des indications thérapeutiques spéciales? La perniciosité est caractérisée cliniquement par ce fait qu'elle fait courir un danger immédiat au malade qui est atteint d'un accès. On a beaucoup discuté sur ses causes; les uns les ont cherchées dans l'agent infectieux qui serait doué d'une virulence particulièrement intense; les autres, dans les conditions du terrain, dans la débilité de l'organisme, affaibli par des maladies antérieures. L'opinion communément admise aujourd'hui est une opinion éclectique. Certains sujets vigoureux peuvent être atteints d'emblée et emportés par un accès pernicieux, sans qu'aucune tare organique ne les ait mis en état de moindre résistance; il y a des épidémies où les formes pernicieuses prédominent de même qu'il y a des épidémies de diphthérie, de scarlatine, etc., malignes. Mais si la fièvre pernicieuse peut être causée par l'exagération de la virulence des plasmodies, elle revêt des caractères de gravité plus ou moins grands suivant l'organisme qu'elle affecte.

Les phénomènes de perniciosité peuvent apparaître aux différents stades de l'accès; toutefois, ils ont rarement lieu à la première période; c'est habituellement pendant le stade de chaleur ou bien au début du stade de sueur qu'ils se manifestent.

En général, lorsque le frisson se prolonge pendant une durée anormale, il faut craindre l'apparition de phénomènes pernicieux.

La forme la plus fréquente est la *pernicieuse algide* qu'on ne saurait mieux caractériser qu'en comparant l'aspect des malades à celui des cholériques; comme ces derniers, ils ont le pouls filiforme, la voix éteinte, la langue froide, la peau visqueuse et des plaques de cyanose, de l'anurie, souvent aussi des vomissements, des crampes, des selles riziformes. Les fonctions intellectuelles sont intactes. En raison des analogies frappantes que présente l'accès algide avec le choléra, on conçoit que des erreurs de diagnostic aient été commises fréquemment.

En présence d'un accès algide il faut immédiatement avoir recours aux injections hypodermiques de bichlorhydrate de quinine et injecter d'emblée un gramme de sel, puis, sans tarder, avoir recours aux stimulants diffusibles; ce serait, en effet, une singulière illusion que de croire avoir paré à toute éventualité à l'aide des seules injections de quinine; la médication de l'algidité a une importance au moins aussi grande que celle de l'administration de la quinine; celle-ci a surtout pour effet d'éviter des accès subintrants qui seraient sûrement mortels; mais le traitement du syndrome : algidité est d'une importance capitale; il peut suffire à tirer les malades du danger, alors même que la quinine n'a pas été injectée.

Contre l'algidité on met en œuvre tous les stimulants diffusibles : éther, liqueur d'Hoffmann, acétate d'ammoniaque, camphre. L'*éther*, la *liqueur d'Hoffmann* (mélange à parties égales d'éther et d'alcool) s'emploient surtout en injections hypodermiques; le *camphre*, l'*acétate d'ammoniaque* peuvent se donner en potion ou en lavements.

Le docteur Klein prescrit :

Camphre	1	gramme.
Sirop d'éther	40	—
Cognac ou rhum	60	—
Sirop d'oranges amères	30	—
Eau	70	—

Toutes les dix minutes une cuillerée à soupe.

Le *marteau de Mayor* constitue une ressource précieuse pour ramener à la vie des agonisants en l'absence de tout agent médicamenteux. Les *bains sinapisés* peuvent être également très utiles, ainsi que les *ventouses sèches*, les *frictions térébenthinées*, etc., en un mot, tous les agents de révulsion. Si les vomissements sont fréquents on donne la *glace* en fragments, de l'*eau champagnisée* et glacée, la *potion de Rivière* additionnée d'un centigramme de *morphine*.

Dutrouleau ne craignait pas de prescrire, en pareil cas, l'ipéca; nous ne savons si beaucoup de médecins seraient tentés d'imiter son exemple.

Les troubles intestinaux prédominent-ils, l'*opium* sous forme d'extrait, ou bien de laudanum ou mieux encore d'élixir parégorique doit être administré.

Si l'accès est nettement cholériforme (selles fréquemment répétées, anurie), on pourrait avoir recours à la *transfusion veineuse ou sous-cutanée de sérum artificiel*.

Une fois la médication symptomatique instituée de la façon qui vient d'être indiquée, on pratique une nouvelle injection de quinine de façon à ce que la dose de la journée atteigne deux à trois grammes; cette méthode de fractionnement relatif de la quinine paraît plus utile que celle qui consiste à injecter d'emblée en une seule fois deux ou trois grammes de quinine avant qu'on n'ait tenté de tirer le malade du collapsus. « Je craindrais, dit le docteur Dubergé, qu'une rapide et massive absorption de quinine, chez un malade dans cet état, n'augmente le collapsus et ne le rende mortel avant qu'on ait fait ce qu'il y avait de plus nécessaire pour le conjurer. » (Dubergé, *le Paludisme*, 1896.)

Ce traitement mixte par la quinine et les stimulants diffusibles a, d'ailleurs, l'avantage de convenir en cas d'erreur de diagnostic, dans le cas, par exemple, où le malade que l'on croit atteint de fièvre pernicieuse algide est atteint de choléra ou bien d'une simple indigestion. Une fois l'accès terminé, on administre la quinine à doses modérées :

Chlorhydrate de quinine	4	grammes.	
Extrait mou de quiquina	2	—	
Cognac	80	—	
Sirop simple	60	—	
Eau	100	—	(Klein)

trois verres à liqueur le premier jour après l'accès, et deux cuillerées à soupe les jours suivants.

L'alimentation doit être substantielle: lait, œufs, viandes; toutefois, on doit la réglementer sévèrement s'il y a eu prédominance de troubles digestifs et, dans ce cas, la réduire pendant les premiers jours à l'usage du lait, de l'eau albumineuse, de la viande pulpée.

L'accès pernicieux comateux est très fréquent; il survient de préférence chez les alcooliques ou bien vient compliquer une affection préexistante, médicale ou chirurgicale.

Les malades doivent être couchés la tête haute et débarrassés de tout vêtement susceptible d'entraver la circulation céphalique et la respiration.

Pour agir sur les phénomènes congestifs, on peut avoir recours à la *saignée* qui est rarement utilisée, il faut le reconnaître, les médecins craignant d'aggraver encore l'anémie qui est la conséquence inévitable de l'accès palustre; toutefois on ne devra pas hésiter à saigner les individus jeunes et vigoureux, qui ont le pouls ample, les yeux injectés, du trismus.

Dans tous les cas, on doit exercer une dérivation sur l'intestin à l'aide des purgatifs, et le meilleur moyen consiste à administrer le *lavement purgatif* du Codex au sené et au sulfate de soude (sené dix à quinze gramm[illegible] sulfate de soude vingt à trente grammes). On fait [illegible] révulsion cutanée en promenant des sinapismes sur le corps (avoir bien soin de les changer de place fréquemment) et l'on obtient la réfrigération de la tête par les applications de compresses froides ou mieux encore par les grandes *affusions froides*.

En général, c'est par ce traitement symptomatique que l'on doit commencer, mais dès que les soins les plus urgents ont été donnés, on injecte la quinine à des doses variant entre deux et quatre grammes dans les vingt-quatre heures.

Une fois l'accès terminé, on continue à donner la quinine à doses moindres (un gramme par jour), et l'on recommande aux malades d'observer une hygiène sévère pour éviter, dans la mesure du possible, toute manifestation cérébrale nouvelle du paludisme, c'est-à-dire qu'on leur interdit l'usage du tabac, de l'alcool surtout, le surmenage intellectuel; qu'on leur recommande de prendre les plus grandes précautions contre l'insolation, de combattre la constipation, s'il y a lieu, etc.

Chez certains malades l'accès pernicieux revêt la *forme convulsive*; ici encore la médication du symptôme est de la plus haute importance; le *bromure de potassium* rend les plus grands services dans ces cas. Les lotions fraîches peuvent être utiles; on s'enquiert, d'autre part, de l'état du tube digestif et souvent l'administration d'un anthelmintique permet d'expulser des parasites intestinaux, cause provocatrice des accidents convulsifs.

Dans quelque, cas, le *délire* est le symptôme prédominant de l'accès, il est, d'ailleurs, souvent provoqué par l'alcoolisme du sujet; il faut alors administrer l'*opium* et le *chloral*.

L'*accès syncopal* est rare; c'est le traitement habituel de la syncope qu'il faut instituer : excitation de la peau et de la muqueuse nasale par des flagellations, des inhalations d'ammoniaque; injections d'éther, de caféine, lavements stimulants, inhalation d'oxygène, respiration artificielle, tractions rythmées de la langue.

Il sera peut-être parfois nécessaire de ponctionner un épanchement pleural, péricardique, ascitique.

On réserve le nom d'*accès pernicieux pneumoniques* aux accès où la congestion pulmonaire joue le principal rôle et est assez intense pour compromettre l'existence. Leur apparition est souvent favorisée par une affection pulmonaire antérieure. Outre le traitement spécifique, les applications de *ventouses*, les *inhalations d'oxygène* sont particulièrement indiqués.

La *pernicieuse typhique* est caractérisée par une température excessive (plus de 40°), la sécheresse de la peau, le délire ou la prostration, l'anurie, la constipation. Le malade peut mourir en hyperthermie.

L'indication essentielle, en dehors du traitement quinique, est d'obtenir la réfrigération au moyen des *lotions froides* ou même des *bains froids*. De plus, on donnera des lavements à l'eau froide pour provoquer les selles, des boissons fraîches.

L'origine paludéenne des *accès bilieux hématuriques* ou *hémoglobinuriques* a été contestée, sans doute parce la quinine échoue souvent dans le traitement de ces accès et aussi parce qu'on les observe avec une fréquence très inégale dans les diverses contrées où sévit le paludisme. Cependant, il existe des preuves indéniables de cette origine; c'est tout d'abord leur alternance avec des accès non hémoglobinuriques, c'est la succession des

trois stades dans certains accès, enfin l'action préventive de la quinine.

Tout malade ayant une altération antérieure des reins est exposé de ce chef aux formes hémoglobinuriques du paludisme; aussi le régime lacté doit-il être observé avec rigueur en pays palustre.

Dans l'accès hémoglobinurique le traitement par la quinine est accessoire; il peut même être nuisible quand il y a anurie.

Ce qui importe surtout, c'est de combattre l'état bilieux par l'*ipéca* aux doses habituelles (un gramme cinquante centigrammes) et les vomissements, s'ils persistent après l'administration de l'ipéca. Le *champagne glacé* est un bon moyen de les arrêter.

Le *calomel* est, d'autre part, fort utile en pareil cas, comme cholagogue, ainsi que les *grands lavements*. Pour combattre la congestion rénale, on peut appliquer des *ventouses sèches ou scarifiées*; le *régime lacté* est de rigueur.

Contre les accidents cérébraux, l'*aloès* à petites doses, la *réfrigération encéphalique* et même l'application de *sangsues* aux apophyses mastoïdes sont les moyens à employer; la dyspnée (d'origine urémique) réclame l'emploi des *bromures* et des *inhalations d'oxygène*. S'il existe enfin du collapsus on aura recours aux *injections d'éther*.

Après l'accès, le régime lacté devra être continué pendant longtemps; on y joindra l'usage des alcalins.

Plus tard, pour combattre l'état anémique intense qui est la conséquence de la destruction d'un nombre considérable d'hématies au cours de l'accès, on donnera le fer, l'arsenic.

Telles sont les principales règles du traitement des accès pernicieux; elles peuvent se résumer ainsi :

Instituer toujours et le plus rapidement possible le traitement spécifique par la quinine à haute dose, administrée par la voie hypodermique.

Faire dans tous les cas le traitement des symptômes qui mettent la vie en danger; attendre même parfois les premiers résultats de ce traitement avant d'injecter la quinine, celle-ci injectée d'emblée, à doses massives, pouvant rester sans effet ou même aggraver l'état du malade, comme par exemple dans le cas de très grave algidité, de convulsions intenses, d'anurie absolue, etc.

Tout en donnant de hautes doses de quinine dans les vingt-quatre heures, on aura soin de fractionner ces doses.

On devra toujours s'efforcer de prévenir le retour des accès pernicieux, non seulement par l'administration de la quinine à la suite de l'accès, par la prescription des règles de la prophylaxie générale du paludisme, mais encore et surtout en combattant les maladies, les causes prédisposantes susceptibles de donner aux accès à venir le caractère pernicieux; c'est dire que l'on devra traiter avec le plus grand soin les affections gastro-intestinales, pulmonaires, rénales, nerveuses existant chez les personnes qui séjournent dans les pays palustres.

G. LYON.

TRAVAUX ORIGINAUX

Teinture de cantharides et albuminurie, par M. DU CAZAL, médecin principal, professeur au Val-de-Grâce.

Dans la séance du 4 octobre 1892, M. Lancereaux, dans une communication sur *l'albuminurie au point de vue thérapeutique*, disait : « Quand l'urémie a cessé, il reste à chercher à modifier les tissus altérés, et la médication varie nécessairement, suivant que ce sont les tissus conjonctivo-vasculaires ou les tissus épithéliaux qui sont en jeu; car, si dans le premier cas l'iodure de potassium doit être préféré, dans le second c'est la cantharidine qui m'a donné les meilleurs résultats. Je citerai, comme preuve, deux jeunes femmes atteintes de néphrite épithéliale avec albuminurie et anasarque considérable, qui ont guéri en moins de trois mois sous l'influence de ce médicament. »

Et comme l'efficacité de ce traitement, annoncée par lui, était mise en doute par un de ses plus savants collègues, M. Lancereaux, piqué au jeu, précisait : « J'ai en ce moment, dans mon service, ajoutait-il, une malade âgée de trente ans, atteinte d'une anasarque considérable, et qui n'urinait que cinq cents grammes par vingt-quatre heures; deux jours après l'administration de douze gouttes de teinture de cantharides, les urines sont redevenues abondantes et au bout de huit jours l'anasarque avait disparu. »

La question en discussion était certes d'une grande importance : la néphrite catarrhale aiguë est toujours une affection redoutable, entraînant souvent la mort des malades par les accidents urémiques et les phénomènes congestifs qu'elle détermine et devant laquelle le médecin est trop souvent impuissant.

Trois ans pourtant se sont écoulés depuis la communication de M. Lancereaux sans que personne, à notre connaissance, soit venu confirmer ou infirmer les résultats, importants cependant, je le répète, annoncés par l'éminent académicien.

Est-ce à dire que ce traitement est tellement classique, qu'il a tellement pour lui le *consensus omnium*, qu'il n'y a plus lieu de le discuter?

Sans doute M. Laboulbène et M. Olivier ont rappelé qu'il était employé avec succès par Reyer et Grisolle. Mais cependant M. le professeur Germain Sée traitait les affirmations de M. Lancereaux *d'hérésies physiologiques aussi contraires à la théorie qu'à la pratique*. Ce qui prouve tout au moins que l'accord n'est pas absolu.

A quoi attribuer ce silence? Peut-être au peu d'intérêt que les médecins apportent aujourd'hui aux questions de thérapeutique, au peu de curiosité qu'elles éveillent parmi eux.

J'ai, depuis la communication de M. Lancereaux, eu l'occasion, dans un certain nombre de cas de néphrites, d'appliquer le traitement préconisé par lui, et ce sont les résultats que j'ai obtenus à mon tour que je consigne ici.

Je m'empresse de dire qu'ils ont été de tous points confirmatifs de ceux qu'il annonçait à l'Académie.

Bien que j'aie employé le traitement plus souvent, je ne rapporterai dans ce travail que les observations de cinq malades traités à l'hôpital, ne possédant pas les observations de trois autres malades traités en ville.

Dans ces cinq cas, quatre fois le traitement par la teinture de cantharides a amené la guérison complète des malades, et ce résultat a été obtenu avec une surprenante rapidité; dans le cinquième, je n'ai pu obtenir qu'une amélioration considérable, mais non la guérison.

Les trois premières observations sont celles de malades atteints de néphrite aiguë de cause mal définie, peut-être *a frigore* et, pour un cas, consécutive à une pneumonie traitée par l'eau froide.

Les deux dernières observations sont relatives à des néphrites d'origine scarlatineuse.

OBS. I. — G. F..., âgé de vingt-deux ans, soldat au 31e d'artillerie, entré à l'hôpital le 24 mars 1894.

Incorporé en novembre 1893, il a fait son service, sans

interruption, jusqu'aux premiers jours de mars 1894. A cette époque il a été envoyé une première fois à l'hôpital pour une adénite cervicale.

Il n'y resta que quelques jours, dans un service de chirurgie, et c'est le lendemain même de son retour au quartier qu'apparaissent les premiers symptômes de la maladie pour laquelle il entra dans mon service.

Le 22 mars, en effet, il remarqua, au réveil, qu'il mettait difficilement ses chaussures et fut étonné dans la journée de constater qu'elles le serraient.

Interrogé sur la cause à laquelle il attribue ces accidents, le malade répond que c'est venu tout seul et ne se souvient pas, en particulier, de s'être refroidi.

Peut-être, pendant son séjour à l'hôpital où se trouvaient un assez grand nombre de scarlatineux, a-t-il eu une scarlatine fruste qui aura passé inaperçue dans le service de chirurgie où il avait été placé.

Cependant nulle part, ni aux mains ni aux pieds, on ne trouve trace de desquamation et le malade affirme n'avoir pas eu la moindre angine.

Quoi qu'il en soit de cette question d'étiologie, l'œdème des membres inférieurs ne tarda pas à envahir le corps tout entier et le malade, s'étant présenté à la visite, fut immédiatement renvoyé à l'hôpital où il arriva le 24 mars.

Au premier examen on trouve un œdème diffus, d'intensité moyenne, généralisé à toute l'étendue du tégument externe. La pression du doigt laisse partout un profond godet. La face est blême et bouffie, mais l'œdème, pour si généralisé qu'il soit, paraît cependant plus marqué aux membre inférieurs qui ont été envahis d'abord, qu'à la face.

En même temps que l'œdème s'était développé, la langue avait augmenté de volume et cette augmentation de volume était assez considérable pour gêner beaucoup la mastication.

Le malade se plaint d'une grande gêne à respirer; l'auscultation de la poitrine fait entendre des râles de bronchite et des râles fins d'œdème pulmonaire.

Les bruits du cœur sont un peu sourds, mais on ne perçoit pas de bruit de galop.

Les artères présentent leur élasticité normale.

L'appétit est conservé; les fonctions de l'intestin s'exécutent normalement.

Du côté du système nerveux on note une forte céphalée contemporaine de l'œdème.

Le malade dit uriner beaucoup moins depuis qu'il est enflé; cependant il rend environ mille cinq cents grammes d'urine pendant les premieres vingt-quatre heures de son séjour à l'hôpital. Ces urines sont jaunes, claires; elles ne renferment ni sang ni pus. L'analyse y décèle une très abondante quantité d'albumine qui, malheureusement, n'a pas été dosée; du moins le chiffre n'a-t-il pas été conservé!

Le 25 mars, le malade est mis à la diète lactée absolue et, dès le lendemain, je commence l'administration de la teinture de cantharides à la dose initiale de quatre gouttes, augmentée chaque jour de deux gouttes, jusqu'à concurrence de seize gouttes, chiffre qui sera atteint le 3 avril, et que je n'aurai pas besoin de dépasser pour obtenir la disparition complète de l'albumine de l'urine et la guérison de la néphrite.

Je transcris ici textuellement l'observation — je pourrais dire les impressions — prise par le médecin stagiaire du service, M. le docteur Remlinger :

Dès l'institution du traitement la polyurie remplace l'oligurie qui avait existé jusque-là. Le malade, qui n'urinait que deux fois par vingt-quatre heures, urine cinq ou six fois par jour et une ou deux fois par nuit; de mille cinq cents centimètres cubes, les urines émises passent à mille huit cents, deux mille centimètres cubes et atteignent bientôt trois litres en vingt-quatre heures. Dès le 28 mars, surlendemain du jour où a commencé le traitement, on note la rétrocession de l'œdème; cette rétrocession paraît s'effectuer d'abord par la face; *en quatre jours elle est complète*.

L'analyse des urines pratiquée le 1er avril ne révèle plus que des traces d'albumine. En quatre jours également tous les autres phénomènes présentés par le malade à son entrée à l'hôpital ont à peu près disparu : la céphalalgie et la tuméfaction de la langue ont été les premiers à céder; puis la toux a cessé et le malade n'a plus accusé aucune gêne du côté de la fonction respiratoire.

Le 1er avril, il se sent très bien et demande à ce que son lait soit remplacé par un régime solide.

Le 4 avril, toute trace d'albumine a disparu de l'urine et l'on supprime la teinture de cantharides.

Le 5 avril, on donne à manger au malade qui continue cependant encore pendant quelques jours à boire du lait, mais qui revient bientôt au régime ordinaire.

Il quitte l'hôpital le 10 mai pour aller jouir dans sa famille d'un congé de convalescence, sans qu'à aucun moment l'albumine ait reparu dans ses urines.

Cette observation, quoique bien incomplète, m'a paru pourtant intéressante à publier dans ce travail : c'était la première fois que j'employais la teinture de cantharides dans la néphrite aiguë et j'avais, je dois l'avouer, peu de confiance dans son action.

Aussi fus-je profondément surpris du résultat, de la rapidité avec laquelle il fut obtenu, et de la persistance de la guérison. Je puis ajouter que cette surprise fut partagée par mon entourage.

Je me promis de répéter l'expérience à la première occasion et de m'assurer s'il y avait eu là autre chose qu'une coïncidence! Cette occasion me fut bientôt offerte, à propos précisement d'une néphrite des plus graves qui se puissent observer et qui présenta les complications les plus redoutables.

Obs. II. — Goa..., âgé de vingt-trois ans, entre à l'hôpital le 17 décembre 1894, pour une pneumonie fibrineuse à caractère très sévère, occupant tout le lobe supérieur droit.

Cette pneumonie fut traitée par les bains froids à 25 degrés et par l'enveloppement permanent du thorax avec des compresses trempées dans l'eau froide et renouvelées toutes les heures pendant le jour, toutes les deux heures pendant la nuit.

Ce traitement fut continué jusqu'au jour de la défervescence qui ne se produisit que le 26 décembre, au douzième jour de la maladie.

La convalescence fut des plus franches et le malade ne présenta pas le plus petit accident jusqu'au 15 janvier, jour où se trouvant tout à fait bien, il demande sa sortie pour aller jouir dans sa famille d'un congé de convalescence.

Il devait donc quitter l'hôpital le lendemain matin.

Ces détails fixent bien le jour, on pourrait même dire l'heure de l'apparition de la maladie nouvelle.

Ce même jour, en passant devant cet homme vers trois heures de l'après-midi, je remarquai que sa face présentait une pâleur et une bouffissure tout à fait singulières, qui n'existaient certainement pas le matin, et qui me firent immédiatement songer à la possibilité d'une néphrite.

Interrogé, cet homme me répond qu'il va bien, mais qu'il se sent seulement un peu faible.

L'urine, examinée sur le champ, se prend en masse sous l'influence de la chaleur.

Je fais, bien entendu, suspendre la sortie. Le lendemain matin, à ma visite, j'apprends que la température a été la veille de 40° C. et que le malade, pendant la nuit, a vomi cinq ou six fois des matières bilieuses.

Il accuse un point de côté à droite, tousse et présente une dyspnée qui paraît déjà considérable.

Le crachoir renferme une grande quantité de crachats sanglants indiquant une forte congestion pulmonaire et l'examen direct de la poitrine confirme ce diagnostic.

J'abrège cette partie de l'observation : du 16 janvier au 18 février, le malade faillit, à plusieurs reprises, succomber à l'asphyxie provoquée tantôt par l'œdème et par les congestions pulmonaires qui firent plusieurs fois monter la température au-dessus de 40° C., tantôt aux phénomènes dus à l'intoxication urémique. Les urines descendirent à quatre cent cinquante centimètres cubes par vingt-quatre heures et l'analyse y décela jusqu'à douze grammes cinquante centigrammes d'albumine par litre.

L'emploi de la digitale associée, comme l'a conseillé M. Albert Robin, à l'iodure de potassium et à l'ergotine; du bicarbonate de soude et de la caféine parviennent à enrayer ces accidents et à augmenter la diurèse, si bien que, le

18 février, le malade rendait, par vingt-quatre heures, près de quatre litres d'urine; mais cette urine contenait encore près de trois grammes d'albumine par litre.

C'est alors que je commençai l'administration de la teinture de cantharides dont je n'avais pas osé faire usage plus tôt à cause de l'extrême acuité des phénomènes présentés par le malade. J'ai eu tort! et je serais aujourd'hui plus hardi.

Le tableau suivant permet de saisir facilement le résultat du traitement qui fut plus long à agir que dans l'observation précédente, parce que, sans doute, le cas était plus grave; les lésions, les altérations de l'épithélium rénal plus avancées; mais qui cependant, par une marche plus lente, mais non moins continue, ni moins sûre, aboutit à la guérison complète du malade.

DATES :	Quantités d'urines émises en 24 heures.	Nombre de gouttes de teinture de cantharides.	Proportion d'albumine par litre.
18 février	3.700 c. c.	IV	3 grammes.
19 —	3.500	VI	—
20 —	3.000	VIII	—
21 —	3.500	X	—
22 —	3.300	XII	2 —
23 —	3.100	XIV	—
24 —	3.500	XVI	1.50
25 —	3.100	XVIII	—
26 —	3.000	XX	—
27 —	3.100	XX	1 —
28 —	3.000	XX	—
1er mars	2.900	XXII	—
2 —	2.900	XXII	0.50
3 —	2.800	XXIV	—
4 —	3.000	XX	—
5 —	2.600	XX	0.30
6 —	2.600	XVIII	—
7 —	2.700	XVI	—
8 —	2.700	XIV	0.20
9 —	2.800	XII	—
10 —	2.600	X	—
11 —	2.500	VIII	0.20
12 —	2.300	Suppression.	0.20
13 —	2.400		
14 —	2.400		
15 —	2.000		
16 —	2.300		
17 —	2.000		
18 —	1.900		
19 —	1.700		
20 —	1.800	IV	0.30
21 —	1.700	VI	—
22 —	1.700	VIII	0.20
23 —	1.900	X	traces.
24 —	1.900	XII	—
25 —	2.000	XIV	néant.

Le malade continue le médicament pendant huit jours encore; mais dès le 25 mars toute trace d'albumine a disparu des urines et cette disparition est restée définitive.

Mais, comme on le voit en jetant un coup d'œil sur le tableau précédent, nous avons dû, pour obtenir ce résultat, revenir à la cantharide après en avoir, pendant quelques jours, suspendu l'emploi.

Nous avons, chez une autre malade, la femme d'un officier de nos amis, dont nous n'avons pu prendre l'observation, fait la même remarque : à un moment donné, l'albuminurie resta stationnaire et ne sembla plus impressionnée par le médicament; au lieu d'augmenter la dose de celui-ci, j'en suspendis l'emploi pour y revenir une quinzaine de jours plus tard et j'eus alors la satisfaction grande de voir ce reliquat de maladie disparaître complètement et définitivement.

OBS. III. — Néphrite catarrhale aiguë d'origine probablement grippale.

G..., âgé de vingt ans, soldat au 130e de ligne, est tombé malade le 10 février 1895. Au réveil il se trouva en proie à une grande lassitude; il ressentait des douleurs vagues dans les membres, de la céphalalgie et de la photophobie; il toussait et présentait de plus les signes d'un coryza aigu.

Ce même jour, le médecin du corps le fit entrer à l'infirmerie pour *bronchite grippale*.

Le malade y resta six jours, pendant lesquels sa température oscilla entre 38 et 39 degrés.

Le 17 février, le médecin, s'étant aperçu qu'il avait les paupières gonflées, analysa ses urines, y trouva une notable quantité d'albumine et l'envoya immédiatement à l'hôpital.

A la visite, le 18, nous trouvons à l'auscultation de la poitrine, tous les signes d'une bronchite généralisée; la température est à 38°; le pouls à 100.

La face est pâle, bouffie; mais on ne trouve d'œdème en aucun autre point du corps.

Par la chaleur les urines donnent un abondant précipité qui ne se redissout pas par l'addition de quelques gouttes d'acide acétique.

Le dosage par la méthode d'Essbach accuse trois grammes d'albumine par litre. Le malade rend environ mille grammes d'urine par vingt-quatre heures. Il y a donc diminution sensible de la diurèse.

Je prescris le régime lacté absolu et j'essaye, en donnant la macération de digitale d'abord, la lactose ensuite, d'augmenter la diurèse. Mais je n'arrive, par ces différents moyens, qu'à provoquer une diaphorèse abondante, sans que la situation se modifie en rien du côté de la sécrétion urinaire.

En effet, du 18 au 25 février, la quantité d'urine émise dans les vingt-quatre heures oscille, sans manifester aucune tendance à l'augmentation, entre neuf cents et mille deux cents grammes; et l'analyse de cette urine y révèle le chiffre immuable de trois grammes d'albumine par litre.

Le 25 février, je commence l'administration de la teinture de cantharides par la dose initiale de quatre gouttes, qui sera chaque jour augmentée de deux gouttes jusqu'à vingt, dose maxima, puis diminuée de même de deux gouttes chaque jour.

Comme dans l'observation précédente, le tableau suivant fait, je crois, bien saisir les résultats de ce traitement :

DATES :	Quantités d'urines émises en 24 heures	Doses du médicament	Quantités d'albumine
21 février	1.000 gr.		3 grammes
22 —	900		—
23 —	1.200		—
24 —	1.000		—
25 —	1.200	IV gouttes	3 grammes
26 —	1.200	VI	2.50 —
27 —	1.150	VIII	1.50 —
28 —	1.100	X	1.00 —
1er mars	1.000	XII	0.25 —
2 —	1.150	XIV	—
3 —	1.100	XVI	—
4 —	1.000	XVIII	traces.
5 —	1.100	XX	—
6 —	1.200	XVIII	—
7 —	1.590	XVI	—
8 —	1.700	XVI	—
9 —	1.000	XVI	—
10 —	2.400	XVI	—
11 —	2.000	XVI	—
12 —	1.500	XIV	disparition complète
13 —	1.800	XII	—
14 —	1.800	X	—

Le 14 mars, l'albumine ayant complètement disparu depuis plusieurs jours, on cesse l'administration du médicament.

On remarquera qu'à mesure que la teinture de cantharides faisait disparaître l'albumine de l'urine, elle augmentait la diurèse qu'elle ramenait, en quelques jours, au chiffre physiologique.

Le 15 mars, le malade commença à manger; la nourriture est progressivement augmentée; puis le lait est remplacé, dans l'alimentation, par du vin.

La recherche de l'albumine dans l'urine a été faite très régulièrement tous les quatre ou cinq jours jusqu'à la sortie du malade, sans que la guérison se soit démentie un seul instant.

Voilà donc encore un cas dans lequel l'administration méthodique de la teinture de cantharides a amené rapidement la diminution, puis la disparition complète de l'albumine; c'est-à-dire a guéri une néphrite qui avait une tendance manifeste à passer à l'état chronique.

Les deux observations suivantes sont relatives, comme je l'ai dit, à des néphrites d'origine scarlatineuse :

La première est celle d'un musicien d'infanterie qui entra à l'hôpital le 10 janvier 1895, atteint d'une scarlatine légère

avec angine et qui fut suivie d'une desquamation caractéristique.

Vers le 20 janvier, ce malade accusa, au niveau des reins, une sensation de pesanteur douloureuse en même temps qu'on remarquait que la face était pâle et bouffie.

L'examen de l'urine y décela une grande proportion d'albumine.

Le malade est mis aussitôt au régime lacté absolu, qui augmente la diurèse et diminue légèrement d'abord la proportion d'albumine contenue dans l'urine, mais bientôt celle-ci reste stationnaire indiquant la tendance de la néphrite à passer à l'état chronique.

La teinture de cantharides est alors administrée et continuée du 3 au 17 février, toujours d'après la méthode précédemment indiquée.

Dès le 5 février, on ne trouve plus, dans l'urine, que des traces d'albumine qui, le 10, ont complètement disparu et disparu sans retour.

Dans le second cas, les choses se passèrent moins simplement; la maladie céda plus difficilement et, malgré l'administration, deux fois répétée cependant, de la teinture de cantharides à doses successivement croissantes et décroissantes, il me fut impossible d'obtenir la réduction de la proportion d'albumine, assez considérable, il est vrai, au début, au delà de quarante centigrammes par litre et par conséquent, d'empêcher le passage de la maladie à l'état chronique.

Malgré cette dernière observation, ces résultats, je le répète, sont absolument confirmatifs de ceux qui ont été annoncés à l'Académie par M. Lancereaux.

MM. Laboullène et Olivier ont rappelé que le traitement par la teinture de cantharides avait été déjà préconisé par Grisolle et Rayer. Sans doute! Mais il faut avouer cependant qu'il était singulièrement tombé dans l'oubli lorsque M. Lancereaux a si heureusement rappelé sur lui l'attention et rendu par là, j'en ai maintenant l'entière conviction, le plus grand service aux médecins et surtout aux malades.

REVUE DES CONGRÈS

Xe CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

La chirurgie du poumon devant le Congrès français de chirurgie. — *M. Reclus* ayant donné lecture du rapport que nous avons publié *in extenso* (voyez *Gazette*, p. 482), les faits suivants ont été versés au débat par divers orateurs : nous ferons remarquer que dans leur ensemble ils confirment l'opinion du rapporteur.

M. Péan, après avoir conclu plutôt en faveur de l'abstention en cas de lésions traumatiques du poumon, a parlé en ces termes des affections spontanées.

Les maladies spontanées du poumon pour lesquelles le chirurgien est consulté sont assez nombreuses parce que bon nombre d'entre elles se compliquent d'accidents pleuraux.

En tenant compte des faits tirés de notre pratique, nous les diviserons en tumeurs liquides et en tumeurs solides.

Les tumeurs liquides pour lesquelles nous sommes intervenus sont des suppurations franches ou d'origine septique, des abcès tuberculeux, des kystes.

Dans deux cas où nous avons été appelés à ouvrir des foyers suppurés, primitivement développés entre des lobes pulmonaires, nous avons eu la satisfaction, après avoir évacué le pus, d'obtenir des résultats prompts et rapides, grâce au peu d'étendue des foyers et à la protection des adhérences.

Plus souvent nous avons eu l'occasion de traiter avec succès des suppurations sphacéliques du poumon compliquées de pleurésie. Ce sont d'ailleurs des faits assez communs dans la pratique pour qu'il n'y ait pas lieu d'y insister: nous avons également eu l'occasion d'aborder chirurgicalement des foyers tuberculeux qui s'étaient propagés du poumon à la paroi thoracique ou inversement.

Dans les deux cas nous nous sommes guidés sur les signes locaux ou sur le trajet des fistules existantes et nous avons réséqué une ou plusieurs côtes pour reconnaître le point de départ de la collection et pour la traiter largement par le grattage ainsi que par le drainage des foyers. Au besoin lorsque la cavité était vaste, anfractueuse, nous n'avons pas hésité, pour régulariser la surface de la paroi interne, à détruire avec le thermocautère les brides et les éperons qui en cloisonnaient l'intérieur. Par contre nous n'avons jamais pensé qu'il serait utile pour le malade de réséquer une partie plus ou moins étendue de l'organe lui-même. En effet, dans les cas de tuberculose, le mal se propageant à distance, il est bien difficile de tout extirper, d'autant plus que, sans parler des dangers de pareilles opérations, qui sont certainement considérables, si on veut tout enlever, on a affaire à un tissu éminemment vasculaire et par conséquent très favorable à la diffusion du bacille. Il ne nous semble pas d'ailleurs que les résultats obtenus avec cette méthode soient supérieurs à ceux que nous ont donnés des procédés plus simples et moins périlleux.

En ce qui concerne les kystes primitifs du poumon nous n'en avons rencontré qu'un seul cas. Il s'agissait d'un kyste hydatique, vaste, suppuré, ayant déterminé une voussure notable à la partie inférieure du thorax. En raison des signes physiques, on avait cru qu'il s'agissait d'une pleurésie purulente, et le Dr Danet nous avait appelés pour pratiquer l'empyème. Nous fûmes très surpris tous les deux lorsque nous vîmes qu'il s'agissait d'un kyste hydatique très vaste et très volumineux qui se prolongeait au loin dans l'intérieur du poumon. Après avoir fixé les parois du kyste à la plèvre pariétale dans les points où les adhérences manquaient ou étaient trop faibles, nous obtînmes la guérison par le drainage et les injections iodées, malgré la production de crachats purulents et hydatiques qui eut lieu quelques jours après l'ouverture du kyste. La guérison fut assez rapide.

Nous avons eu plus souvent l'occasion d'intervenir pour des kystes suppurés du poumon qui avaient pris naissance dans les organes du voisinage, principalement dans le foie. Nous n'avons eu qu'à nous louer dans ces cas de ne pas nous en être tenus à une timide réserve qui aurait certainement laissé succomber nos malades. En nous appuyant sur la marche, sur le degré de résistance du sujet, sur l'existence heureuse d'adhérences pleurales, que l'on peut réaliser du reste artificiellement dans un grand nombre de cas, en tenant le plus grand compte des signes physiques, nous avons pu évacuer ainsi des collections purulentes qui siégeaient à des hauteurs très variables.

Quant aux tumeurs solides, très rares lorsqu'elles ne sont pas de nature cancéreuse, c'est-à-dire inopérables, nous n'avons eu qu'une fois l'occasion d'intervenir : Une malade qui avait consulté en 1861 le Dr Barth, portait au niveau du quatrième espace intercostal une petite tumeur qui déterminait des douleurs tellement vives et intolérables que Barth, croyant qu'il s'agissait d'une tumeur liquide, crut devoir pratiquer la ponction suivant sa méthode. Surpris de ne rien voir s'écouler, il nous fait appeler pour pratiquer une incision exploratrice. Nous ne fûmes pas moins étonnés l'un que l'autre de voir qu'il s'agissait d'une tumeur pulmonaire, solide, adhérente à la plèvre pariétale et qui était manifestement indépendante des côtes. La tumeur fut attirée en dehors et, après avoir fait adhérer les deux feuillets pleuraux sur tout son parcours par de nombreux points de suture, nous enlevâmes le néoplasme avec le galvano-cautère. Cet instrument n'ayant pas suffi pour assurer l'hémostase, nous laissâmes à demeure quelques pinces, et grâce au pansement phéniqué, nous fûmes assez heureux pour obtenir la guérison.

L'examen histologique pratiqué par Ordoñez démontra qu'il s'agissait d'un chondrome très probablement secondaire.

M. Bazy, pour montrer l'*utilité de l'incision exploratrice de la plèvre*, a relaté l'observation suivante d'incision et drainage d'un foyer de *gangrène pulmonaire*. Il s'agit d'un jeune homme de vingt ans, chez lequel les accidents paraissaient localisés à la base du poumon droit. Or, après résection de six centimètres des huitième et neuvième côtes, le doigt introduit dans la plèvre saine constata que les adhérences sié-

geaient plus haut. M. Bazy sutura donc cette plaie, réséqua les troisième et quatrième côtes et au thermocautère ouvrit un foyer de gangrène pulmonaire. Le résultat immédiat fut remarquable, mais le malade mourut quatre à cinq mois plus tard, dans une attaque d'épilepsie.

M. Tuffier a présenté le malade dont il a publié l'observation en 1891 (Voyez *Mercredi*, 1891, p. 254). Il s'agit, on s'en souvient, d'un tuberculeux au début chez lequel a été pratiquée avec succès la résection du sommet du poumon. Le malade continue à se bien porter : mais ce cas ne rentre-t-il pas dans ceux de tuberculose légère, spontanément curable?

M. G. Marchant a relaté deux cas de pyopneumothorax traités par l'incision.

Le premier malade, tuberculeux depuis quelques années, a été opéré le 22 février. On pratiqua l'opération de Létiévant-Estlander, à partir de la dixième côte jusqu'à la cinquième, réséquant dix à onze centimètres des côtes. La cavité pleurale était très augmentée de volume, et lorsqu'elle fut largement ouverte on aperçut sur la paroi pulmonaire deux perforations, l'une située vers la base, l'autre beaucoup plus haut. On fit un grattage de la première perforation, et on put la suturer. Pour l'autre, M. Marchant essaya de se comporter de la même façon, mais il dut s'arrêter en chemin, à cause de la friabilité du tissu, et il dut se contenter d'un grattage de la plèvre à ce niveau. Le résultat a été parfait et le malade, qui était presque mourant lors de l'opération, est aujourd'hui dans un état très satisfaisant.

Le deuxième malade, également tuberculeux, avait été ponctionné sept fois pour une pleurésie purulente du côté droit, M. Marchant ouvrit la plèvre et trouva une perforation qu'il ne put suturer, et qu'il gratta seulement. Le malade garde évidemment sa tuberculose, mais il est notablement amélioré.

M. Delorme. — Je crois devoir rappeler que, dans un mémoire que l'Académie de médecine a couronné en 1894 et qui lui avait été adressé en 1893, j'ai préconisé le moyen dont on vient de nous parler et que cette année même je l'ai employé à Lariboisière dans le service de notre collègue M. Reynier. Il est encore juste de signaler un cas remarquable de suture directe de l'orifice fistuleux pulmonaire que M. Guermonprez de Lille a rapporté à l'Académie de médecine.

Cette question de priorité relative ou absolue ne diminue d'ailleurs en rien l'importance de la communication de M. Gérard-Marchant.

M. Michaux est entré dans le débat avec un cas qui appartient jusqu'à présent aux raretés : la guérison opératoire d'une *plaie du poumon* par balle de revolver chez un garçon de dix-huit ans. Voyant les accidents s'aggraver, M. Michaux fit l'opération suivante :

« Je taille sur le côté gauche du thorax, entre le mamelon et l'orifice d'entrée de la balle, un grand lambeau en U à concavité supérieure et externe. Je résèque huit à dix centimètres des septième et huitième côtes. J'incise la plèvre comme la paroi thoracique.

» Par ce volet ainsi largement ouvert, j'ai sous les yeux la plèvre remplie d'un épanchement de sang dont la quantité est d'environ un litre; dans sa cavité je vois le poumon animé de l'expansion respiratoire; de sa face interne s'écoule un filet de sang mélangé d'air; enfin je constate que le sac péricardique est intact. En rejetant en dehors le bord antérieur du lobe inférieur du poumon gauche, j'aperçois à la face interne du hile et à sa partie inférieure une blessure difficile à atteindre. Dans la crainte de pincer quelques gros vaisseaux, je préfère me borner à tamponner la plaie dont le suintement sanguin n'est pas considérable. Deux drains sont mis dans la plèvre; le lambeau est suturé sur ses côtés.

» Il se manifeste un soulagement notable pendant les quatre premiers jours; une suppuration peu abondante se produit ensuite pendant une quinzaine de jours, puis une amélioration lente et graduelle de l'état général survient. Trois semaines après l'accident, le blessé entre franchement en convalescence et bientôt la cicatrisation est complète. »

M. Michaux a rapporté ensuite deux interventions pour cavernes tuberculeuses.

Dans les deux cas, il s'agissait de jeunes femmes de vingt à vingt-cinq ans, atteintes de sécrétions bronchiques purulentes si tenaces qu'elles avaient résisté aux traitements médicaux les meilleurs et les plus prolongés, sécrétions si abondantes, qu'une de ces jeunes filles avait même tenté de se suicider. Chez toutes deux il se décida à ouvrir la plèvre en pratiquant la résection des septième et huitième côtes. Le poumon se présenta sans grande lésion apparente : il n'existait qu'un peu d'œdème, de congestion et de sclérose. Avec une aiguille fine de Dieulafoy, on ponctionna, dans huit ou dix sens différents, le lobe inférieur du poumon sans découvrir de caverne. On incisa ensuite au thermocautère dans le sens où devait se trouver la cavernule à une profondeur de quatre ou cinq centimètres au moins, on divisa des bronches purulentes, nulle part on ne sentit rien qui révélât l'existence d'une cavité. Là fut bornée l'intervention. Les deux malades se soutinrent pendant trois semaines à un mois et finirent par succomber à la continuation des phénomènes.

Dans les deux cas, on trouva une toute petite cavité de la base peu éloignée des incisions, de la bronchiectasie purulente, de la pneumonie caséeuse par places et de la tuberculose disséminée incontestable.

M Delorme. — Le cas d'application de l'un des procédés d'hémostase qu'en 1893 j'ai préconisés ici et qu'a utilisé notre collègue M. Michaux, constitue à la fois un fait rare et des plus importants en raison du beau succès obtenu. Il m'incite à vous rappeler un fait personnel qui plaide en faveur de l'utilité des modes d'hémostase directs, non par le résultat qu'il m'a fourni, mais par les incertitudes que j'ai éprouvées en employant les moyens usuels et par les dangers que ceux-ci ont fait courir à mon malade.

Il s'agit d'un jeune soldat, atteint d'un pyopneumothorax, qui, dans le courant de 1889, avait subi l'opération de l'empyème. Après avoir ouvert la paroi thoracique, je fis comme d'ordinaire des lavages de la cavité pleurale, en évitant autant que possible l'entrée du liquide dans le trajet fistuleux. Malgré les précautions prises, ce liquide pénétra dans le poumon, et, dans les efforts d'une toux convulsive, mon homme rendit des crachats mêlés de sang. A onze heures (l'opération avait été faite à neuf heures), je fus appelé en toute hâte près de ce malade. Il avait une hémoptysie des plus abondantes et du sang rutilant souillait et son pansement et son lit. Qu'avais-je à faire dans ce cas? Je ne pouvais plus penser à la compression, à l'occlusion de la plaie et à l'immobilité du thorax par le pansement; celui-ci s'était montré insuffisant. Je levai ce pansement; le sang s'écoulait en jet par les gros drains; je pratiquai d'abord l'occlusion de la plaie par un tampon à la Desault sans me faire d'illusion sur sa valeur et sans oublier qu'en obturant la plaie extérieure, je ne pouvais guère empêcher le sang de s'épancher dans une grande cavité pleurale toute préparée et même de s'écouler par la bouche; mon malade continuant à s'affaiblir, je rouvris la plaie, injectai de l'eau glacée, glissai de nombreux fragments de glace dans la poitrine, appliquai de la glace sur la poitrine en même temps que je pratiquais la ligature des membres à leur racine pour interrompre le sang veineux. Ces moyens se montrant encore insuffisants, et le malade étant des plus anémiés, j'ai recours à la digitaline, à l'ergotine, tout en continuant la glace. Bref, au bout d'un temps que je ne saurais préciser, l'hémorrhagie s'arrêta autant et plus peut-être par le fait de l'état quasi syncopal dans lequel le malade était plongé que par l'emploi des moyens indirects employés Et lorsque l'hémorrhagie fut arrêtée, je fus loin d'être à l'abri de perplexités; je dus tirer mon malade d'un état d'anémie traumatique alarmant tout en craignant de rappeler l'hémorrhagie pendant l'augmentation de la tension artérielle. Bref, ce n'est qu'au bout de sept heures d'attente, de surveillance, de soins continus que je pus sans crainte quitter mon malade.

Ce fait m'a incité à recourir à l'intervention directe dans les plaies pulmonaires compliquées d'hémorrhagies graves.

Je conclurai en disant : Dans les hémorrhagies très graves liées à des plaies pulmonaires, quand le malade n'est pas très affaibli, et que le chirurgien est bien sûr de lui, l'hémostase directe me semble préférable aux modes usuels de traitement. Le pneumothorax n'est plus à craindre; il est produit, il a suivi la plaie et est total ou partiel suivant que le poumon est libre ou adhérent.

Quand la plaie périphérique est étroite, on peut être autorisé à l'agrandir sans danger d'hémorrhagie, — l'expérience en jugera — la partie périphérique du poumon étant peu vasculaire.

M. Thomas Jonnesco. — Je crois qu'il faut être moins enthousiaste pour l'intervention immédiate dans les cas de plaie du poumon suivie d'hémothorax abondante. Le fait

suivant me paraît le prouver. Au mois d'août, j'assistai un général de l'armée roumaine dans un duel. Celui-ci reçut un coup d'épée dans le deuxième espace intercostal droit qui pénétra le poumon. Les symptômes immédiats furent : hémorrhagie externe assez abondante, deux syncopes, dyspnée intense. Le soir, il eut deux petites hémoptysies, et le lendemain je constate un énorme épanchement de sang dans la plèvre droite : égophonie, pectoriloquie aphone, matité absolue. La ponction exploratrice me donna du sang pur. J'ai traité ce malade par le repos absolu, des révulsifs locaux, ingestion de boissons froides, etc. L'hémoptysie cessa le troisième jour ; l'hémothorax se résorba peu à peu et le seizième jour le malade quitta la chambre. Vingt jours après, il put monter à cheval et conduire les manœuvres. Ce fait me paraît prouver que l'abstention de toute intervention sanglante dans les cas de ce genre, c'est-à-dire épanchements aseptiques, reste la méthode de choix.

M. Walther, laissant de côté les cavernes tuberculeuses qui ont une évolution particulière, croit qu'il y a, au point de vue de la réparation, une division capitale à établir entre les cavités pulmonaires de formation récente et les cavités anciennes.

Après l'ouverture large d'une cavité récente, d'un foyer de gangrène limité, par exemple, on voit que, après l'élimination rapide des parties sphacélées, après la désinfection obtenue en quelques jours par un pansement bien fait, la paroi de la cavité se met à bourgeonner, s'élève et vient au-devant de la paroi thoracique libérée par une résection costale suffisante.

Tout autres sont les conditions dans la réparation des cavités anciennes. Ici le foyer est entouré d'une zone de sclérose habituellement très étendue, qui s'accompagne d'inflammation chronique des branches des artères pulmonaires, avec dilatations anévrysmales qui peuvent être le point de départ d'hémoptysies graves, souvent mortelles. Quelle que soit d'ailleurs la nature du foyer primitif, qu'il s'agisse d'un foyer ancien de gangrène pulmonaire, d'un abcès du poumon, d'une pleurésie interlobaire évacuée par les bronches, les principaux obstacles à la réparation de la cavité et à la guérison sont fournis par la sclérose pulmonaire et la bronchite chronique avec dilatation. Après l'ouverture large des cavités très anciennes, on voit, en effet, que le poumon ne participe pas à cette réparation, étant fixé dans sa position, et la cavité ne pouvant se combler que par la dépression très profonde de la paroi thoracique. Aussi, dans ce cas, la résection costale pure est-elle le plus souvent insuffisante et est-ce à la résection totale de la paroi costale, suivant la méthode de Schede, qu'il faut avoir recours.

Dans les cas de grandes dilatations des bronches, les mauvaises conditions de réparation sont à leur maximum, la sclérose est très étendue, et cependant l'intervention peut encore donner de bons résultats. C'est ainsi que M. Walther a opéré une jeune fille de vingt-six ans, présentant tous les signes d'un pyopneumothorax partiel de la partie inférieure de la plèvre gauche. En un point très circonscrit, à égale distance entre la pointe de l'omoplate et la colonne vertébrale, on percevait nettement l'éclatement d'une bulle témoignant du siège de la communication avec les bronches. Le diagnostic porté par tous les médecins qui avaient examiné la malade fut : pleurésie purulente enkystée de la base gauche, avec fistule pleurobronchique. Or, l'opération conduisit à inciser du tissu pulmonaire, sclérosé, dur, et donna accès dans une cavité occupant tout le lobe inférieur du poumon et offrant bien l'aspect d'une énorme dilatation bronchique.

A la suite de l'intervention, les vomiques cessèrent, l'expectoration bronchique diminua, et la cavité se combla rapidement. Il ne restait plus que le petit diverticule supérieur, et, au bout de deux mois, il fut mis à découvert après résection des quatrième et cinquième côtes sur une petite étendue, puis on détruisit au thermocautère plusieurs orifices qui le faisaient communiquer avec les bronches. Au mois d'avril 1895, la guérison paraissait définitive. La malade garde ses lésions anciennes de bronchite chronique du lobe supérieur, mais la grande cavité du lobe inférieur est absolument comblée.

M. Doyen (Reims) n'a fait personnellement que trois interventions de chirurgie pulmonaire proprement dite. Dans la première observation, il avait diagnostiqué un kyste hydatique du poumon avant toute ponction, en s'appuyant seulement sur ce fait qu'il était en présence d'un épanchement datant de trois ans et persistant depuis cette époque. Lorsqu'il fit une ponction, avant de procéder à une intervention, il se produisit à ce moment une vomique de quatre litres et des accidents de bronchopneumonie se déclarèrent aussitôt. L'intervention ne fut faite que trois jours après. M. Doyen ouvrit largement le kyste et il put facilement enlever la membrane hydatique, mais le malade ne tarda pas à succomber, avec une péricardite et une pleurésie purulentes.

M. Doyen, dans un cas de tuberculose, a obtenu un décès rapide, mais dans le second cas, il fut plus heureux et il put enlever un morceau de poumon du volume d'une mandarine ; l'opéré a guéri.

M. Delagénière a cherché à établir la nécessité du drainage du cul-de-sac costo-diaphragmatique dans la plupart des interventions sur le poumon. Il nous a remis la note suivante :

« J'ai déjà eu l'occasion d'insister sur les relations qui unissent l'une à l'autre la chirurgie pleurale et la chirurgie pulmonaire. Cette vérité est surtout incontestable quand il s'agit d'affections septiques. Or, la grande majorité des opérations pratiquées sur le poumon s'adressent à des affections septiques, de sorte que l'inoculation de la plèvre peut être considérée comme fatale. Il faut donc, en même temps qu'on agit sur le poumon, drainer la plèvre et la désinfecter, double but qu'on atteint sûrement en réséquant les sixième, septième, huitième et neuvième côtes, et en drainant le cul-de-sac costo diaphragmatique d'après les règles que j'ai données antérieurement. L'ouverture de la séreuse sur le trajet de la huitième côte permet l'exploration de la plèvre, des lobes inférieurs du poumon et des scissures interlobaires, à la condition d'enlever une côte de plus, la cinquième. L'accès de la lésion peut être facilité par la résection de la plèvre pariétale libérée de ses côtes, ainsi que j'ai eu l'occasion de le faire récemment pour décortiquer un moignon pulmonaire de sa plèvre viscérale.

» Il m'a été possible de mettre en pratique ces données générales dans trois cas de chirurgie pulmonaire des lobes inférieurs : les trois malades ont guéri sans fistule et rapidement. Or, il s'agissait d'un cas de gangrène étendue du lobe inférieur, d'un kyste hydatique volumineux et suppuré, enfin d'un abcès du poumon.

» Pour les affections du lobe supérieur et du sommet du poumon, les indications pleurales restent les mêmes, mais la lésion pulmonaire doit être traitée à part, par une deuxième opération faite dans la même séance, ou, dans certains cas, dans une séance ultérieure.

» Je n'ai eu qu'une seule fois l'occasion d'intervenir dans ces conditions : il s'agissait d'un pyopneumothorax avec caverne tuberculeuse du sommet du poumon. Je fis, dans une première opération, la résection des sixième, septième et huitième côtes, et le drainage du sinus costo-diaphragmatique ; puis, j'isolai par des sutures la caverne pulmonaire de la cavité pleurale, me réservant de traiter directement la caverne dans une deuxième opération. Malheureusement, le malade, très amélioré par la première intervention, refusa de se laisser opérer à nouveau. Il finit par succomber plusieurs mois après aux progrès de sa tuberculose pulmonaire. »

M. Jonnesco (Bucarest) a clos la discussion par la relation d'une pneumotomie heureuse pour kyste hydatique du poumon chez un garçon de dix-sept ans. Il résume l'opération en ces termes :

« Le 11 mars je fais une incision de dix centimètres dans le septième espace intercostal sur la ligne axillaire, puis, après résection sous-périostée de six centimètres de la septième côte, je pratique l'incision de la plèvre, ce qui donne issue à quatre-vingts grammes environ d'un liquide purulent. L'incision du poumon au thermocautère me permet de pénétrer dans la cavité du kyste, d'où s'écoulent huit cents grammes d'un liquide citrin mélangé de pus et d'un grand nombre de fragments de membranes minces, friables. Pendant l'opération le malade a une vomique. Le liquide contenu dans ce kyste ne présente pas de crochets d'hydatides ; les membranes sont formées de tissu conjonctif.

» Les suites de l'intervention ont été très simples. Le troisième jour, il se produit une ascension de température qui disparaît deux jours après. On fait des lavages de la cavité deux fois par jour avec de l'eau bouillie, une seule fois au sublimé à 1/2000e; une grande quantité de membranes est éliminée les jours suivants. La cavité kystique diminue rapidement. Le 27 avril, le malade quitte l'hôpital. L'opéré, revu un mois après, se trouve dans un excellent état général et local; la plaie thoracique est entièrement fermée, ainsi que la fistule bronchopulmonaire. »

REVUE DES JOURNAUX

REVUE DES JOURNAUX BELGES

Du traitement des hernies étranglées par le Dr Debaisieux, (*Annales de la Société belge de Chirurgie* n° 3, 1895). — En pratique il importe d'étendre la signification du mot étranglement et l'on doit considérer comme étranglée et traiter comme telle toute hernie devenue brusquement irréductible, tendue et sensible à la pression. Les autres signes, tels que l'arrêt du cours des matières fécales, le ballonnement du ventre, les éructations et les vomissements n'ont qu'une valeur secondaire et peuvent manquer. Le taxis, auquel nos prédécesseurs attachaient une si grand importance, ne saurait être considéré comme légitime et inoffensif qu'à la condition d'être exécuté sans violence et à une période encore peu avancée des accidents.

Toute réduction bien faite doit être suivie immédiatement d'un sentiment de soulagement. Lorsqu'il en est autrement et que les symptômes ne s'amendent pas on doit croire à une fausse réduction et opérer sur-le-champ.

L'auteur voudrait voir adopter par tous les médecins la règle suivante : si l'on est appelé dans les trente-six premières heures qui suivent le début des accidents pratiquer un seul taxis prudent sous chloroforme et opérer immédiatement si le taxis échoue; passé ce laps de temps renoncer au taxis et opérer sans délai.

Le Dr Debaisieux fixe l'attention sur un fait qui l'a frappé, c'est la fréquence, relativement grande encore, des fausses réductions opérées au cours de la kélotomie déterminant à leur suite des anus contre nature ou des fistules stercorales. Aussi doit-on, lorsqu'on se trouve en présence d'une hernie inguinale étranglée au niveau de l'anneau péritonéal, ouvrir le canal dans toute sa longueur, mettre à nu l'agent fibreux de l'étranglement, le débrider largement et s'assurer, au moyen du doigt, que l'intestin est rentré tout entier dans la cavité du péritoine.

Il n'est pas toujours aisé de décider si l'intestin jouit encore d'une vitalité suffisante pour pouvoir être rentré sans risque de perforation. On conseille généralement de laisser l'anse malade au dehors pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures; cette pratique, non exempte d'inconvénients, n'est recommandable que si la gangrène est à peu près inévitable. Confiant en la vitalité de l'intestin il est arrivé souvent à l'auteur de réduire avec succès des portions d'intestin très altérées.

En cas de gangrène inévitable, le traitement idéal est la résection suivie d'entérorraphie, le nombre de ses partisans va du reste croissant de jour en jour. L'établissement de l'anus contre nature est une opération au moins aussi grave et elle entraîne à sa suite de multiples inconvénients. Les statistiques faites en décomptant les mauvais cas généralement réservés pour l'anus artificiel, prouvent que la léthalité de l'entérectomie est encore la moins élevée. L'anus anormal sera cependant préféré chez les personnes très avancées en âge ou profondément débilitées, de même s'il s'agit du gros intestin dont la résection et la suture créent de si grandes difficultés.

Une des précautions utiles au succès de l'opération consiste à exciser largement l'anse gangrenée de manière à porter la suture sur des parties entièrement saines. S'il n'y a pas de perforation il faudra faire la résection entre deux ligatures de soie; si la perforation a eu lieu pratiquer de grands lavages antiseptiques.

Lorsque l'opération a été faite dans de bonnes conditions il est inutile de laisser en dehors l'anse suturée.

On a reproché, avec une certaine exagération du reste, à l'entérorraphie circulaire de l'intestin grêle d'être fort laborieux et de déterminer un rétrécissement.

Si le bouton anastomotique de Murphy tient ses promesses, ces deux inconvénients disparaissant, la résection immédiate deviendra définitivement l'opération de choix.

De la laryngectomie totale, par le Dr Lavisé, chirurgien à l'hôpital Saint-Jean (Thèse d'agrégation, Bruxelles, 1895). — L'honneur d'avoir pratiqué la première extirpation du larynx chez l'homme revient au chirurgien écossais le Dr P.-H. Watson. Cette opération, très rare au début, entra dans la pratique chirurgicale grâce aux travaux de Czerny. C'est principalement aux carcinomes et aux sarcomes que s'adresse la laryngectomie totale; il faudra cependant préférer la laryngectomie partielle si l'affection néoplasique, même maligne, reste nettement limitée à une moitié du larynx. Les interventions, en cas de tuberculose laryngée sont inadmissibles. Le Dr Lavisé estime que l'indication de la laryngectomie ne se pose que si l'on a le droit de croire le néoplasme limité au larynx lui-même.

La question de la trachéotomie préalable est très controversée : la plupart des chirurgiens allemands, anglais et américains en sont partisans; en France et chez nous, cette opération a soulevé des appréhensions peu justifiées; grâce à elle, les hémorrhagies n'offrent pas plus de danger que dans toute autre région, et l'anesthésie produite par la trachée est plus rapide et plus sûre que par le nez et la bouche. Celle-ci se fait à l'aide d'un tube en caoutchouc ajusté à la canule et se terminant à l'autre bout par un entonnoir recouvert de flanelle sur laquelle se verse le chloroforme. Ce moyen a l'avantage d'écarter du champ opératoire les mains du chloroformisateur. Le Dr Lavisé conseille de faire cette opération préliminaire huit à dix jours avant l'opération définitive pour habituer le malade au port d'une canule.

Le procédé opératoire consiste en une incision médiane allant de l'os hyoïde au bord inférieur du cartilage cricoïde; si elle ne suffit pas, on peut mener à l'extrémité supérieure de cette incision, une incision transversale parallèle aux cornes de l'os hyoïde. Il est important, au moment de l'opération, d'assurer l'hémostase la plus complète. Arrivé sur le cartilage thyroïde, on en détache les insertions musculaires au moyen de la rugine tranchante. Quand le larynx est bien dégagé, on peut détacher l'organe soit en allant de haut en bas en incisant transversalement la membrane thyro-hyoïdienne, soit de bas en haut en pratiquant une section transversale en dessous du cartilage cricoïde. Si l'épiglotte était envahie par le néoplasme il serait nécessaire de l'enlever également. L'isthme du corps thyroïde est abaissé ou sectionné entre deux pinces. Le larynx enlevé, on tamponne avec un soin particulier le bout supérieur de la trachée ainsi que toute la cavité à l'aide de gaze iodoformée et on réunit par quelques points de suture. L'alimentation se fait par le tube de Faucher. Ce procédé présente un incontestable avantage sur la méthode par morcellement et une bien plus grande sécurité.

Si par suite de l'envahissement de la néoplasie le délabrement est plus considérable on peut, comme Péan, recourir à un appareil prothétique ou à l'autoplastie comme le fait Hochenegg.

Le pansement se fera tous les jours, sauf peut-être le premier qui se ferait dans tous les cas, le patient étant couché. Les grandes irrigations de la plaie sont à déconseiller, elles peuvent entraîner dans les voies respiratoires les particules septiques qu'elles détachent; il est préférable de nettoyer la plaie au moyen de tampons antiseptiques. On ne permettra le lever que le troisième ou le quatrième jour. Malgré la suppression de l'organe phonétique, plusieurs laryngectomisés conservent la faculté du langage articulé suffisamment compréhensible. Cette persistance de phonation, due probablement à l'existence de brides cicatricielles modérément tendues que l'on fait vibrer dans l'expiration, est malheureusement rare, et le chirurgien est obligé de s'adresser à la prothèse

Les modèles de larynx artificiels sont des plus variés, mais aucun ne répond aux espérances qu'ils firent concevoir. Ils sont difficilement supportés par le malade et ils s'engorgent facilement de mucosités. Leur emploi exige certaines précautions, la canule sera nettoyée plusieurs fois par jour et il serait même recommandable d'avoir deux appareils.

Le premier opéré du Dr Lavisé était un vieillard de soixante-cinq ans, porteur d'un épithélioma occupant la partie latérale droite du larynx et empiétant sur la paroi postérieure. Le procédé employé fut celui décrit plus haut. Le malade mourut de collapsus dans la nuit qui suivit l'opération.

La seconde opération fut pratiquée sur un homme de soixante et un ans, de constitution robuste, atteint d'épithélioma ayant envahi tout le larynx. La canule ordinaire, placée quelques jours auparavant lors de la trachéotomie préalable, fut remplacée par la canule tampon de Trendelenburg. La friabilité du cartilage obligea l'opérateur à sectionner la trachée sous le premier anneau et à extirper le larynx fragment par fragment. Une partie de l'œsophage fut réséquée, l'épiglotte fut respectée. L'alimentation se fit par la sonde pendant un mois. Le larynx artificiel de Gussenbauer ne fut pas toléré plus d'un mois. L'état du patient se maintint satisfaisant pendant trois mois, lorsqu'un matin on le trouva mort dans son lit. L'autopsie n'ayant pu être faite, il y a lieu de croire qu'une récidive s'était produite.

Contribution à l'étude de l'action destructive exercée par le foie sur certains alcaloïdes, par le Dr Buys (*Annales de la Société royale des sciences médicales et naturelles de Bruxelles*, t. IV, 1895). — Il est suffisamment démontré aujourd'hui que le foie possède la propriété d'accumuler en lui certains poisons végétaux introduits dans l'organisme.

Une autre forme de l'activité du foie consiste à rendre inoffensifs de véritables poisons, déchets de l'activité cellulaire ou résultat de l'absorption intestinale.

Les méthodes jusqu'ici employées (inoculation aux animaux) pour constater la destruction du poison ont paru à l'auteur manquer de précision. Ce procédé exige des quantités massives du mélange et ne donne que des résultats incertains à cause de la différence de réaction qu'offrent les animaux entre eux. Le Dr Buys s'est adressé à une méthode nouvelle, il a utilisé un alcaloïde à pouvoir mydriatique qu'il introduit dans le cul-de-sac conjonctival d'un animal, un chien de préférence. La réaction qui se produit avec une solution d'hyosciamine allant du 1/25000 au 1/50000 est constante et extrêmement délicate.

Dans une première série d'expériences l'auteur a mélangé l'hyosciamine à du tissu hépatique finement divisé. Le magma ainsi obtenu et placé à l'étuve pendant quelque temps sert à pratiquer les instillations dans le sac conjonctival d'un chien. Le foie de grenouille, celui de lapin et celui de chien ont été successivement utilisés.

Ces diverses expériences ont montré que le pouvoir de dilater la pupille disparaît lorsque l'hyosciamine est mélangée à de la pulpe de foie de grenouille ou de lapin et que ce phénomène, toutefois moins évident pour le foie de lapin, ne se produit en aucune façon lorsque les essais portent sur le foie de chien.

La disparition du pouvoir mydriatique est bien due à la destruction de l'hyosciamine : en effet la dilatation de la pupille se produit nettement si l'on emploie un mélange de foie et de solution d'hyosciamine noyé immédiatement dans de l'alcool à 92° aiguisé d'acide tartrique.

A la notion de destruction du poison on peut ajouter celle de la variabilité du pouvoir toxicide du foie, selon l'espèce animale en expérience.

Ce pouvoir destructif de l'hyosciamine n'est pas dû à la présence de microbes, car un mélange d'hyosciamine et de culture pure des bacilles recueillis dans les expériences précédentes dilate nettement la pupille.

En outre, en préparant le mélange d'une manière tout à fait aseptique à l'aide de tubes effilés plongés dans le foie puis dans la solution d'hyosciamine la destruction du poison s'opère également. Quel est le facteur du pouvoir toxicide du foie? La pulpe du foie passée à travers des filtres de toile fine possède encore le pouvoir de détruire l'hyosciamine. Par l'examen microscopique l'auteur a pu s'assurer que le jus ainsi filtré était dépourvu de toute cellule hépatique. Le glycogène n'est qu'un facteur secondaire. Le phénomène n'est pas dû aux éléments vivants dérivant du sang car un mélange de sang de grenouille et de solution d'hyosciamine instillé dans le sac conjonctival détermine une forte dilatation pupillaire.

En dernière analyse l'auteur se croit autorisé à conclure que l'action antitoxique du foie est due à un principe contenu dans le suc de cet organe et susceptible d'y conserver son activité, indépendamment de la présence des éléments morphologiques du foie.

Un cas de myxœdème avec ascite traité par l'extrait thyroïdien, par le Dr Godart-Danhieux (*Journ. de méd. et de chir. de Bruxelles*, 13 juillet 1895). — Le 18 avril 1895, se présentait à la Policlinique une femme, âgée de cinquante et un ans, accusant un ensemble de symptômes qui permirent à l'auteur de porter le diagnostic de myxœdème.

La malade était atteinte d'une calvitie presque complète, les paupières étaient boursouflées, le nez élargi, les joues énormes et pendantes, les lèvres et les oreilles étaient envahies par une infiltration que ne parvenait pas à déprimer la pression du doigt. Le même gonflement de la peau existait aux mains et surtout aux extrémités inférieures. Malgré la maigreur du cou il était impossible de percevoir le corps thyroïde; il y avait donc absence ou atrophie de cet organe. Le ventre très volumineux était occupé par un liquide abondant. La quantité d'urine récoltée en vingt-quatre heures était à peine de huit cents grammes; elle renfermait une faible quantité d'albumine, pas de cylindres. A ces différents symptômes venaient s'en ajouter d'autres tels que: sensation de froid constante, apathie, maladresse. L'origine de l'ascite paraissait douteuse, c'est un phénomène peu fréquent de la cachexie strumiprive et la bibliographie n'en rapporte aucun cas.

Une ponction pratiquée le 8 mai amena douze litres environ de liquide jaune citrin. L'examen du foie permit de constater que ses dimensions et sa situation étaient normales.

Le 24 mai, l'épanchement s'était reproduit aussi abondant qu'auparavant.

L'auteur institua alors le traitement anti-myxœdémateux qui consistait en l'ingestion de trois comprimés d'extrait thyroïdien chaque jour.

Le 19 juin, la malade était méconnaissable ; la figure avait repris son aspect normal, l'œdème des membres avait complètement disparu et il n'existait plus la moindre trace d'ascite; l'urine ne renfermait plus de trace d'albumine.

Ce qui ressort de cette observation c'est : 1° l'efficacité du traitement thyroïdien dans le myxœdème ainsi que la preuve de l'origine véritable de cette affection ; 2° la nature myxœdémateuse de l'ascite ainsi que le démontrent le succès du traitement spécifique et l'examen des organes.

La disposition de l'ascite reconnaîtrait pour cause, d'après l'auteur, l'action lymphagogue de l'extrait thyroïdien. Celui-ci en déterminant une activité plus grande de la circulation lymphatique aurait permis au liquide épanché dans la cavité péritonéale de trouver une issue dans les espaces lymphatiques désobstrués et de là dans le sang pour s'éliminer par la voie rénale.

La leucocytose dans les maladies infectieuses, par le Dr J. Demoor (*Journ. de méd. et de chir. de Bruxelles*, n° 27, 1895). — Lorsque l'organisme humain ou animal est envahi par l'infection on constate habituellement un premier stade caractérisé par une hypoleucocytose intense. Sa courte durée peut quelquefois le faire passer inaperçu.

A ce stade succède généralement l'hyperleucocytose; celle-ci, toujours en rapport avec l'intensité de la maladie, diminue lorsque les symptômes s'amendent et que la maladie décline.

Si l'hyperleucocytose est irrégulière et ne se produit pas la maladie traîne en longueur et le danger de mort paraît plus grand.

En dehors de ces variations quantitatives des globules blancs on constate aussi des changements notables dans leur aspect et leurs propriétés. Les formes jeunes diminuent notablement et les phases adultes restent presque seules. Au déclin de la maladie on voit les éléments adultes diminuer et finalement les formes jeunes ont une tendance à prédominer.

Au moment de l'infection le chimiotaxisme des globules blancs les porte vers le point menacé d'où ils se rendent aussitôt dans le foie, la rate, la moelle osseuse. L'hypoleucocytose initiale s'expliquerait donc par une inégale répartition de ces éléments dans le corps.

En se diffusant dans le corps les produits bactériens viennent exciter les organes hématopoïétiques et exagérer la production des leucocytes. Les formes adultes ont seules un pouvoir chimiotaxique et phagocytaire sérieux, aussi constate-t-on leur forte prédominance dans les maladies infectieuses. D'après cela il faut admettre que les globules blancs passent rapidement par les phases successives de leur développement et si l'infection donne à l'organisme un état d'immunité partielle ou totale contre la maladie les leucocytes transmettent à leurs descendants les propriétés nouvelles qu'ils ont acquises. Dans le sang des animaux vaccinés prédominent, en effet, les leucocytes adultes. Cette théorie dérivant d'observations prises sur les animaux a été confirmée par les observations prises sur l'homme malade. Le docteur Stiénon constate dans la période fébrile de la pneumonie de l'hyperleucocytose qui disparaît brusquement après la crise thermique. L'affection passe-t-elle à l'état chronique le chiffre des formes à noyaux polymorphes ne fléchit pas. Si le docteur Stiénon n'a pas constaté d'hypoleucocytose, phénomène très précoce et très passager, c'est que la numération des globules blancs n'a pu être faite suffisamment au début de l'affection. L'auteur a pu l'observer au quatrième jour de la pneumonie, dans la fièvre catarrhale, dans la rougeole et dans la fièvre typhoïde. L'action salutaire de la leucocytose admise, il faudra donc la favoriser par une thérapeutique rationnelle; la diète absolue diminuant le nombre des leucocytes du sang devra être condamnée.

BIBLIOGRAPHIE

Les fonctions des différentes parties du labyrinthe de l'oreille, par Stanislas v. Stein. Traduit du russe en allemand par V. Krzywicki. Iéna, 1894.

L'ouvrage débute par une partie historique divisée en quatre périodes :

1° Des temps anciens à 1760, découverte par Cotugno du liquide labyrinthique;

2° De 1760 à 1851, découverte par Corti de l'organe qui porte son nom;

3° De 1851 à nos jours.

La seconde partie traite des fonctions du limaçon. L'auteur y expose l'hypothèse d'Helmholz; l'hypothèse des cordes, les hypothèses des différents auteurs avec les arguments, les expériences, les faits anatomiques, physiologiques, physiques à l'appui ou à l'encontre de ces hypothèses. Peut-on entendre sans limaçon? Sur cinquante cas environ de destruction complète du limaçon qui existent dans les littératures, dans sept ou huit cas l'ouïe aurait été conservé; mais, d'une part, ces résultats seraient dus à l'insuffisance de nos méthodes actuelles d'épreuve de l'audition et aux réponses sujettes à caution des malades; d'autre part, la destruction complète pathologique ou expérimentale des deux limaçons est toujours suivie de surdité absolue. On ne peut donc entendre sans limaçon; la fonction du limaçon est l'audition.

La troisième partie traite des fonctions des taches du vestibule et des crêtes des canaux semi-circulaires. V. Stein y décrit les troubles de l'équilibre après destruction de la vésicule auditive chez les invertébrés, les troubles de l'équilibre après irritation ou lésion des canaux semi-circulaires chez les vertébrés, les recherches sur les taches de l'utricule et du saccule. Les canaux semi-circulaires, l'utricule et le saccule auraient pour fonction d'assurer l'équilibre par le jeu des otolithes sur les crêtes ampullaires et les taches auditives.

La dernière partie de cet important et consciencieux ouvrage est consacrée à un exposé long, minutieux et bien complet des méthodes expérimentales avec critiques raisonnées.

Le livre de V. Stein éclaire malheureusement peu ces points de physiologie encore si obscurs, mais il pourra clore la quatrième période historique indiquée par l'auteur, période de tâtonnements, d'hypothèses et de travaux préparatoires et servir de point de départ à de nouvelles et fécondes recherches.

Dr E. Weissmann.

VARIÉTÉS

Les bourses dans les lycées. — Nous avons exposé, il y a quelques mois, les motifs qui nous faisaient applaudir à la mesure *générale* prise par M. le ministre de l'Instruction publique. Désireux de réduire les remises de faveur accordées aux fils des personnages influents, le ministre les avait remplacées par des bourses d'essai et des bourses de mérite. Les professeurs de l'enseignement primaire se sont crus atteints par cette mesure de même que nos confrères les médecins des lycées. — Tous — car nous pensons bien que les médecins titulaires ou adjoints des lycées seront considérés comme fonctionnaires — pourront obtenir pour leurs fils des bourses définitives si ceux-ci répondent, par leur travail, aux tendances bienveillantes de l'Administration. Une nouvelle circulaire précise, dans les termes suivants, de quelle manière les bourses pourront être concédées.

Les remises « hors cadre » — c'est-à-dire l'exonération des frais d'internat et d'externat surveillé — sont maintenues pour le personnel de l'enseignement primaire (fils, petit-fils, pupilles légaux des fonctionnaires) comme pour les professeurs des lycées. Les bourses sont seulement divisées en deux catégories : *bourses de mérite* (accordées à titre définitif) et *bourses d'essai*.

Les bourses de mérite sont données après un stage d'un an dans un lycée ou dans un collège, et à partir de la classe de cinquième. Les enfants des membres de l'enseignement primaire et de l'enseignement secondaire pourront faire leurs preuves et conquérir les bourses de mérite, en profitant, jusque-là, soit des remises hors cadre, soit des bourses d'essai.

Les bourses d'essai remplacent les anciennes « remises de faveur ». Elles peuvent s'étendre « aux frais scolaires de tout ordre ». Les remises étaient accordées après examen. Les bourses d'essai s'obtiennent au concours. Un an de stage préalable est exigé seulement pour la classe de septième. A partir de la sixième, le concours suffit « pour tout candidat, quel qu'il soit, et d'où qu'il vienne ». Il est inexact de prétendre que la porte des établissements d'enseignement secondaire est fermée aux enfants des membres de l'enseignement primaire, s'ils ne sont pas en état de payer les frais du stage en huitième. Le stage en huitième reste gratuit (quant à l'externat surveillé) pour la « remise hors cadre ». Il reste onéreux (quant à la pension ou à la demi-pension) comme il l'était auparavant.

Sur un seul point, le décret du 9 août modifie sérieusement l'état de choses antérieur. Les remises hors cadre, concédées d'abord sans examen, « ne seront renouvelées qu'aux élèves qui seront reconnus dignes de les conserver. Si un élève est mal noté pour la conduite ou le travail, ou s'il est jugé incapable de faire avec profit des études secondaires, la remise lui sera retirée en totalité ou en partie. Il n'est pas à prévoir que cette condition, si justifiée, du maintien de la remise, condition qu'à vrai dire les règlements antérieurs supposaient sans l'énoncer explicitement, puisse donner lieu à une objection ».

Hôpitaux de Paris. — Deux faits à signaler cette semaine : 1° des incidents multiples à propos des nouveaux services de consultation; 2° un « chambard monstre » à M. le Directeur général, à l'ouverture du concours de l'externat, à propos de l'économie projetée par suppression de l'indemnité aux élèves externes. Quand les choses se seront un peu « tassées » naturellement, il sera temps d'en parler plus longuement.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

BULLETIN

Les réformes de l'Assistance publique.

I

L'indemnité des externes.

Il n'a pas de chance dans ses projets de réforme, M. le directeur général de l'Assistance publique ! Sous peu, nous verrons ce que sera devenue la fameuse réforme des consultations et des circonscriptions hospitalières. Aujourd'hui, restons-en au moins important sujet de l'indemnité aux élèves externes.

Dans les hôpitaux excentriques — le centre étant, naturellement, le « Quartier » — les externes touchent une indemnité de un franc par signature : il paraît que cela a remplacé — avec désavantage pour les externes — un déjeuner qu'autrefois on leur offrait. En présence du déficit, toujours croissant, que comble la subvention municipale d'une vingtaine de millions, M. le directeur général a fait la guerre aux abus, aux dépenses inutiles. Sur tous les chapitres, il a trouvé un budget incompressible : mais enfin une idée l'a illuminé et il a proposé une économie de cinquante mille francs (c'est, je crois, le chiffre cité dans la récente discussion du conseil municipal) en supprimant le franc des externes excentriques. Le conseil de surveillance tout entier a poussé des cris d'allégresse : le Capitole était sauvé !

Par malheur, les étudiants ont regimbé, ont empêché le concours d'externat de commencer, ont conspué qui de droit, ont tout cassé ; puis ils ont pétitionné. M. Brouardel s'est entremis ; M. Peyron a promis de ne pas s'opposer au rétablissement de l'indemnité si on le proposait au conseil municipal ; le conseil municipal a délibéré et a malmené de première main M. le directeur général ; M. le directeur général a répondu que l'idée première de la « réforme » appartenait à M. Millard ; et finalement la pétition a été renvoyée à la cinquième commission.

Au fond, les externes n'ont pas tort, et l'argument donné est piteux. Les moyens de communication se sont multipliés, c'est exact, mais il faut tout de même dépenser six sous s'il fait beau, douze s'il pleut, pour aller à un quelconque des hôpitaux excentriques, même à l'hôpital Beaujon. Car si Beaujon n'est pas excentrique pour les gens « chics », il est toujours aussi éloigné qu'autrefois du « Quartier ». C'est par l'exemple de l'hôpital Beaujon, cependant, que l'administration avait converti à sa cause notre cher maître M. Millard ! Car je crois bien que l'idée revient à l'administration et non à M. Millard. La preuve en est qu'il y a trois ans, lors de l'incident Salmon, M. le secrétaire général m'avait entretenu de ses idées sur l'externat et j'ai reconnu exactement ce discours dans l'article officieux que *le Temps* a publié il y a quelques mois pour annoncer la « réforme ». A ce moment, on ne faisait pas à M. Millard l'honneur de la découverte !

Je souhaite donc que l'on maintienne l'indemnité aux externes. Le seul tort des jeunes gens est d'avoir fait du bruit et des dégâts matériels. Cette faute aurait pu compromettre leur cause, elle l'aurait même dû, mais cela, je n'ose pas le dire tout haut, car je crains qu'au contraire leur manifestation bruyante n'ait été plus efficace qu'une réclamation modérée et motivée.

A. BROCA.

II

Les circonscriptions hospitalières.

Les chirurgiens des hôpitaux, en présence des réclamations incessantes auxquelles donne lieu, de la part des malades, l'établissement des circonscriptions hospitalières se sont réunis hier soir mercredi, et ont voté, à l'unanimité, l'ordre du jour suivant :

> Les chirurgiens des hôpitaux, réclamant pour les malades indigents le droit absolu de s'adresser au chirurgien de leur choix et d'être traités par lui, demandent l'abolition des circonscriptions hospitalières.

Ils ont en outre décidé, pour montrer que cette question ne s'impose pas d'aujourd'hui seulement à leur sollicitude, de publier la protestation qu'ils ont lue en avril dernier à M. le ministre de l'Intérieur.

Note pour Monsieur le ministre de l'Intérieur et protestations des médecins et des chirurgiens des hôpitaux contre l'arrêté du directeur de l'Assistance publique concernant les réformes hospitalières, approuvé par le préfet de la Seine, le 13 avril 1895.

Au nom des médecins des Hôpitaux, M. le professeur Potain, membre de l'Institut.

M. le professeur Hayem, président de la Société des médecins des Hôpitaux.

M. le Dr Millard, membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, d'une part, et d'autre part, au nom des chirurgiens des Hôpitaux.

M. le professeur Guyon, membre de l'Institut.

M. le professeur Terrier, président de la Société des chirurgiens des Hôpitaux.

M. le Dr Perier, membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, élus par leurs collègues, ont fait, le samedi 4 mai 1895, une démarche auprès de M. le ministre de l'Intérieur.

Conformément au désir exprimé par M. le ministre, ils ont l'honneur de lui remettre la note ci-dessous résumant l'objet de leur démarche et y joignent les copies de la protestation des médecins et de celle des chirurgiens des hôpitaux.

Des réformes dans le mode d'admission des malades et dans le système des consultations données dans les hôpitaux ayant été jugées nécessaires, M. le directeur de l'Assistance publique a soumis au Conseil de surveillance un projet qui fut immédiatement envoyé à une commission composée de M. Félix Voisin, vice-président du Conseil, Bernheim, Bonthoux, Brouardel, Dubrisay, Lannelongue, Millard, Navarre, Rochard, Strauss, Perier rapporteur.

La Commission commença ses travaux, le 9 mai 1893, ils durèrent jusqu'à la fin de la session, 6 juillet. Le rapport fut déposé le 23 novembre, discuté dans les séances du 21 décembre 1893, 2 janvier, 25 janvier et 8 février 1894. — A cette dernière séance, MM. Voisin et Perier furent délégués par le Conseil de surveillance auprès de M. le préfet de la Seine pour lui demander l'autorisation de communiquer le projet voté par le Conseil avant son approbation définitive et officielle, en raison de polémiques de presse qui avaient présenté au public intéressé les faits sous une forme incomplète et souvent inexacte. — M. le préfet leur a répondu qu'étant donnée la publicité qui s'était faite sur cette question, il était profitable à l'étude des réformes présentées que les documents émanant du Conseil de surveillance fussent communiqués avant même qu'ils aient été approuvés et il a bien voulu accorder l'autorisation sollicitée. Le rapport de M. Perier a donc été transmis par l'Administration aux médecins et aux chirurgiens des hôpitaux et du Bureau central, ainsi qu'aux membres du Conseil municipal.

Un mois après, dans sa séance du 13 mars, le Conseil municipal adoptait les conclusions d'un rapport fait au nom de sa 5e commission sur le même sujet. Le projet du Conseil municipal différait de celui du directeur de l'administration, qu'avait adopté le Conseil de surveillance, par ce point fondamental que le projet du directeur respectait en partie la liberté des malades malheureux, tandis que celui du conseil municipal n'en tenait absolument aucun compte.

Les médecins et chirurgiens des hôpitaux, croyant M. le directeur d'accord avec son Conseil de surveillance, prêts à accepter les réformes dont on leur avait communiqué le texte en même temps que le rapport de la commission, ne songèrent pas à soulever d'objections et pendant un an ils n'entendirent plus parler des réformes qu'ils supposaient arrêtées définitivement et dont ils n'attendaient plus que la mise en vigueur.

Leur surprise fut grande quand ils apprirent que M. le directeur avait changé d'avis pour se conformer entièrement à celui du Conseil municipal.

M. le professeur Lannelongue, député du Gers, en entretint M. le préfet de la Seine et fut obligé de le mettre au courant de la question. M. le préfet ne prit aucun engagement et se montra naturellement disposé à se conformer au projet que lui présenterait M. Peyron.

Médecins et chirurgiens rédigèrent alors une protestation dont la lecture faite à titre officieux au Conseil de surveillance, le 11 avril, fut interrompue par l'annonce téléphonique du fait accompli; M. le préfet cédant, à de pressantes sollicitations, avait donné, la veille, sa signature (1).

La protestation des médecins et des chirurgiens n'en conserve pas moins toute sa valeur. D'ailleurs tout esprit impartial ne saurait que reconnaître la justesse de l'opinion émise par M. Fleury-Ravarin aujourd'hui député du Rhône, lorsque, en 1893, dans son rapport au Conseil supérieur sur la revision du décret du 12 août 1886, il faisait ressortir « l'inconvénient d'un système où le malade ne peut choisir son » médecin. Il n'est pas nécessaire d'insister » disait-il « sur » ce qu'une telle situation a de rigoureux et pénible. Quand » il s'agit de confier à un homme de l'art ce qu'on a de plus » précieux, la santé, de lui abandonner son corps et de mettre » sa vie entre ses mains, il y a un point qui prime tout : c'est » la confiance qu'on doit avoir en son savoir et en son honorabilité. »

Cette pensée si humanitaire et si démocratique n'a point frappé le Conseil municipal et on s'étonne à bon droit que M. le directeur y soit devenu insensible. Elle paraît cependant si peu discutable qu'on ne peut se refuser à croire que M. le préfet a été mal renseigné; aussi les médecins et les chirurgiens des hôpitaux croient-ils devoir s'adresser à M. le ministre de l'Intérieur pour le prier d'en appeler à M. le préfet, mieux informé, et tenter de le faire revenir sur une décision dont ils prévoient les fâcheuses conséquences; ils ne doutent pas que la lecture des protestations ci-jointes n'amène M. le ministre et M. le préfet à partager leur conviction.

(Ici les protestations, que nous avons déjà publiées, des médecins et chirurgiens des hôpitaux.)

REVUE DES CONGRÈS

Xe CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

L'intervention opératoire précoce ou tardive dans les solutions de continuité des os (*crâne et rachis exceptés*), rapport lu au Congrès français de chirurgie, par M. le Pr A. Heydenreich (de Nancy).

I. — Intervention opératoire précoce

De toutes les interventions opératoires dans les fractures des membres, la plus radicale est l'amputation. On y a eu recours de tout temps. Mais les progrès de la chirurgie, et surtout l'avènement de l'antisepsie, ont tendu à en restreindre les indications. Aujourd'hui, les amputations immédiates ne sont plus pratiquées que dans les cas de véritables broiements osseux, de larges lésions des parties molles, de blessures des artères ou nerfs assez graves pour compromettre absolument la vitalité du membre. Des accidents septiques aigus, tels que la gangrène foudroyante, peuvent encore indiquer l'amputation.

Dans les cas où le membre paraît susceptible d'être conservé, il se peut qu'une intervention opératoire soit impérieusement commandée. Qu'une blessure artérielle provoque une hémorrhagie (si la fracture est ouverte), ou détermine la formation d'un anévrysme (si la fracture est fermée), il est indispensable d'agir. La compression ou la ligature de l'artère principale du membre ont été faites dans des circonstances de ce genre. Mais il est évidemment plus rationnel d'aller directement à la recherche du vaisseau divisé et d'en pratiquer la ligature.

(1) M. le directeur général serait bien aimable de nous faire savoir pourquoi dès lors l'approbation de M. le préfet est datée du 13 avril. A. B.

Si l'on constate des symptômes montrant qu'un nerf est blessé par un fragment, il est urgent de dégager ce nerf le plus tôt possible, avant qu'une névrite ait compromis ses fonctions. L'indication est aussi nette dans les fractures fermées que dans les fractures ouvertes.

En ce qui concerne les autres motifs d'intervention opératoire, il est absolument nécessaire de considérer isolément les fractures ouvertes et les fractures fermées.

1° *Fractures ouvertes.* — D'après les données actuelles, une fracture ouverte non septique évolue à la manière d'une fracture fermée. Tous les efforts du chirurgien doivent tendre, par conséquent, à rendre aseptique le foyer de la fracture.

Dans les fractures ouvertes, en particulier dans les fractures par armes à feu, lorsque l'on reconnaît l'existence de désordres profonds, il ne faut pas hésiter à faire un débridement, à explorer le foyer, à enlever les corps étrangers et les esquilles mobiles et complètement détachées, puis à drainer la plaie et à la panser antiseptiquement. « Ce nettoyage antiseptique de la plaie, écrit Ollier, loin d'ajouter à la gravité du traumatisme, la diminue pour le présent et pour l'avenir. » Il enlève, en effet, les parties susceptibles d'infecter la plaie et d'y jouer pendant un temps prolongé le rôle d'un irritant; il permet d'éviter ces suppurations interminables, qui font le désespoir de certains blessés.

Cependant on ne perdra pas de vue qu'un corps étranger, tel qu'une balle, peut être toléré par les tissus. D'autre part, une esquille, même complètement libre, est susceptible de se recoller dans un foyer de fracture fermée; et il en sera de même dans une fracture ouverte, si l'asepsie est absolue. L'ablation des corps étrangers et des esquilles, dont on redoute la mortification ne saurait être érigée en règle. La plupart des chirurgiens recommandent l'abstention quand les désordres osseux paraissent limités, quand l'intervention risque d'ajouter aux dangers immédiats du traumatisme. De même, on doit respecter les parties utiles pour la consolidation de l'os ou le fonctionnement du membre.

Une question délicate est celle de l'indication des résections dans les fractures ouvertes. Un fragment, qui a perforé la peau, est susceptible, après réduction, de continuer à vivre sans causer d'accident. Mais il faut, pour cela, qu'il ne soit pas trop fissuré, trop desséché par l'exposition prolongée à l'air, qu'il n'ait pas une trop grande longueur, qu'il soit aseptique. Comme la réduction, faite mal à propos, peut être la source d'accidents sérieux, il vaut mieux, dans le doute, réséquer une portion plus ou moins longue du fragment.

Une résection partielle est indiquée aussi quand le fragment se termine par une pointe aiguë, dangereuse pour les parties molles voisines, ou quand il gêne manifestement la réduction. Toutefois, le plus souvent, l'emploi de l'anesthésie ou un simple débridement cutané suffisent dans les cas de réduction difficile. De toute façon, s'il s'agit d'un adulte, on rapprochera les bouts de l'os, après la résection, afin d'éviter la pseudarthrose.

Dans les fractures ouvertes accompagnées de graves désordres, les fractures par armes à feu par exemple, on peut se demander s'il y a lieu de pratiquer une résection diaphysaire typique. Je ne puis, dans ce rapport, aborder la question de la valeur respective de l'expectation, de la résection et de l'amputation dans les fractures diaphysaires. Je me contenterai de dire qu'actuellement la résection est peu en faveur; les faits semblent lui avoir donné tort. Abstraction faite même des pseudarthroses qu'elle amène souvent, la résection a l'inconvénient grave d'ébranler les fêlures, de les transformer en fractures, de décoller au loin le périoste, en un mot d'aggraver les désordres osseux.

Les résections articulaires primitives, à la suite des fractures articulaires ouvertes, ne paraissent pas non plus devoir être recommandées, si ce n'est lorsque les extrémités osseuses sont réduites en petits fragments. Quand l'amputation ne s'impose pas, la conduite à tenir, dans ces fractures, semble être la conservation pure et simple. Avec une antisepsie sévère, la conservation pourra être tentée dans des cas où autrefois l'amputation était nettement indiquée. Plus tard, en cas de nécessité, on aura recours à une résection secondaire, pratiquée dans des conditions beaucoup plus favorables.

Il arrive parfois que, dans une fracture ouverte traitée par la conservation, on éprouve de grandes difficultés à maintenir les fragments en contact. L'idée de les fixer l'un contre l'autre devait se présenter tout naturellement. Mais cette idée ne pouvait faire son chemin qu'à la faveur de l'antisepsie. La méthode de la fixation directe des fragments, qui n'est pas nouvelle, n'a été appliquée pendant longtemps que par un petit nombre de chirurgiens. C'est dans ces dernières années seulement qu'elle a été expérimentée plus largement.

Mais avant d'étudier cette méthode, il me reste quelques mots à dire de l'intervention opératoire précoce dans les fractures fermées.

2° *Fractures fermées.* — Dans ces fractures, les indications de l'intervention sont rares. J'ai dit un mot déjà des lésions artérielles ou nerveuses qui peuvent commander une opération.

Indépendamment de ces cas, le chirurgien peut être amené à intervenir, soit par la ponction aspiratrice, soit par une incision entourée de toutes les précautions antiseptiques, pour évacuer une collection sanguine importante, qui risque de suppurer, ou tout au moins d'entraver la consolidation de la fracture.

De même, si une fracture fermée vient à suppurer, il importe d'agir rapidement, de donner largement issue au pus, de désinfecter avec soin le foyer. Une fracture fermée n'est d'ordinaire bénigne que parce que les chances d'infection sont rares. Du moment qu'elle est infectée, elle se trouve dans les mêmes conditions qu'une fracture ouverte infectée, et doit être traitée de même.

Les fractures fermées, comme les fractures ouvertes, peuvent offrir des esquilles, dont on est en droit de redouter la nécrose. Faut-il intervenir pour les enlever? L'expérimentation a prouvé que des fragments osseux, même complètement détachés, dépouillés de leur périoste, ayant perdu leurs connexions avec les parties voisines, peuvent se fusionner de nouveau avec l'os. Il ne faut donc pas se hâter, dans une fracture fermée, c'est-à-dire dans une fracture d'habitude aseptique, de considérer les esquilles comme des corps étrangers et il y a lieu d'être extrêmement réservé dans l'intervention.

Cependant il arrive qu'une esquille ou une pointe osseuse soient un danger pour les parties molles voisines (vaisseaux, nerfs, peau). L'intervention est alors parfaitement justifiée et même commandée: l'opération est sans danger, à condition que l'asepsie soit rigoureusement observée.

La méthode de la fixation directe des fragments, lorsque la contention de la fracture est difficile, a été transportée des fractures ouvertes aux fractures fermées. Pour appliquer la méthode, on est alors obligé de transformer la fracture fermée en fracture ouverte, c'est-à-dire d'exposer un foyer jusque-là aseptique à des chances d'infection. Une antisepsie rigoureuse met, il est vrai, à l'abri de ce danger. Mais les manœuvres, que néces-

site la fixation, ne sont pas absolument inoffensives, et il est indiqué d'apporter une grande circonspection dans ce mode d'intervention.

3° *Fixation directe des fragments.* — L'idée de fixer l'un contre l'autre les fragments d'une fracture est bien ancienne; car Hippocrate connaissait le traitement des fractures du maxillaire inférieur par une ligature métallique prenant point d'appui sur les dents voisines. Ce n'était encore que la ligature médiate des fragments.

Notre siècle a vu naître d'autres tentatives: la pointe métallique de Malgaigne, appliquée surtout aux fractures du tibia: les griffes du même chirurgien, destinées à la contention des fractures de la rotule; l'appareil de Rigaud, employé principalement pour ces dernières fractures et consistant en deux vis fixées chacune dans l'un des fragments et rapprochées par un lien; l'appareil de Dieffenbach basé sur le même principe; celui de Langenbeck, dans lequel les deux vis implantées dans les fragments sont réunies par une tige transversale.

Ces tentatives, qui n'étaient pas sans hardiesse, ont été faites en grande partie sur des fractures fermées. Malgré d'incontestables succès, elles n'ont été acceptées qu'avec réserve par les chirurgiens, qui demeuraient hésitants en face de ces nouveautés.

La même défiance a accueilli la ligature des os et la suture des os, en dépit des efforts de Bérenger-Féraud. Ces procédés étaient conseillés dans les fractures compliquées, dans les cas où la coaptation ne peut être obtenue d'une manière durable et facile par les moyens indirects.

La ligature consiste dans la mise à un des fragments, la réduction de la fracture et l'enroulement d'un fil, de préférence métallique, autour des fragments; cet enroulement est pratiqué directement ou avec le secours d'un stylet aiguillé ou d'une forte aiguille courbe sur le plat.

Dans la suture, les deux fragments sont perforés à l'aide d'un perforateur, par exemple celui qu'emploient les dentistes. Par les trous on fait passer un fil métallique ou organique, et on lie les deux bouts du fil. Les fils ont été remplacés parfois par des chevilles en ivoire ou en plomb traversant les deux fragments. Bérenger-Féraud insiste sur l'importance qu'il y a à appliquer la suture sur des surfaces obliques plutôt que sur des surfaces transversales, et au besoin il ne recule pas devant une section faite avec la scie.

Les opérations dont je viens de parler ont été pratiquées déjà avant la période antiseptique. Cette circonstance explique la réserve avec laquelle elles ont été accueillies. L'antisepsie devait forcément faire naître de nouvelles tentatives.

En 1877, Cameron et Lister firent la suture des fragments dans des fractures de la rotule. Cette opération, conseillée déjà par Séverin au XVIIe siècle, pratiquée en 1834, mais sans succès, par Rhea-Barton, ne tarda pas à être adoptée par beaucoup de chirurgiens.

Par voie d'analogie, la suture des fragments fut appliquée bientôt aux fractures de l'olécrâne. Dans ces fractures, de même que dans celles de la rotule, il s'agit de fractures articulaires, le plus souvent fermées, et l'opération oblige à ouvrir l'articulation.

En même temps, la fixation directe des fragments tendait à être essayée plus fréquemment dans les diverses fractures difficiles à contenir. La technique de la fixation était étudiée de plus près, et les chirurgiens imaginaient des méthodes nouvelles. Je vais rapidement passer en revue les principales d'entre elles.

Hansmann (1) a eu recours à ce qu'il a nommé le *vissement des os.* Après réduction de la fracture, il applique à la surface des fragments une plaque d'acier non trempé et nickelé, plaque percée de trous munis de pas de vis. Par deux de ces trous il engage deux vis pourvues d'un manche et qui pénètrent dans chacun des deux fragments. Le manche de chaque vis fait saillie à l'extérieur; de même, la plaque est recourbée à angle droit à une de ses extrémités, et cette portion recourbée proémine extérieurement. L'appareil est maintenu en place de quatre à huit semaines. Puis on le retire, en enlevant d'abord les vis et ensuite la plaque, qu'on saisit par sa portion recourbée. Si les vis se relâchent trop tôt, on les remplace par des vis plus fortes.

(1) *XVe Congrès de l'Association allemande de chirurgie*, 1886.

Le procédé de Hansmann a été appliqué, dans le service de Schede, à des fractures compliquées de la jambe, de la cuisse, du radius, de l'olécrâne, du maxillaire inférieur, ainsi qu'à des pseudarthroses. D'après l'inventeur du procédé, la nécrose n'est pas plus fréquente après son emploi qu'en l'absence d'intervention. Selon lui aussi, ce procédé n'est pas aussi offensif que la suture, après laquelle l'extraction des fils est une vraie opération.

Ce raisonnement suppose que l'appareil ou les fils servant à fixer les fragments doivent être retirés. Mais il est prouvé aujourd'hui que des corps étrangers aseptiques peuvent être laissés à demeure dans les os, et c'est sur ce principe que sont basées la plupart des méthodes actuellement en usage.

Ces méthodes utilisent soit un fil ordinairement métallique, ou des crins de Florence, soit un clou ou une vis métallique traversant les deux fragments, soit des chevilles en ivoire ou en os.

Beaucoup de chirurgiens, qui se servent des fils métalliques, les appliquent de la façon la plus simple, perforant obliquement chaque fragment, faisant passer le fil par des ouvertures et réunissant les bouts du fil en les tordant l'un sur l'autre.

On a employé des fils de fer, d'argent, d'or, de platine, même les fils de soie ou de catgut. D'après Lister, les fils métalliques doivent avoir un diamètre de un millimètre un quart pour la suture du fémur, de un millimètre à un millimètre un quart pour l'humérus, de un demi-millimètre pour l'olécrâne et la rotule.

Pour perforer l'os, on se sert d'une vrille, d'un foret ou d'instruments spéciaux, tels que le perforateur des dentistes ou celui de Collin. Ce dernier, mis en mouvement par une manivelle, porte à son extrémité un trou destiné à recevoir le fil. Hennequin reproche aux perforateurs habituels d'arracher les molécules osseuses; il recommande un instrument en forme de vrille, terminée par une encoche latérale, dont le rôle est de saisir le fil à la manière d'une aiguille de Reverdin.

Cependant cette manière de procéder à la suture est critiquée par bien des chirurgiens. Wille (1) soutient qu'en perforant l'os obliquement, on amène une flexion à angle des fragments, et on se met dans l'impossibilité de lutter contre leur rotation autour de la suture; or la nécessité d'enfiler le fil dans le perforateur après la perforation rend la suture transversale à peu près impossible. Pour réaliser cette dernière, Wille a imaginé un instrument consistant en une tige métallique terminée par une encoche latérale. Cet instrument est introduit dans l'ouverture percée à travers l'os, et le fil peut être fixé dans l'encoche sans le secours de la vue, par le simple toucher; en retirant l'instrument, on fait passer le fil à travers l'os.

Wille applique ainsi des sutures transversales, qui traversent d'outre en outre chaque fragment. Si la fracture est oblique, la suture est diposée de manière à ce que

(1) *Centralblatt f. Chir.*, 1892, p. 945.

l'anse de fil soit perpendiculaire au trait de fracture. Quand l'obliquité est très forte, l'anse de fil (toujours perpendiculaire au trait de fracture), au lieu de traverser l'os, est simplement fixée autour de lui, à la faveur de deux petites rainures faites à la lime ou à la scie. Ou bien encore, les deux fragments sont perforés d'un seul coup; puis une anse de fil d'argent, disposée en arrière de l'os, est attirée en avant à travers la double ouverture osseuse à l'aide de l'instrument de Wille; dès lors, il suffit de couper l'anse de fil ainsi ramenée et de faire deux sutures, une de chaque côté.

Un procédé de suture osseuse sans perforation des os a été décrit récemment par Dollinger (1). On dispose un fil d'argent circulairement autour du fragment supérieur; un autre fil est disposé autour du fragment inférieur; puis ces deux fils circulaire sont unis par deux anses de fil d'argent. Le procéde de Dollinger n'est, en réalité, qu'une sorte de ligature des os. Son auteur le recommande dans les cas où la substance osseuse est trop dure ou trop friable.

On peut rapprocher du procédé de Dollinger plusieurs procédés employés dans les fractures de la rotule : celui de Kocher et Max Schede, dans lequel les deux fragments rotuliens sont réunis par une ligature antéro-postérieure s'appliquant sur les faces antérieure et postérieure de l'os et traversant par conséquent l'articulation; le procédé de Berger, ou *cerclage de la rotule*, dans lequel un fil d'argent traversant les parties tendineuses et ligamenteuses, est disposé tout autour de la rotule, sans pénétrer dans la jointure ; le procédé de Périer, consistant dans une suture en lacet, à la soie, des parties fibreuses qui recouvrent antérieurement la rotule ; enfin, le procédé d'Anderson, dans lequel ces mêmes parties fibreuses sont traversées, en avant de chaque fragment, par deux longues aiguilles transversales, dont on rapproche les extrémités.

Si maintenant je passe aux tentatives de fixatien des fragments par des chevilles d'ivoire ou d'os, je trouve tout d'abord la méthode de Bircher (2). Quand il s'agit d'une fracture diaphysaire, Bircher insère dans le canal médullaire une sorte de tenon en ivoire qui fixe les deux fragments. Dans les fractures épiphysaires, il taille au ciseau des rainures dans l'os et fixe dans ces rainures un crampon d'ivoire en forme de H. Une opération ultérieure est pratiquée pour retirer ces appareils; elle est faite à la gouge et au maillet.

Bircher a appliqué son procédé à des fractures ouvertes et à des fractures fermées. Il dit n'avoir trouvé dans la littérature médicale la relation d'aucune méthode analogue. Toutefois Volkmann aurait traité de cette façon trois pseudarthroses à l'aide de pointes en ivoire et en os, qu'il aurait abandonnées dans les tissus. Heine aurait eu recours à un procédé semblable.

Socin (3) a employé avec succès la méthode de Bircher ; mais il ne retire pas les chevilles, qui, d'après lui, finissent par se résorber. Socin se sert de chevilles ayant jusqu'à six centimètres de long sur neuf millimètres d'épaisseur. Il a soin de les désinfecter par l'ébullition dans une solution concentrée d'acide phénique ou de sublimé.

Seen (4) est également partisan des attelles intra-osseuses d'ivoire ou dos. Mais il emploie des cylindres d'os ou d'ivoire, creux, perforés, qui, selon lui, ne contrarient pas la formation du cal. Dans les fractures obliques, le meilleur procédé, pour lui, est l'application d'une virole osseuse, qui enserre les fragments et qu'on laisse en place. (Cette virole est analogue à la virole métallique que Lucas-Championnière ajoute à la suture dans le traitement des pseudarthroses du fémur.) Si l'expérience prouvait, ajoute Seen, que la substance osseuse n'est pas assez résorbable, on pourrait la remplacer par des viroles en tissu osseux partiellement décalcifié ou en catgut chromique, Dans les cas où Seen se trouve en face d'une plaie suppurée, il pratique le drainage et enlève ultérieurement la virole osseuse, mais uniquement après la consolidation de la fracture.

Quels sont les résultats donnés par ces divers procédés de fixation des fragments? Les chirurgiens qui y ont eu recours disent avoir obtenu de beaux succès. Cependant Verity (1), sur huit cas de fractures ouvertes dans lesquelles il est intervenu par la suture au fil d'argent, compte six succès et deux amputations, dont l'une suivie de mort.

S'agissait-il de fractures infectées avant l'intervention? L'antisepsie n'a-t-elle pas été observée d'une façon assez rigoureuse au cours de l'opération? Ou bien encore celle-ci, par les désordres qu'elle a provoqués, a-t-elle été la cause des accidents? Il est impossible de se prononcer sur ce point.

Quoi qu'il en soit, l'intervention n'est admissible que si l'on se trouve placé dans des conditions permettant une antisepsie sévère. On aura soin d'établir un drainage chaque fois qu'on aura des doutes sur l'asepsie de la plaie. On ne perdra pas de vue que les manœuvres, nécessitées par l'opération, risquent d'amener la production de fissures osseuses s'étendant parfois jusqu'aux articulations voisines, et de décollements des tissus préjudiciables à la vitalité des fragments. Si l'on ajoute que ces désordres peuvent survenir dans une plaie, qui peut-être est infectée déjà avant l'opération, on comprendra qu'on ne saurait apporter trop de circonspection dans l'intervention chirurgicale.

Il est certain, d'ailleurs, que l'amélioration de la technique opératoire est de nature à réduire considérablement les risques de l'intervention. A ce point de vue, bien qu'il ne soit pas possible encore de prononcer un jugement définitif, il semble que l'emploi des chevilles osseuses constitue un progrès. Au lieu d'abandonner dans la plaie un corps étranger non résorbable, on y laisse une substance qui provoque une excitation favorable à la production du tissu osseux nouveau et qui finit par se confondre avec lui.

Les considérations qui précèdent expliquent la réserve sur laquelle se tiennent bien des chirurgiens. A la Société de chirurgie (séance du 13 juin 1894), la question de la suture osseuse a été discutée à l'occasion d'un mémoire de Roux de Brignolles fils. Analysant les observations présentées par Roux, observations qui concernent toutes des fractures fermées, le rapporteur, Ch. Nélaton, s'est prononcé contre la suture dans les fractures du fémur et dans celles de l'extrémité supérieure de l'humérus, dont la contention est d'ordinaire facile. Dans les fractures de la clavicule, Nélaton n'admet l'intervention que s'il existe une menace pour le paquet vasculo-nerveux, ou à la rigueur s'il s'agit d'éviter une déformation chez une jeune fille ou chez une jeune femme. Par contre, il approuve l'intervention dans les fractures de jambe, irréductibles ou incoercibles, tout en se montrant très réservé sur l'utilité de la suture.

Nélaton fait remarquer que les fractures de jambe laissent parfois après elles des membres déviés, volumineux, incapables de servir. Or la cause de cette consolidation vicieuse semble être souvent l'interposition d'un faisceau musculaire entre les deux fragments, interposition qui rend la réduction impossible. L'intervention

(1) *Centralblatt f. Chir.*, 1893, p. 25.
(2) *XVe Congrès de l'Association allemande de chirurgie*, 1886.
(3) *Corr.-Bl. f. schw. Aerzte*, 15 juin 1887.
(4) *Med. News*, 3 juin 1893.

(1) *Journ. of. americ. med. Assoc.*, 24 avril 1886.

chirurgicale est alors indiquée; elle seule permet de dégager le muscle et de réduire la fracture; mais dans ces cas, la suture est peut-être inutile.

La discusion du rapport de Nélaton à la Société de chirurgie a montré que les membres de la Société étaient loin d'être d'accord sur l'intervention dans les fractures fermées. Monod a défendu la non-intervention, en soutenant qu'à la jambe ce sont les muscles du mollet surtout qui gênent la coaptation; le chloroforme suffirait pour permettre la réduction. Routier, Michaux considèrent, dans les fractures irréductibles, incoercibles ou comminutives, l'ouverture du foyer, son nettoyage et l'enlèvement des esquilles comme plus importants que la suture elle-même. Quénu est partisan des chevilles osseuses. Lucas-Championnière accepte la suture pour les fractures de la clavicule et les fractures de jambe.

A l'étranger, nous trouvons les mêmes divergences d'opinions. Cependant la fixation directe des fragments y compte plus de partisans qu'en France, et elle a été appliquée plus largement que chez nous.

Il ne m'appartient pas de conclure. L'impossibilité de réduire une fracture ou de la maintenir réduite, la constatation de désordres sérieux qui font craindre la suppuration du foyer, la menace d'une blessure du paquet vasculo-nerveux (comme dans certaines fractures de la clavicule) me paraissent justifier et parfois commander une intervention chirurgicale, et cela même dans les fractures fermées. Dans quelles limites alors la fixation des fragments est-elle utile ou nécessaire? Il se peut que l'intervention préliminaire suffise à assurer la réduction et la contention de la fracture et à écarter les dangers que l'on redoutait. S'il n'en était pas ainsi, la fixation des fragments trouverait son indication.

De cette revue rapide j'ai dû laisser de côté tous les cas particuliers. La suture dans les fractures de la rotule et de l'olécrâne, l'intervention chirurgicale dans certaines fractures de l'extrémité inférieure de la jambe, du coude, etc., où la disposition des fragments peut être spéciale, sont des questions dont le développement m'entraînerait trop loin. Elles ne sauraient trouver place dans le cadre restreint de ce rapport.

II. — Intervention opératoire tardive.

Je n'insisterai pas sur l'intervention chirurgicale nécessitée par la suppuration du foyer d'une fracture : débridements, drainage, trépanation de l'os en cas d'ostéomyélite, etc.

Si ces moyens sont insuffisants, une opération plus radicale sera nécessaire. On réséquera si les désordres paraissent limités; on amputera si les lésions osseuses remontent trop haut. Il y a certainement de graves inconvénients à opérer au milieu de parties déjà enflammées; mais, comme le fait remarquer Ollier, il y a plus d'inconvénients encore à laisser dans la plaie ces débris médullaires ou ces fragments osseux, qui sont la cause permanente des fermentations septiques et qui s'opposent à l'écoulement libre des produits infectieux.

Du reste, il est su depuis longtemps qu'une résection, susceptible d'être ajournée, sera pratiquée, avec moins de risques et plus de chances de succès, après la cessation des accidents inflammatoires. Ces résections tardives se rapprochent des résections pathologiques. Les mêmes considérations s'appliquent aux opérations tardives ayant pour objet l'ablation de corps étrangers, de fragments osseux nécrosés, ou l'ouverture d'un foyer qui entretient une suppuration en un point de l'os.

Des interventions tardives d'un tout autre ordre sont parfois indiquées. Un nerf, fixé contre le cal par du tissu cicatriciel, ou englobé dans ce cal, ou simplement irrité par une saillie osseuse, peut provoquer des paralysies, des douleurs névralgiques, de l'anesthésie, etc. Il y a lieu alors de libérer le nerf par une opération sanglante.

Les cals vicieux et les cals exubérants sont également de nature à commander une intervention. En présence d'un cal exubérant, qui gêne par son volume ou menace de provoquer des accidents de compression, on enlèvera à la gouge et au maillet une portion plus ou moins étendue de la saillie osseuse. Les cals vicieux, c'est-à-dire la consolidation d'une fracture avec une position vicieuse des fragments, peuvent être attaqués de plusieurs façons.

Le redressement manuel de la facture n'est possible qu'à une époque peu éloignée du traumatisme, quand le cal est encore peu solide. En dehors de ces conditions, deux méthodes s'offrent au chirurgien : l'ostéoclasie et l'ostéotomie. La discussion de la valeur comparative de ces deux méthodes et l'examen des cas particuliers m'entraîneraient trop loin. Je me contenterai de faire observer que l'ostéotomie, pratiquée avec l'asepsie voulue, ne fait pas courir à l'opéré plus de risques que l'ostéoclasie. Par contre, l'ostéotomie, complétée au besoin par la résection des portions osseuses qui gênent la réduction, donne des résultats beaucoup plus sûrs et plus précis.

Je passerai sous silence les divers procédés, suivant lesquels on a taillé les fragments dans l'ostéotomie. Je laisserai de côté également tous les cas particuliers de consolidation vicieuse, qui ont inspiré des méthodes spéciales, parfois de véritables résections ou des opérations très complexes.

J'arrive au traitement des pseudarthroses. La sécurité, que nous donne l'antisepsie, a fait reléguer au second plan la plupart des moyens autrefois employés : frottement des fragments, injections irritantes, cautérisations profondes, acupuncture, électropuncture, séton, sections linéaires, perforations sous-cutanées, implantation de corps étrangers (chevilles d'ivoire, clous de plomb). L'intervention sanglante à ciel ouvert est devenue la méthode de choix.

Quelques chirurgiens se sont contentés d'aviver les fragments. Le plus souvent on a pratiqué une résection, complétée ou non par une suture. La résection des extrémités osseuses formant la pseudarthrose a été faite en 1760 par White; mais elle n'est entrée dans la pratique courante qu'à la période antiseptique. Ici encore les procédés sont nombreux : Roux et Hamilton ont engagé l'extrémité d'un des fragments déjà dans le canal médullaire de l'autre; Berger a taillé l'un des fragments en V saillant et l'autre en V rentrant. Quant à la fixation directe des fragments après la résection, elle a été faite suivant les divers procédés précédemment décrits.

Je dois mentionner toutefois le procédé de Quénu qui a pour objectif de réaliser à la fois une suture et un soutien (1). Il consiste à fixer sur les fragments, à l'aide de vis, une plaque d'aluminium de dix centimètres de long sur deux à cinq centimètres de largeur. Ce procédé, appliqué par Quénu, Thiriar, Schwartz, a donné des succès. Les attelles d'aluminium ont dû être enlevées dans trois cas sur cinq.

Dans certains cas, la pseudarthrose a été traitée par la transplantation osseuse. Ainsi Nussbaum, dans une fracture du cubitus avec perte de substance, a détaché du fragment supérieur une portion longue de cinq centimètres, comprenant environ la moitié de l'épaisseur de

(1) Doizy, De la prothèse interne au moyen d'attelles d'aluminium dans le traitement des pseudarthroses (*Thèse*, Paris, 1894).

l'os et dont il eut soin de respecter en partie les attaches fibreuses, puis il la renversa de haut en bas, de façon à combler la perte de substance ; le résultat fut très satisfaisant. Il s'agit ici d'une tentative ayant pour but de remédier à une perte de substance d'un os. Je n'y insisterai pas, devant consacrer un chapitre spécial à l'ensemble des tentatives de ce genre.

Enfin, j'ai à citer la méthode de traitement des pseudarthroses recommandée par Tillaux. Pour ce chirurgien, comme pour Ollier, la cause essentielle des pseudarthroses est l'existence d'une bride musculaire interposée entre les fragments ; la bride agit à la fois en s'opposant au contact immédiat des fragments et en déterminant par ses contractions des secousses qui tendent à écarter les fragments. Aussi Tillaux regarde comme le temps le plus indispensable de l'opération la résection de tout ce qui peut être interposé entre les extrémités osseuses ; il a obtenu ainsi un succès chez une femme de soixante-six ans.

Des opérations toutes spéciales, telles que la résection d'une extrémité articulaire, ont été pratiquées dans certaines pseudarthroses. Suivant la règle que j'ai dû m'imposer, je laisserai de côté tous ces cas particuliers.

Ajoutons que, si toutes les tentatives opératoires ont échoué, si le membre est nuisible et gênant, s'il n'est pas suppléé utilement par un appareil prothétique, la question d'amputation peut se poser. D'ailleurs, l'amputation est parfois indiquée, même en l'absence de pseudarthrose, lorsqu'une fracture laisse après elle un membre foncièrement inutilisable, non susceptible d'être amélioré par une opération, ou encore un de ces membres dont la peau, remplacée par du tissu cicatriciel, s'ulcère d'une façon réitérée, rendant tout usage du membre impossible.

III. — Intervention opératoire dans les pertes de substance des os.

A côté des simples solutions de continuité des os, se placent les cas où l'os n'est pas seulement interrompu dans sa continuité, mais où il a subi une perte plus ou moins étendue de sa substance. C'est ce que l'on observe après certaines fractures, après des affections, telles que l'ostéomyélite, la tuberculose osseuse, les néoplasmes, qui nécessitent une résection ou une ablation de séquestre, ou encore par suite d'une disposition congénitale.

Différentes méthodes ont été imaginées pour remédier à ces pertes de substance. Tantôt on a cherché à remplacer la portion manquante en déplaçant un os voisin. Ailleurs on s'est appliqué à l'aide de greffes osseuses ou d'autres greffes, à susciter, au niveau de la perte de substance, une néoformation osseuse. Enfin une troisième méthode a pour but de réaliser une véritable prothèse interne, en fixant dans l'espace vide un corps étranger, destiné à jouer le rôle de la partie osseuse manquante.

1° *Déplacement d'un os voisin.* — La méthode consistant à déplacer un os voisin a été rarement employée.

Au XXIIIe Congrès de l'Association allemande de chirurgie, en 1894, Rincheval a donné la relation de plusieurs opérations faites par Bardenheuer, dans des cas d'absence congénitale d'un os à l'avant-bras et à la jambe. Dans un cas d'absence du radius, Bardenheuer a coupé longitudinalement le cubitus en deux parties depuis l'extrémité inférieure de l'os jusque vers son milieu ; puis il a écarté les deux branches du cubitus et a fixé le carpe entre elles par des clous. Cette opération a été pratiquée trois fois avec succès à l'avant-bras. Deux opérations analogues à la jambe ont donné un succès et un échec.

Poirier (1) a remplacé, chez un enfant, la totalité de la diaphyse tibiale, détruite par une ostéomyélite, par la diaphyse péronière du même côté. L'opération a été faite en deux temps. Dans un premier temps, Poirier a divisé la partie supérieure de la diaphyse péronière : puis, inclinant le péroné vers le tibia, il a suturé la surface de section du péroné avec l'épiphyse supérieure du tibia. Dans un deuxième temps, Poirier a sectionné la partie inférieure de la diaphyse péronière, et, après avoir achevé d'attirer le péroné en dedans, l'a fixé à l'épiphyse inférieure du tibia. Après l'opération, le squelette de la jambe s'est donc trouvé constitué par les deux épiphyses tibiales reliées l'une à l'autre par la diaphyse péronière; les deux extrémités du péroné restaient isolées. L'enfant a pu marcher avec un appareil prothétique.

2° *Application de greffes.* — La possibilité de la greffe osseuse a été démontrée expérimentalement par Ollier, en 1859. La première application heureuse de la méthode sur l'homme a été faite, en 1879, par Macewen.

Chez un enfant de trois ans, qui avait perdu, à la suite d'une ostéomyélite, la totalité de la diaphyse humérale du côté droit, Macewen pratiqua, à trois reprises différentes, des transplantations de fragments d'os humains pris sur des malades opérés pour des courbures rachitiques. Ces fragments se réunirent les uns aux autres et contractèrent des adhérences avec les deux extrémités de l'humérus, de manière à former une tige osseuse solide.

On a pu croire d'abord que les fragments osseux greffés continuaient à vivre et à s'accroître et que le succès final s'expliquait ainsi. Mais cette théorie tombe devant l'expérimentation. Ollier a constaté qu'après un semblant de vitalité les fragments greffés finissent par se résorber. D'après lui, ils agissent par leur présence, en excitant ou plutôt en réveillant dans les tissus voisins des propriétés ostéogéniques endormies.

Des recherches récentes de Barth (2) aboutissent aux mêmes conclusions. Selon Barth, l'os vivant greffé agit comme corps étranger aseptique; sa vitalité n'est qu'apparente; il est destiné à être remplacé par du tissu osseux nouveau.

On comprend dès lors que les greffes puissent être faites avec d'autres subtances que le tissu osseux vivant. Senn (3) s'est servi avec succès de fragments d'os décalcifié. Il prend ces fragments sur un tibia de bœuf fraîchement abattu, il les décalcifie dans l'acide chlorhydrique, les découpe en tranches minces et les aseptise par un long séjour dans une solution alcoolique de sublimé à 2 0/0.

Un grand nombre d'autres subtances ont été expérimentées sur l'homme ou sur les animaux. Duplay et Cazin (4) ont réussi chez les animaux avec de l'éponge, de la gaze, du coton, de la soie, du catgut et même avec de la moelle de sureau.

D'après les expériences de Cricke et van Engelen (5), les meilleurs résultats sont obtenus avec de l'os vivant pris sur le même animal et avec de l'éponge stérilisée. En seconde ligne se placent les lambeaux de périoste, l'os décalcifié, la soie. Enfin l'ouate au sublimé, l'ivoire, les tiges de métal, le fil de fer en spirale, occupent le troisième rang et ne donnent que des résultats médiocres au point de vue de la néoformation osseuse.

Barth conclut d'après ses recherches que l'os mort

(1) *Soc. de chir.*, 3 juillet 1895.
(2) *XXIIe et XXIIIe Congrès de l'Association allemande de chirurgie*, 1893 et 1894.
(3) *Amer. jour. of. med. scienc.*, sept. 1889.
(4) *Arch. gén. de méd.*, nov. 1892.
(5) *Ann. publiées par la Soc. roy. des sc. méd. et natur. de Bruxelles*, t. III, 1894.

greffé se comporte comme l'os vivant. Après la greffe, la néoformation osseuse part presque simultanément de toutes les surfaces accessibles extérieures et intérieures, tandis que ce processus ne part que du bord lorsque la greffe est constituée par de l'os décalcifié ou de l'éponge. Si les greffes d'os, vivant ou mort, sont celles qui donnent les meilleurs résultats, cela tient, selon Barth, à la présence des sels calcaires. L'auteur a obtenu, en effet, des résultats aussi satisfaisants en greffant de l'os calciné. Il a même observé une néoformation osseuse après avoir greffé de l'os calciné dans la cavité abdominale.

Je n'insisterai pas davantage sur cette partie expérimentale. Dans la pratique, les substances que l'on a surtout employées sont l'os vivant ou mort et l'os décalcifié. Des pertes de substance osseuse de causes diverses, des pseudarthroses ont été traitées de la sorte.

Parfois on a cherché à respecter une partie des attaches fibreuses des fragments greffés. C'est ce qu'a fait Nussbaum dans le cas de pseudarthrose précédemment relaté. De même, Farquhar Curtis (1) a traité avec succès une pseudarthrose du tibia, en greffant entre les fragments avivés plusieurs morceaux de péroné, qu'il avait maintenus, autant que possible, en raport avec leur périoste, et qu'il avait passés à travers une boutonnière musculaire.

Le plus souvent on a greffé des fragments complètement détachés. L'os frais a été pris soit sur le même sujet (par exemple sur la crête du tibia), soit sur un autre sujet, de préférence jeune, venant de subir une amputation ou une résection. On s'est servi encore d'os d'animaux jeunes (veau, chien, etc.). L'os mort et l'os décalcifié ont été pris, en général, sur des animaux. Des succès ont été obtenus avec ces diverses substances; mais il est impossible de se prononcer sur leur valeur comparative. A ce point de vue, on en est encore réduit à l'expérimentation sur les animaux.

3° *Prothèse interne.* — Dreesmann a fait connaître, en 1892, une méthode nouvelle ayant pour but de combler une perte de substance osseuse à l'aide d'un corps étranger, et il a nommé cette méthode le *plombage des os*, par analogie avec le plombage des dents. Le plâtre, la gutta-percha, le ciment d'Harrard, l'amalgame de cuivre des dentistes ont été essayés tour à tour pour le plombage. La méthode a donné des succès. Mais elle rencontre un grand obstacle: la difficulté d'obtenir l'asepsie de la cavité osseuse qu'il s'agit de combler. D'un autre côté, si le plombage a permis de combler une cavité creusée dans un os, il ne semble pas donner la possibilité de rétablir la continuité d'un os long ayant subi une perte de substance. Or c'est uniquement de cette dernière question que j'ai à m'occuper ici.

Il y a bien des années déjà que les solutions de continuité du maxillaire inférieur avec perte de substance de l'os ont été traitées par la prothèse. Je ne parle, bien entendu, que de la prothèse immédiate, pratiquée aussitôt après une résection; la pièce, destinée à remplacer la portion osseuse manquante, est fixée directement sur les deux fragments.

Je ne m'étendrai pas toutefois sur ce point un peu spécial. Je laisserai de côté également la prothèse immédiate appliquée aux résections du maxillaire supérieur, ainsi que la prothèse du nez. J'arrive aux tentatives faites sur les membres.

Gluck (2) a cherché à rétablir la continuité d'un os ayant subi une perte de substance, en réalisant une véritable prothèse interne à l'aide de tiges d'ivoire. Chez deux enfants qui avaient perdu, par suite de tuberculose, la première phalange de l'index, Gluck a remplacé cette phalange avec succès par une tige d'ivoire; la forme et la fonction du doigt furent conservées.

Chez un autre malade, âgé de dix-huit ans, l'extrémité inférieure du cubitus fut remplacée par une tige d'ivoire, longue de huit centimètres et invaginée dans le bout supérieur de l'os. Au bout de cinq mois, le malade étant tombé, la tige d'ivoire s'arracha de son attache supérieure; mais un appareil plâtré suffit à amener une nouvelle réunion de l'os vivant avec le corps étranger.

Gluck cite encore deux malades, chez qui la même opération a été pratiquée pour des pertes de substance de la diaphyse tibiale, enfin un dernier sujet, chez qui l'humérus, réséqué pour un ostéosarcome, a été remplacé par une attelle d'ivoire. Gluck ajoute que la prothèse à l'ivoire a été appliquée par Krœnlein et Rose, Bircher, Godard, Maydl, Kopfstein, Lücke et Fischer.

Une opération, fort analogue à celles dont parle Gluck, a été pratiquée par Péan (1). Dans une résection de l'épaule, motivée par des lésions tuberculeuses, ce chirurgien avait enlevé la tête et la moitié supérieure tout entière de l'humérus; il ne subsistait de l'articulation que la cavité glénoïde, la capsule fibreuse et une partie du périoste. Péan employa, pour faire de la prothèse, du caoutchouc ayant cuit pendant vingt-quatre heures dans de la paraffine, et du platine iridié. L'appareil fut fixé, d'une part, au débris de l'articulation, c'est-à-dire à la capsule et au périsote qui furent suturés par-dessus; d'autre part, il fut fixé, à l'aide de catgut, au bout inférieur de l'humérus. La guérison fut rapide; les mouvements étaient satisfaisants; une fistule persistait à l'époque où le malade quitta l'hôpital.

Je termine ici cet exposé forcément rapide. Si bien des points relatifs à l'intervention opératoire dans les solutions de continuité des os sont aujourd'hui acquis, il en est d'autres qui sont à l'étude et sur lesquels il serait prématuré de porter un jugement définitif. Sur ces derniers j'ai dû m'abstenir de conclure. Les travaux du Congrès de chirurgie ne manqueront pas de hâter la solution des problèmes encore en discussion.

(1) *Amer. journ. of the med. sc.*, juillet 1893.
(2) *XXIe et XXIVe Congrès de l'Association allemande de chirurgie*, 1892 et 1895.

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1894, n° 32.

TRAVAUX ORIGINAUX

Hôpital de la Charité. — Service de M. Desprès.

Chute d'un lieu élevé. — Fracture du sacrum. — Déchirure des corps caverneux du clitoris avec plaie vulvaire et hématome suppuré. — Luxation de quatre métatarsiens avec plaie contuse et ouverture des articulations. — Guérison (2).

Le 15 mars 1895, la nommée Mathilde Cab..., âgée de vingt-quatre ans, domestique, fut apportée à l'hôpital de la Charité, ayant fait une chute du troisième étage. Admise d'urgence dans le service de M. Desprès, elle fut couchée au lit numéro deux de la salle Petit.

Cette femme nous donne les renseignements suivants :

Antécédents héréditaires. — Son père est mort à cinquante-deux ans, d'une affection cardiaque. Sa mère a succombé en couches à l'âge de trente-deux ans; elle était tuberculeuse.

Antécédents personnels. — Elle a été atteinte successive-

(2) Observation recueillie par M. Petit, interne des hôpitaux.

ment d'une bronchite à cinq ans, d'anémie vers quinze ou seize ans et d'une maladie fébrile dans sa dix-huitième année. Elle était alors dans les Côtes-du-Nord et plusieurs personnes ont été prises d'une fièvre analogue autour d'elle à cette époque. Voici alors maintenant son histoire actuelle.

Le 12 mars 1895, la malade ressent dans les deux oreilles des douleurs lancinantes très vives, puis elle souffre des dents. Elle est sujette aux névralgies dentaires et sa dentition est très mauvaise; presque toutes les dents qui lui restent sont cariées, et elle porte un appareil prothétique composé de douze dents pour la mâchoire supérieure.

Les douleurs étaient tellement vives que la malade ne pouvait ni manger ni dormir; elle n'éprouvait un peu de soulagement qu'en s'exposant à l'air frais.

L'état reste le même jusqu'au 15 mars; la malade n'ayant pu goûter aucun moment de repos va s'accouder à la fenêtre, se penchant en avant pour poser ses bras sur l'appui de cette fenêtre qui est très basse.

Dans cette situation ses douleurs se calment un peu et elle succombe au sommeil; mais oscillant en avant pendant qu'elle dormait, elle tombe par la fenêtre, du troisième étage, dans une cour pavée.

Pas de perte de connaissance après la chute; aucun signe de traumatisme crânien.

On l'apporte à l'hôpital dans la soirée, environ une heure et demie après l'accident.

A l'examen immédiat, on constate des ecchymoses à la main gauche; une déchirure des corps caverneux du clitoris avec plaie de la muqueuse vulvaire à gauche du clitoris. Toute cette région est tuméfiée par une infiltration sanguine, et le sang s'écoule en nappe par la plaie. La malade se plaint de vives douleurs chaque fois qu'on la mobilise même légèrement.

M. Desprès décèle en outre une fracture siégeant au niveau de la deuxième vertèbre sacrée environ. Dans les mouvements provoqués des membres inférieurs, la main glissée sous le sacrum perçoit nettement la crépitation osseuse.

En outre, le soulier droit de la malade est déchiré sur son bord interne, et après l'avoir ôté, on constate une plaie contuse du pied au même niveau; les quatre premiers métatarsiens sont luxés de leurs articulations tarso-métatarsiennes et la base des deux premiers apparaît à nu dans la plaie.

Ces luxations sont réduites sans difficulté, un pansement par occlusion avec le diachylum ferme la plaie du pied droit avec pansement ouaté par-dessus et la malade qui souffre beaucoup au moindre mouvement est mise dans la gouttière de Bonnet.

Pendant les cinq premiers jours de son séjour à l'hôpital, cette femme dort peu et présente de la rétention d'urine par parésie vésicale, on la sonde, et les urines évacuées ne sont nullement sanglantes.

Le troisième jour, l'hémorrhagie vulvaire après avoir diminué s'arrête complètement, mais la moitié supérieure gauche de la vulve et la grande lèvre du même côté sont tuméfiées par un hématome.

Le 23 mars, cet hématome a suppuré, il doit être ouvert au bistouri et drainé. On y fait des injections de chlorure de zinc. La malade est très constipée et ne peut aller à la selle qu'avec des lavements. Le tracé de sa température resté d'abord aux environs de 39° oscille, à partir du moment où l'hématome suppuré est ouvert, entre 37°,5 le matin et 38°,8 le soir.

Le 2 avril, la malade a des escharres bilatérales au niveau de l'orifice de la gouttière de Bonnet. Cependant la température toujours à grandes oscillations s'abaisse dans son ensemble.

L'état général est assez bon, et la malade s'alimente avec du lait et du bouillon, l'hématome suppure abondamment.

Le 15 avril, M. Desprès enlève le pansement du pied droit. La plaie est complètement cicatrisée et la réduction des métatarsiens parfaite.

Depuis le toucher vaginal a montré qu'il n'y avait pas d'autres lésions du bassin osseux que la fracture du sacrum; l'absence de cal sur les branches ischio-pubiennes fait rejeter l'hypothèse soulevée au premier abord d'une fracture à ce niveau.

Depuis lors la malade a continué d'aller de mieux en mieux.

Cette observation est intéressante sous plusieurs rapports.

Tout d'abord elle permet à la fois de se rendre compte du mécanisme de la luxation des métatarsiens et de la plaie vulvaire avec déchirure des corps caverneux et hématome, ainsi que de la fracture sacrée.

Dans sa chute, la malade a dû tourner sur elle-même, mais, en arrivant à terre, elle a pris contact avec le sol par le sacrum qui s'est fracturé d'une part et par le pied droit. Elle avait la jambe droite pliée sous elle; l'extrémité des orteils touchant à terre, le talon de la bottine est venu s'appuyer sur le côté gauche de la vulve, y déterminant une déchirure des corps caverneux avec plaie. Mais le talon arrêté par la symphyse pubienne, le pied s'est trouvé pris obliquement entre elle et le sol, et les quatre premiers métatarsiens quittant leurs rapports normaux avec les os du tarse se sont luxés vers le bord interne du pied, le poids du corps portant l'arrière-pied en dehors, en appuyant sur le talon. On comprend dès lors les lésions constatées à l'arrivée de la malade.

Les luxations des métatarsiens d'autre part, sans être des lésions excessivement rares, ne sont cependant pas des plus communes. Chavasse dans sa statistique n'en rapporte que cinquante et un cas; Claudot arrive au même nombre, et Paulet en signale soixante-cinq.

La fracture du sacrum est évidemment beaucoup moins rare, mais d'après les auteurs il est exceptionnel d'y constater la crépitation osseuse; or, elle était des plus nettes chez notre malade, et cela en l'absence de toute autre fracture des pièces osseuses du bassin.

Enfin, l'évolution des lésions elles-mêmes n'est pas moins intéressante. Cette malade présente trois lésions, l'une atteignant le sacrum dans sa continuité, l'autre portant sur les articulations tarso-métatarsiennes et la dernière sur les corps caverneux du clitoris et les tissus voisins; or, la marche de ces trois lésions traumatiques concomitantes a été très différente. La fracture du sacrum s'est consolidée d'une façon normale, comme cela arrive dans les cas de fractures bien immobilisées; mais tandis que l'hématome de la vulve a suppuré, donnant lieu à un abcès qu'il a fallu ouvrir, à une suppuration abondante, tandis que la température est restée élevée avec des oscillations assez considérables, les luxations métatarsiennes, réduites, ont guéri sans accident et la plaie contuse du bord interne du pied s'est cicatrisée par première intention, malgré la gravité que l'on accorde à bon droit aux plaies contuses avec ouverture des articulations.

Cette lésion locale a donc évolué pour son propre compte, en dépit de l'état général grave et de la suppuration de l'hématome.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

De l'encéphalite dans l'influenza (Influenza und Encephalitis), par NAUWERK (*Deut. med. Woch.*, 20 juin 1895, n° 25, p. 393). — C'est Leichtenstenn qui pour la première fois a attiré l'attention sur une forme d'encéphalite aiguë non suppurée dans l'influenza. Ces recherches cliniques avaient besoin pour être complètes des études bactériologiques. Il est vrai que Pfuhl s'est occupé de ce sujet et parlait de thromboses de bacilles dans les capillaires, mais ces études à cause des conditions défectueuses dans lesquelles elles ont été faites inspirent peu de confiance à l'auteur. Nauwerk a étudié au point de vue bactériologique deux cas d'influenza avec des phénomènes nerveux très accentués. Dans le premier, il s'agit d'une jeune fille de quatorze ans, qui pendant une épidémie d'influenza avait de la fièvre, des vomissements, des convulsions dans le bras et la jambe gauche, convulsions qui ont été suivies d'une paralysie du bras et d'une parésie de la jambe de ce côté. La malade est morte pendant l'une de ces attaques. A l'autopsie, on trouva dans le sinus longitudinal droit et transverse, des thromboses adhérentes. Dans le tiers supérieur des circonvolutions centrales de l'hémisphère droit, il existait un foyer de ramollissement de la grosseur d'une noisette. Des foyers de ramollissement plus petits ont été trouvés dans les circonvolutions temporales. Çà et là, il existait de petits foyers d'hémorrhagie. On a fait des cultures sur agar-agar avec des parcelles prises dans ces divers foyers, mais tous les tubes sont restés stériles. Le deuxième cas se rapporte à une demoiselle de dix-neuf ans. La maladie a commencé par de violentes douleurs de tête dans la région occipitale, lesquelles avaient été précédées par un léger rhume. A la céphalalgie s'ajoutèrent des vomissements, des otorrhagies, des troubles respiratoires du type Cheyne-Stokes, de la perte de connaissance. Un peu avant la mort, le professeur Lichteim avait tenté de faire la ponction de Quincke; il n'obtint que quelques centimètres cubes de liquide à cause de l'agitation de la malade. A l'autopsie, on a trouvé dans l'hémisphère droit un foyer apoplectique de la grosseur d'une noix et constitué par un caillot d'un rouge noir entouré d'une zone de substance ramollie et parsemée de petites hémorrhagies. Le corps calleux était saillant et la section donna lieu à un écoulement de cinquante centimètres cubes d'un liquide un peu trouble. On a fait des cultures de ce liquide et on trouva le lendemain au lieu d'inoculation une tache granuleuse transparente. Sous le microscope, on trouva des colonies formées de bacilles petits, sans capsule, arrondis et disposés souvent en diplo-bacilles décolorables par la méthode de Gram. Ils étaient un peu plus gros que les bacilles de Pfeiffer. L'auteur les considère cependant comme identiques. Dans les foyers d'encéphalite, l'auteur a trouvé des bacilles analogues surtout au voisinage des hémorrhagies. La plupart étaient libres; une seule fois il les a vus à l'intérieur des leucocytes. Quelquefois l'auteur les a trouvés dans les espaces lymphatiques périvasculaires.

Névrites optiques dans le tabes (Ueber das Vorkommen von Neuritis optica bei Tabes), par BERNHARDT (*Berl. klin. Woch.*, 15 juillet 1895, p. 603). — Une femme de quarante-trois ans, ayant eu la syphilis et deux fausses couches, a été prise en 1890 de douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs, d'une céphalalgie violente de la région frontale gauche avec vertiges et vomissements. Les pupilles réagissaient lentement à la lumière. Quoique la vision ait semblé intacte, on a trouvé à l'ophthalmoscope une névrite optique double, et bien que le signe de Romberg ait été très évident la démarche n'était pas ataxique. Il y avait abolition des réflexes patellaires des deux côtés. La sensibilité tactile était normale aux membres inférieurs; la sensibilité douloureuse était un peu diminuée et retardée. Le traitement ioduré amena une amélioration très sensible. La céphalalgie disparut, la névrite optique aussi, la sensibilité douloureuse redevint normale; seuls le signe de Romberg, le signe de Westphal et le signe de Robertson ont persisté. L'auteur a eu l'occasion de revoir cinq ans après la même malade qui est certainement une tabétique. Il pense donc qu'il s'agit ici d'une syphilitique chez laquelle les phénomènes tabétiques ont été compliqués, à un moment donné, de phénomènes de méningite cérébro-spinale qui avait déterminé aussi la névrite optique. Le traitement a fait justice de ces lésions inflammatoires, surtout de la névrite optique, en n'exerçant aucune influence sur les lésions dégénératives qui ont produit les phénomènes tabétiques que la malade présente actuellement.

MÉDECINE

Etiologie de la bronchite putride (Beitræge zur Aetiologie der putriden Bronchitis), par HITZIG (*Virchow's Arch.* 1895. vol. CXLI, p. 28). — Dans un cas de bronchectasie putride chez un garçon de dix-sept ans, l'examen bactériologique complet (cultures, inoculation à des animaux) des crachats montra la présence de deux bacilles. Le premier présentait la plupart des caractères communs aux bacilles du groupe de colibacilles. Il se présentait sous forme d'un bacille court, gros, à bouts arrondis, se décolorait par la méthode de Gram; il ne coagulait pas la gélatine et formait à sa surface des colonies caractéristiques, étendues en largeur, à reflets bleuâtres. Sur les milieux contenant ordinaires (gélatine, agar, bouillon) et surtout les milieux de la glycose, le bacille formait des gaz. Le bacille, qui était anaérobie facultatif, était pathogène pour les souris, les cobayes et les lapins chez lesquels il provoquait soit la suppuration, soit la mort par septicémie.

Le second bacille avait la plupart des caractères du précédent dont il différait par l'épaisseur plus grande de ses colonies sur agar et gélatine et par le pouvoir de coaguler le lait.

CHIRURGIE

Recherches expérimentales sur la narcose par l'éther et la narcose par le chloroforme (Ueber Chloroform und Aethernarcose), par KIONKA (*Arch. f. klin. Chir*, 1895, vol. L, p. 339). — Les recherches expérimentales faites par l'auteur lui ont montré que l'air contenant de 0,5 à 1,3 0/0 de chloroforme ou de 2,1 à 7,9 0/0 d'éther constitue un mélange capable de provoquer la narcose; la dose « narcotique » de ces deux substances est donc relativement peu élevée.

Ce qui différencie l'éther et le chloroforme sous le rapport de la narcose, c'est que l'éther possède une zone « narcotique » plus étendue que le chloroforme, c'est-à-dire qu'avec l'éther on peut dépasser largement la dose minima nécessaire pour la narcose sans qu'il en résulte un danger pour la vie de l'animal. En second lieu, la narcose par l'éther établie on peut prolonger le sommeil en administrant d'une façon continue la même dose d'éther; le chloroforme administré dans les mêmes conditions amène rapidement la mort de l'animal.

Enfin, tandis que le chloroforme agit dès le début sur le cœur et la respiration et peut amener rapidement la paralysie du cœur et du centre respiratoire, l'éther est sans action sur le cœur et la respiration, mais en revanche exerce une action irritante sur les muqueuses.

Excision de l'anneau herniaire dans la cure radicale des hernies ombilicales et de la ligne blanche (Carsuistischer Beitrag zur Excision der Bruchpforte, etc.), par BRACKEL (*Arch. f. klin. Chir.*, 1895, vol. L, p. 535). — Deux observations de cure radicale des hernies ombilicales, d'après le procédé de Condamin, que l'auteur dit n'avoir appris qu'après la rédaction de son travail.

Dans le premier cas, l'opération n'a présenté aucune difficulté. Dans le second où il existait des adhérences entre les parois du sac et le contenu de la hernie, il a fallu sectionner les adhérences avant de réduire le paquet intestinal. Comme la hernie était très volumineuse dans ce cas, il a fallu enlever la plus grande partie des droits. Dans les deux cas, la brèche fut fermée par une suture à trois étages.

La première opérée guérit sans complications. Dans le second cas où l'opération a été faite sous l'éther, il y eut pneumonie et suppuration de la partie inférieure de la plaie, si bien que la guérison ne fut complète qu'au bout de six semaines.

Recherches bactériologiques sur la désinfection des mains (Bakteriologische Untersuchungen ueber die Desinfection der Hænde), par Reinicke (*Arch. f. Gynæk.*, 1895, vol. XLIX, p. 515). — Les recherches bactériologiques, faites d'après les méthodes usuelles et avec les diverses substances antiseptiques, aboutissent aux conclusions suivantes :

1° La désinfection des mains à l'aide des substances antiseptiques et chimiques à l'état de concentration où elles n'attaquent pas la peau et dans l'espace de temps que l'on consacre ordinairement à cette opération dans la pratique courante, n'amène pas une stérilisation suffisante des mains fortement souillées.

2° Le nettoyage des mains avec une brosse, de l'eau chaude et du savon pendant cinq minutes, suivi de brossage des mains pendant trois à cinq minutes avec de l'alcool à 90° et de lavage avec une solution antiseptique rend les mains presque sûrement stériles.

3° Une désinfection rapide et presque absolue des mains peut être obtenue par le brossage des mains pendant cinq minutes avec de l'alcool à 90°.

Pathogénie du carcinome (Ueber die Entstehung der Carcinome), par Notthaft (*Deut. Arch. f. klin. Med.* 1895, vol. LIV, p. 554). — Conclusions : 1° Le carcinome peut se développer sans modification préalable du tissu sous-épithélial ou sous-muqueux.

2° Nous ne connaissons pas encore la cause du cancer ni si un carcinome peut se développer sans irritation préalable des tissus.

3° Ce qui est certain, c'est que le carcinome *peut* se développer sous l'influence des diverses irritations, l'irritation inflammatoire et la tuberculose y comprises.

BIBLIOGRAPHIE

Dégénérescence sociale et alcoolisme, par Legrain, avec une préface par Barbier. Paris, 1895. Georges Carré, éditeur.

La question toute d'actualité, que l'auteur développe dans son livre, y est divisée en deux parties bien distinctes. Dans la première, il s'occupe de la descendance des buveurs et à la suite de ses études statistiques basées sur l'observation de deux cent quinze malades. Il trouve que les descendants des buveurs, à la première génération, sont des dégénérés; ils sont très souvent convulsivants, se livrent à la boisson eux-mêmes et deviennent tuberculeux dans une proportion élevée. Les hérédo-alcooliques à la deuxième génération présentent une tare héréditaire où les états dégénératifs tiennent encore la première place. Mais ici le niveau mental a notablement baissé comparativement à la première génération. Il n'y a presque pas de familles qui ne comptent pas un ou plusieurs arriérés. Les hérédo-alcooliques à la deuxième génération deviennent de plus en plus nuisibles; les délits et les crimes abondent. Pendant l'adolescence, ils se livrent au libertinage, à la prostitution, à l'ivrognerie crapuleuse. Parmi les stigmates physiques l'auteur a noté la surdité, la surdi-mutité, le strabisme, l'hydrocéphalie, etc. Chez ces individus, il a noté aussi la naissance avant terme, la mortalité précoce et la misère physiologique. Les convulsions infantiles, l'épilepsie, la méningite forment une sorte de trilogie pathologique que l'on rencontre chez les hérédo-alcooliques à la deuxième génération. A la troisième génération, le tableau pathologique est encore plus sombre. La plupart sont arriérés. L'hystérie, l'épilepsie, la méningite, la scrofule sont fréquentes.

Les conséquences sociales de l'alcoolisme sont terribles; sur huit cent quatorze hérédo-alcooliques, cent quatre-vingt dix-sept sont devenus alcooliques eux-mêmes. Les statistiques prouvent que l'alcool doit être considéré comme une cause de dégénérescence pour l'individu et son espèce, comme cause de dépopulation, comme un danger pour la société, comme une source de dépenses budgétaires inutiles.

Un fait frappant c'est la fréquence avec laquelle on rencontre la coexistence de l'alcoolisme chez les deux générateurs. Les mariages entre buveurs ne sont pas rares. Le premier effet de l'ivrognerie des parents est de créer chez l'enfant une réelle appétence pour les liqueurs fortes.

La deuxième partie du livre s'occupe des moyens prophylactiques et curatifs préconisés contre l'alcoolisme. La connaissance des causes qui engendrent l'alcoolisme est indispensable pour pouvoir prendre des mesures en conséquence. Une des premières causes semble résider dans la dissémination de l'alcool et des boissons fermentées dans toutes les classes de la société, dissémination favorisée par les progrès de la civilisation moderne. Le vin est devenu aujourd'hui une boisson courante. Comme cause adjuvante on doit considérer l'insouciance des différents gouvernements à l'égard des ravages de l'alcool, la trop grande liberté laissée à la sophistication, à la circulation et à la consommation des boissons toxiques. Dans certains pays, l'ignorance des classes inférieures de la population, l'hygiène et l'éducation défectueuse, l'alimentation insuffisante des classes pauvres favorisent l'alcoolisme. L'alcoolisme trouve encore une cause puissante d'entretien dans un certain état de dégénérescence mentale des populations avancées, état dont la caractéristique est la recherche constante de toutes les causes d'excitation intellectuelle. L'auteur étudie ensuite les principaux systèmes préconisés pour l'extirpation de l'alcoolisme. La surtaxe des alcools compte aujourd'hui un grand nombre de partisans parmi les médecins, les hommes politiques, les économistes. Partant de ce principe que l'alcool doit être imposé parce que c'est une substance nuisible, la solution consiste en deux points : 1° réduire l'alcool de consommation à son minimum de nocuité et en restreindre le plus possible la production; 2° multiplier les moyens qui empêcheront de recourir à l'usage des boissons alcooliques. Nous recommandons la lecture attentive des mesures proposées contre l'alcoolisme (comme la question des cabarets et des cafés de tempérance, la propagande antialcoolique par l'action des sociétés de tempérance, la propagande dans la famille et à l'école, etc.) dans le livre de M. Legrain qui constitue un plaidoyer très chaud contre l'alcoolisme.

G. Marinesco.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Traité d'anatomie, publié par P. Poirier. Tome III, 2e fascicule. Système nerveux (suite), par A. Charpy.

Voici, à un an d'intervalle, la deuxième partie de la névrologie qui ne termine d'ailleurs pas cette importante partie du traité. Ce fascicule de plus de quatre cents pages traite du cerveau et de la moelle allongée, tandis que le fascicule précédent renfermait l'étude de la moelle et l'embryologie. L'auteur y étudie d'abord la morphologie des couches optiques et du cerveau. Il distingue en effet le cerveau intermédiaire du cerveau antérieur et sépare complètement l'étude des couches optiques de celle des corps striés. Puis vient l'exposé long et approfondi de la structure du tronc cérébral et de celle du cerveau. On y trouve les notions les plus complètes sur les noyaux d'origine des nerfs crâniens, sur la constitution du faisceau pyramidal et du ruban de Reil, etc... Après une étude très détaillée des vaisseaux de l'encéphale, ce fascicule se termine par quelques pages dues à la plume autorisée de M. Manouvrier sur le poids de l'encéphale et de ses différentes parties.

L'auteur a semé dans ce fascicule un grand nombre de figures, dont un grand nombre de schémas clairs et bien conçus qui éclairent la compréhension du texte. Mais malgré ses qualités, ce livre ne semble pas réaliser le type du livre d'étudiant; ce ne peut être un livre d'emploi journalier pour le débutant, qui ne pourra que s'y perdre dans les détails; il semble devoir en revanche être d'une grande utilité pour celui qui, plus avancé dans ses études, aura à rechercher des notions précises et complètes et à vérifier un point discuté d'anatomie nerveuse.

Contribution a l'étude de l'atrophie musculaire progressive type Duchenne-Aran, par le Dr J.-B. Charcot, 1895.

Dans son excellent travail, J.-B. Charcot, en se basant sur quatre observations dont une avec autopsie, étudie l'atrophie musculaire à type Aran-Duchenne dont l'existence en tant que maladie autonome

a été contestée. Nous ne saurions mieux faire pour donner une idée exacte du contenu de ce travail important, que de reproduire les conclusions de l'auteur.

1° L'atrophie musculaire progressive type Duchenne-Aran existe en tant qu'entité morbide et est telle dans ses grandes lignes qu'elle a été établie cliniquement et anatomiquement par le professeur Charcot. Elle est absolument distincte de la sclérose latérale amyotrophique.

2° C'est une affection dont les autopsies sont rares, c'est à peine si on en peut signaler huit dans ces dix dernières années. Cliniquement, c'est une affection beaucoup plus fréquente qu'on ne le considère généralement.

3° Les arguments invoqués pour la conservation de l'autonomie du type Duchenne-Aran peuvent servir également à la polyomélite antérieure subaiguë.

4° Il y a fort vraisemblablement lieu de décrire une forme subaiguë du type Duchenne-Aran.

5° Il existe presque toujours dans la polyomélite antérieure chronique et dans la polyomyélite antérieure subaiguë une zone de sclérose très légère occupant le pourtour de la corne antérieure dans la région du faisceau fondamental antérieur. Cette sclérose ne détermine cliniquement aucun symptôme. Elle est à peu près semblable à celle qui constitue le faisceau supplémentaire décrit par M. P. Marie dans la sclérose latérale amyotrophique. Elle est sous la dépendance immédiate des lésions cellulaires, étant constituée par la dégénérescence des fibres des cellules de cordon.

6° Les observations récentes n'éclairent en rien la pathogénie de la polyomyélite antérieure chronique

Trois belles planches en chromos et une en noir illustrent les faits anatomiques soutenus par notre ami.

VARIÉTÉS

Institut Pasteur. — Le *Mercredi médical* a annoncé que MM. Duclaux et Roux viennent d'être nommés, *à l'unanimité* et sans discussion, le premier directeur et le second sous-directeur de l'Institut Pasteur. Le Conseil d'administration, présidé par M. J. Bertrand et composé de MM. J. Simon, vicomte Delaborde, Wallon, secrétaires perpétuels des autres académies, Brouardel, Duclaux, Roux, Grancher, A. de Rothschild, Magnin et Christophle a confirmé ainsi les vœux de leur illustre collègue. *Le Temps* donne à ce sujet les renseignements suivants :

L'institut Pasteur est une Société civile, s'administrant elle-même; mais, ayant été reconnue d'utilité publique, elle est soumise au contrôle de l'Etat et rattachée au ministère de l'intérieur. L'assemblée se compose des personnes qui ont pris part à la fondation et correspond à une assemblée d'actionnaires; elle nomme le conseil d'administration, approuve ses comptes, etc.

Le budget des recettes se compose :

1° Du revenu du reliquat de la souscription publique, se montant à environ 1,200,000 francs, qui ont été placés en fonds d'Etat. Cette souscription s'était élevée à près de trois millions, dont deux environ ont été absorbés par l'achat du terrain et la construction des bâtiments de la rue Dutot;

2° D'une allocation de 20 à 30,000 francs du ministère de l'agriculture, pour les services rendus par l'institut (vaccin charbonneux, rouget du porc, tuberculine et malléine);

3° D'une allocation du ministère de l'instruction publique, qui paie les traitements des membres qui étaient autrefois attachés à l'Ecole des hautes études (le laboratoire de M. Pasteur, bien que situé à l'Ecole normale, dépendait des hautes études, ainsi que ceux de MM. Roux et Chamberland);

4° Des bénéfices des vaccins charbonneux et autres vendus à très bas prix aux vétérinaires et abandonnés à l'institut par M. Pasteur et par MM. Roux et Chamberland: ces bénéfices sont d'une vingtaine de mille francs par an;

5° Des fonds versés par les élèves qui suivent les cours de l'institut.

Le service antidiphthérique de M. Roux constitue une annexe de l'institut Pasteur, mais a un budget distinct. Ce service est établi à Garches, dans la propriété que l'Etat avait mise à la disposition de M. Pasteur pour ses expériences sur la rage; il est dirigé par M. Roux, sous le double contrôle du conseil de l'institut Pasteur et du ministère de l'intérieur. Le sérum est distribué gratuitement, sur les indications du ministère, à l'armée et aux hôpitaux et bureaux de bienfaisance et d'assistance de France et des colonies. Ce service est gagé par le revenu de la souscription publique et par une somme que le Parlement inscrit au budget et qui était cette année de 80,000 francs. Pour le public, le sérum est soumis à la loi sur la pharmacie, c'est-à-dire qu'on en trouve chez tous les pharmaciens au prix de trois francs le flacon. Les bénéfices seront employés au perfectionnement du service, comme le sont les bénéfices des divers vaccins à l'institut Pasteur.

Les services de l'institut comprennent des services pratiques, inoculations, etc.; des cours faits par MM. Roux et Metchnikof, dont les élèves se divisent en simples auditeurs et en « travailleurs », admis aux travaux pratiques dans les laboratoires; des laboratoires de recherches mis à la disposition de certains savants, dont les travaux sont publiés dans les *Annales de l'institut Pasteur*.

Les chefs de service sont : 1° chimie biologique, M. Duclaux, qui est en outre professeur à la Faculté des sciences, mais a transporté son cours de la Sorbonne à la rue Dutot; 2° rage, M. Grancher, avec l'aide de MM. Charrin et Chantemesse; 3° microbie hygiénique, vaccinations et applications pratiques, M. Chamberland; 4° microbie morphologique, M. Metchnikof; 5° microbie technique, M. Roux. Enfin, M. Nocart, professeur à l'école d'Alfort, dirige un service vétérinaire annexe.

Prix de la Société médico-psychologique.

Prix proposés pour l'année 1896.

Prix Aubanel. — 2,400 francs. — Question : *Des variétés cliniques du délire de persécution.*

Prix Esquirol. — Ce prix de la valeur de 200 francs, plus les œuvres d'Esquirol, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

Prix proposés pour l'année 1897.

Prix Belhomme. — 600 francs. — *Du langage chez les idiots.*

Prix Esquirol. — Ce prix de la valeur de 200 francs, plus les œuvres d'Esquirol, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

Prix Moreau (de Tours). — Ce prix, de la valeur de 200 francs, sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues en 1895 et 1896 devant les Facultés de médecine de France, sur un sujet de pathologie mentale ou nerveuse.

Nota. — Les mémoires manuscrits pour les prix Aubanel et Esquirol pour 1896, devront être déposés le 31 décembre 1895; les mémoires manuscrits et imprimés pour les prix à décerner en 1897, devront être déposés le 31 décembre 1896, chez M. le Dr Ant. Ritti, médecin de la Maison nationale de Charenton, secrétaire général de la Société. Les mémoires manuscrits devront être inédits et pourront être signés; ceux qui ne seront pas signés seront accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresses des auteurs.

Monument Alphonse Guérin.

Quatrième liste de souscription.

Dr Duguet	100	francs.
Dr Landrieux	50	—
Dr Sevestre	50	—
Colonel Plessis	40	—
Dr Bellanger (Vannes)	20	—
Dr Ed. Duvernoy	20	—
Dr Ferrand	20	—
Dr Gilles de la Tourette	20	—
Dr Motet	20	—
Dr Anizon	10	—

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

BULLETIN

Les circonscriptions hospitalières.

L'incident de l'hôpital Lariboisière.

Malgré tous les avertissements, malgré son opinion première, M. le Directeur général de l'Assistance publique a mis en vigueur, depuis le 14 octobre, après l'avoir fait sien, le projet de réforme présenté par M. le docteur Dubois au Conseil municipal. Les consultations ont été retirées à tous les chefs de service, *même à ceux qui les faisaient bien*, alors que dans l'intérêt du peuple on aurait dû les retirer seulement à ceux qui les faisaient mal ou pas du tout. La circonscription hospitalière, au lieu d'être une indication utile fournie au malade ignorant les ressources médicales que lui offre son quartier, est devenue une entrave à la liberté individuelle, au droit, d'après moi fondamental, que possède tout malade de se faire soigner par le médecin de son choix. Une seule bonne réforme, et celle-là réclamée *par tout le monde* depuis des années : la suppression du Bureau central.

Je n'ai pas l'intention de reprendre les arguments que tout esprit libéral fera valoir contre les deux premières de ces réformes : je ne les ai que trop souvent exposés ici même. Mais la semaine dernière j'annonçais que nous verrions sous peu les résultats du nouveau système. Cela n'a pas tardé, et voici un fait lamentable :

Un malade est transporté à Lariboisière par une voiture d'ambulance; il est envoyé par un médecin avec le diagnostic « maladie contagieuse ». L'interne de garde reconnaît une pneumonie infectieuse et signe un billet d'admission d'urgence. Un employé de bureau constate que le malade appartient à la circonscription de la Charité, où il l'expédie; la mort survient au cinquième jour.

On se plaignait des pérégrinations des malades *non urgents* entre le Bureau central et les divers hôpitaux : jamais on n'avait rien vu de semblable pour une maladie aiguë. On répondra que des erreurs de ce genre sont forcément commises au début d'un fonctionnement nouveau. Mais voici où les choses se gâtent pour l'administration.

La Libre Parole publie le fait en incriminant M. Montreuil, directeur de Lariboisière. Le lendemain, *le Temps*, *la Liberté*, puis *l'Eclair* déclarent que c'est *une fable ;* M. Montreuil leur a affirmé que le lundi 21 octobre aucun malade reçu par l'interne n'a été dirigé sur la Charité. Malheureusement, M. Gouget, interne, médaille d'or à la Charité, avait reçu le malade et avait écrit à M. le Directeur général pour signaler le fait en donnant le nom et l'adresse du malade. Cette lettre fut communiquée aux journaux de médecine, puis quelques journaux politiques l'ont fait connaître. Alors, le fait a été reconnu exact ; une note du *Temps* nous a fait savoir que si M. Montreuil avait nié, c'était que le malade dont parlait *la Libre Parole* était mort en arrivant à la Charité ; que le malade réel était seulement mort cinq jours après. M. Montreuil n'avait pas supposé que ce fût le même !

Véritablement, qui trompe-t-on ici? Et comment M. Montreuil connaît-il l'heure des décès survenus à la Charité? Mais ce qui dépasse tout, c'est le système de défense de l'Administration. M. le directeur de Lariboisière n'a rien su; il a appris le fait par les journaux politiques; on ignore si la faute incombe à un brancardier ou à un cocher ivre ; aucune mention du fait n'existe sur le registre de garde ; enfin, le billet d'admission, signé par l'interne de garde, a disparu ! Vous voyez dans quelles ténèbres s'instruit l'enquête. Au fond, il ne peut y avoir qu'un seul responsable, M. le directeur de Lariboisière ou, en son absence, celui de ses subalternes qui le remplaçait officiellement pour une période déterminée. Que l'Administration centrale, pour défendre ses « réformes » épaississe le brouillard à plaisir, l'incident de Lariboisière n'en montrera pas moins à quoi la circulaire récente de M. le Directeur général expose les malades de la part des administrations locales. En dehors de quelques intérêts électoraux, nous ne voyons pas où est la compensation.

A. BROCA.

REVUE GÉNÉRALE

La pelade chez les enfants. Conférence faite dans le service de M. le professeur Grancher, par M. le Dr H. Feulard, ancien chef de clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis.

Parmi les maladies du tégument que l'on observe dans l'enfance, les affections du cuir chevelu, du moins dans la pratique hospitalière, tiennent une place fort importante, et parmi elles figurent en première ligne les trois maladies, réunies autrefois sous le nom de teignes, le *favus*, la *trichophytie* et la *pelade*; c'est de cette dernière que nous allons nous occuper.

La pelade, autrefois assez rare, est devenue depuis quelques années d'une extrême fréquence; elle exerce surtout ses ravages dans les villes, dans les agglomérations d'individus, dans les écoles et dans les casernes. Elle a fait de tels progrès dans notre armée qu'il a fallu prendre contre elle des mesures spéciales; elle augmente à Paris depuis quelques années d'inquiétante façon.

Il y a quelques années les proportions des différentes teignes étaient un peu différentes. En 1886, ayant eu l'occasion de relever le nombre de cas traités au traitement externe des deux hôpitaux d'enfants et à Saint-Louis de 1869 à 1885 je trouvais :

Pour l'hôpital des Enfants-Malades,
487 favus, 2.367 tondantes, 113 pelades;
Pour l'hôpital Trousseau,
464 favus, 1.170 tondantes, 250 pelades;
Pour l'hôpital Saint-Louis,
938 favus, 2.385 tondantes, 614 pelades.

Il m'est impossible de vous donner des chiffres pour la période récente, car les traitements externes, pas dirigés et pas surveillés, sont maintenant à peu près délaissés; en tout cas il n'y a pas de statistique sérieuse à en tirer.

Mais si je prends la statistique de la policlinique dermatologique d'un seul service de l'hôpital des Enfants, celui de M. le professeur Grancher, voici ce que je trouve pour les malades traités depuis ces dernières années d'abord par M. le Dr Gaucher, puis par moi-même. Sur 800 malades vus par M. Gaucher je relève sur le registre

5 favus, 41 tondantes, 40 pelades.

Sur 824 malades vus par moi depuis novembre 1892 je trouve

16 favus, 64 tondantes, 78 pelades et sur ces 78 pelades, 36, presque la moitié, figurent parmi les 200 derniers malades que j'ai vus. Il y a donc augmentation dans le nombre des cas de pelade observés dans ce seul service et cette augmentation coïncide avec celle que l'on a pu constater dans la pratique de la ville et dans l'armée française. Il y a donc un intérêt sérieux à bien connaître la pelade.

Sans nous arrêter longuement sur l'historique, rappelons seulement que cette maladie, confondue probablement par Celse avec d'autres alopécies sous la dénomination commune d'*areæ*, fut pour la première fois à peu près clairement désignée par Jonston sous le nom d'*area*; on la nomme encore quelquefois *area Celsi*.

Sauvages la décrivit plus explicitement sous le nom de *area de Jonston* ou *alopecia areata*, appellation excellente sous laquelle nombre de médecins, surtout à l'étranger, la connaissent encore aujourd'hui. La première description exacte et complète fut donnée par Bateman, le continuateur et le propagateur des idées de Willan; Bateman la rangea avec les teignes, dans le genre *porrigo*; et en fit le ou la *porrigo decalvans*, nom qu'employèrent les dermatologistes français de la première moitié de ce siècle et sous lequel vous la verrez décrite notamment dans Cazenave et dans Rayer. C'est Bazin qui la baptisa du nom de *pelade*, reprenant une vieille expression autrefois usitée pour désigner l'alopécie syphilitique et ce fut lui qui affirma sa nature contagieuse.

Rien de plus simple que l'histoire clinique de la pelade. Dans la forme commune, courante, celle dont chacune de nos consultations vous fournit souvent plusieurs types, la pelade se caractérise par une alopécie tout à fait particulière, une alopécie qui porte sur un ou plusieurs points du cuir chevelu respectant les régions environnantes. Dans les points atteints il y a chute des cheveux, chute complète comme si les cheveux avaient été rasés, avec cette différence qu'au lieu de l'aspect gris bleuté que présente la tonsure faite au rasoir, la place chauve présente un aspect lisse et blanc qui l'a fait comparer souvent à de l'ivoire. Une ou plusieurs places glabres d'aspect uni et brillant faisant des taches blanches au milieu du reste de la chevelure saine en apparence, voilà comment se présente à première vue la pelade dans sa variété commune.

Examinons d'un peu plus près les plaques d'alopécie et complétons notre étude clinique.

Le début de la pelade se fait pour ainsi dire sans que le sujet atteint s'en doute, et c'est le plus souvent une autre personne la mère, le coiffeur, le maître ou la maîtresse d'école qui constatent le mal. Certains auteurs ont parlé de prurit et même de névralgies prémonitoires; le fait est peut-être exact, mais je le crois fort rare, il se remarquerait d'ailleurs plutôt chez les adultes capables de s'observer. Mais le plus souvent, et nous admettrons que chez nos jeunes sujets c'est la règle, c'est la chute des cheveux qui constitue le premier symptôme réel de la maladie. Cette chute se fait très rapidement, et il est possible parfois de constater un matin des alopécies de la dimension de pièces de cinquante centimes et de un franc qui n'existaient pas la veille.

L'on peut être quelquefois, en ville, consulté à cette époque de début par des mères attentives au bon état de la chevelure de leurs enfants. Mais le plus souvent ce n'est qu'au bout de plusieurs jours, même de plusieurs semaines, alors que la plaque s'est agrandie ayant pris les dimensions de pièces de deux francs ou de cinq francs que les enfants nous sont conduits : la longueur des cheveux, d'ailleurs, chez les petites filles et chez beaucoup de petits garçons empêche de reconnaître les plaques à leur début.

La marche de ces alopécies est variable : tandis que beaucoup ayant atteint les dimensions que je viens de dire restent stationnaires, du moins pendant plusieurs mois, d'autres continuent à s'agrandir et arrivent à dénuder rapidement de grands espaces. La plaque alopécique peut rester isolée, et il en est habituellement ainsi quand elle est reconnue et traitée dès le début, mais souvent, très souvent, plusieurs plaques existent sur le même sujet. Chacune de ces plaques évolue pour son propre compte, peut grandir à son tour, joindre les plaques voisines et alors se constituent ces grandes plaques irrégulières dont les bords affectent une forme polycyclique résultant de la fusion des plaques entre elles par un de leurs côtés.

Le nombre des plaques peut être tel que les parties malades l'emportent de beaucoup en étendue sur les parties saines et ne laissent plus que quelques îlots triangulaires de cheveux, quelques mèches bizarrement disposées. Enfin dans une forme particulière dont nous

parlerons tout à l'heure, l'alopécie du cuir chevelu peut être totale.

Etudions de près maintenant la plaque alopécique. La pelade peut débuter sur tous les points du cuir chevelu, il semble seulement que certaine régions sont plus habituellement envahies. C'est ainsi que nous voyons souvent chez nos petits malades, la pelade débuter soit sur le sommet même de la tête, soit à l'occiput, fréquemment aussi latéralement un peu au-dessus des oreilles, aux régions temporopariétales. La fréquence des plaques occipitales est aussi très grande chez l'adulte et peut sans doute s'expliquer par le contact fréquent et souvent prolongé de cette partie de la tête sur un dossier de meuble ou de wagon, conditions favorables à la contagion. La fréquence des plaques latérales et du sommet chez l'enfant peut tenir aussi à ce fait que c'est en ces points surtout que portent les coiffures, agents fréquents de transmission à cet âge.

Au niveau de la plaque, le cuir chevelu est le plus habituellement lisse et blanc, décoloré, d'où le nom de *teigne achromateuse* sous lequel Bazin avait d'abord décrit la pelade; cette décoloration avait frappé certains auteurs qui ont tenté de rapprocher la pelade du vitiligo ; cette décoloration toutefois n'est pas constante et l'on observe ou bien la coloration normale du cuir chevelu, ou bien une teinte rosée, surtout à la périphérie ; enfin la peau est très souvent déprimée au niveau de la plaque; exceptionnellement elle présente, au contraire, une élevure comme œdématiée : la dépression est très fréquente.

La forme de la plaque est ronde, régulièrement ronde le plus souvent ; parfois cependant les bords sont diffus, mal limités.

Habituellement la plaque est glabre, lisse et l'on n'aperçoit même plus les points d'orifice des follicules pileux : mais il n'est pas rare de trouver encore sur la plaque des cheveux, cheveux ternes, grisâtres, atrophiés, qui cèdent à la plus petite traction, des cheveux sans vie.

Enfin dans quelques cas peu ordinaires, la plaque est encore parsemée de cheveux cassés à ras ou à une petite distance de la peau et présente l'aspect de barbe mal faite qui est caractéristique de la teigne tondante. Ces cheveux, si on les saisit à la pince, viennent sans effort, ils ont perdu toute adhérence ; ils sont morts : ce sont des cadavres de poils qui restent en place parce qu'aucun nouveau poil ne vient les chasser et qui ne repoussent pas quand on les a arrachés. Ce sont ces formes de pelade à cheveux cassants qui avaient été prises par Bazin pour des tondantes et qualifiées par lui de pseudopelades, tandis que Lailler reconnaissant leur véritable nature leur a donné le nom plus exact et très expressif de *pelades pseudotondantes ;* ce sont les *pelades à cheveux fragiles* de M. Besnier.

L'examen de la plaque seule ne suffit pas ; il faut encore examiner l'état des cheveux sur le pourtour de la plaque et sur le reste du cuir chevelu. Presque toujours au pourtour de la plaque, les cheveux viennent facilement et avec les doigts on peut en arracher de véritables touffes souvent sur une étendue périphérique de un à deux centimètres ; ces tractions ne sont pas douloureuses, car les petits sujets ne crient pas ; tous ces cheveux sont des cheveux morts, destinés à tomber tôt ou tard et il y a intérêt à débarrasser le plus tôt possible le cuir chevelu de leurs cadavres. C'est pourquoi certains médecins recommandent de commencer le traitement en épilant le pourtour des plaques peladiques jusqu'à ce que la pince rencontre des cheveux résistants.

Ce facile arrachement des cheveux a lieu non seulement autour des plaques, mais on peut encore parfois l'obtenir sur d'autres parties du cuir chevelu où il y n'a pas de plaques ; en effet, on constate, comme je vous l'ai fait voir maintes fois sur nos malades, en même temps que les plaques, une véritable alopécie diffuse, un éclaircissement très net de la chevelure ; les cheveux qu'on enlève ainsi par une sorte de véritable épluchage du cuir chevelu viennent souvent engaînés à leur racine.

Quel est l'état des cheveux peladiques. Leur caractéristique est l'atrophie. Cette atrophie est surtout marquée vers la racine et le poil va se rétrécissant jusqu'à prendre l'apparence d'un fil (Besnier et Juhel Renoy) ; la racine est souvent recourbée en crosse ; l'extrémité libre est brisée en pinceau. La moelle du cheveu est plus ou moins disparue et l'on constate alors la présence de bulles d'air. Il n'y a pas de parasites dans le cheveu ou sur le cheveu ; ce qui domine, encore une fois, c'est l'atrophie. Or cette atrophie ne peut résulter que d'un trouble de nutrition dans la papille qui nourrit le poil, aussi n'est-ce pas dans le poil même qu'il faut chercher la cause de la maladie mais dans l'appareil qui le forme et le nourrit ; nous reviendrons tout à l'heure sur cette question de pathogénie.

Complétons maintenant le tableau clinique de la pelade par l'étude de sa marche et de ses formes.

Nous avons surtout eu en vue jusqu'à présent la forme commune de la pelade ; dans cette forme la maladie reste limitée à une seule aire d'alopécie, cas heureux mais rare, qui a tendance, surtout chez les enfants, à guérir spontanément et qui se termine en deux ou trois mois ; ou elle forme deux ou trois aires qui évoluent chacune pour leur compte et guérissent de même les unes après les autres ; c'est la forme bénigne de la maladie.

Dans une seconde forme plus grave, les aires se multiplient, de nouvelles apparaissent tandis que d'autres guérissent et le terrain gagné d'un côté se perd d'un autre ; dans ces cas, le pronostic est plus sérieux et la guérison définitive peut se faire attendre de longs mois, plusieurs années.

Enfin dans la troisième forme, le cuir chevelu est presque complètement dénudé ; il reste seulement de-ci de-là, soit sur le sommet, soit au niveau de la bordure frontale, quelques mèches rares respectées on ne sait pourquoi ; la peau est blanche, ivoirine, luisante, véritablement semblable cette fois à une boule d'ivoire ; c'est la forme grave de la pelade, la pelade décalvante ou mieux la pelade totale. C'est dans ces cas, heureusement assez rares chez les enfants, mais dont nous avons eu ici même, il y a deux ans, un cas frappant, aujourd'hui guéri, que l'on peut voir la maladie envahir d'autres parties du corps, les sourcils, et chez les adultes la barbe et les poils des autres régions du corps ; et dans des cas exceptionnels les ongles dont elle entraîne la chute. Ces cas de pelade généralisée s'accompagnent d'un état anémique que contribue à augmenter l'état de neurasthénie et d'hypochondrie dans lequel une infirmité aussi pénible fait tomber les malades. Les enfants heureusement connaissent peu ces pelades décalvantes ; ils sont aussi peu accessibles aux sentiments de coquetterie et, par suite, aux tourments dans ce cas bien excusables que ressentent de leur état souvent piteux et grotesque les peladeux adultes, tourments qui contribuent, par la dépression morale qu'ils causent, à entretenir et à aggraver la maladie.

Le pronostic de la pelade est, chez les enfants, plus favorable que chez l'adulte ; il est bien rare que, chez l'enfant, la pelade, même dans ses formes les plus graves, ne finisse par guérir, surtout si elle est convenablement traitée ; de cela nous avons la preuve tous les jours : seulement il faut recommander aux parents la patience et la persévérance.

Comment se fait cette guérison : chez l'adulte, le plus souvent, la plaque alopécique se recouvre d'abord, quand

elle va guérir, de poils follets de couleur blanche qui se renouvellent plusieurs fois pour faire place à des cheveux grêles et clairs d'abord, puis à des cheveux véritables qui d'abord blancs, eux aussi, finissent par reprendre leur couleur normale.

Chez l'enfant, ce mode de repousse est également fréquent, surtout quand il s'agit de pelades décalvantes ou de plaques très anciennes; mais très souvent nous avons vu, quand il s'agit de pelades récentes, traitées dès leur début et je vous dirai quelle importance j'attache à cette intervention hâtive, les poils repousser, plus grêles, il est vrai, que leurs voisins restés sains, mais d'emblée avec leur couleur normale; en tout cas, le stade de repousse blanche est beaucoup plus rare que chez l'adulte, les cheveux restent seulement un peu plus pâles pendant un certain temps et, chose curieuse dont deux malades de la clinique nous ont offert récemment un bel exemple, les cheveux repoussés prennent à la loupe une coloration plus foncée que les autres cheveux. Enfin, il y a des régions où la repousse semble plus lente et plus difficile qu'ailleurs, telles les plaques de la bordure, surtout de la bordure de la nuque.

Le pronostic que comporte la pelade des enfants, quoique d'une façon générale assez favorable, entraîne donc des réserves que vous devrez faire vis-à-vis des parents, en tenant compte et de l'âge et de la forme de la pelade, de sa marche et de son siège.

Il y a encore une autre éventualité que vous devez connaître et dont vous devez avertir l'entourage des malades, c'est la possibilité de la récidive. La pelade récidive, en effet, fréquemment et l'on compte des malades qui ont eu deux, trois atteintes de pelade et même davantage. S'agit-il dans ces cas de récidives vraies ou seulement de rechutes, le germe morbide n'ayant pas cessé d'être en activité à la surface du cuir chevelu, ainsi que le pense dans son travail récent sur la pelade M. le Dr Sabourand, ce fait reste exact et vous me voyez recommander aux parents des enfants à qui je donne le certificat de guérison de continuer pendant six mois encore un traitement préventif des récidives.

Quelle est donc cette singulière maladie dont nous venons d'étudier les manifestations; connaissons-nous sa cause et ses conditions pathogéniques? Je dois d'abord vous déclarer que sur ce point de l'histoire de la pelade nous sommes encore fort mal renseignés. Bazin avait proclamé la contagiosité de la pelade et l'avait placée à côté des teignes : en France, les médecins ont continué a être contagionnistes et je crois qu'à l'heure actuelle il est bien difficile de penser autrement, surtout en présence de l'extension de la maladie.

Mais l'agent de la contagion nous l'ignorons encore.

En 1843, Gruby décrivit dans le porrigo decalvans de Bateman un champignon qu'il nomme *microsporon Audouini*. Bazin accepta d'abord ce parasite, puis en décrivit un autre qu'il fut d'ailleurs seul à voir.

A l'étranger, le parasitisme de la pelade fut d'abord admis même par Hebra : mais l'impossibilité où l'on fut de retrouver le champignon décrit par Gruby et celui de Bazin fut le point de départ d'une réaction à laquelle se rattachent les noms de Hebra, de Baerensprung, de Boëck, de Pincus, de Rindfleisch, de Neumann qui nièrent la nature parasitaire de la maladie pour en faire un trouble de nutrition d'origine nerveuse, une trophonévrose.

Et cependant le parasite trouvé par Gruby existe réellement, mais il a fallu les travaux récents de M. Sabourand sur les teignes trichophytiques pour nous apprendre que le microsporon Audouini est le parasite d'une variété de tondante, la tondante à petites spores; Gruby l'avait attribuée à tort au porrigo decalvans ou mieux avait considéré comme étant du porrigo decalvans ce qui n'en était pas et comme porrigo decalvans était synonyme de pelade, tous ceux qui recherchaient dans la pelade le microsporon Audouini ne le trouvaient pas naturellement et avaient raison de nier l'existence du parasite; une erreur clinique entraînait ainsi une interprétation pathogénique différente.

Cependant en France la théorie contagionniste conservait des partisans fidèles et, à maintes reprises, cette conception clinique put espérer sa confirmation histologique.

En 1874, M. Malassez, dans la thèse d'un élève de Saint-Louis, Courrèges, décrivit un nouveau parasite qui siégeait non plus dans les cheveux mais sur les plaques de pelade, dans les parties les plus superficielles de l'épiderme.

Eichhorst, Majocchi, Pellizari semblèrent confirmer le fait, mais des recherches de Nystrom et de Bizzozero, ainsi que de celles de M. Horand et de Lailler, il résulta que ce parasite n'avait rien de spécifique; il s'agissait des spores banales de la peau.

En 1881, Thin décrivit à son tour, dans et sur les cheveux malades, des microorganismes, des bactéries auxquels il attribue la destruction de l'enveloppe des cheveux et par suite l'alopécie.

Von Sehlen (Munich) arrivait en 1885 à des résultats analogues, mais voilà que ce parasite, lui aussi, pour Bizzozero, Michelson, Bordoni Uffreduzzi serait un parasite banal.

Il paraît en être de même des parasites que Robinson a décrits dans le derme des plaques de pelade.

Quant au parasite décrit en 1890 par Vaillard et Vincent, il ne paraît pas se rapporter à la vraie pelade mais à une affection peladoïde qu'ils nomment eux-mêmes pseudopelade et qui paraît proche parente de la folliculite destructive des régions velues étudiée par Quinquaud en 1888. La solution de la question n'est donc pas encore acquise, mais elle est ardemment recherchée et peut-être serons-nous enfin bientôt fixés sur le parasite de la pelade.

Cette ignorance de l'agent morbide est l'un des principaux arguments qu'invoquent en leur faveur les partisans de la théorie trophonévrotique; les autres sont tirés du peu de contagiosité relative de la maladie, contagiosité qui, pour nous cependant, ne fait aucun doute, mais qui fut et est encore niée par beaucoup de dermatologistes étrangers; enfin de l'expérimentation.

Expérimentalement, Max Joseph a fait apparaître sur le chat des plaques d'alopécie dans le territoire du deuxième nerf cervical, des deux nerfs occipitaux et du nerf grand auriculaire en excisant le deuxième ganglion cervical ou en sectionnant le nerf immédiatement en dehors du ganglion. Mibelli a reproduit ces expériences avec succès; mais Behrend n'a rien obtenu en suivant les mêmes procédés. Et d'ailleurs, même si l'on ne veut pas tenir compte des mutilations complexes qu'entraînent les expériences sur les petits animaux bien autrement graves que ce que l'on pourrait observer en clinique, qu'est-ce que cela prouve : que l'on peut produire expérimentalement des alopécies en aires, que certaines alopécies relèvent d'un choc traumatique ou d'une lésion nerveuse; mais ces faits, comme l'a dit mon excellent maître, M. Besnier, « n'éclairent pas plus directement le mécanisme intime ni la condition pathogénique vraie de la pelade commune que la découverte de la glycosurie expérimentale par piqûre du quatrième ventricule n'a éclairé l'histoire clinique et thérapeutique du diabète sucré ».

Cependant l'intervention nerveuse paraît probable pour amener aussi rapidement la chute simultanée de

touffes de cheveux. Ce n'est pas le cheveu lui-même qui est malade, mais l'appareil qui lui donne naissance, la papille, et il semble vraisemblable d'admettre que l'agent morbide, quel qu'il soit, entraîne, suivant l'expérience de M. Besnier, une véritable sidération de la papille nerveuse, comme cela arrive dans certaines maladies. Sans insister davantage, il n'est pas inutile non plus de rappeler le rôle que joue le système nerveux dans quelques affections du système pileux, dans certaines calvities par exemple ou dans le vitiligo.

Cette influence du système nerveux, quelques médecins se sont attachés à la mettre en relief. Un ancien médecin de l'hôpital des Enfants, M. Ollivier, dans la discussion qui eut lieu à l'Académie en 1888 à la suite du rapport de M. Besnier, a cité plusieurs cas dans lesquels le système nerveux lui paraissait avoir joué un rôle important dans la production de la pelade, soit que celle-ci ait succédé à une commotion nerveuse, à une peur, soit qu'elle se soit développée chez des sujets particulièrement nerveux, précédée de troubles divers dont la céphalalgie et les névralgies étaient les plus habituels. Il est probable, et j'ai pu constater le fait chez l'adulte plusieurs fois, que le surmenage, les fatigues physiques et morales, une maladie déprimante, la syphilis notamment, et très souvent la neurasthénie créent une disposition favorable du terrain sur lequel va évoluer la pelade, ou bien contribuent à sa durée et à sa récidive, et là peut-être est un terrain commun où pourront se rencontrer et se concilier les partisans des deux théories.

Mais chez les enfants, ces conditions sont rarement en jeu : nos petits malades sont généralement fort bien portants, gais, insouciants, nullement préoccupés de leur état. Dans l'armée où la pelade a augmenté dans d'énormes proportions depuis quelques années, on a affaire également à des sujets jeunes et habituellement robustes. Est-il possible d'admettre que dans nos écoles comme dans nos régiments, le nervosisme se soit développé à ce point et cela récemment, et ne tombe-t-il pas au contraire sous le sens que c'est parce que dans ces agglomérations se réalisent les meilleures conditions favorables à une maladie contagieuse, que la pelade y exerce ses ravages.

Nous sommes donc franchement contagionnistes; et actuellement cette opinion qui a toujours été dominante en France tend aussi à gagner nos confrères étrangers et il est à croire que l'accord se fera quelque jour sur ce point.

La contagion d'ailleurs est souvent difficile à établir, elle est irrégulière et bizarre; si dans quelques cas on verra la pelade atteindre en quelques jours plusieurs enfants d'une même école ou plusieurs soldats d'une même compagnie, on constatera que des peladiques ont pu, pendant de longs mois, vivre dans leur intérieur sans communiquer la maladie à leurs proches, le mari à sa femme, le père à la sœur, les parents à leurs enfants. Deux cas que je viens d'observer en ville tout dernièrement sont à cet égard fort curieux. Dans l'un, il s'agit d'une fillette de trois ans qui vient de contracter la pelade et dont le père est atteint d'une pelade, négligée d'ailleurs, qui dure depuis plus d'un an; ni la femme, ni trois autres enfants n'ont été atteints et cependant aucune précaution n'était prise avant que la maladie n'eût apparu chez la fillette; celle-ci a été surprise par sa mère se servant en guise d'amusement des peignes et des brosses de son père; la contagion si tardive qu'elle ait été ne fait cependant pas doute pour moi : j'ajoute que le bébé traité aussitôt comme je l'indiquerai tout à l'heure, a guéri en cinq semaines, tandis que chez le père malade depuis plus d'un an l'amélioration est lente à se faire.

Dans le second cas, c'est un jeune garçon de treize ans, qui a contracté deux plaques de pelade placées symétriquement à la bordure supérieure de la tempe; il a un frère aîné atteint de pelade décalvante depuis de longues années, et l'on prenait de sérieuses précautions pour qu'il n'y ait pas de relations entre les deux frères; la contagion a été supposée s'être faite au moyen d'un masque de carnaval que l'aîné avait appliqué sur sa tête et que le cadet s'était amusé ensuite à porter. Dans ce cas encore, la pelade du cadet prise dès le début a guéri en cinq semaines à la grande joie des parents qui avaient sous les yeux un exemple déplorable de la ténacité et de la longue durée de la pelade.

La contagion a lieu de multiples façons; la plus habituelle est celle qui se fait par l'usage des objets de coiffure : peignes, brosses surtout, ciseaux et surtout tondeuses. Nos confrères de l'armée ont presque tous incriminé ce dernier instrument dans les épidémies dont ils ont été témoins : c'est un outil plus difficile à nettoyer que les ciseaux et de fait il semble que ce soit depuis que son emploi s'est généralisé pour les soldats et les enfants que la pelade a pris l'extension qu'elle a. Ensuite viennent les coiffures, souvent échangées par jeu ou par mégarde dans les écoles, passant de tête en tête de clients pour les essais chez les chapeliers, et dans l'armée des effets ayant déjà servi étant utilisés pour l'équipement des recrues ou des réservistes. Nul doute d'ailleurs que les séjours au régiment des réservistes et des territoriaux ne soient pour la pelade un moyen puissant de diffusion : beaucoup rentrent dans leurs foyers atteints de cette maladie qui souvent ne se déclare qu'après leur rentrée et deviennent à leur tour dans leur pays le point de départ de nouvelles contagions.

Le contact prolongé de la tête sur un objet ayant préalablement servi à un peladique : dossier de fauteuil, de wagon, coussins et traversins de corps de garde comme cela a été trouvé pour l'épidémie de pelade dans le régiment de sapeurs-pompiers de Paris, doit être très souvent également incriminé; mais encore une fois les modes de contagion sont multiples, bizarres, irréguliers et souvent obscurs.

La contagion par les animaux, si elle existe, comme tendraient à le prouver certains cas de pelade constatés chez le chat (Hillairet) ou chez le cheval, est excessivement rare; les animaux, à l'inverse de ce qui est pour la trichophytie, paraissent peu atteints par la pelade.

Il est temps de rentrer dans l'étude clinique de notre sujet et d'établir le diagnostic de la pelade.

Ce diagnostic peut, chez l'adulte, comporter plus de difficultés que chez l'enfant; les alopécies de la syphilis, notamment la forme dite en clairières, le lupus érythémateux du cuir chevelu, variété d'ailleurs rare, certaines morphées, enfin toute cette catégorie de folliculites épilantes de notion récente peuvent à la rigueur en imposer au premier abord pour la pelade. Mais sur le terrain où nous observons, ces alopécies n'entrent guère en ligne de compte; il en est d'autres, au contraire, avec lesquelles le diagnostic se pose à chaque instant. La première cause d'erreur, celle qui se présente presque à chaque consultation et fait renvoyer de l'école nombre d'enfants soupçonnés à tort, ce sont les cicatrices du cuir chevelu, si fréquentes chez les enfants. Pour beaucoup d'entre elles, cicatrices en lignes, en bandes, en balafres, l'erreur est reconnaissable au premier coup d'œil; pour d'autre cicatrices plus ou moins circulaires il faut y regarder de plus près; de ce nombre sont les cicatrices consécutives à de petits abcès dermiques, suite ou non de phthiriase, à des impétigo trop longtemps entretenus sur le cuir chevelu, à des furoncles ou à des folliculites; un examen attentif à l'œil nu, au besoin avec la loupe, fait distinguer sur la place alopécique les lignes ou les

points blancs brillants des cicatrices, le doigt promené à leur surface fait ressentir souvent une légère saillie rugueuse à leur endroit; le bon état des cheveux du pourtour, la petite dimension habituelle des plaques, les commémoratifs (cependant bien des cicatrices sont inconnues des parents et apparaissent subitement aux yeux après une coupe de cheveux) permettent de faire habituellement aisément le diagnostic.

Plus difficile est le diagnostic avec des alopécies en activité, si je puis dire : songez d'abord aux alopécies diffuses qui peuvent suivre les fièvres graves et les fièvres éruptives et demandez tout d'abord si l'enfant, relève de maladie; s'il s'agit d'un tout jeune enfant, songez aux usures occipitales, véritablement alopéciques dans quelques cas, que certains enfants, le plus souvent à la suite de démangeaisons, produisent par le frottement continuel de la tête sur l'oreiller ou sur le bras de la personne qui les porte; mais l'alopécie la plus difficile à reconnaître, celle que je désigne ici sous le nom d'*alopécie pseudo-peladique*, est celle qui succède à une inflammation du cuir chevelu à la suite d'un abcès ou d'un furoncle un peu gros; ou encore à la suite d'un traumatisme, d'un coup de pierre par exemple. Dans ces cas, la nutrition de la peau a subi une modification profonde et les cheveux tombent sur une étendue plus ou moins grande comme cela a lieu dans la pelade; les commémoratifs, la présence au centre de la plaque d'une cicatrice vous permettront le plus souvent de faire le diagnostic. Dans les cas douteux, vous instituerez le traitement de la pelade qui convient d'ailleurs à ces alopécies et la repousse des cheveux se fait avec une rapidité beaucoup plus grande que dans la pelade.

A côté de ces alopécies faites, définitives, signalons, à titre de rareté, l'alopécie en aires congénitale dont un cas a été présenté à la Société de dermatologie et figure dans ses bulletins et un autre a été rapporté par M. Tenneson dans son traité de dermatologie.

Le diagnostic avec les deux autres maladies parasitaires et contagieuses du cuir chevelu, le favus et la trichophytie, ne présente généralement pas de difficultés sérieuses.

Pour le favus, c'est bien plutôt à propos d'un favus guéri, car le favus en activité est facilement reconnaissable à première vue par ses croûtes jaunes et l'aspect habituellement sordide du cuir chevelu, à cause des alopécies qu'il entraîne, qu'un observateur novice pourrait penser à la pelade : l'examen attentif des plaques alopéciques, leur aspect cicatriciel, leur surface brillante et nacrée, irrégulière de forme, souvent traversée par des poils durs ayant survécu au désastre, la résistance de ces cheveux et de ceux du pourtour, les commémoratifs suffiront le plus souvent à établir aisément le diagnostic. La recherche de favus en activité et l'examen microscopique en ce cas des croûtes et des godets établiraient la démonstration. Pour la trichophytie, dans les cas classiques, l'erreur non plus n'est guère facile à commettre et dans les cas douteux, c'est-à-dire dans ceux où la plaque de pelade, comme je l'ai dit en commençant, présente macroscopiquement l'aspect d'une plaque de tondante, *pelade pseudo-tondante, pelade à cheveux fragiles*, l'examen microscopique, la recherche du parasite et au besoin sa culture trancheront toutes les hésitations. Mais en pratique, je le répète, pour tout médecin ayant vu quelques malades atteints de favus, de tondante et de pelade, le diagnostic extemporané, rapide, celui qui est nécessaire pour une consultation et une inspection d'école, la différenciation de la pelade d'avec les deux autres maladies est chose facile.

J'ai hâte d'arriver à la partie essentiellement pratique de cette étude, au traitement de la pelade.

Et d'abord faut-il traiter la pelade ? Quelques médecins, invoquant l'évolution spontanée de la maladie vers la guérison, le peu d'action dans beaucoup de cas rebelles du traitement, sont portés à croire que la thérapeutique dans la pelade est illusoire, que la maladie guérit si elle veut bien et quand elle veut et qu'on attribue au traitement un rôle honorifique qui revient à la seule nature.

Nous ne sommes pas du tout de cet avis. Tout en reconnaissant les bizarreries d'allure et d'évolution de la pelade, lesquelles j'ai d'ailleurs indiquées plus haut, je pense qu'il faut traiter la pelade, et même qu'il faut la traiter le plus tôt possible, que c'est dans une intervention la plus prompte possible que réside la plus grande chance de succès, qu'une pelade traitée rapidement, à moins de cas exceptionnellement mauvais, est enrayée presque toujours et que c'est le meilleur moyen d'éviter ainsi ces pelades étendues et décalvantes si tenaces qui font le désespoir du malade et du médecin et provoquent le scepticisme thérapeutique dont je viens de parler.

Faire l'exposé complet des moyens thérapeutiques préconisés contre la pelade nous entraînerait trop loin : comme pour beaucoup trop de maladies, la multiplicité est la meilleure preuve de la fragilité des armes que nous avons à leur opposer.

En nous maintenant sur le terrain infantile, notre besogne se trouve d'ailleurs simplifiée. Le traitement général, souvent utile chez l'adulte et qui est surtout un traitement s'adressant au terrain, réparateur ou tonique (hydrothérapie, électricité, cure d'eaux sulfureuses) ou modificateur de l'état nerveux du malade, ne trouve guère sa place, la pelade, je le répète encore, n'étant ordinairement chez l'enfant qu'une maladie sans retentissement général.

Le traitement local, quelle que soit l'opinion qu'on ait sur cette maladie, est à peu près le même pour tous les médecins; les moyens d'application diffèrent seuls : c'est l'antisepsie du cuir chevelu et l'excitation des places dénudées. La première condition, c'est de bien circonscrire le terrain de la lutte. Pour cela, la coupe assez rase des cheveux est presque indispensable; c'est un sacrifice que vous obtiendrez assez facilement à cet âge, et une difficulté de moins que dans le traitement des adultes, surtout des adultes femmes. Beaucoup de mamans cependant s'y opposent ; si la plaque de pelade est unique, si la mère est intelligente et soigneuse, l'on peut tenter la cure en conservant la chevelure après avoir coupé ras les cheveux sur deux ou trois centimètres autour de la plaque et même fait faire l'épilation; mais s'il y a plusieurs plaques ou si de nouvelles apparaissent, il faut absolument faire tomber les cheveux. Les cheveux coupés, est-il nécessaire d'épiler ; et dans ce cas, il ne s'agit pas d'épiler la plaque puisqu'elle est glabre, mais le pourtour. M. Besnier recommande fort cette épilation périphérique, M. Vidal ne la jugeait pas indispensable ; je ne la fais pratiquer sur les enfants qu'exceptionnellement, dans le cas où la pelade semble vouloir marcher rapidement, où les cheveux au pourtour de la plaque s'arrachent par touffes à la moindre traction; on espère opposer ainsi une zone d'arrêt à la maladie, comme dans un incendie de forêt on abat autour du foyer une série d'arbres pour empêcher le sinistre de s'étendre; dans la plupart des cas l'épilation n'est pas nécessaire.

Les régions à traiter mises à nu, on assure le nettoyage antiseptique général du cuir chevelu par des applications de pommade contenant des substances généralement antiseptiques (on a préconisé les corps les plus divers) suivies de lavages avec des savons de nature analogue et de frictions avec des lotions dites excitantes à base d'alcool, conte-

nant de l'ammoniaque, de l'alcool de Fioraventi, des teintures variées de romarin, de pyrèthre, de cantharides, etc., ou encore des acides acétique, phénique, salicylique, etc., du sublimé ; les formulaires contiennent de nombreuses recettes de ce genre. Enfin les places dénudées sont soumises à une irritation directe particulière. On a vanté successivement, l'iode et le collodion iodé, les essences, teinture de cannelle ou essence de Wintergreen, les acides, acide phénique au dixième, acide acétique pur ou mélangé d'éther ou de chloroforme, les emplâtres vésicants, les vésicatoires liquides, les injections intradermiques de sublimé, l'électrisation de la plaque, etc. Tous ces moyens sont bons, et aussi peuvent échouer, ils constituent un arsenal dans lequel on peut puiser tour à tour, car il faut savoir varier souvent, et tel moyen qui aura échoué à une période réussira à une autre ; tel remède qui aura guéri l'un restera sans effet sur le malade voisin. Parmi ces moyens de révulsion, l'un des meilleurs assurément, c'est l'acide acétique mélangé d'un peu d'éther ou de chloroforme et même employé pur, il est propre et provoque une excitation suffisante sans faire une vésication proprement dite ; celle-ci cependant serait à rechercher pour certains auteurs.

M. Sabouraud a notamment préconisé tout dernièrement le traitement suivant : l'application d'un vésicatoire, puis, la phlyctène produite ayant été ouverte et le derme mis à nu, la cautérisation avec une solution de nitrate d'argent au quinzième.

Je n'ai pas eu l'occasion d'appliquer ce traitement qui, de l'avis même de son auteur, est assez douloureux. J'avoue que, sur le terrain sur lequel nous sommes placés ici, je n'aime pas beaucoup employer des vésicants, car vous savez combien il est difficile d'obtenir pour les enfants que nous soignons à la policlinique une propreté rigoureuse et je craindrais que des applications trop irritantes et mettant le derme à nu ne soient chez eux le point de départ de poussées d'impétigo.

D'autant que nous obtenons généralement d'excellents résultats chez nos petits malades par les moyens les plus simples.

Voici le traitement auquel j'ai recours :

Les cheveux ayant été coupés aussi ras que possible, je ne fais faire l'épilation périphérique que si je me trouve en présence d'une pelade à marche rapide. Je fais enduire tous les soirs le cuir chevelu d'une pommade soufrée au dixième et contenant un peu d'acide salicylique ; le lendemain matin tout le cuir chevelu est lavé et savonné avec un savon à l'acide salicylique, puis frictionné avec une brosse douce, imbibée d'une lotion alcoolique contenant une petite proportion de sublimé de 1 à 2 pour 1000, soit par exemple la formule :

Alcool à 90°..........	100 grammes
Teint. de romarin.....	50
Sublimé.............	0,15 à 0,30 centigr.

ou telle autre formule que l'on préférera : elles abondent dans les formulaires spéciaux ; je tiens toutefois à ce que la lotion contienne du sublimé : je crois en effet que l'emploi alternatif du soufre et du sublimé a l'action la plus heureuse sur la croissance des poils et j'ai eu l'occasion souvent de le constater en dehors de la pelade avec les alopécies suites de convalescence ou encore avec les alopécies pityriasiques.

J'ai trouvé d'ailleurs une confirmation inattendue de cette manière de voir dans une communication récente faite à la Société de médecine de Londres, dans laquelle l'auteur recommande de ne pas appliquer sur la face des préparations soufrées concurremment avec des préparations de sublimé pour éviter de faire développer sur la peau une production au moins disgracieuse de duvet abondant.

Ce traitement appliqué sur la totalité du cuir chevelu a pour but d'empêcher des ensemencements nouveaux de la maladie et de combattre la raréfaction générale de la chevelure si souvent existante.

Il reste à faire le traitement des plaques elles-mêmes. Pendant ces dernières années, j'ai prescrit, suivant la méthode de M. Besnier, des applications au pinceau, faites tous les trois ou quatre jours, d'acide acétique étendu par moitié ou plus d'éther ou de chloroforme ; quelquefois même, j'applique une couche d'acide acétique pur, mais cette application ne peut être faite que par le médecin. Depuis quelques mois, frappé des heureux effets du sublimé que je viens de dire, je me suis demandé s'il n'y avait pas avantage à poursuivre dans cette voie. J'emploie donc depuis quelque temps des badigeonnages avec une solution alcoolique de sublimé à 1 0/0 et même à 2 0/0 ; je crois qu'on pourrait encore augmenter la proportion de sublimé, car j'ai appliqué sur ma peau une solution alcoolique de sublimé au dixième sans ressortir autre chose qu'une très légère cuisson pendant quelques minutes. En tout cas, provisoirement, je m'en tiens aux doses que je viens d'indiquer et j'incorpore à la solution un dixième ou un quinzième d'acide acétique. Eh bien, les résultats ont été, je puis dire, extraordinaires : les enfants que j'ai traités de cette façon à la policlinique et en ville ont guéri très rapidement, beaucoup plus rapidement qu'avec l'acide acétique employé à des doses plus élevées, mais seul. Ce traitement je compte le continuer et je vais même essayer la solution alcoolique de sublimé sans acide acétique pour voir si c'est au sublimé seul que nous devons attribuer une si heureuse action. Il sied d'ailleurs d'être modeste car nous savons quelles irrégularités s'observent dans les résultats des traitements de la pelade quels qu'ils soient et combien il faut tenir compte des séries heureuses et de la tendance spontanée de cette maladie à la guérison. En tout cas, un fait sur lequel j'insiste en terminant, c'est le grand intérêt qu'il y a à intervenir, quel que soit le traitement employé, le plus rapidement possible ; les plaques de pelade que nous avons traitées à leur début guérissent en trois ou quatre semaines et j'en ai même vu une guérir en quinze jours ; beaucoup plus longue est la durée du traitement quand les plaques sont anciennes. Il faut donc intervenir vite, d'abord pour couper court à l'envahissement du mal et parce que, dans ce cas, les follicules n'ont pas eu le temps, je pense, de subir une altération trop profonde ; j'ai déjà dit que dans ces cas traités hâtivement les poils repoussaient d'emblée avec leur couleur et presque avec leurs dimensions normales sans passer par la période de follets blancs.

Si la pelade a déjà envahi une grande partie du cuir chevelu, si elle reste rebelle au traitement ou si, pis encore, on a affaire à une pelade décalvante, le pronostic, nous l'avons vu, est beaucoup plus grave ; toutes les ressources thérapeutiques peuvent et doivent être mises en œuvre successivement ; malgré cela, l'insuccès est souvent à craindre, il faut encourager les malades à la patience et ne pas désespérer tout à fait, car il n'est pas rare de voir des pelades rebelles depuis de longs mois et même des années se mettre tout à coup à guérir.

A côté du traitement curatif il y aurait lieu de parler de la prophylaxie de la pelade ; ce sujet a été déjà souvent traité ; il est longuement exposé dans le rapport académique de M. Besnier ; je n'y insisterai pas. Il découle des notions d'étiologie dont il a été question tout à l'heure ; l'usage d'objets de toilette particuliers pour chaque personne, indispensable en tout cas à tout peladique, le flambage de la tondeuse après chaque tonte de cheveux dans

les régiments et les écoles, la visite des têtes des enfants et; ce qui serait à désirer, les nettoyages hebdomadaires du cuir chevelu des enfants dans les écoles, comme cela se pratique en Angleterre, sont les moyens de prophylaxie courante. Y a-t-il lieu de renvoyer des écoles les enfants et les jeunes gens atteints de pelade. La question est controversée. S'il s'agit de jeunes enfants peu avancés dans leurs études, l'exclusion est indiquée; elle empêchera l'épidémie de prendre naissance, elle ne portera pas grand préjudice au sujet; elle sera de rigueur dans les cas où il existerait une école-dispensaire comme celle qui fonctionne à l'hôpital Saint-Louis. Pour des enfants plus âgés, pour de grands jeunes gens à l'époque de préparation et de concours et sur l'avenir desquels un arrêt ou un retard d'études peut influer de la façon la plus fâcheuse on peut autoriser le maintien en classe, surtout en externat, l'enfant n'assistant qu'aux seules classes (or, c'est pendant les récréations que les chances de contagion sont les plus grandes) sur un banc isolé si on le juge nécessaire et la tête couverte d'une calotte. La transmission de la maladie est chose d'ailleurs exceptionnelle quand le traitement est commencé sérieusement. Les notions de prophylaxie de la pelade méritent d'être répandues de toutes parts car l'on ne saurait trop chercher à éviter une maladie dont nous venons de voir la ténacité et les fâcheux inconvénients.

REVUE DES CONGRÈS

X° CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Intervention chirurgicales dans les fractures des membres.

A la suite du rapport de M. Heydenreich (voyez *Gazette* p. 518) a eu lieu une longue discussion où il n'a été question que de l'intervention sanglante en cas de fracture non compliquée de plaie : c'est d'ailleurs le seul point sur lequel l'accord ne soit pas actuellement parfait.

M. Berger s'est déclaré, en thèse générale, ennemi de ces opérations.

Dans les fractures de la clavicule, sauf dans les cas très rares où il y a une lésion vasculaire ou nerveuse, l'opération lui paraît tout à fait injustifiable. Au point de vue de la fonction on obtient avec les appareils les plus simples un résultat aussi satisfaisant que possible. Au point de vue de la forme, avec de la surveillance et du soin, on doit arriver à une consolidation sans déformation très apparente ni saillie appréciable des fragments : la saillie du cal ne serait d'ailleurs pas sûrement évitée par la suture osseuse, et celle-ci laissera toujours une cicatrice plus fâcheuse que la déformation qui résulterait de la fracture elle-même. Dans les cas où un fragment isolé fait une saillie en pointe irréductible, on peut obtenir la disparition de cette difformité avec une cicatrice moins étendue, en réséquant cette pointe après consolidation effectuée.

Pour les fractures de la jambe, particulièrement pour les fractures obliques et pour les fractures en V, il est certain que l'appareil parfait qui permettrait d'obtenir la consolidation sans aucun raccourcissement est encore à trouver. La cause de l'irréductibilité partielle réside dans l'obliquité des surfaces par lesquelles les fragments se correspondent, et dans la puissance des masses musculaires postérieures. La suture osseuse serait tout à fait insuffisante à lutter contre ces agents; elle ne peut ajouter que des risques et des difficultés nouvelles; un cal obtenu par la suture osseuse est toujours plus volumineux et plus sensible qu'un cal spontanément développé. Il ne faut pas oublier que la présence des fils métalliques dans l'intérieur des masses osseuses peut être la source d'inconvénients graves, persistant ou se révélant après des années.

Sans opération, on arrive toujours à un bon résultat, mais à condition de renoncer à l'appareil plâtré immédiat : M. Berger affirme qu'on ne doit appliquer l'appareil plâtré qu'après cessation du gonflement. En cela, il a été manifestement en désaccord avec la presque totalité des auditeurs, dont *MM. Tillaux, Reynier* ont formulé la protestation. *M. Hartmann* a ajouté que l'extension continue, avec un dispositif récemment imaginé par M. Hennequin, peut rendre de grands services dans ces fractures difficiles à maintenir.

En somme, pour M. Berger, sauf dans les cas tout à fait exceptionnels, où l'irréductibilité, due à l'interposition de fragments isolés, de brides ligamenteuses ou périostiques, de faisceaux musculaires, se maintient au bout de plusieurs jours d'efforts sérieux faits pour en triompher, on n'est jamais autorisé à ouvrir une fracture de jambe pour remettre les os en place et les unir par la suture.

Dans certaines fractures comminutives à grand fracas, il pourrait sembler indiqué d'extraire des fragments isolés qui, se plaçant en travers, rendent une consolidation régulière impossible; mais en enlevant ces fragments on peut être entraîné bien plus loin qu'on ne le pense, et créer ainsi des pertes de substance osseuse que la nature a la plus grande peine à combler et qui laissent des déformations définitives du membre.

Pour juger de l'intervention chirurgicale dans les fractures des diaphyses, il suffit, d'ailleurs, de constater qu'en général les fractures compliquées de plaie, même lorsqu'elles n'ont pas été infectées, guérissent en un temps plus long et donnent un moins bon résultat que les fractures fermées.

Parmi les *fractures articulaires*, M. Berger laisse volontairement de côté celles de la rotule et de l'olécrâne. Quant à celles du coude, il est certain qu'elles laissent souvent des déformations osseuses persistantes et une limitation des mouvements; mais il est douteux que la suture osseuse ou l'enchevillement des fragments puissent modifier ces résultats défectueux. Il en serait peut-être autrement pour les fractures condyliennes du genou, dans lesquelles les fragments, plus superficiels, offrent une plus large prise aux moyens de contention directe, chevilles osseuses ou sutures métalliques. Mais ici le danger de l'infection opératoire du genou est si considérable qu'on ne saurait conseiller l'intervention que dans des cas de déplacement exceptionnellement étendu et ayant résisté à des tentatives très sérieuses de coaptation. Pour ces deux sortes de fractures les opérations sont permises, mais elles doivent être conduites avec la plus grande réserve, et limitées aux cas les plus difficiles.

La question spéciale des *fractures de la clavicule* a été agitée par *MM. Reynier et Demons*. M. Reynier déclare que c'est une opération absolument insignifiante lorsqu'on est aseptique et qui ne laisse guère qu'une cicatrice de deux centimètres. Aussi a-t-il l'habitude, depuis quatre ans, de pratiquer systématiquement la suture chaque fois qu'il a à traiter une fracture de la clavicule chez une femme.

Quant à M. Demons, de ses opérations personnelles il tire les conclusions suivantes :

1° Le traitement par la suture appliqué jusqu'ici comme moyen d'exception à un petit nombre de fractures de la clavicule, doit recevoir une notable -

sion. Il convient non seulement aux fractures compliquées de plaie, fractures rares, mais encore aux fractures comminutives, à celles dont le déplacement accentué est difficile à réduire ou à maintenir réduit, à celles dont les fragments menacent l'intégrité des téguments ou ont intéressé les vaisseaux ou les nerfs. Les appareils sont impuissants ou dangereux. La suture est rationnelle, facile, efficace et sans danger.

2° Les luxations des deux extrémités de la clavicule sont habituellement difficiles à réduire et plus difficiles encore à maintenir réduites. Les appareils sont d'ordinaire inefficaces, mal supportés et pleins d'inconvénients. La suture est préférable, elle est facile et donne une guérison sûre et rapide.

M. Lejars, parlant en particulier des fractures de jambe, insiste surtout sur la ligature des os, dont il décrit les procédés, classiques d'ailleurs. A son sens, une bonne technique, assurant une coaptation exacte, est la condition essentielle de la réunion, « à ciel ouvert », des fractures récentes, dans les cas où cette intervention immédiate est indiquée.

Dans les fractures obliques, et surtout lorsqu'il s'agit d'os peu volumineux, un ou deux fils, circulaires, qui enserrent et accolent étroitement les deux fragments, réalisent une coaptation plus régulière et plus durable que les différents modes de sutures proprement dites.

La ligature peut se pratiquer, d'ailleurs, suivant deux procédés: 1° le fil circulaire peut être simplement enroulé autour de l'os brisé, en bonne place et dans une bonne direction: une striction énergique, une encoche ménagée circulairement sur le pourtour de l'os, et qui sert de demi-gaine, sont alors des précautions indispensables; 2° le fil traverse en leur milieu chacun des fragments, et se moule en anse sur chacun d'eux, comme une double ligature enchaînée: on obtient alors le maximum de solidité.

M. Lejars a réuni, par ce procédé, du reste fort ancien, de la ligature, deux fractures de la clavicule et une fracture du tibia.

M. Adenot (Lyon) a pratiqué avec de bons résultats, trois sutures de la rotule et une de l'olécrâne. Ces observations n'ont rien de spécial. Il insiste spécialement sur ce fait que dans la fracture de l'olécrâne, la suture est seule capable de lutter contre une disposition sur laquelle les auteurs n'insistent pas et qu'ils signalent à peine; le *mouvement de bascule* de l'olécrâne secondaire à la contraction du triceps et causé par le mode d'insertion de ce muscle sur la face postérieure de l'os, et non sur son sommet. Dans les fractures expérimentales de l'olécrâne, ce mouvement de bascule existe toujours, mais plus ou moins accentué. Si l'écartement des fragments osseux s'exagère, le mouvement de bascule de l'olécrâne s'accentue en même temps. En exerçant des tractions sur la partie supérieure du triceps isolée préalablement, de manière à simuler la contraction de ce muscle, on obtient par cet artifice une exagération telle du mouvement de bascule que la surface de fracture de l'olécrâne se place à angle droit par rapport à la surface correspondante du cubitus. De plus, en cherchant à rapprocher les fragments par des appareils, des liens élastiques, etc., on obtient rarement la coaptation suffisante parce que la pression irrégulière exercée sur les attaches inférieures du triceps sollicite ce même mouvement de bascule à se reproduire contre toute attente. Il est surtout prononcé lorsque les ailerons de l'olécrâne et les attaches aux tubérosités latérales de l'humérus se trouvent déchirées.

M. Jonnesco a communiqué un cas de suture pour fracture comminutive de la rotule.

Parmi les *interventions tardives* pour cals vicieux, pour pseudarthroses, nous sigalons d'abord la communication où *M. Péan,* revenant sur la présentation qu'il a faite l'an dernier à l'Académie de médecine, a parlé des appareils de prothèse interne.

M. Moty a traité deux cas de pseudarthrose par des greffes d'os de mouton.

Le premier malade, opéré il y a quatre ans, était atteint de pseudarthrose du tibia à la suite de fracture des deux os de la jambe par coup de pied de cheval remontant à sept mois.

Le foyer de la fracture siégeant au tiers moyen de la jambe fut mis à nu par incision longitudinale de quinze centimètres sur la face antéro-interne du tibia. On excise au bistouri le tissu fibreux interposé aux fragments et on pratique à la gouge trois encoches de un centimètre en largeur et en profondeur dans chacune desquelles on enfonce un coin d'os recueilli sur un mouton vivant; pansement à l'iodoforme, accidents iodoformiques locaux, néanmoins consolidation rapide. Mais depuis le malade élimine de temps à autre, sans beaucoup de douleur, une parcelle d'os.

Le deuxième cas est une pseudarthrose du fémur datant de huit mois, siégeant au tiers moyen, et pour laquelle M. Moty procéda à peu près de même; il fallut réséquer un centimètre du fragment supérieur éburné pour pouvoir affronter les deux parties du fémur. Cela fait on appliqua deux attelles latérales provenant du tibia d'un jeune mouton et on les fixa en haut et en bas avec deux liens circulaires du catgut, suture de périoste, pansement compressif et gouttière fémorale.

La consolidation n'eut pas lieu et dans une intervention faite trois mois plus tard on trouva les deux fragments adhérant assez solidement au fragment supérieur, mais non à l'inférieur; on remarquait en outre que les os de mouton érodés par place sur leur surface périostique avaient une tendance évidente à la résorption. Cette deuxième intervention faite par le professeur Robert avec un résultat opératoire très satisfaisant n'eut d'ailleurs pas plus de succès que la première. Depuis, le malade a été perdu de vue.

M. Jonnesco a relaté un cas d'ostéotomie oblique du fémur pour ankylose de la hanche par fracture vicieusement consolidée du fémur.

M. F. Villar a eu l'occasion d'intervenir neuf fois pour des solutions de continuité des os, en dehors du crâne et du rachis. Dans cinq cas il s'agissait de fractures anciennes; les quatre autres se rapportent à des fractures récentes.

Dans un premier cas, il s'agissait d'une pseudarthrose des deux os de la jambe chez un homme de quarante ans; la suture osseuse fut suivie de guérison.

Chez un homme de quarante-deux ans ayant eu une fracture bi-malléolaire, suivie de consolidation vicieuse, avec cal exubérant, la résection de l'extrémité inférieure des deux os de la jambe a donné un bon résultat.

Un troisième malade, âgé de soixante-trois ans, avait eu une luxation de l'épaule non réduite. Cinquante-deux jours plus tard, en essayant la réduction, on fracture l'humérus. Il fallut réséquer l'extrémité supérieure de cet os.

Dans un quatrième cas, il a fallu pratiquer la désarticulation de la hanche chez un homme de quarante et un ans ayant eu une fracture compliquée du fémur avec une ostéomyélite étendue à toute la diaphyse.

Enfin, la cinquième intervention pour fracture ancienne se rapporte à une femme de soixante-huit ans atteinte de luxation de l'épaule avec fracture du col

anatomique de l'humérus. Après l'ablation de la tête humérale, la malade a parfaitement guéri, comme les deux sujets précédents.

En ce qui concerne les fractures récentes, M. Villar a fait la suture pour une fracture du maxillaire inférieur, la ligature au fil d'argent dans un autre cas de fracture du même os, et, enfin, la suture dans deux cas de fracture de la clavicule.

Les indications de l'intervention pour la première catégorie de faits étaient très nettes. D'ailleurs, la question de l'intervention tardive est jugée ou à peu près, et il est certain que la nature des accidents commande l'intervention.

Plus difficiles à poser sont les indications de l'intervention précoce, surtout dans les fractures fermées. Ce qui a poussé M. Villar à intervenir dans quatre cas de fractures récentes, c'est la mobilité des fragments pour les fractures du maxillaire inférieur, et la saillie du fragment interne qui menaçait la peau dans les fractures de la clavicule.

Les résultats opératoires et thérapeutiques ont été excellents.

Enfin *M. J. Bœckel* a donné les résultats de son expérience basée sur cinquante-neuf observations d'interventions qu'il a faites ou vu faire.

Il n'a suturé qu'une clavicule et un maxillaire inférieur, pour des fractures récentes : deux guérisons. Pour la rotule, il est intervenu deux fois seulement, d'une façon précoce, et dans un cas il s'est produit une ankylose : cela se passait, il y a dix-neuf ans, et il y avait eu de la suppuration.

Les interventions tardives trouvent plus facilement leur raison d'être; aussi en a-t-il pratiqué un nombre assez considérable.

Quatre ostéotomies pour cals vicieux ont donné quatre guérisons ; deux ostéotomies *temporaires* de la clavicule ont été suivies de succès, ainsi que cinq ostéotomies complémentaires dans des cas de fracture de jambe.

Sept résections du coude, une résection du genou et une résection de l'épaule : les neuf malades ont guéri, et pour le coude en particulier, le résultat fonctionnel a été absolument parfait dans quatre cas, moins bon mais suffisant dans les trois autres.

Sur cinq cas de pseudarthroses quatre ont été suivis de succès; dans le cinquième fait, la pseudarthrose a persisté.

En résumé, dans certaines fractures récentes de la clavicule et du maxillaire inférieur difficiles à réduire ou à maintenir réduites, le seul traitement rationnel et efficace réside dans l'emploi de la suture osseuse précédée de l'ouverture du foyer, de la mise à nu et de l'avivement des fragments, lorsqu'il y a lieu.

Les fractures anciennes des mêmes os vicieusement consolidés réclament le même traitement.

Les fractures de la rotule devront être traitées d'après les méthodes anciennes.

Exceptionnellement, on pourra tenter la suture de la rotule, en s'entourant des précautions antiseptiques les plus minutieuses.

Les opérations dans les fractures anciennes des os longs, mal ou pas consolidées, sont de deux ordres, suivant que la fracture est consolidée ou ne l'est pas; elles comprennent d'abord l'ostéotomie, simple ou cunéiforme, et l'ostéotomie temporaire et l'ostéotomie complémentaire destinées, la première à rendre accessibles des régions profondes, la seconde à rétablir l'égalité de longueur des os dans les fractures des membres à deux os, avec perte de substance étendue de l'un d'eux. Vient ensuite la suture osseuse à l'aide d'un fil métallique ou l'enchevillement des os à l'aide d'une vis. Enfin, l'opération qui convient aux fractures articulaires anciennes consiste à faire la résection. Elle a pour but de rétablir les fonctions du membre lorsque celui-ci est ankylosé ou plus ou moins privé de ses mouvements (coude, épaule); au genou, par contre, elle est destinée à produire l'ankylose lorsque, par suite d'une fracture mal consolidée ou d'une difformité consécutive, le membre est devenu impotent.

La gravité de ces différentes interventions est nulle, comme le prouvent les succès constants qu'elles ont fournis à M. Bœckel dans les cinquante-neuf cas qui font l'objet de ce mémoire.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Maladies du système nerveux (Pseudo-méningite grippale. Epilepsie grippale. Plusieurs cas de syphilis cérébrale. Ancien abcès du cerveau. Lésion des lobes frontaux. Hémorrhagie stomacale consécutive à une apoplexie. Paralysie corticale du pouce. Arthropathies tabétiques. Troubles vaso-moteurs de la syringomyélie), par R. Lépine (*Revue de Médecine*, 10 juin 1895, n° 6, p. 505). — Le professeur Lépine résume dans son article les observations relatives aux maladies nerveuses et qui lui ont paru dignes d'intérêt. Le titre indique l'importance des sujets traités, mais le cadre de notre analyse ne nous permettant pas de donner le détail de chaque sujet, nous nous contenterons de résumer brièvement quelques-unes des observations.

1° Femme de trente-deux ans, ayant contracté d'un nourrisson syphilitique, un chancre du mamelon il y a quatre ans. Six mois après le chancre, elle a été prise brusquement d'une attaque d'hémiplégie droite avec aphasie et, plus tard, de crises épileptiques qui reviennent encore de temps en temps. Au bout de quelques semaines, la malade a pu commencer à parler et maintenant elle parle bien et comprend tout ce qu'on lui dit. De plus, elle reconnaît toutes les lettres, mais elle ne peut lire les mots les plus simples. Elle n'a pas de myopie et le champ visuel est normal des deux côtés. Il s'agit donc d'un cas de cécité verbale et sans hémiopie.

2° Femme âgée de soixante-deux ans, sujette à des crises convulsives depuis dix ans, crises sur la nature desquelles les médecins ont été en désaccord. La malade sent venir la crise et peut éviter la chute en s'asseyant. Elle ne pousse pas de cris et ne se mord pas la langue ; les crises prédominent à gauche. Pas de troubles de la sensibilité, exagération des réflexes. Le lendemain de son entrée, on a constaté une hémiplégie complète gauche accompagnée d'hyperthermie et la malade avec une température de quarante et un degrés a succombé; à l'autopsie, on a trouvé sur la première circonvolution frontale de l'hémisphère droit une adhérence de la pie-mère à la dure-mère, puis au-dessous une couche très mince de substance grise ramollie dans une étendue de quatre à cinq centimètres carrés. Une coupe perpendiculaire sur ce point montre qu'il s'agit d'un kyste à contenu caséeux que l'auteur considère comme un ancien abcès.

3° Femme âgée de quarante-quatre ans, qui est prise, pendant une nuit, d'une série de crises convulsives suivies de perte de connaissance avec céphalée sous-orbitaire, vertiges et bourdonnements d'oreille. A son entrée, en dehors d'un certain degré d'obtusion intellectuelle, on est frappé de la difficulté de la marche paraissant résulter d'un défaut d'équilibre. De plus, on provoquait de la rétro-pulsion. Le lendemain, elle a été prise de coma avec déviation de la tête et des yeux à droite, raideur générale plus marquée à gauche, pouls lent. Cet état comateux et les crises épileptiques se sont répétés à plusieurs reprises. Après une attaque comateuse, elle a présenté une déviation de la face et des yeux à gauche et une

paralysie faciale gauche et a présenté du délire avec une amnésie singulière. A l'autopsie, on a trouvé à la partie antérieure du lobe frontal droit une adhérence assez intime de la pie-mère et de la dure mère et à ce niveau une tumeur du volume d'une noix dont le centre était partiellement caséeux.

4° Un voyageur de commerce âgé de trente ans, ayant fait des excès de tout genre et surtout alcooliques. Syphilis il y a trois ans. Depuis plusieurs années, il a de l'excitation cérébrale et des idées ambitieuses et ces derniers mois, il a eu des convulsions, affaiblissement de la mémoire, troubles de la parole et des bizarreries de caractère. Depuis quelque temps, il se plaint d'une céphalée nocturne ; le malade est mort dans un état de coma et à l'autopsie on trouve une tumeur sur le lobe frontal droit presque sur la scissure interhémisphérique et en avant du sillon de Rolando. La lésion se prolonge sur la face interne du lobe frontal. A peu près symétriquement sur la face interne de l'hémisphère gauche, on trouve une gomme cicatrisée.

MÉDECINE

Tuberculose intestinale se terminant par la tuberculose miliaire aiguë (Ein Fall von Futterungstuberculose bei einem Erwachsenen mit Ausgang in Miliartuberculose), par Zinn (*Münch. med. Woch.*, 1895, n° 37, p. 853). — Il s'agit d'un homme de vingt-huit ans, de souche tuberculeuse, ordinairement bien portant, qui, après un refroidissement, est pris d'un ensemble de symptômes faisant tout d'abord penser à une fièvre typhoïde. Mais, la roséole et la tuméfaction de la rate faisant toujours défaut, on comprend, après l'apparition des signes sthétoscopiques du côté des poumons, que l'on se trouve en face d'une tuberculose miliaire aiguë, diagnostic que confirme du reste l'évolution ultérieure de la maladie. Mort huit semaines après le début.

A l'autopsie, on trouva une tuberculose miliaire du poumon, des plèvres, des ganglions bronchiques, du foie, de la rate et des reins. Dans aucun de ces organes il n'existait d'anciens foyers ni de cicatrices. Par contre, dans l'intestin au niveau de la valvule de Bauhin, se trouvaient trois ulcérations en partie cicatrisées et, en face, un gros paquet de ganglions mésentériques caséifiés, couverts de tubercules à diverses périodes de leur évolution. De plus, le canal thoracique était rempli de masses caséeuses et ses parois épaissies étaient infiltrées de sang et couvertes de tubercules.

D'après l'auteur, le foyer le plus ancien, d'où est partie l'infection restée longtemps latente, est l'intestin. Il s'agissait donc, dans ce cas, d'une tuberculose primitive de l'intestin d'origine très probablement alimentaire, ayant donné lieu, a un moment donné, à l'infection tuberculeuse générale de l'organisme.

Traitement du cancer par les toxines de l'érysipèle (Ueber Heilversuche bei malignen Geschwulsten mit Erysipeltoxin), par Czerny (*Münch. med. Woch.*, 1895, n° 36, p. 833). — L'auteur qui a essayé de traiter une douzaine de cas de sarcome ou de carcinome par les injections de cultures mixtes de streptocoque et du bacillus prodigiosus, arrive dans son travail aux conclusions suivantes :

1° Les cultures stérilisées mais non filtrées d'érysipèle et de prodigiosus provoquent déjà, à dose minime, en injections sous-cutanées de la fièvre élevée avec frissons, état gastrique, délire, et souvent herpès labial. L'intensité de la réaction dépend de la susceptibilité individuelle du malade, de la quantité de liquide injectée et de l'endroit où le liquide a pénétré (vaisseaux ou parenchyme).

2° Les phénomènes réactionnels disparaissent sans être suivis de troubles de l'état général. Si les injections sont fréquemment répétées, il survient de l'inappétence, de l'amaigrissement, de l'anémie, de l'apathie.

3° Les injections en question *peuvent* exercer une action spécifique sur les tumeurs sarcomateuses et en amener la guérison (Coley). La tumeur s'imbibe de sérosité, s'affaisse et se résorbe, ou bien il survient un ramollissement de la tumeur avec nécrose et élimination du néoplasme.

4° Comme les effets des injections sont incertains, elles ne peuvent remplacer les interventions chirurgicales ni rendre ces dernières inutiles. A l'heure actuelle, les injections sont indiquées dans les tumeurs inopérables ou ayant récidivé. Peut-être pourrait-on encore y avoir recours dans un but prophylactique, après l'ablation des tumeurs malignes.

5° Dans les carcinomes, les injections ne permettent guère de compter sur la guérison, mais semblent avoir pour effet un ralentissement de la marche de ces tumeurs.

CHIRURGIE

Plaie pénétrante du diaphragme guérie par la laparotomie (Ueber einen geheilten Fall von Stichverletzung des Zwerchfelles), par Schoenwerth (*Münch. med. Woch.*, 1895, n° 35, p. 815). — Il s'agit dans l'observation que publie l'auteur d'un garçon de vingt ans qui, complètement ivre, reçoit, au cours d'une rixe, un coup de couteau dans le côté gauche du thorax. Il se rend à pied chez un médecin qui fait un pansement d'urgence et dirige le blessé à l'hôpital.

Là, on trouve sur le côté gauche du thorax, entre la neuvième et dixième côte, au niveau de la ligne axillaire postérieure, une plaie oblique, longue de trois centimètres et complètement obstruée par de l'épiploon qui pend au dehors sur une longueur de trois centimètres. L'exploration très rapide montra l'existence d'un pneumothorax gauche. Pas trace de collapsus sauf un peu de pâleur de la face.

On pouvait donc affirmer dans ces conditions l'existence d'une plaie de la plèvre, du diaphragme et de la cavité abdominale, et dans les conditions en présence il ne restait plus qu'à faire la laparotomie.

Celle-ci fut faite non pas sur la ligne médiane mais le long du rebord des fausses côtes gauches par une incision longue de vingt centimètres et passant à un travers de doigt au-dessous. La cavité abdominale une fois ouverte et les intestins dévidés et inspectés, on a pu constater l'intégrité des viscères et l'existence d'une hernie du grand épiploon à travers une plaie du diaphragme. Après résection de la portion qui pendait à travers la plaie extérieure, l'épiploon fut réintégré et la plaie du diaphragme fermée par cinq sutures au catgut sans grandes difficultés. L'intestin fut ensuite replacé dans l'abdomen et la plaie de la laparotomie suturée de la façon habituelle. Le malade guérit sans complications.

L'auteur soulève encore la question de savoir si dans les cas de plaie du diaphragme, la thoracotomie ne serait pas préférable à la laparotomie. Sans mettre en discussion la conduite suivie dans son cas particulier, l'auteur semble accepter pour ces cas l'opinion de Rydygier pour lequel la thoracotomie serait préférable à la laparotomie, cette dernière devant être réservée au cas où l'instrument vulnérant n'a abordé le diaphragme qu'après avoir passé par la cavité abdominale.

BIBLIOGRAPHIE

Les fétichistes pervertis et invertis sexuels, observations médico-légales, par Paul Garnier. Petite bibliothèque médicale. Baillière éditeur, 1896.

Le fétichisme, ce syndrome de la dégénérescence mentale, peut être défini : l'anomalie de l'instinct sexuel conférant tantôt à un objet de la toilette féminine ou des vêtements masculins, tantôt à un costume déterminé, tantôt enfin à une partie du corps de l'un et de l'autre sexe, le pouvoir exclusif d'éveiller les sensations amoureuses et de produire l'orgasme voluptueux.

L'objet du culte fétichiste corporel ou autre devient ainsi l'élément à la fois nécessaire et suffisant de l'excitation sensuelle. Timide dans les choses de l'amour normal, le fétichiste bien loin d'être un excité sexuel au point de vue des plaisirs vénériens est plutôt un insuffisant. L'éveil de l'obsession fétichiste n'est point le résultat du hasard, elle est l'effet d'une altération profonde de la sensibilité morale et affective qui

se sert de tout incident pour se manifester ainsi que cela se passe dans tout phénomène psychique aboutissant à l'obsession.

Chez le perverti sexuel, le fétichisme s'alimente encore aux sources naturelles de la sensualité. L'objet de son culte est d'essence féminine mais l'inverti sexuel a aussi son fétichisme à lui, fétichisme homo sexuel.

G. MARINESCO.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

PRÉCIS CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX, par G. André. Paris, 1895. O. Doin, éditeur.

Le livre que M. André vient de faire paraître se compose de trois parties bien distinctes. Dans la première, il s'occupe de la séméiologie des maladies du système nerveux, dans la deuxième des maladies de l'axe cérébro-spinal, de ses enveloppes, des nerfs périphériques. La troisième partie due à M. Destarac a trait à l'électricité médicale.

La sémiologie constitue un chapitre assez complet. Le lecteur y trouvera un exposé succinct de tous les symptômes que l'on rencontre dans la pathologie nerveuse. Ce chapitre a été écrit en grande partie d'après les travaux de l'école de la Salpêtrière. Il renferme notamment une étude très intéressante sur l'hérédité dans les maladies nerveuses.

La deuxième partie renferme, outre une description clinique des maladies classiques que l'on trouve étudiées dans la plupart des traités anciens, un exposé des maladies étudiées plus récemment telles que l'acromégalie, la tachycardie paroxystique essentielle, l'ostéoarthropathie pneumique, etc. L'auteur tient compte des travaux de ces dernières années sur tous ces sujets. Nous lui reprocherons seulement de n'avoir peut-être pas assez insisté sur certains points tels que l'anatomie pathologique de certaine affection, l'aphasie et aussi de n'avoir pas joint quelques figures à son texte, notamment en ce qui concerne les localisations cérébrales.

Dans la troisième partie, le lecteur trouvera une étude complète et très claire sur les applications de l'électricité au diagnostic et au traitement des maladies du système nerveux.

En somme, excellent ouvrage destiné à rendre de bons services aux étudiants comme aux praticiens.

MANUEL DE DIAGNOSTIC CHIRURGICAL, par MM. S. DUPLAY, ROCHARD et DEMOULIN.

Ce petit livre est le résumé d'un enseignement dont le plan général a été élaboré en commun par les auteurs et qui comprend, dans une première partie, l'examen des malades et l'ensemble des moyens d'exploration clinique et, dans une seconde partie, l'anatomie clinique des principales régions, la technique de leur exploration et le diagnostic des différentes maladies chirurgicales qu'on y rencontre.

Les auteurs ont cherché à réagir contre l'opération à outrance : ils ont voulu ramener les débutants aux vieilles traditions de la clinique en leur enseignant comment ils devront procéder pour faire un diagnostic raisonné.

Le premier fascicule mis en vente comprend l'examen du malade, les moyens d'exploration clinique pour le crâne, la face et le cou. Ce petit manuel est à la hauteur de la tâche que ses auteurs se sont assignée : il est véritablement clinique et pratique, mais sans tomber dans le terre à terre que n'ont su éviter nombre de publications similaires. Le nom des auteurs était déjà un sûr garant de la valeur de l'ouvrage ; aussi est-il juste de prédire à cette publication un légitime succès.

VARIÉTÉS

Bureau central de médecine. — Le jury pour le prochain concours est composé provisoirement de MM. Potain, Tenneson, Joffroy, Bergeron, Bourcy, Lecorché, Tarnier.

Consultation dans les hôpitaux. — La *Société médicale des Hôpitaux* s'est réunie le lundi 4 novembre, pour discuter un article additionnel au règlement sur les consultations, proposé, au Conseil de surveillance de l'Assistance publique par M. le directeur général. Cet article est ainsi conçu :

« Dans les hôpitaux où le service de la consultation de médecine et de chirurgie est confié à un assistant de consultation, les médecins et chirurgiens chefs de service comptant, à la date du 1er novembre 1895, dix années de service, depuis leur nomination au Bureau central et qui, avant l'application de l'arrêté du 2 mars 1895, faisaient régulièrement leurs consultations, pourront, sur leur demande et après avis du Conseil de surveillance, être autorisés à faire une fois par semaine, le service de la consultation.

» Les assistants de consultation leur prêteront leur concours.

» La consultation devra commencer à neuf heures du matin.

» La répartition des malades admis par les médecins ou chirurgiens chefs de service autorisés à faire la consultation sera assurée par les directeurs des établissements conformément au § 6 de l'article XI.

» L'autorisation accordée en vertu du § 1er du présent article continuera à être valable au cas où l'assistant de consultation serait remplacé par un médecin ou un chirurgien des Hôpitaux, mais elle cessera de plein droit d'être valable et ne pourra être renouvelée par le fait du passage du chef de service dans un autre hôpital. »

Cet article additionnel n'a satisfait personne, et il a été, à l'unanimité, écarté par la Société. Celle-ci aurait en outre chargé M. Millard de défendre énergiquement ses intérêts auprès du Conseil de surveillance.

Plusieurs autres questions ont été agitées dans cette réunion.

Les médecins des Hôpitaux ont rappelé qu'ils avaient accepté avec plaisir la création des assistants de consultation, d'autant mieux que plusieurs d'entre eux avaient déjà demandé la création d'assistants, bien avant que l'Administration n'y eût songé.

Ils ont fait remarquer, tout en l'acceptant cependant, que le choix de neuf heures du matin pour l'ouverture des consultations était fort incommode ; car, à ce moment, l'état des lits vacants dans chaque service ne peut être connu.

Enfin, à l'unanimité, les médecins des Hôpitaux ont de nouveau protesté contre les circonscriptions hospitalières.

Testicule artificiel. — Un garçon de vingt et un ans n'avait qu'un testicule et était persuadé que l'absence du second le rendait complètement impuissant. Cette idée fixe finit par le plonger dans un état de mélancolie profonde et d'anxiété telle que le docteur Hermance tenta de faire descendre le second testicule dans le scrotum. Ce fut en vain.

Alors, sur la demande expresse du malade, un testicule en argent fut fabriqué et introduit dans la tunique vaginale. La plaie guérit par première intention. Cinq jours après l'opération, le malade retourna à ses affaires complètement guéri de ses idées mélancoliques, ainsi que de ses idées d'impuissance, car il se maria peu après et... eut beaucoup d'enfants comme disent les contes (*Revue neurol.*).

Alfred de Musset et l'audition colorée. — M. Amédée Barie, dans un livre sur Alfred de Musset (1893, *Les grands écrivains français*) nous procure le curieux renseignement que voici :

« Les curieux de sensations rares apprendront peut-être avec intérêt que Musset possédait l'audition colorée, dont personne ne parlait alors et dont la psychologie contemporaine s'occupe tant. Il raconte à Mme Joubert, dans une de ses lettres (inédite), qu'il a été très fâché, dînant avec sa famille, d'être obligé de soutenir une discussion pour prouver que le *fa* était jaune, le *sol* rouge, une voix de soprano blonde, une voix de contralto brune. Il croyait que ces choses-là allaient sans dire. »

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

BULLETIN

Les réformes hospitalières.

Lundi a commencé la discussion, au conseil municipal, de l'interpellation par laquelle MM. P. Strauss et P. Dubois ont prié M. le Directeur général de l'Assistance publique de vouloir bien s'expliquer sur l'application des nouveaux règlements. En outre, le 9 novembre dernier a paru dans la *Revue Bleue* un article où M. P. Strauss plaide *pro domo*.

Un premier point est d'abord à mettre en relief : article et discours de M. P. Strauss ont eu une allure modérée à laquelle l'honorable conseiller municipal ne nous avait pas habitués. Aucun noir complot n'a jamais été tramé contre cette aristocratie que constitue le corps médical des hôpitaux; personne n'a jamais songé à faire courber la tête de ces fiers Sicambres, au savoir desquels, au contraire, on rend un éclatant hommage.

Le second point à signaler est que le Conseil municipal et l'administration me font l'impression d'étudier un mouvement tournant pour revenir à peu près au projet initial de M. Peyron, aussi bien pour les circonscriptions hospitalières que pour les consultations externes.

Pour les circonscriptions hospitalières, je ne suis pas de ceux qui ont pour but unique de biaiser avec les règlements et de faire dégénérer en règle ce qui doit être l'exception. J'ai toujours dit, et je répète que la circonscription, en partie justifiée par la suppression du Bureau central, sera une bonne chose si on laisse une grande latitude de choix à la fois aux médecins et aux malades. Or, M. Peyron a déclaré publiquement qu'il avait, depuis le 14 octobre, accordé toutes les autorisations demandées; et je sais, en outre, que plusieurs conseillers municipaux, de toutes nuances, ont apostillé des demandes qui leur étaient présentées directement par les malades. Enfin, le dernier conseiller municipal élu, le seul qui n'ai pas participé au nouveau règlement et qui dès lors n'ait pas à se déjuger, M. André Lefèvre, socialiste pur, a pris nettement position contre la réforme au conseil municipal aussi bien que dans *la Petite République française*. On peut prévoir que la partie de ce règlement qui est notoirement attentatoire à la liberté humaine sera bientôt sinon abrogée, au moins tombée en désuétude.

C'est que les inconvénients du système, au point de vue des malades, sont multiples et graves. Ne parlons plus des malheureux qu'on fait promener à grande distance parce qu'ils habitent tel endroit et qu'ils se sont trompés d'hôpital : erreur aisée à commettre, car il y a des rues où les numéros pairs vont à un hôpital et les numéros impairs à un autre. Nous n'en finirions pas si nous voulions reproduire ici les histoires de ce genre relatées depuis quelques jours dans la presse politique.

Plus grave à nos yeux est la nécessité de se présenter à l'hôpital muni de pièces établissant le domicile et l'identité : on a raconté hier soir à la Société des chirurgiens des hôpitaux plusieurs fait déplorables. Des malades urgents ont été renvoyés au lendemain faute de places : luxation de l'épaule, panaris ayant fini par aboutir à la nécrose de la phalange, pleuro-pneumonie. Pour éviter que M. Peyron fasse des enquêtes aboutissant à des démentis comme pour le cas de Lariboisière, je me fais un vrai plaisir de lui annoncer, à l'avance, que nos collègues ont par devers eux le nom et l'adresse des malades, comme nous possédions, pour le malheur de M. Montreuil, celle du pneumonique Castelyn.

Ces formalités sont absurdes et nuisibles : elles ont pour résultat que la clientèle des hôpitaux catholiques augmente dans des proportions notables : dans l'un deux, un chirugien a actuellement trente demandes d'admission, chose qui lui avait été jusqu'à présent inconnue. Je serais bien étonné si nos conseillers municipaux avaient eu pour but d'augmenter l'influence du parti clérical, et c'est cependant ce qu'ils réussissent à faire Je tiens directement le renseignement d'un de mes collègues bien connu par son catholicisme.

Reste maintenant la question des consultations. On commence à reconnaître que la vraie solution est celle que depuis longtemps nous avons préconisée ici, que

M. Peyron avait d'abord proposée au conseil de surveillance : laisser faire la consultation par les chefs assez actifs et assez zélés pour la faire eux-mêmes complètement et régulièrement ; inviter les autres à désigner parmi leurs anciens internes un assistant, qui aurait été nommé comme les assistants actuels et qui aurait fait la consultation sous leur responsabilité. Certains de mes collègues voulaient démontrer que le service des consultations fonctionnait bien: j'ai toujours soutenu qu'en général il fonctionnait mal et qu'une réorganisation s'imposait. Le projet initial de M. Peyron satisfaisait les intérêts des malades et ceux des médecins, et il avait l'avantage considérable de ne pas augmenter d'un sou les dépenses.

Tout cela, on s'en rend compte, et M. Peyron, animé d'un esprit de conciliation dont jusqu'à présent il n'avait pas fait preuve, a proposé au conseil de surveillance un article additionnel que voici :

Dans les hôpitaux où le service de la consultation de médecine ou de chirurgie est confié à un assistant de consultation, les médecins et chirurgiens chefs de service comptant, à la date du 1er novembre 1895, dix années de service, depuis leur nomination, au bureau central, et qui, avant l'application de l'arrêté du 2 mars 1895, faisaient régulièrement leurs consultations pourront, sur leur demande et après avis du conseil de surveillance, être autorisés à faire une fois par semaine le service de la consultation.

Les assistants de consultation leur prêteront leur concours.

La consultation devra commencer à neuf heures du matin.

La répartition des malades admis par les médecins ou chirurgiens chefs de service autorisés à faire la consultation sera assurée par les directeurs des établissements, conformément au paragraphe 6 de l'article 11.

L'autorisation accordée en vertu du paragraphe premier du présent article continuera à être valable au cas où l'assistant de consultation serait remplacé par un médecin ou chirurgien des hôpitaux, mais elle cessera de plein droit d'être valable et ne pourra être renouvelée par le fait du passage du chef de service dans un autre hôpital.

Le conseil de surveillance a rejeté cet article par six voix contre cinq: et nous croyons savoir qu'il faut compter parmi les cinq, M. Mathé (ancien président du conseil municipal de Paris) et MM. Navarre et P. Strauss renonçant (une fois n'est pas coutume) à leur abstentionnisme systématique.

Vraiment, M. Peyron n'a pas la main heureuse! Proposer l'ancienneté comme critérium est une merveille, car les médecins, comme tous les hommes, sont en général d'autant plus occupés et d'autant moins actifs qu'ils sont plus âgés. Aussi le conseil de surveillance a-t-il simplement maintenu ses votes antérieurs. Mais M. Peyron, peu soucieux de se déjuger (mieux vaudrait dire de se rejuger) a déclaré à l'avance qu'il ne soutiendrait pas le projet voté devant le conseil municipal.

Les efforts de M. André Lefère, réussiront-ils, demain soir, à entamer la majorité du conseil municipal; nous l'espérons, car le bon sens finit toujours par triompher, et en outre dans bien des quartiers les électeurs ne sont pas contents.

A. Broca.

P. S. — *Le Figaro* ayant publié ce matin quelques renseignements un peu inexacts (par mélange de malades), pour éviter à l'administration des démentis que nous serions forcés de relever, nous donnons une nomenclature que nous certifions exacte.

Cochin. — Un adolescent, atteint de fracture du péroné, s'y est présenté vingt-quatre heures après avoir été refusé à Saint-Antoine, hôpital auprès duquel l'accident avait eu lieu.

Bichat. — Un homme atteint de luxation de l'épaule n'a pu être admis qu'avec vingt-quatre heures de retard parce qu'il n'avait pas ses papiers le premier jour.

Une femme a oscillé pendant plusieurs jours entre Bichat et l'Hôtel-Dieu parce qu'elle devait être hospitalisée avec son enfant. Or Bichat, hôpital de sa circonscription, n'a pas de service de crèche. L'histoire complète — *et strictement exacte* — est racontée dans le *Petit Journal*.

Hôtel-Dieu. — 1° Après avoir perdu deux jours pour avoir ses papiers en règle, un jour pour être arrivée à neuf heures un quart au lieu de neuf heures, un jour parce que c'était dimanche, une femme a pu enfin se faire ouvrir un panaris, mais sa phalange était nécrosée. 2° Un homme, faute de papiers, a traîné une pleurésie du jeudi au dimanche.

Charité. — Un malade atteint de gomme ulcérée de la jambe a été refusé à l'Hôtel-Dieu parce que, n'ayant pas de domicile, il n'avait pas de circonscription. Une communauté religieuse l'a recueilli et l'a adressé à la Charité où il a été enfin soigné (cas publié exactement par le *Figaro*).

Beaujon. — Une femme se présente avec une fistule abdominale. On l'admet. Au bureau elle déclare habiter sur un bateau ; refus du bureau car un bateau n'est pas classé ; téléphone à l'administration centrale qui répond que la circonscription dépend de la rive où est amarré le bateau. Par malheur, c'était sur la rive gauche ; la malade a alors élu un domicile fictif.

Lariboisière. — Une femme atteinte de phlegmon grave du bras, exigeant une prompte intervention, est admise. Refus du bureau parce qu'elle appartient à la circonscription de Saint-Louis. La malade déclare que, son fils étant mort trois semaines auparavant à Saint-Louis, elle préfère mourir que d'y entrer. Le bureau a persisté dans son refus.

Dans le *Figaro*, il y a mélange entre ces deux dernières malades, ce qui lui vaudra sans doute un démenti formel de la part du sympathique M. Montreuil (Voy. *Gazette*, p. 529).

REVUE GÉNÉRALE

Deux cas familiaux de tuberculose aspergillaire simple chez des peigneurs de cheveux (étude clinique et expérimentale), par le docteur L. Rénon, ancien interne lauréat des hôpitaux.

I

Les cas de tuberculose aspergillaire sont rares chez l'homme. Beaucoup n'ont été découverts qu'à l'autopsie : tels les faits récents de Rubert Boyce (1) et de Cohn (2). Peu fréquents aussi sont les cas cliniquement et bactériologiquement reconnaissables pendant la vie. Dans un fait ancien de Fürbringer (3), le diagnostic s'était imposé par l'examen microscopique des crachats, mais l'affection s'était développée à la période terminale du diabète et il n'est pas douteux qu'elle n'ait été secondaire. Depuis qu'en 1890 MM. Dieulafoy, Chantemesse et Widal (4)

(1) Rubert Boyce, *The journal of Pathology and Bacteriology*. Londres, octobre 1892, p. 165.
(2) Cohn, *Société de médecine de Berlin*, 16 octobre 1893, et *Deuts. med. Woch.*, 1893, n° 50, p. 1332.
(3) Furbringer, *Virchow's arch.*, 1876, t. X, p. 510.
(4) Dieulafoy, Chantemesse et Widal, Une pseudo-tuberculose

ont attiré l'attention sur ce sujet, d'autres cas furent observés : l'un est relaté en 1891 par M. Potain (1), un autre par nous, en 1893 (2), un troisième par MM. Gaucher et Sergent (3) en 1894, tous relevant d'une même étiologie professionnelle, le gavage des pigeons.

Cette thèse, d'une mycose pulmonaire primitive, de forme tuberculeuse, analogue chez l'homme aux faits observés expérimentalement sur les animaux par infection directe des voies respiratoires, n'a pas été admise en Allemagne (4). Nous pensons, au contraire, qu'elle répond à la réalité des faits, et nous n'en voulons pour preuve que l'observation si nette de MM. Gaucher et Sergent. Toute l'étude qui va suivre tendra d'ailleurs à le prouver.

En 1893 nous émettions l'idée que puisque l'aspergillus fumigatus existait sur les graines, « il se pourrait fort bien que les personnes qui manient ces graines, les meuniers, les grainetiers, fussent aussi contaminés, ce qui agrandirait d'une façon notable le cadre de la tuberculose aspergillaire professionnelle ».

C'est par la farine que paraît s'être faite la contagion dans les deux nouveaux cas que nous rapportons, cas observés chez des personnes d'une tout autre profession, des peigneurs de cheveux. Nous devons à M. Ch. Féré la connaissance et l'étude de ces deux malades; nous le remercions ici bien vivement de son obligeance.

II

Ces industriels achètent aux chiffonniers de Paris les cheveux trouvés dans les boîtes à ordures et les démêlent en les classant par longueur, couleur et grosseur, pour les revendre ensuite. Si le cheveu est sec, le peignage se fait directement, mais si le cheveu est un peu gras, pour le dégraisser et éviter qu'il ne casse, on le recouvre de farine, ce qui facilite l'opération et rend le cheveu plus beau : on se sert pour cet usage de farine de seigle. De ces traitements successifs que subit le cheveu, il résulte un dégagement considérable de poussières dans lesquelles la farine tient la plus grande place : c'est cette dernière d'ailleurs qui est incriminée par les malades et, comme nous disait l'un d'eux, « c'est la farine qui nous tue ».

Un fait les avait péniblement impressionnés : il leur était impossible d'élever des animaux dans leur maison; les oiseaux (serins, chardonnerets, passereaux) succombaient en quinze jours ou trois semaines après avoir toussé et considérablement maigri ; les chiens ne pouvaient vivre plus de trois mois; les chats seuls résistaient.

Toute une famille entière, le père, la mère, et le fils sont occupés à ce travail dans un atelier commun. Ils exerçaient depuis de longues années cette industrie à Gentilly, quand, au mois de juillet dernier, sur le conseil de M. Féré, ils se décidèrent à se transporter à la campagne, pour se fixer à Savigny-le-Temple; nous avons visité les deux ateliers et nous n'avons pas eu de peine à nous convaincre de la supériorité hygiénique de leur nouvelle installation : c'est là que nous les avons examinés à fond et que nous avons fait toute notre enquête au mois d'août dernier.

A. Le fils, âgé de seize ans, ne peigne les cheveux que depuis quelques mois seulement : il tousse et crache un peu, mais ne nous a paru atteint que de très légère trachéite, car nous n'avons rien trouvé ni dans sa poitrine à l'examen stéthoscopique, ni dans ses crachats sur lamelles et par cultures; il est donc complètement indemne de tuberculose aspergillaire.

B. Le père, M. P..., âgé de trente-sept ans, est malade depuis treize ans. Apprenti dans ce métier dès l'âge de quinze ans, ce n'est que neuf ans plus tard, en 1882, qu'il fut atteint brusquement, sans raison, *sans symptômes de bronchite antérieure,* d'une hémoptysie violente qui ne céda qu'au bout de quelques jours. Les hémoptysies se répétèrent et pendant dix-huit mois ne cessèrent point : elles s'accompagnaient de toux et d'amaigrissement, et pendant quelques mois le malade dut s'aliter, en proie à une fièvre violente, à d'abondantes transpirations, et à une toux pénible suivie d'expectoration verdâtre mucopurulente, souvent striée de sang. M. P... vit à cette époque un très grand nombre de médecins, les uns dans les hôpitaux, les autres à Gentilly et à Paris; tous le déclarèrent atteint d'une tuberculose pulmonaire du côté gauche, parvenue à sa dernière période, et pronostiquèrent une issue fatale à brève échéance : il y a neuf ans de cela. Soigné par des injections sous-cutanées d'eucalyptol, le malade sortit peu à peu de cet état inquiétant, et se rétablit progressivement : il a considérablement engraissé et présente actuellement un véritable embonpoint; l'appétit est excellent ainsi que le sommeil. Il accuse de temps à autre, et encore assez fréquemment, des hémoptysies, mais se plaint surtout d'une toux incessante, pénible, accompagnée d'une expectoration très abondante, suivie d'une oppression qui se manifeste au moindre effort : jamais il n'a présenté de pseudo-asthme ni le jour, ni la nuit. M. Féré qui le soignait depuis quelque temps à l'hospice de Bicêtre, où il venait le consulter, fut surpris de l'allure bizarre de sa tuberculose. A l'examen physique on est frappé d'une légère rétraction du côté gauche au sommet, et à ce niveau on constate à la percussion une matité presque complète en avant et en arrière. A l'auscultation on entend quelques râles sibilants du côté droit, et quelques râles de congestion à la base du même côté. Du côté gauche les lésions sont plus marquées : on perçoit sous la clavicule de gros râles sous-crépitants qu'on retrouve en arrière dans la fosse sus-épineuse, accompagnés d'un peu de souffle et de quelques râles sibilants; il ne nous semble pas douteux qu'il n'y ait là une cavité, mais une cavité en voie de cicatrisation car nous n'avons pas trouvé de gargouillement net, même après la toux. Ces raisons, ainsi que l'exagération par places des vibrations thoraciques à ce sommet, nous font admettre la présence, en plus des lésions indiquées, d'un processus sclérosant indiscutable.

Dans les antécédents du malade nous ne trouvons rien d'important à relever: il est issu d'un père inconnu et d'une mère morte d'une septicémie succédant à la plaie gangreneuse produite par un trocart, alors qu'au cours d'une affection cardiaque, on lui faisait une septième ponction d'ascite. Il n'eut jamais aucune affection dans sa jeunesse et fit son service militaire pendant cinq années dans les cuirassiers; il n'a pas eu la syphilis. Il y a vingt-deux ans qu'il exerce la profession de peigneur de cheveux.

C. Mme P...., âgée de quarante ans, aide son mari dans son travail depuis son mariage, c'est-à-dire depuis vingt ans. Ce n'est que sept ans après, en 1881, qu'elle fut brusquement prise, elle aussi, *sans affection broncho-pulmonaire antérieure,* d'hémoptysies suivies d'accidents de congestion du côté du poumon gauche. Le tout céda assez rapidement, et pendant longtemps elle ne paraît avoir gardé

mycosique. *Congrès de Berlin,* 1890, et *Gazette des hôpitaux,* 1890, p. 821.

(1) Potain, Un cas de tuberculose aspergillaire. *Union médicale,* 1891, n° 38, p. 449.

(2) Rénon, *Recherches cliniques et expérimentales sur la pseudo-tuberculose aspergillaire.* Paris, 1892.

(3) Gaucher et Sergent, Un cas de pseudo-tuberculose aspergillaire chez un gaveur de pigeons. *Société médicale des hôpitaux,* 6 juillet 1894.

(4) Max Podack, Zur Kenntniss der Aspergillusmykosen im menschlichen Respirationsapparat. *Virchow. arch.*, Bd 139. Zweiter Heft, 5 februar 1895, p. 260 (Travail très bien analysé par Cart dans les *Archives générales de médecine,* octobre 1895).

de cette atteinte qu'un peu de toux et quelques crachats rendus par ci par là. Pourtant les hémoptysies n'ont jamais complètement cessé, et malgré une bonne santé apparente, malgré la conservation de l'appétit, elle a commencé à maigrir d'une façon assez sensible depuis quelques mois. L'examen du thorax révèle un peu de submatité en avant sous la clavicule du côté gauche, et de la vraie matité dans la fosse sus-épineuse de ce côté. A l'auscultation, on constate quelques craquements secs en arrière, et de l'expiration prolongée et soufflante en avant.

Ni dans ses antécédents héréditaires, ni dans ses antécédents personnels on ne trouve trace de tuberculose. Elle s'est toujours très bien portée ; toujours bien réglée, elle a eu six enfants dont un seul est vivant : elle fit quatre fausses couches, et perdit un enfant de deux ans de convulsions.

Telle est l'histoire clinique de cette famille. Elle nous permet de conclure à l'existence, chez deux de ses membres, d'une tuberculose pulmonaire à allures spéciales, à évolution lente, en voie de rétrocession chez l'un d'eux, en voie de développement chez l'autre. Voyons de quelle façon l'expérimentation nous permettra de la comprendre.

III

Lors de notre visite à Savigny-le-Temple, nous avons recueilli hors de l'atelier, dans la cour de la maison et dans des tubes stérilisés, des crachats du père, de la mère et du fils ; nous les avons emportés ainsi que des poussières trouvées en grande abondance sur une table, des poussières reçues dans un tablier pendant qu'on peignait des cheveux devant nous, de la farine de seigle prise dans un sac, des cheveux bruts tels que les vendent les chiffonniers, et enfin des cheveux finis et prêts à être livrés : le tout fut soigneusement mis dans des tubes stérilisés.

A. M. Féré avait déjà deux fois examiné bactériologiquement les crachats du père, et il avait été surpris de n'y point trouver de bacilles de Koch ; il n'avait pas d'ailleurs non plus remarqué de fragments de mycelium, qui sûrement, nous a-t-il dit, auraient frappé son attention, puisqu'il songeait à cette affection.

Nous avons pratiqué l'examen des crachats dans deux séries, l'une comprenant les crachats emportés avec nous, l'autre des crachats que nous nous sommes procuré quinze jours après, en les faisant recueillir dans des vases stérilisés envoyés à cet effet. Les crachats du père et de la mère ont, dans la première série, été examinés six fois par le procédé rapide (une demi-heure dans la liqueur de Ziehl chauffée jusqu'à production de vapeurs, traitement par l'aniline chlorhydrique pendant quelques secondes, décoloration par l'alcool absolu, coloration au bleu de Kühne), et six fois par le procédé lent (vingt-quatre heures dans la liqueur de Ziehl à froid, puis mêmes opérations que plus haut) : nous n'y avons jamais trouvé de bacilles de Koch, mais quelques microbes banals colorés en bleu, notamment des cocci et des tétragènes. Pour les crachats de la seconde série, les mêmes examens (six fois par le procédé lent, et six fois par le procédé rapide) ont été renouvelés, et toujours avec le même insuccès, de sorte que nous avons pu faire vingt-quatre examens pour le père et autant pour la mère sans découvrir un seul bacille.

Pour contrôler d'une façon encore plus rigoureuse l'absence probable du bacille de la tuberculose vulgaire, nous avons inoculé sous la peau de l'abdomen six cobayes, trois avec une émulsion des crachats du père, trois avec une émulsion de ceux de la mère. Les animaux n'ont pas maigri ; sacrifiés quarante-deux jours après l'injection, ils ne présentaient aucune trace de tuberculose dans leurs organes. Nous étions, dès lors, bien obligé d'admettre l'absence de bacilles de Koch dans ces crachats.

B. Les deux séries de crachats ont été colorées avec de la thionine, dix fois pour le père et la mère dans chaque série. Cinq fois chez le père nous avons trouvé des fragments de mycelium et deux fois des formes conidiennes. Dix fois chez la mère nous avons pu observer un feutrage de mycelium ramifié typique sur nos préparations. La thionine a mis en lumière quelques bâtonnets de subtilis, quelques cocci, quelques formes de levures et des tétragènes.

Des cultures de crachats sur tubes de liquide de Raulin portés à l'étuve à 37° étaient faites dans les deux séries. Sur onze tubes venant du père nous avons vu trois fois se développer une culture d'aspergillus fumigatus ; huit fois les tubes sont restés stériles. Sur onze tubes venant de la mère, six ont donné des cultures d'aspergillus fumigatus, un du bacillus subtilis, quatre de la levure rose, un seul a été stérile. Dans ces tubes, l'aspergillus fumigatus s'est toujours développé aux dépens de la partie du crachat ensemencée, soit qu'elle nageât à la surface du liquide, soit qu'elle fût, au contraire, tombée au fond : dans ce cas le champignon émettait une série de filaments mycéliens qui montaient progressivement dans toute la couche liquide pour ne donner des spores qu'à la surface. Les cultures des crachats de la mère ont donné des cultures d'aspergillus moins nombreuses qu'on aurait pu croire, d'après l'aspect des préparations : cela tient très probablement au développement plus rapide des levures signalées plus haut, qui, en modifiant la composition chimique du milieu, n'ont pas permis l'évolution plus lente du champignon. Celui-ci était d'ailleurs bien pathogène. Nous avons inoculé simultanément deux lapins dans les veines de l'oreille, l'un avec deux centimètres cubes d'émulsion de deux palettes de spores (1) venant des crachats du père, l'autre avec la même dose de spores provenant de la mère, et nous avons vu les animaux maigrir et succomber le sixième et le septième jour aux lésions tuberculeuses rénales typiques de l'infection aspergillaire : les reins ensemencés sur liquide de Raulin nous ont donné en quatre jours des cultures d'aspergillus fumigatus.

C. Les crachats furent ensemencés aussi sur des tubes de gélose : au bout de quinze jours nous pouvions constater la présence de colonies de staphylocoques blancs, de bacillus subtilis, de levure rose et de tétragène. L'absence de champignon était prévue d'avance, puisque nous avions indiqué en 1893 l'impossibilité de cultiver l'aspergillus fumigatus des crachats sur la gélose ordinaire en présence des germes étrangers.

D. La bizarre profession des malades permettait peut-être de supposer une affection pulmonaire peu connue, due aux parasites mycosiques des cheveux, le favus ou le trichophyton. C'était une hypothèse bien invraisemblable, puisque l'état des cheveux dans ces deux maladies rend toute utilisation industrielle impossible. Nous avons tenu néanmoins à la discuter, et nous nous sommes adressé à notre ami, M. Eugène Bodin, dont on connaît la compétence sur la question. M. Bodin a recherché les bacilles de Koch dans les crachats, et n'en a point constaté la présence. Par la thionine il a pu trouver des formes conidiennes très nettes ; enfin il a fait avec ces crachats deux ordres de cultures, les unes sur gélose

(1) Depuis un an, dans toutes nos expériences sur la tuberculose aspergillaire, nous employons des émulsions d'un nombre variable de palettes de spores dans cinq centimètres cubes de bouillon peptonisé.

peptonisée à 5 0/0 par la recherche du favus, les autres sur gélose maltose de Sabouraud pour déceler le trichophyton. Voici, quels ont été, au bout de quinze jours de séjour à l'étuve à 20°, les résultats : sur quatre tubes de gélose peptonisée à 5 0/0 ensemencés avec les crachats de la mère, quatre fois les cultures ont donné de l'aspergillus fumigatus associé dans deux tubes à du tétragène et à de la levure rose, et dans deux autres au mucor mucedo. Sur les quatre tubes de cette même gélose ensemencés avec les crachats du père, on n'a trouvé que deux fois de l'aspergillus fumigatus, associé à de la levure rose et à du tétragène ; dans les deux autres tubes il existait du staphylocoque doré, du tétragène et du mucor mucedo.

Les recherches sur gélose maltosée de Sabouraud ont porté sur trois tubes pour les crachats du père, et trois tubes pour ceux de la mère. Les trois premiers ont donné une culture d'aspergillus fumigatus associé une fois au penicillium glaucum et à la levure rose, et deux fois au même penicillium, à la levure rose et à l'aspergillus flavus. Les trois derniers n'ont donné que deux cultures d'aspergillus fumigatus, associé à du penicillium glaucum, de la levure rose et du mucor mucedo ; le troisième ne contenait que du penicillium et de la levure rose. Il n'y avait ni favus, ni tricophyton dans ces cultures.

Les recherches de M. Bodin, faites dans un autre but, confirmaient donc nos résultats ; absence du bacille de Koch, présence de l'aspergillus fumigatus plus fréquente chez la mère que chez le père.

IV

Il était, dès lors évident que, par examens sur lamelles et par cultures, nous avions isolé des crachats de nos malades un champignon pathogène, l'aspergillus fumigatus ; c'était, de tous les germes trouvés, le seul qui pût expliquer les signes stéthoscopiques observés. Une question immédiatement se posait : d'où venait ce champignon ?

Nous nous sommes assez longuement expliqué sur le peignage des cheveux pour qu'on ait pu déjà incriminer les poussières émises dans cette opération : notre conviction s'est faite plus profonde quand nous eûmes assisté à toutes ces manipulations qui laissent l'air presque irrespirable, et c'est sur ces poussières qu'a porté notre examen.

Lors de notre première visite à Gentilly, au mois de juillet dernier, nous avions emporté dans un tube stérile des poussières recueillies sur un abat-jour, et nous les avions ensemencées sur gélose, sur bouillon, sur maltose de Sabouraud et sur liquide de Raulin. Sur gélose, nous avons obtenu des colonies de staphylocoques blancs et du subtilis ; sur bouillon, nous avons constaté les mêmes microbes accompagnés d'un mucor ; sur liquide de Raulin, il existait à la fois de l'aspergillus glaucus et de l'aspergillus fumigatus ; sur maltose, c'est l'aspergillus fumigatus seul qui s'est montré.

Frappé de l'apparition inattendue de ce champignon pathogène dans ces poussières, nous avons répété les expériences avec tout ce que nous avions emporté de Savigny-le-Temple. Les poussières générales, les poussières résultant du second peignage, la farine de seigle ont été ensemencées dans des séries de onze tubes de liquide de Raulin, mis à l'étuve à 37° pendant dix jours.

A. Les poussières générales ont donné trois fois de l'aspergillus fumigatus seul, deux fois de l'aspergillus fumigatus accompagné dans un tube d'aspergilus flavus et d'un mucor, et dans un autre d'aspergillus glaucus et d'un mucor Un tube a donné de l'aspergillus flavus, un autre de l'aspergillus niger, un autre de l'aspergillus nigrescens ; trois sont restés stériles.

B. Les poussières résultant du deuxième peignage ont donné deux fois seulement de l'aspergillus fumigatus, accompagné dans un tube d'aspergillus flavus. Quatre tubes se sont couverts d'aspergillus niger mélangé une fois à de l'aspergillus nigrescens, une fois à du subtilis, une autre à de la levure rose. Trois tubes sont restés stériles.

C. La farine de seigle a donné trois tubes d'aspergillus fumigatus seul, un tube d'aspergillus fumigatus accompagné de levure rose, un tube d'aspergillus fumigatus mélangé d'aspergillus nigrescens, un tube d'aspergillus flavus, un tube d'aspergillus niger. Quatre tubes sont restés stériles.

D. Sur onze tubes ensemencés avec les cheveux bruts, aucun n'a donné de culture d'aspergillus fumigatus. Nous avons obtenu deux tubes d'aspergillus flavus, un tube d'aspergillus nigrescens, deux tubes d'aspergillus niger, quatre tubes de subtilis, un tube d'aspergillus glaucus et un tube de levure rose. Il est possible, probable même, qu'en multipliant les cultures de ces cheveux bruts nous soyions arrivé à y déceler de l'aspergillus fumigatus ; la différence avec les autres cultures n'en est pas moins sensible, et la présence plus fréquente du champignon dans la farine semble bien indiquer que c'est elle surtout qu'il faut incriminer.

L'aspergillus fumigatus retiré de cette farine et des poussières générales était d'ailleurs pathogène : deux lapins ont été inoculés dans les veines, l'un avec deux centimètres cubes d'une émulsion de deux palettes de spores venant de la farine, l'autre avec la même quantité de spores venant des poussières : ils sont morts en quatre et cinq jours de tuberculose généralisée typique du foie, des poumons et surtout des reins ; un des deux présentait même une péritonite tuberculeuse granulique à forme ascitique, et c'est la première fois que nous observions le fait chez le lapin ; les organes de ces animaux cultivés sur liquide de Raulin ont donné des cultures de champignon, preuve de l'origine aspergillaire de l'infection.

Il était fort probable qne l'apergillus fnmigatus de la farine tirait son origine de la surface des grains de seigle ; nous nous sommes procuré du seigle à la Halle aux blés, et nous en avons fait des ensemencements sur cinq tubes de liquide de Raulin : deux tubes sont restés stériles, l'un a donné une culture d'aspergillus fumigatus accompagné d'aspergillus glaucus, les deux autres ont donné des cultures pures d'aspergillus fumigatus.

E. Désirant essayer sur le pigeon, ce réactif si sensible à la tuberculose aspergillaire, l'action des poussières générales, nous avons, tous les deux jours, inhalé six pigeons avec ces poussières : cinq sont morts, un seul a résisté. Le premier a succombé dix-sept jours après le début de l'expérience, ayant considérablement maigri ; à l'autopsie, ses poumons étaient complètement infiltrés de gros tubercules, de la dimension de lentilles, caséifiés et ramollis par places ; deux fragments ensemencés sur liquide de Raulin ont donné en cinq jours une culture d'aspergillus fumigatus.

Le second est mort le vingtième jour : ses poumons étaient parsemés de tubercules plus petits que ceux du pigeon précédent ; leur ensemencement sur liquide de Raulin a donné de l'aspergillus fumigatus.

Le troisième, le quatrième et le cinquième n'ont succombé que trente, trente-trois et trente-cinq jours après le début des inhalations : leurs poumons contenaient de gros tubercules disséminés, accompagnés de la lésion buccale connue sous le nom de chancre des pigeons et

sur lequel nous nous sommes longuement étendu en 1893 (1); les chancres et des fragments pulmonaires ensemencés sur liquide de Raulin ont donné en quelques jours des cultures d'aspergillus fumigatus.

Le sixième paraissait bien portant et résistait; nous l'avons sacrifié par chloroforme le quarante-huitième jour: il n'était pas amaigri; et ses poumons ne contenaient que deux cicatrices du côté gauche sur la face externe; le poumon droit était complètement indemne. Des cultures faites sur liquide de Ralnin avec des fragments circonscrivant ces deux cicatrices sont restées stériles.

Chez les cinq premiers pigeons l'affection avait évolué de la même façon que chez les pigeons inhalés par nous en 1893 avec des spores virulentes : au bout de quelques jours les plumes se hérissaient, le pigeon se rétractait en boule, en faisant le gros dos et cachant complètement sa tête ; l'évolution seule avait été plus lente.

Ces résultats étaient pour nous une confirmation complète du rôle pathogénique des poussières dans la genèse de l'affection pulmonaire de nos malades; ils étaient de plus la vérification expérimentale de la cause de la mort rapide des oiseaux dans l'atelier de peignage.

V

Tous les examens et toutes les expériences que nous venons de relater semblent nous autoriser à conclure à l'existence de deux cas de tuberculose aspergillaire simple, l'aspergillus fumigatus étant seul et primitivement en cause et le bacille de Koch n'ayant joué aucun rôle, ni primitif, ni secondaire. L'absence de ce microbe dans les crachats reconnue sur lamelles et par inoculation, la présence de formes mycosiques retrouvées dans les cultures, la virulence de l'agent pathogène, sa présence dans les poussières et dans la farine, la reproduction expérimentale de l'affection sur les pigeons, tout permet de l'affirmer. La maladie ne s'est développée que sur deux personnes parce que des trois membres de cette famille deux seulement avaient été exposés longtemps à la contagion; mais il paraît bien probable que si l'atelier eût été plus fréquenté, les cas se seraient multipliés.

La mère est au début de l'affection, ou plutôt chez elle cette dernière a évolué avec lenteur et n'en est encore qu'au premier stade. Chez le père, la marche a été beaucoup plus rapide, et la phase d'ulcérations pulmonaires et de caverne s'est plus rapidement montrée : mais aujourd'hui, le processus actif paraît éteint et il n'est pas douteux qu'il ne soit en voie de guérison. Celle-ci s'obtient par sclérose, comme nous avons pu l'observer expérimentalement chez les animaux (2), et le constater à l'autopsie d'un de nos anciens gaveurs de pigeons (3) qui avait succombé à l'intensité du processus scléreux. Chez lui, d'ailleurs, le champignon avait peu à peu disparu dans les cultures. On comprendra dès lors facilement pourquoi, dans les deux cas que nous rapportons, nous avons trouvé moins souvent l'aspergillus fumigatus dans les crachats du père que dans ceux de la mère. Ces malades restent, bien entendu, exposés aux chances d'infection secondaire, parmi lesquelles la plus redoutable est l'envahissement de l'appareil broncho-pulmonaire par le bacille de Koch; nous pensons cependant qu'en raison de l'hygiène plus sévère qui leur a été imposée et de leur séjour à la campagne, cette complication soit moins à craindre.

Les indications thérapeutiques ne sont point faciles à préciser, puisqu'il n'existe pas jusqu'à présent de traitement spécifique de l'affection; toutes les recherches expérimentales faites dans ce but sur les animaux ont échoué (1). Nous avons pu prolonger la vie des lapins par l'injection quotidienne d'une solution d'iodure de potassium; mais la guérison n'a pu être obtenue (2). Nous croyons cependant à l'action efficace de l'iodure, ayant pu chez d'autres malades, en constater les bons effets. D'ailleurs, chez M. P...., ce traitement ioduré, institué par M. Féré, avait eu déjà une heureuse action sur les symptômes dyspnéiques, et nous en avons continué l'emploi, en l'associant à l'arsenic. L'huile de foie de morue à hautes doses et les aliments gras, selon la méthode de notre maître, le professeur Dieulafoy, sont aussi d'un puissant secours.

L'application d'un masque mettant les voies aériennes à l'abri des poussières serait le seul traitement prophylactique : il a été employé, mais sans résultat, l'instrument n'ayant pu être supporté.

VI

La contagion s'est faite par les poussières, et dans celles-ci c'est surtout la farine que nous avons incriminée. La présence des spores de l'aspergillus fumigatus n'est pas particulière à la farine de seigle : nous les avons retrouvées dans la farine de blé.

La contamination de la farine paraît venir des spores existant à la surface des graines, leur habitat de prédilection. On les retrouve sur les graines de millet, de vesce, comme nous l'avons démontré en 1893, et comme l'ont vérifié MM. Gaucher et Sergent; on les retrouve sur le seigle, l'avoine, le blé.

Nous nous permettrons de relater ici une série d'expériences faites sur ce sujet en octobre 1894, et dont les résultats seuls ont été publiés : ils nous paraissent venir à l'appui de la thèse que nous soutenons. Autorisé à pénétrer dans le moulin de M. Boussac (3) à Montrouge pour rechercher si nous pourrions trouver des meuniers contaminés par les poussières, notre surprise fut grande de constater que dans ce moulin d'un type perfectionné il n'existait pas de poussières, pour ainsi dire. Tous les résidus, issus du passage du blé dans les différents cylindres de nettoyage et de mouture, sont recueillis dans une vaste chambre à poussières, située sous le moulin; cette chambre est vidée dès qu'elle est pleine. Notre enquête a porté sur l'air, les blés et les poussières ainsi accumulées.

Sur cinq tubes de Raulin ensemencés avec des blés français, nous n'avons obtenu qu'une seule culture d'aspergillus fumigatus. Le résultat a été le même avec cinq tubes ensemencés avec du blé d'Odessa. Par contre, le blé de la Plata a, sur cinq tubes, donné cinq cultures de fumigatus, accompagné dans presque tous les tubes d'aspergillus flavus, d'aspergillus nigrescens et de mucor. Au moment de notre visite, la chambre à poussières contenait un mètre environ de détritus. Nous avons ensemencé ces poussières, venant de différentes hauteurs, dans cinq tubes de liquide de Raulin, et nous avons obtenu trois cultures de fumigatus. L'air d'une des

(1) Rénon, *Loc. cit.*, p. 41 et 36. (Inutile de dire que, lorsque nous avons commencé ces expériences, les pigeons n'avaient aucune lésion de la cavité buccale).
(2) Rénon, Du processus de curabilité dans la tuberculose aspergillaire. *Société de biologie*, 16 mars 1895.
(3) Rénon et Sergent, Lésions pulmonaires chez un gaveur de pigeons. *Société de biologie*, 27 avril 1895.

(1) Rénon, Essais d'immunisation contre la tuberculose aspergillaire. *Société de biologie*, 20 juillet 1895.
(2) Rénon, De la résistance des spores de l'aspergillus fumigatus. *Société de biologie*, 9 février 1895.
(3) Nous remercions bien vivement M. Boussac de l'extrême obligeance avec laquelle il a bien voulu nous fournir tous ces matériaux d'étude.

pièces du moulin (vingt litres d'air pour chaque ensemencement) n'a donné qu'une fois de l'aspergillus fumigatus sur cinq cultures.

A la même époque, nous examinions à Montrouge des feuilles mortes, de l'écorce d'arbre, des grains de raisin, de la terre et de l'air du jardin où s'effectuaient nos recherches. Sur cinq tubes ensemencés avec les feuilles mortes, deux ont donné des cultures d'aspergillus fumigatus ; sur cinq grains de raisin, une seule culture a été positive. Celles faites avec l'écorce des arbres sont restées stériles ; il en a été de même de l'air du jardin sur cinq cultures (vingt litres d'air pour chaque culture). Par contre, dans cinq tubes ensemencés avec de petits cailloux recueillis à quatre ou cinq centimètres au-dessous du sol et encore recouverts de terre, tous les résultats ont été positifs.

Des recherches analogues étaient faites en même temps à l'hôpital Saint-Louis. Cinq tubes ensemencés avec des feuilles mortes trouvées dans le jardin du pavillon Gabrielle, nous ont donné une seule culture d'aspergillus fumigatus ; cinq tubes ensemencés avec des cailloux ramassés sur une allée du même jardin ont été stériles. Par contre, l'air du laboratoire de notre maître, le docteur Bar, nous a donné cinq résultats positifs sur cinq, et l'air de la petite cour du laboratoire, trois résultats positifs sur cinq (toujours vingt litres d'air pour chaque culture) : ces résultats ne nous ont pas surpris, notre garçon de laboratoire ayant par maladresse, trois jours auparavant, laissé tomber à terre et cassé deux tubes de culture d'aspergillus fumigatus sur pomme de terre datant d'un mois.

Tout ceci semble nous prouver que si les spores de ce champignon existent dans l'air, ce qui n'est pas douteux, elles ne constituent pas un germe banal des poussières atmosphériques et que des expériences de MM. Gaucher et Sergent et de toutes les nôtres, on peut conclure que la surface des grains et des graines, blé, avoine, seigle, millet, vesce, est, comme nous le disions plus haut, leur habitat de prédilection. Il devient, dès lors, tout naturel de penser que c'est chez les personnes qui manient ces graines ou leurs farines que doivent être cherchés les cas d'infection aspergillaire primitive : nous n'en voulons pour preuve que les deux faits nouveaux que nous venons de rapporter, et les cas de kératite aspergillaire connus jusqu'ici. Sur trois faits d'ulcérations mycosiques de la cornée, deux sont dus à l'action de l'aspergillus fumigatus, bien déterminé par examens et par culture ; l'un a été observé chez un batteur d'avoine par Leber en 1879 (1), l'autre chez un meunier par Fuchs en 1894 (2).

TRAVAUX ORIGINAUX

Note clinique sur la fièvre jaune chez les enfants,

par le docteur Clemente Ferreira, lauréat de l'Académie de médecine de Rio-Janeiro.

Pendant fort longtemps régna parmi nos cliniciens la croyance que les enfants étaient d'une faible réceptivité envers la fièvre jaune, et cela semblait ressortir de l'observation des premières épidémies, qui se sont ici développées à la suite de l'importation du germe amaril.

Mais peu à peu, au fur et à mesure que les expansions épidémiques se reproduisaient, des faits chaque jour plus nombreux et probants allèrent en écartant l'idée de la rareté du typhus ictéroïde dans l'enfance ; dans quelques épidémies, une certaine prédilection de la maladie vis-à-vis des premiers âges fut même comme une caractéristique digne de considération.

Elles sont très marquées, les différences cliniques que l'étude des diverses épidémies permet de remarquer en ce qui concerne les adultes. Sous le rapport des formes cliniques prédominantes, de l'association à d'autres états morbides infectieux, de la plus ou moins grande réceptivité des indigènes, il y a lieu de remarquer de nombreuses particularités, qui frappent l'attention des cliniciens qui ont observé le développement des paroxysmes épidémiques si fréquents de la fièvre jaune chez nous.

En ce qui concerne l'enfance, nul doute que la fièvre jaune n'atteint pas les enfants avec la même fréquence dans les différentes expansions épidémiques ; l'observation de ce qui s'est passé jusqu'à ce jour démontre qu'il y a des années où la maladie se caractérise par la rareté de ses coups aux premiers âges, et cela arrive surtout quand l'épidémie épargne les indigènes et tous ceux qui demeurent ici depuis quelque temps, tandis que dans d'autres épidémies on remarque en tant que trait caractéristique la réceptivité accusée de l'enfance, étant nombreux les cas d'enfants atteints par la maladie, qui est alors remarquable par la violence et par la vigueur de ses atteintes contre les indigènes de l'intérieur, principalement ceux qui procèdent des localités pas encore envahies par la maladie et contre les étrangers avec quelques années de résidence chez nous.

Il semble que dans ces cas la virulence du germe amaril est fort exaltée, de façon qu'une certaine immunité, spéciale à ceux qui sont fils du pays et conférée par quelque temps de demeure ici, ne met plus l'organisme à l'abri de la maladie ; l'antitoxine de l'immunité est neutralisée par les toxines sécrétées abondamment par les microbes trop vigoureux du typhus ictéroïde.

Quoi qu'il en soit, on ne saurait contester que pendant quelques épidémies les enfants sont relativement épargnés, tandis que pendant d'autres les cas observés aux premiers âges deviennent fort nombreux. Toutefois d'une manière générale, force est d'avouer que la première enfance jouit d'une certaine résistance à l'influence du germe amaril, les cas de fièvre jaune chez les enfants de deux ans étant relativement peu fréquents ; si on met en parallèle ce fait avec la réceptivité fort exagérée des très jeunes enfants vis à vis des atteintes de l'impaludisme on peut affirmer que la première enfance est quelque peu réfractaire à l'infection amarile. Et ce qui semble confirmer cette assertion, c'est que lors des épidémies les plus violentes un nombre beaucoup plus considérable d'enfants succombent aux atteintes de la malaria qu'aux coups du typhus ictéroïde, tandis que chez les adultes on observe en règle générale le contraire.

La fièvre jaune dans l'enfance, surtout aux premières années de la vie, ne se montre généralement pas avec l'ensemble phénoménologique frappant et expressif que nous avons l'habitude de remarquer chez l'adulte. Le tableau clinique est beaucoup moins significatif, il manque même assez souvent des signes précieux, ce qui est cause que fort souvent le diagnostic est établi tardivement, ou n'est pas du tout posé d'une façon positive. La céphalée opiniâtre, incessante, violente, laquelle est d'une si haute signification chez l'adulte, devient difficile à être constatée dans l'enfance, et en règle générale ne peut être que soupçonnée de par l'expression physionomique du petit malade. Les vomissements constituent un symptôme

(1) Leber, Keratomycosis aspergillina als Ursache von Hypopyonkeratitis. *V. Graefe's Archiv. f. ophtalmol.*, Bd. XXV, Abth.2.

(2) Fuchs, Keratomycosis aspergillina. *Société império-royale des médecins de Vienne*, 26 janvier 1894 et *Wien. klin. Woch.*, 1894, n° 17.

banal dans les infections du premier âge, et tant qu'ils n'acquièrent pas la caractéristique qui leur sert de signature dans la fièvre jaune, ils ne peuvent pas jouir d'une haute valeur pour la reconnaissance du mal; cependant force est d'avouer que dans les autres pyrexies l'état d'intolérance gastrique est très rarement aussi opiniâtre, rebelle, constant et persistant que dans le typhus ictéroïde, à ce point que l'eau glacée elle-même est rejetée dans la grande majorité des cas. L'haleine acide, d'une odeur *sui generis*, qu'on remarque chez l'adulte, est fréquemment rencontrée chez les enfants, cette odeur est tout à fait identique à celle qu'exhalent les matières vomies.

Il est fort rare qu'on constate dans l'enfance l'hyperhémie du tégument de la partie antérieure du thorax, si communément observée chez les adultes; l'injection des conjonctives et de la figure est plus souvent constatée, mais on ne doit pas y attacher grande valeur pour le diagnostic, vu qu'elle se montre également dans d'autres pyrexies.

La marche de la température est variable dans la fièvre jaune des premiers âges. Quand la maladie se développe pure et sans mélange, sans l'interférence du germe malarien, le type thermique est sous-continu et le thermomètre atteint fréquemment des degrés élevés. Bien des fois cependant la maladie débute par des accès fébriles intermittents et lorsque la caractéristique clinique de l'influence xanthogénique devient marquée, l'évolution thermique est celle des fièvres remittentes; il arrive quelquefois en cas de terminaison favorable que le déclin se traduise de même par le type intermittent parfaitement caractérisé. Parfois le cycle thermique se fait remarquer, comme chez l'adulte, par une phase d'ascension suivie d'une étape de dépression intermédiaire, à laquelle fait suite une nouvelle phase d'ascension moins marquée que l'ascension du début, surtout dans les cas où la maladie finit heureusement. La phase intermédiaire de descente thermique est fort marquée seulement quand des accidents hémorrhagiques font éclosion avec violence et se montrent abondants, ce qui est extrêmement rare dans la fièvre jaune de l'enfance, comme je le ferai ressortir plus loin.

Les troubles des fonctions choligéniques, surtout l'ictère, représentent des phénomènes rarement remarqués, et à Campinas, où il m'a été donné de rencontrer fréquemment chez les adultes depuis la polycholie jusqu'à la suppression complète des fonctions biliaires, ce n'est qu'exceptionnellement que j'ai constaté des désordres de la glande biliaire, et l'ictère constitua un phénomème d'une extrême rareté.

L'anurie constitue encore un symptôme constaté sur une échelle très restreinte dans l'enfance, pendant les différentes épidémies, tandis que chez les adultes il s'élève fréquemment à la hauteur d'un accident capital, de complication menaçante à laquelle succombent sans appel de très nombreux malades. La rareté de la forme urémique du typhus ictéroïde chez les enfants est un fait hors de contestation.

En vue des dissemblances cliniques que j'ai signalées, des nuances d'observation que je viens d'indiquer, il sera d'une grande portée pratique que je mette en relief d'une façon concise les modalités cliniques que la fièvre jaune revêt plus communément aux premiers âges, surtout entre dix et douze ans.

Je laisserai de côté les formes légères de la maladie, qui sont fréquemment constatées chez les enfants plus âgés, ou chez ceux qui ont déjà traversé plusieurs épidémies sans les atteintes de la maladie; dans de pareilles conditions l'affection présente la marche abortive et disparaît au bout de deux ou trois jours, presque sans traitement. Je veux ici étudier les modalités plus sérieuses que revêt très souvent la fièvre jaune dans l'enfance.

I. *Forme typhoïde*. — D'après les enseignements issus de mon observation, on constate fréquemment chez les enfants, surtout dans la seconde enfance (entre deux et douze ans), la modalité typhique en tant qu'expression clinique de la fièvre jaune. Dans ces cas l'élément thermique revêt le type rémittent avec exacerbations vespérales et matinales, la descente thermométrique de la deuxième période ne se montre pas, et au bout du second ou troisième septénaire, si la maladie doit présenter un dénouement favorable, la fièvre baisse lentement au chiffre physiologique, en montrant parfois de remarquables oscillations descendantes. Au cas où la maladie présente une terminaison fatale, la fièvre atteint plusieurs fois des degrés très hauts, on observe une véritable hyperthermie, laquelle constitue le trait saillant de l'étape terminale; cependant ils ne sont pas exceptionnels les faits où la colonne thermique descend avec brusquerie, s'accompagnant de phénomènes marqués de collapsus cardiaque.

Dans la forme typhoïde du typhus ictéroïde chez les enfants, les accidents hémorrhagiques ne constituent point un trait vulgaire du tableau symptomatique, et la gastrorrhagie, lorsqu'elle se montre, ne revêt pas une intensité marquée. Le météorisme abdominal, la sensibilité à la pression dans la fosse iliaque droite, l'empâtement des parois abdominales, l'état fuligineux des lèvres et des dents, les caractères particuliers de la langue, qui se montre rouge dans le bout et les bords, rubannée en noir sur la partie centrale, sèche et âpre, rôtie dans la plupart des cas, des symptômes ataxiques plus ou moins variables et l'adynamie des systèmes nerveux et circulatoire, enfin tout ce qui constitue l'individualisation classique du syndrôme typhoïde, se présente prématurément et s'impose à l'attention d'une façon persistante et significative. Selon la prédominance des désordres nerveux ou des troubles adynamiques nous aurons la variété *ataxique* ou *adynamique* de la forme typhique de la fièvre jaune; dans celle-ci les symptômes cérébraux — délire bruyant, excitabilité et éréthisme psychique, cris, hallucinations, convulsions rarement, strabisme, contractures, — prennent des proportions effrayantes et représentent un sérieux danger qu'il nous sera souvent impossible de conjurer. Le complexus typhique peut cependant se réduire quelquefois à quelques lignes légères, qui sont loin d'atteindre la hauteur et l'accentuation du relief qui nous est offert par le masque typhoïdique dans la dothiénentérie. Alors le tableau reste mal esquissé, et sans l'albuminurie qui est prématurée et marquée, l'haleine d'odeur *sui generis* d'une haute valeur pour ceux qui se trouvent familiarisés avec son appréciation, sans l'anxiété épigastrique et la respiration suspirieuse, qui représentent des éléments séméiologiques, qui se montrent toujours dans le typhus ictéroïde, la confusion serait facile avec la fièvre typho-malarienne, apparition si commune dans la scène pathologique de cette capitale.

La forme typhoïde de la fièvre jaune dans l'enfance lorsqu'elle ne revêt pas le caractère ataxique, n'est pas celle qui entraîne une plus grande mortalité, et le pronostic, sérieux sans doute, n'équivaut pas toutefois à un arrêt sans appel. Entre les modalités graves je puis même affirmer que c'est elle qui permet le plus souvent de concevoir des espérances, qu'une terminaison favorable justifie d'une façon éclatante. La thérapeutique bien maniée représente sans conteste un facteur d'un grand poids, aussi bien que le régime diététique, auquel il revient une parcelle importante dans les résultats obtenus.

II. *Forme sidérante.* — Le typhus ictéroïde, lorsqu'il revêt la forme sidérante dans l'enfance, est d'une gravité marquée, il ne donne même pas lieu à un traitement efficace. C'est surtout dans la première enfance, jusqu'à l'âge de deux ans, que j'ai constaté cette expression clinique terrible de la fièvre jaune, et les faits désastreux que je compte dans ma pratique appartiennent dans la grande majorité des cas à la forme sidérante.

Dans ces cas, douze ou seize heures après l'explosion d'une fièvre violente, mais sans des caractères significatifs, ne s'accompagnant même pas de prime abord d'albuminurie appréciable, signalée tout au plus par des vomissements aqueux et relativement fréquents et par une soif très vive, une agitation extraordinaire, il éclate avec brusquerie un vomissement noir abondant, lequel se reproduit avec insistance et copieusement, s'accompagnant parfois de déjections sanglantes ou couleur marc de café. Tout de suite l'albuminurie devient marquée, et sans l'apparition d'autres phénomènes hémorrhagiques, d'anurie, la mort se montre fréquemment au milieu d'accidents comateux ou d'épisodes éclamptiques, qui sont l'expression de la profonde infection de l'innervation cérébro-spinale. Au bout de trente-six à quarante-huit heures, le dénouement fatal se présente, malgré l'emploi des plus vaillantes ressources thérapeutiques; l'inefficacité de la thérapeutique est frappante dans cette forme redoutable de la fièvre jaune chez les enfants.

Dans ces cas, les toxines absorbées en large échelle agissent précocement sur le système nerveux, et c'est à l'intoxication que revient le premier plan dans la scène morbide, laquelle se développe d'une façon vertigineuse, sans qu'on puisse tracer un sillon diviseur dans l'évolution des phénomènes pathologiques.

Cette modalité très grave de la fièvre jaune peut être confondue dans grand nombre de cas avec la fièvre pernicieuse, et sans l'examen de l'urine, qui est fréquemment omis et qui devient même souvent impossible, il est naturel que la reconnaissance différentielle ne soit pas établie, et il arrive plusieurs fois que la signature de la maladie soit tracée par l'explosion du vomissement noir, alors que l'idée d'infection pernicieuse accaparait déjà l'esprit du médecin et orientait d'une manière impérieuse la thérapeutique employée. C'est ce qu'on observe fréquemment à Rio-Janeiro.

Il nous faut donc être sur nos gardes pendant les époques épidémiques, en faisant l'examen des urines pour dépister l'albuminurie, et en observant soigneusement les phénomènes de gastricité si marqués dans le typhus ictéroïde; l'analyse bactériologique du sang pourra souvent résoudre le problème, dans les cas où il s'agit d'infection malarienne, laquelle se dénoncera au microscope par la présence de l'hématozoaire de Laveran.

III. *Forme hémorrhagique.* — Comme je l'ai déjà dit, la constatation du masque hémorrhagique de la fièvre jaune n'est pas commune dans l'enfance; il est représenté, on peut l'affirmer, par le tiers des cas observés.

Il est des épidémies qui sont signalées par la plus grande fréquence des accidents hémorrhagiques chez les enfants, et cela a lieu surtout dans les grandes expansions épidémiques qui sévissent pour la première fois dans une localité; c'est ainsi que j'ai eu l'occasion d'observer à Campinas un groupe de cas de typhus ictéroïde hémorrhagique chez des enfants, particulièrement chez ceux âgés de trois à douze ans. A Rio-Janeiro, cette modalité se montre moins souvent, si ce n'est dans les paroxysmes violents, pendant lesquels la virulence et la puissance de diffusion du germe amaril semblent avoir atteint un haut degré d'activité; en de pareilles conditions, la maladie maîtrise tous les états morbides, assujettit avec sa prédominance la constitution médicale du moment, et alors il arrive que les formes hémorrhagiques qui, à mon avis, sont l'expression d'une intensité extrême de l'empoisonnement xanthogénique, se montrent fréquentes chez les adultes et atteignent plus souvent les enfants. Mais dans les expansions épidémiques vulgaires qui se montrent presque tous les ans dans cette capitale, on observe rarement la forme hémorrhagique du typhus ictéroïde chez les enfants.

Après la gastrorrhagie, qui d'ailleurs se présente dans les autres modalités de la maladie et qui se caractérise par l'abondance et la persistance dans la forme hémorrhagique, la stomatorrhagie et l'entérorrhagie constituent les accidents hémorrhagiques les plus fréquents.

L'entérorrhagie représente une manifestation hémorrhagique extraordinairement sérieuse; et si elle persiste, entraîne en général la mort des petits malades. Il est rare que la stomatorrhagie devienne saillante par son abondance, quoiqu'elle se montre bien des fois au cours de la forme clinique dont il s'agit.

L'épistaxis plusieurs fois se présente comme un accident précoce dans la fièvre jaune, mais ce n'est qu'exceptionnellement qu'elle pourra atteindre le degré, la virulence et l'opiniâtreté qui la caractérisent chez les adultes.

IV. *Forme gastrique.* — La prédominance des troubles gastriques qui deviennent saillants dès le début, constitue la forme gastrique qu'on rencontre parfois dans la fièvre jaune de l'enfance. Dans les cas de ce genre les vomissements se montrent comme phénomène initial et dominent la scène morbide, se caractérisant par l'opiniâtreté et par une résistance remarquable. L'eau glacée elle-même, à des doses très réduites, les potions anti-émétiques, les révulsifs sur l'épigastre, se montrent fréquemment inutiles, et le médecin se trouve impuissant pour enrayer la gastricité accentuée qui déjoue toutes les ressources thérapeutiques.

Tout récemment, j'ai observé un cas de cette modalité du typhus ictéroïde chez une fillette de sept ans; chez elle la maladie se dénonça par des accès intermittents qui ont pris au bout de deux jours le type rémittent, et les vomissements se sont montrés tout de suite avec une opiniâtreté décourageante. L'intolérance gastrique est bientôt arrivée à un très haut degré et embarrassa complètement la thérapeutique et l'alimentation de la petite fille; l'hyperacidité gastrique se dénonçait par l'odeur aigre des matières vomies et par l'haleine de la petite malade. Une stomatite marquée s'accompagnant de nombreuses ulcérations fut la conséquence de cette irritation provoquée par l'excessive acidité de l'estomac, de façon que, même à la suite de la disparition des vomissements, ce pitoyable état de la muqueuse buccale et pharyngée continua à embarrasser l'administration des aliments, et la petite fille tomba dans une adynamie inamovible qui s'est terminée par la mort. Depuis le premier jusqu'au douzième jour, où l'enfant est morte, la scène pathologique a été dominée par les symptômes gastriques, opiniâtres, marqués et persistants.

En outre de ce fait, il m'a été donné d'en constater encore deux où la forme gastrique de la fièvre jaune s'est caractérisée d'une façon évidente sans que cependant les phénomènes aient atteint le haut degré d'intensité et d'opiniâtreté décrits dans le cas cité plus haut.

Chose à remarquer : en dépit d'une irritation si accentuée de l'estomac, malgré l'hyperacidité du suc gastrique évidemment manifestée, les gastrorrhagies ne sont pas fréquentes dans cette forme, et chez la petite malade dont j'ai parlé, à peine une fois le vomissement entraîna

une quantité insignifiante de sang, et cela seulement la veille de la terminaison fatale.

Ce qui semble ressortir de mon observation c'est que chez les enfants avec des antécédents gastriques, chez ceux dont les fonctions digestives sont embarrassées par des troubles différents, la fièvre jaune revêt cette modalité plus fréquemment.

Tels sont les principaux types cliniques que la fièvre jaune revêt dans l'enfance, dans l'ordre décroissant de leur fréquence.

Tout au moins c'est cela qu'il m'a été donné de conclure de mon expérience clinique ici et pendant la grave et grande épidémie qui a sévi à Campinas en 1883.

Ainsi qu'il a été dit, ces modalités ne sont pas observées avec la même fréquence pendant les diverses expansions épidémiques; dans quelques paroxysmes une forme se montre d'une façon prédominante, dans d'autres se font remarquer d'autres types morbides sans qu'on puisse jusqu'à présent surprendre les conditions qui donnent lieu à ces nuances de la physionomie du typhus ictéroïde pendant les diverses épidémies.

En ce qui concerne la thérapeutique de la fièvre jaune chez les enfants, on ne peut dire que trop peu : il n'est même pas possible de tracer des lignes générales dans le traitement, une fois que nous avons affaire à une maladie dont l'étiologie cache encore des mystères, dont la pathogénie constitue un problème sérieux qui attend sa solution des recherches de l'avenir.

Médication symptomatique, voilà ce que le praticien a à faire, en obéissant toujours à l'utile précepte *primum non nocere*.

Le salicylate de soude, d'une facile tolérance chez les enfants, nous procure des avantages saillants, en faisant baisser les températures hyperthermiques et en soulageant la céphalalgie et les douleurs articulaires qui se montrent fréquemment au commencement de la maladie. Outre cela, en sa qualité d'alcalin et associé au bicarbonate de soude, cet agent rend encore de bons services, réduisant l'hyperacidité gastrique marquée, qui est constatée dans le typhus ictéroïde.

Les lavages intestinaux antiseptiques au naphtol et à l'acide borique trouvent une réelle indication dans une affection dont le tube digestif représente le principal théâtre d'action, outre qu'il est le siège de fermentations anormales et de la production de toxines.

L'irritation méningée et la céphalée vive et persistante, qui très souvent atteint un degré alarmant et constitue une souffrance atroce pour les petits malades, peuvent être enrayés, en cas d'échec des agents médicamenteux administrés par la voie gastrique, par les applications de compresses glacées ou de ballons de caoutchouc remplis de glace maintenus sur la tête d'une façon constante et aux dépens d'une vigilance rigoureuse.

La révulsion sur les extrémités, constituée par de petits vésicatoires sur les jumeaux, peut rendre des services marqués.

Les bains tièdes prolongés agissent également d'une façon efficace dans le but d'abaisser la température et d'atténuer les phénomènes ataxiques. Dans un cas d'hyperthermie rebelle j'ai eu recours avec avantage aux badigeonnages de gaïacol, tout en reconnaissant que ces applications n'ont pas eu prise sur l'évolution du processus pathologique.

L'alimentation doit encore mériter un soin particulier, vu que, lorsqu'il s'agit d'une maladie qui si fréquemment revêt la marche typhoïde dans l'enfance, l'indication capitale est de soutenir les forces des jeunes malades et d'enrayer autant que possible les progrès de l'adynamie. Le lait glacé, coupé avec de l'eau de Vichy, est facilement avalé par les enfants et peut être administré à plusieurs reprises dans la journée. Les alcooliques étendus constituent aussi une ressource efficace pour maintenir la résistance de l'organisme. Dans les cas pressants les injections hypodermiques de caféine, d'huile camphrée conjureront des situations alarmantes, en écartant d'une façon prompte le collapsus cardiaque et les désordres de l'appareil de régulation thermique. C'est dans la forme sidérante que l'urgence pour l'emploi de ces énergiques ressources deviendra marquée; force est d'avouer pourtant que cette forme en général entraîne un dénouement fatal.

Contre les phénomènes hémorrhagiques la thérapeutique qu'on a à employer n'est pas différente de celle qui est utilisée chez les adultes. Dans les gastrorrhagies l'administration des potions hémostatiques se montre souvent nuisible, en entraînant des efforts de vomissement et en donnant de la sorte occasion à l'augmentation ou à la reproduction des accidents hémorrhagiques; en pareille occurrence le repos absolu de l'estomac doit être maintenu, et pour cela il ne faut administrer aucun médicament, pas même des aliments par la voie gastrique. Les injections hypodermiques d'ergotine, les applications de glace, les révulsifs sur l'épigastre constitueront en pareils cas des ressources, qu'il faudra employer.

De même dans les entérorrhagies, qui représentent les phénomènes hémorrhagiques les plus alarmants, il nous faudra éviter l'emploi des lavements ou des purgatifs, lesquels pourront exciter la muqueuse intestinale déjà extrêmement sensible; les vessies remplies de glace sur le ventre, l'hypothermie hémostatique, seront les armes que nous devrons manier dans une pareille situation, malheureusement inamovible dans la presque totalité des cas.

L'épistaxis est en général enrayée par les injections hémostatiques d'ergotine, de perchlorure de fer, par les insufflations abondantes et répétées d'antipyrine, ou en cas d'échec de toutes ces ressources, par le tamponnement pratiqué d'une façon rigoureuse. Les hémorrhagies gingivales seront efficacement combattues à l'aide des collutoires et des topiques astringents.

L'anurie, exceptionnellement constatée dans la fièvre jaune des enfants, pourra être traitée à l'aide de l'hypodermoclyse; on pratiquera des injections de quarante jusqu'à cent grammes de sérum artificiel, de façon à augmenter la tension vasculaire et à dégager par là la circulation rénale, en ouvrant la porte du filtre urinaire.

On n'oubliera pas les grands lavages à l'eau froide ou mieux glacée, que j'ai vus réussir dans un cas de fièvre à forme anurique chez un adulte. La théobromine à hautes doses trouvera encore en pareille situation une indication rationnelle; il ne faudra donc pas la laisser de côté.

Telles sont les légères considérations que mon observation m'autorise à faire sur ce point si intéressant de la pathologie infantile chez nous. Le sujet demande de nouvelles contributions, et seront bien venus les efforts des praticiens qui voudront bien apporter les lumières de leur expérience personnelle pour l'éclaircissement de cette intéressante question de médecine clinique.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Syndrome de Brown-Séquard (Thee cases of Brown-Séquard paralysies, with remarks on the sensory tract in the human spinal cord), par P. Bailey (*The New-York medical*

Journal, 9 mars 1895, n° 10, p. 294). — Le premier cas se rapporte à un malade âgé de quarante-sept ans, qui a reçu un coup de couteau il y a douze ans dans la région gauche du cou. Actuellement, il y a du myosis, abolition du réflexe cilio-spinal à gauche, paralysie avec contracture du bras et de la jambe, exagération du réflexe patellaire avec clonus du même côté. Le réflexe crémastérien est diminué, le réflexe abdominal absent. Pas de troubles du sens musculaire. Du côté droit, diminution de la sensibilité tactile, analgésie et thermo-anesthésie. Tous les réflexes existent, le sens musculaire est intact.

Le deuxième cas présente beaucoup d'analogie avec le premier. A gauche, plaie par instrument tranchant au niveau du cou, myosis, perte du réflexe cilio-spinal, paralysie avec contracture du bras et de la jambe, perte des réflexes superficiels et exagération des réflexes profonds. Sens musculaire intact. A droite, analgésie, thermo-anesthésie, diminution de la sensibilité tactile. Réflexes superficiels et profonds conservés.

Le troisième cas concerne un homme de trente-sept ans, chez lequel la maladie a débuté il y a un an et neuf mois. La marche a été progressive. Pas de syphilis, par conséquent, ici l'étiologie est obscure. Du côté gauche, analgésie, thermo-anesthésie avec sensibilité tactile conservée. Pas de troubles du sens musculaire. Le réflexe patellaire est aboli. A droite, parésie avec contracture légère de la jambe et sans troubles du sens musculaire. Le réflexe crémastérien existe, tandis que le réflexe abdominal manque. Réflexe du genou exagéré avec clonus.

Ces trois cas de lésion unilatérale de la moelle ressemblent à plusieurs points de vue, aux soixante-quinze cas qui ont été rapportés depuis la première description de Brown-Séquard. Bailey pense que les lésions unilatérales de la moelle épinière qui donnent lieu au syndrome de Brown-Séquard prouvent que les fibres pour la douleur et la température subissent une décussation complète immédiatement après leur entrée dans la moelle épinière et se continuent sans interruption du côté opposé. La conductibilité de la sensibilité douloureuse et de la température se fait probablement par la substance grise. Gowers, après avoir rapporté un cas de ce genre, avait pensé que la thermo-anesthésie résulte de la dégénérescence du faisceau antéro-latéral qui serait affecté à la conductibilité des sensations thermiques, mais son cas ne tranche pas la question attendu que la substance grise était également affectée. La perte du sens musculaire constitue le phénomène le plus incertain dans la symptomatologie du syndrome de Brown-Séquard. Il est vrai que les auteurs n'insistent pas assez sur ce sens dans les hémi-sections de la moelle. Sa perte existe généralement du côté de la paralysie. Le cas de Ferrier où cette perte était du côté opposé à la paralysie ne prouve pas grand'chose, parce qu'une parésie passagère a précédé les troubles de la sensibilité de ce côté. La perte complète de la sensibilité tactile est excessivement rare dans les lésions unilatérales. Il faut une lésion bilatérale pour la produire. L'opinion de Ferrier qui admet que les fibres du sens musculaire subissent une décussation immédiatement après avoir pénétré dans la moelle épinière n'est pas soutenable chez l'homme et s'accorde mal avec la pathologie du tabes. Entre les fibres du sens musculaire et celles de la sensibilité tactile, il paraît y avoir une relation étroite. En effet, dans la plupart des lésions unilatérales de la moelle épinière, ces deux formes de sensibilité sont intactes.

MÉDECINE

Traitement du chancre mou (Bemerkungen zur Therapie des Ulcus molle), par Neisser (*Berl. klin. Woch.*, 1895, n° 36, p. 778). — Avec Herff, l'auteur préconise la cautérisation locale du chancre mou avec de l'acide phénique pur liquide. Dans ces conditions l'ulcère se déterge rapidement et guérit en très peu de temps.

Les avantages de l'acide phénique pur comparé au nitrate d'argent, c'est que la cautérisation n'est pas douloureuse, porte sur toutes les anfractuosités de l'ulcération et enfin, point le plus important, n'amène pas d'induration artificielle comme le fait le nitrate d'argent.

Ce point est surtout appréciable dans les cas de diagnostic difficile, quand la nature syphilitique de la lésion n'est reconnue qu'à l'apparition de l'induration.

Après la cautérisation à l'acide phénique, la plaie est recouverte de poudre d'iodoforme, par-dessus laquelle on met un peu de pommade au baume de Pérou (à 20 0/0) afin de cacher l'odeur de l'iodoforme.

Traitement de la diphthérie par l'antitoxine produite artificiellement (Ueber die Behandlung der Diphtherie mit kunstlich dargestelten Antitoxinen), par Rumpf (*Berl. klin. Woch.*, 1895, n°s 30 et 31). — Conclusions:

1° Les microorganismes de la diphthérie ne fabriquent leur toxine spécifique que sur la sérum-albumine et l'albumose; ils se développent aussi sur la globuline, mais ne forment pas de toxines dans ce milieu et perdent même leur virulence.

2° La toxicité des toxines diphthériques varie avec le milieu de culture suivant que ce dernier est fabriqué avec de l'albumine ou des albumoses. Les toxines obtenues avec du sérum de cheval sont moins toxiques que celles qui se développent dans du sérum de mouton ou de veau.

3° En soumettant à l'électrolyse la toxine diphthérique, on obtient une antitoxine qui amène la guérison des lapins infectés avec des cultures virulentes de diphthérie.

4° Pour obtenir dans ces conditions une antitoxine active il faut que l'acidité du liquide au niveau du pôle négatif soit de 0.9 à 1,3, c'est-à-dire que l'acidité de chaque centimètre cube de liquide puisse être neutralisé par 0,9 à 1,3 centimètres cube de solution normale de soude.

5° Les antitoxines artificielles possèdent les mêmes propriétés curatives et immunisantes que celles du sérum de cheval immunisé.

Bacilles de l'influenza dans un abcès du poumon (Influenza bacillen bei Lungenabscess), par Hitzig (*Munch. Med. Woch.*, 1895, n° 35, p.) 813. — L'auteur rapporte l'observation d'une femme de cinquante-cinq ans qui en janvier 1895 fut prise de pneumonie influenzique avec terminaison en abcès pulmonaire. L'examen microscopique des crachats et les cultures ont montré la présence exclusive du bacille de Peiffer. A aucun moment on n'a trouvé de staphylocoques ou des streptocoques ni de pneumocoques.

L'auteur croit donc pouvoir dire que dans ce cas la pneumonie de même que l'abcès ont été produits par le bacille de l'influenza.

CHIRURGIE

Un nouveau traitement des fractures des doigts (Ein neues Verfahren zur Behandlung der subcutaner und complicister Fracturen von Fingern), par Schmidt (*Munch. med. Woch.*, 1895, n° 39, p. 905). — L'originalité du traitement proposé par l'auteur consiste à utiliser l'ongle pour l'extension de la phalange fracturée. A cet effet, l'appareil se compose d'une planchette ayant la forme et les dimensions de la paume de la main, et pourvue à niveau de son bord libre qui s'applique contre la racine des doigts, d'un prolongement destiné à recevoir le doigt fracturé et portant à son bout un crochet.

On procède donc de la façon suivante. Avec une petite vrille on perce sur le bord libre de l'ongle du doigt fracturé deux trous symétriques dans lesquels on passe, d'avant en arrière, les bouts d'un fil de soie suffisamment solide; on met la main sur la planchette garnie de ouate, le doigt étendu sur le prolongement et on fixe l'appareil à l'aide de quelques circulaires de diachylon faisant le tour du poignet et de la main. Pour plus de solidité on met par-dessus quelques bandes de tarlatane peu serrées.

Ceci étant fait, on fixe sur le crochet qui se trouve sur l'extrémité du prolongement une sonde en caoutchouc qu'on noue solidement et qui forme ainsi une anse. La fracture est alors réduite et le fil qui se trouve dans l'ongle, noué sur l'anse de caoutchouc de façon à réaliser une extension convenable.

Les avantages de cet appareil seraient de laisser les autres doigts libres, de ne pas gêner la circulation du membre, de s'opposer au frottement des fragments, de permettre le massage précoce, la surveillance et les pansements des plaies en cas de fracture compliquée. Dans vingt-cinq cas où cet appareil a été utilisé, la guérison s'est effectuée rapidement et avec d'excellents résultats fonctionnels. L'appareil a toujours été fort bien supporté et n'avait pas provoqué de lésions du côté des ongles.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de chirurgie clinique et opératoire publié sous la direction de MM. A. Le Dentu et P. Delbet, tome Ier. Pathologie générale. Maladies de l'appareil tégumentaire, grand in-8, 823 pages, 1896. J. B. Baillière et fils.

Ce nouveau traité, ainsi que l'indique son titre, est consacré plus particulièrement à la thérapeutique chirurgicale. Non point que les questions concernant l'étiologie, ou l'anatomie pathologique, ou la symptomatologie aient été négligées; mais elles sont moins spécialement étudiées, et passent, pour ainsi dire, à un plan secondaire. Les auteurs se sont proposé surtout de résoudre les difficultés cliniques de diagnostic, de donner des indications thérapeutiques nombreuses, précises et largement discutées : ils ont voulu permettre à l'élève aussi bien qu'au praticien d'apprendre, non pas la pathologie externe, mais bien la chirurgie dans son application immédiate et directe au malade.

Enfin, c'est la pratique chirurgicale actuelle, et celle-là seule, que nous trouvons ici exposée: les théories surannées, les vieilles doctrines, les questions qui n'ont plus qu'un côté historique, ont été, de parti pris, éliminées ou très réduites. Avant tout, les auteurs ont voulu faire œuvre pratique.

Moins dogmatique, et ressortissant peut-être moins au traité magistral que le traité de chirurgie publié sous la direction de MM. Duplay et P. Reclus, et sans faire double emploi avec lui, ce nouvel ouvrage cherche à être « le livre de chevet de ceux qui se proposent d'être utiles à leurs malades ».

MM. Le Dentu et P. Delbet pour mener a bien ce travail (il comportera dix volumes) se sont assuré le concours de collaborateurs estimés auxquels ils ont « confié les sujets pour lesquels la nature de leurs travaux antérieurs les désignait plus spécialement ».

Et c'est ainsi que dans ce premier volume, M. Nimier a écrit les contusions et les plaies; M. Ricard les complications des traumatismes; M. Le Dentu et M. Lyot, les lésions par destruction des tissus, les maladies des cicatrices et les maladies virulentes; M. Delbet, les néoplasmes; enfin, M. J. A. Faure a consacré les cent vingt dernières pages à l'étude des maladies de l'appareil tégumentaire.

MAUBRAC

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Cliniques médicales de l'hopital Saint-Eloi de Montpellier Leçons de M. le professeur Grasset. Méningisme dans le cours d'une fièvre typhoïde à forme anormale (leçon recueillie par M. J. Cavalié). Des souffles précordiaux (leçon recueillie par M. Védel). Un cas de méningisme chronique simulant la méningite tuberculeuse chez un adulte, par MM. les Drs Galavielle et H. Villard. Montpellier, Ch. Boehm, 1895.

Il nous suffira de signaler à l'attention de tous les cliniciens les observations qui ont servi de thème à ces travaux et les réflexions si judicieuses qu'elles ont motivées. M. le professeur Grasset est trop bien connu de tous nos lecteurs pour qu'il soit nécessaire de faire ressortir le talent avec lequel il sait mettre en relief les faits cliniques intéressants et trouver, dans leur discussion, matière à des aperçus neufs et dignes d'être médités. Sa leçon sur les *souffles précordiaux* est, à ce point de vue, des plus remarquables, aussi bien par l'exposé des théories déjà connues que par les nouvelles idées émises par l'auteur. L'observation d'un cas de méningisme survenu dans le cours d'une fièvre typhoïde nous fait mieux connaître les difficultés que peut présenter parfois le diagnostic de cette maladie et les dangers de ne s'appuyer que sur quelques symptômes considérés à tort comme pathognomoniques, pour affirmer l'existence d'une méningite. Ainsi que le dit fort bien M. Grasset, les erreurs de diagnostic que l'on peut commettre dans les cas de ce genre sont des plus instructives. MM. Galavielle et Villard, ne publiant dans tous ses détails et en commentant un nouveau fait du même genre, ont ajouté un très intéressant chapitre à la clinique de leur éminent maître.

VARIÉTÉS

L'abbé Kneipp. — On a calculé que nos magistrats de police correctionnelle expédient en moyenne un accusé à la minute. L'abbé Kneipp fait mieux encore à Worishofen. C'est au taux de deux malades et demi par minute que se fait sa consultation ordinaire.

Le correspondant d'un journal allemand, qui a assisté à ses consultations, rapporte que, les jours de grande presse, l'abbé est assis à une grande table dans un large et confortable fauteuil, fumant un gros cigare. Il dicte ses « prescriptions » à un assistant sur un ton solennel. Les malades, hommes, femmes et enfants défilent devant lui au pas accéléré.

En une heure et quart, il en expédie ainsi sans peine cent quatre-vingts.

Il n'y a pas d'examen. Il pose seulement quelques questions. Il pourrait même se dispenser de ce détail, car le traitement est toujours le même, bains d'eau froide et promenade pieds nus dans l'herbe mouillée.

La seule exception est pour les maladies d'yeux qui sont traitées par une pommade faite de miel et de plantes médicinales.

Exercice illégal de la médecine. — Les somnambules parisiennes qui étaient poursuivies, comme on sait, devant le Tribunal de simple police, par application du paragraphe 7 de l'article 475 du Code pénal, pour avoir fait métier de deviner, pronostiquer ou interpréter les songes, viennent d'être condamnées à onze francs d'amende chacune.

Prosectorat de Lyon. — Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Bérard, Bert et Thévenot, internes des hôpitaux.

Prix de la Faculté de médecine de Nancy. — *Physique, chimie, histoire naturelle.* — Première année : Prix, M. Henri-Paul Bichat; mention honorable, Mlle Marie Stanischewsky.

Troisième année : *Anatomie et physiologie.* — Prix, M. Louis Grosmaire; mention très honorable, M. François Spilmann, mention honorable, MM. Georges Hadot et Louis Richon.

Chirurgie. — Quatrième année : Prix, M. Albert Husson.

Médecine. — Quatrième année : Prix, M. Auguste Thiry.

Prix de thèse, M. Hartemann; mention honorable, M. Henry Dumont.

Femmes médecins en Angleterre. — Le collège royal des médecins, à Londres, s'est prononcé, le mois dernier, contre l'admission des femmes aux examens pour le diplôme de membre de ce collège. Le collège des chirurgiens a pris une détermination identique. Il ne reste donc plus aux Anglaises qui se destinent à la médecine et à la chirurgie qu'à prendre leurs diplômes à l'université de Londres ou dans celles d'Ecosse. La loi anglaise, on le sait, exige ou un diplôme de corporations médicales autonomes ou un grade universitaire, pour pratiquer la médecine.

— Les amis et les élèves du docteur Ferrand lui offriront un banquet à l'Hôtel continental, le jeudi 28 novembre, à sept heures et demie, à l'occasion de sa nomination au grade de chevalier de la Légion d'honneur.

Le prix de la cotisation est fixé à vingt francs.

Prière d'adresser les adhésions, avant le dimanche 24 courant, à MM. les docteurs Laurand, 77, avenue Kléber; Berbez, 97, rue du Bac; Alibert, 40, rue de Bourgogne, et à M. Grenet, interne à l'Hôtel-Dieu, 52, rue de Verneuil.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

Les réformes hospitalières.

Après une discussion prolongée, le Conseil municipal a voté lundi dernier le renvoi à la cinquième commission de tous les ordres du jour, propositions et projets déposés au cours de la discussion. Il ne s'agit pas là, nous en sommes persuadés, d'un enterrement de première classe au fond de cartons : pour en être assuré il suffit de lire les discours et d'analyser le scrutin. Parmi les conseillers qui ont voté le renvoi pur et simple, bon nombre ont pris la parole en faveur des principes que nous défendons, bon nombre même ont signé des propositions tendant à faire modifier notablement le règlement actuel; et M. P. Strauss lui-même a déclaré, en demandant le renvoi pur et simple, que le rapport serait déposé dans le plus bref délai possible. Si, d'autre part, on cherche à dégager la physionomie générale du débat, on sent de tous côtés un désir réel d'arriver à une entente cordiale. Je l'ai dit la semaine dernière, et je le répète : c'était d'ailleurs inévitable car l'accord entre le corps médical et l'Administration est la première sauvegarde des intérêts des malades. Après une attaque vigoureuse, qui date déjà d'assez loin, la cinquième commission a un peu molli et avec elle M. le Directeur général : c'est qu'il est devenu évident pour tous les esprits impartiaux que la cinquième commission avait été un peu vite en besogne.

Réformer est très beau, mais encore faut-il que les réformes soient applicables : or tout le monde reconnaît, même M. Peyron, que le règlement *actuel* sur les circonscriptions est inapplicable. Après avoir déclaré publiquement, par la bouche de M. Navarre, que la liberté des malades était respectée, M. le Directeur général, sous les questions de M. Grébauval, de M. Paul Brousse, a dû déclarer qu'il n'en était rien.

Empêcher les abus est non moins beau : mais encore faut-il s'adresser directement aux médecins et chirurgiens défectueux et non point englober dans la même réprobation les consciencieux et les non consciencieux. La consultation fonctionnait mal, c'est incontestable, et je l'ai toujours proclamé; la création d'assistant s'imposait, je l'ai imprimé ici même bien des fois depuis six ans. Mais pourquoi prendre cette mesure qui, indifférente à ceux qui négligeaient leur consultation, lèse à la fois et ceux qui la faisaient ou la faisaient faire bien et les malades qui en profitaient ?

Avons-nous jamais dit autre chose, je ne dis pas nous tous, mais la grande majorité d'entre nous ? Lisez les articles publiés de la presse générale et dans la presse spéciale, dans le *Temps*, la *Revue Bleue*, la *Gazette des Hôpitaux*, la *Presse Médicale*, ici enfin, par MM. Potain, Reclus, Letulle, Ricard, Mathieu, par moi-même. Partout, depuis plusieurs années, vous trouverez la même note : accorder aux gens surchargés de besogne la faculté de se faire assister par des médecins et chirurgiens non encore titulaires; employer autant que possible les capacités et les forces vives des jeunes gens qui se préparent aux concours au lieu de les laisser pendant quatre à six ans croupir dans l'inaction; et cela fait tenir la main à ce que les services fonctionnent régulièrement. Il fallait aussi comprendre que les exigences scientifiques, didactiques et professionnelles sont essentiellement différentes pour les médecins, pour les chirurgiens, pour les accoucheurs. Quand on a réorganisé les services d'accouchements, on a mis les sages-femmes agréées sous la surveillance directe des services hospitaliers de leurs circonscriptions : et l'on a eu parfaitement raison. Pourquoi donc faire l'inverse pour la médecine, pour la chirurgie surtout, et subordonner le corps hospitalier aux médecins consultants, aux médecins du traitement à domicile ? Où avez-vous l'ensemble des praticiens les plus instruits, les plus renommés ? Incontestablement dans le corps hospitalier : et quoi qu'on prétendre les hommes distingués ne se remuent pas suffisamment à la pelle pour qu'après avoir brisé les cadres anciens on puisse facilement les remplacer.

Non, M. Landrin, les médecins et chirurgiens ne sont pas hostiles à toute réglementation; non, M. Navarre, ils ne sont pas hostiles à toutes les réformes, à tous les vœux et votes du Conseil municipal; non, M. Strauss, ils n'ont pas pour but unique de tourner les règlements dès qu'on en a promulgué de nouveaux! Quelques-uns d'entre eux prêtent le flanc à la critique, mais la grande majorité est composée d'hommes intelligents, honnêtes et qui aiment leurs malades.

M. Navarre a présenté comme une déclaration de guerre l'ordre du jour voté la semaine dernière par les chirurgiens et lu par M. Périer, en leur nom, au Conseil de surveillance : ce n'est pas une déclaration de guerre. Après le 14 octobre, divers chefs de service, en manière de protestation, ont repris leur consultation. M. le Directeur général les a mandés devant lui, les a admonestés, puis les a priés d'attendre avant de faire du tapage, parce qu'il étudiait un projet conciliant. Mais, quelques jours après, du discours de M. le Directeur général devant le Conseil municipal, se dégageait, sans rien de précis, il est vrai, cette notion que les protestataires, gens peu habitués à fréquenter leur consultation, étaient déjà fatigués d'y avoir été une fois ou deux. Feu de paille, que tout cela, et bientôt personne ne dirait plus rien! Or, aucun de nous n'avait abandonné le principe de notre revendication : le contrôle des chefs sur la consultation. De là notre ordre du jour où nous demandions à *diriger* la consultation; où nous déclarions nous abstenir provisoirement par déférence pour le Conseil de surveillance, mais en spécifiant bien que notre abstention n'impliquait pas une renonciation.

Mais qu'y a-t-il donc d'autre dans les discours, dans les ordres du jour, dans les interruptions qui se sont produites au Conseil municipal pendant les trois dernières séances? Le corps médical ne s'est pas révolté: il a demandé qu'on modifiât un règlement qu'il croit mauvais, et MM. Levraud, P. Brousse, A. Lefèvre, Grébauval, Lamouroux, etc., ont trouvé qu'il n'avait pas tort. Nous n'avons même jamais demandé qu'on modifiât séance tenante ce règlement, que, par exemple, on adoptât au pied levé le projet de M. A. Lefèvre. De semblables réglementations sont trop complexes pour être ainsi faites à la hâte : la seule solution équitable, capable d'aboutir efficacement, consistait à renvoyer toutes les propositions à la 5e commission. Cette commission, et en particulier MM. P. Strauss, Navarre et Dubois, avait peut-être agi, jusqu'à présent, sans prendre assez contact avec les médecins et chirurgiens des hôpitaux, avec les autres conseillers municipaux même. Aujourd'hui, la controverse publique que nous souhaitions depuis plusieurs mois a enfin eu lieu; devant l'intérêt des malades, toutes les susceptibilités individuelles, toutes les coteries politiques, toutes les solidarités professionnelles mal comprises se sont effacées; à de rares exceptions près, les conseillers municipaux qui ont pris part au débat ont rendu hommage à notre compétence et à notre dévouement : la question est mûre, maintenant, et dans quelques semaines, sans doute, sortira de tout cela une réforme efficace, consacrant les principes fondamentaux pour lesquels combat le Conseil — circonscriptions hospitalières; réorganisation des consultations — mais respectant la liberté des malades et la dignité des chefs de service. C'est le vœu de M. Levraud; c'est l'esprit de tous les projets et ordres du jour déposés; c'est le souhait des chefs de service.

A. Broca.

P.-S. — Les médecins des hôpitaux ayant à remplacer M. Millard, leur représentant au Conseil de surveillance, présentent la liste suivante: MM. Potain, Rendu et Dugnet.

REVUE GÉNÉRALE

Physiologie pathologique de l'épilepsie (1),

par MM. G. Marinesco et P. Sérieux.

Sommaire : *Influence des nouvelles conceptions de la structure et de la physiologie du système nerveux sur la physiologie pathologique de l'épilepsie. — Trois groupes de neurones ou éléments nerveux : 1° neurones de réception, éléments perceptifs; 2° neurones d'association, éléments d'élaboration; 3° neurones de décharge, éléments d'exportation. — L'épilepsie essentielle est d'origine corticale. — L'aura est due à l'excitation des neurones de réception, les convulsions tiennent à l'excitation des neurones de décharge. L'absence épileptique, la perte de connaissance ne sont pas dues à des troubles circulatoires, mais à une excitation déterminant une action d'arrêt localisée systématiquement aux neurones d'association et pouvant parfois atteindre les neurones de conservation des images. — Mécanisme des divers symptômes* (*cri, chute, etc.*).

La physiologie pathologique de l'épilepsie constitue un chapitre de la physiologie du cerveau. Pour bien la connaître, il faut que chaque symptôme épileptique reçoive une explication basée sur les données scientifiques contemporaines.

La mémorable découverte faite par Fritsch et Hitzig en 1870 a créé une physiologie cérébrale nouvelle. Avant ces expérimentations, l'écorce du cerveau représentait un vaste pays inconnu ou plutôt méconnu des physiologistes, imbus de la conception de Flourens sur l'homogénéité fonctionnelle du cerveau. Actuellement, cette *terra incognita* (J. Soury), explorée par les physiologistes et les cliniciens, se trouve divisée en un certain nombre de territoires dont les limites et les fonctions sont, pour plusieurs d'entre eux, assez précises. Les travaux de Fritsch et Hitzig, de Munk en Allemagne; de Ferrier et ses élèves en Angleterre; de Broca, Charcot, François Franck et Pitres en France; de Luciani, Tamburini, Seppili en Italie; d'Exner, de Nothnagel en Autriche, ont constitué la doctrine expérimentale et anatomo-clinique des localisations cérébrales. Grâce à cette doctrine, la psychologie est sortie du chaos des scolastiques et a conquis sa place parmi les sciences positives.

Le moment est venu d'examiner les divers symptômes épileptiques à la lumière des données fournies par les découvertes contemporaines sur la physiologie du cerveau. L'étude de la structure de l'écorce cérébrale, dont les éléments représentent le substratum anatomique des

(1) Extrait d'un mémoire intitulé *Essai sur la pathogénie et le traitement de l'épilepsie* et couronné par l'Académie royale de Belgique.

phénomènes psychiques, n'a pas toujours progressé parallèlement aux conquêtes de la physiologie. Il faut reconnaître cependant que l'histologie fine du cerveau est venue, dans ces dernières années, apporter des documents nouveaux qui, à notre avis, sont le complément indispensable des résultats obtenus par l'expérimentation et la clinique. La célèbre méthode de Golgi a fourni, entre les mains de son auteur et celles de Ramon y Cajal, Kœlliker, Lenhossek, Van Gehuchten, etc., des données scientifiques très belles et très fécondes pour la conception des phénomènes psychiques. Nous n'avons pas la prétention de résumer ici ces travaux de physiologie et d'histologie qui constituent peut-être un des plus beaux chapitres de la littérature scientifique de notre siècle; nous nous bornerons à esquisser en quelques mots les grandes lignes de ces découvertes.

On connaît la localisation du langage articulé dans la troisième frontale gauche (circonvolution de Broca), on connaît, d'autre part, les territoires occupés, sur l'écorce cérébrale, par les centres des divers segments des membres supérieurs et inférieurs et de la face. Comme l'a bien indiqué Goltz, il faut, au point de vue de la connaissance exacte des localisations, distinguer avec soin les phénomènes d'excitation (Reizerscheinungen) et les phénomènes de déficit (Ausfallerscheinungen).

Certains physiologistes ont admis que la zone rolandique de l'écorce était constituée par la réunion d'appareils nerveux moteurs, de foyers cérébraux complets du mouvement volontaire (théorie motrice). En opposition avec cette conception, la théorie sensitive a été soutenue, avec des variantes, par Hitzig, Schiff, Munk; nous l'exposerons d'après l'enseignement de Munk. Pour lui, la sphère sensitive (Fühlsphære) est constituée par une large surface cérébrale représentée chez l'homme par les circonvolutions rolandiques, le pied des trois frontales et à la face interne par le lobule paracentral. La sphère sensitive serait le siège de la mémoire des images de la sensibilité générale et du mouvement, comme les sphères de la vision mentale et de l'audition mentale sont les sièges des images visuelles et auditives. La sphère sensitive est composée de centres corticaux où les impressions de la sensibilité générale, avec leurs divers modes, sont *perçues associées* et *conservées*. Bien que cette opinion d'un physiologiste et d'un psychologue remarquables ait été combattue vivement par Goltz, Bechterew et par certains cliniciens, elle paraît encore plus évidente aujourd'hui, confirmée qu'elle est par les observations cliniques.

Charcot, qui avait pensé antérieurement que tous les troubles de la sensibilité dans l'hémiplégie relèvent d'une lésion de la partie postérieure de la capsule interne, est revenu plus tard sur son affirmation et a reconnu que des troubles de la sensibilité pouvaient accompagner des paralysies motrices causées par des lésions des circonvolutions rolandiques.

Exner avait déjà, en 1881, émis l'opinion que les différents centres de la sensibilité tactile des diverses parties du corps se confondent, en général, avec les centres moteurs de l'écorce. Tout dernièrement, M. Dejerine a publié dans la *Revue neurologique* une observation confirmant cette manière de voir. Luciani, Tamburini, Seppili ont constaté, au point de vue de la physiologie expérimentale, des paralysies de la motilité et des sensibilités cutanées et musculaires, après l'extirpation totale ou partielle des zones rolandiques.

Citons encore le travail de Lisso, un élève de Munk, qui a rassemblé un grand nombre d'observations cliniques, venant à l'appui des résultats expérimentaux.

En résumé, les circonvolutions rolandiques contiennent les éléments nécessaires à la perception des impressions tactiles, musculaires et autres: la perte de ces images mentales équivaut à une paralysie motrice; leur excitation produira, suivant le degré ou le siège de l'irritation, tantôt des hallucinations sensitives, tantôt des convulsions. Mais la question est encore plus complexe, comme va nous le montrer l'étude de la structure histologique du cerveau.

Les manifestations de l'épilepsie ne sont pas, tant s'en faut, uniquement des phénomènes convulsifs; le stimulus épileptique peut intéresser également les territoires sensoriels (sphères visuelles, auditives). Nous dirons quelques mots sur les fonctions de ces derniers centres corticaux. La sphère visuelle et la sphère auditive occupent chacune une partie délimitée, la première, du lobe occipital, la seconde, du lobe temporal. Les éléments rétiniens sont représentés dans la sphère visuelle par des cellules auxquelles ils sont reliés par l'intermédiaire des fibres du nerf optique et des ganglions encéphaliques intercalaires (corps genouillés externes, tubercules quadrijumeaux antérieurs, pulvinar de la couche optique, radiations optiques). Les excitations des éléments rétiniens déterminent ainsi des vibrations dans les organes récepteurs correspondants. Munk, dont on connaît les remarquables travaux sur la sphère visuelle, admet dans celle-ci deux sortes d'éléments anatomiques: 1° les éléments perceptifs (Wahrnehmungselemente), et 2° les éléments servant à la représentation idéale (Worstellungselemente), où se retrouvent sous forme de résidus, d'images commémoratives (Erinnerungsbilder), les perceptions transmises par la rétine.

Tout ce que nous venons de dire s'applique également à la sphère auditive. Nous verrons combien ces notions abstraites de physiologie sont fécondes pour l'interprétation des *auras* sensitives et sensorielles et des épilepsies sensitives, sensorielles et convulsives.

Les recherches histologiques sont en accord complet avec les données de physiologie que nous venons d'exposer.

Il résulte, en effet, des recherches de Ramon y Cajal sur la structure de l'écorce cérébrale du cerveau antérieur qu'il existe au moins trois sortes d'éléments nerveux, de *neurones*, dont les fonctions sont bien distinctes.

Nous admettons que la plupart des neurones avec cylindre-axe ascendants sont des *éléments perceptifs;* que les neurones qui se trouvent dans la couche moléculaire, disposés parallèlement à la surface du cerveau, sont des neurones destinés à associer les diverses sensations perçues par la première; et enfin, que les *cellules pyramydales* transportent à la périphérie les réactions provoquées par les sensations, ces derniers neurones sont à cylindre-axe descendant et long; ces cylindres-axes constituent la voie pyramidale ou cortico-musculaire, qui serait mieux dénommée *cortico-médullaire.*

A notre avis, *il n'existe pas, en effet, de voie directe reliant l'écorce aux muscles; par conséquent, le rôle moteur attribué par la plupart des auteurs à la cellule pyramidale à cylindre-axe long et descendant, n'est basé que sur des apparences.* En effet, tout mouvement d'origine corticale, dit volontaire (en réalité de nature réflexe), se fait par l'intermédiaire de la moelle. Nous sommes donc autorisé à donner aux trois espèces de neurones que nous admettons le nom de *neurones de perception, neurones d'association et neurones de décharge ou d'exportation.*

Les indications qui précèdent nous paraissent de nature à nous permettre d'aborder l'interprétation des symptômes de l'épilepsie, c'est-à-dire la physiologie pathologique du paroxysme épileptique.

Nous commencerons par l'examen des phénomènes qui

annoncent l'accès comitial, l'*aura*. Ce symptôme, nous l'avons déjà dit, nous paraît de nature à jeter une certaine lumière dans la question.

L'*aura* est incontestablement, le plus souvent, un phénomène cérébral, ou mieux cortical; cependant, dans certains cas, on ne peut se refuser à admettre un point de départ périphérique (épilepsie réflexe). Utilisant ces données, nous avons pu diviser les épilepsies en deux grandes classes : 1° épilepsies réflexes; 2° épilepsies centrales.

Dans l'épilepsie réflexe, le point de départ de la sensation périphérique qui constitue l'*aura* peut avoir son siège dans un point quelconque, tantôt des téguments externes, tantôt des muqueuses. Il suffit, pour que l'*aura* et le paroxysme épileptique éclatent, d'une irritation particulière et surtout d'une prédisposition névropathique que la recherche de l'hérédité révèle.

L'étude de l'*aura* n'est pas autre chose qu'un chapitre de l'histoire des hallucinations. Les considérations physiologiques que nous avons émises antérieurement nous font comprendre le mécanisme des *auras*, quelle que soit leur nature. L'excitation des neurones qui président à la perception et à la conservation des images tactiles, musculaires, etc., détermine des phénomènes d'ordre hallucinatoire en rapport avec la nature et la qualité de l'excitant. S'il s'agit, au contraire, d'une excitation née dans le cerveau et affectant les neurones de décharge ou d'exportation, nous aurons des réactions d'ordre moteur localisées dans tel ou tel groupe musculaire en rapport avec les neurones intéressés. Quand l'excitation diffuse des neurones perceptifs aux neurones de décharge, on a le tableau de l'*aura* sensitivo-motrice. Le même processus irritatif, lorsqu'il atteint les centres sensoriels, y suscite des hallucinations par l'évocation des résidus des images déposées dans les neurones de perception ou de conservation. Hitzig, Ferrier et Munk ont démontré que l'excitation électrique qui, dans certaines conditions de durée et d'intensité, déterminait, appliquée aux centres moteurs, des convulsions épileptiques, appliquée aux centres sensoriels produisait des sensations subjectives de la vue, de l'ouïe, que les animaux manifestent par des mouvements correspondants. Les hallucinations, pour Luciani et Tamburini, sont aux centres sensoriels ce que sont les convulsions aux centres moteurs : elles constituent en quelque sorte l'*épilepsie des centres sensoriels*.

Pour ce qui est du mécanisme des convulsions épileptiques c'est le triomphe de la doctrine des localisations cérébrales. Les physiologistes d'autrefois, se basant sur les recherches de Schrœder van der Kolk et de Brown-Séquard, avaient admis que le *primum movens*, la cause primordiale des convulsions, était le bulbe. Schrœder van der Kolk avait trouvé, dans plusieurs cas d'épilepsie, des lésions des vaisseaux du bulbe, ceux-ci, par leur congestion et leur dilatation intenses, étaient censés irriter mécaniquement les éléments nerveux dont l'excitabilité était notablement accrue. Nothnagel admettait l'existence, dans la protubérance et le bulbe d'un centre convulsif (Krampfcentrum), dont l'excitation produisait les convulsions.

La conception de Nothnagel n'a pas été vérifiée par les expériences des physiologistes. Elle nous paraît constituer une erreur, bien que Binswanger soit venu récemment apporter de nouveaux documents à son appui.

A la *théorie bulbaire* de l'attaque épileptique on peut encore faire cette objection que les lésions du bulbe, qui ne sont pas rares, ne produisent pas habituellement des convulsions épileptiques.

Il serait exagéré, comme nous le verrons dans la suite, de dénier tout rôle au bulbe dans la série des réactions épileptiques. L'excitation corticale qui donne le signal de l'accès, comme le ferait du reste l'excitation du nerf sensitif, retentit sur les centres vaso-moteurs bulbaires et explique ainsi un certain nombre des réactions qui évoluent indépendamment des convulsions.

Hughlings Jackson avait déjà conclu de l'étude de l'épilepsie partielle, que les convulsions étaient dues à l'irritation de certaines circonvolutions de l'hémisphère opposé. Cette conception de l'épilepsie corticale, indiscutable pour les convulsions partielles (épilepsie jacksonienne), doit être également appliquée à l'épilepsie essentielle, idiopathique, généralisée.

C'est Hitzig qui a vu, le premier, avec Fritsch (1870), que l'excitation électrique de l'écorce cérébrale pouvait provoquer des accès convulsifs sur le côté opposé du corps. Les recherches expérimentales postérieures, les observations cliniques ont détruit tout doute sur l'origine corticale des convulsions. On peut provoquer à coup sûr l'épilepsie corticale chez le chien et la plupart des mammifères par l'excitation électrique suffisante, en intensité et en durée, de la zone dite *motrice* du cerveau. La destruction de cette zone fait disparaître les réactions motrices qui font place aux accidents paralytiques.

La théorie corticale de l'épilepsie a trouvé en Italie des défenseurs convaincus et autorisés dont les recherches ont été esposées par M. Soury dans une remarquable étude critique, à laquelle nous ferons de nombreux emprunts.

En 1878, Luciani et Tamburini établissent par des recherches expérimentales que, loin d'être confinée à une zone spéciale, comme le voulait Albertoni, la propriété épileptogène de l'écorce s'étendait à toutes les voies excitables. De nouvelles recherches amènent Luciani à cette conclusion que la zone motrice de l'écorce cérébrale est l'organe central des convulsions épileptiques. « L'excitation morbide, directe ou indirecte, de cette zone est la cause essentielle du processus. »

On doit encore à Luciani d'avoir signalé deux faits importants pour la théorie corticale de l'épilepsie : 1° les accès unis ou bilatéraux d'origine corticale épargnent, dans les parties du corps qu'ils envahissent, les groupes musculaires dont les centres moteurs ont été détruits ; 2° à la phase initiale de l'accès, l'extirpation des centres moteurs préalablement excités peut arrêter les convulsions, fait énoncé par Munck et cherché en vain par François Franck.

De leurs expériences sur l'épilepsie provoquée par la picrotoxine et la cinchonidine, Rovighi et Santini concluent que l'écorce cérébrale est primitivement atteinte. En effet, avant de se propager et de devenir générales, les convulsions débutent par des groupes musculaires circonscrits, comme dans l'épilepsie expérimentale et la forme clinique de l'épilepsie partielle. D'autre part, les convulsions accompagnées de la perte de connaissance sont suivies d'un véritable délire post-épileptique. Enfin, elles sont de plus en plus frustes à mesure que, descendant l'échelle zoologique, l'importance des centres corticaux va en diminuant.

A ces considérations on peut en ajouter d'autres, telles que la prédominance habituelle, même dans l'épilepsie essentielle, des convulsions dans un côté du corps, et l'existence des paralysies par épuisement dont la distribution ne s'explique guère qu'avec une localisation corticale.

Il existe un accord parfait entre la clinique et la physiologie. M. François Franck, qui a fait des études remarquables sur l'épilepsie corticale expérimentale, a analysé graphiquement cette épilepsie qui se superpose à l'épilepsie essentielle. On peut déterminer, par l'excitation corticale de la zone dite motrice chez le chien,

des réactions partielles hémiplégiques ou généralisées analogues à celles qui peuvent se rencontrer spontanément chez l'homme dans l'état épileptique; le processus pathologique se substitue pour ainsi dire à la main du physiologiste. Dans tous ces cas, il s'agit de phénomènes d'excitation : les images commémoratives (visuelles, auditives, sensitives pour les *auras*; — tactiles, musculaires et tendineuses pour les convulsions) sont réveillées par des irritations d'une intensité et d'une durée suffisantes.

L'étude que nous avons faite antérieurement de l'*aura* implique bien d'ailleurs, par analogie, que le point de départ des convulsions se trouve dans l'écorce cérébrale et plus particulièrement dans l'écorce rolandique. L'identification que nous avons faite de l'*aura* avec des hallucinations pourrait bien nous autoriser à considérer, avec M. Soury, les convulsions épileptiques comme les manifestations d'hallucinations des sensibilités tactile, musculaire et tendineuse.

L'exposé des considérations histologiques et physiologiques que nous avons fait nous amène à admettre avec M. F. Franck, que l'*écorce se comporte dans l'épilepsie d'origine corticale comme la zone épileptique dans l'épilepsie périphérique. Elle donne le signal des convulsions en provoquant la suractivité des éléments nerveux du bulbe et de la moelle.*

Un élève de Munck, Ziehen, a soutenu que les convulsions cloniques et toniques avaient leur siège dans des organes différents : l'écorce cérébrale présidant aux convulsions toniques et les ganglions de la base aux convulsions cloniques. Malgré notre grand respect pour les recherches qui sortent du laboratoire de M. Munck, il faut avouer que ces deux phénomènes ne sont pas de nature différente, mais en rapport avec l'intensité de l'activité fonctionnelle du même organe. Pour M. Féré, les mouvements cloniques constituent le premier indice de l'épuisement, qui se caractérise plus tard par le tremblement, la parésie ou la paralysie.

La *perte de connaissance* est le phénomène essentiel et nécessaire de l'épilepsie, mais il ne constitue pas, comme on l'a affirmé, un signe caractéristique suffisant pour le diagnostic. Il n'en est pas moins un symptôme de la plus haute importance et sa signification mérite de nous y arrêter.

La perte de connaissance épileptique présente des caractères particuliers qui la différencient des pertes de connaisssance vulgaires (syncopale, apoplectique). L'état cérébral, en effet, n'est pas complètement annihilé, et l'individu peut se trouver dans un état de subconscience, il reste des traces d'activité psychique permettant au sujet d'exécuter certains actes plus ou moins voulus; dans l'automatisme ambulatoire, par exemple, la conscience est conservée dans une mesure notable.

La perte du souvenir des actes accomplis au cours de cet état d'automatisme cortical, n'est d'ailleurs pas toujours complète. « Dans les vertiges ou accès incomplets, les malades, dit Legrand du Saulle, ont comme un souvenir qu'il vient de leur arriver quelque chose de douloureux ou d'horrible, ils ont comme un fragment de souvenir d'une anxiété pénible, ils croient avoir été les témoins d'un événement sinistre. En faisant un très grand effort, ils essayent même de retracer quelques réminiscences partielles de leur aventure psychique, mais leur mémoire est littéralement en lambeaux. »

Il nous semble que l'hypothèse d'un trouble fonctionnel partiel ou complet, portant sur les neurones d'association d'une facon prépondérante, est de nature à expliquer les faits décrits plus haut avec tant de vérité par Legrand du Saulle.

M. Charcot a également constaté le fait de la persistance du souvenir confus comme ceux d'un rêve à la suite d'automatisme ambulatoire.

La perte de connaissance épileptique comporte en outre une étude très minutieuse, étant donné ce fait que nombre d'auteurs ont pensé pouvoir édifier une théorie de l'épilepsie en se basant sur la pathogénie de la perte de connaissance, comme si en la perte de connaissance consistait toute l'épilepsie.

Les troubles vasculaires qu'ils ont invoqués peuvent provoquer la perte de connaissance sans qu'il s'agisse d'épilepsie.

Théorie de l'anémie cérébrale. — L'interruption de la circulation cérébrale peut-elle déterminer une abolition presque immédiate de toutes les fonctions du cerveau, et par conséquent une perte de connaissance complète et à peu près subite?

Des expériences concluantes ont été faites depuis longtemps. Cooper a montré que la ligature ou la compression des quatre artères du cerveau chez le chien et le lapin, produisait l'abolition complète et presque subite de la mobilité volontaire et de la sensibilité, c'est-à-dire une véritable perte de connaissance. Vulpian confirme ce fait. Cependant, il faut avouer que cette ligature n'entraîne pas constamment les phénomènes dont nous venons de parler.

On s'est demandé si l'arrêt de la circulation cérébrale ne pouvait avoir lieu par constriction des petits vaisseaux et Nothnagel, par l'excitation électrique du sympathique cervical, a déterminé une pâleur de la pie-mère mise à nu par le trépan. Les résultats de ces expériences avaient été niés; mais nous avons répété ces dernières avec succès. Brown-Séquard, pour expliquer la perte de connaissance épileptique, a admis un resserrement vasculaire déterminé par l'excitation des fibres vaso-motrices qui innervent les vaisseaux du cerveau. Outre que nous ne saurions assimiler complètement cette perte de connaissance à la perte de connaissance épileptique, la théorie de l'anémie cérébrale, soutenue également par Kussmaul et Tenner, ne résiste pas aux objections qui lui ont été faites par Mosso, Magnan, Vulpian, et tout récemment par François Franck. Ce dernier expérimentateur a constaté que l'arrêt du cœur par l'excitation du nerf pneumogastrique suspend ou fait même cesser l'attaque (1).

Les auteurs qui la défendaient se sont basés sur la pâleur de la face : or, cette modification vasculaire est probablement un phénomène réflexe consécutif à l'excitation cérébrale. Knies rapporte avoir observé, dix à vingt secondes avant le début de l'attaque, une pâleur de la pupille due à un spasme des artères de la rétine. Mais, d'autre part, Magnan et Briand ont constaté une dilatation des mêmes artères, au début de l'accès, et Vulpian déclare qu'on ne saurait inférer de l'état des vaisseaux du cerveau par l'examen de la vascularisation de la face : « Je ne nie pas formellement, dit Vulpian, qu'il y ait resserrement des vaisseaux de l'encéphale, au moment où commence un accès épileptique, je ne puis dire qu'une chose à ce propos, c'est qu'on n'a pas prouvé que ce resserrement ait lieu. Il est possible que ce qui se produit à la face s'opère aussi dans les centres encéphaliques, mais rien ne prouve que la constriction vasculaire, si elle existe dans l'encéphale, y soit aussi forte que celle de la face, et suffisante pour déterminer une abolition des fonctions des hémisphères cérébraux. J'ai examiné directement les vaisseaux des membranes d'enveloppe de l'encéphale et la couleur de la substance grise corticale des hémisphères cérébraux, pendant les attaques d'épilepsie, chez des cobayes, et je n'ai rien vu qui

(1) François Franck, *Les fonctions motrices du cerveau*, p. 86.

puisse prouver que les vaisseaux intracrâniens se resserrent au moment de l'attaque d'épilepsie. »

Les partisans de la théorie de l'anémie cérébrale invoquent encore les convulsions qui surviennent au cours de l'asphyxie : ils expliquent ainsi par l'anémie, non seulement la perte de connaissance, mais les convulsions des épileptiques. Luciani, plus récemment, a encore défendu cette théorie. Il admet que l'excitation cérébrale ne reste pas circonscrite aux centres d'innervation motrice des muscles, mais qu'elle atteint les centres vasomoteurs corticaux qui coïncideraient avec ceux de la zone motrice (Eulenburg et Landois); l'excitation de ces centres déterminerait, avec l'anémie cérébrale, la perte de connaissance. Bien que les observations cliniques, surtout celles d'hémiplégie, tendent à prouver l'existence de centres corticaux vaso-moteurs, ceux-ci ne sont cependant pas démontrés d'une façon péremptoire.

Théorie de la congestion. — D'autres auteurs, se basant sur les lésions congestives des épileptiques morts en état de mal, ont admis que la perte de connaissance était due à la congestion. D'Abunde a trouvé après l'attaque une congestion de la papille en rapport avec l'intensité des accès. Cette congestion rétinienne existe également après les vertiges et persiste pendant des heures. D'autre part, le fait que les attaques d'épilepsie surviennent de préférence pendant la nuit, a fait supposer que la position horizontale, en favorisant la congestion, provoquait l'attaque. On sait que certains physiologistes, se basant sur les analogies qui existent entre les pertes de connaissance, d'une part, le sommeil et l'apoplexie cérébrale de l'autre, avaient pensé trouver là un argument de plus en faveur de leur hypothèse. M. Voisin a constaté que la disposition presque verticale du lit n'empêchait pas la production d'accès; d'ailleurs, comme l'a dit très bien Trousseau, on a voulu faire jouer aux phénomènes congestifs un rôle véritablement excessif. La congestion encéphalique n'est pas la raison suffisante de la perte de connaissance et d'autres phénomènes épileptiques; elle traduit plutôt un trouble plus profond dont nous étudierons la nature. Nous n'entendons pas, cependant, dénier toute influence à la congestion; en effet, dans certains cas, celle-ci peut agir en déterminant un apport plus considérable des substances toxiques épileptogènes. Mais en dernière analyse, comme nous le verrons dans un autre chapitre, la perte de connaissance se trouverait en rapport avec les modifications bio-chimiques de certains éléments nerveux.

Le mécanisme de la perte de connaissance ne pourra être réellement élucidé que lorsque l'on connaîtra d'une façon plus précise la fonction psychique que l'on appelle conscience. Ce sont surtout deux savants italiens, Herzen et Buccola, qui ont le plus approfondi les phénomènes de cet état, la conscience (1).

Voici les thèses de Herzen :

1° La conscience — qui n'est rien de plus, naturellement, qu'un état des centres nerveux, un phénomène d'accompagnement de certains processus nerveux, apparaissant et disparaissant avec l'intensité et la durée de ces processus, bref, un épiphénomène — est liée exclusivement à la période de désintégration fonctionnelle des centres nerveux.

2° L'intensité de la conscience est en raison inverse de la facilité et de la rapidité de la transmission des impressions dans les centres nerveux. Le système nerveux tout entier, et non pas seulement l'écorce cérébrale, considérée comme le siège de l'activité réflexe fondamentale de toute vie de relation, et susceptible d'états conscients, subconscients ou inconscients, plus ou moins transitoires, et correspondant à l'intensité de la désintégration fonctionnelle de ses éléments nerveux.

Diamétralement opposées à cette opinion qui considère la conscience comme un état spécial de l'activité psychique, un accompagnement de certains actes, sont les idées de Bianchi.

Cet auteur pense que les processus psychiques n'ont pas uniquement pour substratum anatomique les aires sensitives et sensorielles de l'écorce, mais que d'autres territoires corticaux sont nécessaires au fonctionnement normal de l'intelligence et par suite de la conscience. Le lobe frontal serait le siège des processus de plus en plus complexes de coordination psychique, il recevrait des centres de la sensibilité générale et spéciale les matériaux de ses élaborations supérieures. Lussana avait aussi situé dans les lobes frontaux le centre de la connaissance des personnes et des lieux.

L'existence d'un centre supérieur distinct, localisé par exemple dans le lobe frontal, et présidant aux phénomènes associatifs complexes, comme la pensée et la conscience, pourrait expliquer la perte de connaissance épileptique; le stimulus épileptique localiserait son action dans le lobe frontal, siège du centre d'associations intellectuelles qui est la condition du phénomène de conscience. Mais on ne peut admettre d'une façon positive l'existence de ce centre, ou le nombre restreint et la valeur incertaine des documents sur ce sujet. Nous savons d'ailleurs que pour Munck les lobes frontaux font partie de la spèhre sensitive de l'écorce (*Pühlsphære*).

D'autre part, on ne saurait supposer, d'après les opinions de Herzen et Buccola, que la désintégration fonctionnelle de *tous* les éléments du cerveau soit réduite à zéro. En voici les raisons. Nous avons vu plus haut qu'il faut admettre dans le cerveau l'existence d'au moins trois séries de *neurones* ou individualités nerveuses : 1° *neurones récepteurs*, qui importent les impressions; 2° *neurones intermédiaires, associatifs,* qui retardent et élaborent les impressions ; 3° *neurones de décharge*, qui exportent l'excitation élaborée.

La perte de connaissance épileptique est caractérisée par la suppression brusque des perceptions et de la faculté d'évoquer et d'associer les images antérieurement acquises, tandis que les neurones d'exportation ne semblent pas êtres intéressés au même degré. Il n'y aurait donc pas un anéantissement de la désintégration fonctionnelle de *tous* les éléments de l'écorce cérébrale mais seulement de quelques-uns d'entre eux par suite de la lenteur ou de la cessation des processus de nutrition. Cet arrêt complet et subit des échanges nutrttifs de tous les neurones ne serait d'ailleurs pas d'accord avec la persistance, au cours de l'absence d'un certain état d'automatisme cérébral, etc.

On ne peut comprendre cette paralysie systématisée de certains éléments (neurones de réception et d'association), cette localisation spéciale de l'excitation, si l'on suppose que l'agent provocateur, amené, comme le fait est vraisemblable, par le torrent circulatoire, agisse d'une façon uniforme sur tous les éléments nerveux. Il est probable que ce sont surtout les neurones destinés à élaborer et à associer les perceptions élémentaires (neurones associatifs et aussi les neurones récepteurs) dont la fonction est plus ou moins anéantie. Il faut donc admettre, pour expliquer l'absence épileptique, une hyperexcitabilité de certains éléments nerveux, qui présentent une susceptibilité plus grande aux phénomènes d'inhibition et qui réagissent plus facilement que d'autres sous l'influence d'excitations que nous avons déjà déterminées (agents provocateurs).

(1) Jules Soury, *Les fonctions du cerveau.* Deuxième édition.

C'est grâce à cette excitation qui intéresse d'une façon systématique les neurones d'association et peut-être les neurones de perception que nous pensons pouvoir expliquer pourquoi souvent il n'y a ni paralysie, ni convulsions, pourquoi la tonicité musculaire reste plus ou moins indemne et pourquoi on observe la persistance de l'équilibre et des attitudes antérieures.

En résumé, dans l'absence pure épileptique, il semble qu'il s'agisse d'un phénomène d'arrêt exercé particulièrement sur les neurones d'association. La stimulation des neurones récepteurs donne lieu à l'hallucination, celle des deux éléments précédents peut donner lieu à l'automatisme, celle des neurones de décharge provoque l'attaque convulsive.

Comment se fait-il que le stimulus épileptogène détermine dans l'attaque une hyperfonction des neurones déchargeurs, tandis qu'il y a une action d'arrêt suspensive sur les neurones d'association et de réception ? Cette action d'arrêt n'est autre chose qu'une modalité d'excitation analogue à d'autres phénomènes d'arrêt, si nombreux dans l'organisme, étudiés particulièrement par Brown-Séquard : tel est l'arrêt du cœur déterminé par l'excitation du pneumogastrique et son accélération par l'excitation du sympathique.

Ajoutons, d'autre part, que les mêmes neurones d'association et de réception peuvent réagir par des phénomènes d'hyperfonction et de dynamogénie (auras hallucinatoires, phénomènes délirants pré- et post-épileptiques) (1).

Le *cri*, d'après nos recherches, ne constitue pas un phénomène constant de la grande épilepsie. La pathogénie de ce symptôme a été très différemment interprétée. Axenfeld considérait le cri comme l'expression de la frayeur. Pour Billod, le cri initial est dû à la contraction violente du thorax, coïncidant avec le rétrécissement spasmodique de la glotte. Il n'y a, pour nous, que deux façons d'envisager ce symptôme. Dans la première hypothèse, le cri serait un acte réflexe d'origine bulbaire, analogue à ce que l'on constate chez les anencéphales, opinion acceptée par Laborde, ou bien, hypothèse que nous émettons, il s'agirait d'un phénomène identique à la convulsion motrice, produit par l'excitation du centre laryngé cortical, étudié récemment par Krause et Horsley. Le cri rentre dans le groupe des symptômes en rapport avec l'excitation de décharge.

La *chute*, phénomène qui a prêté à de longues discussions, dépendrait, pour la plupart des auteurs, de la perte de connaissance, opinion que nous ne pouvons admettre en aucune façon.

Rappelons, en effet, que dans le vertige de Menière, il peut y avoir chute sans perte de connaissance, et, d'autre part, que dans l'épilepsie, le phénomène capital est constitué par la perte de connaissance qui peut n'être pas accompagnée de chute. Il y a là une dissociation physiologique des deux phénomènes qui établit leur indépendance. Etant donné ce fait que les malades sont, en quelque sorte, projetés à terre, sans pouvoir, même lorsqu'ils n'ont pas encore perdu connaissance, s'opposer à leur chute, nous penserions plutôt que ce symptôme est tout à fait de même ordre que le « Zwangsbewegung » des Allemands, et impliquerait un trouble de l'équilibre, de la statique musculaire, trouble en rapport avec l'appareil de coordination (cervelet et ses prolongements). Cette hypothèse est rendue plus probable par ce fait que c'est le même mécanisme qui intervient dans la maladie de Menière.

Dilatation pupillaire. — La description de l'attaque, l'expérimentation physiologique ont démontré que la pupille reste immobile et dilatée à la période tonique et durant une grande partie de la période clonique. Cette insensibilité de la pupille ne dépend ni des troubles respiratoires, ni des troubles circulatoires, ni des mouvements convulsifs : elle est donc d'origine centrale. Ce qui le prouve, c'est que le sympathique d'un côté étant sectionné avant la provocation de l'accès épileptique, il ne produit plus de dilatation pupillaire pendant que l'autre pupille se dilate au maximum. La dilatation pupillaire avec ses caractères de bilatéralité, de totalité, de persistance, apparaît à Fr. Franck, par sa constance même, comme l'un des phénomènes organiques les plus significatifs de l'état épileptique provoqué par l'excitation corticale : dans ce qu'on peut appeler le diagnostic de l'épilepsie masquée par le curare, la dilatation pupillaire en devient en quelque sorte le réactif.

M. Bosc (Congrès de médecine mentale de Lyon, 1891), de ses études sur les modifications pupillaires dans l'attaque d'épilepsie, et de ses expériences, conclut que les modifications pupillaires ne sont pas sous la dépendance des troubles circulatoires ou respiratoires, mais dépendent uniquement de l'écorce grise cérébrale : la dilatation correspond à la décharge nerveuse.

La *perte des urines et des matières fécales* est due à la fois à la contraction des muscles des parois abdominales et à celles des réservoirs. F. Franck a constaté qu'en l'absence des contractions abdominales réalisées par l'ouverture de l'abdomen ou par l'administration du curare, la vessie se contractait pour son propre compte pendant quelques secondes.

Quant à la *congestion* intense du cerveau qui accompagne et qui suit l'attaque et les autres paroxysmes épileptiques, congestion qui a été constatée par divers auteurs et par nous-mêmes dans l'épilepsie absinthique, nous serions portés à la considérer comme due à la paralysie vaso-motrice réflexe, déterminée par l'excitation de l'écorce cérébrale considérée comme une surface sensible.

La *morsure de la langue* est une conséquence de la contraction spasmodique des mâchoires et de la propulsion de la langue, engagée entre les arcades dentaires.

Salivation. — La salivation épileptique résulte bien d'un phénomème de sécrétion et non d'une simple expulsion de la salive précédemment sécrétée; l'influence excito-salivaire de la corde du tympan est provoquée par les excitations épileptogènes du cerveau (Albertoni).

Phénomènes d'épuisement, paralysies transitoires. — L'excitation anormale des centres corticaux détermine des modifications dans le protoplasma de la cellule nerveuse qui la rendent peu sensible aux excitants et peuvent même abolir momentanément ses fonctions : la cellule nerveuse est épuisée. C'est à ce phénomène d'épuisement qu'on doit attribuer les paralysies transitoires des muscles de la vie de relation, constatées aux membres supérieurs, à la face, à la langue. En dehors de ces paralysies motrices, on constate quelquefois de l'aphasie transitoire, de l'amblyopie transitoire (ce dernier phénomène, qui paraît fréquent, a été étudié surtout par M. Antonelli).

(1) Notre façon d'envisager la perte de conscience épileptique cadre assez bien avec la théorie soutenue tout récemment par M. Flechsig et par M. Pitres. Ces auteurs sont arrivés par des voies différentes à admettre l'existence dans le cerveau, en outre des centres sensitifs et moteurs, de *centres d'association* dont le rôle est d'associer et de coordonner les images mentales qui siègent dans les neurones de réception et dans les neurones d'exportation.

TRAVAUX ORIGINAUX

Contribution à l'étude des nouveaux moyens de traitement des fièvres paludéennes dans l'enfance, par le docteur MONCORVO, professeur de clinique des maladies de l'enfance à la policlinique de Rio de Janeiro; membre correspondant de l'Académie de médecine de Paris.

Au nombre des maladies infectieuses aiguës qui frappent l'enfance en notre pays aucune ne doit mériter plus d'attention ni être le sujet d'une étude plus approfondie que la fièvre paludéenne. Et, de fait, on doit la regarder comme l'un des facteurs les plus actifs du cadre nosologique de presque tous nos centres populeux; car elle y devient, à côté de la tuberculose, l'une des causes les plus actives de la morbidité, ainsi que de la mortalité de l'enfance.

Tous les efforts tentés dans le but d'agrandir nos ressources thérapeutiques contre ce mal endémique et léthifère mériteront d'être bien accueillis par ceux qui exercent dans le théâtre de son action, notamment par ceux qui s'occupent spécialement de la clinique pédiatrique, la plus grande réceptivité des jeunes sujets à l'infection malarienne, beaucoup plus grave d'ailleurs chez eux, étant aujourd'hui un fait indiscutable.

S'il est vrai que, depuis la découverte de la quinine, la thérapeutique se trouva suffisamment armée contre le paludisme, il n'est pas moins exact que l'administration des diverses préparations des sels formés par cet alcaloïde s'entoure fréquemment tout spécialement dans l'enfance des plus grands embarras qui deviennent souvent insurmontables. Le principal obstacle opposé à son libre emploi est, comme on le sait, la saveur extrêmement amère inhérente à tous les sels quiniques laquelle résiste aux divers moyens jusqu'ici imaginés pour la masquer.

Dans d'autres circonstances, l'intolérance gastrique s'oppose énergiquement à l'emploi du médicament. Il en résulte tout naturellement cette sorte de pacte établi entre les petits malades qui refusent de prendre les préparations de quinine si variées qu'elles soient et les parents, lesquels, ignorant ordinairement la gravité tant de fois cachée du mal insideux, n'ont pas la force ou le courage de vaincre cette résistance mal fondée contre l'agent salutaire et les laissent en proie aux fâcheuses conséquences de l'infection qui devient alors presque souvent mortelle. Or l'observation clinique a fait suffisamment voir que l'administration de la quinine par la voie rectale est peu sûre ne méritant pas en conséquence assez de confiance. D'un autre côté, son introduction par la voie sous-cutanée, quoique la plus prompte et la plus rassurante, trouve malheureusement d'ordinaire une assez grande opposition de la part des parents, sinon parfois même de quelques médecins timides qui craignent de recourir à cette méthode thérapeutique dans l'enfance.

Il est donc juste de faire des tentatives dans le but d'enrichir la thérapeutique de la malaria infantile par l'acquisition de nouveaux agents, qui, quoique doués d'une moindre activité que la quinine, fussent capables de lui être substitués du moins dans les cas où l'intolérance ou le rejet de cette dernière fût insurmontable. Ce fut ainsi que je me suis livré, dès 1890, à l'étude de nouveaux médicaments adressés contre la fièvre paludéenne chez des enfants de tout âge, dont le résultat fait le sujet de ce travail, comprenant l'emploi de l'*helianthus annuus* (tournesol), le *bleu de méthylène*, le *phénocolle* et de l'*asaprol* et dont chacun sera traité dans un chapitre spécial. Cette tentative n'a été, verra-t-on, nullement stérile, tout en étant arrivé à découvrir dans ces médicaments un pouvoir curatif plus ou moins actif des fièvres paludéennes dans l'enfance.

§ 1. *Helianthus annuus*. — L'helianthus annuus, du grec ἥλιος, soleil, et ἄνθος, fleur, appartenant à la famille des synanthérées, groupe des composées, tribu des radiées, est originaire du Pérou, mais depuis près de trois siècles il fut transporté en Europe, où il a été cultivé dans des différents pays, tels que la France, la Hollande, le Portugal, la Russie, etc.

Enchanté de la beauté des fleurs de l'hélianthe, Fred. Hoeffer s'exprimait ainsi à son propos il y a plus d'un demi-siècle : « Qu'on se représente l'étonnement que dut éprouver celui qui, le premier, rencontra dans les riches contrées du Pérou ce grand soleil (*helianthus annuus*, L.) aujourd'hui si commun dans nos jardins. Qui mieux que cette superbe fleur pourrait offrir l'image de cet astre dans un pays où les habitants l'adoraient comme le père de la nature. Quel effet il doit produire dans son lieu natal ! » Cette précieuse plante, connue aussi sous les noms vulgaires de *tournesol*, *grand soleil*, *fleur du soleil*, *girasol*, présente une tige simple de deux à trois mètres de hauteur, garnie de branches minces, et terminée par une fleur tournée vers le soleil.

Ses feuilles simples, amples, cordiformes et pétiolées sont hérissées de poils raides.

Ses fleurs d'un bel éclat, mesurant trente à quarante centimètres de diamètre, sont entourées de beaux rayons d'un jaune soufre. Sa partie centrale d'une teinte violette présente des espaces occupés plus tard par des semences cunéiformes d'une couleur noirâtre. Son involucre est composé de folioles imbriquées recourbées au sommet; son réceptacle, charnu, est garni de paillettes.

Depuis de longues années on a fait la plantation de l'hélianthe dans des endroits marécageux de l'Amérique du Nord de même que dans des terrains marécageux de l'embouchure du Schelde en Hollande.

La propriété absorbante des racines de la plante y a entraîné le dessèchement du sol par suite duquel les fièvres palustres endémiques dans ces localités ont beaucoup diminué.

Ses semences fournissent par l'expression une huile que l'on sait utilisée tant pour des usages culinaires que pour l'éclairage et la fabrication des savons. De plus, encore vertes ou desséchées, elles constituent une excellente nourriture pour les volailles qui en sont du reste très friandes de même que pour tous les oiseaux granivores, notamment les chardonnerets, les pinsons, les linottes. Les vaches, les moutons, les brebis aiment beaucoup les feuilles vertes ou sèches de l'helianthus qui les nourrit et les engraisse.

Ses tiges, assez riches en sels alcalins, peuvent être encore utilisées comme combustible. Enfin les réceptacles des fleurs sont aussi bons à manger que ceux des artichauts (1).

Depuis des époques reculées, les paysans russes, très pénétrés des propriétés fébrifuges de cette plante, déjà très répandue chez eux, aussitôt qu'ils sont saisis de fièvre, se couchent sur une sorte de lit préparé avec ses feuilles dont ils se couvrent également. Cette pratique absolument populaire aurait suggéré, paraît-il, à un médecin russe Maminof, l'idée d'en essayer l'action dans

(1) Une autre espèce d'hélianthe (*Helianthus tuberosus*), désignée sous les noms vulgaires de *topinambour* et de *poire de terre*, possède un rhizome qui peut rivaliser avec la pomme de terre, devenant par cela, d'après Hoeffer, un des plus riches présents que l'Amérique ait faits à l'Europe.

des cas de fièvre paludéenne en utilisant pour cela de la teinture des feuilles. L'hélianthe étant aussi fort répandu au Brésil où il est souvent cultivé dans les jardins, je me décidai à l'étudier sur une large échelle dans le traitement des fièvres paludéennes chez les jeunes sujets. Les heureux résultats recueillis de cette longue recherche ont fait le sujet d'une note très écourtée que je communiquai à la Société de thérapeutique de Paris dans la séance du 11 janvier 1893 et qui fut publiée dans le numéro du 23 février suivant du *Bulletin général de thérapeutique : Nouveaux traitements de la fièvre paludéenne dans l'enfance*. Je me suis adressé d'abord pour mes expériences à la teinture alcoolique des fleurs et des feuilles préparée dans le laboratoire pharmaceutique de M. Fito de Macedo, et après à celle faite avec les autres parties de la plante (alcoolique et aqueuse), par Moncorvo fils dans mon laboratoire. Ensuite, je passai à l'essai de l'extrait alcoolique des fleurs et des feuilles préparé par M. Calmon, pharmacien. Mes recherches, commencées vers l'année 1890, furent poursuivies jusqu'à la fin de 1892 en ayant l'opportunité pendant ce temps d'expérimenter la propriété antimalarienne de l'hélianthe sur plus d'une centaine d'enfants atteints de fièvre à type intermittent ou rémittent, au nombre desquels je prélève soixante et un cas plus intéressants dont trente-trois chez des garçons et vingt-huit chez des filles, lesquels font le sujet des observations qui suivent, ainsi réparties d'après l'âge des petits sujets :

1 mois	1
2 —	1
3 —	2
4 —	2
5 —	2
7 —	1
9 —	2
10 —	1
1 an	6
16 mois	1
17 —	1
18 —	4
2 ans	6
2 ans et demi	3
3 ans	1
3 ans et 4 mois	1
3 ans et demi	2
4 ans	3
5 —	3
6 —	1
7 —	2
8 —	4
8 ans et demi	1
9 ans	2
10 ans et demi	1
11 ans	5
12 —	2
	61

Il est bon de remarquer que, dans presques tous ces cas, la teinture ou l'extrait d'helianthus a été le seul agent antimalarien employé, c'est à dire qu'une fois on a eu recours à une injection hypodermique de quinine à un moment d'urgence, et une autre fois un médecin a prescrit, au milieu du traitement et en mon absence, quelques doses de quinine irrégulièrement employées et qui restèrent inefficaces. Hors cela, je ne pouvais manquer tout naturellement d'ajouter à l'administration en question celle d'autres agents thérapeutiques indiqués dans des cas spéciaux, tels, par exemple, que le calomel en la qualité de cholagogue, la résorcine, l'acide borique, le benzonaphtol, le salicylate de soude dans le but de l'antisepsie des voies digestives, lesquels ne seraient à coup sûr responsables par eux seuls des succès consignés dans mes observations. Il en sera de même par rapport à l'antipyrine aussi conjointement employée chez plusieurs de mes petits malades avec la teinture ou l'extrait d'helianthus. Je ferai une fois de plus remarquer que, déjà en 1885, j'avais signalé l'insuccès de cet agent médicamenteux vis-à-vis des fièvres paludéennes dans l'enfance, il n'agissait alors qu'à titre d'antipyrétique (1). Quelques observateurs, qui en avaient déjà fait l'essai dans des cas de fièvres intermittentes des adultes, avaient émis l'avis que l'antipyrine, n'étant point un antipériodique, ne pouvait être utilisée pour le traitement de ces fièvres. Guttmann, par exemple, croyait que ni l'antipyrine ni la kaïrine n'exercent d'action sur la fièvre intermittente. Tout au plus, ajoutait-t-il, des fortes doses de trois à quatre grammes, administrées plusieurs heures avant le commencement de l'accès, empêchent-elles la chaleur de s'élever aussi rapidement. Plus tard, en revenant plus spécialement à cette question, à propos d'un article du Dr Panapoukis, d'Athènes, qui prétendait retrouver dans l'antipyrine un « nouveau traitement des fièvres palustres », je tâchai de démontrer d'après mes nouvelles observations personnelles le peu d'influence que possède ce médicament contre le germe malarigène, son rôle se bornant à l'abaissement transitoire de la chaleur et à la production de la transpiration (2).

La teinture alcoolique d'helianthus, en premier lieu, a été employée à la dose journalière de un jusqu'à vingt grammes dans une potion administrée en quatre ou cinq fois toutes les deux ou trois heures.

L'extrait alcoolique, étudié après celle-là, auquel je donne aujourd'hui la préférence, a été prescrit à la dose de un à six grammes par vingt-quatre heures dans une potion également.

Le remède a été presque sans exception très bien toléré par les enfants, même par ceux du premier âge, sa saveur ainsi que son odeur n'étant nullement désagréables. D'autre part, je n'ai jamais eu à enregistrer le moindre accident fâcheux au cours de son administration encore même à la suite de doses plus élevées.

Ainsi qu'on le verra en parcourant les observations qui suivent, la guérison a été dans la majorité des cas aussi prompte qu'avec la quinine; il est de plus à remarquer que les succès recueillis n'ont point du tout réclamé l'intervention de cet alcaloïde, cela néanmoins dans des conditions d'une gravité indiscutable. Dans quelques cas où la quinine, pour une raison ou pour une autre, s'était montrée inefficace, j'ai été plus d'une fois à même de constater la réussite de l'helianthus.

Il en ressort donc que la quinine peut être avantageusement remplacée dans beaucoup de cas de fièvre palustre des enfants par l'extrait d'helianthus annuus aux doses ci-dessus indiquées.

Comment agirait alors ce médicament? Aurait-il une action directe sur le parasite producteur de l'infection malarienne?

Quelques cliniciens s'accordent aujourd'hui à admettre avec Laveran que la quinine devrait son pouvoir spécifique contre le paludisme à son action directe sur le germe qui l'engendre en l'empêchant de vivre et de se reproduire.

Cette interprétation, la plus logique et la plus acceptable du reste, ne semble pourtant avoir été encore pleinement confirmée sur le terrain de l'expérimentation.

(1) *De l'antipyrine dans la thérapeutique infantile*. Paris, 1886. O. Berthier, éditeur.

(2) Moncorvo. Du nouveau traitement des fièvres palustres par l'antipyrine. *Progrès Médical*, n° 14, 7 avril 1888.

Mais, une fois mise hors de doute l'action antimalarienne de l'helianthus, on sera tout naturellement porté à croire que cette propriété thérapeutique tiendrait de même que pour la quinine à son influence directe sur le micro-organisme qui en est la cause.

Voilà un sujet assez intéressant de recherches aujourd'hui encore assez difficiles vis-à-vis de l'enfance.

Observation I. — Ernest, un mois, né à Rio, présenté dans mon service le 30 décembre. Nourri au sein maternel Habitation insalubre. Fièvre datant de deux jours. T. R. 38°4. Pâleur, muguet, constipation. Agitation, insomnie. Calomel suivi d'une potion à l'extrait alcoolique d'helianthus annuus (huit grammes). Le 30 décembre, T. R. 37°. La nuit dernière beaucoup plus calme. On répète la potion et on prescrit un collutoire à la résorcine. La fièvre ne se renouvela plus, et tout rentra par suite dans l'ordre, la potion fébrifuge ayant été répétée encore le 1er janvier.

Obs. II. — Fillette de deux mois, née à Rio, amenée le 17 août 1892. Signes manifestes de la vérole congénitale. Habitation dès sa naissance dans un quartier où sévit la malaria. Quelques accès de fièvre vers le premier mois. Toux spasmodique au cours des six derniers jours. Langue chargée. Constipation. Rate engorgée. Accès de fièvre survenant l'après-midi. A la suite d'une prise de calomel, je prescris une potion avec deux grammes d'extrait d'helianthus qui ne fut donnée du reste à cause de la négligence de l'infirmière. La fièvre se renouvela en conséquence. La potion fut administrée, le 19, et les accès ne se reproduisirent guère à la suite. Le 20, la température s'était abaissée à 36°8, alors qu'elle ne descendait au-dessous de 37°4. Rate dégonflée; langue plus nette. Toujours la même potion. Le 22, T. R. 37°. Plus d'accès de fièvre. Très bonne mine. On passe à l'administration de l'arsenic.

Obs. III. — Fillette de trois mois, entrée le 18 avril 1892. Poids deux kilos deux cent cinquante grammes. Constipation habituelle, plus accusée depuis deux jours et s'accompagnant de coliques. Au cours des deux dernières nuits, insomnie, agitation, élévation de la chaleur du corps. Au moment de la visite, T. R. 37°4. Foie augmenté. Ventre ballonné. Langue chargée. Après une prise de calomel, administration de trois grammes d'helianthus en potion. Le 19, T. R. 37°5. Nuit plus calme; plusieurs selles à la suite du calomel. Langue plus nette; ventre encore quelque peu ballonné. On répète l'helianthus. Le 20, T. R. 37°6. Langue plus nette encore. Même traitement. Le 21, T. R. 37°8. Deux selles pâteuses. Ventre flasque. Helianthus. Le 25, meilleur appétit; sommeil paisible. T. R. 37°4. Aucun trouble digestif. Le 26, T. R. 37°. L'enfant est gaie et mange bien. L'extrait n'a jamais été interrompu. Le 28, T. R. 37°. Plus de manifestations malariennes; on suspend le traitement. Le 2 mai, je la revois dans de très bonnes conditions.

(*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Polymyosite avec névrite (Ein Selten Full von Polymyositis und Nevritis), par Levy Dorn (*Berliner Clin. Woch.*, 2 septembre 1895, n° 35, p. 761). — On a décrit depuis quelque temps, sous le nom de polymyosite, une affection caractérisée par la tuméfaction d'un plus ou moins grand nombre de muscles, tuméfaction accompagnée de l'œdème de la peau dans la région de ces muscles, d'exanthème, et de la sensibilité des muscles à la pression.

Senator a décrit plus tard, sous le nom de neuro-myosite, une affection caractérisée par des troubles de la mobilité sous la dépendance des lésions des nerfs sans qu'il y ait tuméfaction des muscles, œdème de la peau, etc. Quelquefois, assez rarement, il y a même dans cette forme des troubles de polymyosite primaire, mais plus tard, survient la paralysie flasque des muscles, ce qui permet de distinguer cette affection de la polyomyélite.

L'auteur rapporte un cas qui constitue une transition entre ces deux affections distinctes : polymyosite et neuromyosite. Son observation a trait à un sergent de ville âgé de cinquante-deux ans.

Au commencement du mois d'août 1893, le malade avait été pris d'une sorte d'engourdissement des doigts de la main droite. Plus tard le bras tout endolori se tuméfia. Cet endolorissement devenait une véritable douleur lorsque le malade remuait son coude et s'accentuait quand le bras était tombant. Tout le bras droit est tuméfié. Le siège de cette tuméfaction est surtout dans le système musculaire, très peu dans la peau. A l'avant-bras les muscles extenseurs sont moins pris que les fléchisseurs. Ces muscles sont douloureux à la pression.

Le malade ne peut étendre complètement l'avant-bras sur le bras.

La peau est violacée. La sensibilité des doigts (face palmaire) est un peu diminuée.

Au niveau des muscles il y a diminution de l'excitabilité électrique, sans réaction de dégénérescence. La pression des troncs nerveux sur le bord même du biceps est douloureuse.

Ni fièvre, ni insomnie.

Pas de sucre, pas d'albumine dans les urines.

L'auteur pense au diagnostic différentiel entre la dermatomyosite, la neuro-myosite, la trichnose, etc., et admet, comme nous l'avons dit, qu'il s'agit d'un cas de transition entre la polymyosite et la neuromyosite.

Hyperplasie endoneurale (Ueber Topographische Vertheilung der endoneuralen Wucherungen in den peripherschen Verven des Menschen), par Howald. (*Virchow's Archive*, Bd 141, Heft. 2, p. 283). — On sait que Langhaus avait pensé qu'il existe un rapport de cause à effet entre l'hyperplasie endoneurale et le goitre. Schultze, presque en même temps Blocq et Marinesco ont montré que cette opinion n'est pas justifiée, parce qu'elle existe chez les gens bien portants. L'auteur a examiné presque tous les nerfs périphériques d'un crétin, âgé de cinquante-trois ans, qui avait un goitre noueux et les nerfs périphériques d'un homme de quarante-huit ans dont le corps thyroïde était normal. Il a constaté que, dans les nerfs des extrémités inférieures chez l'individu à corps thyroïde normal, il existe un plus grand nombre de foyers d'hyperplasie endoneurale que chez le crétin dont le corps thyroïde était malade. Ainsi il a trouvé dans le sciatique, dans le premier cas, cent trente foyers tandis que dans le second cas, il n'y en avait que dix-sept. La différence est moindre pour les nerfs des membres supérieurs. On voit donc qu'il ne s'agit pas d'un processus qui appartient en propre au goitre. De ces faits, il résulte que l'opinion de Langhans et de Ropp n'est pas exacte. L'auteur se demande ensuite quelle peut être l'influence de l'âge sur ces hyperplasies endoneurales. Comme dans les deux derniers cas, les individus étaient d'âge peu différent, il ne peut tirer une conclusion ferme bien que les recherches de Trzebinski semblerait établir un rapport entre l'âge et l'existence de ces formations endoneurales. Quant au rôle de cette hyperplasie on ne peut admettre sans réserve l'opinion de Renaut qui pense que les foyers auraient pour but de protéger les nerfs contre la compression externe. L'auteur a observé quelquefois la présence de corpuscules de Pacini dans le tissu interfasciculaire.

MÉDECINE

Modification du système nerveux dans le choléra (Uber die Veranderungen des Centralnervensystems bei Cholera), par Tchistovitch (*St-Petersburg med. Woch.*, 1895, n° 31, p. 273). — Conclusions : 1° Dans le choléra à marche foudroyante, dont la durée ne dépasse pas vingt-quatre à trente heures, le cerveau présente déjà des modifications anatomiques très nettes.

2° Ces modifications existent également et à un degré plus accusé chez les cholériques qui succombent pendant la période réactionnelle ou à la période typhoïde.

3° Ces modifications portent principalement sur les cellule nerveuses, puis sur les vaisseaux; la névroglie est à peine modifiée, tandis que les fibres nerveuses restent intactes.

4° Les modifications des cellules nerveuses se présentent avec les caractères suivants :

Dans les cas à évolution rapide les cellules offrent les signes de l'œdème au début : augmentation des espaces intercellulaires, formation de fines vacuoles dans le corps cellulaire; ces phénomènes mêmes s'accusent davantage dans les cas à évolution lente. De plus, les noyaux d'un certain nombre de cellules perdent leur chromatine (c'est-à-dire ne se colorent plus), perdent leurs contours et finissent par disparaître. En même temps, le corps cellulaire devient trouble, granuleux, se sépare des prolongements cellulaires et se transforme en un amas granuleux entourant le noyau, quand ce dernier persiste encore; si le noyau a disparu, la cellule se trouve transformée en un amas de grosses granulations se colorant très difficilement. Dans d'autres cas, la cellule, après la disparation du noyau, devient plus homogène, mais non brillante. Dans les espaces intercellulaires, on trouve constamment des noyaux névrogliques et lymphatiques, ronds ou ovales, en petit nombre. Nulle part on ne trouve de signes de prolifération ou de compression des cellules nerveuses.

5° Les petites artères, les veines et les capillaires sont gorgés de sang, les espaces lymphatiques périvasculaires, augmentés de volume, renferment fréquemment du sang extravasé, des amas de pigment granuleux, des débris d'hématies : du pigment granuleux se rencontre encore dans les parois mêmes des vaisseaux. De petits épanchements de sang existent encore assez fréquemment dans la substance cérébrale elle-même. Quelquefois le nombre de noyaux névrogliques autour des vaisseaux est plus grand que celui qu'on trouve dans la substance cérébrale.

La diapédèse des leucocytes est exceptionnelle.

6° La substance cellulaire de gros éléments névrogliques à protoplasme évident, subit également la dégénérescence granuleuse, mais les noyaux de ces éléments de même que les petits noyaux névrogliques ne semblent subir aucune modification appréciable.

7° Les modifications qui viennent d'être exposées acquièrent leur plus grand développement au niveau des circonvolutions frontales et paracentrales; elles sont le moins accusées au niveau du cervelet.

8° Il résulte de tous ces faits que les modifications du système nerveux central que l'on observe dans le choléra n'ont pas les caractères d'une inflammation vasculaire mais ceux d'une dégénérescence aiguë et nécrotique.

CHIRURGIE

Céphalhydrocèle traumatique (Sopra un caso de cefaloidrocele traumatico con larga deiscenza del cranio), par L. Isnardi (*Giornale di Accad. di medic. di Torino*, janvier 1895 p. 18). — Enfant de vingt mois rachitique; chute sur le crâne d'une hauteur de soixante centimètres; un mois après, on remarque sur le crâne une tuméfaction, dont la ponction fait sortir du liquide séreux; la tuméfaction se reproduit et il se produit de la fièvre, des convulsions et des contractures des membres en flexion. La tumeur qui occupe la bosse pariétale droite se réduit par la pression et après sa réduction on sent une perte de substance osseuse dont la forme correspond à celle de la tumeur et qui admet deux doigts; une nouvelle ponction fait sortir du liquide cérébro-spinal séreux. A l'autopsie, tuberculose ganglionnaire; le crâne présente sur la bosse pariétale droite une ouverture ovalaire de trois centimètres de large sur sept de long, à bords épaissis, incomplètement obturée par une membrane fibreuse, et présentant à son extrémité postérieure trois fissures dont une atteint la suture interpariétale; la substance cérébrale est séparée de la peau par un espace rempli de liquide séreux légèrement trouble; à sa surface, elle est sphacélée, grisâtre et irrégulière, et un canal légèrement tortueux la traverse pour atteindre la corne postérieure du ventricule latéral droit qui est très dilaté; caillot sanguin sur la toile choroïdienne.

Modifications des lambeaux cutanés transplantés (Modificazioni cliniche ed anatomo-istologiche della pelle e delle mucose ectopiche), par M. Schiavoni (*Il policlinico*, 1er février 1895, p. 49). — Chez le chien, la peau de la face transplantée à la place d'une muqueuse, reste toujours peau et réciproquement la muqueuse buccale transplantée à la place de la peau reste toujours muqueuse, l'une et l'autre conservant toutes leurs caractéristiques et leurs propriétés anatomo-histologiques et ne subissant aucune altération. Il est vraisemblable qu'il en est de même chez l'homme. Ces expériences prouvent que quand on a une surface cruentée à recouvrir, il est préférable de se servir, quand cela est possible, de lambeaux cutanés plastiques plutôt que de greffes épidermiques, puisque les lambeaux cutanés conservent leurs propriétés anatomiques et physiologiques, tandis que les greffes se rétractent au bout d'un temps assez court par suite des propriétés du tissu cicatriciel.

Un cas rare de polymastie (Ein seltener Fall von Polymastie), par Goldberger (*Arch. f. Gynæk.*, 1895, vol. XLIX, p. 272). — Observation d'une femme de trente-deux ans chez laquelle on constate au cours de la grossesse, l'existence de deux glandes mammaires supplémentaires, dont une était située dans la cavité axillaire droite, l'autre à dix centimètres au-dessous du creux axillaire gauche. Les glandes n'avaient pas de conduits excréteurs et le diagnostic de polymastie a été fait en s'appuyant sur la tuméfaction que subissaient les tumeurs pendant la grossesse et leur involution après l'accouchement. L'examen du liquide retiré par la ponction (lait) confirma le diagnostic.

A côté de cette observation, le travail contient encore une courte étude sur la fréquence, la localisation et la valeur clinique de la polymastie.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Atlas d'Ostéologie comprenant les articulations des os et les insertions musculaires, par Ch. Debierre, professeur d'anatomie à la Faculté de Médecine de Lille. (1 vol. in-4° contenant 253 gravures en noir et en rouge, cartonné à l'anglaise, 12 fr. — Félix Alcan éditeur.)

Cet atlas est destiné aux étudiants en médecine, et d'abord aux jeunes gens qui, avant d'aborder les pavillons de dissection, doivent avoir appris *l'Ostéologie*.

Sur chaque dessin sont placées des légendes appelant l'attention sur les parties intéressantes des pièces anatomiques; de sorte que l'étudiant, l'os à la main et l'atlas sous les yeux, est certain de ne laisser passer aucun des détails qu'il doit reconnaître : situation et étendue des faces, des bords, des extrémités, des tubérosités, des fossettes, des gouttières, etc., des os; emplacement et insertion des muscles (indiqués en rouge), des tendons et des ligaments.

A ceux qui fréquentent déjà l'amphithéâtre, l'indication des insertions musculaires et la disposition de quelques ligaments articulaires à compréhension ardue, leur permettront de rechercher avec plus de sûreté les attaches des muscles jusqu'à leur extrême limite.

Manuel de percussion et d'auscultation, par Paul Simon. (1 vol. in-18 de 256 pages, 1895. F. Alcan éditeur.)

Ce petit volume, résumé de conférences de diagnostic médical faites par l'auteur à la Faculté de Nancy, est un exposé clair, précis et sobre de la technique et de la séméiologie de la percussion et de l'auscultation. Destiné surtout à l'étudiant, il lui sera un guide utile dans l'étude de ces deux modes d'exploration.

VARIÉTÉS

Organisation de l'assistance à domicile. — Un décret en date du 15 novembre dernier organise à Paris l'assistance à domicile.

Après avoir déterminé la composition des bureaux de bienfaisance leur attribution, et leur régime financier, précisé quelles devront être les personnes à secourir et quels secours pourront leur être alloués, le décret s'occupe de l'assistance médicale. Voici le texte des articles qui intéressent les médecins.

Art. 30. — L'organisation et la direction de l'assistance médicale et des services qui en dépendent sont confiées au directeur de l'As-

sistance publique. Les bureaux de bienfaisance concourent, sous l'autorité du directeur, au fonctionnement et à la surveillance de ces services et demeurent chargés de visiter et d'assister les pauvres malades.

Les malades inscrits sur la liste des indigents ou reconnus nécessiteux par la délégation permanente ont seuls droit, sauf le cas d'urgence, à l'assistance médicale gratuite.

Art. 31. — L'assistance médicale assure aux malades, soit la visite et le traitement à domicile, soit la consultation et le traitement au dispensaire.

Art. 32. — Un ou plusieurs dispensaires sont affectés aux malades de chacun des arrondissements. Les dispensaires peuvent être installés dans les bâtiments affectés aux hôpitaux, mais à la condition d'être absolument distincts des services hospitaliers.

Art. 33. — A chaque dispensaire est attaché :

1° Un personnel médical ;

2° Un personnel administratif ;

3° Un personnel auxiliaire, pouvant comprendre des dames chargées d'assister les malades traités à domicile.

Les employés, ayant droit à une pension de retraite, sont nommés par le préfet de la Seine sur une liste de trois candidats présentés par le directeur de l'Assistance publique.

Le directeur nomme les surveillants et gens de service.

Les révocations sont prononcées par l'autorité qui a nommé aux emplois.

Art. 34. — Les médecins préposés au service de l'assistance médicale sont nommés au concours pour trois années commençant au 1er janvier qui suit leur institution. Ils reçoivent leur investiture du ministre de l'intérieur. Ils peuvent être réinvestis après avis du directeur de l'Assistance publique et du bureau de bienfaisance.

Tout médecin non réinvesti ne peut plus se représenter au concours.

Les candidats doivent réunir les conditions suivantes :

1° Etre de nationalité française et pourvus du diplôme de docteur en médecine délivré par une des facultés de médecine de l'Etat;

2° S'ils postulent pour le service du traitement à domicile, s'engager à résider dans l'arrondissement où ils seront appelés à exercer leurs fonctions, ou dans un quartier limitrophe.

Les fonctions de médecin de l'assistance médicale sont incompatibles avec celles d'administrateur du bureau de bienfaisance.

Les médecins de l'assistance médicale reçoivent une indemnité fixe; ceux d'entre eux qui sont chargés du traitement à domicile reçoivent en outre une indemnité variable suivant le nombre de visites qu'ils ont faites pendant l'année.

Les médecins peuvent être avertis ou réprimandés par le directeur de l'Assistance publique, après avis du conseil de surveillance.

Ils peuvent être destitués par le ministre de l'intérieur, après avis du conseil de surveillance. En cas d'urgence, le préfet peut prescrire la suspension provisoire.

Aucun médecin ne peut rester en activité après sa soixante-cinquième année.

Art. 35. — Les malades auront la faculté de choisir leur médecin parmi les médecins chargés du traitement à domicile dans leur quartier.

Art. 36. — Les sages-femmes préposées au service de l'assistance médicale doivent être de 1re classe.

Elles sont nommées par le directeur de l'Assistance publique.

Elles sont tenues à la résidence dans l'arrondissement où elles exercent leurs fonctions.

Art. 37. — Les femmes enceintes auront la faculté de choisir leur sage-femme parmi celles qui sont préposées au service médical de l'arrondissement.

Art. 38. — Il est créé, dans un ou plusieurs dispensaires par arrondissement, une pharmacie spéciale approvisionnée par la pharmacie centrale des hôpitaux.

Toutefois, le directeur pourra autoriser exceptionnellement, après avis du conseil de surveillance, la fourniture des médicaments par les pharmaciens de la ville dans les arrondissements où ce mode de distribution offrirait de réels avantages.

Sauf les cas d'urgence, les médicaments sont délivrés exclusivement aux indigents ou nécessiteux.

Art. 39. — Les pharmaciens sont nommés par le directeur de l'Assistance publique. Ils reçoivent un traitement fixe et doivent habiter le dispensaire, de façon à assurer constamment le service.

Art. 40. — Les dépenses afférentes au service de l'assistance médicale forment un chapitre spécial du budget de l'assistance publique.

Les fonds alloués actuellement aux bureaux de bienfaisance pour le traitement des malades et des accouchées font retour au budget général de l'assistance publique.

Le sérum antidiphthéritique. — On nous demande de préciser combien de temps et comment se conserve le sérum antidiphthéritique et s'il peut garder longtemps ses propriétés antitoxiques.

D'après les renseignements qui nous sont fournis nous pouvons affirmer que le sérum fourni par l'Institut Pasteur (nous ne parlons que de celui-là) a été stérilisé à l'étuve avant son expédition; qu'il peut se conserver indéfiniment pourvu que le flacon qui le renferme ne soit pas débouché. (Il convient cependant de maintenir ce flacon autant que possible à l'abri de la chaleur et de la lumière.)

Quant à son activité antitoxique elle persiste pendant au moins deux ans d'après les expériences faites par les savants les plus dignes de créance.

Nous n'avons pas à rappeler qu'il importe, au moment des inoculations et pour éviter tout accident, de prendre les précautions antiseptiques nécessaires et souvent déjà recommandées.

Carte d'idendité pour les médecins. — A la suite de démarches faites par le Conseil des sociétés médicales d'arrondissement, M. le Préfet de police a bien voulu autoriser la délivrance d'une carte d'identité pour chaque médecin inscrit sur la liste officielle publiée par la préfecture de police.

Cette carte ou ce carnet, destinés à faciliter la circulation grâce à des instructions que M. le Préfet de police doit donner aux agents et chefs de détachement, contiendra d'une part, la photographie du titulaire et de l'autre les noms et adresse avec le certificat du préfet de police.

Pour avoir cette carte, il suffira aux médecins faisant partie des sociétés d'arrondissement, de donner leur nom et adresse au secrétaire général de leur société en versant un franc vingt-cinq centimes.

Les médecins ne faisant pas partie des sociétés, s'adresseront au docteur Cayla, secrétaire général du Conseil, 31, avenue de Neuilly.

Une grève de médecins à Montreuil. — Le 3 novembre courant, M. Chéreau, maire de Montreuil-sous-Bois, faisait annoncer par voie d'affiches à ses administrés qu'un dispensaire serait ouvert 40, rue de Paris, à partir du 18 du même mois; des consultations gratuites devaient y être données tous les jours aux nécessiteux; un tableau, affiché à la porte, devait indiquer pour chaque jour de la semaine le nom du médecin consultant et l'heure de la consultation.

Les docteurs Garavel, Durand, Cabamy, La Jarrige et Blesson, faisant partie du corps médical de Montreuil, avaient été présentés et avaient accepté de donner chacun à tour de rôle une consultation gratuite au dispensaire, réservant le jeudi pour un spécialiste-dentiste qui n'était pas encore désigné.

M. Chéreau, pensant que pour les soins à donner aux femmes une doctoresse semblait devoir être désignée, eut l'idée de s'adresser à Mme Bertillon, docteur en médecine, qui accepta de venir gratuitement à Montreuil le jeudi de chaque semaine, ne demandant que le remboursement de ses frais.

Un journal local publia peu après la liste des médecins attachés au dispensaire; en voyant le nom de Mme Bertillon les médecins de Montreuil protestèrent: ils adressèrent une lettre collective au maire, disant que, s'il fallait un sixième médecin, ce devait être M. Delaunay, arrivé seulement depuis quelques jours dans la localité; ils ajoutaient que, si Mme Bertillon était maintenue, ils se retireraient tous.

« Nous ne voyons pas pourquoi la municipalité donnerait » douze cents francs d'annuité pour ses frais à ce très hono- » rable confrère, dont nous nous plaisons à reconnaître » d'ailleurs le talent, nous a dit M. Garavel, le doyen des » médecins de Montreuil, alors que nous offrons nos services » sans aucune charge pour le budget communal. »

Les médecins ayant refusé leur concours, la municipalité s'est adressée à M. Bourot, médecin principal de 1re classe en retraite, qui habite Montreuil et qui a accepté. Lorsque ses confrères l'ont appris ils sont allés le trouver le priant de revenir sur sa décision, mais le docteur Bourot n'a pas cru pouvoir retirer sa parole.

Les choses en sont là. Provisoirement M. Bourot donne des consultations gratuites le lundi et le vendredi, à deux heures, et Mme Bertillon, le jeudi, à neuf heures du matin.

Mais les médecins de Montreuil refusent de mettre les pieds au dispensaire.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

BULLETIN

Un rédacteur précieux.

Nous désirons attirer d'une manière particulière l'attention bienveillante de M. le Directeur général sur un de ses employés les plus remarquables : celui qui fournit les communiqués à la presse politique. C'est sans doute lui qui, à propos de l'incident de Lariboisière, a immédiatement, de son premier mouvement, donné un démenti formel, sur lequel il fallait revenir quelques jours plus tard. Cette semaine, il a fait une trouvaille : lorsqu'il a annoncé *urbi et orbi* qu'on allait déférer M. Rendu au Conseil de surveillance pour avoir continué à faire sa consultation, il a insinué que peut-être l'inculpé trouverait de l'appui dans ce conseil où les médecins des hôpitaux sont nombreux. Même antienne dans le compte rendu de la séance où la cause a été introduite. Or, les médecins et chirurgiens des hôpitaux sont exactement au nombre de quatre et le Conseil se compose de dix-huit membres. Pour une majorité, ils ont évidemment une belle majorité, n'est-ce pas, M. l'employé ?

La vérité est que le Conseil de surveillance, ayant toujours blâmé la mesure qui consiste à expulser de leur consultation ceux qui la faisaient régulièrement, aurait sans doute été disposé non point à censurer M. Rendu, mais à le féliciter publiquement, avec médaille commémorative au besoin, de la façon remarquable dont il s'est toujours acquitté de toutes ses fonctions depuis quelque vingt ans. Et même, si nos renseignements sont exacts, dans cette fameuse séance où le rédacteur officieux attribue à M. Rendu une attitude plate qu'il n'a jamais eue, il paraît que M. Strauss a été le premier à trouver étrange que, parmi les consultants protestataires, on déférât à la juridiction compétente précisément un des trois ou quatre qui jusque là n'avaient jamais été pris en défaut.

J'ai encore vu, dans les journaux, que, par décision spéciale, M. Potain était autorisé « à titre d'essai » à continuer sa consultation. Cette rédaction est suave, car « l'essai » aura un résultat facile à prévoir, avec un chef qui depuis une quarantaine d'années n'a jamais failli à sa tâche. La vérité, c'est que M. Potain *doit* conserver sa consultation parce que toujours il l'a assurée personnellement, comme M. Rendu d'ailleurs, et si c'est pour s'acheminer vers cette solution, prônée par presque tous les conseillers municipaux et par tous les médecins et chirurgiens des hôpitaux, que le rédacteur officieux de l'Administration centrale fait des « essais » si aléatoires, si hasardeux, nous n'avons plus qu'à ouvrir une souscription pour lui offrir les œuvres complètes des RR. PP. Sanchez, Bauny, Hurtado, etc.

A. BROCA.

REVUE GÉNÉRALE

De l'anurie calculeuse.

Si le principe de l'opération dans l'anurie calculeuse est aujourd'hui formellement établi, on discute encore et sur le moment de l'intervention, et sur le choix de cette intervention, dans la pratique, on se trouve en effet aux prises avec des difficultés très sérieuses. D'abord l'anurie calculeuse n'est pas toujours facile à différencier des autres variétés d'anurie, le siège de l'obstacle n'est pas toujours simple à déterminer ; et si l'on ajoute que la perspective d'une guérison spontanée se présente au malade et au médecin comme une espérance réalisable, on comprendra les hésitations légitimes du chirurgien qui se trouve en présence d'un anurique.

Je me suis trouvé personnellement plusieurs fois aux prises avec ces difficultés : j'ai eu quatre fois l'occasion de pratiquer des interventions pour anurie. Deux de mes malades seulement ont guéri ; l'observation de l'un d'eux a déjà été communiquée à l'Académie de médecine le 10 juillet 1894. C'était la première fois qu'on avait tenté d'obtenir en présence d'une anurie calculeuse la réunion complète et totale de la plaie rénale après extraction du

calcul. Les autres observations ont fait l'objet d'un mémoire que j'ai publié dernièrement dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires* et à l'aide de ces documents personnels sur une question où les interventions se comptent encore, je me crois à même de pouvoir préciser certains détails de la pathogénie de l'anurie calculeuse, élucider quelques-unes des difficultés de son diagnostic et montrer quels bénéfices on doit retirer de l'opération quand on peut la faire de bonne heure.

I

L'anurie calculeuse appartient exclusivement à la catégorie des anuries mécaniques: beaucoup la considèrent encore aujourd'hui comme à la fois mécanique et réflexe. Tel n'est pas mon avis: l'*anurie calculeuse est exclusivement une anurie mécanique, une anurie par obstruction*, et comme c'est sur cette donnée de la nature exclusivement *mécanique* et non réflexe de l'anurie calculeuse, que se base l'argumentation qui tend à légitimer non seulement l'intervention, mais, qui plus est, l'intervention précoce, il est nécessaire de nous arrêter un instant sur ce point et de rappeler les conditions dans lesquelles elle survient pour légitimer l'affirmation que je viens de poser.

I. — Le fait le plus important en effet que l'analyse des observations permet de dégager est tout d'abord celui-ci: c'est *que l'anurie ne se montre que chez les individus qui ne vivent qu'avec un rein*. Les anuriques sont des individus dont un rein a depuis plus ou moins longtemps cessé de fonctionner, au point que ce fonctionnement, s'il existe encore, ne doit plus compter au point de vue physiologique. Lorsqu'un calcul s'engage dans l'uretère sain, dans le seul uretère perméable et utile, il y a anurie: il en sera de même, à plus forte raison chez ceux qui, par suite d'une anomalie congénitale, n'ont jamais eu qu'un rein. Mais quelle que soit l'altération de l'autre rein, qu'il soit absent, lithiasique et dégénéré, ou que son uretère soit depuis plus ou moins longtemps lui-même oblitéré, peu importe: c'est un rein perdu au point de vue de la fonction, voilà le fait capital, et je ne saurais mieux exprimer ma pensée qu'en disant que l'anurique est un individu qui la veille vivait avec un seul rein.

Ce fait parfaitement établi dans le travail de Merklen (1), si complet, si consciencieux que depuis dix ans on ne peut plus y ajouter que des détails, ce fait, deux ordres de preuves l'établissent: les unes sont des preuves anatomiques, les autres des preuves cliniques.

Dans toutes les autopsies, on note cette suppression complète d'un rein plus ou moins dégénéré. Sans remonter aux faits très nombreux rapportés par Merklen, voici quelques autopsies plus récentes, qui confirment ces vues: dans une autopsie faite par Chapotot (2), l'uretère gauche était oblitéré par un calcul; mais à droite, le rein avait subi en totalité la dégénérescence fibro-lipomateuse.

Un opéré de Duffau-Lagarosse (3) meurt après avoir été néphrotomisé du rein droit pour anurie; on trouve à l'autopsie le rein gauche complètement détruit.

Sur un malade de Pousson (4) on avait diagnostiqué une oblitération de l'uretère à droite, il mourut sans opération: A l'autopsie on trouve le rein gauche très altéré; à l'union du bassinet et de l'uretère, il est un calcul conique à facettes, qui oblitère l'uretère, et empêchait ce rein de fonctionner.

Voici encore une autopsie de Mansell Moullin, rapportée à la Clinical Society, le 13 novembre 1891. L'uretère à droite était oblitéré; à gauche, il n'y avait ni rein ni uretère. Je m'arrête à ces quelques citations que je pourrais multiplier: je ne connais pas une seule autopsie dans laquelle on ait trouvé le rein absolument sain; toutes les fois qu'il a paru sain à l'œil nu, le microscope y a révélé des lésions importantes de sclérose et de dégénérescence épithéliale.

Les preuves cliniques viennent d'ailleurs confirmer ces notions. Ma première malade est néphrotomisée du rein droit; elle survit trois jours: à plusieurs reprises le pansement est inondé, et doit être changé plusieurs fois par jour; le rein opéré fonctionne donc. Mais pendant tout ce temps, il ne passe pas une seule goutte d'urine par la vessie; donc l'autre rein ne fonctionnait absolument pas. On me dira, il est vrai, que j'avais pu laisser dans l'uretère droit un calcul sur la présence ou l'absence duquel je ne suis pas assez renseigné, puisqu'il n'y eut qu'un cathétérisme rétrograde incomplet pendant l'opération, et pas d'autopsie après; on m'objectera qu'il y avait peut-être ici encore la raison d'un réflexe.

A ce fait, alors, je joindrai comme complément le suivant qui est encore plus démonstratif. Mon dernier malade est opéré du rein gauche; le rein n'est pas fermé, mais tamponné avec de la gaze; les urines le surlendemain passent en presque totalité par l'uretère et la vessie. Le tamponnement intra-rénal est alors enlevé, et le rein étant ouvert se vide par la plaie. Or depuis ce moment le malade n'urine plus du tout par la vessie; comme je suis sûr ici que l'uretère ne contient pas de calcul, qu'il n'y a par conséquent aucune influence réflexe à invoquer, je puis donc conclure que l'autre rein a cessé de fonctionner, et ce malade, comme les autres, vivait, la veille de son accident, avec son seul rein gauche et continue à vivre aujourd'hui avec ce seul rein depuis que je l'ai ouvert.

J'insiste sur ces faits pour bien montrer qu'en matière d'anurie il n'y a pas place pour le réflexe; et en aucune façon on ne sera autorisé à croire en présence d'une anurie que le calcul qui s'engage et s'arrête dans un uretère détermine un réflexe d'inhibition sur l'autre rein.

Quand on sera bien pénétré de cette idée, que la suppression des urines est due à l'oblitération du seul rein fonctionnant, que la suppression de l'autre rein n'est pas consécutive mais préexistante, et qu'elle ne tient aucunement à un réflexe paralysant, on comprendra mieux encore tout le danger de la situation, on ne perdra plus son temps à provoquer inutilement la cessation de ce réflexe et on se décidera de bonne heure à opérer ou à faire opérer.

Tout le pronostic, toute la thérapeutique est basée sur ce principe.

II. — Lorsque ces conditions sont réalisées chez un malade, qu'un calcul vienne à s'engager et à s'arrêter dans l'uretère jusqu'alors perméable et utile, le seul rein qui fonctionnait et suppléait son congénère détruit est arrêté lui-même dans son fonctionnement; et l'anurie calculeuse, anurie par obstruction, s'établit.

L'anurie paraît parce que l'urine ne passe plus, mais aussi parce que la sécrétion du rein s'arrête en même temps. Toutes les fois que la tension du liquide contenu dans le bassinet s'élève brusquement, la sécrétion du rein s'arrête: les expériences de M. Guyon ont démontré cette influence de l'obstruction brusque de l'uretère sur le fonctionnement du rein. Pour expliquer cet arrêt de la sécrétion, il n'y a pas à invoquer l'intervention d'un réflexe inhibitoire parti de l'uretère excité et aboutissant au rein du même côté. Ce n'est pas un réflexe qui arrête la sécrétion du rein, car une fois le rein ouvert, alors même que le calcul reste en place, la

(1) Merklen. *Étude sur l'anurie.* Paris, 1881.
(2) Chapotot. *Lyon médical*, 10 janvier 1892.
(3) *Ann. des mal. des org. gén. urin.*, 1893, p. 77.
(4) Pousson, *Archiv. clin. de Bordeaux*, 1892, p. 568-571

sécrétion reprend; des faits nombreux le prouvent. C'est donc la tension qui arrête la sécrétion.

Aussi bien ne trouve-t-on presque jamais le rein distendu comme dans les rétentions rénales; il est en tension, il est seulement gros et très congestionné.

L'obstruction de l'uretère par le calcul est presque toujours absolue : le calcul est solidement enclavé, les parois de l'uretère l'enserrent au point que l'obstruction est en réalité totale et complète.

Mais le calcul oblitérant existe-t-il toujours? l'anurie dans la lithiase est-elle toujours une anurie par obstruction ? On peut dire qu'elle l'est dans presque tous les cas : il y a cependant quelques exceptions à relever. Plusieurs fois il est arrivé à des opérateurs de ne pas trouver, contrairement à ce qu'ils espéraient, le calcul oblitérant. Ce sont des anuries calculeuses toxiques, et non par obstruction; quoique rares, elles existent, et comme l'opération reste contre elles absolument inefficace, elles viennent malheureusement jeter un jour plus sombre encore sur le pronostic opératoire des anuries calculeuses vraies, par obstruction, avec lesquelles elles sont à tort englobées. Au cours d'une lithiase le rein dégénère, et lorsque son fonctionnement aura cessé faute de substance sécrétante, l'anurie paraîtra; ce sera une anurie toxique, une anurie par dégénérescence et dans laquelle si on ouvre le rein, on trouvera sûrement des calculs, mais où il n'y aura rien ni sur le trajet de l'uretère ni à son orifice supérieur qui ressemble à une oblitération.

Je me suis trouvé une fois en présence d'un cas semblable. Je crus à une obstruction calculeuse de l'uretère droit chez une jeune fille qui fut envoyée de province à la clinique de Necker : le diagnostic semblait légitimé par l'existence antérieure de coliques néphrétiques avec émission de graviers. Il fut même en partie confirmé par l'opération puisqu'il y avait quelques calculs dans le rein; mais, en réalité, il s'agissait d'un cas beaucoup plus complexe de tuberculose double des reins, avec lithiase secondaire; l'anurie était sous la dépendance des lésions rénales, qui des deux côtés étaient très prononcées.

Le rein se sentait gros et distendu et ce fait aurait dû me faire penser plutôt à une pyonéphrose calculeuse : dans les deux cas l'intervention était la même, mais elle ne pouvait pas donner ici un bon résultat puisque le rein était détruit.

Ces faits doivent être connus : il faut savoir qu'à côté de l'obstruction il y a place dans le mécanisme de l'anurie calculeuse pour la destruction totale du rein. Il faut savoir que si, dans la grande majorité des cas, l'anurie calculeuse peut guérir par l'opération, il en est d'autres dans lesquels cette opération ne peut pas donner un bon résultat. Mais comme ceux-ci ne sont que l'exception, comme il est par ailleurs impossible de les distinguer cliniquement des autres, il faut en pratique ne jamais en tenir compte et toujours se comporter, quand il s'agit de lithiase et d'anurie, comme s'il y avait obstruction.

II

Si, de par sa nature même, l'anurie calculeuse par obstruction appelle l'opération, encore est-il qu'il faut la reconnaître et cliniquement la distinguer des autres variétés d'anurie dont nous avons parlé. En présence donc d'un malade en état d'anurie, les questions suivantes sont à résoudre :

1° S'agit-il d'une anurie calculeuse? 2° s'il y a anurie calculeuse, quel est l'uretère oblitéré ? et 3° quel est le siège de l'obstacle?

La solution de ces questions est loin d'être aussi simple qu'on le croirait à première vue.

1° *S'agit-il d'une anurie calculeuse?* — L'anurie *réflexe* est parfois difficile à distinguer de l'anurie calculeuse; quand je dis anurie réflexe, je ne veux pas parler des anuries, qu'il est classique d'observer à la suite de quelques opérations abdominales, dans l'étranglement herniaire, dans les contusions de l'abdomen, etc. Mais dans quelques cas on a vu se produire, à la suite d'une intervention même minime sur la vessie, une anurie complète, qui surprend au premier abord et éveille dans l'esprit des doutes bien légitimes.

Tel est le cas de ce malade dont l'observation m'a été communiquée par Janet, et qui au cours d'un traitement par des instillations de nitrate d'argent fut subitement pris d'une anurie complète, qui dura six jours.

Dans ces cas, la brusquerie avec laquelle l'anurie paraît sans douleurs, l'absence de coliques antérieures, l'absence de toute sensibilité provoquée du côté des reins, l'absence d'hématurie sont des raisons qui doivent éliminer le diagnostic d'anurie calculeuse.

Mais lorsque l'anurie s'établit à la suite de douleurs rénales, ou réno-uretérales, lorsqu'en même temps il y a ou il y a eu des hématuries avec ou sans douleur, le diagnostic est absolument impossible et l'erreur est inévitable. Il en fut ainsi dans une observation de Broca (1), où l'on vit une tumeur de la prostate et de la vessie comprimer l'uretère correspondant et la rétention du rein qui en fut la conséquence déterminer par réflexe la suppression du fonctionnement de l'autre rein et l'anurie. La néphrotomie montra, en effet, qu'il n'y avait pas de calculs, que l'uretère était perméable mais oblitéré à sa partie inférieure; et grâce à cette néphrotomie le rein oblitéré se déversa par la fistule, le réflexe cessa, l'autre rein se remit à fonctionner et le malade guérit de son anurie pour mourir plus tard de sa tumeur.

Les anuries *par intoxication* mercurielle ou cantharidienne ont une allure tellement spéciale, qu'elles sont difficiles à confondre avec l'anurie calculeuse. J'ai observé l'année dernière à Necker, dans le service de mon maître M. le professeur Guyon, une femme qui mourut en anurie à la suite d'une intoxication mercurielle provoquée par un lavage de l'utérus au sublimé. Les urines cessèrent brusquement et complètement, et ce fut le premier symptôme de cette intoxication, mais il n'y avait jamais eu auparavant et il n'y eut à aucun moment de douleurs dans les reins. Dans le passé, il n'y avait jamais eu d'accidents ressemblant à des coliques néphrétiques, et bien vite d'ailleurs parurent avec la stomatite et la salivation d'autres signes tels que des éruptions généralisées qui rapidement firent poser le diagnostic.

L'anurie des néphrites est plus apte à induire en erreur : quand je dis anurie des néphrites, je veux surtout parler des néphrites chirurgicales, des néphrites des urinaires. Les néphrites médicales en effet ne nous intéressent guère cliniquement, parce que nous ne les voyons pas, et que les malades qui en sont atteints vont mourir dans les services de médecine où ils ont été soignés pour leur maladie.

Les néphrites chirurgicales à leur dernière période déterminent quelquefois, mais rarement, de l'anurie (Guyon), et comme ces malades ont été suivis et connus comme des urinaires, comme souvent ils ont eu des reins douloureux spontanément avec des crises de rétention ressemblant à des crises de colique néphrétique, il est arrivé, dans plusieurs cas, que le diagnostic d'anurie calculeuse a été porté, que l'opération a été

(1) Broca. *Ann. des mal. des org. gén. urin.* 1894. p. 569.

faite et que l'incision du rein est restée sans résultat, il est facile de comprendre pourquoi. La mort a suivi de près l'intervention, mais ce ne sont pas des opérations pour anurie calculeuse, et elles n'ont rien à voir, avec les opérations faites pour désobstruer l'uretère.

J'ai opéré une fois pour ma part dans ces conditions, préférant courir les risques d'une exploration négative que de laisser mourir par ma faute une malade d'une anurie que je supposais calculeuse.

J'ai opéré inutilement; je n'ai pas tenu compte de certains symptômes dont l'expérience m'a plus tard appelé à reconnaître la valeur, et cette erreur, je crois qu'aujourd'hui je saurais l'éviter.

Ces anuries, en effet, surviennent souvent brusquement comme dans le cas précédent, mais elles sont précédées d'une longue période de polyurie. Il n'y a aucune apparence de douleurs rénales : les signes d'urémie sont précoces, il y a souvent des œdèmes périmalléolaires, les pupilles sont contractées, les vomissements rebelles et persistants. Localement il n'y a ni hématurie, ni contracture dans l'un des côtés des reins : et tout cela distingue assez ces anuries de celles qui sont la conséquence d'une oblitération calculeuse.

Mais dans le doute, il vaut toujours mieux faire une incision exploratrice, que de courir le risque de méconnaître une obstruction qu'on aurait pu lever. Quand il y a distension du rein, la discussion n'est plus de mise, et l'opération s'impose.

Les anuries par *obstruction* sont en général plus simples à reconnaître : elles sont d'ailleurs aujourd'hui presque toutes justiciables d'une opération chirurgicale.

Les compressions de l'uretère par un cancer de l'utérus ou par une tumeur pelvienne sont trop spéciales pour qu'il ne soit pas facile de les reconnaître.

Les torsions, les coudures ou rétrécissements de l'uretère, en même temps qu'ils déterminent de l'anurie lorsque l'autre rein a cessé de fonctionner, s'accompagnent toujours de douleurs localisées, qui fixent l'attention; il y a toujours d'ailleurs une augmentation de volume très nette de l'un des reins. Ce fait par lui-même constitue déjà une indication de la néphrotomie et plusieurs fois on a eu l'occasion d'opérer dans ces conditions pour le plus grand bien des malades.

Mais l'*anurie calculeuse* se présente toujours dans des conditions tout autres.

Le rein n'est presque jamais gros ni distendu : le rein malade est en tension, sans être pour cela distendu. On ne le sent donc pas, on bien on le sent mal et il n'y a pas là une lésion grossière et palpable comme dans ces autres variétés d'anurie mécanique. On est ainsi tout exposé à croire à une anurie réflexe, et s'il n'y a pas d'inconvénient à prendre pour calculeuse une anurie toxique ou réflexe, il y en a beaucoup et de bien plus graves à prendre une anurie calculeuse pour une anurie réflexe.

Ce diagnostic ne se fait que par un examen attentif de l'histoire du malade et de son état actuel.

Dans le passé des malades, on retrouve toujours des coliques néphrétiques plus ou moins franches; en général elles ont été suivies de l'expulsion de graviers avec les urines, et la nature des accidents néphrétiques est ainsi rendue absolument évidente. Lorsque, fait rare, il n'y a pas eu expulsion de graviers, les coliques néphrétiques peuvent être méconnues : il en était ainsi sur la première malade que j'ai opérée. Les crises douloureuses avaient toujours siégé à droite et on les avait toujours prises pour des coliques hépatiques parce qu'il n'y avait jamais eu expulsion de graviers. Ce n'est là toutefois qu'une exception; et en général, comme les malades ne sont presque jamais pris d'anurie à leur première crise de colique néphrétique, l'existence des crises antérieures a toujours une grande valeur pour établir le passé lithiasique des malades en même temps que la nature des accidents actuels.

L'anurie s'installe sans prodromes et quelquefois sans douleurs : en pleine santé le malade cesse d'éprouver le besoin d'uriner, et ne tarde pas à s'en préoccuper; plus souvent cependant, il y a quelques douleurs vagues dans les reins. D'autres fois, une douleur vraie a annoncé le début bien marqué d'une colique néphrétique; on est ainsi fixé de suite sur le côté récemment lésé.

L'anurie persiste absolue ou à peu près : le malade cherche à uriner sans en éprouver le besoin, et ne parvient qu'à peine à rendre quelques gouttes de sang. Cette *hématurie*, caractérisée par quelques gouttes de sang pur ou d'urine teintée rendues à plusieurs reprises par le malade me paraît constante; lorsque le malade n'urine pas, on n'a qu'à le sonder (ce qu'on ne manque d'ailleurs jamais de faire) et *toujours* on trouvera dans la vessie quelques gouttes de sang plus ou moins pur. Ce symptôme, témoin d'un engagement calculeux, je ne l'ai jamais vu manquer dans l'anurie calculeuse vraie, et je le considère comme un signe diagnostique de premier ordre de l'anurie calculeuse par obstruction. A lui seul, il suffit pour définir la nature d'une anurie dont on hésite à fixer la cause.

Il y a même plus, et quelquefois l'hématurie précède l'apparition de l'anurie : un de mes malades eut pendant quatre jours avant de devenir anurique, une hématurie totale et continue. Elle est l'indice d'un calcul qui s'engage ou va s'engager; c'est l'hématurie *prémonitoire* de la colique néphrétique que M. Guyon a signalée comme un des prodromes habituels de cet accident.

En somme, lorsqu'un individu lithiasique avéré voit brusquement ses urines se supprimer, avec ou sans douleurs, lorsque le cathétérisme ou la miction donne au lieu d'urine quelques gouttes de sang, il s'agit d'une anurie calculeuse.

Quant à différencier une anurie calculeuse par obstruction, d'une anurie calculeuse par dégénérescence rénale, il n'y faut pas songer. Il faut se contenter de dire anurie calculeuse, ce qui pratiquement signifie anurie par obstruction : l'opération seule permettra de dire s'il y a ou non obstruction.

Mais alors même que la lithiase rénale est mise en cause, voici encore un embarras qui surgit lorsqu'il s'agit de prendre une décision : ne s'agit-il pas d'une simple *colique néphrétique*? Dans la *colique néphrétique*, on le sait, il y a toujours anurie ou au moins oligurie, et quand on voit l'anurie paraître en même temps qu'il existe des douleurs sérieuses de caractère réno-urétéral, on se demande avec raison s'il ne s'agit pas tout simplement d'une colique néphrétique et si les accidents ne sont pas provoqués par un calcul en migration qui ce soir ou demain va s'éliminer.

Le diagnostic se pose donc entre une anurie par obstruction calculeuse et une colique néphrétique avec anurie réflexe; si subtile qu'elle soit la distinction a une grande importance, puisque dans un cas on opère le plus tôt possible, tandis que dans l'autre on devra abandonner le malade à lui-même.

Entre un malade atteint d'une colique néphrétique et un malade atteint d'anurie calculeuse il y a tout d'abord cette analogie, c'est que tous les deux ont un calcul dans l'uretère; la seule différence est que le premier a deux reins, que le second n'en a qu'un. Il y a aussi cette différence que chez le premier le calcul chemine et avance, que chez le second il est arrêté.

Cette différence se tranche par quelques nuances en clinique. Dans la *colique néphrétique*, la douleur est

violente parce que le calcul est en migration. La douleur est même l'indice de cette migration salutaire; elle ne cessera que lorsqu'il s'arrêtera. Pendant cette période, les besoins d'uriner sont impérieux, incessants; l'autre rein continue d'ailleurs à sécréter encore, il n'y a pas anurie absolue, il y a plutôt oligurie.

Dans l'*anurie calculeuse*, qui est la conséquence d'une colique néphrétique avortée ou arrêtée chez un malade qui n'a qu'un rein, le calcul s'est arrêté, les douleurs cessent. Tout ce qui est sous la dépendance de la migration du calcul s'efface, telles sont les douleurs, les envies d'uriner qui disparaissent complètement : seule l'anurie persiste absolue.

Ainsi lorsqu'au cours d'une crise de caractère néphrétique on voit les douleurs cesser et l'anurie absolue persister, il faut en conclure que l'obstruction est établie, que l'autre rein est supprimé et se comporter en conséquence. Tant que les douleurs persistent, tant que les symptômes bruyants qui accompagnent la migration du calcul ne cessent pas, on peut espérer la migration spontanée du calcul.

Ces difficultés de diagnostic toutefois n'existent que rarement, parce que le calcul qui est destiné à s'arrêter dans l'uretère s'arrête en général très haut, et que les douleurs qui précèdent son arrêt sont ou nulles ou peu marquées; souvent l'anurie est le premier, le seul symptôme dont se plaigne le malade.

2° *Quel est le côté lésé?*

Lorsque le malade est pris d'anurie en même temps qu'il éprouve dans une des régions lombaires des douleurs bien définies, il n'est pas difficile de reconnaître de quel côté il faudra opérer. Mais cette notion manque le plus souvent; elle manque pour deux raisons : parce que, au moment où on voit le malade, la douleur fait défaut, et aussi parce qu'au début elle a été si légère, si faible ou si vague que le malade lui-même n'en a pas eu nettement conscience. Chez ma première malade, il fut impossible d'obtenir l'aveu d'une douleur; la phase urémique était proche, l'intelligence était obtuse, et la malade ne pouvait rien préciser. De même chez mon second malade, qui répétait invariablement qu'il souffrait partout, il était impossible d'obtenir la notion d'une localisation quelconque; ce ne fut que plus tard, quelque temps après l'opération, que ce malade mettant à notre service un peu plus de lucidité qu'avant, parvenait à se rappeler que des douleurs avaient existé à gauche. Enfin les deux autres malades avaient eu, il est vrai, quelques douleurs assez nettes qui, en l'absence de tout autre indice, auraient, à la rigueur, suffi pour la détermination du côté à opérer.

Les commémoratifs éloignés du malade, son histoire antérieure ne donnent souvent aucun renseignement utile à ce point de vue : ce n'est pas, en effet, toujours le rein qui a le plus souffert qui est actuellement le siège de l'obstruction. Il en est ainsi cependant quelquefois, l'obstruction se fait du côté où les coliques néphrétiques ont été les plus nombreuses, aucun indice ne traduit la déchéance fonctionnelle de l'autre rein. Mais souvent aussi l'obstruction se fait du côté qui a le moins souffert de coliques néphrétiques. C'est ainsi que deux de mes malades avaient eu beaucoup plus souvent à souffrir de l'autre côté; et ce fait, en apparence contradictoire, s'explique bien quand on sait comment procède l'anurie et comment l'autre rein est toujours perdu : le rein qui a eu le plus à souffrir quand il s'agit de calculs, celui qui a fourni le plus de graviers et de coliques néphrétiques, est aussi celui qui a le plus de chance d'avoir dégénéré dans sa lutte.

En l'absence de toute indication fournie par le malade, il faut bien s'en rapporter à l'*exploration des reins*.

Mais le rein n'est pas distendu, nous avons vu pourquoi. Il se congestionne, il augmente ainsi un peu de volume d'autant plus que l'hypertrophie compensatrice à laquelle il est soumis depuis plus ou moins longtemps augmente encore ses dimensions; mais, en somme, il n'est presque jamais assez gros pour être senti, il n'a jamais le volume d'un rein en rétention, et ce serait une erreur profonde de croire qu'on peut arriver, en sentant le rein, à définir le côté sur lequel il y aura à intervenir.

A plusieurs reprises cependant, j'ai remarqué que la palpation du flanc donnait quelques indices très importants. Lorsqu'on palpe les régions rénales, on trouve, en effet, toujours un côté qui se laisse moins facilement explorer et palper; tandis que d'un côté la dépression de la paroi s'exécute librement, de l'autre on trouve une paroi, non pas contracturée, ce serait trop dire, mais une paroi moins souple, et comme sur la défensive; dès qu'on la déprime pour explorer, les muscles se défendent. Du même côté le malade accuse en général en même temps une douleur provoquée en avant, en arrière, ou aux deux endroits à la fois. Cet *état de défense* de la paroi me paraît absolument caractéristique; je ne l'ai jamais vu manquer sur aucun des malades que j'ai observés, et dans deux cas au moins ce fut la seule indication sur laquelle je m'appuyai pour déterminer le côté à opérer.

Dans un cas, l'exploration de l'uretère à sa terminaison me montra du côté lésé une douleur bien localisée à la moitié correspondante de la vessie : cette douleur urétérale provoquée, M. Guyon l'a signalée comme la conséquence d'une colique néphrétique et j'ai développé ce fait dans ma thèse. Dans le cas auquel je fais allusion, cette douleur était d'autant plus curieuse que le calcul était resté enclavé à la partie supérieure du conduit. Quoi qu'il en soit, cette localisation très accentuée me donna la confirmation dont je n'avais pas besoin, puisque la malade souffrait à gauche, et que de ce côté j'avais déjà senti cette contracture si importante de la paroi. Chez les autres malades, cette douleur de l'uretère à sa terminaison, je ne l'ai pas retrouvée.

En résumé, la douleur rénale, la douleur provoquée, la défense de la paroi et la sensibilité de l'uretère, sont, en l'absence de la douleur spontanée, en l'absence de toute augmentation de volume du rein, les signes sur lesquels on doit baser le diagnostic du côté lésé.

3° *Quel est le siège de l'obstacle?* — Si les difficultés sont si grandes pour arriver dans quelques cas à déterminer le côté lésé, il en sera de même, on le conçoit, et à plus forte raison, lorsqu'il s'agira de déterminer le siège de l'obstacle. La palpation, en donnant en un point localisé une douleur fixe, serait seule capable de faire supposer l'arrêt d'un calcul. Mais ces sensations sont elles-même trompeuses, et nous savons que l'uretère peut être douloureux à sa terminaison, alors même que le calcul reste enclavé à sa partie supérieure.

Aussi, en l'absence de toute donnée positive et certaine de la clinique, faut-il s'en rapporter à l'expérience que nous donne l'étude anatomique des observations; or l'expérience démontre que presque toujours le calcul siège à la partie supérieure de l'uretère, qu'il est soit enclavé dans l'orifice supérieur de ce conduit, soit arrêté à quelques centimètres au-dessous. Déjà, en 1891 (1), j'étais arrivé à cette conclusion que dans la proportion de 20 sur 30, on a chance de trouver le corps étranger à la partie supérieure de l'uretère, près du rein ou dans le bassinet. Et tout ce que j'ai vu depuis lors n'a fait que confirmer mes prévisions sur ce point. Tous les calculs oblitérants que j'ai opérés ou vu opérer

(1) Legueu, *Des calculs du rein et de l'uretère*, th. Paris, Steinheil, 1891.

siégeaient en haut. Les cas dans lesquels on trouve le calcul à une grande distance du rein, comme dans les observations de Kœfer, de Duffau-Lagarosse, de Kirkham, sont relativement exceptionnels; et comme, à l'heure actuelle, nous n'avons aucun moyen de reconnaître cliniquement en quel point de l'uretère le calcul s'est arrêté, il faut se mettre du côté des plus grandes probabilités.

Je me demande cependant si la persistance pendant quelques heures ou quelques jours de douleurs néphrétiques violentes ne devrait pas indiquer l'engagement du calcul dans une certaine étendue de l'uretère; le malade de Duffau-Lagarosse avait eu pendant quelques jours des douleurs violentes, et le calcul s'était arrêté à quinze centimètres de l'uretère. Par contre, aucun des malades que j'ai opérés n'avait eu de douleurs sérieuses et prolongées, et chez tous le calcul siégeait en haut. Je croirais donc volontiers que l'éloignement du calcul oblitérant du rein est en raison directe avec la durée ou l'intensité des douleurs éprouvées par les malades avant la période d'accalmie qui accompagne toujours et annonce l'arrêt du calcul. Ce n'est là toutefois qu'une supposition que des observations ultérieures viendront ou non confirmer.

En attendant, il vaut mieux considérer avant l'opération que le calcul siège en haut, quitte à se comporter différemment, si des indications d'une autre nature venant à être fournies sur ce point au cours de l'opération.

III

Lorsque la sécrétion urinaire est supprimée, la vie ne peut durer longtemps: le danger est donc pressant. Et comme l'anurie calculeuse n'est pas d'ordre réflexe, comme le malade n'a qu'un rein et que ce rein est obstrué, une indication urgente se pose d'aller désobstruer l'uretère ou d'ouvrir le rein.

Mais quand dans la pratique on se trouve en présence d'un cas de ce genre, la réalisation du principe opératoire se heurte à des hésitations bien légitimes.

C'est d'abord le malade qui, dans les premiers jours ne se trouvant pas assez souffrant, se refuse à une intervention dont il ne comprend pas tout de suite la nécessité.

Il est certain que les apparences sont bien trompeuses, et rien dans l'aspect extérieur de ces malades ne révèle, dans les premiers jours au moins, la gravité de la situation. A part la perte de l'appétit, quelques nausées, voire même des vomissements, ces malades vont et viennent, conservant l'intelligence ouverte et parfaitement lucide. Si l'on ajoute à cela l'absence complète de toute douleur, on comprendra les hésitations légitimes d'un malade et de son entourage lorsqu'il est parlé d'opération. Et cependant le danger est sérieux, pressant: la phase d'intolérance, l'urémie peut venir à chaque instant, plus tôt ou plus tard, et souvent d'ailleurs on voit ces malades mourir subitement, de syncope en pleine connaissance.

De plus, on espère toujours que l'anurie va cesser, et on attend d'heure en heure la guérison spontanée. On attend que le calcul s'élimine et on perd en conjectures un temps précieux. Que l'anurie calculeuse guérisse parfois spontanément, le fait n'est pas douteux, et des faits ont été observés, dans lesquels le malade a rendu son calcul et vu cesser son anurie. Il est même sous ce rapport des faits extraordinaires, et on a vu guérir des malades qui étaient restés en anurie pendant dix, quinze et vingt jours.

Un malade de Féréol refusa toute opération et resta huit jours en état d'anurie; il guérit au bout de ce temps en expulsant son gravier oblitérant. Mais ce qu'on ne dit pas, c'est que ce malade mourait quelques semaines plus tard d'insuffisance rénale au cours d'une nouvelle attaque; la plupart des malades en effet conservent dans le rein, même guéris, des calculs qui seront ultérieurement la source de nouveaux accidents. Lorsque la période d'obstruction a été longue, ils n'attendent même pas une nouvelle crise pour mourir, ils meurent après quelques jours de polyurie, parce que le rein compromis par une tension de longue durée ne peut suffire à l'existence. « D'abord amoindri, puis supprimé physiologiquement, le rein mis et maintenu en tension est amoindri, puis supprimé anatomiquement » (Guyon). Plus on attend, moins on a de chances de voir le malade guérir avec ou sans opération.

L'opération doit donc être précoce, et pour réussir elle doit être faite le plus tôt possible, car après la levée de l'obstacle, si elle n'est pas faite à temps, le rein aura tout autant de peine à reprendre ses fonctions, et surtout à les maintenir à un taux compatible avec l'existence.

L'analyse des observations confirme ces prévisions: elle montre que les succès opératoires sont en raison directe de la précocité de l'opération. Sans doute, des opérations tardives ont donné des succès. Lucas Championnière a guéri un malade en l'opérant au treizième jour: un opéré de Pousson, en anurie depuis douze jours, guérit également. Ces faits prouvent simplement qu'il n'est jamais trop tard pour bien faire, et que l'opération même tardive peut réussir; mais en comparant les observations, on voit que la proportion des succès s'élève sensiblement quand on se rapproche des premiers jours.

J'ai réuni vingt-cinq cas d'anurie calculeuse opérés: ces vingt-cinq cas ont donné dix morts (40 p. 100) et quinze guérisons (60 p. 100). La statistique serait encore bien plus sombre si tous les cas étaient publiés; on ne publie pas les cas de mort: j'en connais trois pour ma part, on ne fait connaître que les bons; en sorte que cette mortalité apparente de 40 0/0 est bien inférieure à ce qu'elle est en réalité.

Si la statistique ne s'améliore pas (je ne trouvais en 1891 que 33 0/0 de mortalité), la faute en revient à l'époque tardive à laquelle on opère. Cela est si vrai que, si on compare entre elles les opérations faites avant et y compris le cinquième jour, on trouve des résultats tout différents. Neuf malades seulement ont été opérés, le cinquième jour, ou avant. Ces neuf opérations précoces ont donné deux morts et sept guérisons. Donc mortalité 22 0/0 ou lieu de 40 0/0. Sans doute, les stasistiques, surtout lorsqu'elles sont basées sur un si petit nombre d'observations, n'ont pas grande valeur, je suis le premier à le reconnaître, Elles ont une signification cependant, lorsqu'elles viennent appuyer, pour les confirmer, les données de la physiologie pathologique. L'opération par elle-même est d'une gravité insignifiante, elle n'est grave que par les circonstances dans lesquelles elle est tentée, elle n'est sérieuse que par l'insuffisance rénale dont le malade est frappé aujourd'hui, ou menacé pour demain; et plus elle sera précoce, moins grave sera le choc opératoire, et moins sérieuses les difficultés que le malade aura à surmonter.

Aussi cherchant, il y a quelques années, à donner à cette conclusion une forme précise, j'avais fixé au cinquième jour la date au delà de laquelle on ne devait pas différer l'opération, quand on avait, bien entendu, le libre exercice de ses déterminations. Je serais encore plus exclusif aujourd'hui et je dirais qu'il vaut mieux opérer plus tôt si c'est possible, dès qu'on voit le malade, dès que le diagnostic est confirmé, sans attendre des efforts de la nature une guérison qui ne vient pas. Pour ma part je n'ai jamais attendu au lendemain pour opérer

une anurique dont j'avais cure. Et lorsque ces idées auront pénétré chez les médecins qui sont les premiers à voir les malades, nous pourrons opérer plus tôt, et dans des conditions bien meilleures ; les résultats seront tout autres.

IV

Une fois décidée l'intervention, plusieurs procédés se présentent pour la réaliser. Deux méthodes au moins sont en présence: l'uretérotomie et la néphrotomie; l'uretérotomie, qui consiste à inciser sur le trajet de l'uretère, à y rechercher le corps étranger et à l'enlever par l'incision du conduit ; la néphrotomie qui consiste à inciser le rein et à créer une fistule lombaire.

L'*uretérotomie* ne doit plus être admise en principe: pour l'admettre, il faudrait savoir en quel point exact se trouve le calcul, et cette donnée, la clinique est souvent, pour ne pas dire toujours, incapable de la fournir. Ce serait donc aller à l'aveugle, que de pratiquer, sur le trajet de l'uretère, une incision qui ne permettra jamais d'explorer le conduit dans toute sa longueur. Et par ailleurs, la conduite de Cabot, qui, pour fixer le siège du calcul, commença par faire une laparotomie, ne me semble pas devoir être recommandée, C'est augmenter beaucoup et inutilement la gravité de l'acte opératoire.

Le côté lésé, on doit le reconnaître d'après les signes étudiés, et quant au siège du calcul, si on l'ignore, on doit se comporter comme s'il existait à la partie supérieure de l'uretère, ce qui est la règle, et découvrir le rein. Aller tout d'abord à l'uretère en respectant le rein, ce serait peine perdue, puisqu'il faudrait en seconde ligne remonter jusqu'au rein et souvent même finir par inciser ce dernier. C'est ce qui arriva à Whelton Hind (1): il trouve un calcul enclavé dans l'uretère, à quelques centimètres au-dessous du rein ; il incise l'uretère sur la saillie du calcul et l'extrait. Puis constatant alors dans le bassinet la présence de graviers, il les refoule dans l'uretère, et parvient à en extraire huit par cette incision. Mais il sent encore dans le rein un calcul qu'il ne peut déloger, il se décide enfin à inciser le bord convexe du rein et en retire un calcul triangulaire assez volumineux. Dans un cas semblable, il y avait tout avantage à procéder d'une façon inverse, c'est-à-dire à commencer par inciser le rein, quitte plus tard à inciser l'uretère. Aussi bien, comme en règle générale on ne sait pas où est le calcul, comme il y a toujours en même temps des calculs dans le bassinet, il faut commencer par la néphrotomie.

La *néphrotomie* en effet se présente avec des avantages tout autres : elle est d'abord infiniment préférable en principe et en fait à l'uretérotomie et à la pyélotomie, la chose est depuis longtemps jugée. Mais en matière d'anurie elle lui est surtout supérieure à plusieurs points de vue. MM. Demons et Pousson se sont faits les défenseurs de la néphrotomie pratiquée systématiquement et d'emblée dans l'anurie calculeuse : lorsque le siège de l'obstacle est inconnu, cette opération est seule rationnelle; et lorsque le siège de l'obstacle est connu, elle est encore préférable à l'uretérotomie et à la pyélotomie. Je souscris pour ma part complètement aux conclusions des distingués chirurgiens de Bordeaux, lorsqu'ils reconnaissent encore à la néphrotomie l'avantage d'occasionner une émission sanguine et de déterminer dans le rein un abaissement de tension très favorable à la reprise de la sécrétion d'urine.

Mais la néphrotomie jouit encore d'autres avantages, elle permet d'abord l'extraction des calculs qui existent presque toujours dans le rein, et surtout, en facilitant le cathétérisme rétrograde de l'uretère, elle conduit à la recherche du corps étranger qu'elle permettra d'enlever.

(1) *British med. Journal*, 5 mars 1894, p. 960.

Donc, si la néphrotomie doit être pratiquée systématiquement et d'emblée, comme le conseillent MM. Demons et Pousson, ce ne doit être, à mon avis, que pour favoriser les recherches ultérieures, et conduire à la désobstruction de l'uretère qui est le but à atteindre, l'idéal à rechercher. Avant tout, le traitement de l'anurie doit être causal; c'est-à-dire s'adresser à la cause et la rechercher. La néphrotomie par une voie souvent indirecte conduit à ce but, c'est pour cela surtout qu'elle est recommandable : elle est à la fois une opération exploratrice et curative, elle conduit facilement sur les calculs arrêtés dans la partie haute de l'uretère et elle en facilite l'extraction. Si le calcul n'est pas trouvé, le rein sera laissé ouvert, et on aura au moins fait le nécessaire en créant une fistule lombaire.

Donc une fois le rein ouvert, une fois enlevés le ou les calculs qui encombrent le bassinet, ou qui oblitèrent l'orifice supérieur de l'uretère, il y a plus à faire qu'à considérer l'opération comme terminée. Il reste encore à pratiquer l'exploration de l'uretère par le cathétérisme rétrograde, parce que de cette exploration va résulter la conduite à tenir ultérieurement pour laisser ouvert ou fermer le rein. Lorsque, au début, on a trouvé une obstruction réelle à la partie supérieure, le cathétérisme rétrograde montrera qu'au-dessous le conduit est perméable, la boule s'enfoncera loin, jusque dans la vessie; on pourra fermer le rein.

Mais lorsque les calculs contenus dans le bassinet, dans le rein, ne sont pas oblitérants ou, à plus forte raison, lorsqu'il n'y en a pas, le cathétérisme montrera en quel point siège le calcul oblitérant; et c'est après avoir vérifié son siège, qu'on cherchera à le déplacer surtout par en haut, en le refoulant vers le bassinet. Sur les quatre malades que j'ai opérés, j'ai toujours fait le cathétérisme rétrograde : une fois il m'a révélé l'arrêt d'un calcul à quelques centimètres au-dessous du rein : j'ai pu le remonter ensuite dans le bassinet, et l'uretère, étant au-dessous perméable, j'ai pu, grâce à cette indication, fermer le rein et obtenir une guérison complète et rapide; sur un autre malade il m'a également démontré la perméabilité de l'uretère; et si je n'ai pas fermé le rein chez ce malade, c'est que j'avais constaté en haut une petite déchirure, insignifiante il est vrai, à l'uretère.

Il y a quelquefois de grandes difficultés à trouver l'orifice supérieur de l'uretère, j'y ai insisté dans un autre travail (1). De plus, la boule peut se replier dans le bassinet et donner l'impression malgré cela qu'elle pénètre. Aussi est-il bon, en même temps que la boule exploratrice s'avance dans l'uretère, de chercher sa saillie au dehors, de manière à être bien sûr que la boule ne se replie pas dans le bassinet, mais s'avance bien réellement dans l'uretère.

Lorsque la boule s'arrête, il faut vérifier son point d'arrêt, et, en général, ce point étant peu éloigné du rein, la main qui explore l'uretère sentira au même point une induration localisée, qui doit être le calcul. Dans un de mes cas, l'explorateur s'arrêta en un point facile à déterminer : comme à ce niveau la boule ne donnait aucun frottement ressemblant à un calcul, je la retirai et introduisis à sa place une sonde cannelée, qui me donna un frottement caractéristique.

Ce calcul ainsi trouvé doit être refoulé de bas en haut et extrait par le bassinet. Cette manœuvre est en effet facile à exécuter dans la grande majorité des cas : mais si cependant on n'y parvenait pas, il faudrait se décider

(1) Legueu, De l'exploration chirurgicale du rein (*Ann. des mal. des org. gén. urin.*, 1891.)

ou à broyer le calcul sur place à travers l'uretère comme le fit Pousson, ou à inciser directement l'uretère sur la saillie du calcul. L'impossibilité de déloger le calcul constitue une indication indiscutable de l'urétérotomie, car il faut à tout prix s'efforcer de rendre l'uretère perméable.

Tout ceci est encore simple, lorsqu'un corps étranger est fixé dans la première partie de l'uretère, c'est-à-dire au-dessus du détroit supérieur. Mais lorsque la boule descend loin, au-dessous du détroit supérieur, jusque dans la portion pelvienne de l'uretère, je comprends alors, mais, alors seulement, qu'il est préférable de ne pas aller plus loin, et plutôt que de procéder à des recherches délicates dans une région difficile à aborder et sur un malade singulièrement amoindri, je crois qu'il vaudrait mieux s'en tenir là, et terminer l'opération par la création d'une fistule lombaire.

La conduite à tenir par rapport au rein est donc entièrement subordonnée à l'état de l'uretère, à sa perméabilité. Toutes les fois qu'il y a seulement doute sur sa perméabilité, on doit se comporter comme s'il n'était pas perméable, et le rein sera maintenu ouvert. Si, en effet, alors qu'on ne le croit pas, l'uretère est cependant perméable, la fistule qui sera la conséquence de l'opération ne sera pas durable : les faits chaque jour plus nombreux de néphrotomie en dehors de l'anurie le prouvent jusqu'à l'évidence; et bien qu'elle persiste encore après vingt jours, je ne pense pas que la fistule réalisée par prudence sur mon troisième malade doive durer, puisque le retour de la miction par les voies naturelles dans les jours qui ont suivi l'opération m'a montré que l'uretère était en réalité parfaitement perméable.

Si au contraire il est bien vrai que l'uretère est oblitéré, si l'obstacle n'a pas été levé, l'opération aura tout de même atteint son but, quoique moins complètement : le rein ouvert reprendra sa sécrétion, et la fistule lombaire, véritable sauvegarde, persistera tant que le calcul ne se sera pas expulsé spontanément.

Mais en réalité, et ce sera la conclusion de ce travail, la création de la fistule lombaire ne sera jamais qu'un pis-aller, qu'une nécessité imposée par les circonstances; et la fermeture totale du rein doit constituer l'idéal à rechercher. On pouvait craindre que le rein trop altéré ou infecté n'offrît pas les conditions favorables à la suture : il n'en est rien. Le succès complet que j'ai obtenu sur le second de mes malades vient prouver que le rein peut aussi bien se réunir par première intention qu'en toute autre circonstance. La reprise de la sécrétion se fait dans ces conditions aussi simplement que lorsque le rein est ouvert, et le malade y gagne le bénéfice d'une guérison rapide et définitive.

FÉLIX LEGUEU.

TRAVAUX ORIGINAUX

Contribution à l'étude des nouveaux moyens de traitement des fièvres paludéennes dans l'enfance,

par le docteur MONCORVO, professeur de clinique des maladies de l'enfance à la policlinique de Rio de Janeiro; membre correspondant de l'Académie de médecine de Paris.

(*Suite*).

OBS. IV. — Marie, dix mois; 5 novembre 1892. Cette fillette fut déjà guérie dans ce même service d'une fièvre palustre traitée par l'helianthus. Depuis plusieurs jours, réapparition des accidents malariens compliqués cette fois d'une coqueluche. T. R. 38°. Fièvre rémittente avec des rémissions matinales. Langue chargée, ventre ballonné, foie tuméfié. Quelques râles bronchitiques des deux côtés. Malgré l'emploi immédiat de l'extrait d'helianthu à la dose de trois grammes, la température s'élevait deux jours après à 39°7, alors que les râles étaient devenus plus confluents. A la suite d'une prise d'antipyrine, extrait d'helianthus (trois grammes). Amendement de la fièvre de même que de la coqueluche contre laquelle j'ai recours aux badigeonnages résorciniques. Le 8, T. R. 38°. Le 9, T. R. 37°8. Atténuation des râles bronchiques. Le 10, T. R. 37°5. Disparition des râles, bon appétit, selles normales. Le 11, T. R. 37°5. L'enfant reprit sa vivacité et sa gaieté habituelles. Coqueluche éteinte depuis la veille. Le 12, T. R. 37°3. Depuis lors, aucun signe de paludisme, foie réduit, bon appétit, sommeil paisible. Le 19 novembre, sous l'effet d'un refroidissement elle contracte une légère bronchite fébrile. T. R. 38°4. L'extrait d'helianthus et la terpine en eurent promptement raison.

OBS. V. — Léopoldine, un an; 26 janvier 1891. Malade depuis une semaine. Accès de fièvre le matin et le soir. Au moment de l'examen 38°2. Constipation. Etat saburral, ventre un peu ballonné. Foie et rate non augmentés. Calomel. Potion avec seize grammes de teinture d'helianthus. Le 28 janvier, T. R. 38°. Hier interruption du médicament par négligence de l'infirmière. Langue encore chargée, appétit très médiocre, ventre pourtant plus souple, sommeil plus calme. Même traitement. Le 29, T. R. 37°6. Selles normales, langue plus nette, diathèse franche, nuit paisible. Le 38, T. R. 37°2; état général fort amélioré. La teinture qui n'a point cessé d'être administrée est une fois encore renouvelée. La fièvre ne reparut plus.

OBS. VI. — Odette, un an, 2 mars 1891. Arriérée, rachitique et hérédo-syphilitique. Depuis deux jours, accès vespéraux caractérisés par du refroidissement des extrémités et l'élévation de la chaleur du tronc suivie de sueur. Constipation, anorexie, état saburral, foie tuméfié. T. R. 38°. Calomel. Le 3, T. R. 38°4; hypothermie périphérique très marquée, soif vive, langue très chargée, polyurie. Potion avec dix grammes de teinture d'helianthus. Le 4, T. R. 37°8 distribution uniforme de la chaleur du corps, plus de sueur, Teinture d'helianthus, dix grammes. Asepsie des premières voies digestives. Le 5, T. R. 37°8 Plus d'hypothermie des extrémités; langue plus nette et plus humide, soif éteinte, meilleur appétit, selles physiologiques Même traitement, Le 12, T. R. 37°3; fonctions digestives normales, bon appétit. On remplace alors la potion à l'helianthus par de l'acide arsénieux. Le 28 avril, l'enfant est de nouveau présentée. Depuis huit jours, diminution de l'appétit, trois selles pâteuses par jour, léger état saburral, toux grasse, quelques râles muqueux, T. R. 37°3. Calomel. Le 29, T. R. 37°3, langue plus nette, toux plus modérée, quelques râles encore. Je prescris désormais le sirop de Gibert. Le 2 mai, T. R. 38°, pendant les derniers jours diarrhée bilieuse, langue un peu chargée. Potion à la teinture d'helianthus, dix grammes. Le 4, T. R. 37°7, peau humide, langue plus nette, selles normales. Même traitement. Le 6, hier interruption du traitement par négligence de la mère, T. R. 37°4. J'insiste sur son administration. Le 8, T. R 37°, langue nette, selles physiologiques, bon appétit; la toux a revêtu les caractères de la coqueluche. Les accidents malariens se dissipèrent définitivement.

OBS. VII. — Palmyre, seize mois. Soignée dans ce service en 1890, pour des accès de fièvre palustre, elle m'est ramenée le 19 janvier 1891, ayant une diarrhée séro-bilieuse très marquée coïncidant avec de l'augmentation de la chaleur du corps. Langue chargée, soif, ventre ballonné, agitation dans la nuit. Quelques râles sibilants disséminés des deux côtés, sonorité thoracique normale. T. R. 38°, peau sèche. Foie tuméfié. Salicylate de bismuth. Teinture d'helianthus, seize grammes. Le 21, T. R. 38°6, peau pourtant baignée de sueur, plus calme, diarrhée fort amendée, ventre plus souple, mais foie encore engorgé. Calomel. Potion à la même teinture (dix-huit grammes). Le 22, T. R. 38°8, peau humide, nuit calme, langue rosée et humide, appétit. Teinture d'helianthus dix-huit grammes. Le 23, T. R. 38°, peau

humide, deux selles verdâtres et fétides, nuit paisible, appétit accru, ventre quelque peu ballonné. Salol. Teinture d'helianthus, dix-huit grammes. Le 24, T. R. 37°8; encore des selles pâteuses, même traitement. Le 27, interruption du traitement dans les dernières quarante-huit heures par négligence de la mère. T. R. 37°8. Selles pâteuses et fétides. Salicylate de bismuth et reprise de la teinture. Le 28, T. R. 37°, langue normale, bon appétit, quelques rares selles pâteuses. Même traitement. Le 29, T. R. 37°, deux déjections pâteuses. Le 30, T. R. 37°, conditions générales très bonnes. On réduit la dose de la teinture à celle de dix grammes. Le 3 février, T. R. 37°, le médicament a été poursuivi. On le suspend alors.

Obs. VIII. — Albertine, dix-sept mois, portugaise, présentée le 8 juin 1891. Signes externes de la vérole congénitale et déformations rachitiques. Fièvre datant de quinze jours. Pendant les onze premiers jours diarrhée suivie de constipation. Ventre ballonné, foie et rate non augmentés d'une façon appréciable, oligurie. Calomel. Le 9, T. R. 40°, peau très sèche, prostration assez marquée, quelques quintes de toux, pas de râles bronchiques. Antipyrine. Potion à la teinture d'helianthus, vingt-cinq grammes. Le 11, T. R. 37°7, malgré l'interruption hier du traitement l'amélioration fut marquée et persistante. Peau humide, diurèse abondante, langue moins chargée, anorexie, constipation. Calomel. Teinture d'helianthus, vingt-cinq grammes. Le 13, T. R. 37°6, diurèse abondante, toux grasse. Effet peu satisfaisant du calomel. Calomel. Teinture d'helianthus dix-huit grammes. Fumigations balsamiques. Le 15, T. R. 36°8, effet abondant du calomel, langue nette, appétit, très bonne mine, toux éteinte. La teinture n'a cessé d'être employée. On complète le traitement par l'administration de l'arsenic.

Obs. IX. — Antoine, dix-huit mois; 5 janvier 1891. Vers le cinquième mois des accès de fièvre accompagnés de diarrhée et de vomissements durant quatre mois environ et amenant un dépérissement profond. Hier, à la suite de l'ingestion d'une assez grande quantité de pommes de terre, agitation la nuit et élévation très considérable de la chaleur du corps. Vers le matin, des selles diarhéiques. T. R. 40°,6. Grande prostration, soif vive, ventre assez ballonné, état saburral. Foie augmenté. Calomel. Antipyrine. Bichlorhydrate de quinine, un gramme. Le 7, T. R. 39°,8. La chaleur abaissée par l'antipyrine remonta au bout de quelques heures. Quelques râles ronflants. Selles diarrhéiques, ventre flasque, foie réduit. Teinture d'helianthus, quatorze grammes. Le 8, T. R. 39°, sommeil paisible, toux plus rare, urines abondantes. Teinture d'helianthus, seize grammes. Antipyrine. Le 10, T. R. 37°, hier la teinture ne fut par mégarde administrée. On la répète. Le 13, T. R. 37°, relèvement de l'appétit, fonctions digestives régulières. Encore de la teinture. Tout rendre alors définitivement dans l'ordre.

Obs. X. — Oscar, un an et demi, né à Rio; 13 octobre 1890. Malaria datant de quinze jours accompagnée de diarrhée profuse au début, plus réduite pourtant dans les derniers jours. Lobe gauche du foie engorgé, état saburral, oligurie, perte de l'appétit, soif intense, vomissements, abattement. Antipyrine. Teinture d'helianthus, deux grammes. Le 14, T. R. 38°9, râles muqueux, ventre souple, diarrhée très amendée. On répète la teinture. Le 15, T. R. 39°, réapparition de la diarrhée, râles muqueux. Antipyrine. Teinture d'helianthus trois grammes. Le 16, T. R. 37°6. Deux selles diarrhéiques à peine, soif, anorexie. On répète la teinture. Le 17, T. R. 38°,8, une selle pâteuse et fétide. Teinture d'helianthus, quatre grammes. Salol. Le 18, T. R. 38°2, aucune selle, toux plus fréquente, râles fins. Révulsif sur le thorax. Potion au benzoate d'ammoniaque. Teinture d'helianthus, quatre grammes. Le 20, T. R. 37°4, les râles fort réduits, diarrhée éteinte. Même traitement. Le 21, T. R. 37°, langue nette. J'insiste sur la teinture. Celle-ci ne cessa guère d'être administrée jusqu'au 30 à la dose journalière de trois grammes, la température restant toujours autour de 37°, en même temps que les fonctions gastro-intestinales se régularisèrent définitivement et les accidents bronchiques se dissipèrent également. Tout était rentré dans l'ordre, lorsque le 9 décembre suivant des crises asthmatiques éclatent accompagnées de fièvre et de troubles gastro-intestinaux. Cette fois, sous l'influence des fortes chaleurs d'été, la température resta plus longtemps au-dessus de la normale de façon que les doses de la teinture furent progressivement élevées à seize grammes par vingt quatre heures, tout en m'adressant à l'iodure de potassium pour combattre les accidents de l'adénopathie bronchique.

Bref, le 5 janvier, la température était à 37°4 et l'état général fort satisfaisant, je suspends le traitement. Cependant on me le ramène le 14 janvier, en proie à une autre crise asthmatique survenue à la suite d'un refroidissement, et accompagnée de nouvelles manifestations malariennes fébriles. Je recours alors à la teinture d'helianthus à la dose de seize grammes élevée, le 21, à celle de dix-huit grammes. La température, qui oscillait autour de 38°, finit par descendre à 37°, en même temps que les autres accidents du côté digestif disparaissaient tout à fait. A côté de l'helianthus j'ai eu recours à l'emploi du salol, de la pyridine et à l'iodothérapie réclamées par la diarrhée et par les accidents adénopathiques concomitants.

Obs. XI. — Auguste, trois ans et quatre mois; 26 septembre 1892. Hérédo-syphilitique, rachitique, très arriéré. Vers deux ans et demi variole suivie de paraplégie et d'aphasie. Depuis seize jours, des accès de fièvre débutant vers quatre heures de l'après-midi et disparaissant vers le matin suivant. L'élévation thermique précédée de l'hypothermie périphérique avec cyanose péri-unguéale et accompagnée à son déclin de sueurs profuses. Au cours des accès des coliques, soif vive et de la prostration. Appétit bizarre, polyurie, insomnie, jactilation pendant la nuit, pâleur et maigreur. Langue sèche et chargée, ventre rétracté, rate très augmentée, âpreté respiratoire des deux côtés. Habitation dans un endroit fort marécageux. Calomel. Extrait d'helianthus quatre grammes. Le 28, T. R. 37°4, rate assez réduite, respiration normale, langue plus nette. Pas d'accès la nuit dernière. L'extrait fut administré quelques jours encore, la fièvre n'ayant plus reparu.

Obs. XII. — Eugène, sept ans; 27 février 1891. Hérédo-syphilis, rachitisme. Fièvre rémittente aux maxima vespéraux précédés du refroidissement des extrémités. T. R. 39°, Peau sèche, langue chargée, anorexie, diarrhée datant de plusieurs jours, foie augmenté, ventre ballonné. Antipyrine. Calomel. Teinture d'helianthus, douze grammes. Le 28, T. R. 37°. Foie encore un peu gonflé. Teinture d'helianthus; le remède fut administré jusqu'au 7 alors que la chaleur se trouvait à 37°, l'appétit relevé et les selles diarrhéiques avaient cessé à l'aide d'une nouvelle dose de calomel. Le 13 avril, la fièvre reparaît accompagnée du gonflement du foie, de l'embarras gastrique et précédée des symptômes de l'adénopathie trachéo-bronchique. T. R. 39°4. Calomel. Teinture d'helianthus, quatorze grammes. Le 16, T. R. 37°8. Le 18, T. R. 36°6. Les râles bronchiques très amendés, langue assez nette, fonctions digestives rétablies. On interrompt la teinture. Le 4 mai, un nouvel accès éclate avec de l'état saburral, mais encore cette fois la teinture d'helianthus à la dose de douze grammes en eut promptement raison.

Obs. XIII. — Cordolina, huit ans; 26 août 1892. Accès de fièvre depuis une semaine compliquée de diarrhée, d'embarras gastrique, d'engorgement hépatique et splénique. Calomel suivi de quinze grammes de teinture d'helianthus. Le 28, le médicament ayant été prématurément interrompu la veille, l'accès se présente pendant la dernière nuit. Je reprends la teinture à la dose de vingt grammes et la fièvre ne revient plus en même temps que le foie et la rate reprennent leurs dimensions normales et les fonctions digestives se rétablissent.

Obs. XIV. — Garçon, huit ans; 28 novembre 1891. Hérédo-syphilitique, cachectique, rachitique et atteint depuis l'âge de quatre ans de crises asthmatoïdes. Fièvre intermittente à plusieurs reprises. Fièvre depuis la veille, T. R. 38°, foie et rate gonflés, langue fort chargée, constipation. Calomel. Teinture d'helianthus, vingt grammes. Deux jours après, la chaleur baissait définitivement à la normale, les deux viscères retournaient à leur volume physiologique et l'état saburral se dissipait, le traitement ayant été interrompu le 2 décembre. Dix jours plus tard on pouvait s'assurer de la persistance du résultat ci-dessus.

Obs. XV. — Elelvina, huit ans et demi, 25 mars 1891. Habite l'un des quartiers les plus sévis par la malaria. Dès longtemps, diarrhée, faiblesse de l'appétit, céphalée, prostration, ballonnement du ventre, accès vespéraux très marqués, se terminant par des sueurs profuses. T. R. au moment de l'accès 40°, Calomel. Teinture d'helianthus douze grammes. La nuit dernière accès fort amendé, mais la chaleur reste autour de 38°. Teinture quinze grammes. A partir du 30, la chaleur s'abaisse et les accès ne revinrent plus dans la nuit. Le 2 avril, il n'en restait qu'au tout léger état saburral et deux selles pâteuses par jour, je suspends l'extrait et je recours aux collutoires avec une solution de résorcine et à un julep au salicylate de bismuth.

Obs. XVI. — Le 4 mars 1891, je reçois dans mon service une fillette de neuf ans, rachitique, portait des stigmates d'hérédo-syphilis, et atteinte de fièvre depuis quatre jours. Il y avait de l'anorexie, de l'état saburral, de l'engorgement du foie et des selles diarrhéiques. Le traitement par l'emploi de la teinture d'helianthus à la dose de douze grammes en eut complètement raison dans le court délai de quatre jours.

Obs. XVII. — Otilia, neuf ans; 10 décembre 1890. Infection palustre se traduisait par des accès vespéraux précédés du refroidissement des extrémités, d'anorexie, d'embarras gastrique. La teinture d'helianthus est donnée à la dose de dix grammes portée jusqu'à celle de quatorze grammes. La température qui oscille d'abord entre 37°6 et 38°8, s'amende ensuite, et à dater du 15 décembre ne se releva plus. Nonobstant la teinture fut administrée jusqu'au 4 janvier.

Obs. XVIII. — Herminia, onze ans; 30 janvier 1891. Faible, pâle, maigre, rachitique, aux dents érosées. Langue très chargée, inappétence, constipation, foie assez augmenté et douloureux, rudesse respiratoire mais sonorité thoracique physiologique. Depuis plus d'une semaine, fièvre à type intermittent, accès au lever du jour se terminant par des sueurs abondantes. T. A. 37°5. Calomel. Le 31, T. R. 37°6, foie plus dégonflé. Teinture d'helianthus, dix grammes. Le 3, T. A. 37°2, état général beaucoup amélioré, retour des forces. Teinture employée presque sans interruption. Le 7, T. A. 37°8, foie quelque peu engorgé. Le 11, T. A. 37°, les accès ne reparurent plus, réduction du foie à ses dimensions normales, relèvement des forces.

Obs. XIX. — Olympia, onze ans; 16 décembre 1890. Malaria à partir de quelques jours. Hier soir, frissons suivis d'élévation de la chaleur à 40° jusqu'au point du jour. Quelques râles bronchiques, céphalée, selles diarrhéiques datant de cinq jours, douleurs rhumatoïdes, splénalgie. T. A. 37°6. Abattement. Teinture d'helianthus, 12 grammes. Amélioration immédiate. Le 22, T. A. 37°, langue nette, diarrhée presque éteinte, disparition de la splénalgie, céphalée très amendée. Toujours la teinture. Le 23, la chaleur remonte à 38° sans aggravation des autres symptômes. La dose de la teinture est portée à douze grammes. Le 24, T. A. 37°, selles moulées. On répète la teinture. Le 2 janvier il ne restait plus de traces de la malaria, je suspends l'emploi de la teinture.

Obs. XX. — Marie, onze ans; 11 mai 1892. Depuis une semaine, à la suite d'un érysipèle de la face, apparition des accès de fièvre la nuit accompagnés de transpiration et de toux grasse. Pâleur, maigreur, sur la tempe droite les traces d'une gourme originaire de l'érysipèle. Langue très chargée, foie et rate engorgés, deux selles pâteuses journalières, T. A. 37°8. Râles sonores épais. Signes physiques d'adénopathie bronchique. Calomel. Extrait d'helianthus, cinq grammes. Le 24, T. A. 37°5, interruption par mégarde du traitement pendant les trois derniers jours. J'insiste sur son emploi. Malgré nouvelle interruption par négligence de l'infirmière les accès ne se renouvelèrent plus; je substitue l'extrait par de l'arsenic. Le 30, léger accès la veille au soir, je reprends l'extrait, qui fut poursuivi quelques jours encore en amenant la cessation définitive des accès (1).

(*A suivre.*)

(1) Le mémoire de M. le docteur Moncorvo qui sera publié *in extenso* renferme soixante et une observations. Nous n'en avons inséré que vingt qui suffisent à justifier les conclusions de l'auteur.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Cas d'atrophie musculaire au cours de la paralysie générale (Fall von Muskelatrophie bei progressiver Paralysis), par Rubet (*Münch. med. Woch.*, 10 septembre 1895). — Le malade, âgé de trente-cinq ans, ni syphilitique, ni alcoolique présente depuis 1893, les symptômes suivants: de la faiblesse, des vertiges, des bourdonnements d'oreille; des douleurs fulgurantes dans les cuisses. Son caractère a changé. Il est devenu très excitable, se met en colère, a des crises de larmes. Un médecin constatait à cette époque de l'inégalité pupillaire avec signe de Robertson, abolition des réflexes patellaires, léger degré d'ataxie dans les extrémités inférieures, troubles de la parole et de l'intelligence. On fit le diagnostic de tabes avec paralysie générale.

A ces phénomènes se sont ajoutées dans la suite des idées délirantes, des impulsions. Un état de démence assez avancé apparut. La sensibilité tactile est partout diminuée. L'ataxie est devenue plus manifeste.

L'auteur a vu le malade en 1894, il constata alors une atrophie du sterno-mastoïdien droit, des deux pectoraux, du triceps brachial de chaque côté, une atrophie légère, du sterno-mastoïdien gauche, des deux rhomboïdes, etc. Cette atrophie avait déterminé une parésie notable. Les muscles atrophiés présentaient des contractions fibrillaire. L'excitabilité galvanique et faradique est diminuée. On a constaté également la réaction de dégénérescence.

L'auteur fait remarquer que dans les cas déjà signalé, d'atrophie musculaire au cours de la paralysie générales c'étaient les muscles de la main qui étaient pris, tandis que dans le cas actuel ce sont les muscles de la ceinture scapulo-humérale. Les lésions qu'on a trouvées dans des pareils cas sont fort variables; tantôt lésions de la corne antérieure, tantôt altération des nerfs périphériques, tantôt absence des lésions nerveuses.

Troubles du nerf trijumeau au cours des paralysies oculomotrices, par Benoit (*Revue de médecine*, juillet et août 1895). — L'auteur attire l'attention sur la fréquence relative des paralysies oculo-trigémellaires et après avoir commenté les observations relatives à cette question, il croit pouvoir tirer quelques conclusions générales que nous nous contenterons de résumer. Les paralysies oculo-trigémellaires, quand elles existent chez le même individu, peuvent être totales, c'est-à-dire que la paralysie porte sur tous les muscles innervés par les oculo-moteurs et sur toutes les branches du trijumeau ou bien dissociées et incomplètes. Les muscles masticateurs peuvent être paralysés avec ou sans atrophie ou atrophiés sans paralysie. Les lésions du trijumeau peuvent déterminer, en dehors de l'anesthésie et de la paralysie motrice, des troubles trophiques et vaso-moteurs. Au point de vue de la localisation de la lésion qui détermine les paralysies oculo-trigémellaires, on peut admettre trois types cliniques: 1° le type basilaire où la lésion siège à la base du crâne. Dans ce cas les ophthalmoplégies sont totales ou bien elles portent tantôt sur un nerf moteur, tantôt sur un autre. Le trijumeau est également pris dans sa totalité ou dans une ou deux de ses branches. 2° Le type nucléaire diffus dans lequel les lésions siègent sur les noyaux et les faisceaux bulbaires d'une manière non systématique. Ce type, moins bien défini que le précédent, se caractérise par des ophthalmoplégies qui peuvent être totales, mais qui affectent le plus souvent la forme dissociée. Le trijumeau de son côté est lésé partiellement. 3° Le type moteur dont la lésion est une affection systématique des noyaux des noyaux moteurs. Les ophthalmoplégies sont par conséquent nucléaires. On rencontre très fréquemment dans ce type la paralysie faciale. Le tableau symptomatique correspondant de ce type a été désigné par certains auteurs sous le nom de polio-encéphalomyélite et par J. Charcot et Marinesco sous le nom de paralysie bulbaire supérieure du type descendant.

Diplégie spamodique cérébrale (Ueber zwei Fælle von spastica cerebralis oder doppelseitiger Athetose), par

Oppenheim (*Sonderabruck aus der Berl. klin. Woch.*, 1895, n° 34). — Il s'agit d'une femme âgée de trente et un ans et de sa fille âgée de dix ans seulement. La mère présente depuis sa naissance des troubles moteurs portant sur les extrémités des membres, la mâchoire, la langue, sur les muscles de la déglutition et du larynx et sur les muscles du tronc.

Ces troubles consistent dans une association de paralysie spasmodique et athétosique.

Seuls les muscles des yeux sont restés intacts.

La malade entend très bien, cependant elle est muette. Elle ne peut proférer aucun mot et ce mutisme contraste avec le parfait état de son ouïe et de son intelligence.

Chose remarquable : lorsque la malade pleure ou rit, elle émet des sons. Elle comprend tout ce qu'on lui dit, mais ne sait naturellement ni écrire, ni lire.

La déglutition et la mastication s'effectuent lentement, avec une certaine difficulté.

La musculature de la langue et des lèvres est normale, elle réagit normalement à l'excitation électrique.

Le fond de l'œil est normal. Les mains sont d'habitude fermées. Les mouvements de la main ont un caractère spasmodique, ils sont lents et ne vont pas tous coordonner en vue de leur but. Ces mouvements athéthosiques n'apparaissent pas tant que la main est fermée.

Les pieds sont en varus-équin. La marche est spasmodique. La colonne vertébrale est déformée, probablement par suite de la contracture des muscles dorsaux. Les sphincters fonctionnent normalement.

La malade était née à terme après un accouchement difficile. Elle a commencé à marcher à l'âge de six ans.

La fille de la malade est en quelque sorte le pendant de sa mère ; cependant, chez elle, les troubles sont un peu moins accentuées ; depuis un an elle parle un peu, mais il y a de la dysarthrie. Elle présente du trismus, des troubles de la déglutition. Fréquemment, elle est prise de hoquet et en même temps tous les muscles de son corps sont le siège de crampes toniques.

Il s'agit donc d'un cas de diplégie cérébrale spasmodique héréditaire. On ne peut rien dire de précis sur l'anatomie pathologique de ces diplégies : il s'agit probablement de lésions cérébrales affectant de préférence les zones motrices des deux hémisphères. Ces lésions auraient débuté pendant la vie intra-utérine ou pendant les premiers temps de l'enfance. Par analogie avec des affections donnant lieu à des symptômes du même ordre, on peut supposer qu'il s'agit de lésions appartenant à l'ordre de la porencéphalie, de la sclérose avec atrophie du cerveau, ou d'une affection plus rare, la microgyrie. L'auteur a déjà publié un cas très intéressant de paralysie spasmodique double avec mouvements athétosiques et des symptômes de paralysie glosso-labio-laryngée. Les lésions trouvées à l'autopsie consistaient en porencéphalie et microgyrie.

MÉDECINE

De la toxicité urinaire dans la variole, par B. Auché et Jonchères (*Revue de médecine*, juin 1895, p. 457). — Dans la variole discrète, la quantité absolue des urines est très variable d'un malade à l'autre; la courbe urinaire est beaucoup plus comparable : relativement élevée à la période d'éruption, elle s'abaisse à la période de suppuration et s'élève au moment de la défervescence; chez quelques malades, il y a une véritable crise urinaire. La toxicité urinaire dans la variole se tient aux environs de la normale au stade d'éruption; elle diminue, et quelquefois d'une façon considérable, pendant la fièvre de suppuration, augmente très notablement au moment de la défervescence et revient ensuite à la normale au bout d'un, deux ou trois jours. Assez souvent, il y a, à ce moment, une véritable décharge urotoxique correspondant assez exactement à la crise urinaire. Quand il survient des complications fébriles pendant la convalescence, la toxicité urinaire diminue de nouveau, pour augmenter au moment de la chute thermique. Le délire de la période aiguë de la variole est vraisemblablement un délire toxique et dans un cas les auteurs l'ont vu suivre exactement les mêmes oscillations que la toxicité urinaire. Dans la variole hémorrhagique d'emblée, la courbe et la toxicité urinaires baissent jusqu'à la mort.

Péricardite urémique (Un nuovo caso di pericardite uremica), par S. Dessy (*La Riforma medica*, 1er mai 1895, p. 316). — Femme de soixante-huit ans, morte avec de l'anasarque; légère augmentation du liquide péricardique, les deux feuillets du péricarde ont perdu leur transparence, présentent de petites ponctuations rougeâtres, et par places de minces stratifications fibrineuses; petites végétations thrombosiques sur les valves de la mitrale; artério-sclérose; petit rein blanc granuleux; on ne peut dénoter de bacilles ni par l'examen microscopique, ni par la culture du liquide péricardique, de l'exsudat et des végétations endocardiques.

Maladie d'Addison (Contributo alla patologia del morbo di Addison), par C. Gioffredi et A. Zinno (*La Riforma medica*, 15 et 16 avril 1895, p. 146 et 159). — La toxicité des urines est un peu augmentée dans la maladie d'Addison; à certains moments on voit pendant quelques jours une augmentation de la toxicité urinaire coïncider avec une diminution de la quantité d'urine. Ces constatations sont en faveur de la théorie auto-toxique de la maladie d'Addison.

Influence des gastropathies sur la nutrition générale (Influenza delle gastropatie ed in ispecie del cloro gastrico zulla nutrizione generale), par A. Ferrannini (*La Riforma medica*, 14 et 15 mai 1895, p. 447 et 458). — Les gastropathies influencent le degré d'alcalinité du sang et par suite celui de l'urine, la quantité de chlore circulant dans le sang, celle qui est éliminée par les urines et la nutrition générale, moins par les variations pathologiques de la quantité d'acide chlorhydrique sécrétée par le suc gastrique que par l'état de la motilité gastrique et les variations du pouvoir dialyseur du suc gastrique. Sauf le cas de vomissements très abondants, quand la motilité gastrique est intacte, une hyperchlorhydrie, même très accusée, ne parvient pas à diminuer l'acidité totale et le chlore urinaire total et ne modifie que peu le reste de la nutrition générale; ce résultat se produit si, au lieu d'hyperchlorhydrie, il y a de l'hypochlorhydrie ou de l'achlorhydrie. Au contraire, quand il y a un notable affaiblissement de la motilité gastrique, l'hyperchlorhydrie même si elle n'est pas très intense, a pour conséquence une diminution de l'acidité ou des chlorures de l'urine, d'autant plus qu'alors le chlore gastrique a un pouvoir dialysant inférieur à la normale et cette perturbation dans les échanges du chlore est un des modes les plus importants par lesquels les chlorures agissent dans ces cas sur la nutrition générale de l'organisme en la déprimant.

CHIRURGIE

Névralgie faciale et lipomes symétriques (Caso di nevralgia facciale e di lipomi simmetrici), par A. Salomoni (*Riforma medica*, 5 et 6 juin 1895, p. 663 et 674). — Femme de cinquante-sept ans, dont la mère a eu des lipomes multiples sur les membres et le tronc, et les cinq sœurs des lipomes aux bras; début des lipomes à dix-huit ans sur l'avant-bras gauche, puis sur les autres parties des membres; à quarante ans, début de la névralgie faciale à type de tic douloureux vingt lipomes de volume variable symétriquement disposés sur les membres supérieurs; un à la région sacrée.

Inconvénients de l'excision du mésentère dans les opérations de hernie (Inconvenienti postumi delle escissioni di omento nelle operagioni d'ernia inguinale), par E. Scafi (*Riforma medica*, 27 février 1895, p. 578). — Sur trente-deux opérations de hernie avec excision du mésentère, l'auteur a observé quatre fois une inflammation de moignon se traduisant par des douleurs avec tuméfaction considérable, parfois de la constipation. Il pense qu'il faut limiter la résection du mésentère aux cas où elle est absolument indispensable et que, dans ces cas, il vaut mieux avoir plusieurs petits pédoncules isolés plutôt qu'un seul volumineux, au niveau duquel il se forme un exsudat inflammatoire considérable.

Du cancer colloïde du péritoine, par Claude et Lévi (*Arch. gén. de méd.*, août 1895, p. 151). — Le cancer colloïde est essentiellement le cancer de la séreuse péritonéale. Il peut débuter dans le tissu sous séreux ou même interstitiel d'un organe abdominal, de l'estomac en particu-

lier, mais il y produit relativement peu de lésions et ne s'y développe que lentement. Au contraire, quand il arrive au péritoine, il s'étend bien plus rapidement, à la presque totalité de la séreuse, envahit les épiploons, détermine la formation de granulations sur le revêtement séreux des organes, dont la trame reste intacte en général; seuls les ovaires sont fréquemment infiltrés dans leur totalité. La propagation se fait surtout par continuité, par une sorte de greffe des éléments cancéreux plutôt que par propagation suivant la voie lymphatique. L'intégrité fréquente des ganglions et des séreuses voisines semble venir à l'appui de cette hypothèse.

Lésions ostéomyélitiques expérimentales provoquées par le bacterium coli commune, par Akerman (*Arch. de méd. expér.*, mai 1895, p. 329). — Le coli-bacille injecté dans les veines d'un jeune lapin peut produire des lésions inflammatoires du système osseux, ressemblant par beaucoup de caractères à celles que produisent expérimentalement et cliniquement les microbes de la suppuration. Ces lésions consistent d'abord en infiltration des cellules embryonnaires dans les parties molles des os, puis en amas cellulaires dans la moelle et dans le tissu spongieux, enfin en foyers ramollis et en abcès circonscrits sous le périoste ou dans l'intérieur de l'os. Elles prédominent dans la région juxta-épiphysaire et dans l'épiphyse correspondante, sont presque toujours multiples, unipolaires ou bipolaires, occupent de préférence l'extrémité inférieure du fémur et l'extrémité supérieure du tibia. Elles correspondent aux formes aiguës de l'ostéomyélite suppurative, mais il en est qui se rapprochent plutôt des formes chroniques et sont alors surtout circonscrites et peu nombreuses et peuvent aboutir à la nécrose. Pour obtenir des lésions ostéomyélitiques, il faut injecter une dose de bacterium coli plus forte que si on emploie les microbes de la suppuration, et encore les effets pathogènes sur le système osseux sont-ils moins accusés et se développent-ils plus lentement.

Kyste hydatique du foie et du poumon droit (Relazione sopra un caso di cisti da echinococco del fegato e del polmone destro), par Allora (*Giornale di Accad. di medic. di Torino*, janvier 1895, p. 37). — Jeune berger de onze ans, malade depuis un an; fièvre, cachexie, tuméfaction de l'hypochondre droit, saillie et immobilité de la portion droite du thorax en arrière, suppression des vibrations et du murmure vésiculaire, pas de souffle. Ponction de la tumeur hépatique; un mois plus tard, ponction du kyste thoracique; guérison.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Compte rendu du service chirurgical des enfants de Bucarest pour les années 1893 et 1894, par le Dr G. Romniciano.

M. Romniciano appartient à la catégorie, trop rare encore, des chirurgiens qui publient leurs statistiques intégrales. C'est le seul moyen pour juger la valeur des opérations et des opérateurs. Dans le cas actuel, nous ne pouvons que féliciter M. Romniciano des bons résultats par lui obtenus. A ces notes statistiques, M. Romniciano a ajouté quelques études, toutes courtes et claires, sur divers sujets de prédilection. Citons au hasard l'ostéite de croissance et l'ostéomyélite, le bec-de-lièvre, la pleurésie purulente, etc. Sur tous ces points, M. Romniciano expose simplement sa pratique, qui est celle d'un chirurgien instruit, adroit et antiseptique.

L'opération du trépan, par Félix Terrier, professeur à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Bichat, membre de l'Académie de médecine, et M. Péraire, ancien interne des hôpitaux de Paris, assistant de consultation de chirurgie à l'hôpital Bichat. (1 volume in-12, cartonné à l'anglaise, avec 222 gravures dans le texte, 4 fr. — Félix Alcan, éditeur.)

La plupart des matériaux qui ont servi à la rédaction de ce travail ont été réunis par M. le professeur Terrier pour ses leçons de médecine opératoire professées à la Faculté de médecine de Paris en 1894. Ces leçons ont été revues et complétées pour être encore aujourd'hui au courant de la chirurgie.

L'ouvrage est divisé en quatre partie: la première est un aperçu succinct de l'histoire de la trépanation du crâne dans les temps préhistoriques, dans l'antiquité, le moyen-âge et l'époque moderne.

La deuxième partie est consacrée à une description rapide des circonvolutions et des localisations cérébrales, suivie de l'étude de la topographie crânio-cérébrale, c'est-à-dire de l'examen des rapports que les diverses régions des circonvolutions affectent avec les parois osseuses du crâne.

La troisième comprend le manuel opératoire et la description des instruments actuellement employés; les auteurs se sont étendus sur les opérations nouvelles destinées à remplacer, jusqu'à un certain point, l'opération classique du trépan, ou à la compléter.

Enfin la quatrième partie contient un tableau des indications et des contre-indications de l'opération du trépan.

Les dessins, dus pour la plupart à M. Péraire, reproduisent les instruments utilisés pour ces opérations; la partie anatomique est également éclairée par de nombreuses gravures.

VARIÉTÉS

Assemblée générale du syndicat des Médecins de la Seine. — Le Syndicat des Médecins de la Seine, qui compte aujourd'hui plus de six cents membres, a tenu son Assemblée générale annuelle le 24 novembre à la Faculté de Médecine, sous la présidence du Dr Albert Le Blond.

Après la validation des nouveaux adhérents, le Président prononce un discours où il retrace les difficultés actuelles de la profession médicale, et montre la nécessité pour les médecins de s'agréger au syndicat pour faire face aux collectivités et sociétés coopératives qui s'accroissent chaque jour.

Le Dr Birabeau, Secrétaire général, fait un exposé des travaux de l'année qui est couvert d'applaudissements.

Après le compte rendu financier, le Dr de la Jarrige expose le différend survenu entre le maire et les médecins de Montreuil.

Puis le Dr Abadie traite de la question des cliniques et policliniques et s'élève contre les subventions accordées à celles-ci.

Le Dr Tison émet le vœu *qu'il ne soit reçu aucun malade payant dans les hôpitaux.*

Le Dr Tolédano demande *la suppression de la Maison Dubois.*

Le Dr Gourichon demande à l'Assemblée générale de faire connaître son sentiment au sujet des subventions accordées aux policliniques, et d'adopter le vœu *que les allocations faites à ces établissements privés par le Conseil général et le Conseil municipal soient supprimées.*

Ces trois propositions sont adoptées à *l'unanimité.*

Sont élus :

Présidents d'honneur : MM. Brouardel et Le Baron; *Président* : M. A. Le Blond; *Vice-Président* : M. Savornin; *Secrétaire général* : M. Birabeau; *Trésorier* : M. Philippeau.

Membres du Conseil : MM. Bazy; Bellencontre; Berthod; Bonnecaze (Armand); Duchesne (Léon); Gourichon; Guinard, Lévêque-la-Croix; Noir (Julien); Philbert.

Conseil académique. — A la dernière séance du Conseil, M. Brouardel, doyen de la Faculté de médecine, a annoncé que le nombre des étudiants a été en 1894-95 de cinq mille quatre cent quarante-cinq; il sera cette année de près de six mille. On compte à la Faculté huit cent soixante-dix-neuf étrangers hommes et cent soixante-sept étrangères. Sur huit mille deux cent trente-huit examens subis, il y a eu mille trois cent quatre-vingt-quatorze ajournements. Mille trois cent quarante-huit élèves ont pris part aux travaux de dissection à l'école pratique, et deux cents à Clamart. Le stage dans les hôpitaux est assuré; aucun étudiant ne quittera la Faculté sans avoir fait deux ans et bientôt trois ans de stage. Ce qui préoccupe M. Brouardel, c'est la situation des services matériels qui sont pourvus de crédits insuffisants, et notamment celle de la bibliothèque. Il faut espérer que les pouvoirs publics consentiront les sacrifices qu'il n'est plus possible de retarder.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

BULLETIN

Les commissions administratives hospitalières et le corps médical.

Ce n'est pas seulement à Paris, c'est un peu partout que les administrations hospitalières traitent les médecins comme des employés municipaux que l'on nomme en tenant plus de compte de leurs opinions politiques que de leurs titres ou de leur savoir, que l'on révoque dès qu'ils ont cessé de plaire. Le nombre s'accroît chaque année des réclamations que motive l'arbitraire des décisions administratives.

Dans la Manche, c'est un maire qui supprime brusquement l'allocation annuelle de deux cents francs accordée au médecin de l'hospice sous prétexte qu'un autre médecin s'étant établi dans la même localité devra être appelé à assurer à son tour le service médical des indigents. « Le service médical de l'hospice, dit la délibération de la commission administrative, sera fait par tous les médecins de la localité. Ils seront payés à la visite, sur leur demande, d'après le tarif de l'assistance médicale fixée par le département. »

En vain, le médecin frappé par cette décision proteste-t-il en faisant remarquer qu'à diverses reprises déjà deux médecins se sont trouvés en exercice dans la localité et que l'on n'a jamais songé à priver de sa très modique allocation le médecin de l'hôpital. En vain, l'Association des médecins de la Manche multiplie-t-elle les démarches auprès de l'Administration centrale. Le préfet approuve la délibération de la commission administrative.

Dans les Ardennes, le docteur L... est depuis vingt ans chargé du service hospitalier et reçoit une indemnité de deux cents francs. Un autre médecin, le docteur R... est attaché à l'hospice en qualité de suppléant mais sans allocation aucune. Le docteur L... a l'audace de se présenter au Conseil général contre le maire de sa commune, président de droit de la commission administrative de l'hospice. Aussitôt, celui-ci nomme à sa place le docteur R... Justement indigné de cet acte, qu'il considère comme illégal puisque la délibération qui le remplaçait dans ses fonctions n'avait pas été approuvée par le préfet, le docteur L... proteste. La commission administrative se réunit de nouveau et prend la délibération suivante :

« Considérant que les conflits les plus regrettables se sont élevés entre les médecins de l'hospice-hôpital et qu'il est urgent de mettre fin à une situation essentiellement préjudiciable aux malades comme au bon fonctionnement des services généraux de l'établissement ;

» Arrête :

» ARTICLE PREMIER. — M. le Dr R... est nommé médecin en chef de l'hôpital de..., avec deux cents francs d'appointements.

» ART. II. — M. le Dr L... demeure également attaché au service médical, mais exclusivement en ce qui concerne les malades qui auraient exprimé le désir formel d'être traités par lui, avec vingt-cinq francs de traitement annuel. »

Et le préfet approuve cette délibération.

Voici donc un médecin qui n'est pas révoqué, qui n'est pas jugé indigne puisqu'on le maintient avec le titre de médecin de l'hospice, mais à la place de qui on fait passer son suppléant et à qui on fait l'injure d'offrir vingt-cinq francs par an pour assurer le traitement de ceux qui réclameront ses soins.

Dans la Marne, la Commission administrative d'un hôpital se réunit pour nommer trois médecins adjoints. Elle élimine un ancien interne des hôpitaux, licencié en droit, lauréat de thèse, reçu docteur en 1880, pour choisir un médecin diplômé depuis moins d'un mois et non encore domicilié dans la localité puisqu'il n'exerçait que comme remplaçant d'un confrère malade.

Dans la Seine-Inférieure, dans plusieurs autres départements, des faits semblables sont signalés. Justement émus des dénis de justice dont ils sont victimes les médecins protestent. Ils s'adressent au Conseil général de l'Association ou aux syndicats pour faire appuyer leurs protestations. Mais celles-ci arrivent toujours au moment où rien n'est plus à tenter près des autorités administratives.

Ce qu'oublient, en effet, nos confrères, c'est qu'ils sont

placés sous le régime de la loi du 7 août 1851 dont l'article 14 donne aux commissions administratives des hôpitaux le droit absolu de nommer les médecins et même de les révoquer à la condition, lorsqu'il s'agit de révocation, de faire approuver leurs délibérations par le Préfet du département.

Dans ce dernier cas, si l'injustice est trop criante, on pourrait à la rigueur obtenir du préfet l'annulation d'une décision administrative. Il faudrait dans ce but agir d'urgence au ministère de l'Intérieur. Lorsqu'il s'agit de la nomination d'un médecin aucun recours n'est possible. La commission administrative de l'hospice est toute puissante.

Plusieurs médecins ont proposé à titre de vœu que la loi de 1851 fût revisée et que tous les médecins des hôpitaux et hospices fussent nommés au concours. En 1888, sur le rapport de M. Bucquoy, l'assemblée générale de l'Association des médecins de France a reconnu que la loi était formelle et que l'abrogation de l'article 14 ne pouvait être obtenue sans de grandes difficultés. Elle a cependant voté les conclusions suivantes :

1° La mise au concours de toutes les places de médecins et de chirurgiens dans les hôpitaux est le mode de recrutement le plus juste et le plus favorable à l'intérêt des malades. Il y a donc lieu d'en demander l'application toutes les fois qu'elle sera possible.

2° L'Association générale croit que les sociétés locales peuvent et doivent user de leur influence auprès des commissions administratives pour qu'il soit tenu compte, quel que soit le mode de nomination, des droits acquis par les médecins adjoints.

Ces résolutions restèrent à l'état de vœu platonique.

Il résulte de ces précédents que le médecin d'hôpital reste à la discrétion des commissions administratives des hospices, qu'il est considéré par celles-ci comme un salarié, comme un employé qui n'a même pas le droit, la jurisprudence à cet égard est formelle, de se considérer comme chargé d'un service public. Le médecin désigné pour soigner les indigents, disent, en effet, les arrêts de la Cour, n'a pas reçu de la commune délégation d'aucune part de l'autorité publique qu'elle détient. Elle le paie uniquement afin qu'il exerce à l'égard des malades indigents sa profession de médecin.

Cette situation est avantageuse lorsqu'il s'agit de procès en diffamation ou autres qui peuvent être poursuivis devant la juridiction civile. Elle affirme de la manière la plus formelle que l'autorité administrative est souveraine pour nommer ou révoquer les médecins.

Comment ceux-ci arriveront ils à faire prévaloir des droits souvent indéniables? Une seule conduite pourrait amener un résultat utile. Ce serait l'union, l'entente absolue de tous les médecins d'une même localité ou d'une même région. Si, dans la Manche, où deux médecins étaient seuls en présence; dans les Ardennes où il en était de même, dans la Marne, etc., les médecins nommés en remplacement de leurs honorables confrères avaient refusé le poste qui leur était offert; si une Association locale quelconque, syndicale ou autre, avait le pouvoir légal ou moral de juger ces conflits d'attribution, bien des injustices pourraient être évitées. Mais il est bien évident que ce n'est point à Paris, ni au Conseil général de l'Association, ni au bureau de l'Union des syndicats que peuvent se régler les affaires de ce genre. Que nos confrères de province se préoccupent donc plus qu'on ne le fait d'ordinaire, de la nécessité absolue de vivre en bonne harmonie les uns avec les autres et de s'unir dans toutes les circonstances où ils auront à défendre leurs droits. Les médecins et les chirurgiens des hôpitaux de Paris ont été unanimes dans leurs protestations. Ils vont avoir gain de cause. Il en serait de même partout si l'on comprenait bien que la défense des intérêts généraux, de l'honnêteté et de la dignité du corps médical doit primer toujours les intérêts personnels de quelques-uns de ses membres.

L. LEREBOULLET.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Note sur deux kystes congénitaux du raphé génito-périnéal, par le Dr FÉLIX LEJARS, agrégé, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Les kystes congénitaux du raphé génito-périnéal ont fourni matière, dans ces dernières années, à d'assez nombreuses publications; je citerai simplement le fait de MM. Heuyer et Darier (1), celui de M. Paul Reclus, rapporté ici même (2), et reproduit dans la thèse de M. Marchadier (3), d'autres encore, recueillis par M. Redard (4), par MM. Balzer et Souplet (5). Dans un excellent mémoire, qui représente la première monographie complète, M. Mermet (6) a eu le mérite de donner un cadre précis aux observations éparses et de grouper tous les kystes périnéaux, scrotaux, péniens, préputiaux, autour de deux cas personnels bien étudiés, sous leurs traits communs de siège, de structure et d'origine.

Pourtant l'ensemble des documents est encore trop peu considérable (M. Mermet n'a pu en réunir que vingt-trois faits, même « en tenant compte des observations anciennes, étiquetées sous divers noms »), pour qu'il ne soit pas utile de grossir le dossier. Si l'affection n'est, en somme, que d'importance restreinte, elle n'en suscite pas moins, en pratique, quelques problèmes intéressants, et, par certains côtés, elle touche à de grosses questions d'embryologie.

Des deux faits que nous avons recueillis depuis six mois, l'un n'aura guère qu'une valeur clinique : l'examen histologique a été forcément incomplet, par suite même des conditions anatomiques du kyste; mais l'étude « opératoire » en a été trop démonstrative, croyons-nous, pour qu'il ne vaille pas la peine d'être enregistré. Quant à notre second kyste, de volume anormal, il a pu être étudié à tous les points de vue, et il nous permettra de fournir un appoint aux données générales qui ressortent jusqu'ici de l'analyse des faits connus.

(1) HEUYER et DARIER, Kystes congénitaux du scrotum. *Bull. de la Soc. franç. de derm. et de syphil.*, 1890, T. I., p. 143 et 146.

(2) RECLUS, Kyste dermoïde du raphé périnéal et du scrotum. *Gaz. hebd.*, 1893, p. 323, et *Clin. chir. de la Pitié*, 1894, p. 450. — RETTERER, *Bull. de la Soc. de biol.*, 1893, p. 751.

(3) MARCHADIER, Kystes dermoïdes du raphé des organes génitaux externes. *Th. doct.*, 1893.

(4) REDARD, Sur un cas de kyste muqueux du prépuce. *Revue mens. des mal. de l'enfance*, 1890, T. VIII, p. 105.

(5) BALZER et SOUPLET, Deux observations de suppuration en trajet canaliculaire le long du raphé médian du pénis et du scrotum. *Bull. de la Soc. franç. de derm. et de syphil.*, 1893, T. IV, p. 155.

(6) MERMET, Les kystes congénitaux du raphé génito-périnéal. *Revue de chirurgie*, mai 1895, p. 382.

Voici notre première observation. Au cours de l'été 1894, un jeune garçon de treize ans nous est amené par ses parents qui s'inquiètent de la présence d'une grosseur en arrière du scrotum, grosseur dont ils se sont aperçus, il y a deux ans, à l'occasion d'un traumatisme, et qui, depuis, persiste et s'accroît lentement. De fait, il y a deux ans, l'enfant aurait reçu un coup de poing sur les bourses; une ecchymose s'en suivit, bientôt accompagnée de quatre ou cinq « petites tumeurs molles », des phlyctènes, sans doute, sur le côté droit du scrotum, et d'une autre, le long du cordon, à gauche. Tout cela disparut au bout d'un mois; mais il restait, et l'on trouve toujours, à la partie postérieure du scrotum, au niveau du raphé, qu'elle déborde à droite, une tumeur molle, indolente, un peu aplatie, grosse comme une noix.

Etait-ce un kyste sanguin, un reliquat de la contusion scrotale? L'hypothèse ne cadrait ni avec le siège de la petite tumeur, en arrière des bourses, à la limite antérieure du périnée, ni avec sa longue persistance (deux ans), ni avec ses autres caractères physiques; suivant toute vraisemblance, le traumatisme n'avait été, là encore, que révélateur, tout en activant l'accroissement du kyste, jusqu'alors inaperçu. C'était à l'idée d'un kyste, et d'un kyste séreux, à en juger par sa consistance, que nous nous arrêtions, en effet, et la coexistence d'un certain œdème profond du scrotum, d'un épaississement des cordons, de ganglions inguinaux un peu volumineux, nous laissait l'arrière-pensée qu'il s'agissait peut-être d'un kyste lymphatique et même d'un processus lymphangiectasique en évolution. Du reste, les parents se refusaient à toute intervention et me promettaient seulement de surveiller leur enfant et de me le ramener plus tard.

Ils me le ramenaient, en mars dernier. Cette fois, la situation était devenue très nette. Le kyste, toujours indolent, à peu près médian, avait grossi; il était du volume d'une grosse noix verte, il dessinait, à la région périnéo-scrotale, un relief des mieux accusés, il était aisément fluctuant. On me demandait d'intervenir.

Le 26 mars, je pratiquai l'ablation de la petite tumeur, à la cocaïne. Sous la peau incisée, j'aperçus la paroi grisâtre, à demi transparente, de la poche qui semblait fort mince : si mince, en effet, qu'aux premiers essais de décortication, elle se rompit et donna issue à une notable quantité, cinquante à soixante grammes peut-être, d'un liquide clair, séreux, tout semblable à celui d'une hydrocèle vulgaire, et qui, malheureusement, fut perdu. J'avais ouvert une cavité close, arrondie, de surface lisse et régulière; quant à la mince pellicule qui en formait la paroi, elle adhérait intimement aux tissus ambiants et surtout, dans la profondeur, à la lame fibreuse qui recouvre le bulbo-caverneux; aussi fut-il impossible de l'extraire autrement que par lambeaux. La plaie fut réunie; et, douze jours après, tout était terminé.

M. Charles Lévi, interne des hôpitaux, chercha à examiner les débris de la paroi : il reconnut qu'elle était de nature fibreuse et tapissée d'épithélium plat, à sa face cavitaire, mais il fut impossible d'obtenir des données plus complètes avec les rares matériaux d'examen que nous avait laissés une pénible dissection.

Ce premier fait prête donc à la discussion; pourtant le siège précis du kyste, ses adhérences profondes au bulbo-caverneux, son évolution ne laissent guère de doutes, à notre sens, sur sa nature. M. Mermet décrit, chez son second malade, trois petits kystes du raphé scrotal, dont le contenu était aussi : « séreux, transparent, clair comme de l'eau de roche (1) »; c'étaient là, pense-t-il (car l'ablation n'en a pas été faite), des kystes mucoïdes. Nous croyons que ce sera aussi dans cette variété que devra figurer le cas précédent (2).

Notre seconde observation a trait à un kyste dermoïde, des mieux caractérisés, comme en témoigneront les descriptions et les figures qui vont suivre.

Il s'agit d'un garçon de dix-huit ans, d'apparence robuste, et d'intelligence assez bornée, mais qui, pourtant, bien interrogé par M. Tissot, interne du service, nous fournit des renseignements curieux sur l'origine et l'évolution de sa tumeur périnéo-scrotale. Sans antécédents héréditaires, qui méritent d'être notés, appartenant à une famille nombreuse (trois sœurs, sept frères), dans laquelle il n'y a pas d'exemple de malformation congénitale, ce fut à l'âge de sept ans qu'il s'aperçut lui-même pour la première fois de l'existence d'une grosseur au-dessous des bourses; mais, dès sa naissance, sa mère aurait remarqué, dans la même région, « un petit point blanc ». Toujours est-il qu'à partir de sept ans, la tumeur aurait grossi assez vite : à dix ans, on inaugurait le traitement par une injection de teinture d'iode; le résultat fut, sans doute, médiocre, car, deux années plus tard, on avait recours à un moyen plus énergique — au séton. — Depuis lors, les deux orifices créés par le séton ne se ferment plus, et chaque matin, il servent au malade à « vider sa tumeur ». Cinq minutes sont nécessaires, en général, pour mener à bien cette petite opération journalière : la pression fait sourdre un liquide le plus souvent blanchâtre et laiteux, quelquefois limpide, très rarement sanguinolent; la quantité varie peu, mais il reste toujours, une fois

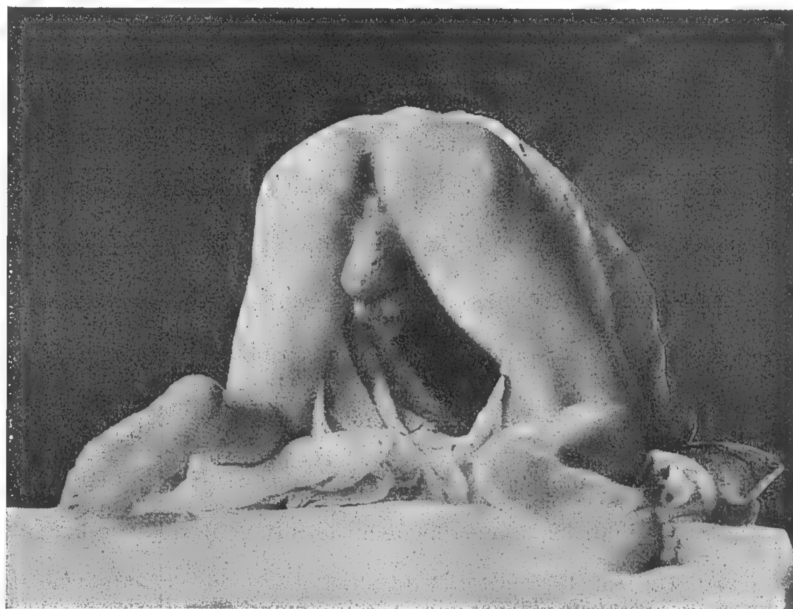


Fig. 1. — Kyste dermoïde du raphé génito-périnéal.

(1) Mermet, *Loc. cit.* p. 430.

(2) Willett a rapporté deux cas de petites tumeurs polykystiques du scrotum, à contenu transparent et séreux, observées l'une chez un enfant de neuf ans, l'autre chez un enfant de onze ans, mais qui paraissent relever d'un autre processus. (Edgar Willett, *Congenital Cystic disease of the scrotum, Trans. of the Pathol. Soc. of London*, 1893, t. XLIV, p. 107.)

l'évacuation terminée, « une petite bosse de la grosseur du pouce ». Pendant la journée, la tumeur se remplissait de nouveau, et, dès qu'elle devenait gênante pour la marche, le malade avait recours à la manœuvre dont nous venons de parler.

Il y a un mois, les orifices se bouchèrent subitement, et l'évacuation du liquide devint impossible. Dès lors la tumeur s'accrut très vite, elle devint grosse comme le poing, douloureuse, rouge à son sommet, et finalement elle s'ouvrit en donnant issue à une abondante quantité d'un liquide purulent, infect. C'est par cette nouvelle fistule que le contenu est, depuis, éliminé chaque jour

La figure 1 donnera une idée du volume du kyste il est gros comme un citron et dessine, en arrière et au dessous (dans la position horizontale) des deux testicules,

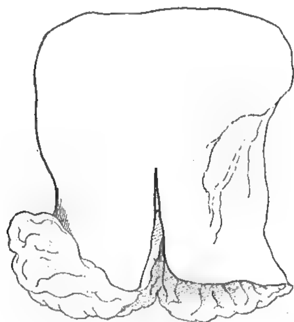


FIG. 2. — La poche kystique (1/3 grand. nat.).

une troisième bosselure, qui soulève la partie postérieure du scrotum et le raphé périnéal : on dirait un troisième testicule, médian, et beaucoup plus gros que les deux autres. Il est ovoïde, à grand axe vertical, bien libre sous la peau scrotale qui glisse à sa surface, et surmonté, à sa partie la plus saillante, d'un double orifice fistuleux, à bord rouge, à lèvres épaisses, par où suinte, à la pression, un liquide blanchâtre, extrêmement fétide. A peu de distance de ces deux fistules, de chaque côté, une cicatrice blanchâtre marque le passage du séton.

Au palper, la tumeur est bien circonscrite, bien isolée, peu tendue, fluctuante, et donne la sensation d'une hydrocèle à paroi épaisse et à demi remplie ; en haut, une sorte de pédicule du volume d'un gros crayon, assez dur, douloureux à la pression, semble la prolonger et va se perdre dans la profondeur, entre les branches ischio-pubiennes, vers l'anus. Ce pédicule est exactement médian: représente-t-il un prolongement véritable du kyste ou simplement des adhérences profondes qui se tendent sous le doigt et figurent une manière de racine, l'intervention nous le dira bientôt.

J'ajoute tout de suite que ces diverses explorations ne provoquent qu'une légère douleur ; que le toucher rectal n'apprend rien; que la miction est régulière ; enfin, que les testicules sont normaux et un peu petits, et que le reste des organes génitaux ne présente à l'examen aucune anomalie.

Le malade était entré à la Pitié, dans le service de M. le professeur Berger, que j'avais l'honneur de suppléer, le 13 août dernier : le 16, je pratiquai l'ablation de cette étrange tumeur qu'il était aisé de reconnaître pour un kyste dermoïde, fistuleux, du raphé périnéo-scrotal.

La poche fut d'abord vidée ; elle contenait un liquide louche, fétide, de couleur café au lait et mêlé de grumeaux noirâtres ; je note dès maintenant que ce liquide, examiné par M. Tissot, ne contenait pas d'autres éléments figurés que des globules de pus ; l'examen bactériologique n'aurait eu qu'un mince intérêt, la tumeur étant depuis longtemps fistuleuse et infectée. Ceci fait, j'incisai la peau sur toute la longueur du kyste, et, sans difficulté, j'en pratiquai la dissection et l'énucléation en masse : en haut, il tenait assez fortement, dans la profondeur, par une sorte de tractus blanchâtre, non canaliculé, que je sectionnai le plus loin possible : c'était le pédicule que je mentionnais tout à l'heure, mais qui ne représentait en aucune façon un diverticule du kyste. La peau du scrotum fut largement excisée tout autour des fistules, et la réunion complètement faite. Les suites de l'opération furent très simples, et, une quinzaine de jours après, le malade sortait guéri.

L'intérêt n'était pas là : il était tout entier dans l'examen de la tumeur enlevée. Elle constituait (fig. 3 et 4) une poche fermée de toutes parts, sauf au niveau des fistules, et dont la paroi, compacte, dense et rougeâtre, mesurait de six à huit millimètres d'épaisseur, en moyenne; la face interne, cavitaire était ridée et rappelait, par son aspect, les corrugations de la peau scrotale; ces plis témoignaient seulement de la distension qu'elle avait antérieurement subie, et de son défaut d'élasticité; elle ne présentait, d'ailleurs, ni brides ni aspérités, d'aucune sorte. La coupe était d'un gris rougeâtre, et cette teinte rougeâtre était surtout marquée dans les couches externes. En somme, l'aspect macroscopique était celui d'une membrane toute semblable à la peau, et j'ajoute, à la peau voisine, à la peau scrotale.

L'examen microscopique devait absolument confirmer ces premières données. Les coupes ont été pratiquées dans tous les points de la poche kystique, et partout elles ont donné des résultats à peu près identiques ; la figure 4 peut être considérée comme typique.

J'ai soumis ces coupes à l'examen de mon collègue et ami M. Retterer, dont la compétence est toute spéciale, en pareille matière ; il a bien voulu m'aider dans leur interprétation.

La face cavitaire de la membrane est recouverte d'une lame épaisse d'épithélium pavimenteux stratifié,

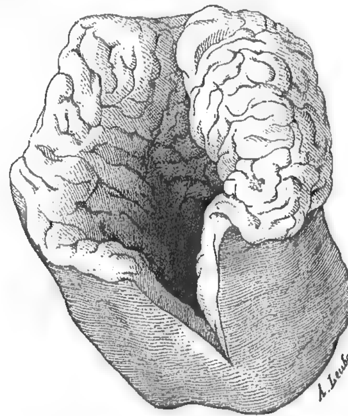


FIG. 3. — Kyste dermoïde ouvert. Epaisseur de la paroi. Corrugations de la face interne.

d'aspect tout semblable à celui de l'épiderme cutané, comprenant, comme lui, une couche muqueuse et une couche cornée. Cette dernière se distingue nettement du reste de l'épithélium comme une bande plus claire, très régulière et d'épaisseur à peu près uniforme, semée de ponctuations colorées qui figurent les noyaux. Les cellules de cette couche cornée sont toutes, en effet, nucléées, et leur noyau apparaît même sous les réactifs ordinaires, tels que le picro-carmin et l'hématoxyline.

Au dessous, le derme est lui-même composé de deux plans: 1° un plan superficiel, surmonté de nombreuses papilles, longues et vasculaires, et formé essentiellement

d'un feutrage peu serré de fibrilles conjonctives, et d'abondantes infiltrations de petites cellules, qui occupent toute la zone sous-papillaire, et qui font tache sur les coupes : selon toute vraisemblance, elles dénoncent le travail d'irritation inflammatoire, dont le kyste, fistuleux et suppuré, était depuis longtemps le siège; 2° un plan profond de texture fibreuse, dont les faisceaux sont, pour la plupart, concentriques à la cavité du kyste, et se mêlent çà et là de fibres élastiques : entre les faisceaux, on retrouve encore de nombreux amas de cellules jeunes, groupées autour des vaisseaux, dont la lumière est large et la paroi normale.

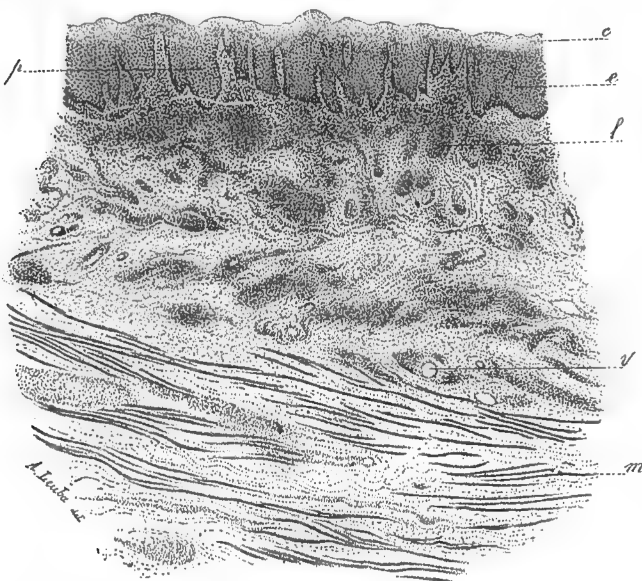


Fig. 4. — Coupe de la paroi du kyste dermoïde génito-pariétal. c, couche cornée de l'épiderme ; — e, couche muqueuse ; — p, papilles ; — l, infiltration de petites cellules ; — v, vaisseaux ; — m, fibres musculaires lisses.

Enfin, sur toute la périphérie de la poche, empiétant sur les faisceaux les plus excentriques du derme proprement dit, règne une épaisse trame de *fibres musculaires lisses*. Elles sont disposées en faisceaux, concentriques à la cavité, entrecroisés par places en nappe presque continue, ailleurs légèrement espacés et séparés par de minces bandes conjonctives; sur certaines coupes, on reconnaît, entre les strates de fibres longitudinales, d'autres fibres coupées en travers et qui représentent des plans intermédiaires, de direction inverse. Sur toute la surface extérieure du kyste, cette couche musculaire lisse est frappante par sa richesse et son épaisseur.

Il n'y a nulle trace de formations glandulaires ni de poils. Ces caractères de structure, les deux couches épithéliales ou épidermiques, les papilles, la zone musculaire lisse rentrent dans le type histologique commun des kystes dermoïdes génito-périnéaux; l'abondance des fibres lisses, en particulier, occupant les strates les plus extérieures de la paroi, a été plusieurs fois relevée, notamment dans les observations de MM. Heuyer et Darier, de MM. Reclus et Retterer : elle était absolument frappante, dans le fait que nous venons de rapporter. En somme, à part les formations pilo-sébacées, la paroi de notre kyste simulait, à s'y méprendre, et même par son simple aspect macroscopique, la peau scrotale. N'est-ce pas confirmer une fois de plus, le fait aujourd'hui bien connu, que ces kystes succèdent à une soudure incomplète des replis uréthraux, et se développent au niveau de la fente uro-génitale, par un mécanisme tout semblable à celui des kystes branchiaux, nés par inclusion au niveau de l'une des fentes du cou? Les intéressantes recherches de M. Retterer ont mis en pleine lumière cette théorie pathogénique. Ici, les adhérences profondes, médianes, de la tumeur, cette sorte de pédicule qui la rattachait au bulbo-caverneux ne faisaient qu'attester mieux encore cette origine.

J'ajoute que notre kyste dermoïde doit rentrer dans la catégorie des kystes fistuleux, qu'il est resté six ans fistuleux, soumis à des alternatives journalières de remplissage et d'évacuation et que cette étrange évolution n'a paru altérer que fort peu la texture de sa paroi, en particulier son épaisse lame d'épithélium. Il n'est pas douteux que certaines cavités fistuleuses, que certains trajets canaliculaires, inguérissables, ne reconnaissent, ici comme en d'autres régions, une semblable pathogénie, que l'extirpation complète et l'examen de la paroi permettraient seuls de mettre en lumière.

TRAVAUX ORIGINAUX

Contribution à l'étude des nouveaux moyens de traitement des fièvres paludéennes dans l'enfance, par le docteur Moncorvo, professeur de clinique des maladies de l'enfance à la policlinique de Rio de Janeiro ; membre correspondant de l'Académie de médecine de Paris.

(*Suite*).

§ 2. *Bleu de méthylène.* — Le bleu de méthylène (*methylenblau, echtblau*), tétraméthylthioninchloride, se présente sous la forme, d'une poudre amorphe d'un bleu sans éclat, inodore, insipide, soluble dans l'eau (un gramme soixante dans cent centimètres cubes), dans la glycérine et dans l'alcool. Ce produit est ordinairement obtenu en faisant agir sur une solution d'acide de la diméthylphénylèndiamine de l'hydrogène sulfureux et ensuite du chlorure de zinc. Il doit être purifié avant d'être livré aux usages thérapeutiques ; une certaine proportion de chlorure de zinc serait la cause des accidents toxiques amenés par le bleu impur. Ce corps chimique a été d'abord utilisé dans la technique microscopique; la fixation sur certains éléments des tissus a suggéré l'idée de vérifier si, une fois introduit dans le courant circulatoire, il serait capable d'aller également se fixer sur ces mêmes éléments. A la suite de recherches tentées sur des animaux Ehrlich et Lippmann (1), qui leur avaient injecté hypodermiquement le bleu, ont assuré que cette substance se fixe en effet sur certains tissus, notamment sur le cylindre axis. Devant cette prédilection supposée du bleu pour l'élément capital des tubes nerveux, ils se décidèrent à l'employer, à titre de nervin, chez plusieurs malades de l'hôpital Moabit affectés de migraines, de névralgies, de névrites, de rhumatisme articulaire ou musculaire. Ils en constatèrent des bons effets contre l'élément douleur, tandis que des insuccès ont été enregistrés dans des cas d'insomnie, d'hallucinations, de douleurs osseuses et de douleurs provenant de l'ulcère de l'estomac.

Celli et Garnieri ont eu aussi recours à cette substance pour colorer, certains éléments nucléés du sang des pigeons en l'injectant dans le tissu cellulaire tout en admettant qu'il en serait de même pour les plasmodies du sang. Partant de ces données, Guttmann et Ehrlich (2)

(1) *Deutsche medecinische Wochenschrift*, 1890.
(2) Ueber bei Wirkung des Methylenblau bei Malaria. *Berl. klin. Woch.*, n° 39, 28 septembre, 1891, p. 953.

se proposèrent d'essayer l'emploi du bleu de méthylène dans deux cas de fièvre palustre dont la guérison a été obtenue à la suite d'une dose quotidienne de cinquante centigrammes. A côté de la coloration en bleu de l'urine et des selles ils ont remarqué du ténesme vésical que l'ingestion de la noix muscade faisait disparaître, et de la polyurie sans albuminurie.

Combemale, qui a étudié l'action du bleu de méthylène (1) sur le système nerveux, s'est livré d'abord à des expériences sur des chiens et des cobayes au point de vue de son action physiologique. Introduite par la voie stomacale cette substance a provoqué des vomissements glaireux ou alimentaires ainsi que des selles souvent diarrhéiques, les uns ou les autres colorés en bleu, de l'abattement, du relâchement musculaire, de la diminution de la sécrétion urinaire, mais pas de troubles circulatoires ou respiratoires ni de l'abaissement de la température. La prostration, l'affaissement, et l'anurie se terminant par la mort ont succédé à l'introduction par la voie hypodermique du bleu qui a souvent déterminé une irritation inflammatoire au point de la piqûre. L'équivalent toxique évalué dans ces expériences a varié entre trois et quatre décigrammes par kilogramme du poids des animaux selon que le bleu était injecté ou ingéré. A l'autopsie de ces animaux, Combemale a retrouvé le muscle cardiaque en état de flaccidité, les poumons congestionnés sur différents points, le foie engorgé, les vaisseaux mésentériques injectés, la muqueuse gastro-intestinale ainsi que les canaux biliaires et la bile colorés en bleu, la coagulation rapide du sang qui présentait la coloration chocolat en constatant de plus la fixation du bleu par quelques rares hématies. Enfin dans certains cas il a noté l'absence de la fixation du bleu par les éléments, nerveux des centres ou des nerfs, alors que le liquide céphalo-rachidien en était coloré.

Il en résulterait donc que ce corps possède une action irritative *locale* et une action *générale* se traduisant par la sidération des nerfs moteurs et sensitifs. Les malades chez lesquels il l'a essayé étaient affectés de névralgies, de névrites, de douleurs d'origine médullaire ou osseuse, et de rhumatisme. Sur un stock de vingt-sept cas, quinze fois l'emploi a bien réussi, sept fois il n'y a eu qu'une amélioration, les cinq autres ayant été des insuccès.

Le médicament a été sans action sur les névralgies hystériques, les douleurs fulgurantes des périodes avancées du tabes, sur le rhumatisme articulaire aigu. Cet observateur qui n'a jamais dépassé la dose quotidienne de vingt centigrammes, ajoute qu'il n'a constaté chez ses malades aucun accident grave; aussi est-il d'avis qu'on ne doit « s'adresser à des doses supérieures à vingt centigrammes par jour qu'avec hésitation ». Rien de plus juste d'ailleurs que d'admettre avec lui qu'une intoxication préexistante, l'alcoolisme par exemple, la diminution de la filtration rénale doivent augmenter les chances des effets fâcheux d'une posologie plus élevée. La dose de cinquante centigrammes du bleu serait, d'après lui, dangereuse pour un adulte pesant soixante kilos. A cette même époque, Immerwahr, en Allemagne, annonçait des cas de guérison de névralgies sciatiques et faciales, de migraine aiguë spastique aux dépens du bleu de méthylène, qui aurait amené du soulagement dans deux cas de zona et dans un autre de rhumatisme (2).

De son côté Galliard qui a voulu apprécier également la valeur analgésique du bleu de méthylène, après l'avoir jugée comme étant inférieur à l'antipyrine, ajouta-t-il que ce corps n'est point inoffensif. C'est ainsi qu'à la suite de l'administration de dix à vingt centigrammes, il aurait observé des malaises, des nausées, de l'albuminurie transitoire, et, à la suite de quarante à soixante centigrammes, des vomissements, de la diarrhée, du ténesme vésical, de l'albuminurie (1). Quoi qu'il en soit, il paraît hors de doute que ce dérivé de l'aniline, en outre de son pouvoir germicide déjà démontré par Hugourenk et Roux (2), en 1890, possède une action analgésique d'une variable intensité bien que cela ne semble guère relever de sa fixation sur le cylindre axis comme l'a démontré Pilliet (3), mais plutôt, comme le croit Combemale, par l'action que les dérivés de la houille exerce sur l'oxygène du sang en transformant par suite l'hémoglobine en méthémoglobine.

En contrôlant les recherches de Celli et Garnieri, Laveran (4) n'a pu voir des résultats aussi nets que ces deux expérimentateurs; il administra d'ailleurs sans le moindre succès le bleu à deux individus affectés de malaria aiguë.

Nonobstant les premières recherches tentées en Amérique par quelques cliniciens au sujet du traitement des fièvres malariennes par le bleu de méthylène n'ont point été aussi infructueuses. C'est ainsi que Huddleston (5), assistant de la clinique médicale du New-York Hospital, a publié trois observations de fièvre intermittente chez trois fillettes de cinq, sept et dix ans guéries par ce médicament à la dose de dix centigrammes donnée toutes les cinq heures chez la première, toutes les trois heures chez la deuxième et toutes les heures chez la dernière. Le docteur W. S. Fhayer, de Baltimore (6), a essayé l'emploi de cette substance chez sept malades atteints de fièvre palustre dont quatre ont été guéris, les organismes du sang paraissant avoir été plus ou moins complètement détruits; les trois autres ont néanmoins réclamé pour leur complète guérison l'administration de la quinine. Il en a conclu en conséquence que le bleu de méthylène possède une action curative des fièvres paludéennes en agissant sur les organismes du sang qui en sont la cause, sans avoir cependant aucune supériorité sur la quinine, dont l'action, est plus sûre. Cette conclusion se trouverait, d'après lui, en accord avec celle à laquelle serait arrivé le professeur Mya. En Allemagne, Grawitz a déclaré pourtant avoir échoué dans deux cas de paludisme chronique traité par cet agent médicamenteux (7).

En présence de ces résultats un peu contradictoires, auxquels étaient arrivés Guttmann et Ehrlich, Laveran, Galliard, Huddelston, Fhayer, Mya et Grawitz, j'ai été tenté d'étudier la valeur du bleu de méthylène dans des cas de fièvre paludéenne dans l'enfance; la suite en a été heureuse ainsi que je l'ai fait voir dans une communication adressée à la Société de thérapeutique dans la séance du 11 janvier 1893 (8). Après cela, j'ai poursuivi mes recherches cliniques dans le même but, en même temps que je me suis livré à quelques recherches expérimentales sur des animaux au sujet de l'action physiologique de cette substance. Ces dernières m'ont permis de

(1) Combemale et François. — *Société de biologie*, séance du 19 juillet 1890. — Combemale. Recherches expérimentales et cliniques sur le bleu de méthylène. *Bull. gén. de thérap.*, t. CXX, 1891, p. 337.
(2) Ueber das Methylenblau als a antineuralgichum. *Deuts. med. Woch.*, n° 41, 1891, p. 1147.

(1) *Soc. méd. des hôp.* Séance du 30 avril 1891.
(2) *Soc. de biol.* Séance du 28 février 1891.
(3) Action du bleu de méthylène sur les organismes vivants. *Tribune médicale*, 1890, p. 627.
(4) De l'action du bleu de méthylène sur les hématozoaires du paludisme et sur les hématozoaires des oiseaux voisins de ceux du paludisme. *Soc. de biol.*, 30 janvier 1892.
(5) *Union Médicale*, Paris 20 septembre 1892.
(6) *Bul. of the Johns Hopkins Hospital*, May, 1892.
(7) *Berl. klin. Woch.*, n° 9, 1892.
(8) *Bull. gén. de thérap.*, 23 février 1893.

reconnaître qu'il exerce évidemment une action modératrice, sur le système nerveux central. L'administration d'une dose toxique amenait chez les animaux de l'abattement, de la paralysie progressive jusqu'à la résolution complète suivie coujointement de la diminution de la sécrétion urinaire allant à l'urémie qui précédait de quelques heures la mort. D'autre part, je n'ai eu à constater de troubles assez appréciables du côté de la respiration ni de la circulation. La chaleur du corps n'a subi non plus de modification. Les troubles généraux se montraient plus vite et affectaient une intensité plus grande, lorsque le bleu était introduit hypodermiquement; en l'administrant par la voie gastrique, j'ai eu parfois à constater des vomissements qui étaient le plus souvent passagers. Les accidents toxiques éclataient à la suite de l'introduction d'emblée d'une dose correspondant à quarante centigrammes par kilogramme du corps de l'animal. La coloration en bleu de la muqueuse gastro-intestinale, de celle de l'appareil urinaire, des canaux biliaires et de son contenu, la coagulation du sang, de même que sa fixation sur quelques éléments anatomiques ont été constatées à l'examen nécropsique des animaux qui avaient succombé à l'intoxication par le bleu. Lorsque les doses étaient fragmentées, j'ai eu presque toujours à observer la parfaite tolérance gastro-intestinale et l'absence des accidents généraux ci-dessus signalés. Cette innocuité du médicament a été, d'autre part, constatée chez les enfants à tout âge chez lesquels il a été employé par la voie gastrique. Je l'ai essayé sur près d'une centaine d'enfants présentant les signes du paludisme aigu; sur ces essais je prélèverai trente-deux observations qui m'ont paru plus dignes d'intérêt.

Ces enfants (dix-neuf garçons et treize fillettes), dont vingt-trois blancs, sept métis et deux nègres, se trouvaient ainsi répartis selon leur âge :

23 jours	1
2 mois	1
4 —	2
5 —	3
7 —	1
8 —	1
9 —	1
11 —	1
1 an	2
13 mois	2
14 —	1
17 —	1
18 —	1
2 ans	3
2 ans et demi	1
3 ans	2
4 —	2
5 —	2
7 —	2
11 —	2
	32

J'ai débuté par des doses de quinze à vingt centigrammes du médicament, et je suis arrivé chez certains sujets à celle de quarante centigrammes par vingt-quatre heures donnée en quatre ou cinq fois dans une potion. J'ai suivi attentivement dans presque tous mes cas les effets physiologiques et thérapeutiques du bleu. Inodore et insipide, il est très facile à administrer aux enfants même les plus jeunes. Très rarement, j'ai eu à constater l'apparition consécutive de nausées et moins encore de vomissements. Cela arrivait, d'ailleurs, chez les petits malades dont l'intolérance gastrique se révélait pour la quinine et d'autres médicaments. En ce qui touche les effets de sidération du système nerveux que j'ai été à même d'observer, de même que Combemale, chez les animaux soumis à des doses toxiques du bleu, ils ne se sont jamais présentés chez mes petits sujets d'une façon appréciable. L'analyse fréquente des urines m'a aussi toujours fourni des résultats négatifs par rapport à la présence de l'albumine. Dans des cas assez rares, on a eu à constater une polyurie passagère, et c'est à peine si une seule fois (Obs. XVIII), on a pu observer du ténesme vésical au cours des premiers jours du traitement.

Il est bon pourtant d'observer que le bleu essayé chez tous mes petits malades était chimiquement pur. Toujours il a été employé isolément, sauf une fois où une dose de quinine a été administrée au cours du traitement. De même que pour les cas d'emploi de cet alcaloïde, j'ai dit avoir recours à d'autres agents médicamenteux tels que des purgatifs, des antithermiques, etc., lesquels ne pourront être nullement responsables de la suite heureuse attribuée avec raison à la substance qui nous occupe, dont les effets se sont montrés dans un délai qui a varié de quelques heures à quelques jours. Parfois même j'en ai poursuivi l'emploi malgré la cessation des accidents caractéristiques de la fièvre paludéenne. Attendu que celle-ci revêt d'ordinaire dans l'enfance un type rémittent avec des oscillations irrégulières j'ai dû soumettre les petits malariens à l'action répétée des fractions de la dose journalière du médicament ainsi que je procède vis-à-vis des autres agents antimalariens.

Baginsky qui, après moi, a tenté l'emploi du bleu chez quatre sœurs, de quatre, six, dix et douze ans, atteintes de malaria déclare avoir été obligé de s'adresser pour en obtenir la guérison définitive à l'administration de la quinine. Cela me semble pourtant relever de l'insuffisance de la posologie adoptée par lui, la dose totale du médicament n'ayant jamais dépassé vingt centigrammes, donnée en quatre fractions. Il est bon d'ajouter que cet auteur, qui n'en a vu du reste d'autres accidents que quelques vomissements passagers, pense qu'on doit l'utiliser dès que les petits enfants révèlent pour la quinine une assez grande intolérance.

Dans aucun cas la sécrétion urinaire n'a semblé subir une sensible diminution sur l'effet du médicament. Parfois on a eu à signaler de l'oligurie, mais celle-ci avait précédé l'administration du médicament et relevait de l'infection elle-même. La coloration en bleu de la muqueuse buccale ainsi que de l'urine a été constamment notée pendant tout le temps du traitement, aussi bien encore que plusieurs heures, voire même vingt-quatre heures après son interruption. En résumé, la toxicité du bleu de méthylène s'est montrée chez les enfants de beaucoup moindre que chez les adultes; c'est ainsi que j'ai été à même de voir une enfant âgée de vingt-trois jours à peine supporter sans le moindre accident la dose journalière de vingt centigrammes, alors que Combemale a déclaré n'aller sans hésitation, chez un adulte, au delà de vingt centigrammes.

Obs. I. — Dolores, quatre mois, métisse, née à Rio; le 4 août 1893. Habitation dans un quartier insalubre. Fièvre depuis la veille précédée trois jours avant de diarrhée, insomnie, agitation, langue chargée, foie et rate engorgés. T. R. 38°8. Le lendemain, T. R. 37°2; cessation de la diarrhée; calme; foie et rate dégonflés. Le traitement a consisté dans l'emploi du bleu de méthylène combiné avec les antiseptiques intestinaux. Il est encore administré sans interruption jusqu'au 8 sans le moindre accident fâcheux du côté de l'appareil urinaire, la chaleur rectale se trouvant à 37°. On constate alors l'existence d'une coqueluche que je fais avorter au bout de quarante-huit heures par l'emploi topique de la résorcine. Le 18, la chaleur remonte à 38°4, ventre ballonné, selles lientériques. Nouvelle prise de calomel suivi du bleu de méthylène (trente centigrammes) et la fièvre avait disparu le lendemain pour ne plus revenir.

Obs. II. — Caio, quatre mois, présenté dans le service,

le 4 août 1893. Mère atteinte au cours de sa grossesse d'une fièvre palustre qui se renouvela aussitôt après son accouchement. L'enfant prise depuis le deuxième mois d'accès de fièvre intermittente à marche irrégulière, précédés du refroidissement des extrémités, s'accompagnant de sueurs à la tête et à la partie supérieure de la poitrine et coïncidant avec de la diarrhée. Soif vive, polyurie, insomnie, agitation nocturne. Coryza accompagné d'obstruction des fosses nasales. Langue sèche recouverte d'un enduit saburral, ventre ballonné, foie volumineux, rate augmentée. T. R. 38°. Calomel suivi du bleu de méthylène (trente centigrammes). Le 5, T. R. 38°, ventre plus souple, foie et rate diminués. On poursuit l'emploi du bleu de méthylène (trente centigrammes). Le 7, T. R. 37, les deux viscères tout à fait réduits, langue nette, diarrhée fort diminuée, sommeil calme. Amendement progressif jusqu'au 9, Au cours du traitement réclamé par la maladie de Parrot, apparition d'une affection paludéenne : insomnie, agitation, état saburral; constipation et élévation de la chaleur (38°). Bleu de méthylène à la dose journalière de vingt centigrammes. Le 13, amélioration marquée, bien que la température remonte encore à 37°8. Administration suivie et régulière du médicament. Le 17, T. R.37°4. Langue nette, fonctions digestives normales, sommeil calme. Le 20, la chaleur relevée à 37°6 à la suite de l'interruption du traitement. On ordonne la reprise du bleu de méthylène. Le 23, les conditions générales fort satisfaisantes. T. R. 37°6. On poursuit l'administration du remède. Le 1er septembre, T. R. 37°4. Poids augmenté. L'enfant tette d'un assez bon appétit, dort bien et se maintient parfaitement calme. Aucun trouble appréciable du côté des voies urinaires sous l'action du bleu de méthylène. Puis surviennent les symptômes d'une congestion pulmonaire avec des râles bronchiques épais, et la chaleur remonte à 38° Révulsifs, antipyrine, potion alcoolique, sans interrompre le bleu de méthylène. Le 12, la température avait baissé à 37°2 en même temps que les accidents thoraciques s'étaient dissipés.

Le bleu de méthylène fut pourtant poursuivi pendant quelques jours encore.

Obs. III. — Armand, né à Rio, âgé de treize mois, entré dans mon service le 30 novembre 1892. Vers le troisième mois apparition d'accès de fièvre qui se sont renouvelés à plusieurs reprises depuis. Trois jours avant il a été repris de fièvre, compliquée d'une diarrhée dysentériforme, prenant alors le type rémittent avec des exacerbations entre neuf et dix heures du soir. A l'occasion de la visite, T. R. 39°. Langue assez chargée, perte de l'appétit, ballonnement du ventre, signes de dilatation gastrique, foie et rate pas sensiblement augmentés. Calomel suivi d'une potion avec quarante centigrammes de bleu de méthylène. Le 1er décembre, pas d'exacerbation thermique dans la nuit dernière T. R. 38° Je fais refaire la potion. Le 2, T. R. 37°, selles régulières, sommeil paisible; l'enfant est gai et tette bien. Le bleu ne lui a provoqué le moindre trouble du côté des voies urinaires.

Obs. IV. — Abel, quatorze mois, issu de parents espagnols, présenté le 11 juillet 1892. Traces de la vérole congénitale. T. R. 40°. Foie et rate assez tuméfiés. Etat saburral accusé. Signes de broncho-pneumonie. Traitement ayant pour base le chlorhydrate de quinine, sous l'influence duquel les symptômes thoraciques se dissipent, de même que la chaleur s'abaisse à la normale. Mais à la suite de l'interruption de ce traitement la fièvre se rallume tout en résistant cette fois à de nouvelles doses de quinine administrées par la voie gastrique. Le 4 août, la température rectale étant à 39°, je lui pratique une injection de cinquante centigrammes de bichlorhydrate de quinine et je lui prescris une potion contenant trente centigrammes de bleu de méthylène. Le 5, T. R. à 37°8, amélioration de l'état général. Bleu de méthylène 30 centigrammes. Le 27, T. R. 37°6, meilleur appétit. On répète le remède. Le 8, T. R. 38°, rate quelque peu gonflée. Bleu de méthylène, quarante centigrammes. Le 9, T. R. 37°, rate diminuée. Le 10, T. R. 37°7. Rate presque revenue à ses conditions normales. Nuit calme. Le bleu n'a cessé d'être administré. Le 11, T. R, 37°. Urine fort colorée en bleu, pas de ténesmes vésicaux ni d'oligurie. Appétit plus vif. Etat général très bon. Toujours le bleu. Le 12, T. R. 36°8. Amélioration progressive. Le 13, T. R. 37°, j'abaisse la dose du médicament à trente centigrammes. Le 18, T. R. 37°4. Appétit maintenu. Fonctions digestives régulières. On poursuit l'emploi du bleu afin de raffermir le résultat obtenu, ce qu'on réussit malgré la permanence de l'enfant dans une cité ouvrière assez mal entretenue.

Obs. V. — Garçon âgé d'un an et demi, né à Rio et admis dans mon service le 12 juillet 1892. Faible et rachitique. Fièvre datant de huit jours, les accès étant suivis de sueurs. Langue revêtue d'un enduit blanchâtre, constipation, perte de l'appétit, foie et rate peu tuméfiés. Au moment de la première visite T. R. 40°. Calomel. Potio avec quarante centigrammes de bleu de méthylène. Le 13, T. R. 39°, ventre ballonné, bleu, vingt-cinq centigrammes. Le 15, T. R. 37°2, ventre flasque, râles muqueux. Julep au benzoate d'ammoniaque. Bleu de méthylène, vingt-cinq centigrammes. Le 16, T. R. 37°. Râles disparus. Le 18, T.R. 37°5. Selles normales, appétit relevé. Interruption du bleu au cours des dernières vingt-quatre heures. Je l'ordonne de nouveau. Le 19, T. R. 37°9, point d'autre modification. Bleu, trente centigrammes. Le 21, T. R. 37°6. Toujours le bleu. Le 22, T. R. 37°7, état général très favorable, appétit plus accusé. On suspend le bleu, mais le 30 la fièvre se rallume, T. R. 37°8, la langue se charge, le ventre se ballonne. Bleu, trente centigrammes. Le 1er août, T. R. 37°, langue plus nette, ventre souple, bon appétit. Bleu, vingt-cinq centigrammes. Le 4, une deuxième interruption du remède pendant deux jours amène une nouvelle ascension thermique à 38°. Bleu trente centigrammes. Le 5, la potion au bleu a été complètement rejetée. Mauvaise nuit, appétit affaibli, T. R. 38°6. Bleu, trente centigrammes. Le 8, T. R. 38°4. Amélioration. Je porte à trente-cinq centigrammes la dose journalière du médicament. Le 19, bien que la mère ait fait une large interruption du traitement, la chaleur se présente à 37°8. Tuméfaction du lobe gauche du foie. Calomel suivi du bleu, trente-cinq centigrammes. Le 20, T. R. 37°6, rétablissement de l'appétit, foie réduit. Meilleure mine. On répète le bleu. Le 22, apyrexie, très bonnes conditions générales, l'enfant mange et dort bien. A l'exception de quelques ténesmes vésicaux vers le début, le bleu a été dans la suite d'une parfaite innocuité.

Obs. VI. — Rodolphe, deux ans, amené le 31 août 1893. Depuis quatre jours courbature, irritabilité, anorexie, diarrhée, ballonnement du ventre, toux grasse. Fièvre datant de la veille, sueurs nocturnes. T. R. 39°6. Haleine fétide, état saburral, soif vive, rate augmentée. Signes physiques de tuberculose des sommets. Une prise d'antipyrine suivie du bleu de méthylène, quarante centigrammes.

Le 1er septembre, T. R. 37°4, rate dégonflée. On répète le bleu de méthylène. Le 2, T. R. 37°, la chaleur ne se releva plus, malgré l'interruption du remède pendant les dernières vingt-quatre heures. Appétit encore affaibli, rate légèrement augmentée, une selle pâteuse par jour. Nouvelle prise de calomel suivie du bleu de méthylène, après quoi les accidents malariens se dissipèrent entièrement.

Comment agirait, dans les cas qui viennent d'être relatés, le médicament en question? Guttmann et Erlich, Fahyer et Huddleston auraient constaté la disparition des hématozoaires dans le sang de quelques-uns de leurs malades soumis à ce nouveau médicament. Il paraît d'après cela que celui-ci exerce une action directe destructive sur le microorganisme du paludisme. H. Rosin (1), qui a cherché l'interprétation de ce fait, émet l'avis que l'effet antimalarien du bleu ne relève exclusivement d'une action chimique sur le plasmodie mais encore d'une action d'ordre vital. Cette affirmation résulte des deux expériences suivantes. Il a déposé quelques gouttes d'une solution de quinine à un pour cinq mille sur le bord d'une préparation renfermant des hématozoaires du paludisme. Nonobstant, les mouvements amiboïdes de ces derniers n'ont cessé qu'au bout de dix heures alors que les globules rouges qui les contenaient avaient déjà subi de profondes altérations. En agissant d'égale façon avec une solution de chlorure de

(1) Einfluss von Chinin und Methylenblau aus lebende Malaria-parasiten. *Deutsch. Med. Woch.*, n° 44, 1893.

sodium et du bleu de méthylène, il a vu la majorité des hématozoaires perdre immédiatement leurs mouvements en même temps qu'ils commençaient de suite à se colorer en bleu, tout en restant pourtant pendant quatre jours sans se modifier.

Je ne pourrai de mon côté rien avancer de positif à cet égard. La recherche des hématozoaires, qui réussit du reste moins souvent qu'on ne le pense, devient plus infructueuse encore dans le jeune âge, ainsi que Vineberg et James ont pu, eux aussi, vérifier en Amérique. Les types des fièvres paludéennes s'écartent alors de beaucoup de ceux qu'elle prend aux autres âges (fièvres à marche atypique ou anarchiques) ainsi que je l'ai souvent signalé, en outre que le stade de frisson, jugé par Laveran le moment le plus opportun pour la découverte des hématozoaires, y fait presque constamment défaut. Au fait, les examens répétés du sang de mes petits malariens pratiqués dans mon laboratoire par Moncorvo fils ne sont arrivés qu'à des résultats incertains, malgré l'emploi de plusieurs techniques y comprises celles de Laveran et de Romanowsky, les hématies, d'ailleurs, n'ayant jamais été trouvées colorées en bleu au cours de l'administration du médicament en question.

(*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Contribution à l'étude de la tuberculose de la moelle épinière, par Haşcovec (*Arch. de méd.*, n° 103, septembre 1895, p. 177). — Malade âgée de vingt-six ans, observée par Dutil. Pas d'antécédents héréditaires. Aucune maladie antérieure grave. Aucun indice de syphilis. Elle s'est mariée à vingt-trois ans, n'a pas eu d'enfants, pas de fausses-couches. Son mari est mort phthisique et elle l'a soigné pendant tout le cours de sa maladie. Deux mois après la mort de son mari, elle a commencé à maigrir, à tousser, à perdre ses forces. Il y a trois mois environ, elle ressentit des fourmillements, des picotements dans la partie antérieure des cuisses, dans les jambes et les pieds. Cela s'accompagnait d'un certain degré de faiblesse des membres inférieurs. Une promenade un peu longue, l'ascension d'un escalier produisaient une fatigue excessive. Un matin elle éprouva dans les membres inférieurs une sensation d'engourdissement et de froid très prononcé; en quelques heures ses jambes s'affaiblirent tellement qu'il lui fut impossible de se tenir debout. Actuellement, paralysie à peu près complète des membres inférieurs. La malade est incapable de soulever ses jambes au-dessus du plan du lit. La paralysie est flasque. Les réflexes rotuliens sont abolis à gauche, très faibles à droite. La rétention d'urine complète, nécessite l'emploi de la sonde. Rétention des matières fécales. Anesthésie comprenant toute l'étendue des membres inférieurs et la partie inférieure du tronc, limitée en haut suivant une ligne circulaire passant par la sixième ou septième vertèbre dorsale. Cette anesthésie est nettement dissociée. Pas de douleurs spontanées, mais des picotements très marqués insupportables, en divers points des membres inférieurs. Submatité et respiration très affaiblie sous la clavicule gauche. A un nouvel examen, la paralysie est absolue, la dissociation syringomyélique n'existe plus. L'atrophie des muscles des jambes et des cuisses est très apparente. Les membres supérieurs sont notablement intéressés, la malade peut à peine porter sa main à la tête. Il y a un peu d'atrophie de l'éminence thénar et du premier interosseux de la main droite. Les lésions du sommet du poumon ont fait des progrès. Craquements, respiration soufflante aux deux sommets. La malade succombe à la suite du progrès de la tuberculose pulmonaire au troisième degré. Sur la coupe, on trouve dans les cordons latéraux de toute l'étendue de la moelle dorsale et de la partie inférieure de la moelle cervicale, de petits foyers grisâtres. L'examen microscopique fait découvrir une lepto-méningite et une tuberculisation diffuse de la moelle.

Un cas d'apoplexie spinale (Ein Fall von Spinalatrophie) (*Münch. med. Woch.*, 8 octobre 1895, n° 41, p. 957). — Il s'agit d'un maçon âgé de soixante ans, sans antécédents héréditaires ou syphilitiques. Il affirme avoir fait des excès éthyliques. L'affection actuelle s'est développée subitement il y a quatre ans. Alors qu'il était en train de travailler, il a été pris de vertige et s'est affaissé sur ses jambes. Quatorze jours après cet accident, il eut de nouveau des vertiges et s'aperçut que la sensibilité était abolie aux quatre membres. Il ne pouvait mouvoir ses jambes devenues très lourdes. En même temps apparurent des douleurs en ceinture et des troubles des sphincters. Trois mois après survint une légère amélioration qui permettait au malade de se lever et de marcher étant soutenu par un aide. Actuellement, on constate une atrophie très marquée des membres inférieurs et surtout à la jambe. Le malade ne peut pas se tenir debout sans aide. La sensibilité à la piqûre est conservée, peut-être un peu exagérée. Les réflexes crémastériens et plantaires exagérés, le réflexe patellaire aboli. Il existe des troubles de la miction. L'auteur admet comme cause de cette paralysie une hémorrhagie des méninges médullaires.

Contribution à la symptomatologie et au traitement des formes nerveuses de l'influenza (Beitræge zur Symptomatologie und Therapie der nervœsen Formen der Influenza), par Henrig (*Münch. med. Woch.*, 3 septembre 1895, n° 36, p. 337). — Les phénomènes nerveux que l'on rencontre le plus souvent dans l'influenza, sont la céphalalgie, la prostration, la stupeur et la sudation. Il existe aussi souvent des névralgies dans le domaine de certains troncs nerveux, nerfs sus et sous-orbitaires, moins souvent dans le nerf médian, le sciatique et les nerfs intercostaux. Habituellement, ces névralgies sont de courte durée et sont justiciables de certains médicaments. Des anesthésies et des zones d'hyperesthésie se rencontrent souvent dans le domaine du nerf olfactif sans qu'il y ait de lésion bien marquée de la muqueuse. Il y a diminution ou exagération de l'acuité auditive, quelquefois même des hallucinations de l'ouïe. L'auteur a rencontré assez souvent un prurit assez net à la paume de la main ou à la plante du pied. Le sens du goût est, dans les cas graves, presque toujours atteint. Il y a perversion de la sensibilité gustative et quelquefois des hallucinations. Parmi les médicaments mis en usage par l'auteur contre les névralgies, le salophène lui a donné de bons résultats, ayant été prescrit à la dose de un gramme à un gramme cinq décigrammes par jour. Il suffit quelquefois d'administrer au malade toutes les deux heures de petites doses de cinq décigrammes pour enrayer des névralgies violentes et faire disparaître ou atténuer les autres phénomènes nerveux de l'influenza.

Sur l'analgésie du cubital dans les maladies mentales (Ueber Analgesie des Ulnares-Stammes bei Geisteskranken), par O. Snell (*Berlin. klin. Woch.*, 21 oct. 1895, n° 42, p. 914). — On sait que Biernacki a attiré l'attention sur ce fait que le cubital était souvent insensible (quatorze fois sur vingt cas) à la pression dans la gouttière épitrochléenne; tandis que Cramer a retrouvé le même signe chez les paralytiques généraux trente-neuf fois sur cinquante et un cas. L'auteur se propose d'étudier ce symptôme chez un grand nombre de malades, pour savoir jusqu'à quel point l'analgésie du cubital appartient à la paralysie générale des aliénés.

Dans ce but, il a choisi cent malades de son asile parmi lesquels il y en avait vingt-cinq atteints de paralysie générale et soixante-quinze épileptiques ou atteints de maladies chroniques mentales, l'auteur soupçonnait chez ces derniers des troubles de sensibilité. Parmi les vingt-cinq paralytiques généraux, il a trouvé; dans un seul cas, le cubital ayant conservé sa sensibilité; dans dix cas, la sensibilité était diminuée, et dans quatorze cas, complètement abolie. Parmi les soixante-quinze malades restants, la sensibilité était conservée dans vingt-cinq cas, diminuée dans trente-neuf cas et abolie dans onze cas. Les chiffres donnés par l'auteur, confirment, selon lui, l'opinion de Cramer, que l'analgésie à la pression dans le domaine du cubital est plus fréquente dans la paralysie générale que dans toute autre maladie mentale.

MÉDECINE

Inhalation d'oxygène après la narcose (Die regelmæssige Anwendung von Sauerstoffeinathmung nach Narkosen), par Prochownik (*Münch. med. Woch.*, 1895, n° 31, p. 721). — Pour éviter les inconvénients de la narcose qui se manifeste au réveil, les vomissements, l'agitation, quelquefois le délire, etc., inconvénients particulièrement fâcheux dans les opérations abdominales, l'auteur préconise les inhalations d'oxygène, sous pression, que l'on commence aussitôt que l'opération proprement dite est terminée et que le malade est encore endormi.

Sous l'influence de ces inhalations on voit la peau et les muqueuses reprendre très rapidement leur coloration habituelle, la conjonctive redevenir brillante, le réflexe cornéen réapparaître en peu de temps. La lividité et la turgescence des lèvres et de la muqueuse buccale disparaissent Les vomissements et les nausées après le réveil sont très rares, presque exceptionnels.

Contribution à l'étude de la glycosurie alimentaire; glycosurie alimentaire chez l'homme bien portant, par G. Linossier et G. Roque (*Archives de médec. expériment.*, mars 1895, 228). — Chez l'homme sain, après ingestion de sucre, il est possible de constater dans l'urine le passage d'une petite fraction du sucre introduit dans l'organisme. Cette constatation devient facile par les procédés chimiques usuels quand la dose de sucre ingérée dépasse un minimum correspondant à ce que Hofmeister a appelé la limite d'assimilation, minimum qui est variable d'un sujet à l'autre, entre cinquante et trois cent cinquante pour la saccharose et variable d'un jour à l'autre chez le même sujet. Ce minimum ne correspond pas à une limite d'assimilation en deçà de laquelle tout le sucre est utilisé; l'élimination du sucre commence dès les petites doses ingérées, mais ne se manifeste aux réactifs qu'après l'ingestion d'une quantité de sucre d'autant plus grande que le coefficient d'utilisation est plus élevé. La saccharose passe plus facilement dans l'urine que la glucose et surtout que la lactose; ces sucres s'éliminent en nature; toutefois la saccharose est presque toujours accompagnée d'une quantité variable de glucose. L'élimination du sucre est faible pendant l'heure qui suit l'ingestion; elle a son maximum entre une heure et quatre heures et est preque toujours terminée après huit heures. Après ingestion de saccharose, la saccharosurie alimentaire est un phénomène constant chez l'homme sain, mais exige pour être constatée des doses très variables de sucre. Après ingestion de saccharose, la glycosurie alimentaire faible et accompagnée de saccharosurie considérable est un phénomène normal qui n'a pas d'autre signification que la saccharosurie elle-même; si elle égale et dépasse d'intensité la saccharosurie, elle constitue un phénomène particulier à certains individus, se rencontre parfois chez les gens sains, et semble dans certains cas en rapport avec l'arthritisme.

Sur un cas de myocardite d'origine rhumatismale chez l'enfant, par Weill et Barjon (*Archives de médec. expériment.*, mars 1895, p. 203). — Fille de dix ans, ayant eu six mois et trois mois auparavant des attaques de rhumatisme articulaire aigu peu intenses; à la suite de la deuxième attaque, troubles cardiaques; cyanose, dyspnée très intense; à l'auscultation, sorte de murmure asystolique sans caractères bien nets; puis souffle présystolique, mort par asphyxie. A l'autopsie, pas de péricardite, hypertrophie de toutes les cavités du cœur; un certain degré de rétrécissement et d'insffisance tricuspide; rétrécissement mitral évident. A l'examen histologique, myocardite parenchymateuse diffuse, segmentation des fibres musculaires peu ou pas marquée; en outre, myocardite interstitielle.

Pathogénie des ascarides (Sulla patogenesi della elmintiasi da ascaridi), par L. Pizzini (*Giornale della R. Accad. di medic. di Torino*, mars 1895, p. 229). — De recherches cliniques sur des enfants atteints d'ascarides et d'expériences sur des matières fécales renfermant des œufs d'ascarides, l'auteur conclut que le développement des ascarides est dû à la fermentation et à la formation d'acides organiques tant dans l'estomac que dans l'intestin, d'où mise en liberté des larves qui peuvent parvenir à l'état adulte. L'atonie de la paroi musculaire gastrique ou intestinale est une cause prédisposante importante.

CHIRURGIE

Contribution à l'étude de la tuberculose mammaire, par Gaudier et Péraire (*Revue de chirurgie*, 1895, n° 9, p. 768). — Les trois cas que les auteurs rapportent diffèrent un peu au premier abord. Il s'agit, en effet, dans un fait, d'une grossesse mammaire développée primitivement chez une femme indemne de toute tuberculose tant héréditaire qu'acquise. Dans les deux autres faits, il existait, en même temps que la lésion mammaire, d'autres tuberculoses évoluant soit antérieurement, soit simultanément à la lésion glandulaire, tuberculose osseuse dans un cas, tuberculose pulmonaire dans l'autre cas.

Ces trois cas ont été diagnostiqués bactériologiquement et la lecture des observations montre que le diagnostic non appuyé sur l'examen bactériologique était à peu près impossible.

En effet, il s'agit au début de lésions en apparence banales, à tuméfaction plus ou moins circonscrite évoluant d'une manière plus ou moins rapide et simulant à une période donnée un abcès chronique du rein. Le volume peu considérable de ces tuberculoses, leur consistance plutôt dure au début peut faire supposer qu'il s'agit d'un adéno fibrome. Mais dans la plupart des cas, lorsque les lésions sont devenues suppuratives, lorsque la tumeur mal délimitée se perd dans la masse des glandes, lorsqu'il existe des fistules, il est bien difficile d'établir la spécificité de la lésion à moins d'une coexistence d'autres lésions tuberculeuses. La rétraction du mamelon et le siège de la lésion dans le segment externe de la glande, que certains auteurs considèrent comme caractéristiques de la tuberculose mammaire, ont fait défaut dans les trois observations en question.

Les lésions de la mammite tuberculeuse évoluent le plus souvent d'une façon insidieuse; mais dans une des observations la marche a été aiguë, a la façon d'un abcès chaud tuberculeux.

Tous ces symptômes réunis n'ont pas d'importance spéciale, et le clinicien ne peut se baser non plus, pour le diagnostic, sur l'âge ou sur les troubles fonctionnels qui font en général défaut ou ne se manifestent que lorsque la suppuration va se produire et ce sont alors les phénomènes ordinaires de la suppuration. L'examen bactériologique du pus, quand il y a suppuration, et la constatation du bacille de Koch peuvent donc seuls nous permettre de faire le diagnostic. Quant aux cas où il n'y a pas encore de suppuration et où il n'existe que des masses plus ou moins lobulées et dures, on ne pourra pas dire d'une manière précise qu'il s'agit de tubercules de la mamelle.

Au point de vue anatomo-pathologique les trois observations offrent ceci de commun que la lésion était à point de départ épithélial et non pas vasculaire.

Le traitement de la tuberculose mammaire doit être le même que dans les néoplasmes : résection totale ou partielle de la glande avec curettage de l'aisselle.

Note sur l'emploi du vinaigre contre les vomissements consécutifs à la chloroformisation, par Lewin (*Revue de chirurgie*, 1895, n° 9, p. 786). — L'auteur conseille d'employer contre les vomissements consécutifs à la chloroformisation les inhalations de vinaigre. Il faut procéder de la façon suivante :

On trempe un linge de la grandeur d'une serviette dans du vinaigre ordinaire et on l'exprime légèrement de manière qu'il soit encore bien humecté; on le place alors sur la face du malade encore recouverte du masque. On retire ensuite celui-ci de façon à empêcher autant que possible l'arrivée brusque de l'air qui doit traverser le linge vinaigré avant d'être inspiré. Le linge doit être toléré aussi longtemps que possible, trois heures au moins. Il y a avantage à prolonger l'application pendant toute la journée, car on constate parfois la présence du chloroforme dans l'air expiré par les malades plus de deux jours après la narcose.

Il arrive quelquefois que l'air de la chambre étant très sec, le linge se dessèche rapidement; il est alors important de renouveler le vinaigre en mettant un second linge vinaigré sur le premier et en retirant ensuite celui-ci de façon à empêcher l'arrivée brusque de l'air.

Si le malade éprouve le besoin d'expectorer, il faut glisser sous le linge vinaigré un mouchoir ou un crachoir.

Ce procédé a été essayé chez cent soixante-quatorze opérés de la clinique de Thiriar. Dans cent vingt-cinq cas il n'y eut pas de vomissements; dans quarante-neuf il y a eu des vomissements, mais ceux-ci ont été en général glaireux et légers.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de pathologie générale, publié par Ch. Bouchard; secrétaire de la rédaction : G. H. Roger. Tome I. par MM. d'Arsonval, Bourcy, Cadiot, Mathias Duval, Legendre, Lejars, Lenoir, Marfan, Roger, Vuillemin. Paris, G. Masson, 1805.

Ce livre était attendu avec une légitime impatience. Il a été accueilli avec un confiant empressement; il sera attentivement lu et médité par tous les travailleurs. C'est que, comme le dit si bien M. Bouchard, il diffère absolument des anciens traités où la pathologie générale s'affirmait par des doctrines et des méthodes exclusives, par ce que l'on appelait des lois immuables. La doctrine de ce livre est celle « d'une époque où l'on n'affecte plus d'ignorer le passé mais où l'on est encore dans le feu des enthousiasmes qu'ont allumés les découvertes du temps présent; où l'on est d'autant respectueux des précieuses acquisitions accumulées par l'observation des siècles écoulés, qu'il nous est permis enfin de les interpréter et de les comprendre à la lumière des révélations de la science expérimentale contemporaine ». C'est qu'en effet, « la doctrine médicale au moment où ce siècle finit n'est plus la synthèse des acquisitions anciennes mais bien plutôt la détermination d'un point de départ positif d'où l'on s'engage dans une route à direction connue... »

C'est en s'appuyant sur ces principes; c'est en appréciant justement le rôle respectif de l'observation et de l'expérience; c'est en interprétant judicieusement les divers éléments morbides et les lois en médecine que M. Roger a pu tenter une nouvelle classification des maladies et écrire au début de ce livre une introduction sur l'objet et les tendances actuelles de la pathologie générale. Après cette introduction vient une étude très intéressante des rapports entre la pathologie humaine et la pathologie animale ou végétale (Roger, Cadiot, Vuillemin).

Un des chapitres les plus importants est celui qu'a écrit le professeur Mathias Duval sur la pathogénie générale de l'embryon. Toutes les qualités de clarté et de précision qui caractérisent les écrits et enseignements de ce maître s'y retrouvent, qu'il expose à grands traits la classification de Geoffroy Saint-Hilaire, ou qu'il montre les progrès modernes et la méthode actuelle de la tératogénie. Nous signalerons spécialement les pages qui ont trait à l'étiologie tératogénique chronologique où M. Duval étudie les diverses causes qui peuvent agir sur « le nouvel être en voie de formation et troubler son développement depuis l'état d'œuf non fécondé jusqu'à la formation de l'embryon et de ses annexes ». Signalons l'étude de la parthénogénèse et de son rôle dans la production des kystes dermoïdes de l'ovaire, celle de la diplogénèse, de la formation des monstres doubles, etc. Non moins précise est la dernière partie de ce remarquable travail qui a trait aux principaux processus tératogéniques : tout est à lire et ce chapitre à lui seul mériterait au volume entier un brillant succès.

Les pages si documentées, aussi bien écrites que bien pensées de M. Le Gendre sur l'hérédité, et notamment sur son rôle dans les maladies infectieuses, les chapitres de M. Bourcy sur la prédisposition et l'immunité, celui de M. Marfan sur la fatigue et le surmenage, sont tous des plus remarquables, tous au courant de la science moderne, et rentrent absolument par les idées générales qu'ils défendent dans le cadre de l'ouvrage. Les chapitres de MM. Lejars et Lenoir sur les agents physiques, mécaniques ou chimiques sont non moins dignes d'être recommandés. Il faut signaler aussi les quelques pages où M. Darsonval expose ses recherches sur l'énergie électrique et la matière vivante. Enfin le volume se termine par une importante et magistrale étude de M. Roger sur les poisons; tous y sont tour à tour passés en revue, poisons minéraux, poisons végétaux, poisons organiques; leur action sur les diverses fonctions, le rôle de l'organisme dans sa défense contre leur activité; les auto-intoxications pathologiques, tout y est traité de main de maître, et cette dernière partie forme un traité d'ensemble sur les intoxications, si complet et si précis, que tous ceux qui voudront désormais s'éclairer sur cette branche si importante de la pathologie devront le consulter.

L'ouvrage tout entier, si bien commencé, comprendra six volumes. Le second volume contiendra les chapitres: *Infection, microbes pathogènes, maladies épidémiques, parasites animaux ou végétaux.*

L. L.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Madame de Sévigné malade. Etude historique et médicale, par le Dr Jules Roger.

Réunir parmi les nombreuses lettres de Mme de Sévigné, toutes celles qui parlent de sa santé, décrivent de manière si enjouée et si spirituelle toutes les maladies dont elle a eu à souffrir, tous les traitements qu'elle a suivis, tel est le but de ce petit volume. L'auteur a fait précéder ces lettres d'une introduction où il expose comment Mme de Sévigné fut atteinte d'un rhumatisme tenace, eut sur ses vieux jours un ulcère variqueux rebelle, mourut enfin d'une variole maligne en quelques jours. Mais ce qui surtout est attachant, ce sont ces lettres si pleines de détails piquants; c'est la description des eaux de Vichy et de Bourbon, le pittoresque récit de la douche telle qu'on l'administrait alors. La châtelaine des Rochers n'aimait d'ailleurs qu'assez médiocrement les médecins et avait une confiance bien plus marquée dans les bons capucins de Rennes; c'est à eux qu'elle recourait pour soigner son ulcère; elle l'arrosait d'eau d'arquebusade et d'eau d'émeraude; elle le couvrait de poudre de symphathie ou d'onguent noir; elle le pansait avec des lessives d'herbes fines, avec des pains de rose. « C'est grand dommage, disait-elle à sa fille, que vous n'alliez conter cela à des chirurgiens, ils se pâmeraient de rire, mais moi je me moque d'eux. » Et certes, il est plaisant de la voir affirmer que c'est à l'eau de lin, remède héroïque, que la France doit la conservation de Colbert, et que le baume tranquille mêlé d'essence d'urine vient à bout des douleurs les plus tenaces. Mais tel qu'il est, ce livre est intéressant par plus d'un côté, et tous ceux qu'attire l'histoire médicale trouveront plaisir à le feuilleter.

Aide-mémoire du candidat (Anatomie). Recueil de questions avec réponses aux programmes du 2e examen de doctorat (1re partie), par D. Septeuil. Doin, 1895.

Petit manuel renfermant en face des questions les plus fréquemment posées aux examens, un aperçu sommaire de ce qu'il y faut répondre. Il a les qualités ordinairement recherchées dans ces sortes d'ouvrage. Concision et exactitude relative. Ce n'est évidemment pas là qu'il faudra aller chercher des détails précis, ni des notions complètes. Ce manuel rendra service aux candidats qui veulent, à la veille d'un examen, revoir quel est l'état de leurs connaissances, et suppléer très passagèrement d'ailleurs, aux lacunes de leur savoir anatomique. En tête de ce livre, se trouve un programme sommaire des matières sur lesquelles porte ce second examen. Il peut être très utile aux étudiants que l'absence de programme précis déroute dans la préparation d'un examen.

VARIÉTÉS

Banquet de l'Union des syndicats. — Hier soir a eu lieu au restaurant du grand Véfour, sous la présidence de M. le professeur Lannelongue, le banquet annuel de l'Union des syndicats. La réunion très nombreuse et très cordiale empruntait un caractère très significatif à la présence du Président de l'Association générale des médecins de France qui avait tenu, comme il l'a dit en excellents termes et aux applaudissements unanimes de l'Assistance, à affirmer les

sentiments d'union et de concorde qui doivent unir toujours les médecins désireux de défendre leurs intérêts professionnels et de maintenir fermement les principes d'honnêteté et de droiture à l'aide desquels se maintiendra à son juste niveau la dignité du corps médical. M. le président Porson, avait, en remerciant M. Lannelongue de son adhésion à une cause qu'il défend avec une si louable activité, insisté lui-même sur ces idées qui nous sont chères. C'est aussi à l'union et à l'apaisement de tous les conflits que, dans une vibrante allocution, a bu M. Arboux, secrétaire général de la Ligue de la mutualité. Parmi les nombreux orateurs qui ont pris la parole, on doit une mention toute spéciale à M. le Dr Bourgeois, député de la Vendée, dont l'allocution, petit chef-d'œuvre d'esprit et d'éloquence, a excité un bruyant enthousiasme. Cette fête si réussie affirme la vitalité des syndicats et en particulier du syndicat de la Seine et aura de très heureux résultats dans l'avenir.

Le secret médical d'après Lamennais. — Nous ne connaissons pas la réponse qu'a faite le Dr Pierquin à la curieuse lettre que lui adressait Lamennais. Mais celle-ci est intéressante non seulement parce qu'elle émane d'un homme illustre habitué à traiter les questions d'ordre moral, mais encore parce qu'elle reflète les préoccupations de ceux qui considèrent le médecin comme « un homme public, ayant des devoirs spéciaux à remplir vis-à-vis de la société » et voudraient en faire un dénonciateur public oubliant ainsi que, pour le médecin, la question du secret professionnel domine toutes les autres.

Paris, 17 décembre 1824.

Vous me faites l'honneur, monsieur, de me demander un avis sur cette question :

« *Un médecin appelé auprès d'un malade reconnaît qu'il a été empoisonné : est-il dans l'obligation morale de déclarer son opinion, très bien fondée, à l'autorité compétente* ? »

Il n'est point douteux qu'en beaucoup de cas un simple particulier n'est pas obligé de révéler à l'autorité publique un crime dont il a la connaissance même certaine, et quelquefois même la charité peut lui faire un devoir du silence. Mais en est-il ainsi du médecin? Ne se trouve-t-il pas, au contraire, dans une position essentiellement différente ? Un médecin est un homme public ; il a envers la société des devoirs particuliers qui résultent de ses fonctions mêmes ; il doit l'avertir des crimes que lui seul est en état de découvrir et de constater, sans quoi ces crimes, qui sont toujours au rang des plus énormes, ne pourraient être connus que par des circonstances extraordinaires, et, à présent surtout que l'art des empoisonnements a fait des progrès si funestes, à présent que le crime semble s'être réfugié dans le sein de la famille, la vie des hommes ne serait plus en sûreté.

Le confesseur est tenu au secret par des motifs d'un ordre à part. Presque toujours, c'est le coupable lui-même qui s'accuse à lui. Il n'est en rapport qu'avec la conscience; c'est un sanctuaire dont il ne sort pas.

Mais le médecin qui perçoit ce qu'on ne lui déclare pas, ce qu'on voudrait plutôt lui cacher a deux devoirs à remplir, l'un envers le malade qui réclame ses soins, l'autre envers la société dont il est en cette occasion le ministre; et, si, comme il n'est pas douteux, il doit avertir le magistrat lorsqu'une maladie présente à ses yeux des signes alarmants de contagion, combien n'est il pas obligé de révéler ce qui menace non seulement la vie de quelques hommes, mais celle même de la société? Voilà, monsieur, mon sentiment, que je soumets de tout mon cœur à celui des personnes qui peuvent avoir réfléchi plus que moi sur cette matière. N'y voyez, je vous prie, que le désir de répondre à votre confiance et de vous donner quelque faible marque des sentiments pleins d'estime avec lesquels j'ai l'honneur d'être, monsieur, votre très humble et obéissant serviteur.

F. DE LAMENNAIS.

M Pierquin, médecin de la Charité, à Montpellier.

Concours Pasteur. — Le « Circulo medico argentino » de Buenos-Ayres, voulant célébrer la mémoire de Pasteur, qui fut un de ses membres honoraires, annonce qu'il fondera en 1877 un concours de bactériologie appelé concours Pasteur.

Les travaux présentés devront consister en des recherches originales et inédites, soit sur la technique, l'étiologie, la prophylaxie, le diagnostic et le traitement bactériologique des maladies infectieuses de l'homme ou des animaux, soit sur des applications industrielles de la microbiologie.

Ces travaux, en français ou en espagnol, devront être adressés avant le 31 mai 1897 au président du cercle, sans nom d'auteur, avec une devise consignée également sur une enveloppe fermée contenant le nom du concurrent.

Les prix consisteront en: 1° une somme de deux mille francs et le diplôme de premier prix du concours Pasteur ; 2° une somme de mille francs et le diplôme de second prix ; 3° un diplôme d'honneur.

Etudiants allemands et Etudiants alsaciens. La question du duel.

Le tribunal correctionnel vient de s'occuper d'une affaire qui a fait grand bruit dans le monde des étudiants.

Les étudiants alsaciens de l'université de Strasbourg n'entretiennent pas, comme on sait, les meilleures relations avec leurs condisciples allemands dont ils ne partagent ni les plaisirs, ni les mœurs importées d'outre-Rhin. Ces différences d'habitudes amènent parfois des scènes fort vives. Mais rarement, toutefois, on en était venu aux coups de revolver comme ce fut le cas dernièrement dans la rue d'Austerlitz. Deux étudiants allemands à la casquette multicolore et la figure ornée de balafres qui décorent la figure de tout étudiant de corps allemand, se prirent de querelle dans un établissement public, avec deux étudiants alsaciens, qu'après avoir blessés dans leurs sentiments les plus intimes, ils provoquèrent à la rapière. Ces duels, on le sait, où deux adversaires matelassés sur toutes les parties du corps, sauf la figure, cherchent à s'entaillader la face à coups de rapière, ne plaisant guère aux Alsaciens, ceux-ci déclinèrent ce genre de combat.

A la sortie de la brasserie, la querelle reprit de plus belle dans la rue et l'un des étudiants allemands voyant un des Alsaciens s'avancer sur lui tira un revolver de sa poche et fit feu. Le coup n'atteignit personne, mais l'Alsacien se mit alors à la poursuite de son adversaire qui fuyait à toutes jambes. Dans sa course, l'Allemand tira encore deux coups de revolver sans plus de résultat que le premier, du reste; à ce moment des passants l'arrêtèrent et le conduisirent au poste.

Le parquet, chargé de l'instruction de cette affaire, écarta le chef de tentative de meurtre pour ne retenir que le délit d'avoir fait usage d'armes à feu en pleine rue, à une heure où du monde circulait encore. Il négligea aussi de citer le principal témoin, l'adversaire alsacien du prévenu.

A l'audience, le ministère public se borna à requérir cinquante marcs d'amende; mais le tribunal des échevins, devant lequel la cause, simplifiée comme nous venons de le dire plus haut, avait été portée, estima cette indulgence par trop grande, et doubla la peine requise par le procureur impérial. Cette condamnation a paru trop lourde au prévenu, qui en appela devant le tribunal correctionnel.

Les plaidoiries y ont été intéressantes. L'avocat de l'étudiant allemand ne s'y livra pas seulement à une apologie du duel en usage dans les universités allemandes, mais il fit, en outre, une violente sortie contre les Alsaciens, qui ne manquent jamais une occasion de manifester leurs antipathies allemandes, au point qu'il faut un vrai courage pour se montrer dans les rues coiffé de la casquette traditionnelle des corporations universitaires allemandes. Du reste, ajouta le défenseur, les Alsaciens n'ayant pas accepté le duel, auquel en leur qualité d'étudiants ils auraient dû se soumettre, l'étudiant allemand a eu raison de se considérer en état de légitime défense et de tirer.

Le procureur impérial a donné à l'auditoire la surprise de voir confirmer par le représentant de la loi les sentiments manifestés par le défenseur en faveur de l'institution du duel ou *mensur* des étudiants allemands. Et suivant encore de plus près les théories de la défense, il demanda aussi la réduction de la peine édictée par les échevins, afin de les préserver dans l'opinion publique du soupçon de n'avoir été aussi sévère qu'à cause de la nationalité allemande du prévenu.

Le tribunal semble avoir partagé cette manière de voir, car il a annulé le premier jugement et a prononcé l'acquittement de l'étudiant allemand, en mettant les frais à la charge de l'Etat. Il est donc établi par autorité de justice que l'on peut impunément, quand on a le double avantage d'être Allemand et étudiant, tirer des coups de revolver en pleine rue sur les citoyens qui ont le tort d'être nés Alsaciens.

(*Le Temps.*)

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

Séance annuelle de l'Académie de médecine.

Eloge de Gubler par M. Bergeron. — Rapport sur les prix par M. Cadet de Gassicourt.

On peut médire des Académies et leur dénier toute influence sur la direction du mouvement scientifique contemporain; on peut railler leurs règlements et les formalités dont elles conservent la tradition; il ne saurait être permis de contester l'utilité des séances où l'on fait revivre, fut-ce pour une heure, la physionomie si aimée et si respectable de ceux qui ont illustré notre carrière.

En évoquant le nom de Gubler, M. Bergeron a su montrer combien était injuste le silence qui s'est fait sur le nom de ce savant, de cet homme de bien qui, par le seul effort de sa volonté et de son intelligence, a pu s'élever peu à peu à l'une des plus hautes situations professionnelles.

Sans doute, on ne saurait prétendre que cet esprit si délié, que ce thérapeute si habile, que ce professeur si éloquent ait laissé après lui « de ces découvertes qui inscrivent une date inoubliable dans l'histoire des progrès de la science »; mais on peut affirmer que « par son savoir aussi étendu que profond, par l'ingénieuse sagacité avec laquelle il a su appliquer l'admirable méthode d'observation qu'il tenait de ses maîtres, il a porté la lumière sur tant de faits, ou méconnus ou inexpliqués jusque-là, il a ouvert la voie à tant de recherches nouvelles qu'il a, lui aussi, accru l'avoir scientifique du pays ».

Gubler a eu un autre mérite. Il s'était fait du rôle du médecin consultant une haute idée. Il s'était toujours préoccupé de l'opinion que pourraient avoir de lui les médecins étrangers appelés à voir et à contrôler ses prescriptions. Avec quel soin il rédigeait ses consultations! J'ai pu m'en assurer maintes fois et je garde un souvenir reconnaissant de mes entrevues avec lui. Après avoir inscrit en tête de sa prescription un diagnostic qu'il développait et motivait lorsqu'il pouvait être sans inconvénients mis sous les yeux de son client, il précisait les indications à remplir et développait ensuite, avec tous les détails les plus minutieux, la manière de remplir ces indications. Chacune de ses consultations aurait pu être imprimée. Chacune des conversations qu'obtenaient de lui les jeunes médecins dignes de son estime étaient pour eux l'occasion d'apprendre beaucoup de choses nouvelles et utiles.

M. Bergeron nous a montré, dans un beau langage, combien Gubler avait dû faire d'efforts pour s'instruire lui-même et gagner peu à peu les plus hautes situations médicales. Il a énuméré ses principales publications. Il a insisté sur l'infinie variété et l'originalité de ses travaux. Il a su, en retraçant la vie et en analysant les œuvres de son savant collègue, insister lui-même sur la nécessité absolue pour le médecin d'une culture intellectuelle qui le mette à même de tenir son rang. Il a fait ressortir l'utilité des vues d'ensemble, des études encyclopédiques qui lui permettent, malgré le morcellement des études et la spécialisation à outrance, de chercher une étiologie générale des maladies et de ne pas se désintéresser des hautes questions de psychologie et de pathologie générale qui touchent de si près aux problèmes obscurs que discutent les anthropologistes, les économistes et les philosophes.

M. Bergeron n'a pas manqué non plus de nous signaler l'une des préoccupations qui hanta longtemps l'esprit de Gubler, celle de faire revivre nos stations hydrologiques et d'y attirer les malades qui vont chercher au loin des ressources thérapeutiques qu'ils trouveraient en Auvergne ou dans les Pyrénées. Mais hélas! on ne peut le nier, les enseignements du passé n'ont pu, dans notre pauvre pays de France, prévaloir contre la routine. Nos stations les plus riches au point de vue hydro-minéral sont installées dans des conditions bien inférieures à celles des stations rivales de l'étranger. On préfère dès lors les cures lointaines parce que l'on trouve à l'étranger infiniment plus de confort tout en pouvant cependant y être traité à moins de frais. Le patriotisme de Gubler a été vaincu par l'inertie coupable de ses compatriotes.

On lira donc avec autant d'intérêt que de fruit la belle

notice que M. le secrétaire perpétuel de l'Académie vient de consacrer à l'éloge de Gubler. Si j'avais eu à en corriger les épreuves je n'en aurais supprimé qu'une ligne : la dernière.

Avant M. Bergeron, M. le secrétaire annuel avait recueilli une ample moisson d'applaudissements très mérités, en lisant le rapport général sur les prix décernés en 1895. M. Cadet de Gassicourt ne s'est pas borné, en effet, à faire ressortir, à propos de chacun des prix académiques, les mérites du lauréat ou l'intérêt du sujet que celui-ci avait été appelé à traiter. En consacrant à chacun de ceux de nos collègues qui sont morts l'année dernière quelques paroles de regrets, il a prouvé que le secrétaire annuel de l'Académie savait, lui aussi, trouver de nobles accents pour louer ce qui est vraiment digne d'estime et de respect. Ses éloges académiques sont de petits chefs-d'œuvre de concision éloquente. Les familles de nos confrères les garderont comme un précieux hommage rendu à la mémoire de ceux qu'ils ont aimés.

L. Lereboullet.

TRAVAUX ORIGINAUX

Contribution à l'étude des nouveaux moyens de traitement des fièvres paludéennes dans l'enfance, par le docteur Moncorvo, professeur de clinique des maladies de l'enfance à la policlinique de Rio de Janeiro; membre correspondant de l'Académie de médecine de Paris.

(*Fin*).

§ 3. *Chlorhydrate de phénocolle.* — Aussitôt que MM. Bayer et Cie, d'Elberfeld, livrèrent à la pratique le chlorhydrate de phénocolle, plusieurs médecins italiens s'empressèrent de le tenter dans le traitement des fièvres palustres. Cervello, de Palerme, entre autres, déclare avoir obtenu quinze guérisons sur dix-huit cas de fièvre quotidienne, tierce ou atypique contre lesquels il a essayé le chlorhydrate de phénocolle. D'après lui, les trois faits négatifs tiennent probablement à l'insuffisance des doses employées, les premières essayées du reste. Ce médicament serait utilisable, ajoute-t-il, dans le cas même de fièvres pernicieuses, tant par sa prompte absorption que par son action antithermique puissante.

Dans un travail inséré dans la *Riforma medica* du 29 mai 1894, M. Archangeto, tout en attribuant au chlorhydrate de phénocolle une action antimalarique, le croit même capable de remplacer avec avantage la quinine. Elle serait du reste pour lui assez profitable pour la thérapeutique infantile. A côté de ces auteurs, il y en a d'autres qui sont loin de partager leur avis à ce sujet. Au mois d'août 1893, MM. Bayer et Cie m'ont fait l'honneur de demander mon concours pour étudier dans mon service de clinique infantile le pouvoir antimalarique du médicament en question. Tout disposé à satisfaire leur désir, je me décidai, dès les premiers jours de septembre suivant, à inaugurer mes recherches à ce point de vue, mais malheureusement les événements politiques qui se déroulèrent alors en mon pays me forcèrent de suite d'ajourner la réalisation de mon dessein. Ce ne fut donc qu'au mois de juin 1894, que je trouvai l'opportunité de reprendre ces recherches prématurément interrompues.

Encore, en 1893, un confrère italien, M. E. Modigliano fit paraître un mémoire concernant l'introduction du chlorhydrate de phénocolle dans le traitement de plusieurs affections infantiles (*Contributo all azione terapeutica del idroclorato di fenocolla nei bambini*, in Arch. ital. di pediat, n° 5, 1893), la chorée, la coqueluche, la pneumonie, la bronchopneumonie, la tuberculose et la fièvre typhoïde. Ses petits malades l'avaient bien toléré à des doses variant de cinquante centigrammes à trois grammes par vingt-quatre heures La malaria n'y figure pourtant pas.

Pour ma part, je l'étudiai dans des cas de bronchopneumonie, de tuberculose et d'une façon plus particulière dans ceux de malaria.

Je l'essayai, en effet, chez cinquante-cinq enfants affectés de paludisme ainsi répartis d'après l'âge :

10 jours	1 cas
1 mois	1 —
2 —	3 —
3 —	2 —
3 mois et demi	2 —
6 mois	1 —
8 —	4 —
9 —	2 —
10 —	2 —
11 —	2 —
12 —	1 —
13 —	1 —
16 —	1 —
18 —	1 —
19 —	2 —
2 ans	4 —
2 ans et 4 mois	1 —
2 ans et demi	1 —
3 ans	6 —
4 —	3 —
5 —	2 —
5 ans et 11 mois	1 —
6 ans	1 —
7 —	4 —
8 —	2 —
9 —	1 —
11 —	1 —
12 —	1 —
15 —	1 —
	55 cas

D'après le sexe :

Fillettes	23
Garçons	32
	55

D'après la race :

Blancs	43
Métis	9
Noirs	3
	55

Les doses employées ont varié entre vingt-cinq centigrammes et deux grammes par vingt-quatre heures, administrées presque sans exception dans une potion, très bien tolérée d'ailleurs par les petits sujets de tout âge. Parmi ces cinquante-cinq cas traités par le médicament qui nous occupe, j'en relèverai vingt-cinq dont je rapporterai l'histoire plus ou moins abrégée. Ce sont précisément ceux qu'il m'a été donné d'observer plus longuement et plus attentivement et dont la suite a été, comme l'on verra, à peu près heureuse. Au nombre des trente autres figurent ceux dont le traitement a été prématurément interrompu ou dont les résultats n'ont pu être dûment appréciés. Comme conclusion, je me crois autorisé à dire que le chlorhydrate de phénocolle peut rendre de bons services dans plusieurs cas de fièvre palustre contre lesquels

l'administration de la quinine devient, par quelque circonstance, difficile ou même impossible. Mais je n'ose cependant partager l'avis de M. Cervello d'après lequel cet agent médicamenteux posséderait des avantages sur la quinine dans des cas de fièvre pernicieuse.

Sans aller si loin, on pourra s'en servir avec profit dans les cas qui n'ont point atteint une gravité extrême, lorsqu'il ne s'agit pas encore de l'hyperpaludisme. Les enfants, du reste, l'acceptent bien, en même temps qu'il n'amène pas le moindre accident fâcheux encore même que l'appareil rénal soit quelque peu compromis, ainsi que l'on pourra s'en assurer dans deux des observations qui vont suivre.

Obs. I. — Félicia, dix jours, amenée dans mon service le 13 juin 1894. Stigmates bien avérés de la vérole congénitale. Le 19, fièvre accompagnée de vomissements et de diarrhée; foie engorgé. Deux prises de calomel amènent une modification favorable des troubles gastro-intestinaux, mais le 1er septembre la chaleur remonte à 38°4 et le foie se gonfle de nouveau. Je prescris alors trente centigrammes de chlorhydrate de phénocolle à être administrés pendant les deux jours suivants.

Le 3, la chaleur se trouvait à la normale et le foie réduit.

Le 5, à la suite du renouvellement du médicament les deux derniers jours, disparition des manifestations appréciables de la malaria. l'enfant étant désormais soumise à la médication antisyphilitique.

Obs. II. — Garçon d'un mois, présenté le 31 juillet 1894. Chétif avec les symptômes marqués de l'hérédo-syphilis. Constipation suivie quelques jours avant de diarrhée fétide, soif, vomissements. La veille un accès violent de fièvre, accompagnée de refroidissement des extrémités; accès moins accusés plusieurs jours avant. Foie et rate légèrement gonflés. Etat saburral. On pratique des lavages de l'intestin et on administre quatre jours de suite le chlorhydrate de phénocolle à la dose de vingt-cinq centigrammes. Tous les accidents malariens ont disparu entièrement.

Obs. III. — Juvenol, deux mois; 18 août 1894. Tares syphilitiques. Signes d'adénopathie trachéo-bronchique compliquée des symptômes d'empoisonnement malarien. L'alcool et le quinine d'abord essayés amènent une atténuation des accidents locaux et généraux, mais ceux-ci s'étant aggravés du 31 août au 1er septembre, je recours au chlorhydrate de phénocolle avec profit; la chaleur baisse de 38°8 à 37°3, et les symptômes thoraciques s'amendent sensiblement. Le médicament a été employé à la dose journalière de un gramme.

Obs. IV. — Fillette de deux mois; 31 juillet 1894. Nourrie au sein par sa mère, mais faible, pâle et présentant un coryza précoce. Depuis la veille : insomnie, agitation, langue sèche et sale, ventre ballonné, diarrhée verte, foie gonflé, peau sèche, température rectale 40°. Lavages de l'intestin avec une solution d'asaprol. Chlorhydrate de phénocolle cinquante centigrammes. Sous l'effet de celle-ci, la chaleur descend le soir à 38°, pour remonter le lendemain à 40. Selles réduites à une seule après le premier lavage. On insiste sur le phénocolle après avoir en vain tenté le quinine, lequel amène une détente marquée des symptômes aigus de l'intoxication malarienne.

Obs. V. — Agénor, un an, amené le 21 juillet 1894. Habitation dans un quartier où sévit fort la malaria. Fièvre à type rémittent datant de plus d'un mois avec refroidissement paroxystique des extrémités et œdème de la face et des membres inférieurs. Prostration, état sabural, oligurie, foie engorgé. T. R. 38°4. Aucun traitement antérieur. Lavages de l'intestin à l'asaprol. Bains de vapeur. Chlorhydrate de phénocolle, quarante centigrammes. Le 22. Œdème assez réduit. Etat saburral amendé, foie plus diminué. T. R. 37°,7. Impossible de recueillir de l'urine pour être analysée. Calomel. Chlorhydrate de phénocolle, cinquante centigrammes. Le 25, interruption du traitement par négligence de la mère. Nonobstant, amélioration marquée, meilleur appétit, foie tout à fait réduit, sommeil calme, rate légèrement augmentée, langue très peu chargée. Œdème éteint à la face et aux jambes et très peu marqué aux pieds. T. R. 38°. Battements cardiaques quelque peu affaiblis. Teinture de strophantus, huit gouttes. Chlorhydrate de phénocolle, cinquante centigrammes, Nouvelle interruption du traitement jusqu'au 1er août, T. R. 37°8, diurèse plus abondante, les forces plus relevées, l'œdème presque entièrement éteint. La dose du phénocolle est alors portée à un gramme par jour. Je vis pour la dernière fois l'enfant le 13 août dans des conditions assez satisfaisantes. L'œdème entièrement disparu, foie et rate réduits. T. R. 37°4. Je prescris de l'arsenic et des nouvelles doses de chlorhydrate de phénocolle, mais on ne me le ramène plus.

Obs. VI. — Antoine, dix-neuf mois; 16 juillet 1894. Enfant arriéré avec des stigmates de la vérole congénitale. Depuis vingt jours fièvre intense à type rémittent irrégulier, agitation, état saburral, perte de l'appétit, foie et rate augmentés, ventre ballonné, selles diarrhéiques et fétides. T. R 39°5. Chlorhydrate de phénocolle quarante centigrammes. Le 17, température à 37°1, nuit calme, peau humide, foie et rate encore tuméfiés. Calomel. On répète ensuite le phénocolle. Le 18, T. R. 37°. Peau humide, foie et rate réduits, ventre flasque, encore de l'état saburral. Phénocolle et lavages de la cavité buccale avec une solution d'asaprol. Le 19 et le 21, conditions générales excellentes, plus de troubles digestifs, toujours apyrétique. On suspend l'administration du phénocolle. Le 23, foie et rate légèrement augmentés, quelques selles diarrhéiques, langue légèrement chargée, T. R. 37°8. On revient au chlorhydrate de phénocolle à la dose de quarante centigrammes. Le 25, T. R. 37°3, cessation de la diarrhée, foie et rate revenus à leurs dimensions normales, bon appétit, sommeil calme. Phénocolle, cinquante centigrammes. Tout rentre dans l'ordre jusqu'au 24 août; alors une nouvelle reprise des manifestations paludéennes d'une médiocre intensité fut promptement jugulée par le chlorhydrate de phénocolle.

§ 4. — *Asaprol.* — Le résultat des recherches de MM. Dujardin-Beaumetz et Stackler concernant l'emploi d'un dérivé soluble du naphtol B, l'asaprol, dans le traitement des maladies infectieuses générales m'engagèrent à l'essayer dans des cas de malaria infantile. Or cette première tentative ne laissa d'être fort encourageante car les petits malades soumis à l'emploi de ce précieux agent médicamenteux ont presque tous guéri. L'extrême solubilité de l'asaprol m'a toujours permis de l'administrer dans une potion sucrée que les petits sujets acceptent sans la moindre difficulté, car sa saveur légèrement amère devient promptement douceâtre ou se cache aisément sous l'addition d'un sirop aromatique comme celui de menthe par exemple. La substance a toujours été très bien tolérée par les enfants et jamais je n'eus à enregistrer aucun effet fâcheux du côté de l'appareil digestif, des poumons, du cœur, des reins ou du système nerveux, les doses employées ayant varié de vingt-cinq centigrammes à trois grammes par vingt-quatre heures. Je relaterai d'une façon abrégée les faits auxquels je viens de me rapporter.

Observation I. — Garçon de quinze jours, issu d'un père vénérien et nourri artificiellement. Depuis quatre jours, des selles catarrhales en nombre croissant accompagnées de ténesmes. Ventre ballonné, langue chargée, soif vive; fièvre rémittente à maxima vespérals, prostration, refroidissement des extrémités, foie et rate augmentés. Potion avec vingt-cinq centigrammes d'asaprol. Pendant les deux jours suivants, la fièvre s'amenda quelque peu, les maxima de la chaleur ne dépassant pas 38°, tandis qu'avant l'emploi du médicament, ils arrivaient à 39°. Nuits plus paisibles et les ténesmes presque nuls. La dose de l'asaprol fut alors élevée à cinquante centigrammes, et la chaleur baissa définitivement au bout de quarante-huit heures. La diarrhée disparut, le foie et la rate reprirent leurs dimensions normales.

Obs. II. — Petite négresse de vingt-cinq jours, amenée le 4 septembre 1894. Allaitement maternel. A partir des cinq jours derniers, diarrhée à marche croissante et se compliquant enfin de coliques. Nuits mauvaises, agitation, gémisse-

ments. Au tomber du jour accroissement de la chaleur du tronc avec refroidissement des extrémités. T. R. 37°7. Etat saburral, ventre ballonné, rate gonflée. Aucune tare héréditaire appréciable. Lavages de l'intestin. Potion avec cinquante centigrammes d'asaprol. Le 5, T. R. 37°6. Accès plus court avec léger abaissement thermique des extrémités, nuit plus calme, quelques selles diarrhéiques encore. Lavages de l'intestin. Asaprol un gramme. Le 6, T. R. 37°2. Rate réduite, soif éteinte, diarrhée fort amendée, coliques assez rares, langue nette. Lavages de l'intestin avec une solution asaprolée, asaprol à l'intérieur à la même dose. Le 7, plus de fièvre. L'enfant tette bien et a des selles presque tout à fait normales. Une petite prise de calomel vient compléter la guérison.

OBS. III. — Garçon de deux mois; 10 septembre 1894. Père syphilitique. Enfant très maigre portant les signes les plus marqués de la cachexie syphilitique. Pendant les six derniers jours fièvre à titre rémittent avec des oscillations fort variables, diarrhée verte. Depuis quarante-huit heures, à la suite d'un refroidissement, apparition d'un œdème au pied, qui gagne progressivement les jambes, les cuisses et les bourses. Signes de souffrance au moindre mouvement imprimé à ses membres abdominaux. Aucun symptôme inflammatoire pourtant au niveau de leurs jointures. Langue sèche. T. R. 38°5. Calomel suivi d'une potion avec un gramme d'asaprol. Onctions mercurielles. Le 11. Nuit calme, transpiration générale. T. R. 37°4. Même traitement. Le 12, T. R. 37°2. Transpiration abondante sous l'action du médicament. Rate normale. Ventre flasque. Diurèse augmentée. Langue plus nette. Sommeil paisible. Tette bien. On suspend la potion asaprolée. Le 15, fièvre reparue depuis la veille. T. R. 37°8. Nuit agitée. Rate de nouveau tuméfiée. Selles lientériques. Je reprends l'emploi de l'asaprol. Le 16, T. R. 37°. Nuit paisible. Rate réduite. Plus de trace d'œdème, les membres inférieurs indolents. Le 17. Chaleur toujours à la normale. Selles jaunâtres. L'enfant tette et dort assez bien.

OBS. IV. — Joaquina, quatre mois; 14 août 1894. Allaitement mixte. Signes précoces de la vérole congénitale. Pris de fièvre à dater de trois jours, laquelle suit un type rémittent avec des exacerbations nocturnes. Toux grasse, fréquente, râles muqueux et ronflants disséminés dans les deux poumons. Rate gonflée. Selles diarrhéiques, panachées, grumeleuses et accompagnées de coliques. Langue chargée. T. R. 37°6. Asaprol, cinquante centigrammes en potion. Le 16, diminution des râles, toux plus rare. Selles au nombre de trois, jaunâtres et moins granuleuses. Rate encore gonflée. T. R. 37°6. Même traitement. Le 17, T. R. 37°4. Apyrétique la dernière nuit. Rate fort diminuée, langue plus nette, diurèse assez augmentée. Même potion. Le 18, T. R. 37°4. Toux presque éteinte. L'enfant est gaie et calme. Le 20, plus de fièvre. Toujours l'asaprol. L'asaprol est poursuivi jusqu'au 3 septembre alors qu'il n'y avait plus de traces de bronchite ni de diarrhée.

OBS. V. — Alice, cinq mois, 29 septembre 1894. Allaitement mixte, nutrition ralentie. Depuis deux jours, fièvre à type rémittent assez irrégulier avec élévation plus marquée au cours de la nuit. A la visite, T. R. 37°8. Etat saburral, soif, rate tuméfiée, ventre ballonné, diarrhée verte et granuleuse, fétide, grognon, sommeil agité. Calomel. Potion avec vingt-cinq centigrammes d'asaprol. Le 1er octobre amélioration marquée. Disparition de la fièvre; à peine une trop légère élévation de la chaleur hier soir, la potion de l'asaprol se trouvant épuisée dès l'après-midi. Diarrhée beaucoup amendée, ventre flasque, enfant plus calme, sommeil plus prolongé. Même traitement. Le 6, la température reste normale au cours de l'administration, mais elle se relève de quelques dixièmes au-dessus de la moyenne normale, aussitôt l'interruption du médicament. La diarrhée presque complètement éteinte, rate assez réduite. L'enfant tette avec moins d'avidité et dort bien. On poursuit quelques jours encore l'administration du médicament, et tout rentre définitivement dans l'ordre sans que la fièvre eût reparu.

OBS. VI. — Garçon, six mois; 27 août 1894. Faible, rachitique, portant des stigmates de la vérole congénitale. Fièvre depuis une semaine; état saburral, anorexie, ballonnement du ventre, tuméfaction de la rate, diarrhée bilieuse très fétide. La fièvre a pris un type rémittent irrégulier. Insomnie. Calomel. Potion avec un gramme d'asaprol. Le 29. Amélioration. Apyrexie au moment de la visite. Etat saburral moins accusé. Rate encore gonflée. On répète la potion. Le 30. Meilleur appétit, langue plus nette, diarrhée amendée, apyrexie. Toux, quelques râles ronflants. Toujours l'asaprol. Le 31. La potion n'ayant pu être administrée hier avant l'après-midi, l'enfant fut pris, vers quatre heures, d'un léger accès de fièvre. Aussitôt qu'on la renouvela, la chaleur fébrile s'abaissa graduellement à la normale. Rate encore augmentée de volume. Quelques selles diarrhéiques précédées de coliques. On répète l'asoprol. Le 1er septembre, T. R. 37°4. Langue plus nette, rate plus réduite, quelques coliques dans la nuit, diarrhée très atténuée, râles ronflants plus nombreux. On insiste sur l'asaprol. Le 4, amélioration marquée. L'emploi du médicament ne cessa d'être fait les deux derniers jours. Rate dégonflée, cessation des coliques et de la diarrhée, langue nette, appétit plus accusé. On répète la potion asaprolée à laquelle on ajoute une autre à l'extrait de noix de Kola. Le 10. Plus de fièvre ni de traces de la bronchite.

OBS. VII. — Adolphe, six mois; 4 septembre 1894. Allaitement mixte. Troubles digestifs fréquents. Toux, agitation, insomnie. T. R. 40°. Peau sèche. Langue sèche et chargée, soif, inappétence, ventre ballonné, foie et rate engorgés. Des râles ronflants épars des deux côtés, souffle au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate gauche, matité à la partie inférieure de la face postérieure du thorax. La fièvre datant depuis plus d'une semaine. Potion avec trois grammes d'asaprol. Révulsif sur le thorax. Le 5. Au moment de la visite, T. R. 40°, vers six heures du matin celle-ci avait pourtant baissé à 39°. Langue moins chargée et plus humide. Pas de modification du côté du thorax. Asaprol trois grammes en potion. Badigeonnage à la teinture d'iode. Le 6. T. R. 40°. Peau baignée de sueur. Les râles amendés. Souffle moins intense, matité thoracique moins accusée, agitation, insomnie, rate plus réduite, foie augmenté. Badigeonnage. Grog. Calomel. Potion avec trois grammes d'asaprol. Le 7, T. R. 39° R. 44. Foie plus réduit. Langue nette. Toux plus fréquente. Pluie de râles sous-crépitants dans le tiers inférieur du poumon gauche. Quelques selles diarrhéiques. Oligurie. Ipéca. Grog. Révulsif. Potion avec trois grammes d'asaprol.

Le 8. Effet insuffisant de l'ipéca. Mêmes conditions. La dose de l'asaprol n'a point dépassé deux grammes. Je substitue à l'asaprol de l'antipyrine à la dose de un gramme en même temps que je prescris une autre potion avec de l'alcool et de la caféine. Le 9. La chaleur fébrile, après avoir baissé de un degré sous l'action de l'antipyrine, se relève vers le moment de la visite. Ventre ballonné. Constipation. Mêmes conditions de l'appareil respiratoire. Calomel. Potion avec un gramme d'antipyrine. Le 10. T. R. 39°. Même situation. La couche thermique ne subit guère une modification marquée par l'effet de l'administration suivie de l'antipyrine, pas plus que sous celle de l'asaprol. Potion avec un gramme de quinine et cinquante centigrammes d'antipyrine. Le 11, T. R. 38°5. Râles sibilants et ronflants disséminés de deux côtés. Toux répétée. On insiste sur la même potion. Le 12. T. R. 39°. Les râles fins ont envahi tout le poumon gauche et la base du poumon droit. Souffle plus notoire à gauche, tirage sus et sous-sternal, hyposystolie, abattement, peau sèche, foie tuméfié, constipation. J'ordonne la reprise de la quinine à laquelle j'ajoute l'emploi de la caféine, mais l'enfant ne m'est plus ramené.

OBS. VIII. — Iria, dix mois, née à Rio, présentée le 5 septembre 1894, belle fillette, portant des traces caractéristiques de la vérole congénitale, avait été prise, depuis dix jours, d'une fièvre à marche irrégulière accompagnée de toux grasse et de diarrhée. Elle se trouvait quelque peu abattue, dormait mal et avait perdu l'appétit. Foie et rate gonflés. Langue chargée. Râles bronchiques de deux côtés. La diarrhée plus marquée pendant les derniers jours. T. R. 39°8. Potion avec deux grammes d'asaprol. Le 6 septembre, T. R. 39°8. Etat saburral encore accusé. Diarrhée amendée. Rate plus réduite. Les phénomènes bronchitiques plus marqués. Nuit mauvaise, insomnie, gémissements. Ipéca. Potion avec trois

grammes d'asaprol. Le 7 septembre, T. R. 37°5. Effet très satisfaisant de l'ipéca. Râles presque entièrement éteints. Peau humide. Sommeil assez calme pendant la dernière nuit. Potion avec un gramme d'asaprol. Le 8, amélioration marquée. T. R. On répète l'emploi de l'asaprol à la même dose. Le 12, toujours bien. La température se maintient à la normale. L'enfant très animée et gaie. Foie et rate réduits à leurs dimensions normales. Langue entièrement nette. Bon appétit. Selles normales. La bronchite éteinte. On la soumet désormais au traitement antisyphilique, et depuis lors jusqu'à la fin du mois de novembre suivant, on n'a plus vu apparaître aucune manifestation de la malaria.

Obs. IX. — Alfred, âgé d'un an, né à Rio et amené dans mon service le 6 octobre 1894. Père syphilitique. Allaitement mixte. Dentition vers le neuvième mois. Marche au dixième mois. Croûtes au cuir chevelu. Coryza. Coloration jambonnées du lobule nasal. Adénopathie cervicale, préépitrochléenne et inguinale. A partir de quinze jours, toux grasse suivie, les cinq derniers jours, de fièvre à type rémittent irrégulier, avec des exacerbations vespérales sans être précédées de refroidissement ni suivies de transpiration. Langue chargée. Perte de l'appétit. Constipation. Le foie et la rate tuméfiés. Dans la nuit, insomnie, agitation, des plaintes et des gémissements. Prostration. Je lui prescris une potion journalière renfermant un gramme cinquante d'asaprol. Le 8, la chaleur fébrile s'amenda graduellement pour se maintenir, depuis la veille, à la normale. Peau humide. Langue plus nette. Ventre flasque. Foie et rate revenus à leurs dimensions normales. L'appétit commence à renaître. Le sommeil déjà assez calme et prolongé. On répète la potion à l'asaprol et, à partir du lendemain, on ne constate plus rien d'anormal.

Obs. X. — Arthur, âgé d'un an, né à Rio, admis dans mon service le 24 août 1894. Rachitisme crânien. Alopécie. Polyadénite cervicale et inguinale. Depuis un mois, toux sèche, opiniâtre. Fièvre à marche irrégulière avec exacerbations nocturnes. Six à sept selles jaunes, abondantes et fétides. Etat saburral. Inspiration légèrement soufflante aux deux sommets. Quelques râles sous-crépitants disséminés. T. R. 39°. Antipyrine, un gramme dans une potion. Calomel. Le 31 août, T. R. 38°8. Mêmes conditions. Asaprol, deux grammes en potion. Le 1er septembre, sommeil calme. Toux beaucoup diminuée. Inspiration moins soufflante. Cessation de la diarrhée. On maintient la potion avec deux grammes d'asaprol. Le 3 septembre, souffle presque nul. Sonorité thoracique presque normale. Plus d'appétit. Toujours apyrétique. J'ordonnai le maintien de la potion, et la fièvre n'a plus reparu.

Obs. XI. — Enclides, quatorze mois, né à Rio, présenté dans mon service le 25 août 1894. L'enfant habite une localité fort malsaine aux environs de Rio. Nutrition générale ralentie. Maigre, pâle. Ganglions périphériques hypertrophiés. Otorrée. Coryza. Toux grasse depuis près d'une semaine, suivie ces derniers jours de l'accroissement irrégulier de la chaleur, notamment vers la tombée de la nuit. L'enfant reste alors assoupi et indifférent à ce qui se passe autour de lui. Affaiblissement de l'appétit. Langue chargée. Léger engorgement hépatique. Déjections pâteuses et fétides. Gros et petits râles disséminées dans les deux poumons. Température rectale, 38°5. Ipéca à dose vomitive. Le 27 août, l'ipéca n'a pu être administré qu'hier matin. Toux moins fréquente. Râles bien moins nombreux. La température se maintient très élevée pendant la nuit dernière. Elle s'abaisse quelque peu le matin. Température rectale, 38°1. Encore de l'état saburral et de l'engorgement du foie. Potion avec un gramme cinquante d'asaprol. Le 28 août, température rectale, 37°2. Nuit excellente. Meilleur appétit. Foie réduit à ses dimensions normales. Selles moins pâteuses. Toux plus rare. Râles diminués. Transpiration générale au cours de l'administration du médicament. Même potion. Le 30 août, la fièvre ne se renouvela plus. Toux presque complètement éteinte. Râles extrêmement réduits. Son appétit s'accroît en même temps qu'il dort tranquillement.

Obs. XII. — Anisio, âgé de quatorze mois, soigné dans le service à l'âge de deux mois et demi pour les symptômes d'une infection malarienne aiguë, dont il fut guéri. Ce petit garçon, mal développé et ayant présenté des manifestations accusées de la vérole congénitale, fut ramené le 9 août, avec des signes d'une bronchite accompagnée de fièvre. Au moment de la visite, température, 37°8. Matité à la région stéro-claviculaire et aux fosses sous-claviculaires. Râles sifflants et muqueux disséminés. Mycropolyadénie cervicale. D'après la mère, l'enfant aurait contracté la coqueluche vers l'âge de six mois, à la suite de laquelle sont survenus des crises asthématoïdes à des intervalles variés. Langue chargée. Foie et rate très gonflés. Ventre un peu ballonné. Constipation. Calomel. Le 11 août, température rectale 36°8. Foie plus dégonflé. Bichlorhydrate de quinine dans une potion pour être répétée pendant trois jours de suite. Le 15 août, température rectale, 37°. La chaleur se relève invariablement pendant la nuit. Hier, une indigestion déterminée par un écart de régime. Calomel. On revient à la quinine à la dose de un gramme en potion.

Le 23 août, température rectale 40°. Rate encore gonflée. Etat saburral plus marqué. Râles sibilants et ronflants, épars. Rudesse respiratoire. Potion avec un gramme d'asaprol. Le 24, température rectale 39°4. Nuit plus calme. Transpiration profuse sous l'influence du médicament. Etat saburral. Foie et rate encore gonflés. On répète la potion à l'asaprol. Le 25, température rectale 39°6. Transpiration fréquente. Les phénomènes thoraciques persistent. Prostration. Inappétence. Potion avec deux grammes d'asaprol. Le 29, la potion fut répétée hier. Température rectale 37°7. Respiration bien moins rude. Toux plus rare. Transpiration. On abaisse la dose de l'asaprol à un gramme. Le 28, température rectale 37°. Plus d'appétit. Transpiration déjà presque nulle. Atténuation de symptômes bronchiques. Quelques gros râles à peine. Pas de trace d'albumine dans l'urine. Foie encore un peu gonflé. Calomel. On relève la dose du médicament à celle de deux grammes. Le 30 août, température rectale 37°4. Plus d'accès dans la nuit. Toux rare. Sommeil calme. Foie et rate réduits. Respiration beaucoup plus libre. Interruption de l'asaprol depuis trente-six heures. L'enfant passe alors à l'usage de l'iodure de potassium. On l'examine pendant plusieurs jours de suite et l'on n'a plus lieu de constater l'élévation de la chaleur du corps. Il reste soumis à l'iodothérapie.

Obs. XIII. — Américo, quinze mois, né à Rio, admis dans mon service à la polyclinique, le 22 août 1894. Le premier-né. Père syphilitique. Régime vicieux dès le début. Déformations rachitiques du crâne et des os longs. Ganglions périphériques tuméfiés. Toux coqueluchoïde depuis huit jours, accompagnée de fièvre à type rémittent avec exacerbations nocturnes. Langue légèrement chargée. Constipation. Rate hypertrophiée. Lobe gauche du foie gonflé. Appétit très affaibli. Ventre ballonné. Quelques râles ronflants disséminés des deux côtés. Température rectale, 38°3. Calomel, trente centigrammes. Asaprol, un gramme dans une potion. Le 24 août, bien que la potion à l'asaprol ait été épuisée depuis la veille au matin, la température, qui avait baissé à la normale, s'y est maintenue jusqu'au moment de la visite. Langue plus nette. Ventre flasque. Appétit plus relevé. Foie et rate encore quelque peu augmentés. Potion avec un gramme d'asaprol. Le 25, température toujours normale. Râles presque éteints. Foie et rate dégonflés. Langue nette, bon appétit. La toux revêt les caractères élastiques de la coqueluche, et la compression du cartilage thyroïde éveille des quintes. Badigeonnages périglottiques avec une solution d'asaprol à un pour cent. Le 27, la chaleur du corps ne se releva plus. Coqueluche promptement enrayée avant d'atteindre sa période convulsive. Le 30, la chaleur se releva quelque peu. Température rectale 38°. Foie et rate non tuméfiés. On reprend la potion à l'asaprol. Le 31, température rectale, 37°. Très bon appétit. Sommeil calme. Selles normales. Toux éteinte. Excellente mine. Fonctions digestives physiologiques. Comme complément du traitement antimalarien, on lui prescrit l'usage de l'arsenic. Je le revois le 12 septembre, et je constate l'amélioration progressive de la nutrition générale.

Obs. XIV. — Alexandre, quinze mois, né à Rio, admis dans mon service à la polyclinique, le 1er septembre 1894. Le deuxième de deux enfants. Allaitement artificiel dès le début. Dentition après un an. A l'âge de trois mois, convulsions épileptiformes bornées au côté gauche durant plus d'une semaine, auxquelles succéda une hémiplégie du même

côté, aujourd'hui moins accusée au bras gauche. Développement intellectuel fort arriéré. Vocabulaire presque nul. Crises fréquentes d'irritabilité. Sommeil toujours agité et interrompu. La peau du tronc et des jambes parsemée de papules. Ganglions périphériques assez tuméfiés. Il y a trois jours apparition de fièvre continue avec des oscillations irrégulières. Température rectale, 38°2. Courbature. Peau sèche. Pas de frissons ni de transpirations. Langue très chargée. Perte complète de l'appétit. Le foie et la rate notoirement tuméfiés et sensibles à l'examen. Ventre ballonné. Constipation. Insomnie. Agitation très marquée dans la nuit. Grognon, se prêtant assez difficilement à l'examen. Calomel. Potion avec un gramme d'asaprol. Le 4 septembre, abaissement de la chaleur fébrile aussitôt l'administration de la première potion asaprolée. Celle-ci fut par mégarde interrompue depuis hier à l'après-midi. Au cours de la nuit, la température commença à remonter et au moment de la visite elle est à 38°9. Etat saburral pourtant moins accusé ; aussi le foie et la rate se montrent sensiblement réduits. Enfant plus calme qu'au début. On insiste sur l'administration de l'asaprol à la même dose en potion. Le 5, température rectale, 37°4. Insomnie et agitation pendant les deux dernières nuits, Foie encore légèrement engorgé. Constipation. Ventre ballonné. Calomel. Potion à l'asaprol (un gramme). Trional, vingt-cinq centigrammes avant le coucher. Le 13 septembre, pas de circonstances imprévues. La potion d'asaprol a cessé d'être administrée dès le 8 septembre.

La fièvre se ralluma en conséquence, l'enfant présentant alors une température rectale de trente-neuf degrés. Etat saburral plus accusé. Appétit affaibli. Ventre ballonné. Constipation. Foie et rate plus augmentés. Calomel, cinquante centigrammes. Nouvelle potion à l'asaprol. Le 14, température rectale, 38°3. Le foie et la rate plus dégonflés. Langue plus nette. Selles provoquées par le calomel. On fait répéter la potion avec l'asaprol. Le 15 septembre, température rectale, 37°3. Toux sèche et piquante. Quelques ronchus épars. Foie et rate revenus à leurs dimensions normales. Potion à l'asaprol, alternant avec une autre au terpinol. Le 17, nouvelle interruption de l'asaprol depuis la veille. Ce matin, la chaleur se releva un peu. Température rectale, 37°8. Ventre de nouveau ballonné. Constipation opiniâtre. Appétit plus accusé. Nuits plus calmes. Calomel. Potion à l'asaprol (un gramme). Le 22, température rectale 37°. Bon appétit. Langue beaucoup plus nette. Dort bien. Foie et rate non augmentés. L'asaprol fut encore une fois renouvelé ; puis la fièvre n'ayant plus reparu, d'une part, et, d'autre part, la provision dont je disposais s'étant épuisée, j'ai été forcé de l'interrompre. L'enfant resta cependant tout à fait apyrétique jusqu'au 29 septembre. Ce jour-là, la chaleur s'étant relevée à 37°8, j'ai eu recours alors à l'emploi d'une potion renfermant de la quinine, qui l'a fait redescendre à son degré normal.

Obs. XV. — Adelia, douze ans, née à Rio, amenée à mon service le 25 août 1894. Cette fillette, qui habite une localité malsaine aux environs de Rio, a été prise de fièvre depuis les quatre derniers jours. La chaleur se maintient peu au-dessus de la normale pendant la journée, mais dans la nuit elle s'accroît à 39°, pour redescendre vers le lever du jour, la peau se couvre alors d'une transpiration peu marquée. Abattement. Etat saburral. Céphalée très accusée. Névralgie ciliaire. Conjonctive quelque peu injectée. Photophobie. Larmoiement. Jointures douloureuses. Foie extrêmement volumineux et fort sensible à la palpitation. Rate aussi augmentée. Calomel suivi d'une potion renfermant deux grammes d'asaprol. Le 27 août, température autour de 38°. Malgré l'effet du calomel, langue encore chargée, mais l'appétit plus relevé. Foie fort diminué de volume. Rate ayant presque entièrement repris ses dimensions physiologiques. Céphalée éteinte. Névralgie oculaire sensiblement amendée. Plus de photophobie ni de larmoiement. Asaprol, deux grammes en potion. Le 28, langue plus nette et plus humide. Le foie et la rate avec leurs dimensions normales. La chaleur se maintient au-dessous de 38°. Meilleur appétit. Cessation de la névralgie oculaire. Sommeil calme. Je fais refaire la potion à l'asaprol, toujours à la dose de deux grammes. Le 30, plus d'accablement. Névralgie oculaire éteinte. Langue nette. Bon appétit. Fonctions digestives régulières.

Obs. XVI. — Fillette de sept mois; 12 septembre 1894. Coqueluche remontant à quinze jours et ayant atteint la période convulsive. Apparition depuis les derniers jours d'un mouvement fébrile à marche assez irrégulière. Diarrhée. Engorgement hépatique peu marqué. Etat saburral. Prostration. Calomel. Le 13. T. R. 38°,5. Foie encore engorgé. Potion avec une gramme d'asaprol. Traitement de la coqueluche au moyen de badigeonnages périglottiques à l'asaprol.

Le 15. T. R. 37°,3. Foie et rate revenus à leurs dimensions normales. Selles physiologiques au nombre de deux par jour. Coqueluche fort amendée. Même traitement. Le 20. La chaleur ne remonte plus au-dessus de la normale. Langue nette. L'enfant tette bien. La toux déjà rare a perdu les caractères propres à celle de la coqueluche.

Obs. XVII. — Ermélinda, onze mois, présentée le 28 juin 1894. Déformations rachitiques. Manifestations externes fort accusées de l'hérédo-syphilis remontant aux premiers jours de la naissance. Signes de gastrectasie. Le 26 juillet, alors que sous le traitement spécifique, les symptômes de la vérole congénitale se trouvaient presque éteints, éclosion d'accidents bronchitiques accompagnés de réaction fébrile, d'engorgement splénique. Par l'effet du chlorhydrate de phénocolle tout rentre bientôt dans l'ordre, et l'enfant reste apyrétique jusqu'au 30 juillet. En la croyant entièrement rétablie sa mère ne la ramène au service que le 31 août, en me déclarant que son enfant se trouvait assez bien lorsque, dans la nuit du 18 au 19 août, la fièvre s'était rallumée en même temps que survinrent des vomissements et de l'agitation. T. R. 39°. Etat saburral, lobe gauche du foie engorgé, rate augmentée dans le sens vertical; selles diarrhéiques, quelques gros râles disséminés. Asaprol à la dose quotidienne de un gramme en potion. Le 22 août. Sommeil plus calme. T. R. 38°. Plus de selles diarrhéiques. Langue plus nette. Foie et rate dégonflés. Râles plus rares. On répète la potion asaprolée. Le 23. T. R. 37°. Etat saburral presque nul. Appétit accru. Peau humide. Sommeil assez tranquille. Selles physiologiques. Même traitement. Le 24. T. R. 36°,8. Langue nette. Meilleur appétit. Enfant plus gaie et plus alerte.

Obs XVIII. — Arthur, onze ans, amené le 26 décembre 1894. Ce garçon, qui avait présenté dès le début des signes externes de la vérole congénitale, aurait eu à plusieurs reprises des accès de fièvre paludéenne. Il m'est amené pour être soigné d'une chorée de Sydenham qui avait été remarquée à partir du 14 décembre, et laquelle s'aggravait progressivement, au fur et à mesure que l'activité cérébrale s'affaiblissait sensiblement. A côté de cela l'enfant était pâle, abattu, avait la langue chargée, l'appétit éteint, le foie assez gonflé, le ventre ballonné, des selles diarrhéiques, la rate tuméfiée. A dater du lendemain je le soumis à l'usage de l'asaprol à la dose de un gramme portée progressivement jusqu'à celle de deux grammes, le 9 janvier suivant, alors qu'on pouvait constater déjà une amélioration tant du côté des symptômes choréiques que de ceux paludéens. La langue se trouvait moins chargée, l'appétit relevé, la rate et le foie revenus à leurs dimensions physiologiques, le ventre plus flasque; la diarrhée pourtant n'avait encore cessé complètement. L'asaprol jusqu'ici parfaitement toléré fut administré à la dose de trois grammes en trois fois. Le 11, la diarrhée avait disparu, la langue était nette et rose, l'appétit plus exalté, en même temps que la chorée se dissipait et l'enfant reprenait ses forces et son activité psychique. La dose journalière du médicament portée jusqu'à cinq grammes fut poursuivie, à des rares interruptions, jusqu'au 14 février. A cette époque, il n'y avait à constater plus de traces de la malaria, en même temps que l'enfant se trouvait tout à fait débarrassé de sa chorée. Son état mental revint à ses conditions normales; sa force dynamométrique s'éleva de dix kilogrammes jusqu'à vingt kilogrammes à la main droite et à vingt-six kilogrammes à la main gauche; son poids monta de vingt-sept kilogrammes cinq cents à vingt-neuf kilogrammes quatre cents. Enfin, bien que la dose totale de l'asaprol fût arrivée à cent cinquante-cinq grammes cinquante, aucun accident fâcheux ne fut jamais constaté; aussi l'examen répété de l'urine n'y laissa point apercevoir la moindre trace d'albumine.

Le nouveau agent médicamenteux fut donc essayé chez dix-huit enfants, onze garçons et sept fillettes, dix-

sept blancs et métis et une négresse, ainsi répartis d'après leur âge :

15 jours	1
25 —	1
2 mois	1
4 —	1
5 —	1
6 —	2
7 —	1
10 —	1
11 —	1
1 an	2
14 mois	2
15 —	2
11 ans	1
12 —	1
	18

Chez tous ces petits sujets le résultat constaté a été à peu près excellent; une seule fois (Obs. VII) l'asaprol a échoué. Il s'agissait d'un cas de malaria développée chez un enfant portant des signes suspects de tuberculose, et compliquée d'une broncho-pneumonie grave. Mais alors la réaction fébrile qui tenait pour une large part au processus broncho-pulmonaire, a aussi résisté à l'emploi de l'antipyrine de même qu'à celui de la quinine à une dose jamais inférieure à un gramme par vingt-quatre heures. Hors cela l'asaprol a bien réussi; au cours de son action la peau se couvre de sueur; la diurèse augmente, l'agitation s'amende ou disparaît et le sommeil se rétablit.

Dans la dernière observation concernant un petit affecté simultanément de paludisme et de chorée vulgaire, l'asaprol parvint à combattre les deux états morbides administré jusqu'à la dose quotidienne de cinq grammes avec la plus parfaite tolérance de la part du jeune malade, dont les forces et le poids augmentèrent considérablement et promptement. Ce dérivé soluble du naphol B se recommande donc à l'attention des pédiatres qui auront à soigner des enfants affectés de paludisme. Cela découle fort naturellement des faits ci-dessus rapportés.

Fibro-sarcome calcifié de la vessie. Extirpation. Guérison. Étude histologique, par le Dr Ch. Audry (de Toulouse).

Depuis le livre d'Albarran, on ne nous a pas appris grand'chose de nouveau sur les fibromes de la vessie. Seuls les fibro-myomes, plus exactement les myomes de la vessie ont bénéficié de l'important travail de Terrier et Hartmann (*Rev. chir.* 1895).

Les fibro-myxomes et les fibromes purs semblent être des néoplasies bien rares, insuffisamment connues.

Voici une observation qui, entre autres particularités, nous a permis d'étudier les dégénérescences très diverses que pouvait subir «un polype fibreux», et en particulier, un phénomène bien rare, *la calcification interstitielle* de ces tumeurs. Il semble, du reste, qu'au point de vue clinique aussi bien qu'opératoire, la présente observation n'est pas sans offrir quelque intérêt.

Observation. Recueillie par M. Sorel, interne du service. — Or..., roulier, âgé de quarante-huit ans, ne présente pas d'antécédents héréditaires ou personnels. Au mois de janvier 1895, les premiers symptômes de la maladie se sont manifestés par une hématurie inopinée qui dura environ huit jours, et qui ne se serait plus renouvelée, du moins à la connaissance du malade. Au mois de juillet, il commença à souffrir de mictions fréquentes, et s'aperçut que ses urines étaient troubles. Il entre à ma clinique vers le 20 octobre, envoyé par un de nos collègues mal édifié sur la nature de cette cystite.

A ce moment-là, le malade était profondément anémié, pâle, très affaibli. Il se plaint d'uriner souvent (quatre fois par nuit, actuellement; mais la pollakiurie a été plus prononcée). Il accuse de vives douleurs au bout de la verge, et dans la région hypogastrique; parfois, il aurait vu s'interrompre brusquement le jet urinaire. Urèthre sain.

Les urines sont extraordinairement troubles, colorées légèrement en rouge brun; mais cette coloration ne présente guère plus d'intensité que des urines de fébricitants. Le microscope montre qu'elles contiennent une assez grande quantité de globules rouges. On vit, plus tard, qu'elles ne contenaient ni albumine, ni sucre. Leur quantité s'élevait à dix-sept cents par vingt-quatre heures (le malade buvait du lait). Le nombre de globules rouges dans le sang ne dépassait pas trois millions.

A l'examen direct, on constatait une épiplocèle droite peu volumineuse et quelques grains ganglionnaires inguinaux à droite.

L'explorateur de Guyon-Thompson ne découvrit pas de calcul, mais fit percevoir une sensation de ressaut. L'œil de la sonde ramena quelques débris épithéliaux mal caractérisés; l'urine fourmillait de bactéries de toute espèce. Prostate normale.

Diagnostic: tumeur vésicale, probablement carcinome.

On fit des lavages boriqués et au nitrate d'argent pour désintecter la vessie, et l'on décida de faire la taille hypogastrique, quitte à la transformer si les circonstances l'exigeaient.

Le 27 octobre 1895. Anesthésie. Une nouvelle exploration révèle une sensation rugueuse, dure, ballottante qui fait de nouveau songer à la possibilité d'un calcul enchâtonné.

Position de Trendelenburg. Pas de ballon de Pétersen. Injection de deux cents grammes d'eau boriquée. Incision médiane et taille longitudinale ordinaire permettant l'introduction du doigt. Celui-ci rencontre aussitôt une grosse tumeur arrondie, saillante, lisse qui remplit une grande partie de la cavité vésicale. Agrandissement de l'incision médiane. La tumeur occupant trop de place pour qu'on puisse rien faire dans la vessie, d'autre part, étant pédiculée à droite et en bas, je l'enlève en la tordant avec les doigts. La zone correspondant au pédicule est en avant et en dehors de l'uretère droit, large de cinq centimètres environ, arrondie. Toutes les tentatives pour exciser cette zone sont inutiles parce que les tissus sont friables, la région profonde, le jour insuffisant.

Je passe alors sur la droite du malade et fais tomber sur l'ouverture médiane une incision perpendiculaire coupant tous les tissus jusqu'à la graisse du cordon. Section égale de la vessie (1).

Résection très facile avec le couteau du thermo-cautère, de tout le fragment suspect et de la paroi vésicale correspondante, résection en partie totale, en partie intrapariétale. Suture de la seule incision latérale droite vésicale musculaire et cutanée. Large drainage par deux tubes adossés.

Suites opératoires d'une simplicité parfaite, apyrexie continue et totale. Relèvement rapide de l'état général.

Trente jours plus tard, il restait une petite fistule qui s'oblitérera bientôt.

J'ajouterai très peu de commentaires à la partie de l'observation relative à la technique opératoire; je renvoie à l'article paru dans les *Archives provinciales de chirurgie* de décembre 1895 sous ce titre suffisamment significatif : *de la taille sus-pubienne médio-latérale et médio-bilatérale*. Nous avons fait ici une taille médio-latérale droite parce que l'incision longitudinale ne nous donnait pas assez de jour et une incision médio-latérale droite était suffisante pour réséquer un pédicule siégeant dans le fond de l'hémisphère droit de la vessie. Je me borne à dire ici que, selon moi, les opérations atteignant la ceinture ostéo-articulaire sont généralement inutiles, et que dans les cas où l'incision longitudinale médiane

(1) Cf. notre note sur : La taille sus-pubienne médio-latérale et médio-bilatérale. *Arch. Prov. de chirurgie*, 1895, décembre.

ne fournira pas une voie d'approche suffisante on l'obtiendra largement en lui associant franchement la taille transversale de Trendelenburg. Je crois aussi, du reste, qu'il sera préférable de recourir d'emblée à cette méthode toutes les fois qu'on tombera sur une tumeur quelconque : on aura beaucoup plus de chances d'opérer assez largement et je ne vois pas quels inconvénients on peut en redouter puisque, d'une part, on se décide si facilement à couper les droits pour aider à la béance de la seule incision longitudinale et que, d'ailleurs, la suture en reste toujours aisée.

Un mot seulement à propos des symptômes : comme toujours, l'hématurie fut le signe capital; chez notre malade, l'hématurie macroscopique a été rare ; cependant il était extraordinairement anémié, hypoglobulique, très affaibli, parce que chez lui il existait une hématurie microscopique presque continue; cette anémie était bien faite pour tromper sur la nature du néoplasme. On a vu également que l'infiltration calcaire pourtant si menue, si fine avait suffi pour donner des sensations voisines de celles d'un calcul. C'est du reste cette infiltration calcaire et son histogénie qui va principalement attirer notre attention dans l'étude anatomique de cette intéressante tumeur.

Description macroscopique. — Nous avons dit que la tumeur était à peu près grosse comme un poing de femme adulte; elle pesait cent trente-cinq grammes sans la zone d'excision pédiculaire; on a également vu que celle-ci était à peu près circulaire, d'un diamètre de cinq centimètres environ, d'apparence fongueuse rosée, modérément saignante; la muqueuse qui la circonscrivait était rose vif comme le reste de la vessie et paraissait saine; l'excision ne comporta la résection totale de la paroi que sur une faible étendue; dans le reste, elle fut intra-musculaire et l'examen microscopique montra cependant qu'il s'agissait bien de tissu musculaire vésical sain portant des capillaires nombreux et normaux.

La tumeur même, un peu ovoïde, était lisse, de couleur jaunâtre, bleue ou rose; la consistance ferme; nombre de points étaient comme râpeux; cependant les saillies calcaires étaient très fines, peu élevées et n'apparaissaient point à la vue seule.

A la coupe, on vit que la masse était généralement formée par une épaisse écorce d'un blanc jaunâtre, ferme, de densité égale, qui, çà et là, criait sous le scalpel sans trop résister. Le centre et la base présentaient l'aspect d'un noyau rougeâtre, compact, assez ferme. Pas de suc, pas de fibres.

Au microscope, après avoir pris des fragments en cinq endroits différents, après les avoir inclus dans la paraffine, coupés, et coloré une cinquantaine de coupes par le carmin aluné, le bleu polychrome de Unna, le bleu de méthyle boraté, l'hématéine, le picro-carmin de Ranvier, on constata ce qui suit :

La partie blanche est constituée par du tissu conjonctif adulte à différents âges de développement; le plus souvent, on trouve du tissu conjonctif fasciculé ordinaire; en quelques points, il se rapproche du type lâche : faisceaux peu prononcés, substance fondamentale peu colorable, jamais muqueuse; cellules étoilées nombreuses qui ne sont pas des cellules de tissu muqueux, mais simplement de belles cellules connectives ordinaires non ordonnées. Ailleurs, le tissu se condence, la substance fasciculée se raréfie, les cellules s'allongent, se tassent et prennent le type fibreux; nulle part on ne trouve les noyaux et les altérations vasculaires habituelles du sarcome.

Sur quelques points, nous constatons cependant des altérations spéciales : la substance fondamentale assez homogène, disposée en bandes fasciculées, est semée de noyaux volumineux, parfois même très volumineux, allongés, ovoïdes ou circulaires, le plus souvent granuleux, clairs, quelquefois riches en chromatine. Ces noyaux semblent nus, ou du moins le protoplasma est mal coloré par l'hématoxyline, un peu mieux par le bleu.

Il est évident qu'un tel état est à peu près indistinct du sarcome; il s'en distingue à peine par la présence et la forme de la substance fondamentale, et l'état des vaisseaux. Surtout, il est limité à des territoires peu étendus et ne constituant qu'une faible partie du néoplasme. Enfin, çà et là, sont semées, sans ordre aucun, quelques mastzellen.

En des points très rares, quelques traces d'une muqueuse revêtement représentées par quelques couches de cellules losangiques, aplaties, colorées en bloc ; la majeure partie de la surface est nue, formée par un conglomérat de petites cellules rondes tassées dans une substance amorphe, d'autant plus serrées, d'autant plus altérées dans leur contour qu'elles s'approchent davantage de la périphérie. Le tissu conjonctif baigne dans l'urine septique; nous verrons plus loin ce qu'il en est résulté.

Les territoires rouges sont constitués par un tissu vaguement fibrineux et cloisonné, semé parfois de débris de globules rouges et où l'on voit la coupe de nombreux capillaires. Dans cette nappe sont disséminées des cellules rondes isolées, dispersées, de dimension tout à fait variable, munies d'un noyau également indéfinissable ; beaucoup de ces noyaux ne sont plus représentés que par des gouttes noires qui accusent la dégénérescence.

Enfin, çà et là, des fibres musculaires lisses, quelquefois nombreuses, souvent absentes.

Indépendamment de ces éléments anatomiques, on constate sur les unes ou les autres des coupes d'autres particularités. Premièrement une infiltration bactérienne qui se manifeste sous deux formes ; d'abord le bleu y colore des noyaux tout à fait semblables à des fentes lymphatiques littéralement injectés de bacilles gros et courts, serrés, souples, etc. Cependant, je n'ai pas vu trace d'endothélium au pourtour de ces amas, et je crois que ce sont simplement les fentes des faisceaux qui les recèlent.

D'autre part, entre les cellules rondes, on voit serpenter de longs filaments bactériens, souvent très touffus, très longs, ramifiés, sans article ni spores apparentes; tous ces micro-organismes se rencontrent sur les coupes qui offrent des cellules rondes disséminées dans une nappe de substance claire, cloisonnée, comme amorphe.

Dans les zones fibreuses ou conjonctives fasciculaires, on voit des bandes irrégulières, d'une largeur et d'une longueur parfois considérable, formés par une substance claire, réfringente, compacte, qui répondent aux infiltrats calcaires. Ces bandes sont souvent limitées par un endothélium net et résident donc dans des lymphatiques; d'autres semblent baigner en pleines fibres longitudinales semées de cellules, et se trouvent quelquefois cloisonnées par de minces travées semblables. Je n'y ai point vu de cellules osseuses ; je dois dire que sur des coupes épaisses, j'ai vu deux ou trois cellules conjonctives à prolongements à même la surface.

Enfin, sur un certain nombre de coupes, on note une abondante poussière de grains brillants qui sont très probablement des grains de phosphate de chaux.

Ainsi, tumeur constituée par du tissu conjonctif, allant jusqu'au type fibreux, semé de fibres musculaires, et, d'autre part, par un tissu profondément modifié par les dégénérescences qui surviennent dans des territoires vasculaires jadis actifs, actuellement thrombosés et infectés. Enfin, en quelques points, état nucléaire particulier indiquant une certaine évolution vers le sarcome. Cette tumeur a perdu sa muqueuse; elle s'est trouvée baignant longtemps dans une urine très infectée. Elle a été imbibée par celle-ci qui a déposé dans les fentes lymphatiques du phosphate de chaux et y a entraîné et ensemencé des microbes. Quant à savoir si l'action des bactéries a été efficace sur la dégénération dont nous avons noté de nombreuses traces, ou si au contraire elles furent purement saprophytes, nous l'ignorons.

On le voit, il s'est bien agi de calcification interstitielle par infiltration venue de l'extérieur. Ce n'est pas une calcification d'origine vasculaire capable d'aboutir à une ossification plus ou moins sharpeyenne ou cartilagineuse, ainsi qu'on peut assez souvent le noter à l'examen des fibromes et en particulier des fibromes sous-cutanés. Ce n'est pas non plus un dépôt superficiel semblable à ceux que l'on note assez souvent en même temps que les tumeurs.

Rochet a bien insisté sur la fréquence relative et

cependant mal connue des calcifications qui adhèrent à la périphérie des tumeurs malignes et peuvent s'en isoler ; moi-même en ai rencontré. Rochet a même vu au centre d'une tumeur fibreuse trouvée à l'amphithéâtre une sorte de noyau calcaire! Nous comprenons mieux maintenant comment il a pu se former.

Je ne puis terminer sans ajouter un mot au sujet de la détermination de cette tumeur; nous l'avons appelée *fibrome*; cependant, on a vu que le tissu fibreux n'en formait qu'une faible part ; il est bien regrettable que le mot conjonctivome ne soit et ne puisse être qu'un affreux barbarisme; en réalité, c'est bien d'un polype conjonctif qu'il s'agit et non pas seulement d'un polype fibreux. Comme toujours, c'est dans une hypertrophie papillaire, axiale et vasculaire qu'il faut chercher son origine; c'est d'une véritable *hyperplasie en tumeur* qu'il s'agit bien plus que d'un néoplasme authentique. Il est permis de se demander si, dans d'autres cas, il n'en a pas été ainsi.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Un cas de rhabdomyome du nerf sciatique avec dégénérescence graisseuse des muscles (Un caso di rabdomioma del nervo ischiatico con atrophia lipomatosa del muscoli), par Orlandi (*Giorn. della R. Acad. di Torino*, 1895, nos 3 et 4, p. 164). — L'histoire clinique manque, il s'agit d'une trouvaille d'autopsie. Le membre inférieur droit du cadavre est uniformément atrophié. Le pied correspondant est de douze centimètres plus court que l'autre, et se trouve en adduction et en flexion forcée. Au point où le nerf se divise en deux branches principales, sciatique poplite interne et externe, on trouve une tumeur de forme olivaire dont la circonférence mesure quatorze centimètres. Une deuxième tumeur a été trouvée au point d'émergence du sciatique. Elle mesurait seize centimètres de circonférence. Ces deux tumeurs n'affectent aucun rapport de continuité ou de contiguïté avec les tissus voisins. Elles ont une consistance fibreuse, un aspect translucide et sont entourées d'une couche dense de tissu conjonctif, qui se continue avec le périnèvre. Les tumeurs sont dures à la section; on y voit de nombreux faisceaux d'un blanc grisâtre, qui s'entrecroisent dans toutes les directions. L'examen histologique de ces tumeurs a fait voir qu'elles sont constituées par des fibres musculaires striées, tantôt isolées, tantôt groupées en faisceaux plus ou moins volumineux, séparés les uns des autres par des faisceaux de fibres nerveuses. Ces dernières sont plus ou moins dégénérées. Il s'agit là d'une formation tératologique qui a été désignée par Zenker sous le nom de rhabdomyome et par Virchow, sous le nom de myome striocellulaire. L'auteur n'a trouvé dans la littérature médicale aucun cas semblable.

Sur l'encéphalite hémorrhagique (Ueber Encephalitis hemorrhagia), par Freyhan (*Deut. med. Woch.*, 26 septembre 1895, n° 39, p. 643). — Il s'agit d'un enfant âgé de quinze ans, dans les antécédents duquel on trouve une scarlatine qui s'était compliquée d'une otite double suppurée. Dans le pus on a trouvé de nombreux bacilles de Koch. Quelque temps avant son entrée à l'hôpital (20 août), il a été pris d'influenza. Et il a éprouvé des douleurs dans le tronc et dans les membres. Au moment de l'examen, l'enfant reste apathique, répond difficilement aux questions qu'on lui fait. La tête est déviée à gauche, il y a un léger degré d'opisthotonos. La pupille gauche est plus dilatée que la droite. Les mouvements des globes oculaires sont normaux. Le facial inférieur est paralysé du côté droit. Hémiplégie droite. Les réflexes patellaires existent des deux côtés; peut-être plus forts à droite qu'à gauche. Pas de troubles de sensibilité. Dans le liquide extrait par la ponction lombaire, on ne trouve pas de bacilles tuberculeux, mais de l'albumine en quantité assez considérable. Quelque temps après, la paralysie faciale disparut et le bras reprit ses mouvements. Mais le 4 juin survient une nouvelle paralysie faciale qui présente cette fois tous les caractères de la paralysie périphérique.

Un peu plus tard on trouve à l'examen électrique de la réaction partielle de dégénérescence. Les yeux furent pris à leur tour. On constata une paralysie totale des mouvements associés à droite. Le muscle droit interne de l'œil gauche est paralysé. Il y a du vertige, des vomissements et des mouvements ataxiques, dans les bras et les jambes et en outre de l'ataxie statique. La convalescence a été lente. A la fin de juin, tous les phénomènes paralytiques ont disparu. L'auteur admet qu'il s'agit, dans ce cas, d'une association de deux maladies, l'encéphalite hémorrhagique du type Strumpell-Leichenstern et d'une polio-encéphalite supérieure du type Wernicke. Bien que dans ces deux affections, le pronostic soit fatal, il y a cependant des cas de guérison qui ont été publiés récemment par Bœdeker, Thomsen, Oppenheim.

MÉDECINE

Atrophie dans les gastropathies (Alcuni rapporte tra chimismo e motilità dello stomaco illustrati dall'azioni dell'atropina), par H. Ferrannini (*Riforma medica*, 28 et 29 mai 1895, p. 579 et 591). — L'atropine peut atténuer et supprimer l'hyperchlorhydrie et l'hypersécrétion gastrique et par suite l'insuffisance motrice de l'estomac si celle-ci dépend surtout du trouble coexistant du chimisme. Au contraire, dans la gastro-succorrhée à l'état chronique avec ou sans hyperchlorhydrie, l'atropine peut atténuer ou même faire cesser l'hypersécrétion du suc gastrique, mais ne modifie que peu l'atonie gastrique parce que celle-ci est exagérée, mais non fondamentalement produite par le trouble du chimisme. L'atropine est non seulement un des médicaments les plus actifs dans le traitement de l'hyperchlorhydrie et de l'hypersécrétion du suc gastrique, mais encore un réactif permettant de découvrir si, dans un cas donné, l'atonie gastrique est la conséquence fondamentale du trouble chimisme et peut être atténuée en supprimant ce trouble.

Les amers et les aromatiques et la sécrétion gastrique (Influenza degli amari e degli aromatici sulla secrezione gastrica e sulla digestione), par R. Jacontini (*Riforma medica*, 27 juillet 1895, p. 278). — Les substances amères, aromatiques et excitantes augmentent plus ou moins la sécrétion du suc gastrique et son pouvoir digestif. Lorsqu'on les ajoute au repas d'épreuve, la durée de la digestion gastrique est diminuée, la quantité du suc gastrique augmente, les mouvements de l'estomac sont plus actifs et plus efficaces, le pouvoir digestif du suc gastrique est plus énergique. En les introduisant dans l'estomac à jeun, la quantité du suc gastrique est augmentée et celui-ci acquiert un pouvoir digestif.

Un cas de néphrite syphilitique héréditaire tardive, par L. Lévi (*Arch. génér. de médec.*, août 1895, p. 142). — Femme de vingt-cinq ans, dont le père a peut-être eu la syphilis et dont sept frères et sœurs nés après elle sont morts en bas âge; a eu des troubles oculaires de deux à cinq ans (kératite interstitielle?) et de la gourme; vers l'âge de neuf ans, a commencé à avoir de l'œdème des membres inférieurs et des grandes lèvres, de l'oligurie, des douleurs vives au niveau des reins, des maux de tête assez violents, parfois des palpitations; infantilisme, paraît avoir quinze ans, boîte crânienne très développée, les bosses frontales font une notable saillie; aplatissement de la racine du nez; malformations dentaires; hypertrophie du fémur, du tibia et du calcanéum droits et de la rotule gauche. Urine peu abondante (quatre cents grammes environ), fortement albumineuse (environ six grammes par jour), pas de cylindres; bruit de galop intermittent. Le régime lacté augmente la quantité d'urine, puis l'état ne se modifie plus. L'auteur pense que la néphrite était la conséquence de la syphilis, soit directement, soit par l'intermédiaire de l'aplasie artérielle qu'elle aurait produite.

Action physiologique du formol (Sull' azione fisiologica della formalina), par V. Mosso et L. Paoletti (*Giornale dell' Accad. di medic. di Torino*, juillet 1895, p. 331). — La

formoline (solution aqueuse de formol à 40 0/0) a une action bactéricide et antifermentative aussi intense que le sublimé, mais est moins toxique pour l'organisme. Elle empêche la coagulation de l'albumine même diluée et soumise à l'action de la chaleur. Elle coagule le sang et le coagulum ne se rétracte pas; elle altère la crase du sang même dans l'intérieur des vaisseaux, l'hémoglobine passe dans le sérum. Les vaisseaux sanguins se rétrécissent au contact de la formoline; leur paroi s'altère et les éléments du sang en sortent. Elle a peu d'influence sur le cœur de la grenouille. La dose de un centimètre cube par kilogramme d'animal est promptement mortelle, mais cinq centièmes donnent déjà une forte irritation des parois de l'estomac et produisent le vomissement. L'absorption de petites doses exerce une forte action sur le système nerveux et détermine des convulsions, de l'analgésie, de l'hypothermie.

Anévrysme périaortique d'origine infectieuse (Aneurisma spurio periaortico d'origine infettiva), par P. FOA (*Giornale dell' Accad. di medic. di Torino*, juillet 1895, p. 394). — Homme de vingt-huit ans ayant eu, il y a trois mois, un chancre de la verge et récemment un bubon inguinal avec fièvre et douleurs lombaires et sacrées; tumeur du volume d'une tête de fœtus dans la partie supérieure gauche de l'abdomen; mort rapide par hématémèse. A l'autopsie, vaste tumeur mal circonscrite, de consistance élastique, en avant du rachis; cette tumeur, contenant des coagulations peu consistantes, entoure toute l'aorte abdominale et communique d'une part avec la portion horizontale du duodénum, d'autre part avec l'aorte à deux centimètres au-dessous de l'origine des artères émulgentes. Aorte rétrécie et aplasique; sans altération apparente au niveau de sa perforation. L'examen histologique montre une infiltration cellulaire de la tunique externe de l'aorte avec nécrose des fibres musculaires et élastiques de la tunique moyenne. L'infection est due au streptocoque.

CHIRURGIE

Diverticules blennorrhagiques et abcès péri- ou para-uréthraux à gonocoques, par BATUT (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*, 1895, n° 9, p. 216). — 1° Il existe des diverticulites blennorrhagiques autour du méat dans les glandes de Tyron, le long du canal, dans les glandes de Méry et de Cowper, ces dernières plus étudiées, mais moins fréquentes que les précédentes.

2° Certains conduits larges, sus-uréthraux, sortes de fistules borgnes externes ou communiquant postérieurement avec la vessie par un conduit filiforme, sont des urèthres supplémentaires, dus à un arrêt dans le développement de l'urèthre supérieur, et non des glandes erratiques de Luschka; ces urèthres supplémentaires peuvent être envahis primitivement par le gonocoque, l'urèthre normal restant indemne.

3° Le gonocoque peut encore provoquer des abcès péri-uréthraux sans connexions avec le canal ou avec des glandules annexes de ce dernier, comme il peut provoquer des abcès à distance dans le tissu conjonctif péri-articulaire.

4° Le traitement des diverticulites est la cautérisation ignée par le procédé de Diday; celui des cowpérites, l'incision avec cautérisation; celui des abcès péri-uréthraux, l'incision large.

5° L'extirpation est la seule méthode du traitement vraiment chirurgicale dans toute inflammation blennorrhagique d'un canal uréthral supplémentaire.

Contribution à l'étude des fractures malléolaires et de leurs complications, par COLOMBEL et DETTLING (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*, 1895, n° 8, p. 97). — Les auteurs rapportent en détail l'observation d'un soldat, qui, à la suite d'une chute, se fit une entorse externe avec fracture malléolaire interne, et présenta une série de complications que les auteurs divisent en primitives et secondaires.

La perforation de la peau, l'issue du péroné, la plaie articulaire ouverte, le diastasis tibio-péronier inférieur, la luxation des péroniers latéraux, l'emphysème et l'hémorragie ont constitué le groupe des complications primitives.

Le phlegmon diffus, la gangrène, l'ostéo-arthrite, la luxation du pied ont formé les complications secondaires.

BIBLIOGRAPHIE

Les asphyxies par les gaz, les vapeurs et les anesthésiques, par P. BROUARDEL. Baillière, 1895.

Le savant doyen de la Faculté de médecine réunit dans cet ouvrage les leçons qu'il a faites l'an dernier à son cours de médecine légale. L'asphyxie oxycarbonée est en effet une des questions qui intéressent le plus le médecin légiste et nul ne s'étonnera de la place importante qui lui est donnée. Après avoir expliqué pourquoi il conserve le nom d'asphyxies pour des accidents qui seraient mieux qualifiés intoxications, mais auxquels l'usage médico-légal a gardé la première dénomination, M. Brouardel décrit les symptômes et les lésions de l'asphyxie oxycarbonée; les conditions dans lesquelles elle se produit; il montre le rôle que jouent dans sa production les procédés de chauffage, les émanations des fours à chaux, les incendies et spécialement les incendies de théâtre; il base son enseignement sur de nombreux faits desquels il déduit des conclusions fermes et précises. On lira avec intérêt les pages qu'il consacre aux incendies de théâtre, à l'incendie de l'Opéra-Comique spécialement, dont l'étude est éclaircie par de nombreuses planches et s'appuie sur de sagaces observations. Les questions médico-légales que soulèvent les asphyxies par le gaz d'éclairage, par l'hydrogène sulfuré, par l'acide carbonique sont étudiées dans le même esprit. Les fosses d'aisance, les égouts, les cimetières sont l'objet de pages où les déductions hygiéniques et médico-légales sont des plus utiles à lire. Ces leçons se terminent par une étude de l'asphyxie par les agents anesthésiques très documentée, elle aussi, et pleins de faits très instructifs. C'est qu'en effet l'auteur ne s'est pas borné à reproduire ses leçons mais y a joint dans une seconde partie, au moins aussi importante que la première, les observations et expertises médico-légales auxquelles il a fait allusion dans le cours de ces leçons. On y retrouve la relation de nombre d'expertises soulevant des questions médico-légales difficiles et dont la lecture est singulièrement fructueuse.

La lecture des leçons est, nous l'avons dit, très attrayante, car le livre a gardé le caractère de causerie que le professeur sait si bien donner à son enseignement; il cherche avant tout à être clair et utile, à expliquer sa pensée par des exemples tirés de sa pratique journalière; il montre à tous la détermination qu'il faut prendre en présence de telle ou telle question médico-légale embarrassante et le soin qu'a eu l'auteur d'appuyer sa démonstration sur des faits bien choisis, dont il met tous les documents sous les yeux du lecteur, donne une grande force à son argumentation. Ce nouveau livre fait donc dignement suite aux leçons sur « La mort et la mort subite » parues l'an dernier et l'on ne peut que souhaiter de voir souvent et longtemps encore des livres analogues venir éclairer les importants et délicats problèmes de la médecine légale.

P. L.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

CURE RADICALE DE LA HERNIE OMBILICALE, par le Dr J. BŒCKEL. Ouvrage couronné par la Société de chirurgie de Paris (Prix Gerdy 1895). Paris, F. Alcan, 1895.

Cette monographie est basée sur l'étude de trois cent cinquante opérations, dont seize personnelles. Après un aperçu historique, l'auteur passe en revue les indications et contre-indications opératoires.

Les indications chez l'adulte sont les suivantes :
1° Hernie irréductible en raison :
a) D'un étranglement;
b) D'adhérences;
2° Hernie incoercible, bien que réductible;
3° Hernie douloureuse.

Les seules contre-indications sont tirées du mauvais état général, de maladies ayant entraîné une altération profonde de l'organisme.

La cure radicale doit être faite chez les enfants :
1° Lorsque les bandages ont échoué;
2° Lorsque la hernie tend à augmenter de volume;
3° Lorsqu'elle est irréductible et qu'elle occasionne des troubles fonctionnels.

Dans les amphalocèles volumineuses des nouveau-nés la cure radicale s'impose dans les cas où :

1° Les enveloppes de la hernie menacent de se rompre ou de se gangrener ;

2° Où elle est irréductible partiellement ou totalement ;

3° Où bien qu'étant encore réductible, elle ne saurait être maintenue par un bandage.

Le manuel opératoire est le suivant :

1° Incision de la peau et ouverture du sac ;

2° Traitement de l'épiploon, qui doit être libéré, fragmenté, réséqué et réduit ;

3° Réduction de l'intestin ;

4° Traitement du sac ;

5° Traitement de l'orifice fibreux ;

6° Suture de la plaie à trois étages ;

7° Pansement antiseptique.

La mortalité a été de 11,7 0/0 ; dans la hernie étranglée elle a été de 30,5 0/0 ; dans la hernie non étranglée elle a été de 1,5 0/0.

Au point de vue des résultats éloignés, la cure radicale s'est montrée efficace dans les trois quarts des cas.

LES PROTOZOAIRES FACTEURS DE MALADIES (Die protozoen als krankheitrerreger), par L. PFEIFFER. G. Fischer Iéna, 1895.

C'est une question actuellement à l'ordre du jour que celle du rôles des sporozaires, des coccidies, des diverss parasites dans la genèse des maladies. L'auteur qui a contribué par ses travaux à éclairer cette question controversée réunit ici diverses études sur les parasites du sang chez les animaux inférieurs, sur certaines myxosporidies observées dans la série animale (les Glugea), sur l'étiologie du carcinome, sur le parasite de la variole et ses variétés biologiques ; c'est une contribution à l'étude de ces questions encore vivement discutées, qui fait souvent appel aux travaux réputés de Balbiani et de Henneguy sur ce sujet, et qui cherche à mettre un peu de lumière dans un sujet encore obscur.

VARIÉTÉS

L'incident de Lariboisière. — M. Périer a adressé ce matin la lettre suivante à M. le directeur général de l'Assistance publique.

« Paris, 10 décembre 1895.

» A Monsieur le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris.

» M. le directeur, j'ai l'honneur de porter à votre connaissance le fait suivant :

» Le vendredi 5 décembre, après avoir fait la visite de mes salles et constaté qu'il n'y avait rien d'urgent, je quittai l'hôpital en recommandant à mon interne, M. Villière, de s'adresser à M. le docteur Beurnier ou à M. le docteur Guinard, dans le cas peu probable où il se présenterait quelque chose d'imprévu, M. Rochard, mon assistant, étant retenu ailleurs par ses fonctions de juge du concours de l'internat.

» Malgré cette recommandation très précise, M. Villière, de sa propre autorité, fit le matin même deux opérations de cure radicale de hernie chez des malades qui étaient déjà dans le service et pour l'opération desquels il n'y avait absolument aucune urgence.

» Je priai M. Villière de me faire signer un congé de deux mois et je laissai passer un délai convenable en attendant les excuses de mon élève.

» Je crois de mon devoir de ne plus attendre davantage et de vous signaler ce fait que je considère comme une usurpation de fonctions et aussi comme une injure à un chef de service.

» Veuillez agréer, Monsieur le directeur, l'expression de mes sentiments dévoués.

» CH. PÉRIER. »

Cette lettre a été lue mercredi à la réunion des chirurgiens des hôpitaux et approuvée par eux à l'unanimité.

Application de la loi sur la presse à l'auteur d'un mémoire médical contenant des imputations diffamatoires. — C'est la première fois, croyons-nous, que les tribunaux font application de la loi de 1881 sur la presse à l'auteur d'un article publié dans un recueil médical. Mais si le fait est rare, il n'en prouve pas moins que les juges peuvent, dans certaines circonstances, considérer un mémoire purement scientifique comme ayant un caractère diffamatoire, et dès lors faire application à son auteur des articles de la loi sur la presse visant la diffamation.

Ainsi jugé le 5 décembre 1895 par le Tribunal civil de la Seine, dans les termes suivants, qui expliquent complètement les faits de la cause.

Attendu que le docteur Aubry a fait insérer dans le numéro de novembre-décembre 1892 du journal les *Annales médico-pathologiques*, édité par Masson, un article intitulé : « Une famille de criminels ; notes pour servir à l'histoire de l'hérédité » ; qu'il y rappelle les faits d'un double procès criminel, qui, dix ans auparavant, avait passionné l'opinion publique à Saint-Brieuc, et dont les détails monstrueux étaient de nature à solliciter l'attention de tous ceux qui se préoccupent de la criminalité, de ses causes, et qui ont le souci de rechercher les moyens de préserver la société contre l'envahissement du crime ;

Que le docteur Aubry, convaincu que le crime a, comme la maladie, pour cause principale la contagion agissant le plus souvent sur des sujets prédisposés, cherche à déterminer les dispositions latentes qui placent ceux-ci dans un état de réceptivité spécialement favorable à l'éclosion du crime, et qu'au premier rang des facteurs du meurtre il place la contagion par la famille, c'est-à-dire la prédisposition héréditaire développée par l'éducation ;

Attendu qu'à l'appui de sa thèse, il fait l'histoire de la famille de Kérangal qu'il scrute pendant plusieurs générations ; que, non content de relever les détails concernant les membres mêmes de cette famille, il étend ses investigations aux descendants des maîtresses d'Aimé-Marie-René de Kérangal, et s'efforce, par un parallèle établi entre ceux de ses enfants qui ne peuvent être rattachés aux relations adultères de leur mère avec Aimé de Kérangal et ceux qui sont issus de ces relations, des conclusions venant à l'appui de la thèse qu'il entend démontrer ;

Qu'il est ainsi amené à signaler parmi les nombreuses maîtresses d'Aimé de Kérangal, Floriane-Etiennette Lecomte (1787-1856), mariée en 1809 avec V... (Marc-Jean), perruquier (1786-1824), à rappeler les soupçons graves qui ont pesé sur cette femme lors du décès de son mari survenu en 1824, l'accusation d'empoisonnement qui fut dirigée contre elle, l'information criminelle qui fut ouverte, et à déclarer que, malgré l'ordonnance de non-lieu qui intervint en sa faveur « grâce à l'insuffisance des procédés chimiques de l'époque, l'opinion publique ne fut pas d'accord avec la justice, et que la lecture des pièces de la procédure semble nettement indiquer la culpabilité de cette funeste Lecomte » ;

Qu'au nombre des enfants de cette femme il cite « V... (Flore-Perrine-Marie) (1814...), » qui, « après avoir été très connue sous le nom de la Belle Flore dans un café de Paris où elle était caissière, ayant de nombreux amants, devint tenancière d'une maison de prostitution à Paris, épousa Y... et Y... eut deux enfants, l'un architecte, l'autre aveugle et(?) atteint de la paralysie de Parkinson »..., et qui « après avoir eu trop de bonté d'âme pour refuser ses faveurs à ses nombreux admirateurs, et ayant fini par spéculer sur celles des autres, vit aujourd'hui dans une retraite dorée » ;

Attendu que le docteur Aubry a reproduit les éléments de cet article dans un ouvrage intitulé : *La contagion du meurtre*, édité en 1894 par Alcan dans lequel il développe la même thèse, et cite à l'appui de ses théories divers exemples parmi lesquels il range l'histoire de la famille de Kérangal ;

Attendu que la demanderesse, Flore-Perrine-Marie Vallée, veuve de Roch Serre, se prétendant suffisamment désignée par les passages ci-dessus rappelés qui la concernent ainsi que sa mère Floriane-Etiennette Lecomte, veuve Vallée, demande aux défendeurs la réparation du préjudice qu'elle prétend avoir souffert du fait de la publication du numéro de novembre-décembre 1892 des *Annales médico-psychologiques* et du livre *La contagion du meurtre* ;

Qu'elle conclut : 1° à ce que le docteur Aubry et Masson, d'une part, le docteur Aubry et Alcan, de l'autre, soient condamnés à faire disparaître dans la huitaine de la signification du jugement, de tous les exemplaires, tant du numéro de novembre-décembre 1892 des *Annales* que du livre *La contagion du meurtre*, mis en vente soit dans leurs

magasins, soit chez tous autres libraires, les passages qu'elle incrimine, et ce, à peine de 200 fr. de dommages-intérêts par chaque contravention constatée; 2° à ce qu'il soit fait défense aux défendeurs d'imprimer et publier à l'avenir lesdits passages dans les ouvrages ci-dessus désignés; 3° à ce qu'ils soient condamnés conjointement et solidairement à lui payer, le docteur Aubry et Masson, 5,000 fr., le docteur Aubry et Alcan 5,000 fr., à titre de dommages-intérêts pour le préjudice qui lui a été causé;

Attendu qu'on ne peut sérieusement contester que la demanderesse ne soit très nettement désignée dans les passages incriminés, où sont précisées avec soin et exactitude toutes les circonstances qui l'individualisent ainsi que sa mère, le nom patronymique de cette dernière, la première lettre du nom propre; les prénoms de la mère et de la fille, les date de leur naissance, de leurs mariages, la profession de leurs maris, la date du décès de la mère, le nombre de leurs enfants, la situation que ceux-ci occupent, les faits scandaleux auxquels Floriane-Etiennette Lecomte a été mêlée; qu'il n'est personne dans le pays où les faits se sont passés, et qu'habite encore la demanderesse, qui puisse se méprendre sur de telles indications; que la demanderesse a donc qualité pour intenter son action;

Qu'elle est également fondée à se plaindre de l'attaque dirigée contre la mémoire de sa mère; qu'elle est, en effet, atteinte dans sa propre considération par les allégations formulées par le docteur Aubry, parce que celui-ci prétend retrouver en elle les effets de l'hérédité, et chercher, après avoir noté le dévergondage qu'il impute à la mère, à expliquer par l'atavisme les écarts de conduite personnelle qu'il impute à la fille;

Attendu, d'autre part, que les allégations dont se plaint la demanderesse constituent, à n'en pas douter, le délit de diffamation; qu'elles contiennent, en effet, l'imputation dans des écrits et imprimés, vendus ou mis en vente dans des lieux publics de faits qui portent atteinte à l'honneur ou à la considération des personnes auxquelles ils sont imputés, tels que l'adultère reproché à la femme Lecomte, l'empoisonnement relevé à sa charge, l'inconduite honteuse reprochée à la demanderesse elle-même; qu'on soutiendrait vainement que la publication a été faite sans intention de nuire;

Que les imputations diffamatoires sont de droit réputées faites avec intention de nuire, et que celle-ci est légalement caractérisées, non pas seulement lorsque l'auteur a eu le dessein de porter atteinte à l'honneur et à la considération des personnes qu'il a visées, mais encore lorsqu'il a eu conscience des conséquences préjudiciables qui pourraient résulter de ses allégations pour la personne diffamée; qu'elle existe dès lors que l'auteur ayant pu et dû se rendre un compte exact du mal qu'il va causer, commet cependant l'acte qui va le produire et publie l'imputation qu'il sait nuisible; que l'intention punissable consiste dans l'espèce, dans l'imprudence et la légèreté avec laquelle le docteur Aubry a publié ses allégations sur le caractère diffamatoire desquelles il ne pouvait se méprendre et qui allaient atteindre une personne qu'il savait encore vivante;

Qu'en vain, prétend-il, qu'il n'a pas eu pour but spécial de nuire à la demanderesse qu'il ne connaissait pas; qu'il n'a été inspiré que par le mobile le plus louable et le plus élevé, par l'amour de la science intéressée à ce que des faits de la nature de ceux qu'il a cru constater soient relevés avec soin pour servir de base et de preuve à l'étude sociale qu'il poursuit;

Attendu qu'en matière de diffamation, le but poursuivi, quelqu'utile qu'il puisse paraître, ne justifie pas les moyens employés pour l'atteindre; qu'il ne saurait permettre au juge de créer, en dehors de tout texte formel qui l'établisse, une immunité qui constituerait un véritable danger pour le repos des familles; que la science n'en a d'ailleurs aucun besoin pour poursuivre son œuvre de préservation sociale;

Qu'il lui est aisé de conserver le souvenir des observations utiles sans y mêler, dans d'imprudentes publications et par des précisions que rien ne rend nécessaires le nom des particuliers qui ont eu le malheur, d'être par eux-mêmes ou par leurs parents, mêlés à de scandaleuses aventures, et dont le plus légitime souci est de laisser le temps faire son œuvre de silence et de paix; que la discrétion est un devoir plus impérieux encore lorsque l'écrivain entreprend, comme dans l'espèce actuelle, de mettre en question l'autorité des décisions de justice et de faire, au mépris d'une ordonnance de non-lieu dont rien n'a infirmé la valeur juridique, peser sur celui qui en a bénéficié le poids de soupçons nouveaux contre lesquels il est impuissant à se défendre;

Attendu enfin que le tribunal n'a pas, en l'état de la procédure écrite et des conclusions qui seules le saisissent, à se préoccuper de la question de savoir si l'action de la veuve Roch est prescrite; qu'il est de jurisprudence désormais acquise « que la défense faite au juge par l'article 2223 C. civ. de suppléer d'office le moyen tiré de la prescription est absolue, et qu'il n'est point fait d'exception pour le cas où il s'agit de l'action civile pour la réparation du dommage causé par un crime ou par un délit;

» Que l'ordre public, intéressé à tout ce qui tient à la réparation des crimes et délits, ne peut être invoqué lorsque les intérêts pécuniaires des parties sont seuls en cause; que le défendeur à l'action civile est donc libre de renoncer au droit qu'il a d'opposer la prescription, renonciation que l'on peut introduire du silence qu'il garde à ce sujet;

» Que la loi du 29 juillet 1881, en fixant un délai spécial pour prescrire l'action publique et l'action civile résultant des crimes, délits et contraventions prévus par cette loi, et le point de départ de ce délai n'a point dérogé à l'art 2223 C. civ. »;

Attendu, en fait, que les défendeurs n'ont pas dans leurs conclusions opposé la prescription; que le tribunal ne saurait, sans violer par une fausse interprétation de la loi du 29 juillet 1881 l'art. 2223 C. civ., suppléer d'office cette exception;

Qu'il échet dès lors de faire droit à la demande; mais qu'il convient en même temps de tenir compte au docteur Aubry des circonstances, qui, sans le justifier complètement, expliquent sa conduite; que s'il a agi avec une imprudence regrettable, alors qu'il ne pouvait se méprendre sur le caractère diffamatoire de ses allégations, et qu'il savait que l'une tout au moins des personnes qu'il désignait vivait encore, il est certain qu'il n'a été entraîné que par l'intérêt du problème social qu'il étudie avec l'ardeur d'un savant en dehors de toute idée de spéculation malsaine;

Que le caractère exclusivement scientifique de son œuvre, le personnel nécessairement restreint auquel elle s'adresse, la nature même des allégations qu'il a reproduites après beaucoup d'autres, et alors que les publications antérieures n'avaient, malgré leur retentissement, donné lieu à aucune poursuite, ni même à aucune rectification, sont autant de considérations qui, sans faire disparaître la responsabilité, l'atténuent dans la plus large mesure;

Par ces motifs,

Dit la demanderesse recevable et fondée dans ses conclusions;

Dit que le docteur Aubry et Masson, en ce qui concerne le numéro de novembre et décembre 1892 des *Annales médico-psychologiques*, le docteur Aubry et Félix Alcan, en ce qui touche l'ouvrage intitulé *La contagion du meurtre*, seront tenus de faire disparaître, dans le mois de la signification du présent jugement, de tous les exemplaires mis en vente, soit dans les magasins de Masson et d'Alcan, soit dans toutes autres librairies, toutes énonciations qui désignent la demanderesse, sa mère et ses enfants, dans les passages suivants : (Suit l'indication du passage à supprimer), les indications du tableau généalogique concernant Floriane-Etiennette Lecomte, Florine-Perrine V..., et les enfants de celle-ci, et ce, à peine de dix francs par chaque contravention constatée, pendant le délai d'un mois de la signification du jugement, passé lequel délai il sera fait droit à nouveau;

Fait défense au docteur Aubry, à Masson et à Alcan d'imprimer et publier à l'avenir lesdits passages dans les ouvrages ci-dessus désignés;

Condamne conjointement et solidairement, le docteur Aubry et Masson, d'une part; le docteur Aubry et Alcan, de l'autre, aux dépens pour tous dommages-intérêts envers la demanderesse.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS
LE MERCREDI MÉDICAL
JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

REVUE GÉNÉRALE

Le traitement hygiénique de la phthisie pulmonaire.

Il y a plusieurs années déjà que nous insistons pour faire mieux connaître aux médecins français les ressources qu'offrent au point de vue du traitement *précoce* de la phthisie pulmonaire, les différents sanatoria installés en France et en Suisse. En 1891 (p. 524), nous avons publié une note sur le sanatorium du Canigou et un article de M. le docteur Gibert sur le sanatorium de Leysin. En 1892 (p. 421), après avoir assisté à l'inauguration de ce sanatorium, reconstruit sur de nouvelles bases, nous avons fait ressortir les avantages qu'il présente. Cette année, une visite à Davos ne nous a point réconcilié avec cette station si souvent prônée cependant, mais où l'on continue, malgré ses échecs si retentissants, à faire usage de la tuberculine. A Davos, nous préférerions Falkenstein si le climat de cette dernière station n'était pas très brumeux, très humide, et si le savant médecin qui la dirige n'était pas un peu trop hostile à toute thérapeutique active. En reproduisant aujourd'hui les impressions d'un malade de Leysin, nous ne voulons pas affirmer que cette station soit supérieure à d'autres *sanatoria*. Mais nous croyons pouvoir nous associer aux conclusions du jeune médecin qui a écrit cet article. Avec une direction médicale attentive et *sévère* Leysin deviendra un sanatorium modèle.

L. L.

APRÈS UNE PREMIÈRE ANNÉE AU SANATORIUM DE LEYSIN

L'an dernier, à la suite d'une maladie aiguë de l'appareil respiratoire, mon maître, le docteur X..., dans le service duquel j'étais externe, me conseilla de passer l'hiver en Suisse au sanatorium de Leysin (canton de Vaud) à mille quatre cent cinquante mètres d'altitude. Il me suggéra aussi l'idée de noter quelques-unes des observations que je serais à même de faire et sur moi-même et sur mes compagnons de cure. Observations morales et physiques, car cette vie toute spéciale, ce contact perpétuel des phthisiques les uns avec les autres, ces échanges d'impresions de malaises et de bien-être ont une grande influence sur les malades.

Puissent ces réflexions, tout imparfaites qu'elles sont, avoir un intérêt pour les médecins et leur permettre de juger en connaissance de cause si les malades qu'ils dirigent ont oui ou non assez de caractère et de bon sens pour supporter ce long traitement.

Depuis de longues années déjà, on préconise la cure à l'air libre comme un des traitements les plus efficaces de la tuberculose pulmonaire. Autrefois, on envoyait les malades soit simplement à la campagne, soit sur le littoral méditerranéen. Puis les médecins ont reconnu l'efficacité de l'altitude; l'été seulement, on ordonnait au malade un séjour à la campagne. Davos, le premier, est devenu une station d'hiver, mais les résultats obtenus n'étaient pas encore assez probants. Les statistiques étaient mauvaises, car beaucoup de malades ne tentaient ce séjour qu'à la période ultime quand tous les traitements avaient été inefficaces. Et cependant, il existait en Allemagne, depuis longtemps, des établissements affectés uniquement aux phthisiques, des sanatoria. Gœrbersdorf en Silésie, dirigé par Brœhmer, Falkenstein dans le Taunus par Dettweiller. Ils publiaient régulièrement leurs résultats, et ces résultats étaient surprenants. Pourquoi les médecins français n'y envoyaient-ils pas les malades?

Le séjour au milieu de personnes parlant une langue étrangère, la discipline trop rigoureuse étaient les raisons qui les faisaient hésiter sans doute. Mais maintenant qu'il existe deux sanatoria presque exclusivement composés de Français à Leysin dans le canton de Vaud et au Canigou dans les Pyrénées-Orientales, ils mettent encore une certaine réserve à préconiser ce traitement énergique.

On craint parfois de faire entrer un malade dans un établissement affecté uniquement à la phthisie pulmonaire. Pourquoi cette crainte ? Le contact avec d'autres bacillaires ? Mais les chances de contagion sont moindres que partout ailleurs, car les pensionnaires sont tenus à une discipline rigoureuse ; pour les crachats, ils se surveillent les uns les autres, et les analyses de l'air pris dans une chambre de sanatorium dénote une quantité de bacilles moindre que dans l'air de n'importe quelle ville et de n'importe quel endroit public. On craint souvent aussi d'avouer à un malade qu'il est tuberculeux, mais comment peut-on lui demander de se soigner sérieusement en lui laissant ignorer la nature de sa maladie?

Généralement, du reste, tous les malades, à leur arrivée, prétendent n'être atteints que d'une bronchite légère et ne venir au sanatorium que pour se reposer et activer leur convalescence.

Pourquoi les malades eux-mêmes ont-ils peur de se soumettre à ce traitement? Pour deux raisons : La première est l'effroi de ne se trouver qu'avec des tuberculeux qu'ils verront mourir ou souffrir à côté d'eux. La réponse est facile. Dans un sanatorium de montagne les grands malades sont rares; et ceux qui s'y trouvent restent sur leur balcon ou dans leur chambre; on n'y admet que les cas offrant des chances de curabilité; aussi les décès y sont-ils tout à fait exceptionnels.

La deuxième raison est la plus importante; c'est l'appréhension de se soumettre à une discipline et à un règlement. Mais c'est là la principale condition de la guérison.

Un malade va-t-il dans le Midi, ou à la campagne ou dans un superbe hôtel de montagne ; il croit que le seul traitement consiste dans le plein air. Deux cas se trouvent en présence.

Ou bien l'atteinte est légère et le sujet a encore la force de suivre les personnes bien portantes. Il supporte quelques fatigues, se couche quelquefois plus tard, fait une excursion plus longue, cède à quelques tentations, et ne s'aperçoit pas ou souvent ne veut pas s'apercevoir qu'il se surmène ; son système nerveux le soutient encore longtemps. S'il ressent quelque fatigue il ne veut pas y faire attention et se promet un grand repos pour les jours suivants, repos qu'il ne prend jamais soit par crainte d'inquiéter son entourage, soit parce que les personnes qui l'accompagnent le poussent à surmonter ce qu'elles nomment de la paresse. Cependant le malade croit faire une cure sérieuse parce qu'il couche la fenêtre ouverte, marche ou se promène en voiture toute la journée. Quelle est la conséquence de cette vie soi-disant de repos, c'est que la maladie reste stationnaire ou s'étend, le malade est sujet à des poussées de fièvre dont il ne se rend pas compte, car il ne prend sa température que quand il en a le temps, c'est-à-dire le matin et le soir, et chez un tuberculeux la fièvre apparaît presque toujours au milieu de la journée entre trois et six heures. Il va s'affaiblissant de plus en plus et ne songe à se soigner sérieusement que quand il est trop tard.

Un autre cas se présente ; le malade est à la deuxième ou troisième période de la phthisie il n'a que peu de forces, il part pour la station indiquée, et là reste enfermé dans sa chambre où il ne se fait aucun bien ou sort pendant la journée et assiste aux plaisirs, à la vie active de tous ceux qui l'entourent, s'attriste de ne pouvoir les suivre, se frappe ; son moral est détestable et sa santé s'en ressent.

Au contraire, que se passe-t-il si ces deux malades arrivent dans un sanatorium? Ils se trouvent dans un milieu approprié à leur état; ils peuvent et doivent *se reposer toute la journée*, leur vie ne doit se résumer qu'en ce point. L'activité trop grande du premier est enrayée et réduite à la stricte limite qu'elle peut atteindre ; le moral du second est remonté puisqu'il se trouve au milieu de malades qui ne peuvent supporter de plus grande fatigue que lui, et qui ayant déjà éprouvé le bon effet de la cure ne tardent pas à lui faire partager leur confiance.

Un autre avantage que l'on trouve dans un sanatorium est l'*isolement*. Une des plus grandes plaies pour tous les gens atteints de maladie chronique et surtout de phthisie pulmonaire est la sollicitude exagérée témoignée par les proches parents. Ils sont remplis d'attentions, de soins, de prévenances, qualités très grandes et très agréables durant les périodes aiguës, mais essentiellement nuisibles dans un traitement de longue durée. Le malade devient un enfant gâté, capricieux, dont tout le monde s'occupe, l'être le plus important dans la maison. Son entourage essaye de le distraire, de le nourrir, cherche ce qui pourra lui faire plaisir, s'occupe de lui, demande incessamment de ses nouvelles, l'exaspère et le fatigue, surexcite son système nerveux, et la conséquence est que le malade finit par s'insurger contre tous les conseils de prudence qu'on lui prodigue à tort et à travers.

Comment remédier à cet inconvénient en ne privant pas le malade des soins qui lui sont nécessaires, et en l'isolant des siens? Il faut le placer sous la surveillance continue d'un médecin intelligent et l'endroit le plus favorable que l'on puisse trouver pour arriver à ce but est un sanatorium. C'est là seulement qu'on trouve réalisées les conditions nécessaires à la guérison d'un phthisique :

1° Le soumettre à une vie régulière ayant pour but unique « se soigner et se guérir »; pour cela lui imposer une certaine discipline,

2° L'éloigner de tout ce qui peut le fatiguer moralement ou l'énerver, et pour cela l'isoler, pour ainsi dire, du reste du monde, c'est-à-dire de ses parents et amis.

La réputation générale que l'on donne à un sanatorium est de ressembler à une prison. Effectivement, cette vie monotone, réglée, imposée, semble au premier abord, pénible, écrasante. Et cependant on s'y fait sans trop de peine. La première impression est triste, la maison semble vide, car tous les malades ou presque tous passent toute leur journée étendus en plein air dans des galeries couvertes, d'où l'on a l'avantage, à Leysin particulièrement, de jouir d'une vue splendide. Au bout de quelques jours, le malade commence à s'habituer au repos, il parle avec d'autres malades qui sont là depuis des mois, quelquefois des années et s'en trouvent bien; ne se ressentent pas trop de l'ennui et finissent par s'accommoder de cette vie monotone.

En un mois généralement, l'acclimatation morale est faite ; le nouveau pensionnaire se familiarise avec l'idée de séjourner longtemps dans l'établissement, il s'arrange pour lire, se crée des sympathies, de petites occupations inoffensives, se promène et arrive à terminer sa journée sans trop d'ennui. Il ne faut donc pas rester sur la première impression que l'on a en arrivant dans un sanatorium, et avoir le courage de tenter l'expérience dont les résultats sont excellents, à quelques très rares exceptions près.

Quelle est, en peu de mots, la vie que l'on mène à Leysin?

Le lendemain de l'arrivée on passe à la visite médicale, où le médecin directeur après vous avoir ausculté, pesé, examiné à fond, vous donne le plan de ce que vous devez faire chaque jour. Lever à sept heures et demie, huit heures, huit heures et demie à volonté, puis déjeuner, promenade d'un quart d'heure, une demi-heure, une heure ou plus selon l'état de gravité du malade, selon ses forces, sa résistance ; puis cure à la galerie calculée heure par heure suivant l'état des organes respiratoires. Cette cure consiste simplement à rester étendu sur une chaise longue, en plein air dans des galeries abritées. Les chaises longues sont rangées les unes à côté des autres, séparées par de petites tables où le malade peut poser les objets qui lui sont nécessaires, livres, crachoir, etc. Il est permis de lire, de causer, de jouer même avec ses voisins à condition de rester étendu la majeure partie du temps. Puis déjeuner à midi et demie, après quoi sieste si possible dans les galeries, en tout cas, *repos absolu jusqu'à quatre heures*, légère collation et promenade d'une durée proportionnée à l'état général, puis repos jusqu'au dîner. Le soir de nouveau galerie,

sauf pour quelques rares privilégiés dont la guérison est assurée, et qui peuvent rester soit au billard, soit au salon. Puis coucher pour tout le monde à dix heures. Les chambres sont munies d'un ventilateur toujours ouvert, et dès que le malade peut le supporter, il laisse la fenêtre elle-même grande ouverte toute la nuit, même par vingt-deux degrés centigrades de froid en se protégeant bien entendu avec d'épaisses couvertures et fourrures. Cette vie n'a certainement rien de riant, et cependant, si l'on demande à quelques malades s'ils s'ennuient beaucoup, ils répondront tous qu'ils ne s'amusent pas mais que la vie est possible.

Les distractions de l'hiver ne sont que le patinage qui remplace la promenade et la *luge* (sorte de petit traîneau) pour ceux auxquels cet exercice est permis. Mais le malade doit se mettre en tête que toute désobéissance au régime prescrit lui fera du mal ou retardera du moins sa guérison qu'il tient entre ses mains. Il doit être assez raisonnable pour supporter cette existence qui est la seule condition d'amélioration.

Il ne faut pas cependant pousser les choses à l'extrême. Les distractions ne sont pas nuisibles aux malades, surtout si elles se répètent souvent, et perdent par là tout caractère inattendu. La monotonie est bonne même dans ces cas-là; mais elle est malheureusement, là plus qu'ailleurs, inséparable de l'ennui. Aussi la meilleure, et, je crois, la seule manière de faire passer le temps est-elle de diviser sa journée comme celle d'un homme très occupé, avec emploi méthodique et réglé de chaque heure.

Chaque malade est tenu de suivre le règlement de l'établissement sous peine d'exclusion, c'est-à-dire ne point cracher par terre ni dans son mouchoir.

Il reçoit un crachoir de chambre muni d'un couvercle, et un crachoir de poche système Dettweiller. Ces appareils sont nettoyés, et les crachats désinfectés par un employé spécial dans un local *ad hoc* situé hors de la maison.

Au point de vue médical, le malade passe à la visite tous les quinze jours, et doit prendre sa température deux fois par jour, le matin et à cinq heures.

De plus, le médecin le voit tous les jours, soit chez lui, soit à la galerie, il s'informe de son état, de sa température et peut souvent au moindre signe d'indisposition prévenir par un conseil opportun une rechute ou un accident aigu.

Quelle est la conséquence nécessaire de cette vie constante au grand air? Le repos continu empêche toute espèce de déperdition, et tout ce que l'on prend est de l'acquit. L'appétit se réveille et ne tarde pas à être très vif. L'état général s'améliore, les forces reviennent peu à peu. Le poids augmente et l'apparence générale devient telle que les malades ont souvent meilleure mine que les trois-quarts des gens bien portants des grandes villes. Du côté de l'appareil respiratoire on constate également un progrès graduel. Le grand air joint à la nourriture provoque la cicatrisation, la fièvre tombe, la toux et l'expectoration diminuent.

On a longtemps discuté pour savoir si la présence d'un médecin en permanence près du malade était nécessaire ou si l'on pouvait mener cette vie librement. Je ne crois pas que l'on puisse avoir assez de force de volonté et surtout assez d'expérience pour s'imposer d'emblée une vie aussi monotone. L'homme est trop habitué aujourd'hui à user son activité et à en abuser même. Un médecin, un maître qui devient peu à peu un ami est donc nécessaire, surtout au début, pour apprendre à se soigner. La première impulsion donnée, sa tâche devient plus facile. Il suffit d'entretenir la patience des malades par des promesses qui, du reste, se réalisent la plupart du temps et qui donnent, par conséquent, d'autant plus de courage et sont plus persuasives. La discipline serait impossible si le médecin n'était pas toujours à veiller sur ses malades dont quelques-uns sont souvent très jeunes, ne raisonnent pas et sont enclins à profiter du moindre relâchement dans la surveillance pour enfreindre les règlements comme de simples collégiens au risque de nuire à leur santé.

En résumé, pour se soigner quand on est atteint de tuberculose pulmonaire il faut avant tout rompre avec la vie active, se remettre d'une façon continue et aussi longtemps que cela sera nécessaire entre les mains d'un médecin compétent, ne pas s'exposer à toutes les tentations qui peuvent être nuisibles à la santé et mener ce que l'on peut appeler une vie de malade, une vie végétative.

Je répète, c'est ma conviction, qu'il n'y a qu'un seul moyen de réaliser toutes ces conditions, c'est de se retirer dans un sanatorium. La vie qu'on y mène n'y est certes pas amusante, mais qu'est-ce qu'un an ou deux de soins absolus quand toute son existence est en jeu.

L'avantage spécial que j'ai pu apprécier à Leysin est que le traitement y est systématique tout en étant approprié à chaque cas. De même, la discipline n'a rien de brusque ou d'autoritaire, mais elle est acceptée librement et en peu de temps par le nouvel arrivé, grâce à l'influence du médecin et à l'exemple des malades qui ont déjà appris à se soigner.

Conclusions. — C'est pourquoi, en malade reconnaissant et docile, j'ai cru devoir consigner par écrit ces réflexions et pourquoi aussi, pour consolider ma guérison, je me résigne sans regrets à passer une seconde année à Leysin.

Leysin, 1er octobre 1895.

Philippe S. D.

TRAVAUX ORIGINAUX

Inflammation et dilatation de la vésicule avec calculs biliaires, prise pour une lésion inflammatoire du cæcum et de l'appendice. Opération de cholécystectomie partielle et de cholécystostomie. Fermeture ultérieure de la fistule biliaire. Guérison, par F. Terrier.

Dans quelques cas, d'ailleurs un peu exceptionnels, l'inflammation de la vésicule, sous l'influence des calculs qu'elle contient, peut donner lieu à des erreurs de diagnostic très utiles à connaître pour s'en garder autant que possible.

A cet égard, l'observation que nous publions ici et dont la relation est en partie due à mon ami le docteur Cazalis de Cannes, est un exemple intéressant des difficultés que soulève toujours le diagnostic des tumeurs intra-abdominales, mêmes localisées à une région bien déterminée, comme dans l'espèce, la fosse iliaque droite, où l'on a tendance à diagnostiquer presque exclusivement les tumeurs de l'intestin cæcum ou de son appendice.

Observation due à M. le docteur Cazalis (Cannes). — La Mère Saint-A..., âgée de trente-cinq ans, est religieuse dans un ordre où la vigueur physique est nécessaire : toutes les matinées sont employées en visites fatigantes chez les pauvres; les après-midi en travaux moins pénibles dans l'intérieur du couvent. Elle jouissait d'une santé remarquablement bonne, ne se plaignant que très rarement de douleurs abdominales très supportables, auxquelles elle n'attachait aucune impor-

tance. La malade eut un ictère, il y a sept ans, mais sous l'influence d'une grande frayeur, et il ne s'accompagna d'aucune douleur pouvant ressembler à une colique hépatique. Dans les couvents où cette religieuse a vécu jusqu'à présent, elle a été considérée comme étant d'une bonne santé. Cependant, au mois de décembre 1893, elle se plaignit de dyspepsie et de battements de cœur. Malgré un traitement banal, cet état dyspeptique persista tout en s'atténuant. Un frère est mort tuberculeux.

Le 7 janvier 1894, elle tomba subitement malade; fut prise de fièvre, de vomissements bilieux, de douleurs abdominales très vives, ayant leur centre dans la fosse iliaque droite. On constata alors en ce point une tumeur allongée de bas en haut, occupant la place du cæcum, tumeur fort douloureuse, et on conclut, en la rapprochant des autres symptômes qui étaient ceux d'une péritonite localisée, à une *typhlite* avec menaces de pérityphlite. Deux jours après, la malade fut montrée au docteur Pouzet (Cannes) qui fit le même diagnostic.

Le traitement consista en l'administration de calomel, puis de naphtol, et en applications de pommades calmantes et de cataplasmes.

Les phénomènes aigus durèrent une semaine en diminuant peu à peu d'intensité, puis ils disparurent. Mais la tumeur persista, très nette au niveau du cæcum, allant en s'atténuant peu à peu à mesure qu'on remontait le long du côlon; la constipation s'établit et l'haleine devint d'une remarquable fétidité. L'appétit était très médiocre.

hauteur de la tumeur de la fosse iliaque droite; de plus, cette tumeur était bien moins douloureuse et pouvait être facilement explorée. Comme l'avait signalé le docteur Cazalis (Cannes) il existait à la partie inférieure de la masse couchée en quelque sorte dans la fosse iliaque droite une induration très nette qui fut supposée être de l'épiploon enflammé et adhérait au cæcum et à l'appendice.

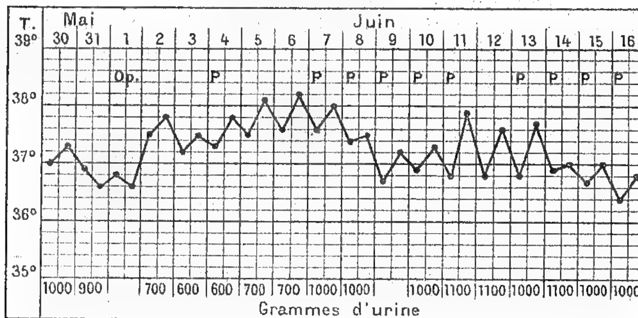
Le diagnostic de typhlite tuberculeuse auquel on avait pensé jadis, fut écarté en tenant compte et de l'état général et de la diminution considérable de la tumeur locale qu'on supposa d'origine purement inflammatoire, c'est-à-dire une appendicite avec retentissement du côté de l'épiploon.

L'*opération* fut faite le 1er juin 1894 avec l'aide du docteur Hartmann et en présence du docteur Cazalis (Cannes).

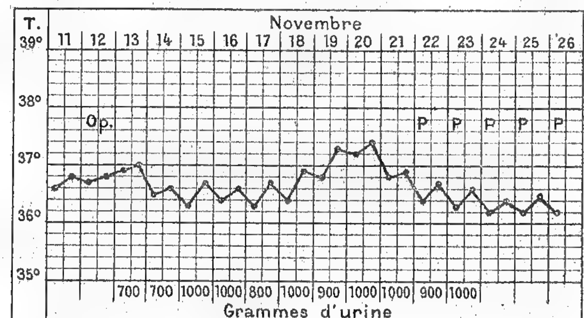
Incision verticale parallèle au bord externe du muscle droit et à droite. Cette incision descendait en bas jusqu'à trois ou quatre centimètres de l'arcade crurale. Le péritoine très épaissi est adhérent à la tumeur et semble enflammé chroniquement. L'abdomen ouvert, on constate, accolée à la face profonde de la lèvre externe de l'incision pariétale, une tumeur allongée, sorte de boyau cylindrique à paroi blanche, fibreuse du volume de deux doigts environ et adhérant d'une façon intime à la paroi abdominale antérieure.

Cette tumeur allongée renferme des masses dures, sorte de gros calculs, et l'exploration avec le doigt permet de s'assurer que cette masse cylindrique se prolonge en haut et s'enfonce vers l'hypochondre. La partie inférieure de la tumeur adhère en bas à une anse d'intestin grêle; le cæcum est situé tout à

PREMIÈRE OPÉRATION



DEUXIÈME OPÉRATION



Les choses restèrent en cet état pendant les semaines qui suivirent. La malade pouvait se lever, mais ne pouvait marcher sans de grandes souffrances. Il n'y avait aucune fièvre, mais de l'inappétence, de la constipation, et toujours une grande fétidité de l'haleine. La tumeur restait la même. Je priai le professeur Terrier de venir voir la malade, ce qu'il fit le 30 mars 1894; son diagnostic fut identique au nôtre, il pensa comme nous à des accidents de pérityphlite et de typhlite, et conseilla une intervention chirurgicale.

Depuis l'examen du professeur Terrier, l'état empira; la tumeur devint un peu plus volumineuse et s'étendit jusqu'au premier coude du côlon, affectant absolument la forme du côlon ascendant induré et enflammé; l'appétit était presque nul, la malade maigrit notablement; le côté droit de l'abdomen était assez douloureux pour que la marche fût impossible.

Cet état fort inquiétant persista jusque vers le 5 mai 1894, mais à cette époque les douleurs abdominales s'amendèrent et disparurent très rapidement si bien que la malade put se lever et marcher. La tumeur elle-même se modifia en ce sens qu'elle diminua en hauteur de près de moitié, et elle n'était plus nettement perçue qu'à la partie inférieure, partie qui semblait correspondre au cæcum. De plus, sur cette tumeur se sentait une induration très accusée, oblique en bas et en dedans, offrant la forme d'un petit cordon très dur et qui semblait être l'appendice augmenté de volume.

C'est dans ces conditions que la malade vint à Paris et entra dans la maison des religieuses du T. S. Sauveur pour y être opérée.

A son arrivée, la malade fut examinée de nouveau avec soin et on constata en effet une très notable diminution en

fait en dedans de cette tumeur cylindrique, l'anse iléo-colique est d'ailleurs d'apparence normale. On sectionne avec les ciseaux l'adhérence à l'intestin grêle, et une déchirure superficielle de l'intestin résultant de cette séparation et saignant un peu est consolidée par deux sutures faites avec de la soie fine. Le gros cordon ainsi libéré, est alors ouvert au bistouri et avec précaution, il présente une paroi fibreuse épaisse, ne saignant pas, et cette paroi sectionnée il sort des lèvres de l'incision un calcul biliaire du volume d'un petit marron; une pression exercée de haut en bas sur la tumeur, amène encore deux autres calculs de volume égal au premier, plus une petite quantité de liquide verdâtre qui n'est autre que de la bile.

Il s'agissait donc de la vésicule biliaire très allongée et comme étirée au point d'arriver jusqu'au voisinage de l'arcade crurale, vésicule entièrement adhérente à la paroi abdominale au niveau de la fosse iliaque droite, dont la paroi était enflammée, et renfermant de gros calculs.

L'ouverture faite à la paroi abdominale fut alors prolongée en haut, toujours en suivant le bord externe du droit, et arrivant jusqu'un peu au-dessus du bord inférieur du foie.

La vésicule fut détachée de ses adhérences à la paroi abdominale, adhérences tellement considérables en bas, que le bistouri dut enlever, avec la paroi vésiculaire, une petite partie de la paroi abdominale dont les fibres musculaires furent mises à nu. Ce point d'adhérences, qui paraissait en imminence de suppuration, fut même nettoyé avec la curette. L'isolement de la vésicule est continué de bas en haut jusqu'à la face inférieure du foie sous lequel elle s'enfonce; à ce niveau, vers le col de la vésicule, on sent un

quatrième calcul, gros et enchatonné, qui ne peut être enlevé que par la pression de trois doigts, l'un introduit dans la vésicule elle-même, les deux autres sous la face inférieure du foie et pressant de bas en haut à travers la paroi vésiculaire. La vésicule libérée et vidée de ses calculs est relevée entre les lèvres de la plaie abdominale et pincée au ras de celle-ci par une pince à pression courbe. On pratique alors la *cholécystostomie*. Le péritoine de la vésicule est fixé à la paroi abdominale par une couronne de sept fils de soie : deux en bas, deux de chaque côté, un en haut. Ces fils comprennent une partie de l'épaisseur des parois de la vésicule et le péritoine pariétal, ils sont noués et les chefs en sont gardés.

Le reste de la plaie pariétale est fermé au-dessus et au-dessous de son union avec la vésicule par trois étages de suture, selon le procédé ordinaire : deux à la soie pour le péritoine et l'aponévrose, un au crin de Florence pour la peau.

Les trois fils, unissant la vésicule : un en haut et deux en bas, au péritoine pariétal, et qui, après avoir été noués, ont eu leurs chefs gardés, sont utilisés pour comprendre dans une deuxième anse le plan aponévrotique de la paroi à leur niveau. C'est une suture en huit de chiffre, dont l'anse profonde unit la paroi vésiculaire au péritoine et l'anse superficielle, le plan aponévrotique à la paroi vésiculaire.

On pratique la résection de la paroi vésiculaire au-dessus et au ras de la pince courbe et on enlève celle-ci. Résection des bouts des anses de fils non utilisées pour la suture de la fibreuse. Les bords de l'ouverture de la vésicule sont alors rabattus et fixés à la peau par quatre crins de Florence, qui traversent de part en part la paroi de la vésicule et les téguments.

Un petit drain de quatre à cinq millimètres de diamètre et long de trois à quatre centimètres est placé dans la bouche vésiculaire et par ce drain s'écoule une petite quantité de bile presque incolore.

Le pansement est fait avec de la gaze et de l'ouate stérilisées.

Les suites opératoires ont été des plus simples, et le maximum de la température fut de 38°2 le cinquième jour; dès le premier jour, la malade put uriner seule, et il n'y eut qu'un vomissement dû au chloroforme. Le troisième jour, alimentation avec du lait et du bouillon; première garde-robe le cinquième jour; premier pansement le sixième jour, on retire quelques crins de la suture. Le neuvième jour, tous les fils superficiels sont retirés et le drain est enlevé le onzième jour. A partir de ce moment, la température resta normale, et le pansement souillé par la bile fut changé chaque jour, l'état général était excellent, l'appétit parfait et le 29 juin la malade put prendre un bain, elle se levait depuis le 21, c'est-à-dire trois semaines après l'intervention. Les règles apparaissent le 6 juillet et sont normales.

Voici l'état de la malade au 18 juillet 1894 : La cicatrice de la paroi abdominale est linéaire; en un point situé à peu près à son tiers supérieur, reste un petit trajet fistuleux dû à un fil à ligature de soie en voie d'élimination. La fistule biliaire est très petite, car son orifice offre les dimensions d'une tête d'épingle ordinaire; la bile qui s'en écoule en assez grande quantité cependant est toujours incolore et transparente, toutefois elle teint le pansement à sa partie périphérique surtout en vert jaune.

Dans le but d'obtenir la cicatrisation de cette fistulette, on cautérise son orifice avec la pointe du couteau du thermocautère. Le résultat fut tout d'abord favorable en ce sens que l'écoulement de la bile fut arrêté, mais cet arrêt ne dura pas et lors de la chute de la petite escharre faite par le thermo, la fistule se rétablit, fournissant une quantité de bile assez considérable pour nécessiter au moins un pansement toutes les vingt-quatre heures.

En présence de la persistance de cet état, fort désagréable pour la malade, il fut résolu d'intervenir pour fermer définitivement la fistule biliaire, ce qui devait être facile, les voies biliaires principales étant parfaitement libres.

Le 11 novembre 1894, la malade fut purgée, et le 12 je procédai à l'opération d'ailleurs fort simple. J'incisai assez largement, sur une étendue de deux à trois centimètres, le trajet fistuleux, comme nous l'avons déjà dit très étroit, puis j'en pratiquai la résection, de façon à pouvoir dédoubler au bistouri les deux lèvres de mon incision. Les lèvres internes formées par la paroi vésiculaire furent réunies par un certain nombre de points de suture à la soie stérilisée et fine. Quant aux lèvres externes constituées surtout par les téguments, elles furent aussi réunies par des sutures multiples (6 à 8) au crin de Florence. Pansement aseptique. Cette petite intervention, qui avait nécessité l'anesthésie de la malade, fut suivie de vomissements plus fréquents que la première opération ; du reste la température resta normale et son maximum fut 37°4. Le cinquième jour on retira quelques crins de Florence, et tous les fils furent enlevés le septième jour. La plaie était complètement réunie; toutefois, sous l'influence d'un effort de toux, elle se désunit un peu et il s'écoula une petite quantité de liquide teinté en vert, en fait il se fit une fistulette biliaire.

Celle-ci s'obtura spontanément le 27 novembre, soit le seizième jour après l'intervention. Depuis cette date, la guérison s'est maintenue parfaite ainsi que je viens de le constater (décembre 1895).

Il n'est pas besoin d'insister longuement sur l'intérêt de cette observation et sur les difficultés de formuler un diagnostic exact. Tous les phénomènes généraux et locaux présentés par notre malade plaidaient en faveur d'une lésion intestinale localisée à l'intestin cæcum; l'étendue de l'induration, remontant vers la partie supérieure de la fosse iliaque, me fit même craindre une lésion tuberculeuse de l'intestin. Toutefois, la localisation ultérieure de la tumeur, sa forme et la chute des accidents inflammatoires nous firent revenir au diagnostic primitivement émis : pérityphlite ou plutôt *appendicite*.

On a vu que nous avions affaire à des calculs de la vésicule, ayant donné naissance à de la cholécystite et surtout à de la péricholécystite, d'où les adhérences si intimes à la paroi abdominale et l'imminence d'un abcès entre la paroi de la vésicule et la paroi abdominale dans la fosse iliaque droite.

L'intervention chirurgicale, permettant l'enlèvement des calculs, l'examen des parties malades de la vésicule et enfin la désinfection des voies biliaires par suite de la fistule persistante, amenèrent la guérison de la malade, guérison complétée par la fermeture définitive de la cholécystostomie.

Un point important manque à cette observation, c'est l'examen bactériologique de la bile à la première et à la deuxième opération.

Sur un cas de résection totale du sacrum pour ostéite à forme nécrotique, par MM. Rochet et Gourdiat (de Lyon).

Nous publions cette observation avec quelques commentaires, car cette résection totale n'a été que très rarement, sinon jamais, exécutée encore; les résultats fonctionnels qu'elle a donnés sont donc intéressants à faire connaître.

La résection a été faite pour une ostéite diffuse, à forme nécrotique, avec gros séquestres.

Si pareille opération a déjà été pratiquée (et probablement quelque chirurgien l'a déjà faite, car il ne faut jamais se hâter de proclamer une priorité, en matière opératoire surtout), il n'en reste pas moins vrai que nous connaissons pas d'observation *détaillée* la concernant et, malgré toutes nos recherches, nous n'avons pu en découvrir d'analogue à la nôtre.

Dans les traités classiques de Lannelongue et Ollier, dans l'ouvrage de Chipault, dans la thèse de Gouilloud (ostéites du bassin, Lyon, 1881), il y a de nombreux cas de résection *partielle* du sacrum. La thèse plus récente de Morestin ne s'occupe guère de la question des ostéites et ne cite pas d'observation y ayant trait. De

la résection absolument totale du sacrum, nous ne connaissons donc aucune observation et plusieurs chirurgiens lyonnais ont bien voulu nous dire qu'ils n'avaient pas, jusqu'à ce jour, pratiqué cette intervention.

Nous insisterons particulièrement sur les résultats consécutifs à l'intervention, et qui sont constatés à une assez longue échéance, puisque la malade dont il s'agit fut opérée le 29 avril 1895.

Voici l'histoire résumée de cette malade soignée à l'Antiquaille (service de chirurgie infantile) :

OBSERVATION. — Père mort albuminurique, deux frères morts en bas âge. Signes de scrofulose légère dans l'enfance (blépharites, quelques adénites cervicales non suppurées).

La malade qui a seize ans aujourd'hui est entrée une première fois, il y a quatre ans, à la salle Saint-Croix, porteur d'un abcès de la région sacrée avec douleurs vives spontanées et provoquées à ce niveau. Incision de l'abcès par le chef de service d'alors (docteur Augagneur), qui ne trouve pas de point nettement dénudé, par-dessous. Un mois après environ, nouvel abcès qui s'ouvre spontanément, devient fistuleux, avec suppuration continue assez abondante (1).

Depuis janvier 1895, recrudescence des symptômes généraux et locaux. Le pus devient abondant et horriblement fétide, probablement à cause du voisinage du rectum complètement à nu derrière la nécrose. L'orifice fistuleux est transformé en une large ulcération des dimensions d'une pièce de cinq francs, à bords bourgeonnants et papillomateux, rappelant l'aspect de certaines dégénérescences cancroïdales.

A l'entrée de la malade dans le service (avril 1895), voici du reste exactement l'état que l'on note :

Ulcération étendue à la région sacré, semée çà et là de bourgeons fétides et de mauvaise allure. Soit du fond de l'ulcère, soit de sa surface même sort un pus abondant et d'odeur repoussante.

L'exploration montre qu'il s'agit d'une nécrose étendue du sacrum (car le stylet se promène sur une large surface dénudée) sans qu'il soit possible de bien en fixer les limites.

La malade est très affaiblie, très amaigrie. Son visage est d'une pâleur de cire.

Elle a de l'incontinence de l'urine et des matières fécales.

Une parésie très marquée, avec fréquents élancements douloureux dans les membres inférieurs, ne permet la station debout que pendant quelques secondes. La marche est impossible. La station assise est presque impossible également ; en tout cas, elle arrache à la malade des cris de vive douleur. Parfois la malade à des lipothymies.

Malgré ces conditions générales peu encourageantes et qui font redouter une anesthésie, M. Rochet chef de service se décide à une intervention radicale.

Le 29 avril 1895, sous le chloroforme, il pratique une incision longitudinale allant de la cinquième lombaire à la pointe du coccyx. La partie supérieure est croisée par un débridement transversal de six à sept centimètres qui donne à l'incision générale la forme d'un T. Un séquestre volumineux et massif se détache, de suite, presque spontanément, sous quelques coups de rugine. Il comprend les troisième, quatrième et cinquième sacrées. Le coccyx également dénudé est aussi enlevé. Comme les autres pièces du sacrum sont atteintes, M. Rochet pratique avec précaution l'ablation des portions qui restent en dégageant peu à peu, et en soulevant de bas en haut, après avoir enlevé son couvercle osseux postérieur, le paquet méningo-fibreux, suivant le conseil du professeur Ollier, et à l'aide des daviers-gouges.

Les émergences nerveuses du plexus sacré, très nettement visibles, sont respectées grâce à cette ablation osseuse par morcellement. Toutes les pièces sacrées sont ainsi réséquées. Les ailerons du sacrum sont eux-mêmes enlevés jusqu'aux articulations sacro-iliaques. L'aileron du côté gauche était d'ailleurs presque entièrement nécrosé; une petite portion de la cinquième lombaire est même abrasée. Au fond de cette vaste plaie, on aperçoit la face postérieure du rectum tout à fait disséquée et plus superficiellement, la fin de la moelle, flottant là, en battant de cloche, avec les racines nerveuses, de chaque côté.

Cautérisation des fongosités et des ulcérations cutanées. On fait deux ou trois points de suture lâche. On bourre de gaze iodoformée le reste de la plaie et on place un gros drain dans sa partie tout à fait inférieure.

Après l'opération, nous employons tous les moyens usités pour remonter la malade qui a des tendances marquées au collapsus. Depuis l'opération, la malade a été pansée fréquemment. Retour rapide de l'appétit et des forces. L'incontinence a continué pendant assez longtemps, pour ne disparaître que depuis deux mois environ. Depuis le 14 juillet, la malade commence à se lever et à marcher.

La plaie qui formait un énorme et profond cratère s'est peu à peu rétrécie et transformée en une gouttière verticale, au fond de laquelle la peau ambiante est comme attirée. Le bourgeonnement a caché la moelle et les racines sacrées. Il reste en haut un trou non cicatrisé des dimensions d'une demi-coquille de noisette.

(1) Il est difficile de préciser exactement les symptômes généraux qui ont accompagné le début des lésions. Il ne paraît cependant pas y avoir eu jamais les symptômes bruyants de l'ostéo-myélite aiguë. L'absence de dénudation étendue, lors des premières explorations, est encore contre cette dernière. Il s'agit plutôt de lésions tuberculeuses progressives; et cependant l'étendue des séquestres enlevés plus tard, la forme nettement *nécrotique* de l'ostéite, pourraient faire établir quelques réserves.

Nous devons maintenant insister en détail sur les résultats locaux et fonctionnels de cette intervention, brièvement émunérés dans l'observation.

Il nous faut :

Savoir ce qu'est devenue la région sacrée après la large brèche qui lui a été faite;

Comparer les troubles fonctionnels nerveux avant et après l'opération ;

Etudier les résultats de cette résection *totale* sur la statique générale du bassin et la marche.

1° Localement, voici ce qu'est devenue la plaie opératoire : la perte de substance primitive, vaste plaie triangulaire à base supérieure, est transformée maintenant en une sorte de gouttière verticale longue de douze à quinze centimètres, et profonde de quatre à cinq centimètres en son milieu. Le long des talus qui limitent cette gouttière, la peau voisine a été peu à peu attirée par le travail cicatriciel du fond de la plaie. En somme, l'aspect général de la région est celui d'un profond sillon qui continue jusqu'à la colonne lombaire le sillon inter-fessier. Dans le fond de ce sillon, le travail de cicatrisation n'est pas tout à fait terminé; il reste un fond bourgeonnant qui s'épidermise lentement. En un point même, il y a une petite perte de substance, large comme une pièce de cinquante centimes environ, au milieu de laquelle l'extrémité inférieure de la moelle semble encore à nu. Si on touche, même très légèrement, à ce niveau, la malade éprouve une vive souffrance immédiate; le plus léger contact à cet endroit est insupportable; les simples lavages avec un jet un peu fort y sont même douloureux. En résumé, l'énorme cavité primitive s'est peu à peu *rétrécie transversalement* plutôt que *comblée*. Il ne semble pas y avoir eu d'ostéogénèse bien active; ce sont les bords postérieurs des os des îles qui se sont rapprochés et ont marché à la rencontre l'un de l'autre pour effacer la brèche.

2° La malade n'a jamais présenté après l'opération et pendant la phase de cicatrisation, de phénomènes douloureux ou trophiques du côté des membres inférieurs. La sensibilité y est absolument normale, et nous n'avons constaté aucune de ces dystrophies dont on a parlé à la suite de certaines opérations de Kraske.

Avant l'intervention, l'enfant se plaignait souvent d'élancements douloureux dans les membres inférieurs.

Et maintenant, que sont devenues les fonctions rectale et vésicale? Rappelons qu'avant l'opération et depuis longtemps déjà, il y avait constamment de l'*incontinence urinaire et fécale*.

Ces deux symptômes ont été les plus longs à s'améliorer, et il n'y a guère que deux mois qu'ils ont disparu à peu près complètement. Actuellement, ce n'est que quelquefois, la nuit, pendant le sommeil, que la malade urine sans en avoir conscience. Cette incontinence passagère se fait à des intervalles de plus en plus éloignés. Ce qui persiste, ce sont des *besoins impérieux* d'uriner ou de déféquer et que la malade doit satisfaire de suite; autrement l'incontinence se produit.

3° Voici maintenant les résultats au point de vue de la station et de la marche :

La *station assise* se fait d'aplomb, sans douleurs, par l'intermédiaire exclusif des ischions. Si la malade s'assied sur une fesse seulement, elle n'en éprouve pas davantage de souffrance. Le côté correspondant du bassin ne paraît pas soulevé et déplacé en haut, ce qui prouve l'attache solide des anciennes surfaces sacro-iliaques avec la cicatrice ostéo-fibreuse qui a remplacé le foyer opératoire primitif.

La *station debout* est facile, ne cause aucune peine à la malade et peut se prolonger assez longtemps (un quart d'heure, une demi-heure même).

Voici ce qu'on note dans cette position : La gouttière de cicatrisation se continue directement avec le sillon inter-fessier et se cache comme lui au fond du relief formé par les fesses. A tel point que, lorsque la malade se tient bien droite et pas penchée en avant, le fond de cette gouttière est invisible. A la partie supérieure seulement on l'aperçoit sous forme d'une petite traînée bourgeonnante au-dessous de la colonne lombaire.

La *marche* avec les secousses qu'elle comporte est la fonction qui, par l'absence de soutien produite par l'ablation de la colonne sacro-coccygienne, semble *a priori* devoir être gravement compromise. Elle est cependant aisée, sans douleur, et la fatigue n'arrive que si la malade veut se presser ou rester debout trop longtemps sans un peu de repos de temps à autre.

Elle est, du reste, levée à dix heures du matin et circule dans la salle jusqu'à sept heures du soir avec intervalles de repos, bien entendu.

Il existe cependant un léger dandinement du tronc, un peu analogue, quoique moins prononcé, à ce que l'on observe dans les luxations congénitales doubles de la hanche.

Le ventre est, en même temps, porté en avant avec légère ensellure lombaire. La malade ne peut encore marcher très-vite et il lui est impossible de courir.

Elle se baisse facilement pour ramasser un objet.

C'est surtout depuis la fin de juillet que tous ces actes se perfectionnent progressivement chez notre malade. Au début, elle se fatiguait vite debout, était même obligée de se coucher dans la journée. Pour marcher un peu il lui fallait des béquilles ou bien elle se traînait en s'appuyant le long des lits

Les résultats notés dans la station et dans la marche montrent que la solidité de la ceinture pelvienne n'est guère compromise par l'opération. Evidemment, il ne se fait pas une régénération osseuse, remplaçant, même en miniature, la colonne sacrée enlevée. Mais voici ce qui semble se produire. Les deux os des îles s'inclinent l'un vers l'autre en arrière ; leurs bords postérieurs se rapprochent. Un tissu fibreux dense et cicatriciel se porte en sautoir d'une surface sacro-iliaque à l'autre et de ces surfaces vers les dernières lombaires, en même temps que se raccourcissent et se tassent les vestiges des trousseaux fibreux représentant les anciens ligaments sacroiliaques antérieurs. Toutes ces masses fibreuses forment là de solides attaches.

Il resterait à se demander comment on peut interpréter les résultats qu'a donnés l'intervention au point de vue des troubles nerveux. La disparition des douleurs irradiées, de la parésie des membres inférieurs, est relativement facile à expliquer par la suppression des séquestres, des foyers suppurés profonds pouvant irriter ou comprimer la terminaison de la moelle et les dernières racines qui en émanent.

L'amélioration de l'incontinence rectale, et surtout vésicale, est plus difficile à comprendre. Pour le rectum directement sous-jacent au foyer pathologique, on pourrait admettre à la rigueur que le contact immédiat de ce foyer inflammatoire excitait en permanence sa couche musculaire et produisait d'involontaires mouvements de défécation. Pour la vessie, cette interprétation n'est plus admissable. Peut-être faut-il chercher l'explication de l'amélioration produite, dans le rétablissement des fonctions médullaires, et en particulier de celles de la moelle lombaire, plus ou moins inhibée jusque-là sinon directement, au moins à distance, par la présence du foyer inflammatoire sacré.

En terminant, nous ajouterons que l'état général de la malade est transformé depuis l'opération. Elle est toujours pâle, mais elle va partir à la mer et tout fait espérer qu'elle se guérira complètement d'une affection par laquelle elle était mourante quand elle fut opérée.

Poisons de l'organisme. Poisons du tube digestif,
par A. Charrin (1).

Il est de mode, depuis quelques années, de ne s'occuper que de bactériologie. Peu s'en est fallu qu'on en vînt à oublier qu'il existait, à côté des cellules adventices, parasitaires, des cellules fondamentales qui constituent l'édifice, qui existent ou peuvent exister en dehors de tout microbe, qui fonctionnent ou peuvent fonctionner physiologiquement ou pathologiquement, sans l'intervention des infiniment petits.

Il est même permis d'aller plus loin, de prouver que ces cellules fondamentales sont capables d'engendrer les accidents que déterminent les agents pathogènes figurés.

Empêchez aux sécrétions de ces éléments anatomiques de s'éliminer, fermez le rein, vous verrez se développer de la dyspnée, de la congestion, de l'œdème pulmonaire, des épanchements pleuraux, de la diarrhée, des ulcérations, du catarrhe de l'intestin, des vomissements, du délire, du coma, des convulsions, de la céphalée, des éruptions cutanées, des douleurs articulaires, des hémorrhagies, des variations thermiques, des altérations cardiaques, hépatiques, etc.

Or, les toxines du bacille d'Eberth ne font pas autre chose ; elles occasionnent des perturbations respiratoires, digestives, nerveuses, des lésions de la peau, des synoviales, du cœur, du foie, du sang, des changements de température, etc.

Au point de vue de la forme, de la structure, des divisions, des colorations, des dégénérescences, etc., les ressemblances se poursuivent.

On conçoit donc mal cet oubli de la cellule de l'organisme ; aussi convient-il de saluer avec joie les acquisitions de cette science nouvelle des auto-intoxications, d'autant plus que plus on va, plus apparaît l'importance des processus toxiques.

Charrin, à diverses reprises, a mis en lumière ces données. D'une part, il a montré que l'essence du mal se réduisait, le plus fréquemment, à un empoisonnement. D'autre part, il a établi que la terminaison fatale, habituellement, en dehors des actions réflexes ou des interventions de l'inhibition, était attribuable à des accidents toxiques.

Dans les diathèses, en effet, dans les troubles de la nutrition, la cellule n'utilise pas normalement les matériaux mis à sa disposition ; elle assimile, elle désassimile d'une manière défectueuse ; dès lors, s'accumulent dans les plasmas soit des principes normaux, soit des éléments connus produits en

(1) Deux volumes de la collection des aide-mémoire, *Encyclopédie Léauté*. Masson et Gauthier-Villars, éditeurs. Paris, 1895.

quantité inusitée ; dès lors, ces plasmas acquièrent des qualités nuisibles.

Au cours des infections, la chose est simple aujourd'hui ; le danger réside dans la présence des toxines bactériennes.

A quoi se réduit une maladie du rein, du foie, du poumon, du cœur, etc. ? Sinon à une affection caractérisée par des poisons incomplètement éliminés ou détruits, sinon à une insuffisance de l'oxygène, à une trop grande abondance de l'acide carbonique. Il en est de même quand il s'agit des lésions de la peau, des capsules surrénales, du sang lui-même, modifié dans ses globules ou dans ses parties solubles.

Le rôle sans cesse croissant des auto-intoxications justifie donc pleinement les études entreprises par Charrin.

Dans un premier volume de l'*Encyclopédie des aide-mémoire* (Collection Léauté), cet auteur a montré comment on pouvait saisir les composés toxiques issus de l'économie, en s'adressant aux émonctoires, surtout au plus considérable, à l'émonctoire rénal.

Dans une série de chapitres, après avoir exposé la technique, cet expérimentateur a analysé les attributs offensifs des urines de l'homme, du chien, du lapin, du cobaye ; il a mis en évidence la multiplicité des matières actives, les unes solubles, les autres insolubles dans l'alcool, les unes volatiles, les autres stables, les unes organiques, les autres minérales.

C'est en se basant sur la pluralité des phénomènes engendrés, myosis, troubles de la respiration, de la circulation, diurèse, hyperthermie, convulsions, salivation, etc., qu'il est parvenu, suivant l'exemple du professeur Bouchard, à placer hors de contestation l'existence de ces différentes matières ; il a été conduit à admettre que la plupart des théories, dites de l'urémie, contenaient une fraction de vérité, en particulier celle de Thudicum sur les pigments, celle de Chalvet, Voït, Schættin, sur les matières extractives, plus encore celle de Feltz et Ritter sur les sels minéraux, spécialement sur les sels de potasse.

Les conceptions de Traube, Stadhagen, Treitz, Grandeau, Wilson, Frericks, etc., sur l'œdème cérébral, sur l'urée ou ses dérivés ammoniacaux, paraissent occuper le second plan dans la genèse des désordres nerveux, respiratoires, circulatoires, digestifs, cutanés, rénaux, etc.

Ces poisons connus, Charrin étudie les causes physiologiques ou pathologiques qui les font varier ; il aborde la grande question des modifications urinaires dans les maladies.

Ces recherches le conduisent à la mise en lumière des sources de ces poisons, source alimentaire, principalement pour les composés minéraux ; source organique, désassimilation, poisons des tissus, source digestive.

Arrivé à ce point, Charrin ne donne que quelques indications, remettant à un second volume l'examen des produits nocifs qui naissent dans ce tube digestif : c'est ce second volume qui vient de paraître.

L'auteur suit la disposition anatomique ; il commence par la cavité bucco-pharyngée.

Là, les poisons existent, mais plutôt théoriquement que pratiquement ; on décèle, dans la salive, du sulfocyanure de potassium, parfois du scatol ; toutefois, ces corps sont neutralisés, ou bien leur dose est minime.

Il suffit, d'ailleurs, pour se convaincre de la réalité de ces toxiques de se reporter à la constitution des principaux aliments qui, pour la plupart, renferment de l'eau, des graisses, des matières albuminoïdes ou minérales. Or, l'eau dissout les hématies ; les graisses occasionnent des embolies capillaires spéciales ; les albumines, les sels de soude, de chaux, de potasse, etc., sont nuisibles.

L'œsophage est avant tout un lieu de passage ; sa muqueuse prête peu aux sécrétions dangereuses.

En revanche, dans l'estomac, on rencontre des peptones, dont un gramme cinquante centigrammes à deux grammes tuent un lapin d'un kilogramme ; des ferments solubles qui ont et des actions locales et des actions générales, des gaz, des produits de fermentation butyrique, lactique, acétique, éthylique.

Quand la poche se vide mal, ces corps deviennent abondants, ils engendrent une série d'accidents, d'autant plus que, dans ces conditions, les toxines microbiennes, les alcaloïdes, les diastases, les toxalbumines, les nucléines, les nucléo-albumines, etc., ajoutent leurs effets.

A vrai dire, c'est surtout dans l'intestin que les ferments figurés font sentir leur activité ; à ce niveau se retrouvent les composés putrides, les ptomaïnes, quelquefois si importantes en médecine légale, la mydaleine, la collidine, l'hydrocollidine, la muscarine, la cadavérine, la saprine, la putrescine, la gadinine, la mydotoxine, la morrhuine, la ptomatropine, une foule d'amines, etc.

L'expérience démontre que les principes de la putréfaction sont très nocifs ; la chaleur, 20 à 40°, augmente notablement leurs effets.

L'expérience établit également le pouvoir morbifique du contenu intestinal, contenu qui, en dehors des éléments déjà signalés, comprend des acides, des bases, de l'indol, du scatol, du phénol, composés aromatiques, des amines, des diamines, des cholines, pyridines, guanidines, des matériaux sulfo-conjugués, oxalés, amidés, oxydés, soufrés, des gaz, de l'hydrogène sulfuré, etc.

Il convient, en outre, de tenir compte des sécrétions pancréatique, hépatique, entérique ; ces sucs, la bile surtout, sont des plus actifs, d'autant plus que l'alimentation, que l'âge, que les états nerveux ou pathologiques accroissent cette activité.

Des poisons accidentels dérivés d'aliments mal conservés (viandes, poissons, huîtres, crustacés, mollusques, pain, fromages, eaux, etc.), d'animaux malades, surmenés, fébricitants, ou encore de végétaux, de champignons mal choisis, d'espèces venimeuses, de sophistications, peuvent, d'autre part, dans quelques circonstances, faire sentir leur action.

La multiplicité de ces corps permet de saisir la pluralité des troubles qui se développent, troubles aigus ou chroniques, troubles cérébraux, médullaires, pulmonaires, bronchitiques, angineux, pleuraux, articulaires, cardiaques, hémorrhagiques, musculaires, spasmodiques, gastriques, intestinaux, rénaux, urinaires, cutanés, thermiques, etc.

De ce tube digestif, parfois, proviennent des toxiques du sang, causant l'ammoniémie, l'acétonémie, l'oxalémie, des toxiques du tissu osseux (ostéomalacie), de la fibre contractile, de la cellule du névraxe, etc., etc.

Que d'affections promptes, accompagnées de fièvre, que de processus plus lents, diathésiques, etc., puisent leurs origines dans les fermentations excessives de ce conduit.

Charrin, après avoir placé en évidence l'importance de ces processus, explique comment on peut lutter contre eux.

Il importe de supprimer tout poison externe ; il faut veiller à la pureté des aliments solides ou liquides (rôle des dégoûts, amertumes, nausées, vomissements, etc.). — L'antisepsie de la bouche, de l'estomac, de l'intestin, réduira le taux de la toxicité ; il en est de même des oxydations. — Détruire les composés nuisibles par le foie, par les capsules surrénales ; aider aux sulfo-conjugaisons, aux combustions (rôle de la fièvre) ; pousser aux éliminations par la peau, la bile, le poumon, le lait, les larmes, l'intestin, plus encore par le rein ; user des vomitifs, des purgatifs, de la saignée, etc., constituent les principales indications de la défense.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Contribution à la symptomatologie des maladies du cervelet (Zur Symptomatologie der Kleinhirnerkrankungen), par W. Friedeberg (*Berliner klinische Woch.*, 18 août 1895, n° 33). — L'auteur, dans son travail, étudie neuf cas de lésions en foyer du cervelet avec autopsie. La cause de ces lésions, dans trois cas, était un abcès du cervelet d'origine otique. Dans un autre cas, c'était une hémorrhagie dépendant de l'artério-sclérose. Dans deux cas, il s'agissait d'une tumeur du cervelet et dans deux autres, de cysticerques cérébelleux et de kystes du cervelet. La durée de la maladie, en moyenne, ne dépasse pas une année et demie. Au point de vue de la symptomatologie, il a trouvé dans huit cas, une douleur lancinante et térébrante dans la région occipitale. Dans cinq cas, il y avait une raideur du cou très accentuée, que l'auteur rattache à une compression exercée

sur la moelle allongée. On ne pouvait pas l'attribuer à une méningite, par suite de son apparition lente et sans fièvre. Les vomissements et le vertige ont été observés assez souvent. Dans quelques cas, il a constaté un amaigrissement assez notable qu'on ne pouvait rattacher à l'alimentation qui était suffisante, fait qui confirme plutôt l'opinion de Luciani, lequel avait constaté une diminution de poids chez les animaux sans cervelet. On n'a rencontré dans aucun cas de phénomènes d'hémiplégie proprement dite. Chez deux de ces malades, il y avait de la titubation. L'ataxie dite cérébelleuse n'est pas un symptôme caractéristique des maladies du cervelet. Du reste, comme l'a montré Bruns, cette ataxie peut être observée dans les lésions du lobe frontal. Les mouvements de manège n'ont pas été constatés. Chez quelques malades se sont montrés des phénomènes d'excitation sous forme de contractions spasmodiques, et dans un cas, la musculature du tronc participait à ces spames. La main affectait l'attitude de la main du prédicateur. L'auteur pense que les symptômes constatés dans ces cas confirment l'opinion de Luciani sur les fonctions du cervelet. Un bon signe de diagnostic différentiel dans les affections du cervelet, outre les douleurs d'oreille du côté de l'otite, c'est l'hypéresthésie de l'apophyse mastoïde à la pression. M. Bride pense qu'un symptôme important, c'est l'augmentation de la conductibilité des sons par la paroi du crâne.

Contribution à la structure du système nerveux central (Beitræge zum Aufbaue des Centralnervensystems), par Munzer (*Prager med. Woch.*, 1895, n° 42). — L'ablation d'un hémisphère cérébral détermine chez le lapin et le chien une dégénérescence dans le faisceau latéral de la moelle du côté opposé, dégénérescence qui est toujours moins accentuée que celle qui résulte de la section de la moelle épinière. Déjà d'autres auteurs avaient porté leur attention sur ce fait et Singer, Münser avaient rendu ce fait très évident par l'expérience suivante. Chez un lapin nouveau-né, ils ont enlevé l'hémisphère gauche du cerveau. Il s'est produit, par suite, de l'agénésie du faisceau pyramidal du côté droit. Chez le même animal devenu adulte, ils ont pratiqué une hémisection de la moelle du côté droit et ont trouvé, dans le faisceau latéral, un grand nombre de fibres dégénérées au-dessous de la section. Par conséquent, dans le cordon latéral du lapin, il existe des fibres qui dégénèrent suivant la voie descendante, fibres qui ne proviennent pas de la zone motrice corticale. Mais quelle est l'origine de ces fibres? Pour résoudre cette question, l'auteur a eu recours à plusieurs expériences. Chez un lapin âgé de cinq jours, il fait une hémisection étendue de la moelle épinière. On laisse l'animal vivre pendant longtemps et on pratique plus tard une section complète de la moelle au niveau de la deuxième racine sous-jacente à la première section. L'examen histologique fait voir que le nombre des fibres dégénérées à la section complète de la moelle était aussi considérable du côté droit que du côté gauche. La conclusion qui se dégage de cette expérience, c'est que la substance grise de la moelle épinière donne naissance à des fibres qui descendent dans le cordon latéral du même côté et se mêlent aux fibres pyramidales. En ce qui concerne la question des fibres qui ont leur origine dans le cerveau moyen ou le cerveau intermédiaire, l'auteur, malgré ses expériences, n'a pu arriver à la résoudre.

Embolies expérimentales dans le système nerveux central (Ueber experimentelle Embolien am Centralnervensysten), par Singer (*Prager med. Woch.*, 1895, n° 42, p. 480). — Singer emploie, pour ces expériences, une microseringue à l'aide de laquelle il injecte de la couleur à l'huile dans l'artère vertébrale et la carotide interne. L'injection de l'artère vertébrale détermine une paralysie sensitivo-motrice. Il semble que cette paralysie soit durable quand les vaisseaux des racines sont frappés. L'injection dans le domaine de l'artère spinale postérieure produit des embolies dans les ganglions spinaux correspondants, dans la partie postérieure des cordons latéraux et dans la corne postérieure. Si le cordon postérieur est injecté aussi, l'image de la dégénérescence secondaire ne diffère pas de celle consécutive à la section complète de la moelle épinière. Si, au contraire, les cordons ne sont pas injectés, le résultat expérimental ressemble à celui déterminé par la section des racines. Dans ce cas, l'auteur a constaté le dégénérescence des branches descendantes. (Le résultat est analogue à celui obtenu par M. Marinesco.) L'injection dans la carotide interne détermine, chez le lapin, une embolie des vaisseaux de la choroïde. Une fois, il a constaté, à la suite de cette injection de la carotide droite, une cécité croisée. On trouve effectivement à l'ophthalmoscope une disparition complète des fibres myéliques. A l'autopsie, on trouva une atrophie du nerf optique gauche et un foyer de ramollissement dans l'écorce du lobe occipital droit. Il s'agissait donc d'une atrophie descendante croisée du nerf optique. L'examen histologique a montré l'atrophie de la bandelette optique droite et du nerf optique du côté gauche avec intégrité du faisceau non croisé, ce qui démontre de la façon la plus claire l'entrecroisement partiel des fibres du nerf optique.

MÉDECINE

Rétrécissement congénital de l'aorte (Sopra un caso di stenosi congenita dell' orificio aortico e mancanza di una delle valvole semilunari corrispondenti, col reperto necroscopico), par G. Lipari (*Il Morgagni*, août 1895, p. 540). — Homme de vingt-quatre ans, ayant des troubles cardiaques depuis l'âge de six ans, pouls faible, frémissement au niveau des jugulaires, souffle systolique dans les carotides et les sous-clavières, hypertrophie totale du cœur, frémissement sytolique dans le deuxième espace intercostal droit, léger souffle systolique et renforcement du premier bruit à la pointe, souffle systolique intense dans le deuxième espace intercostal droit avec propagation vers la partie supérieure du sternum. A l'autopsie, cœur très volumineux : les ventricules mesurent seize centimètres et demi de long sur onze de large, vingt-neuf millimètres d'épaisseur maxima ; les deux valvules sigmoïdes sont de consistance fibreuse, l'une d'elles présente à sa base un nodule fibreux, lisse, du volume d'un pois et l'autre des nodules plus petits, rien d'anormal à la mitrale.

Adénome du pancréas (Di un adenoma acinoso del pancreas con pancreatite indurative d'origine sifilitica), par Cesario Dancel (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, mars 1895, n° 199). — A l'autopsie d'un homme mort de pyélo-néphrite ascendante, et présentant des lésions artérielles et hépatiques, manifestement syphilitiques, le pancréas réduit de volume et presque entièrement remplacé par du tissu graisseux était représenté par un amas compact de tissu conjonctif brillant ; à son bord inférieur, tumeur du volume d'un œuf de pigeon présentant la structure alvéolaire et les caractères histologiques de l'adénome, comparable, en raison de sa coïncidence avec une cirrhose pancréatique, aux adénomes accompagnant la cirrhose hépatique.

Modifications du bacille de Lœffler en dehors de l'organisme (Alteragioni istologiche e vitalità dei bacilli di Lœffler nelle pseudo-membrane difteriche dell' nomo studiate fuori l'organismo), par B. Pernice et Scaglioni (*Riforma medica*, juin 1895, n°s 142, 143, 144). — Dans les fausses membranes détachées de l'organisme humain, les bacilles de Lœffler restent vivants pendant cinquante-neuf jours au plus; ils sont nombreux jusqu'à la deuxième ou troisième semaine, commencent à dégénérer, puis diminuent de plus en plus de nombre et on finit par ne plus en trouver par l'examen microscopique ni par les cultures; ils restent vivants pendant quarante-huit à cinquante jours dans les fausses membranes laissées à la lumière diffuse, dans l'air sec ou dans l'air humide. Les cocci qui leur sont associés résistent plus que les bacilles de Lœffler et peuvent encore, par inoculation aux animaux des fausses membranes sèches ou humides, déterminer la suppuration à une époque où les bacilles ne peuvent plus être décelés par les réactifs colorants ni par les cultures.

Causes de l'hypothermie (Sulle variagioni di temperatura al di sotto della media normale), par G. Missale (*Riforma medica*, septembre 1895, n°s 210, 211, 212). — Les abaissements de température aux dépens de la normale peuvent se produire sous l'influence du froid extérieur, à la suite de fortes déperditions de liquides, dans les maladies du système nerveux, pendant et après les maladies fébriles, dans les cachexies fébriles et les troubles circulatoires graves, dans le sclérème, les brûlures étendues, dans les

intoxications, après les opérations chirurgicales, pendant l'anesthésie par l'éther ou le chloroforme. Les plus forts abaissements de température sont produits par le froid extérieur. L'hypothermie n'aggrave pas nécessairement le pronostic de la maladie. La cause des hypothermies est presque toujours une diminution de l'excitabilité des centres nerveux, laquelle est souvent la conséquence de l'action des substances toxiques fabriquées par l'organisme ou par des bactéries, ou provenant de l'extérieur.

Quelques données sur la question de l'étiologie des cirrhoses du foie, par KABANOFF (*Archives générales de médecine*, février et mars 1895, p. 291). — Les agents extérieurs ne doivent pas être seuls invoqués pour expliquer le développement de la cirrhose du foie: l'hérédité arthritique, la dégénérescence dans son sens le plus large peuvent souvent favoriser l'action de l'alcool et des autres causes; d'autres fois ce sont des arrêts de développement du foie qui facilitent la production de ses lésions.

CHIRURGIE

De l'embolie graisseuse, par DE GROUBÉ (*Revue de chir.*, 1895, n° 7, p. 577). — Un cas de fractures multiples qui s'est terminé par la mort au cours de la convalescence, par le fait de l'embolie graisseuse, et l'étude de la littérature de la question, font dire à l'auteur qu'il faut continuer à suivre les règles traditionnelles du traitement des fractures, c'est-à-dire assurer l'immobilité des fragments en appliquant un appareil inamovible quelconque; même dans les cas de fractures compliquées, le pansement ne doit être renouvelée qu'en cas de nécessité absolue.

Il faut également renoncer au massage qui peut contribuer à la pénétration de la graisse dans les vaisseaux, et dans les contusions des parties molles ne la pratiquer que fort tard, si l'épanchement sanguin tarde à disparaître. Quand la contusion aboutit à la formation d'une vaste cavité remplie de sang et de graisse liquide, il vaut mieux inciser la cavité et évacuer le contenu, pratique qui hâte la guérison et s'oppose à l'embolie graisseuse en supprimant la tension à l'intérieur de la cavité.

Dans le traumatisme étendu, où l'on hésite entre l'amputation et la conservation du membre écrasé, on prendra en considération le danger de l'embolie graisseuse en cas de conservation.

Quand l'embolie est constituée, les indications sont d'aider à l'élimination de la graisse par les reins et de soutenir le cœur qui joue un rôle si important dans la compensation des troubles de la circulation du poumon. Ce double but peut être atteint jusqu'à un certain point par l'emploi des toniques du cœur et des diurétiques.

Notes histologiques et cliniques pour servir à l'histoire de la talalgie, par BROUSSES et BERTHIER (*Revue de chirurgie*, 1895, n° 8, p. 681). — Il s'agit d'un cas de talalgie chez un jeune soldat réduit à garder le lit par le fait des douleurs qu'occasionnait la marche. Après l'échec de la révulsion et de la médication interne, les auteurs se décidèrent pour une intervention sanglante dans l'idée d'une ostéite du calcanéum. L'opération montra que le calcanéum était sain mais que la bourse talonnière était distendue par un liquide filant et avait les parois épaissies, indurées. La bourse fut extirpée et le malade guérit radicalement. L'examen de la pièce montra l'existence d'une névrite interstitielle complètement organisée.

L'étude de ce cas amène les auteurs à formuler les conclusions suivantes :

1° Le cas de talalgie décrit plus haut a pour lésion essentielle une névrite interstitielle localisée dans la paroi de la bourse séreuse sous-calcanéenne et très probablement d'origine traumatique.

2° La cause prédisposante de cette affection a été une anomalie de distribution nerveuse. Le cas est sans précédent et à ce titre appelle de nouvelles recherches.

3° La talalgie doit prendre place dans une classification nosologique comme une simple appellation servant à désigner un groupe d'affections encore mal classées, ayant seulement certains points de ressemblance symptomatique mais différant le plus souvent et profondément entre elles par la nature anatomique de la lésion et relevant d'une thérapeutique aussi variée que leur pathogénie.

BIBLIOGRAPHIE

Les émotions, étude psycho-physiologique par le docteur LANGE (Copenhague), traduit par Georges Dumas. Alcan, 1895.

Dans ce court volume, l'auteur a exposé une nouvelle théorie des émotions, qui insiste plus qu'on ne l'avait fait jusqu'ici sur l'importance des modifications vaso-motrices. Cherchant la vraie nature de l'émotion, M. Lange constate que l'opinion courante admet trois moments dans la production d'un phénomène émotionnel : 1° une perception ou une idée; 2° une émotion; 3° l'expression de cette émotion. Or d'après lui il faut renverser les deux derniers termes et l'émotion n'est que la conscience des variations neuro-vasculaires qui s'accomplissent dans le corps. M. le docteur Lange a par suite été amené à étudier avec soin ces phénomènes vaso-moteurs dont il voulait prouver l'importance et sa méthode l'a conduit à une étude très scientique et fort intéressante de la tristesse, de la joie et des différentes émotions; il a montré par exemple que « les phénomènes corporels qui accompagnent la tristesse peuvent se ramener tous à une paralysie des muscles volontaires et à un état spasmodique des muscles vaso-constricteurs ». Dans la seconde partie de son ouvrage il s'attache plus spécialement à prouver que les phénomènes vaso-moteurs sont primitifs et constituent le phénomène capital; il montre quel est le mécanisme de l'émotion, et comment causes morales et causes matérielles des émotions aboutissent toujours à l'excitation des centres vaso-moteurs. Quelle que soit la valeur que l'on accorde à la théorie de Lange on lira avec fruit son ouvrage ainsi que l'intéressante préface du traducteur; celui-ci fait remarquer avec raison que « la grosse difficulté sera toujours de savoir pourquoi à telle idée, à telle perception ou à telle image s'associe tel ou tel état vaso-moteur; l'explication de ces associations sera toujours difficile mais Lange n'en a pas moins défini l'émotion et formulé les premières règles de toute étude objective c'est-à-dire scientifique des états affectifs ».

P. L.

VARIÉTÉS

Erection d'un monument en l'honneur de L. Pasteur. — Un comité vient de se former en vue d'ouvrir une souscription internationale pour l'érection à Dôle, sa ville natale, d'un monument à L. Pasteur. Ce comité comprend, sous la présidence d'honneur du Président de la république, les Ministres, les présidents du Sénat et de la Chambre des députés, de hauts fonctionnaires et, parmi les médecins, MM. Bergeron et Grancher, pour le Comité de Paris; MM. Druhen, Briot, Ligier, Garnier, pour le Comité régional. Le trésorier est M. Palluy, Président du tribunal de commerce à Dôle.

MM. les docteurs Bécoulel, Briand, Chaintre, Debrand, Frilley, Gagey, Garnier, Hamel, Larger, Lombard et Rouby adressent à leurs confrères de France un pressant appel de prendre part à la souscription.

Légion d'honneur. — M. le docteur Luton, directeur de l'École de médecine de Reims, est nommé chevalier.

Ecole de médecine d'Alger. — M. le docteur Blaise, agrégé de la Faculté de Montpellier, est nommé professeur de clinique médicale à l'école d'Alger.

Nécrologie. — On annonce la mort de M. le docteur Fauvel, médecin de l'Opéra, bien connu par son *Traité des maladies du larynx.*

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Prix proposés pour 1896.

(*Les concours seront clos fin février 1896.*)

Prix de l'Académie (1,000 francs). — Question : *Du rôle respectif de l'hérédité et de la contagion dans la propagation de la tuberculose.*

Prix Amussat (1,000 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches, basés simultanément sur l'anatomie et l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

Prix Alvarenga de Piauhy (Brésil) (800 francs). — Ce prix sera distribué à l'auteur du meilleur mémoire, ou œuvre inédite (dont le sujet restera au choix de l'auteur), sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Baillarger (2,000 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics ou privés consacrés aux aliénés.

Prix Barbier (2,000 francs). — Ce prix sera décerné à celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour les maladies reconnues incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra morbus, etc. Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés.

Prix Charles Boullard (1,200 francs). — Ce prix sera décerné au médecin qui aura fait le meilleur ouvrage et obtenu les meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales, en en arrêtant ou en atténuant la marche terrible.

Prix Mathieu Bourceret (1,200 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur qui aura fait le meilleur ouvrage ou les meilleurs travaux sur la circulation du sang.

Prix Henri Buignet (1,500 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales.

Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions.

Le prix ne sera pas partagé; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de quinze cents francs serait reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3,000 francs sera partagée en deux prix de 1,500 francs chacun.

Prix Capuron (1,400 francs). — Question : *De l'influence des maladies du poumon de la mère sur l'état de santé du fœtus.*

Prix Chevillon (1,500 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des affections cancéreuses.

Prix Civrieux (1,000 francs). — Question : *De l'hallucination dans les maladies mentales.*

Prix Daudet (1,000 francs). — Question : *Des angines couenneuses non diphthériques.*

Prix Desportes (1,300 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

Prix Falret (900 francs). — Question : *Le morphinisme et la morphinomanie.*

Prix Ernest Godard (1,000 francs). — Au meilleur travail sur la pathologie interne.

Prix Théodore Herpin (Genève) (3,000 francs). — Ce prix sera à l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

Prix Hugo (1,000 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur un point de l'histoire des sciences médicales.

Prix Laborie (5,000 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie.

Prix du baron Larrey (500 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de statistique médicale.

Prix Laval (1,000 francs). — Ce prix devra être décerné chaque année à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant.

Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine.

Prix Lefèvre (1,800 francs). — Question : *De la mélancolie.*

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme) (2,600 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies de l'oreille.

Prix Adolphe Monbinne (1,500 francs). — M. Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1,500 francs, destinée « à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire.

» Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant, soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins. »

Prix Nativelle (300 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire ayant pour but l'extraction du principe actif définitif, non encore isolé, d'une substance médicamenteuse.

Prix Orfila (2,000 francs). — Question ; *Existe-t-il dans l'air, dans l'eau ou dans le sol, des corps de nature animée ou purement chimiques, aptes à développer la dysenterie, lorsque, par les moyens ordinaires ou expérimentaux, ils s'introduisent dans l'économie animale?*

Prix Oulmont (1,000 francs). — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'Internat. (Chirurgie.)

Prix Portal (600 francs). — Question : *Anatomie pathologique du système lymphatique (réseaux, canaux et ganglions), dans la sphère des néoplasmes malins.*

Prix Pourat (1,000 francs). — Question : *Des relations qui existent entre la thermogenèse et les échanges respiratoires.*

Prix Saintour (4,400 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Saint-Lager (1,500 francs). — Extrait de la lettre du fondateur :

« Je propose à l'Académie une somme de 1,500 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration aux animaux de substances extraites des eaux ou des terrains à endémies goitreuses. »

Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la Commission académique.

Prix Saint-Paul (25,000 francs). — M. et Mme Victor Saint-Paul ont offert à l'Académie une somme de 25,000 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme qui sera décerné à la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, qui aurait, la première, trouvé un remède reconnu par l'Académie comme efficace et souverain contre la *diphthérie* Jusqu'à la découverte de ce remède, les arrérages de la rente à provenir de cette donation seront consacrés à un prix d'encouragement qui sera décerné, tous les deux ans, par l'Académie, aux personnes dont les travaux et les recherches sur la diphthérie lui auront paru mériter cette récompense.

Prix Stanski (1,800 francs). — Ce prix sera décerné à celui qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique, par infection ou par contagion à distance. Si l'Académie de médecine ne trouvait pas un travail sous ce rapport digne de cette récompense, elle l'accordera à celui qui, dans le courant des deux années précédentes, aura le mieux éclairé une question quelconque relative à la contagion dans les maladies incontestablement contagieuses, c'est-à-dire inoculables. (Extrait du testament.)

Prix Vernois (700 francs). — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

Prix proposés pour 1897.

(*Les concours seront clos fin février 1897.*)

Prix de l'Académie (1,000 francs). — Question : *Du rapport étiologique entre le choléra Nostras et le choléra dit Indien.*

Prix Alvarenga de Piauhy (Brésil) (800 francs).

Prix Barbier (2,000 francs).

Prix Henri Buignet (1,500).

Prix Mathieu Bourceret (1,200 francs).

Prix Capuron (1,000 francs). — Question : *De l'action des*

eaux minérales dans le traitement des maladies du système artériel et veineux.

Prix Civrieux (1,400 francs). — Question : *Valeur séméiologique des délires systématisés.*

Prix Marie Chevalier (6,000 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur français du meilleur travail publié dans l'intervalle de chaque période triennale, sur les origines, le développement ou le traitement soit de la phthisie pulmonaire, soit des autres tuberculoses.

Prix Chevillon (1,500 francs).

Prix Daudet (1,200 francs). — Question : *De l'hystérectomie totale et de sa valeur dans le traitement du cancer de l'utérus.*

Prix Desportes (1,300 francs).

Concours Vulfranc Gerdy.

Prix Ernest Godard (1,000 francs). — Au meilleur travail sur la pathologie externe.

Prix Théodore Herpin (Genève) (3,000 francs).

Prix Itard (2,400 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur livre de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

Prix Laborie (5,000 francs).

Prix du baron Larrey (500 francs).

Prix Laval (1,000 francs).

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme) (2,600 francs).

Prix Adolphe Monbinne (1,500 francs).

Prix Nativelle (300 francs).

Prix Oulmont (1,000 francs).

Prix Portal (600 francs). — Question : *Anatomie pathologique de la péritonite dite tuberculeuse.*

Prix Pourat (1,000 francs). — Question : *De la tension sanguine intra-vasculaire.*

Prix Philippe Ricord (600 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage, paru dans les deux ans, sur les maladies vénériennes.

Prix Vernois (700 francs). — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

Prix proposés pour 1898.

(Les concours seront clos fin février 1898).

Prix de l'Académie (1,000 francs). — Question : *Des myélites infectieuses au point de vue clinique et expérimental.*

Prix Alvarenga de Piauhy (Brésil) (800 francs).

Prix Amussat (800 francs).

Prix Aubert (500 francs). — M. le docteur Aubert, de Mâcon (Saône-et Loire), a donné à l'Académie de médecine la somme de 500 francs pour être distribuée, en 1898, à l'auteur du meilleur travail sur le sujet suivant : *Rechercher par l'observation clinique et expérimentale s'il existe chez l'homme des constitutions réfractaires à la tuberculose.*

Prix Baillarger (2,000 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics ou privés consacrés au aliénés.

Prix Barbier (2,000 francs).

Prix Mathieu Bourceret (1.200 francs).

Prix Charles Boullard (1.200 francs).

Prix Henri Buignet (1.500 francs).

Prix Adrien Buisson (10.500 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur des meilleures découvertes ayant pour résultat de guérir des maladies reconnues jusque-là incurables dans l'état actuel de la science.

Prix Capuron (1.400 francs). — Question : *Recherches expérimentales sur un sujet d'obstétrique laissé au choix de chacun des concurrents.*

Prix Chevillon (1.500 francs).

Prix Civrieux (1.000 francs). — Question : *Des obsessions en pathologie mentale.*

Prix Daudet (1.000 francs). — Question : *Des sarcomes.*

Prix Desportes (1.300 francs).

Prix Falret (900 francs). — Question : *Les Somnambulistes.*

Prix Ernest Godard (1.000 francs). — Au meilleur travail sur la pathologie interne.

Prix Herpin (de Metz) (1.200 francs). — Question : *Du traitement abortif de la blennorrhagie.*

Prix Théodore Herpin (de Genève) (3.000 francs).

Prix Huguier (3.000 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé en France, *sur les maladies des femmes, et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections* (non compris les accouchements). — Il n'est pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. — Ce prix ne sera pas partagé.

Prix Laborie (5.000 francs).

Prix Laennec (500 francs). — Question : *De la bronchite capillaire (d'emblée ou consécutive à la bronchite simple) chez les enfants du premier âge.*

Prix du Barron Larrey (500 francs).

Prix Laval (1.000 francs).

Prix Louis (4.000 francs). — Question : *De la Sérothérapie.*

Prix Mège (900 francs). — Question : *De l'asthme des foins.*

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme) (2.600 francs).

Prix Adolphe Monbinne (1.500 francs).

Prix Nativelle (300 francs).

Prix Nivet (3.000 francs). — Ce prix sera décerné à l'acteur du meilleur ouvrage, manuscrit ou imprimé, sur l'assainissement des casernes, hôpitaux, hospices, écoles, crèches, asiles et lycées.

Prix Oulmont (1.000 francs).

Prix Portal (600 francs). — Question : *Des lésions des centres nerveux et des reins, causées par la toxine du tétanos et par celle de la diphthérie.*

Prix Pourat (1.000 francs). — Question : *La circulation du sang dans le poumon.*

Prix Henri Roger (2.500 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage de médecine des enfants (Pathologie, hygiène et thérapeutique). (Il faut que les ouvrages aient deux ans de publication.)

Prix Saintour (4.400 francs).

Prix Stanski (1.800 francs.)

Prix Tremblay (7.200 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des voies urinaires : Catarrhe, affections de la prostate, plus particulièrement ces deux cas.

Prix Vernois (700 francs).

Nota. — Les concours des prix de l'Académie de médecine sont clos, tous les ans, fin février. Les ouvrages adressés pour ces concours devront être écrits lisiblement, en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les nom et adresse des auteurs.

Les ouvrages présentés par des étrangers sont admis au concours, à l'exception des prix Buignet, Chevallier et Huguier.

Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement, sera, par ce seul fait, exclu du concours.

Les concurrents aux prix Alvarenga, Amussat, d'Argenteuil, Baillarger, Barbier, Charles Boullard, Bourceret, Buignet, Buisson, Chevallier, Chevillon, Desportes, Godard, Théodore Herpin (de Genève), Hugo, Huguier, Itard, Laborie, Larrey, Meynot, Monbinne, Nativelle, Nivet, Perron, Ricord, Roger, Saint-Paul, Saintour, Stanski, Tremblay et Vernois, pouvant adresser à l'Académie des travaux, *manuscrits* ou *imprimés*, sont exceptés de cette dernière disposition.

Les mémoires présentés au concours pour les services généraux des Eaux Minérales, des Epidémies, de l'Hygiène de l'Enfance et de la Vaccine, travaux faits en dehors des questions posées pour les prix, doivent être adressés à l'Académie, tous les ans, avant le 1er juillet.

Les manuscrits, imprimés, instruments, etc., soumis à l'examen de l'Académie, ne seront pas rendus aux auteurs.

Les prix seuls donnent droit au titre de lauréat de l'Académie de médecine.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

TABLE DES MATIÈRES

DE LA *GAZETTE HEBDOMADAIRE* ET DU *MERCREDI MÉD.*

(Année 1895)



1. Pour la commodité des recherches, les deux tables ont été réunies en une seule. Les articles où le mot est suivi d'un G renvoien[t ...] *Gazette hebdomadaire;* les autres, à la pagination du *Mercredi médical.*

C

D

E

F

N

O

P

Q

R

S

U

V

TABLE DES FIGURES

FIN DES TABLES

Paris. — Imprimerie de la Cour d'appel. L. Maretheux, directeur, 1, rue Cassette.

N° 1 — 2 JANVIER 1895 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES DES FACULTÉS DE MÉDECINE

BORDEAUX

(Année scolaire 1894-1895).

1. Brau. Nouveaux essais sur l'esthiomène. — Vassal. Recherches statistiques sur les causes de la cécité d'après les registres de la clinique ophthalmologique de la Faculté de médecine de Bordeaux (43.000 observations). — Carrière. Contribution à l'étude des troubles nerveux périphériques qui surviennent dans le cours de la tuberculose pulmonaire et de leur pathogénie. — Autric. Recherches et considérations sur la matité pleurétique. — Seguin. De l'amplitude d'accommodation dans ses rapports avec la réfraction statique. — Olivier. Du formol en thérapeutique oculaire. — Chabaneix. De l'électrolyse dans le traitement des rétrécissements des voies lacrymales. — Micholet. Des causes de la mortalité de l'enfant dans l'éclampsie puerpérale. — Rocaz. Quelques considérations sur les suites et résultats de la trachéotomie dans le croup. — Cassien. Accidents produits sur l'appareil de la vision par l'électricité à bord des navires de guerre.

11. Boyé. Etude des mouvements du cerveau et du rôle du liquide céphalo-rachidien dans la circulation cérébrale. — Arnaud. Traitement du rétrécissement cancéreux du cardia. — Bérard. De l'iodure de potassium dans l'actinomycose. — Henric. Du traitement du bubon suppuré par l'injection de vaseline iodoformée et le pansement occlusif. — Dargein. Des hémoptysies cardiaques. Etude particulière de leur étiologie. — Ortholan. De quelques formes de paralysies morbilleuses. — Lépine. Contr. à l'étude des paralysies oculaires par fracture du crâne. — Talbot. Recherches statistiques sur la syphilis de l'œil d'après les observations de la clinique ophthalmologique de la Faculté de Bordeaux. — Charuel. De la dilatation normale et anormale du col de l'utérus. — Buffon. Du purpura hémorrhagique pendant la grossesse.

21. Chavannaz. Sur la cure radicale du cancer du gros intestin (rectum accepté). — Miquel. Nouvel appareil plâtré à fracture du fémur. — Judet de la Combe. Végétations adénoïdes et dégénérescence. — M. Tanvet. Contribution à l'étude des hidrosadénites suppuratives disséminées.

MM. les abonnés sont prévenus qu'à moins d'avis contraire de leur part, une quittance leur sera présentée par la poste, dans le courant du mois de janvier, pour le renouvellement de leur abonnement.

VARIÉTÉS

Les exécutions en Amérique. — Les Américains ont adopté l'*électrocution* comme peine capitale. Selon M. d'Arsonval, les courants alternatifs dans l'électrocution comme dans l'industrie tuent le plus souvent par arrêt respiratoire ou syncope. Aussi faut-il traiter les foudroyés comme les noyés par la respiration artificielle.

A côté du foudroyé de Saint-Denis qui fut rappelé à la vie après une heure de mort apparente, M. d'Arsonval cite un électricien américain foudroyé par un courant alternatif de 4,500 volts, courant plus fort que celui employé dans les exécutions américaines, et qui a été rappelé à la vie par le procédé d'Arsonval.

Les Américains sont très impressionnés par cette résurrection d'un des leurs, et l'électrocution commence à n'avoir plus leur confiance. Ils ont demandé à M. d'Arsonval comment ils pourraient arriver à tuer *sérieusement* par leur procédé. Ce dernier leur a répondu non sans malice qu'ils n'avaient qu'à opérer comme par le passé, c'est-à-dire faire passer le courant d'abord et faire l'autopsie immédiatement après; cette seconde opération étant, à son avis, *beaucoup plus sûre* que la première.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Prix proposés pour 1896.
(Concours clos fin février 1896).

PRIX FALRET (900 francs). — Question : *Le morphinisme et la morphinomanie.*

PRIX ERNEST GODARD.

PRIX HUGO (1,000 francs). — A l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur un point de l'histoire des sciences médicales.

PRIX LABORIE.

PRIX LAVAL.

PRIX LEFÈVRE (1,800 francs). — Question : *De la mélancolie.*

PRIX MEYNOT.

PRIX ADOLPHE MONBINNE.

PRIX NATIVELLE.

PRIX ORFILA (2,000 francs). — Question : *Existe-t-il dans l'air, dans l'eau ou dans le sol, des corps de nature animée ou purement chimiques, aptes à développer la dysenterie, lorsque, par les moyens ordinaires ou expérimentaux, ils s'introduisent dans l'économie animale?*

PRIX OULMONT (Chirurgie).

PRIX PORTAL. — Question : *Anatomie pathologique du système lymphatique (réseaux, canaux et ganglions), dans la sphère des néoplasmes malins.*

PRIX POURAT. — Question : *Des relations qui existent entre la thermogenèse et les échanges respiratoires.*

CLINIQUE MÉDICALE

Sur la coexistence du goître exophtalmique et de la sclérodermie, par E. Jeanselme (1).

On discute — et l'on discutera sans doute encore longtemps — sur la nature de la sclérodermie.

L'anatomie pathologique ne fournit jusqu'ici aucune base solide sur laquelle on puisse édifier une théorie étiologique indiscutable, et l'étude des conditions au milieu desquelles on voit apparaître cette curieuse dystrophie n'éclaire pas sa pathogénie. S'agit-il d'une maladie, au sens propre du mot, d'une affection univoque, dont la cause véritable nous échappe et dont nous ne connaissons encore que les causes secondes? Ou bien ne s'agit-il pas plutôt d'un syndrome clinique susceptible d'être réalisé par des facteurs étiologiques multiples? C'est là une question à laquelle on ne peut répondre avec certitude à l'heure présente.

Pour combler cette lacune dans nos connaissances étiologiques, nous ne devons négliger aucun des moyens que nous offrent les hasards de la clinique. C'est ce qui nous engage à publier l'observation suivante qui nous montre les relations qui peuvent exister entre la sclérodermie d'une part et le goître exophtalmique d'autre part.

Notre malade est une femme de 58 ans, née à Strasbourg, ville où le goître est une affection commune. Il y a fort longtemps, vers l'âge de vingt ans, cette femme remarqua au devant de son cou une nodosité occupant la région thyroïdienne. Cette petite tumeur demeura stationnaire jusqu'il y a 7 ou 8 ans, époque à laquelle la malade, étant alors au Brésil, fut atteinte d'une dysenterie très rebelle qui nécessita son retour en France.

Pendant le cours de cette maladie, le goître prit une extension rapide et depuis lors il n'a pas rétrocédé.

C'est une *tumeur* du volume d'une orange, de consistance ferme, qui n'est ni réductible, ni pulsatile. La peau qui la recouvre est parcourue par un réseau de veines dilatées. Elle occupe le lobe droit du corps thyroïde, descend jusqu'à la fourchette sternale et la partie interne de la clavicule droite, remonte jusqu'à l'os hyoïde, dépasse légèrement la ligne médiane cervicale et s'insinue en dehors sous le sterno-mastoïdien droit qui bride sa moitié externe. Il n'existe pourtant aucun signe de compression.

L'*exophtalmie*, quoique peu marquée, est manifeste. Les mouvements des yeux sont faciles et réguliers. Le signe de Græfe n'existe pas. Depuis un an, la malade a souvent des *crises d'amaurose* subites et très courtes, pendant lesquelles elle voit des flammèches et des éclairs. Ces troubles visuels s'accompagnent de lipothymies, mais jamais de perte de connaissance complète.

La *tachycardie* passerait aisément inaperçue, car la malade n'accuse aucune sensation pénible au niveau de la région précordiale. Le pouls bat 90 à 96 fois par minute.

Le *tremblement* n'est pas continu. Il n'apparaît qu'à l'occasion des émotions. La malade reconnaît qu'elle est devenue très impressionnable depuis quelque temps.

En résumé, on observe tous les signes d'un goître exophtalmique, greffé sur un goître ancien probablement d'origine endémique.

Les antécédents héréditaires restent ignorés.

Le début de la *sclérodermie* remonte à deux ans environ. Il fut annoncé par des crises douloureuses d'*asphyxie locale* occupant les mains et les doigts. Peu après, la *sclérodactylie* était assez marquée pour enlever toute précision aux mouvements des extrémités. Depuis la même époque, la malade éprouve continuellement la sensation d'un *masque* qui lui couvrirait le visage.

Lors de notre examen (24 juillet 1894), l'aspect de la *face* est caractéristique. La peau du front est lisse, luisante, sillonnée de nombreuses varicosités capillaires, et peu mobile sur les os sous-jacents.

L'ouverture et l'occlusion des yeux ne sont nullement gênées. Le *nez* est effilé, son lobule a presque disparu. La peau qui le recouvre est collée directement sur la charpente ostéo-cartilagineuse. Les *narines* ont perdu leur souplesse et leur courbure normales, elles sont réduites à l'état de membranes parcheminées.

Le *pavillon des oreilles* est très aplati et collé sur la paroi temporale. Les *lèvres* sont pâles, amincies et froncées. La peau des *joues* présente un certain degré d'induration, ce qui limite l'ouverture de la bouche.

La *langue* a gardé sa consistance habituelle et sa face dorsale est pourvue de ses papilles, mais elle ne peut pas être projetée en avant par suite de la rétraction de son *frein*; quand la malade veut effectuer ce mouvement, la pointe immobilisée est portée en bas et se cache derrière les incisives inférieures, tandis que l'ensemble de l'organe prend une forme globuleuse.

Le voile du palais a conservé son aspect normal. La mastication, la déglutition et la phonation ne sont pas entravées. Le timbre de la voix n'est pas modifié.

La région cervicale et le haut de la poitrine commencent à être envahis par la sclérose. Sur le reste du tronc, sur les membres inférieurs et sur les membres supérieurs depuis les épaules jusqu'aux poignets, les téguments ont gardé leurs caractères normaux, mais les *mains* et les *doigts* sont immobilisés et engainés par un gantelet sclérodermique étroitement appliqué sur le squelette. Les phalanges sont déviées en masse vers le bord cubital et elles sont infléchies les unes sur les autres de manière à reproduire le type de flexion du rhumatisme osseux déformant. Les doigts, au lieu d'être effilés comme cela s'observe ordinairement dans la sclérodactylie, sont le siège d'une déformation très spéciale. *La pulpe qui recouvre la face palmaire de la phalangette est extraordinairement renflée, presque hémisphérique, ce qui donne à chaque extrémité digitale l'aspect d'une griffe de gallinacé.*

Les troubles de la *sensibilité* sur les parties les plus intéressées par la sclérose sont très accusés. La piqûre, le contact d'un corps froid ou chaud sont faiblement perçus au niveau des doigts et des mains. La sensibilité est encore obtuse sur les avant-bras. Les mêmes troubles sensitifs existent aussi au niveau des oreilles et du masque sclérodermique. Il n'existe aucun stigmate évident d'hystérie.

Les mains et les doigts sont tout à fait exsangues et le simple toucher permet de constater un refroidissement très notable des extrémités. Du reste la malade se plaint d'une sensation d'onglée des plus pénibles.

Parmi les troubles trophiques ou sécrétoires, nous signalerons encore :

Un *état de sécheresse* très marqué des mains, qui persiste alors même que le reste du corps est en sueur ;

Une *tumeur dorsale*, avec ténosite crépitante, au niveau de chaque poignet;

Enfin une *pigmentation* de la peau répandue sur la face dorsale des mains, le cou, le haut du tronc et le bas-ventre.

Les muscles sont amaigris, mais non pas atrophiés. Les réflexes rotuliens sont normaux.

Il existe une légère *polyurie* (deux litres à deux litres et demi d'urine en vingt-quatre heures). Il n'y a ni sucre, ni albumine.

L'état général est satisfaisant, les viscères sont sains.

Le fait que nous venons d'exposer peut recevoir plusieurs interprétations.

Si l'on rejette comme peu vraisemblable l'idée d'une pure coïncidence entre le goître et la sclérodermie, on doit nécessairement adopter l'une des deux opinions suivantes : ou bien les deux affections dérivent d'une même cause sans qu'il existe entre elles aucune subordination, ou bien il y a une relation de cause à effet entre l'altération thyroïdienne et la sclérose cutanée. Ces deux hypothèses méritent d'être discutées.

La première est fort soutenable. Le goître exophtalmique et la sclérodermie sont deux affections qui ont une prédilection marquée pour le terrain névropathique.

(1) Travail lu à l'*Association française pour l'avancement des sciences*, session de Caen (séance du 10 août 1894).

Toutes deux sont plus fréquentes dans le sexe féminin; toutes deux aussi apparaissent souvent à l'occasion des modifications qui surviennent dans la vie sexuelle de la femme. Dès lors, qu'il y a-t-il de surprenant que ces deux manifestations morbides se rencontrent sur un même sujet, puisque le même terrain et les mêmes conditions sont favorables à leur éclosion? Leur évolution parallèle sur le même organisme s'explique donc aisément sans qu'il soit besoin d'invoquer l'influence hypothétique du goître sur la sclérodermie.

Toutefois l'opinion inverse ne peut pas être rejetée sans examen. Des recherches récentes établissent que les glandes vasculaires sanguines ont sur la nutrition des tissus une action dont on ne soupçonnait pas l'importance il y a quelques années. L'hypertrophie du corps pituitaire, accompagnée ou non de celle du corps thyroïde et de la persistance du thymus, paraît être le substratum anatomique constant de la dystrophie systématique connue sous le nom d'acromégalie. D'après une des théories qui méritent le plus de crédit, le goître exophtalmique, ou du moins plusieurs de ses symptômes cardinaux, seraient la conséquence de la suractivité fonctionnelle de la glande thyroïde, tandis que le myxœdème a pour origine certaine l'absence congénitale, l'atrophie ou l'ablation de ce même organe.

Ces divers troubles de nutrition sont unis entre eux par les connexions les plus étroites. Cela ressort suffisamment de certains cas complexes. Le goître exophtalmique peut précéder le myxœdème (Hartmann, von Jakchs, Sollier), et dans une même famille, deux sœurs peuvent être atteintes, l'une de maladie de Basedow et l'autre de cachexie pachydermique (Hadden).

Le lien étiologique qui relie le goître exophtalmique au myxœdème est donc évident: si nous montrons d'autre part que le myxœdème et la sclérodermie sont deux affections, sinon identiques, du moins très voisines au point de vue nosographique, on nous accordera aisément que le goître exophtalmique et la sclérodermie sont dans un rapport étiologique étroit. Or, entre le myxœdème et la sclérodermie, il n'existe pas de différences fondamentales. Sans insister sur les analogies cliniques qui existent entre ces deux dystrophies tégumentaires, analogies qui consistent surtout dans les crises douloureuses d'asphyxie locale, dans les troubles de la sécrétion cutanée et la chute des poils, dans les modifications des facultés intellectuelles et de la fonction génitale, nous ferons remarquer que les altérations anatomiques constatées dans le myxœdème et la sclérodermie ne sont pas aussi dissemblables qu'on pourrait le croire au premier abord. La présence de la mucine en excès dans l'enveloppe cutanée des individus atteints de cachexie pachydermique est loin d'être constante. Les résultats obtenus par l'analyse chimique sont contradictoires, et s'il est vrai que dans le myxœdème expérimental les tissus peuvent être riches en mucine, il n'en est pas moins certain que dans le myxœdème spontané la proportion de cette substance contenue dans le derme et l'hypoderme est presque toujours normale. Souvent la seule lésion histologique qu'on observe dans le myxœdème est la prolifération conjonctive interstitielle et la sclérose des gaines vasculaires; or cette altération est aussi, comme on le sait, la caractéristique de la sclérodermie.

Du reste, ces analogies n'ont pas complètement échappé à l'attention des observateurs. M. Grasset, dans une leçon clinique consacrée aux rapports qui unissent le myxœdème à la sclérodermie, arrive à cette conclusion, que « la sclérodermie œdémateuse serait comme le trait d'union entre la sclérodermie ordinaire et la cachexie pachydermique ». Hadden pense aussi que le myxœdème est une affection voisine de la sclérodermie M. E. Besnier, cité par E. Bouttier (Thèse de Paris, 1886), signale chez le même sujet l'existence de lésions rappelant les caractères du myxœdème, des plaques sclérodermiques du thorax et de l'asphyxie locale des extrémités avec îlots de gangrène sèche sur les phalangettes. Lussana, analysant un cas qui débuta comme le myxœdème et aboutit à la sclérodermie, arrive à la conception d'une maladie unique dont les manifestations cliniques varieraient avec le siège, l'âge, l'acuité et la diffusion des lésions.

Ces relations qui existent entre le myxœdème, le goître exophtalmique et la sclérodermie justifient, ce nous semble, le rapport nosographique que nous essayons d'établir entre ces différentes affections, et permettent de les ranger sans invraisemblance parmi les dystrophies à point de départ thyroïdien.

Quoi qu'il advienne de cette hypothèse qui, nous le reconnaissons, doit être confirmée par de nouvelles observations avant d'être acceptée, il faut retenir ce fait intéressant par lui-même, en dehors de toute préoccupation doctrinale, à savoir que la sclérodermie peut s'associer au goître exophtalmique (1).

(1) Depuis la rédaction de cet article, nous avons eu l'occasion d'observer un nouveau cas de sclérodermie à marche lente et extensive sur une femme atteinte depuis fort longtemps d'un goître qui n'était accompagné d'aucun des symptômes de la maladie de Basedow. — M. B. Beer a rapporté au *Club médical de Vienne* (séance du 24 octobre 1894) cinq observations de sclérodermie parmi lesquelles deux sont en faveur de l'hypothèse que nous avons formulée. Dans l'une d'elles, l'auteur signale de l'exophtalmie et de la tachycardie; dans l'autre, il mentionne des poussées congestives fréquentes vers le corps thyroïde auxquelles succéda plus tard l'atrophie de la glande. — M. G. Singer, dans la séance suivante de la même Société, relate l'histoire d'une femme de 57 ans, atteinte de sclérodermie à évolution progressive, chez laquelle l'atrophie du corps thyroïde fut constatée pendant la vie. A l'autopsie, on trouva une diminution notable du lobe droit de cet organe et des nodules calcifiés dans les deux lobes thyroïdiens. L'examen histologique montra une forte augmentation du tissu conjonctif avec dégénérescence calcaire de la corne droite. L'auteur fait suivre cette observation de considérations sur les rapports qui existent entre la maladie de Basedow, le myxœdème et la sclérodermie. — M. B. Beer ajoute, après cette communication, que dans quatre cas de sclérodermie étudiés par lui il y avait de la tachycardie et de la diminution de volume du corps thyroïde.

De ces faits trop brièvement exposés, *il résulte que certaines altérations de la glande thyroïde, telles que le goître exophtalmique, le goître simple ou l'atrophie du corps thyroïde, peuvent être suivies, à échéance plus ou moins longue, de l'apparition de la sclérodermie.* L'administration du traitement thyroïdien devra donc être tentée chaque fois que cette maladie ne s'accompagnera pas des symptômes de l'intoxication thyroïdienne.

REVUE DES CONGRÈS

62e SESSION DE L'ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE

Tenue du 31 juillet au 8 août 1894 à Bristol.

Traitement chirurgical des ulcères de l'estomac et de l'intestin.

M. Pearce Gould. — Il y a déjà plusieurs années que Marion Sims et Dobson avaient prédit qu'on ferait un jour des opérations pour sauver de la perforation des malades atteints d'ulcère de l'estomac. Je laisse de côté tous les cas où la perforation gastrique ou intestinale est due à une dégénérescence maligne.

A. *Ulcère simple de l'estomac et du duodénum.* — C'est là une affection commune, dont la pathogénie est encore inconnue. Elle est surtout fréquente chez les femmes jeunes et anémiques appartenant à la classe domestique et chez les hommes de la période moyenne de la vie. Son siège le plus ordinaire est au voisinage de la petite courbure et près du

pylore; la profondeur de ces ulcérations varie beaucoup. Ils peuvent donner lieu à des symptômes des plus marqués ou, au contraire, passer presque inaperçus. Le plus souvent ils finissent par se cicatriser et pour Welch la guérison survient dans 85 p. 100 des cas; dans 6,5 p. 0/0 des cas la mort se produit par perforation; dans 3 à 5 p. 0/0 elle résulte d'une hémorrhagie et enfin 4 ou 5 fois p. 0/0 elle est amenée par l'épuisement, une pyléphlébite ou quelque autre complication. Deux p. 100 seulement des ulcères de la paroi postérieure de l'estomac arrivent à la perforation, et ce n'est que rarement que cette perforation se fait dans la grande cavité péritonéale. Plus souvent l'ulcération gagne le pancréas et donne lieu à un abcès sous-diaphragmatique, ou à une pleurésie purulente surtout du côté gauche. Les ulcères de la paroi antérieure de l'estomac sont infiniment plus rares, mais ils aboutissent à la perforation dans la proportion de 85 p. 100 et le plus souvent ils s'ouvrent dans la grande cavité péritonéale. L'ulcère du duodénum est plus fréquent chez les hommes.

Le traitement opératoire de ces ulcères comprend trois points :

1° *Prophylaxie.* — C'est Billroth qui, le premier, a eu l'idée de prévenir la perforation par une intervention chirurgicale. Cette façon d'agir ne me paraît guère recommandable, d'autant qu'actuellement il est impossible de faire à l'avance le diagnostic de la paroi sur laquelle siège l'ulcère; je suis convaincu qu'un jour on pourra le faire et alors l'opération préventive sera parfaitement indiquée.

2° *La perforation dans la grande cavité péritonéale s'est produite.* — Presque toujours cet accident entraîne la mort soit par choc, soit plus souvent par péritonite. Souvent la durée des accidents ne dépasse pas 24 heures. Contre le choc, la chirurgie ne peut guère agir. On se contentera de réchauffer le malade, de lui donner de l'opium et de la morphine. Ce choc primitif doit être soigneusement distingué du collapsus dû à la péritonite. C'est contre la production de cette péritonite que le chirurgien doit diriger tous ses efforts; pour cela, il faut faire un nettoyage complet de la cavité péritonéale; généralement, on s'occupe trop peu de ce dernier point, concentrant toute son attention sur l'occlusion de la perforation. On a conseillé : 1° de faire un simple lavage sans rechercher l'ulcère; 2° de suturer la perforation après ou sans résection de ses bords, puis faire un lavage du péritoine; 3° quand la suture de l'ulcération est impossible, il faut suturer l'estomac à l'incision de la paroi abdominale (formation d'une fistule gastrique) ou drainer l'estomac et nettoyer le péritoine. Je répète qu'il faut concentrer toute son attention sur la toilette du péritoine. Il y a encore un danger qu'il faut avoir présent à l'esprit, c'est celui du choc produit par l'opération même. Dans un cas de Pepper où il s'agissait d'une perforation de la paroi antérieure de l'estomac et où la suture et le lavage produisirent une amélioration très grande pendant trois jours, brusquement au bout de ce temps, la malade tomba dans le collapsus et mourut; l'autopsie montra qu'un 2e ulcère s'était perforé depuis l'opération.

Dès que des signes de perforation ont apparu, il faut opérer le plus tôt possible; sans doute, quand il y a du choc, il ne faut pas opérer immédiatement, mais il faut intervenir dès que le choc se dissipe. Il faut opérer vite, mais il ne faut pas sacrifier à cette rapidité le nettoyage du péritoine; il vaut mieux être un peu plus long et faire un bon lavage. Il faut toujours faire l'incision sur la ligne médiane. Pour le nettoyage du péritoine, en Allemagne, on essuie cette séreuse avec de la gaze aseptique; ici on préfère recourir au lavage; pour cela, je n'emploie pas de solutions acides ou toniques; je préfère la solution saline normale; il faut aussi qu'elle soit chaude. De plus, il faut faire le lavage d'une façon méthodique.

Quand on peut suturer l'ulcération, il faut employer les sutures de Lembert, de façon à replier les bords de l'ulcère vers la cavité stomacale; il n'y a pas avantage à exciser les bords de l'ulcère. Si l'estomac est plein de sang, on pourra le laver à travers la perforation. Il faut drainer le péritoine. Si le lavage chaud du péritoine ne fait pas disparaître le collapsus, il faut, après l'opération, faire une injection saline intraveineuse.

Pour les abcès sous-diaphragmatiques, je dirai seulement qu'on ne doit les opérer que quand on peut nettement les localiser; de plus, on doit les attaquer par la face postérieure.

B. — *Perforation de l'intestin par ulcération typhique.* — On a fait 20 fois l'opération pour cet accident. Trois cas doivent être écartés de cette statistique comme douteux; il reste donc 17 cas dont une guérison; si on y comprend les 3 cas douteux, on a 20 opérations avec 4 guérisons. Les détails de l'opérations sont les mêmes que ceux de l'opération pour ulcère de l'estomac.

Les statistiques montrent que la perforation intestinale survient 2,5 à 3 fois sur 100 cas de fièvre typhoïde et qu'elle cause environ 20 0/0 des décès dus à la fièvre typhoïde. La perforation siège d'ordinaire sur l'iléon, mais elle peut exister sur l'appendice vermiforme ou le côlon et même sur le jéjunum; il n'est pas rare qu'il y en ait plusieurs; la perforation peut être si minime qu'elle peut ne permettre l'écoulement d'aucun liquide; elle peut, au contraire, avoir des dimensions énormes. Ces perforations peuvent encore se produire dans la convalescence, après que la malade a commencé à se lever. Caylay en a vu survenir une au 66e jour de la maladie; Morin a vu se faire des perforations aux 72e, 76e et 110e jours. Cet accident peut se produire même à la suite de la fièvre typhoïde la plus bénigne. Ces perforations peuvent ne se traduire presque par aucun symptôme. La mort peut, dans certains cas, se produire 10 minutes après la perforation. La guérison est très rare. Van Hook (de Chicago) a établi que le seul traitement de la perforation intestinale de la fièvre typhoïde est la laparotomie. Cette dernière n'est contre-indiquée que lorsque le sujet est moribond. On ne doit pas, pour opérer, attendre les symptômes de péritonite.

M. Maclaren. — J'ai traité par l'opération trois cas de perforation de l'estomac; j'ai employé l'incision suivant la ligne semi-lunaire gauche; cette incision permet mieux d'arriver sur tout l'estomac. Les perforations siégeaient toutes les trois sur la face antérieure de l'estomac, l'une près de la grande courbure vers sa partie moyenne, les deux autres au voisinage du cardia. Dans les trois cas j'ai suturé l'ulcération. J'ai perdu deux de ces malades. Le point le plus important consiste dans le nettoyage du péritoine; je me sers pour cela de la seringue de Higginson ou d'une douche; cette dernière est plus commode et établit un courant d'eau continu; je commence le lavage au voisinage de la rupture, de là je suis le côlon en allant vers le cæcum et en nettoyant bien le foie; puis partant de nouveau de l'estomac je vais vers le rectum. Il faut nettoyer à fond les cavités lombaire et pelvienne; finalement je dirige le jet liquide sur les plis du mésentère. Puis il faut enlever le liquide avec des éponges.

M. Barling. — Pour moi, j'ai observé cinq cas de perforation par ulcère gastrique; je n'ai opéré que dans trois. L'un de mes malades avait des symptômes à peine marqués, à l'état latent, et il est mort 24 heures après que j'eus établi un simple drainage. Dans le second cas j'ai suturé l'ulcération et drainé l'abdomen; mais le malade est mort de péritonite septique; ce résultat fatal peut être attribué en partie à l'absence d'un second drain au-dessus du pubis. Le 3e cas fut opéré trois semaines après la perforation; il y avait une collection limitée et circonscrite dans l'hypochondre gauche. La malade était presque mourante; elle guérit néanmoins, mais après avoir présenté une double phlébite crurale. Les ulcères de la face antérieure de l'estomac sont rares; mais quand ils existent ils arrivent souvent à la perforation, et comme ils ne sont pas limités par des adhérences ils donnent naissance à une péritonite généralisée ou plus heureusement quelquefois à une extravasation qui reste localisée entre l'estomac et le foie. Dans ces cas il faut opérer très rapidement.

M. Haslam. — Il y a des différences pathologiques et cliniques entre les ulcères de la face postérieure et ceux de la face antérieure de l'estomac. Les premiers trahissent généralement leur présence, et, quand ils arrivent à la perforation, ils s'accompagnent d'abcès localisés; ceux de la face antérieure sont souvent latents et souvent ne trahissent leur existence que par une perforation brusque dans la cavité péritonéale. Dans ce dernier, seule une opération peut quelquefois amener la guérison. Il est fort important de diagnostiquer ces perforations aussi vite que possible pour intervenir de bonne heure. Il y a d'abord des symptômes de choc; puis apparaissent ceux d'une péritonite au début. Il faut se contenter de ces petits signes du début, car si on attend, pour opérer, qu'il y ait des symptômes de péritonite confirmée, l'opération arrive trop tard.

M. Franks. — Il y a deux périodes de collapsus : la première succède immédiatement à la perforation; le malade peut alors mourir, mais plus souvent il se ranime; la deuxième période de collapsus est souvent influencée d'une manière heureuse par une opération; le lavage de la cavité péritonéale avec de l'eau chaude est également utile. Il faut exciser les bords de l'ulcère, parce qu'il est très important de faire la suture en tissu sain.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 29 décembre 1894.

Présidence de M. Chauveau.

Suc thyroïdien.

M. Charrin, à propos de la note sur les effets toxiques des extraits thyroïdiens, déposée à la séance précédente par M. Gley, fait observer que le professeur Bouchard se sert depuis longtemps de l'extrait thyroïdien pour amener l'amaigrissement chez les obèses. Le traitement réussit d'ordinaire, et comme on n'emploie dans ces cas que des doses minimes de suc thyroïdien, on n'a pas observé de phénomènes d'intoxication.

Toxicité urinaire dans la variole.

MM. Auché et **Jonchères** (Bordeaux) ont étudié la toxicité urinaire dans la variole discrète et la variole hémorrhagique d'emblée.

Pour la variole discrète ils ont trouvé que la toxicité urinaire reste normale pendant l'éruption, baisse pendant la suppuration et s'élève pendant la défervescence pour revenir à la normale au bout de 3 ou 4 jours. Dans les cas où il survient des complications au cours de la convalescence, la toxicité urinaire diminue de nouveau pour augmenter au moment de la chute thermique.

Dans la variole hémorrhagique d'emblée, on constate dès le début un abaissement de la toxicité urinaire qui se poursuit jusqu'à la mort.

Hémoglobinurie infectieuse.

M. Lion a observé un cas d'hémoglobinurie infectieuse chez un individu qui a succombé quelques jours après son entrée à l'hôpital avec des phénomènes d'adynamie et une fièvre de 38°5.

Au début les urines étaient limpides, de couleur rouge et ne renfermaient ni hématies, ni leucocytes, ni autres éléments figurés ou amorphes. Plus tard, quand il survint de la rétention d'urine, l'urine prise dans la vessie renfermait déjà des éléments épithéliaux et des cylindres indiquant l'existence d'une néphrite. Cette urine était noirâtre et renfermait de la méthémoglobine.

L'examen parallèle du sang montra que le liquide se coagulait normalement et que le sérum était aussi coloré en rouge. Chez ce malade l'hémoglobinurie existait donc en même temps qu'une hémoglobinémie. Quelques jours avant la mort du malade, l'hémoglobinémie disparut en amenant progressivement la disparition de l'hémoglobinurie. Ce fait montrait donc que l'hémoglobinurie était un phénomène secondaire, consécutif à l'hémoglobinémie. L'apparition tardive de la néphrite, provoquée probablement par le passage de l'hémoglobine à travers le rein, viendrait à l'appui de cette hypothèse.

Dans une autre série d'examens, M. Lion a pu constater que les globules rouges ne se dissolvaient pas dans le sang du malade et que cette dissolution faisait également défaut quand on mélangeait le sérum du malade avec le sang pris chez un individu bien portant. M. Lion en conclut que, chez son malade, du moins, l'hémoglobinémie n'était pas due à la dissolution des hématies par le sérum.

L'examen bactériologique des organes du malade montra l'existence du proteus vulgaris dans le foie, les reins et surtout dans la rate. M. Lion pense donc que la destruction des hématies devait avoir lieu dans la rate même.

M. Hénocque trouve que l'observation de M. Lion confirme ce qu'il avait soutenu depuis longtemps, à savoir la transformation dans la vessie de l'hémoglobinurie en méthémoglobinurie, la dépendance de l'hémoglobinurie de l'hémoglobinémie et l'apparition tardive de la néphrite.

M. Dastre regrette que M. Lion n'ait pas examiné la proportion de sels contenus dans le plasma de son malade. En effet, d'après les recherches faites récemment en Allemagne, l'hémoglobinémie serait due à une diminution de la proportion de sels dans le plasma.

M. Malassez a attiré l'attention sur ces faits avant les auteurs allemands, dans une communication faite à la Société de biologie en 1876.

Recherches sur l'association du pneumocoque avec le staphylocoque pyogène doré.

M. Mosny. — L'adjonction au pneumocoque du staphylocoque pyogène doré exalte sa virulence. Cette exaltation de virulence du pneumocoque, déjà très nette lorsque les deux cultures vivantes sont inoculées au même point simultanément ou successivement, est encore beaucoup plus accentuée lorsqu'elles sont inoculées à distance, par exemple, l'une dans les veines et l'autre sous la peau, ou bien encore toutes deux sous la peau mais en deux points différents où tout mélange des deux cultures est impossible. L'exaltation de virulence du pneumocoque paraît donc due, en réalité, non à la présence du staphylocoque doré lui-même, mais à l'action de ses toxines qui se diffusent rapidement dans l'organisme; ainsi peut s'expliquer l'exaltation de virulence du pneumocoque lorsque l'inoculation des deux cultures vivantes est pratiquée à distance. Et, en effet, c'est lorsqu'on vient à inoculer au lapin du pneumocoque ensemencé dans une culture filtrée de staphylocoque pyogène doré, que l'exaltation de virulence du pneumocoque atteint son apogée.

M. Mosny a, de plus, observé que le pneumocoque recueilli dans le sang du cœur des lapins qui avaient succombé à l'inoculation de telles cultures était lui-même doué d'un haut degré de virulence et que, de plus, il était doué de propriétés pyogènes.

Cirrhose tuberculeuse expérimentale. Généralisation du processus sclérogène.

MM. F. Widal et **F. Bezançon.** — Nous présentons les coupes d'une cirrhose tuberculeuse expérimentale provoquée chez le cobaye par inoculation de tuberculose humaine. Cette lésion, déjà intéressante en raison de son extrême rareté, puisque nous n'en connaissons guère qu'une observation précise, celle publiée ici même par MM. Hanot et Gilbert en 1890, l'est encore dans le cas présent, en raison de l'origine de la graine et de la généralisation du processus scléreux à la rate et au rein.

Voici dans quelles circonstances cette cirrhose expérimentale a été obtenue : Le 20 juin dernier, nous avons inoculé dans le péritoine d'un cobaye quelques gouttes de pus provenant d'un abcès froid développé au niveau du calcanéum d'une vieille femme de 76 ans soignée par l'un de nous à l'hospice d'Issy. L'animal ne mourut que le 28 septembre, c'est-à-dire cent jours après son inoculation. L'autopsie décela des tubercules disséminés dans les deux poumons de gros ganglions tuberculeux du médiastin, une corde épiploïque tuberculeuse. Les lésions intéressantes étaient surtout au foie, à la rate et aux reins.

Le foie, de volume normal, était irrégulier, sa surface bosselée, recouverte d'aspérités et avait tout à fait l'aspect du foie granuleux expérimental décrit ici même par MM. Hanot et Gilbert.

Au microscope, les coupes du foie apparaissent sillonnées, par de grandes bandes scléreuses localisées exclusivement aux espaces portes et aux fissures de Kiernan, les bandes, renflées en gros îlots au niveau des espaces, s'unissent par les anastomoses irrégulièrement agencées, et la cirrhose n'est périlobulaire qu'en certains points, au hasard de l'agencement. Les veines sus-hépatiques sont normales et leurs parois ne sont pas entourées de sclérose.

La cirrhose n'est pas seulement extra-lobulaire, elle devient en certaines régions intra-lobulaire, et l'on voit de quelques gros îlots cirrhotiques se détacher quelques fines bandes

Les résultats qu'il obtint furent alors bien meilleurs et une pratique de plus de trois ans autorise M. Armaignac à préconiser le bleu et le violet de méthyle au début de toutes les formes de kératite. Mais il ne faut pas croire que c'est un spécifique infaillible et, si le médicament n'ag't pas assez rapidement, il convient de combiner l'emploi avec le thermocautère dont on pourra limiter l'action afin de ménager le plus possible les tissus sains environnants.

Séances des 2, 9 et 16 novembre 1894.

Amputation du pénis.

M. Pousson montre à la Société un jeune homme auquel il a fait subir il y a quelques mois l'amputation du pénis par le procédé dont il a donné la technique antérieurement. Ce malade était atteint d'une syphilis maligne à la période tertiaire qui avait occasionné une ulcération phagédénique du pénis. Bien qu'il eût été soumis au traitement interne intensif et continu, et à des applications de topiques énergiques *loco dolenti* depuis trois ans à peu près, le syphilome avait produit des délabrements énormes. Devant l'échec de tous ces traitements, M. Pousson a pratiqué l'amputation de la verge au ras des bourses. La cicatrisation est parfaite. Le méat urinaire est très large et situé à la face inférieure du moignon, mais celui-ci est tellement court que le coït n'est plus possible. Malgré cela, le sujet éjacule normalement.

Actuellement ce jeune homme présente une glossite caractérisée par de nombreuses et profondes fissures pour le traitement desquelles M. Pousson demande l'avis de la Société.

M. Vénot conseille l'iodure de potassium à la dose de 8 à 9 grammes par jour.

Tumeur de l'aisselle.

M. Troquart montre une petite fille de quatre ans chez laquelle s'est développée une tumeur dans l'aisselle droite. Lors d'un premier examen, cette tumeur était grosse comme une petite pomme, bosselée, fluctuante, parcourue par un lacis de vaisseaux sanguins. Le diagnostic d'abcès froid fut posé. La ponction de cette tumeur donna issue à du sang noir pur. Malgré la compression qu'on exerça sur la tumeur, elle s'est reproduite rapidement. Elle a repris son premier volume, mais les vaisseaux qui la sillonnent sont plus développés. M. Troquart demande un avis sur la nature de cette tumeur et le traitement à appliquer. L'ablation est-elle possible ou vaut-il mieux essayer un traitement purement médical?

Pour **M. Dubourg**, l'aspect globuleux, mollasse, bleuâtre et la mobilité sur les parties profondes font penser à un fibrolipome. Cette tumeur devait exister depuis longtemps; mais à l'occasion d'un traumatisme récent, il s'y est produit une modification : la rupture de quelques vaisseaux a donné lieu à une hémorrhagie qui a attiré l'attention des parents de l'enfant.

On pourrait aussi penser à un sarcome. Mais le diagnostic de fibro-lipome télangiectasique est plus probable. M. Dubourg conseille l'ablation pure et simple sans trop tarder, non pas à cause de la nature de la tumeur, mais des complications qui pourraient survenir.

Myopathie progressive primitive.

M. A. Moussous présente un jeune garçon atteint de myopathie progressive primitive. Les lésions constatées sont les suivantes :

Au premier abord, le sujet marche en se dandinant sur la pointe des pieds; la face n'est pas touchée, car il parle, siffle et souffle normalement.

Les membres supérieurs offrent une atrophie à peu près symétrique des masses musculaires, dont la puissance est bien diminuée. Il est impossible d'obtenir une extension complète de l'avant-bras sur le bras.

Les troubles du côté des membres inférieurs sont plus accentués : le malade éprouve une très grande gêne pour marcher, monter les escaliers; il a besoin d'être soutenu. Lorsqu'il est à genoux, il ne peut se relever sans le secours de ses mains. Le membre inférieur gauche est dans une attitude vicieuse; car il y a un varus équin.

D'une manière générale, on ne voit pas de saillies musculaires; en revanche, il y a un développement extrême des deux mamelles et des deux fesses.

A noter également une légère ensellure, une abolition complète des réflexes patellaires, une légère atrophie des organes génitaux.

Les muscles sont excitables aux deux modes d'électricité.

Le tissu cellulaire adipeux sous-cutané est très développé dans la région des fesses et dans celle des mamelles.

D'après les renseignements donnés par la mère de l'enfant, ces accidents remontent à la première enfance et ont suivi une marche constante sans incidents à noter. Jamais l'enfant n'a présenté de grosses masses musculaires avant l'atrophie actuelle.

En raison de ces faits, M. Moussous range la myopathie progressive présentée par ce malade dans les formes mixtes, c'est-à-dire entre les formes atrophiques et les formes pseudo-hypertrophiques.

L'étiologie de l'affection chez ce sujet est obscure; car il n'y a rien à signaler dans la famille.

Le traitement extérieur a consisté en massages; à l'intérieur le malade a pris de l'iodure de potassium et des pastilles d'extrait thyroïdien. Celles-ci paraissent avoir occasionné une tachycardie passagère, car les pulsations ont monté de 80 à 140. L'adipose s'est légèrement enrayée.

Ce jeune garçon réalise le type féminin; c'est donc un dégénéré à certains points de vue.

Séances des 23 et 30 novembre 1894.

Diplopie monoculaire chez une hystérique.

M. Lagrange lit une observation de diplopie monoculaire constatée chez une hystérique âgée de douze ans.

Cette affection curieuse peut être attribuée à des causes diverses :

1° A des altérations sensorielles cérébrales ;

2° A des lésions de l'appareil dioptrique de l'œil.

MM. Parinaud et Galezowsky expliquent la vue double avec un seul œil par la contracture de l'appareil accommodateur. Telle est l'explication adoptée par la majorité des auteurs.

L'observation de M. Lagrange vient infirmer l'opinion de Galezowski, car les images étaient superposées au lieu d'être parallèles. Outre ces caractères spéciaux, la malade présentait des stigmates certains d'hystérie, tels que le rétrécissement du champ visuel et l'altération du sens chromatique. Il n'y avait ni micropsie, ni mégalopsie comme dans la diplopie monoculaire classique.

Après l'échec de toutes les médications usuelles, M. Lagrange a eu recours à la suggestion, qui a guéri la malade en moins de trois jours.

Pour toutes ces raisons, M. Lagrange estime que la diplopie monoculaire dans le cas actuel n'est explicable qu'en faisant intervenir les causes morales.

Kystes séreux de l'épididyme.

M. Denucé lit un mémoire sur les kystes séreux de l'épididyme et relate trois observations personnelles. Ces kystes, bien étudiés par Gosselin, Gerdy, Foucher, etc., doivent être séparés des kystes spermatiques avec lesquels on les confond trop souvent. Leur contenu renferme de la cholestérine, ils sont bosselés et non arrondis; ils sont situés sur le bord externe de l'épididyme et non sur le bord interne comme les kystes spermatiques; leurs parois sont épaisses, légèrement hématiques. Leur existence est souvent masquée par un épanchement de la tunique vaginale.

On peut les considérer comme développés soit aux dépens d'une annexe de l'épididyme, soit de l'hydatide pédiculée de Morgagni.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE ET DE NEUROLOGIE DE BERLIN

Séance du 12 novembre 1894.

Spasme post-hémiplégique.

M. Bernhard a présenté un homme de 41 ans qui en mars 1891 fut pris, dans la nuit, d'une hémiplégie droite avec aphasie. Au bout de neuf mois son état fut tellement amélioré qu'il a pu reprendre son travail et resta plus ou moins bien portant pendant dix-huit mois. En novembre 1894, le malade revint pour certains troubles du membre inférieur droit.

Le malade peut fléchir et étendre la hanche et le genou; par contre le pied droit, qui est en varus équin, est animé d'un tremblement et de contractions qu'on peut faire disparaître en portant fortement le pied contre la face antérieure de la jambe. La force musculaire du membre inférieur droit est un peu moins accusée que celle du membre inférieur gauche. Pas de troubles sensitifs ni sensoriels. Pour M. Bernhard, il s'agit dans ce cas d'un spasme post-hémiplégique.

Paralysie bulbaire.

M. Remak. — On sait que dans la paralysie bulbaire amyotrophique progressive, la paralysie du facial supérieur est rare. M. Remak, qui a déjà publié deux cas de ce genre en 1888 et 1890, vient d'observer un troisième cas, identique aux deux précédents.

Il s'agit d'une femme de 31 ans, sans antécédents héréditaires, mariée depuis neuf ans et ayant eu cinq enfants, dont deux sont morts. En septembre de cette année, elle fut prise de troubles de la parole et de la déglutition. Actuellement quand on observe la malade, on est frappé de l'immobilité de son visage. Le front est lisse et parcouru de temps en temps de contractions fibrillaires. Du reste, depuis plusieurs mois la malade ne pouvait plus froncer la peau du front.

Il existe en même temps du ptosis et de la diplopie croisée tenant à une insuffisance motrice des droits internes. Lorsque la malade ferme les yeux, une partie de la sclérotique reste toujours à découvert.

Amélioration sous l'influence de l'électrisation.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séances des 10 et 17 décembre 1894.

Péliose et chorée gonorrhéiques.

M. Litten établit tout d'abord que pour comprendre la nature des hémorrhagies cutanées désignées sous le nom de péliose rhumatismale de Schœnlein, de purpura simplex, de maladie de Werlhoff, il faut envisager leur origine étiologique. Un grand nombre d'affections peuvent à un moment donné se compliquer de manifestations hémorrhagiques. Ainsi, M. Litten vient d'observer trois cas de blennorrhagie compliqués de péliose de Schœnlein. Les malades avaient contracté une blennorrhagie qui, peu de temps après, fut suivie d'une tuméfaction douloureuse des articulations des genoux et des articulations métatarso-phalangiennes; en même temps il survint des poussées, des pétéchies, sur les membres inférieurs, mais qui ne dépassèrent pas les genoux.

Dans deux autres cas observés par M. Litten, la blennorrhagie se compliqua de purpura et d'endocardite qui avait toutes les allures d'une endocardite rhumatismale. Pour M. Litten, l'endocardite blennorrhagique peut revêtir deux formes : une légère, la plus fréquente, et que l'on observe chez les gonorrhéiques et les rhumatisants; l'autre grave, septique, caractérisée par un processus ulcératif rapide des valvules du cœur, différent de la précédente par l'envahissement fréquent du cœur droit et la formation des métastases purulentes et gangréneuses. L'endocardite septique des gonorrhéiques dérive le plus souvent des suppurations péri-uréthrales et prostatiques et peut être comparée à l'endocardite des puerpérales.

Enfin, tout récemment, M. Litten a observé un jeune homme chez lequel la gonorrhée se compliqua de chorée et d'endocardite. La complication de chorée dans la blennorrhagie a du reste déjà été signalée par Frerichs.

M. Lewin montre tout d'abord que les affections hémorrhagiques s'observent dans un grand nombre d'états pathologiques, dans les empoisonnements minéraux (arsenic, phosphore, mercure) et végétaux (copahu) ou alimentaires, de même qu'au cours des maladies infectieuses (fièvre typhoïde, rougeole, scarlatine, etc.). Les hémorrhagies cutanées en question se produisent par deux processus : par embolie et par dégénérescence graisseuse des parois des capillaires.

Quant à la division de l'endocardite rhumatismale et septique établie par M. Litten, M. Lewin ne l'accepte pas et croit que, dans les deux cas, elle est d'origine microbienne, comme le rhumatisme articulaire aigu qui n'a aucune relation avec les affections qu'on désigne sous le nom vague de rhumatisme.

Sarcomes multiples de la peau chez un nouveau-né.

M. Karewski a observé un enfant de 17 mois, venu au monde avec de petites tumeurs distribuées irrégulièrement sur toute la surface du corps et n'affectant aucun rapport avec les nerfs ni avec les vaisseaux.

A mesure que l'enfant grandissait, les tumeurs augmentaient de volume. Aujourd'hui, quelques-unes d'entre elles ont atteint les dimensions d'un poing. Elles sont mollasses, mobiles et recouverts par la peau qui est le siège de dilatations vasculaires.

Une de ces tumeurs a été extirpée, et l'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'angiosarcome. Le sarcome peut donc avoir pour point de départ la tunique adventice des vaisseaux, ce qui a été jusqu'à présent généralement contesté.

Altération de l'épithélium intestinal dans le choléra infantile.

M. Heubner a eu l'occasion de faire l'autopsie d'une petite fille ayant succombé au choléra infantile 24 heures après son entrée à l'hôpital. L'épithélium intestinal était profondément modifié. L'intestin ne contenait aucune bactérie spécifique, pas même le coli-bacille, et l'examen n'y fit découvrir que des microcoques qui n'ont certainement pas été la cause de ces modifications. Il faut plutôt admettre que ces modifications sont la conséquence des toxines qui pénètrent ou sont élaborées dans le tube digestif. Ce sont elles qui sont la cause des gastro-entérites des nourrissons, qu'il s'agisse des formes légères ou des formes graves, avec ou sans modifications anatomiques de la muqueuse du tube digestif.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 5 décembre 1894.

Chirurgie du cerveau.

M. Nasse a rapporté deux cas d'abcès traumatiques du cerveau, traités par la trépanation.

Dans le premier cas il s'agit d'un homme qui reçoit sur la tête un coup de marteau et perd connaissance. A l'examen on trouva une plaie du crâne ayant donné lieu à un écoulement de liquide cérébro-spinal. Pendant 11 jours le malade a été soigné à la maison; au 12e jour, quand parurent des symptômes cérébraux alarmants, le malade fut transporté à l'hôpital où l'on diagnostiqua une suppuration intra-crânienne. On pratiqua donc la trépanation au voisinage de la plaie qui se trouvait à deux travers de doigt à gauche de la ligne médiane, au niveau de la suture coronoïde, et après l'incision de la dure-mère perforée, on trouva assez profondément dans le cerveau un abcès des dimensions d'une noix. Drainage, pansement antiseptique, et guérison au bout d'un certain temps.

Dans le second cas, il s'agit d'un enfant amené à l'hôpital 6 jours après avoir reçu sur le côté gauche de la tête un morceau de bois. Au 5e jour après l'accident, l'enfant a pré-

senté des convulsions dans la face et le bras droit. La plaie avait suppuré. Le lendemain de son entrée à l'hôpital, l'enfant fut pris de parésie du bras droit avec aphasie complète. Trépanation qui fait voir la dure-mère déchirée et dans le cerveau plusieurs esquilles. Malgré plusieurs ponctions, on ne trouva pas de pus. Nettoyage de la plaie et pansement. Guérison.

Pour M. Nasse il faut distinguer entre les abcès précoces et les abcès tardifs d'origine traumatique. Les abcès tardifs sont presque toujours situés profondément et séparés du foyer traumatique par de la substance cérébrale saine.

Pseudo-paralysie myasthénique.

M. Jolly a observé deux cas d'une affection fort curieuse, caractérisée par l'épuisement paralytique rapide des muscles. Dans le premier cas, où il s'agissait d'un garçon de 14 ans, l'affection a débuté par les paupières : quand l'enfant fixait un objet, les paupières finissaient par tomber, et le malade était incapable de les relever. Au bout de quelque temps de repos, les muscles recouvraient leur force. L'état paralytique en question envahit plus tard les bras, les jambes, les lèvres, la langue, le pharynx, et un jour le malade succomba asphyxié par un bol alimentaire arrêté dans le pharynx.

Dans le second cas, l'affection a les mêmes caractères, mais est moins accusée.

Il existe jusqu'à présent dans la littérature 18 cas de ce genre. L'affection a été confondue avec la paralysie bulbaire. Dans les cas où l'autopsie a été faite, on ne trouva aucune lésion du système nerveux central ou périphérique. Pour M. Jolly, l'affection mériterait le nom de myasthénie grave pseudo-paralytique.

SOCIÉTÉ DE HUFELAND DE BERLIN

Séance du 22 novembre 1894.

Abcès de la prostate et prostatite phlegmoneuse.

M. L. Casper n'a vu depuis 6 ans que 30 cas d'abcès de la prostate. C'est donc une affection relativement rare et peu connue en général.

Au point de vue de l'étiologie, il s'agissait, dans ces 30 cas, 25 fois d'infection gonorrhéique, 4 cas d'infection survenue après le cathétérisme : dans un cas l'étiologie de la suppuration n'a pu être élucidée. Dans les 25 cas où l'origine blennorrhagique de l'abcès était certaine, le pus renfermait une seule fois des diplocoques ressemblant à des gonocoques. Dans les autres cas on a trouvé des staphylocoques et des microcoques.

Le tableau clinique est assez net pour éviter toute confusion, et pourtant le diagnostic est souvent en défaut. Il existe toujours de la dysurie et des difficultés de défécation, qui plus tard se compliquent de ténesme vésical et rectal avec rétention d'urine et constipation opiniâtre. Le cathétérisme est facile, car la sonde déprime facilement la saillie que la tumeur fait dans l'urèthre. Le toucher rectal fait voir une tumeur, et l'on sent en même temps de la fluctuation. Ce diagnostic d'abcès paraît certain.

Ce qui est plus difficile, c'est de dire s'il s'agit d'un abcès de la prostate ou d'une prostate suppurée avec foyers multiples dans la glande. La température est la même dans les deux cas ; les frissons existent également dans les deux cas, bien qu'il y ait des cas où la fièvre fait entièrement défaut. D'une façon générale le diagnostic peut être assis définitivement par la ponction exploratrice qui en somme est anodine, du moins dans 12 cas où elle a été faite il n'y eut pas trace de complications. Cette ponction doit être faite par le rectum.

Le diagnostic différentiel entre l'abcès de la prostate, la péri-prostatite phlegmoneuse et la phlébite para-prostatique, est plus difficile. Les symptômes subjectifs donnent sous ce rapport peu d'indications, de sorte qu'on est amené à s'en remettre aux renseignements fournis par le toucher rectal. Dans l'abcès de la prostate, on sent, au toucher rectal, une tumeur ronde, nettement délimitée, lisse, fluctuante, avec la paroi du rectum glissant sur la tumeur ; dans le phlegmon périprostatique où la suppuration a dépassé la capsule, la tuméfaction est diffuse, semble se trouver sous le doigt et faire corps avec le rectum. La phlébite para-prostatique, enfin, est extrêmement rare et s'accompagne de phénomènes pyohémiques graves et d'une température dépassant 40°. Au toucher, les veines se présentent quelquefois sous forme de cordes nettement senties par le doigt introduit dans le rectum.

Les suppurations de la prostate donnent une mortalité assez élevée, de 20 0/0 environ, si l'on se rapporte aux travaux de Segond, Kœnig, Gutterbock et autres. Pourtant les trente malades observés par M. Copper ont tous guéri. Et, en effet, la mortalité élevée des abcès de la prostate tient à ce que l'affection est souvent méconnue et donne lieu, dans ces conditions, à des complications graves, telles que les suppurations péri-vésicales avec péritonite septique, la suppuration du tissu cellulaire du bassin, la phlébite para-prostatique, etc. Parmi les suites moins graves de la suppuration prostatique, on peut citer la destruction complète de la glande avec perte de sécrétion et stérilité consécutive par défaut de liquide prostatique, le déplacement des canaux excréteurs de la glande, les fistules rectales et uréthrales, les rétrécissements, etc.

Le traitement comprend naturellement l'évacuation de la collection. L'ouverture doit être faite soit par le rectum où l'abcès bombe dans l'énorme majorité des cas, soit par le périnée si la collection fait saillie de ce côté. Il existe pourtant des cas où la guérison survient spontanément après la mort des microbes et la résorption du pus. C'est ainsi que dans un cas où le diagnostic d'abcès fut confirmé par la ponction exploratrice, le malade refusa l'intervention et guérit spontanément sans que la collection se fût ouverte au dehors.

L'ouverture de l'abcès par le rectum ne présente aucun inconvénient. En purgeant le malade et en débarrassant le rectum par un lavement avant l'opération, on peut ouvrir la collection sans crainte de voir la plaie souillée par des matières fécales. En mettant un tampon de gaze iodoformée au-dessus de la plaie et en constipant le malade par l'opium, on se met à l'abri de l'infection pendant les premiers jours après l'opération. Or, les recherches de Schimmelbusch ont montré que le danger d'infection est minime pour les plaies anciennes. Avec toutes ces précautions, l'ouverture des abcès par le rectum ne présente aucun danger.

On procédera de la même façon dans les phlegmons périprostatiques dont la guérison est ordinairement obtenue en quelques semaines.

Quant au traitement de la phlébite para-prostatique, son traitement est purement symptomatique et se confond avec celui de toutes les pyohémies. Sous ce rapport, le but du médecin consiste à éviter la phlébite en traitant convenablement la suppuration de la prostate.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE LONDRES

Traitement de la diphthérie par l'antitoxine.

MM. Washburn, Goodall et Card. — Nous avons une série de 80 cas de diphthérie traités par l'antitoxine. Nous avons commencé ce traitement le 23 octobre et nous l'avons continué jusqu'au 27 novembre. Nous avons fait un examen bactériologique de tous les cas admis à l'hôpital. Dans un tiers des cas environ le microscope suffit pour faire le diagnostic. Souvent on trouve des colonies de bacilles diphthériques typiques ; d'autres fois on trouve des colonies atypiques ; d'autres fois encore on trouve des microbes associés aux précédents. Cette association a une grande importance au point de vue clinique. Dans la plupart des cas de diphthérie vraie, les cultures vues à l'œil nu présentent un aspect caractéristique ; ces colonies, en effet, au bout de 24 heures, sont opaques et ont les dimensions d'une tête d'épingle. Les seules colonies qui leur ressemblent sont celles d'un coccus décrit par Roux et Yersin et appelé par eux le « Brisou » coccus ; cependant ces dernières colonies sont moins opaques. Sur 61 cas de diphthérie vraie nous en avons trouvé huit ne donnant pas une seule colonie typique ; mais la réaction expérimentale prouva qu'il s'agissait néanmoins de diphthérie vraie. Sur 80 cas, nous avons trouvé 61 fois les bacilles de la diphthérie vraie. Cette proportion est la même que celle

qu'a trouvée Roux. Dans un cas de croup examiné par nous, il n'y avait aucun exsudat sur le voile du palais, néanmoins un examen bactériologique de cette région y révéla la présence de bacilles diphthériques. A une exception près, dans tous les cas où on trouva des bacilles la diphthérie était cliniquement reconnaissable ; le seul cas exceptionnel présentait les apparences d'une folliculite tonsillaire. Onze cas qui présentaient toutes les apparences de la diphthérie ne donnèrent aucun bacille diphthérique. Un seul de ces onze malades mourut et la mort fut attribuée à une bronchite. La diphthérie vraie présente trois formes : une forme bénigne, une forme de moyenne intensité et une forme grave. Moins il y a de bactéries dans les exsudats, plus le pronostic est bénin. On trouve quelquefois aussi des bacilles en spirilles, des diplocoques, des streptocoques. On trouve ces derniers dans la moitié des cas, mais leur présence ne paraît pas influer sur la maladie, contrairement à ce qu'on a dit. Le bacille diphthérique peut être court, moyen ou long, et le degré de virulence paraît être en raison de la longueur. Nous avons injecté le sérum dans le tissu cellulaire sous-cutané du flanc. Nous avons ainsi traité 82 malades ayant tous moins de 15 ans. Sur ces 82 malades, 10 n'avaient pas une diphthérie vraie. Sur les 72 autres, 14 moururent, ce qui donne une mortalité de 19,4 0/0. Cela indique donc une grande diminution de la mortalité. Les bons effets de l'antitoxine se manifestent : 1° par une diminution des fausses membranes ; 2° par une diminution de la fréquence du pouls ; 3° par une amélioration dans l'état général ; 4° par une disparition de la fièvre. Parmi les malades traités, six seulement ont eu des paralysies, du reste peu graves.

M. Clernow. — J'ai vu une malade, âgée de 15 ans, ayant depuis huit jours une diphthérie ; tout le voile du palais, la luette, les amygdales, la paroi postérieure du pharynx étaient couverts de fausses membranes blanches et épaisses ; il y avait de la fièvre et le nombre des pulsations du pouls était de 135 ; l'urine contenait de l'albumine ; il y avait de l'aphonie. Cette malade fut traitée par l'antitoxine ; bientôt les membranes devinrent plus minces, se détachèrent plus facilement et la malade guérit, malgré une pneumonie gauche commençante.

M. Herringham. — A l'hôpital de Saint-Bartholomew, 22 cas ont été traités par l'antitoxine ; 4 de ces cas étaient douteux ; 3 furent reconnus n'être pas diphthériques, grâce à un examen bactériologique. Sur les 17 cas restants, 11 étaient graves. Il n'y eut que trois morts.

AUTRICHE

COLLÈGE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 10 *décembre* 1894.

Traitement de la cystite catarrhale.

M. Englisch croit, en principe, que dans le traitement des cystites il faut attribuer au moins autant d'importance au traitement général répondant à l'indication étiologique qu'au traitement local. Chez les tuberculeux, par exemple, le traitement général est plus important que le traitement local de la cystite, car les interventions sur la vessie tuberculeuse, que ce soit par des lavages ou des instillations, retentissent rapidement sur les voies urinaires supérieures.

Dans la cystite catarrhale simple on peut le plus souvent e passer du traitement local, la cystite pouvant parfaitement sguérir par le repos et la médication interne.

Il n'en est plus de même de la cystite suppurée. Ici l'intervention est la règle, et le praticien aura à choisir entre les lavages de la vessie et les instillations.

Les lavages sont excellents et donnent de fort bons résultats, à la condition de ne pas distendre la vessie par le liquide injecté. Il faut donc n'injecter qu'une quantité de liquide égale à la moitié de la capacité de la vessie.

Avec les instillations, et ce sont presque toujours les instillations de nitrate d'argent, on évite justement cette distension de la vessie. Seulement il est à craindre que l'usage prolongé du nitrate d'argent n'amène des altérations profondes de la muqueuse vésicale.

Dans la cystite avec dysurie et ténesme vésical, la sonde à demeure rend de grands services à la condition de veiller à l'état aseptique de l'urèthre.

M. v. Frisch fait observer que la tuberculose de la vessie évolue au commencement sans cystite et que cette dernière n'apparaît que lorsque les infiltrations tuberculeuses s'ulcèrent. Quand la cystite existe, les instillations de nitrate d'argent sont plutôt nuisibles qu'utiles.

Quant aux lavages de la vessie avec une petite quantité de liquide, M. v. Frisch pense que les cas qui dans ces conditions ont donné de bons résultats, auraient guéri avec les instillations.

M. Englisch a observé un diabétique chez lequel une instillation de nitrate d'argent a amené une gangrène partielle du scrotum et du périnée. Dans un autre cas, l'instillation a amené une prostatite aiguë.

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance des 7 *et* 14 *décembre* 1894.

Ostéomalacie ou rachitisme tardif ?

M. Latzko présente une femme de 24 ans ayant montré du rachitisme pendant son enfance et dont la croissance s'est arrêtée vers l'âge de 13 ans. Depuis l'âge de 16 ans la malade éprouve continuellement des douleurs dans les articulations du membre inférieur droit, dans le bassin et le dos, en même temps qu'un sentiment de lassitude qui lui rend impossible tout travail. En 1892 son observation a été publiée par M. Ortner qui appuyait son diagnostic de rachitisme tardif sur l'existence du chapelet costal, des tuméfactions épiphysaires et du thorax en carène.

M. Latzko ne croit pourtant pas qu'il s'agit chez cette malade de rachistisme tardif. En effet, la malade présente en même temps deux phénomènes tout à fait caractéristiques de l'ostéomalacie, à savoir la contracture des adducteurs de la cuisse et la chute de dents saines par simple atrophie des alvéoles. Quant aux manifestations rachitiques qu'on trouve chez cette malade, elles relèvent du rachitisme qu'elle a eu pendant son enfance.

M. Albert fait remarquer que la contracture des adducteurs s'observe encore dans la coxa vara qui souvent n'a aucun rapport avec l'ostéomalacie.

Sub-luxation du coude en dehors chez l'enfant.

M. Albert, qui a observé un cas de sub-luxation du coude chez un enfant, insiste sur la fréquence de cette forme. Pour lui, ces sub-luxations sont non seulement fréquentes, mais encore tout à fait caractéristiques des luxations chez les enfants. Leur réduction est impossible, mais le massage et la gymnastique donnent dans ces cas des résultats fort remarquables.

M. Weinlechner n'a pas souvent observé la sub-luxation en dehors. La sub-luxation en dedans avec fracture condylienne est plus fréquente.

M. Schopf a vu l'enfant 2 jours après l'accident et trouva à ce moment une fracture de la tête du radius avec déplacement de l'olécrane en dedans. Les tentatives de réduction ayant échoué, on appliqua un appareil inamovible. Lorsque la fracture guérit dans ces conditions, il fut impossible de réduire la luxation après que l'appareil a été enlevé.

M. Albert pense que l'enfant n'avait pas de fracture. La crépitation existe dans certaines formes de luxation et la tuméfaction des parties ne permet guère d'apprécier la mobilité des fragments.

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

N° 2 — 9 JANVIER 1895 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 14 au 19 janvier 1895.

Mercredi 16. — M. Fillion. De la cocaïne dans les interventions chirurgicales. — M. Lecoq. Albuminurie dans la fièvre typhoïde, pronostic et traitement par les bains froids.

Jeudi 17. — M. Barbe. Etude clinique sur certaines formes latentes de perforations de l'intestin grêle avec péritonite consécutive. Importance du diagnostic précoce. — M. Saisset. Sur les troubles mentaux qu'on observe pendant le cours et la convalescence de la fièvre typhoïde. — M. Mallet. Contribution à l'étude de l'hygiène dans la marine marchande. — M. Voyer. De l'action favorable des bains froids dans le traitement de la septicémie puerpérale. — M. Guilpin. Contribution à l'étude de l'ozène et de la rhinite atrophique simple. — M. de Gouvéa. La distomatose pulmonaire par la douve du foie.

VARIÉTÉS

Corps de santé militaire. — Ont été promus aux grades de :

Médecin principal de 1re classe, M. Dumayne.

Médecin principal de 2e classe, MM. Caillet, Billet.

Médecin-major de 1re classe, MM. Leroy, Dzilvonski, Moreaud, Pauzat, Louis.

Médecin-major de 2e classe, MM. Foy, Frache, Danjon, Papon, Poujol, Galzon, Messerer.

Asiles d'aliénés. — Ont été nommés internes : MM. Mannheimer, Battier, Bargy, Nagar, Cololian, Belas, Béchet, Lalanne.

Conférences d'ophthalmologie. — Le docteur Vignes reprendra à sa clinique, 18, rue Dauphine, ses conférences d'ophthalmologie, le mardi 15 janvier, à 3 heures, et les continuera les mardi et samedi de chaque semaine. Il étudiera, durant ce trimestre, la vision binoculaire et ses anomalies.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Prix proposés pour 1896

(Concours clos fin février 1895).

(*Suite*).

Prix Saintour (4,400 francs). — A l'auteur du meilleur travail, manuscrit on imprimé, sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Saint-Lager (1,500 francs). — A l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration aux animaux de substances extraites des eaux ou des terrains à endémies goîtreuses. Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la Commission académique.

Prix Saint-Paul (25,000 francs). — A la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, qui aurait, la première, trouvé un remède reconnu par l'Académie comme efficace et souverain contre la *diphthérie*. Jusqu'à la découverte de ce remède, les arrérages de la rente à provenir de cette donation seront consacrés à un prix d'encouragement qui sera décerné, tous les deux ans, par l'Académie, aux personnes dont les travaux et les recherches sur la diphthérie lui auront paru mériter cette récompense.

Prix Stanski (1,800 francs). — A celui qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique, par infection ou par contagion à distance.

Prix Vernois.

Prix proposés pour 1897.

Concours clos fin février 1897).

Prix de l'Académie. — Question : *Du rapport étiologique entre le choléra dit Nostras et le choléra dit Indien.*

Prix Alvarenga.

Prix Barbier.

Prix Henri Buignet.

Prix Mathieux Bourceret.

Prix Capuron (1,200 francs). — Question : *De l'action des eaux minérales dans le traitement des maladies du système artériel et veineux.*

Prix Civrieux (1,000 francs). — Question : *Valeur séméiologique des délires systématisés.*

Prix Marie Chevalier (6,000 francs). — A l'auteur français du meilleur travail publié dans l'intervalle de chaque période triennale, sur les origines, le développement ou le traitement soit de la phthisie pulmonaire, soit des autres tuberculoses.

Prix Chevillon.

Pril Daudet. — Question : *De l'hystérectomie totale et de sa valeur dans le traitement du cancer de l'utérus.*

Prix Desportes.

Concours Vulfranc Gerdy.

Prix Ernest Godard.

Prix Itard (2,400 fr.). — A l'auteur du meilleur livre de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

Prix Laborie.

Prix Laval.

Prix Meynot.

Prix Adolphe Monbinne.

Prix Nativelle.

Prix Oulmont.

MM. les abonnés sont prévenus qu'à moins d'avis contraire de leur part, une quittance leur sera présentée par la poste, dans le courant du mois de janvier, pour le renouvellement de leur abonnement.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Des lipomes périostiques du fémur d'origine congénitale, par C. Walther, chirurgien des hôpitaux.

En 1892, alors que j'avais l'honneur de suppléer, pendant les vacances, mon maître M. le professeur Tillaux dans son service de l'Hôtel-Dieu, j'ai observé et opéré un enfant de 13 ans porteur d'un énorme lipome périostique congénital de la cuisse droite.

Voici les détails de l'observation :

N... Emile, âgé de 13 ans, entré le 3 août 1892 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Côme, lit n° 20 bis.

Aucun antécédent héréditaire; bonne santé habituelle. Enfant de taille moyenne, à teint pâle, mais vigoureux, bien musclé.

Il ne peut donner de renseignements précis sur le début de l'affection. Depuis plusieurs années la cuisse droite était peut-être un peu plus grosse, mais cette différence de volume n'était pas assez accentuée pour attirer l'attention et l'enfant nous dit qu'il y croit sans pouvoir l'affirmer. Depuis 18 mois au contraire l'augmentation de volume a été manifeste, et depuis 5 ou 6 mois l'enfant est un peu gêné dans sa marche, sans jamais avoir éprouvé d'ailleurs la moindre douleur.

La cuisse droite est déformée par une volumineuse tumeur qui fait saillie en avant et occupe la face antérieure et les faces latérales. La face postérieure de la cuisse n'est pas déformée, mais on voit nettement de chaque côté la voussure qui correspond au soulèvement des faces latérales par la tumeur. Celle-ci occupe presque toute la hauteur de la cuisse, commençant à la région sous-trochantérienne, se développant régulièrement et progressivement jusqu'au tiers inférieur, puis diminuant plus brusquement pour se terminer au-dessus des condyles du fémur. La contraction du triceps la réduit pour ainsi dire et lui donne une forme bilobée, le droit antérieur la déprimant sur la ligne médiane.

Aucune altération des téguments. Dilatation de quelques veines sous-cutanées.

L'exploration pratiquée, l'enfant étant couché, donne des renseignements précis sur les caractères physiques de la tumeur et sur son siège exact. Elle est de consistance très molle, partout égale, fluctuante lorsqu'on la fait immobiliser par un aide. Elle présente une certaine mobilité; on peut en effet la déplacer en masse sur le fémur et même refouler légèrement en haut son extrémité inférieure arrondie qui fait saillie au-dessus des condyles. A la partie supérieure, l'exploration est beaucoup plus difficile; la tumeur semble s'enfoncer plus profondément et s'effiler sous le triceps, de sorte qu'il est impossible d'en préciser la forme exacte et les connexions; cependant elle est nettement moins mobile qu'à la partie inférieure et on ne peut la déplacer dans le sens vertical, la refouler en bas comme on pouvait refouler en haut l'extrémité inférieure.

La contraction du triceps réduit la tumeur, l'immobilise complètement et en augmente la consistance.

Les résultats de cette exploration montrent : 1° que la tumeur est profonde, siège sous le triceps et occupe toute la loge antérieure de la cuisse ou plutôt tout l'espace sous-tricipital jusqu'aux cloisons latérales qui la limitent nettement sur les côtés; 2° qu'elle ne paraît adhérer au fémur ni en bas ni à la partie moyenne de la cuisse, mais qu'en haut elle semble fixée par des adhérences, soit au fémur, soit au triceps près de son insertion supérieure.

Bien qu'il existe une fluctuation manifeste, la mobilité de la partie inférieure de la tumeur, l'absence de toute altération appréciable du squelette et des articulations de la hanche ou du bassin, l'indolence absolue, l'intégrité de l'état général me font rejeter le diagnostic d'abcès froid et accepter l'hypothèse d'un volumineux lipome ou myxo-lipome. La mollesse de la tumeur ne permet pas de songer à un kyste hydatique musculaire. De plus la situation profonde de la tumeur, l'adhérence probable au squelette à la partie supérieure, le développement d'abord très insidieux puis rapide, chez un enfant de 13 ans, sont des caractères bien habituels aux tumeurs congénitales. Je fais donc le diagnostic : tumeur congénitale à point de départ probablement périostique et vraisemblablement de nature lipomateuse.

Opération le 10 août. Tout étant préparé pour l'opération, la région opératoire soigneusement stérilisée, je fais, pour assurer le diagnostic et éliminer l'hypothèse d'abcès froid ou de kyste, une ponction aspiratrice au point le plus saillant de la tumeur; cette ponction ne donne aucun résultat.

L'enfant est alors chloroformé et je procède à l'ablation de la tumeur avec l'aide de mon interne M. Baillet. Longue incision de la peau, puis de l'aponévrose contre le bord externe du droit antérieur. Ce muscle est récliné en dedans et la lame tendineuse du vaste interne et du vaste externe incisée sur une hauteur de 20 centimètres environ. Cette section met à nu la face antérieure d'un volumineux lipome qui plonge de chaque côté sous les parties latérales du triceps jusqu'au-dessus des condyles du fémur. La main introduite dans cette loge sous-musculaire dégage une tumeur volumineuse encapsulée siégeant sous le vaste externe, puis une seconde tumeur identique occupant la partie interne de la loge.

Mais ces deux lobes accolés, dont l'extrémité inférieure a été si facilement énucléée de la poche musculaire, se confondent en haut en une masse allongée qui se rétrécit et aboutit à un véritable pédicule fibreux que le doigt suit dans la profondeur jusque sur le fémur, immédiatement au-dessous du petit trochanter. La face antérieure de cette extrémité supérieure de la tumeur n'est pas libre et encapsulée comme son extrémité inférieure. De minces lames musculaires dépendant du triceps sont absolument confondues avec le pédicule sur une hauteur de 8 à 10 centimètres; ici le doigt ne suffit plus à la libération et la dissection est faite au bistouri, entamant les couches musculaires dont une partie reste adhérente à la tumeur.

Le pédicule, bien isolé, est intimement adhérent au périoste, se confond avec lui, et la désinsertion, pratiquée avec la rugine, laisse à nu une surface osseuse rugueuse, mamelonnée, dépouillée de périoste.

Chemin faisant, quelques vaisseaux sous-cutanés, une dizaine de petites artères musculaires ont été sectionnées et pincées. Des ligatures au catgut assurant complètement l'hémostase, la loge musculaire est fermée par un surjet de catgut. Un autre surjet de catgut répare l'incision de l'aponévrose fémorale. Sutures superficielles au crin de Florence. Un petit drain est placé près de l'angle inférieur pour éviter la formation d'un hématome, à cause de l'étendue de la surface cruentée. Pansement iodoformé, ouaté, légèrement compressif.

Suites très simples. Ablation du drain le deuxième jour. Ablation des sutures le septième jour. L'enfant est maintenu quelques jours au lit pour assurer la solidité de la réunion de l'aponévrose. Il sort de l'Hôtel-Dieu le 8 septembre, après avoir marché plusieurs jours dans la salle.

Examen de la pièce. — La tumeur enlevée pèse 1,400 gr. Elle est formée de deux grosses masses ovoïdes appendues à un pédicule commun et qui offrent tous les caractères du lipome ordinaire; à la coupe, on voit qu'elles sont enveloppées d'une capsule assez mince, mais très résistante.

A la partie supérieure, au point où elles se confondent, leur consistance augmente; des tractus fibreux assez forts segmentent la masse graisseuse, et sur certains points, il existe une fusion intime entre les lames musculaires du vaste interne et la tumeur; quelques faisceaux musculaires rampent à sa surface, puis la pénètrent et se perdent dans son épaisseur.

L'examen histologique n'a pu être fait, la pièce mise de côté pour être examinée ayant été jetée par mégarde, mais les caractères macroscopiques étaient assez nets pour classer la tumeur, en partie fibro-lipomateuse, en partie purement lipomateuse.

Les lipomes développés à la surface du squelette et plus ou moins intimement adhérents au périoste, ont été observés dans différentes régions.

Lannelongue et Ménard (1) ont rassemblé toutes les observations éparses dans la littérature et ont les premiers donné une description d'ensemble de ces tumeurs, ont bien établi leurs caractères anatomiques, leurs rap-

(1) Lannelongue et Ménard, *Affections congénitales*, t. I, p. 679.

ports variables avec les organes voisins, leur origine congénitale.

C'est au crâne, au rachis, à la région sacro-coccygienne que se développent d'ordinaire ces lipomes. Aux membres ils sont très rares. Lannelongue cite un lipome adhérent au radius (cas de Thomas Smith), un autre à l'ischion (Smith), un troisième à l'os iliaque et au fémur (Heyfelder), un quatrième à la clavicule (Pearce Gould), enfin une observation d'Arcy Power dans laquelle la tumeur s'attachait au-dessous du petit trochanter.

Voici cette observation présentée à la Société de pathologie de Londres et relatée dans la *Lancet* (1) :

« Le malade, un garçon de 9 ans, portait une tumeur molle, indolente, occupant le tiers supérieur de la cuisse. La peau était franchement mobile et les veines superficielles dilatées.

» La tumeur fut extirpée. Elle était solidement fixée au périoste au-dessous du petit trochanter. Elle pesait quinze onces (soit 425 grammes) et mesurait six pouces (15 cent.) sur cinq (12 cent.). Elle n'était que partiellement encapsulée et se composait de plusieurs lobes réunis par du tissu aréolaire. La consistance était très ferme.

» A l'examen microscopique, on la trouva constituée par des amas de cellules de graisse séparés par de gros faisceaux de tissu conjonctif.

» M. Power rappelle l'opinion de M. Butlin, à savoir que ces tumeurs commencent par être fibreuses ou fibro-celluleuses, qu'elles deviennent pus tard graisseuses; mais il pense qu'il n'y a aucune raison spéciale pour que les lipomes ne puissent naître du périoste, étant de nature conjonctive. Le tissu conjonctif commencerait à proliférer en un point et ses cellules se chargeraient très rapidement de graisse.

» En ce qui concerne l'absence de capsule sur la plus grande partie de la tumeur, M. Power admet que dans la portion encapsulée la grande quantité de tissu conjonctif mélangé à la graisse peut faire regarder la tumeur comme un fibro-lipome, tandis que l'autre portion serait du lipome pur. »

Comme on le voit, cette observation est presque de tout point identique à la nôtre : tumeur lobée, en partie lipomateuse, en partie fibro-lipomateuse, implantée sur le fémur au-dessous du petit trochanter.

J'ai trouvé deux autres observations analogues : c'est d'abord un cas de rhabdo-myo-lipome publié en 1891 par Angelo Nannoti (2) :

« Antonio Quaglierini, 41 ans. Marié. Taille moyenne, fort, bien musclé. Excellente santé habituelle.

» Peu de temps avant son entrée à la clinique, il s'aperçut par hasard que la cuisse droite était plus grosse que la gauche. Un médecin consulté pensa avoir affaire à un abcès et pratiqua plusieurs ponctions sans résultat. Le malade, bien que n'éprouvant aucune douleur, se décida, pour sa tranquillité, à entrer à la clinique.

» Examen : notable différence de volume des deux cuisses : 58 centimètres à droite, 50 à gauche. Conservation de la forme ; jeu régulier des muscles. Mais, à droite, quand les muscles se contractent, se dessine une saillie arrondie à la partie antérieure, à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur de la cuisse.

» A la palpation, tumeur molle, non fluctuante, de forme ovoïde, du volume d'une tête de fœtus à terme. Pas d'engorgement ganglionnaire ; pas de douleur ni de gêne des mouvements.

» Diagnostic : myxome ou myxo-lipome inter-musculaire.

» *Opération.* — Chloroformisation. Incision de 20 centimètres environ sur la face antérieure de la cuisse à la partie la plus saillante de la tumeur. Incision de l'aponévrose, réclinaison du couturier, incision de l'aponévrose du vaste interne ; sous le vaste interne apparaît une masse lobulée d'aspect franchement lipomateux. Isolement facile de la tumeur et énucléation avec la spatule, mais pédicule d'implantation sur la ligne rugueuse qui va de la ligne âpre au petit trochanter. Sutures. Réunion par première intention. Sortie dix jours après.

» Pendant la libération de la tumeur on remarqua qu'il n'y avait aucune adhérence avec les muscles, aucune bride d'aspect musculaire sur la tumeur.

» A la coupe, lipome avec des stries rougeâtres d'aspect musculaire, les unes superficielles, les autres s'enfonçant dans la masse de la tumeur.

» A l'examen histologique : lipome avec faisceaux nombreux de fibres musculaires striées.

» Il ne s'agit pas de dégénérescence graisseuse d'une tumeur musculaire, d'un myome, mais bien d'une tumeur dans laquelle l'élément lipomateux et l'élément musculaire se sont développés concurremment, donc rhabdo-myo-lipome. »

Enfin, dans l'article *Lipome* du Traité de chirurgie, M. Quénu (1) dit : « Nous avons eu l'occasion nous-même, en 1879, d'observer dans le service de Bouilly un vaste lipome intermusculaire adhérent au petit trochanter. »

D'autre part, on trouve dans les bulletins de la Société anatomique de 1879 la mention d'une présentation faite par M. Boursier (2) d'un lipome développé au niveau du petit trochanter.

Cette présentation n'est accompagnée d'aucune description, mais elle provoque une observation de M. Bouilly qui avait opéré le malade et qui « fait remarquer qu'il semble s'agir ici d'un lipome développé dans le périoste, ainsi que le montrent les stalactites osseuses qui lui servaient de pédicule. De plus, c'est dans la région du cartilage épiphysaire que la tumeur a pris naissance. »

Cette tumeur, opérée par M. Bouilly et présentée par M. Boursier à la Société anatomique, est bien celle à laquelle fait allusion M. Quénu dans le passage que j'ai cité tout à l'heure.

Je dois à l'obligeance de M. Bouilly quelques détails sur ce fait intéressant : La tumeur était volumineuse, présentait en haut des adhérences avec le triceps ; l'extirpation fut assez pénible à cause de ces adhérences et aussi la présence d'aiguilles osseuses dans le pédicule fibreux qui attachait le lipome au petit trochanter.

Ainsi, en laissant de côté les lipomes périostiques qui peuvent venir faire saillie à la racine de la cuisse, en arrière d'ordinaire, mais dont le point d'implantation se trouve sur l'os iliaque ou sur le sacrum, voici quatre observations de lipomes ou de fibro-lipomes s'attachant sur le fémur seul.

Dans ces quatre cas, la tumeur était volumineuse ; grosse comme une tête de fœtus à terme dans l'observation de Nannoti, longue de 15 centimètres et pesant 425 grammes dans celle de d'Arcy Power, enfin pesant 1400 grammes et s'étendant à toute la hauteur de la cuisse chez mon malade.

Elle était de forme ovoïde, plus ou moins régulière, unique ou au contraire bilobée (observation personnelle) ou multilobée (cas de d'Arcy Power).

Les adhérences aux muscles, aux faisceaux du vaste interne, sont variables. Elles existaient chez mon malade au point que j'ai dû réséquer quelques minces lames de ce muscle. Quant aux faisceaux musculaires striés signalés dans l'épaisseur même du lipome par Nannoti, et complètement fusionnés avec la substance de la tumeur, peut-être faut-il les regarder comme simplement dissociés et englobés par la tumeur au moment où elle commence à se former aux dépens du périoste tout contre

(1) *The Lancet*, 1888, p. 371, *Transact. of the path. Soc. of London*, 22 février 1888. Je dois cette traduction à l'obligeance de M. Herzenberg, externe des hôpitaux.

(2) Angelo Nannoti, Sopra un rhabdo-mio-lipoma della coscia. *Morgagni*, oct. 1891, p. 647.

(1) Quénu, *Traité de Chirurgie*, t. I, p. 432.

(2) Boursier, Présentation d'un lipome développé au niveau du petit trochanter. *Bullet. de la Soc. anat.*, 1879. Séance du 25 juin, 4e série, t. IV, p. 535.

l'insertion du muscle. Ces faisceaux se développeraient concurremment avec le tissu lipomateux, comme l'indique Nannoti.

En effet, à un degré plus avancé des rapports de la tumeur avec le muscle, comme on l'a observé dans d'autres régions, le lipome, au lieu d'écarter les muscles voisins, se propage dans leur épaisseur et « on a trouvé des faisceaux musculaires normaux ou atrophiés, épars au milieu du tissu lipomateux. » (Lannelongue.)

Mais le caractère le plus remarquable de ces tumeurs, c'est la localisation très précise de leur point d'attache. Dans ces quatre observations, en effet, le lipome s'insérait, par un pédicule fibreux, au-dessous du petit trochanter : au niveau de la base du petit trochanter, dit une observation; au niveau de la ligne rugueuse qui aboutit à la base du petit trochanter, dans une autre, en somme dans cette zone qui correspond à la ligne épiphysaire du petit trochanter.

L'origine congénitale de ces tumeurs est donc bien établie par ce fait, quel que soit d'ailleurs l'âge auquel leur accroissement de volume les fait reconnaître. Dans deux cas, du reste, il s'agissait d'enfants de 9 ans et de 13 ans. Le malade opéré par M. Bouilly était un jeune homme. Le sujet observé par Nannoti était, lui, plus âgé, 41 ans; on ne peut affirmer chez lui que la tumeur fût d'origine congénitale; cependant cette hypothèse trouve un bien puissant appui dans ce fait de l'insertion du pédicule dans la zone épiphysaire. Nous savons du reste aujourd'hui par de fréquents exemples combien peut être tardive l'évolution de tumeurs congénitales ou plutôt d'origine congénitale.

Il m'a paru intéressant de réunir ces quatre observations dont les termes presque identiques établissent nettement les caractères anatomiques et symptomatiques d'un groupe bien défini de tumeurs, les lipomes périostiques congénitaux sous-trochantériens.

Considérations sur l'opération de la pleurotomie,

par le Dr Ferrier, répétiteur à l'Ecole du service de santé militaire.

La pleurotomie, appliquée au traitement de la pleurésie purulente, se borne dans la plupart des cas à la simple incision de l'espace intercostal. Par cette incision on introduit un ou deux gros tubes à drainage qui facilitent l'écoulement des sérosités pleurales et permettent ultérieurement les lavages de la plèvre, lorsque la fièvre a conduit cette éventualité regrettable. Or, cette incision remplit-elle toujours le but que l'on se propose d'atteindre?

Plusieurs cliniciens trouvent quelques inconvénients à se contenter d'une ouverture forcément limitée aux dimensions restreintes de l'espace intercostal : ils conseillent de compléter l'opération par la résection d'un fragment de côte sous-jacente. Telle fut la pratique de Roser. Gerhardt et Baginski conseillent cette résection dans tous les cas d'empyème infantile. Kœnig, Lucas Championnière, Peyrot, préconisent son emploi systématique chez l'adulte.

Avant d'émettre une opinion sur cette question, nous chercherons d'abord à déterminer quelle influence la résection primitive d'un fragment de côte exerce sur l'évolution de la pleurésie purulente; nous verrons ensuite si l'incision simple de l'espace intercostal n'est pas dans certains cas insuffisante.

Les observations de pleurotomie suivie de résection costale immédiate sont loin d'être rares; dans la littérature médicale on les trouve publiées tantôt isolément, tantôt par groupes statistiques. Les observations ainsi publiées en séries ont certainement plus de valeur; elles résument en quelque sorte l'expérience d'un même opérateur, et nous permettent de mieux apprécier les résultats de la méthode généralisée à tous les cas.

Les séries statistiques que nous avons relevées sont les suivantes :

Nous signalerons tout d'abord deux statistiques anglaises se rapportant à des pleurésies purulentes chez des enfants; statistiques que nous trouvons analysées dans le Traité de l'Empyème, de Bouveret.

La première statistique est celle de Thomas et se trouve extraite de *The Lancet*, 1880; Bouveret la résume ainsi :

Au moment de la publication du mémoire de Thomas, 7 opérés étaient complètement guéris; 1 était en voie de guérison; 1 était mort; ce dernier fut opéré *in extremis* et n'était âgé que de 18 mois. Pour les 7 cas de guérison complète, la cicatrisation de l'empyème a duré de 4 à 6 semaines.

La deuxième statistique est celle de Lane, publiée dans le *Guy's Hospital Report*, 1883; elle ne renferme que 5 cas. Il y a 3 guérisons et 2 morts. Sur ces deux derniers opérés, l'un est mort de bronchite 8 jours après l'opération, l'autre a succombé à une péricardite trois semaines après l'opération. Les trois guérisons ont été rapides; elles ont été obtenues en 23 jours, 7 semaines 39 jours.

Comme il s'agit d'empyèmes infantiles, on peut grouper ces deux statistiques en une seule. On remarque tout d'abord que les trois cas de morts seraient difficilement imputables à l'acte opératoire lui-même, c'est-à-dire à la pleurotomie suivie de résection costale. L'enfant qui a succombé après l'opération était opéré *in extremis;* la bronchite et la péricardite qui ont emporté les deux autres paraissent des complications intercurrentes, ou la conséquence directe de la localisation ultérieure, sur les voies respiratoires ou le péricarde, du germe morbide qui a provoqué la pleurésie comme manifestation initiale : elles n'ont rien à voir avec cette septicémie lente, progressive, qu'il s'agit surtout de prévenir après l'opération de l'empyème.

Restent donc à considérer les seules guérisons dont la durée moyenne peu élevée est loin d'être défavorable à la résection costale primitive.

Voici maintenant les résultats des statistiques allemandes de Runeberg et de Kœnig :

Statistique de Runeberg, publiée dans la *Berliner klinische Wochenschrift*, 1890.

Cet opérateur pratique toujours la pleurotomie complétée par la résection costale primitive, et ne fait suivre l'opération d'aucun lavage. 61 malades ont été ainsi opérés systématiquement sans qu'il fût tenu compte soit de la quantité de l'épanchement, soit du mauvais état général. Les résultats furent les suivants :

Deux opérés, manifestement tuberculeux, succombèrent au progrès de leur affection, en présentant une fistule persistante.

Chez 10 autres, la pleurésie était sous la dépendance d'une gangrène pulmonaire; 4 opérés sont morts; 2 ont quitté l'hôpital avec une fistule ; 4 furent complètement guéris.

Sur 49 cas de pleurésies purulentes simples sans complications, il y eut 46 guérisons. Deux opérés sortirent de l'hôpital avec une fistule; le dernier succomba à un érysipèle.

Une autre statistique est celle de Kœnig (*Berlin. klin. Wochenschrift*, 2 mars 1891).

Soixante-seize cas de pleurésies purulentes, 10 morts, parmi lesquels quatre pyoémiques, présentant des épanchements purulents dans d'autres organes que la plèvre;

deux malades atteints de pyo-pneumothorax tuberculeux; un homme mort pendant l'opération lequel présentait un épanchement putride, un phlegmon diffus de la paroi thoracique et des symptômes généraux de septicémie; un homme atteint de néphrite aiguë suppurée; un homme atteint d'épanchement traumatique, enlevé par des lésions simultanées qu'il présentait du côté de l'abdomen; un enfant d'un an emporté par un catarrhe gastro-intestinal, trois semaines après l'empyème qui était presque guéri.

Sur les 66 opérés restants, on note 63 guérisons totales et 3 fistules persistantes; la plupart des opérés étaient guéris au bout de 2 mois; 6 opérés seulement ont séjourné plus de 3 mois à l'hôpital.

Kœnig enlevait un fragment de la 4e côte au niveau de la ligne axillaire moyenne, puis instituait le traitement consécutif suivant : tous les jours le malade était couché sur le côté opéré, le bassin était soulevé à plusieurs reprises par un infirmier; puis on le faisait asseoir en lui imprimant une série de mouvements alternatifs du tronc en avant et en arrière; on le faisait ensuite coucher à nouveau et on terminait en réitérant l'élévation du bassin.

Par cette gymnastique, l'opérateur avait pour but d'assurer l'évacuation complète des sérosités pleurales. Il est juste de dire toutefois que la large ouverture consécutive à l'ablation d'un fragment de côte devait pour beaucoup contribuer à ce résultat et, par conséquent, au succès de la méthode.

Ces deux statistiques ne sont donc pas défavorables à la résection costale primitive. En effet, les cas de mort que l'on relève sont la conséquence directe de la gravité de l'infection ou de complications déjà établies (gangrène, pyoémie, tuberculose, néphrite aiguë suppurée) ou le fait d'une infection surajoutée, telle que l'érysipèle, et qui se serait produite aussi bien avec l'incision simple. Le nombre des fistules persistantes est très peu élevé (2, statistique de Runeberg; 3, statistique de Kœnig), et la durée moyenne de la guérison est très peu considérable; pour Runeberg elle est de 48 jours; pour Kœnig, sur 66 opérés la plupart étaient guéris au bout de deux mois; 6 seulement restèrent à l'hôpital plus de 3 mois.

A côté de ces statistiques, les faits isolés que nous pourrions citer auraient, pour éclaircir la question, certainement moins de valeur. On peut, en effet, reprocher à une observation isolée d'être parfois trop optimiste ou d'être le résultat d'un hasard heureux, mais il y a lieu de tenir compte de l'impression de l'auteur qui a suivi de près son malade, qui a pu apprécier *de visu* les avantages et les inconvénients du procédé employé, et on tiendra compte de cette impression toujours très volontiers lorsqu'elle émane d'un opérateur dont l'expérience chirurgicale n'est point discutable.

Dans une discussion à la Société de chirurgie sur l'utilité de l'opération de Letiévant-Estlander, Lucas-Championnière s'exprimait ainsi (1) : « Qu'il me soit permis d'appeler l'attention sur une intervention qui n'est pas neuve en elle-même, mais qui me paraît appelée à jouer un rôle dans la cure des pleurésies purulentes et à empêcher la formation de la fistule... La résection d'une ou deux côtes est très facile, n'ajoute rien au traumatisme et paraît devoir jouer un rôle important dans la guérison. »

Dans le Traité de Chirurgie, Peyrot formule l'opinion suivante : « Au lieu de passer par l'espace intercostal, je préfère actuellement dans presque tous les cas la pratique qui consiste à réséquer un fragment de côte... Cette opération, outre le mérite de la netteté, a cet avantage que les lèvres de la plaie cutanée et celles de la section pleurale sont dans un parallélisme parfait. On ne réalise pas toujours cette condition lorsqu'on incise seulement l'espace intercostal; il arrive alors souvent que le tube à drainage, introduit dans la plaie, décrit un trajet plus ou moins oblique sous la peau et se coude ensuite sur une côte. »

Les résultats favorables obtenus par la pleurotomie suivie de résection costale immédiate, la sanction que donnent à cette pratique des chirurgiens de la plus haute valeur, ne peuvent cependant aller à l'encontre de ce fait bien évident, que l'incision de l'espace intercostal peut conduire souvent, même d'une façon très rapide, à la guérison de la pleurésie purulente. Mais là n'est pas la question. Mieux encore que les statistiques peuvent nous éclairer les faits qui mettent en relief l'insuffisance de l'incision simple, et à ce sujet nous pouvons rapporter l'observation personnelle suivante :

Le nommé C..., soldat au 52e d'infanterie, n'ayant aucun antécédent héréditaire ou personnel, ressent dans la journée du 13 janvier une série de frissons et un mal de gorge assez intense; le lendemain il se présente à la visite et est exempt de service pour angine; les jours suivants, la fièvre atteint 40°, et le 20 janvier, il entre à l'hôpital pour épanchement pleurétique moyen du côté gauche.

En raison de l'intensité de la fièvre et des symptômes généraux, le médecin-major Berthier pratique une ponction exploratrice qui ramène du pus, et après ensemencement dans du bouillon, il trouve le lendemain des cocci isolés, lesquels se disposent sous forme de chaînes les jours suivants. Le 25 janvier, la pleurotomie est pratiquée au niveau du 8e espace intercostal sur la ligne axillaire postérieure, et donne issue à un demi-litre de pus environ. Drainage de la cavité et aucun lavage dans les jours qui suivent l'opération.

Ayant pris le service quelques jours après, nous fûmes obligé par le retour offensif de la fièvre à pratiquer des lavages; la fièvre diminua rapidement, l'état général paraissait s'améliorer; mais dans le courant d'avril et mai, celui-ci restait stationnaire, la plaie était en partie cicatrisée, le tube à drainage était réduit aux dimensions d'un petit porte-plume et passait à travers la plaie avec beaucoup de difficulté.

Pensant alors, malgré l'absence de température, à la rétention possible des sérosités pleurales, nous avons, le 17 mai, pratiqué l'ablation d'un fragment de côte, mesurant 4 cent. Au cours de l'opération, nous avons remarqué que l'espace intercostal était fortement rétréci par le rapprochement des côtes et par une hyperostose existant sur la côte inférieure. A la suite de cette résection, deux gros drains furent placés, et un lavage boriqué fut pratiqué tous les 4 jours. L'état général s'améliora avec une rapidité surprenante, ainsi que le montrent les poids suivants. Le malade, 14 jours après l'opération première, pesait 50 kil. 200; le 20 mai, c'est-à-dire 3 jours après la 2e intervention, il pesait 48 kil. 500; le 12 juin, il pesait 54 kilogs, le 24 juin, 57 kilogs. En 34 jours, le malade avait donc augmenté de 9 kil. 500; le 16 juillet, le poids du malade atteint même 59 kil. 500. Quelques jours après, le drain tombe, la plaie se referme, et l'on croit un instant à la guérison, mais une fistule apparaît bientôt; quoi qu'il en soit, cette fistule finit par se tarir, et le 24 octobre, la fistule étant fermée depuis un mois, le malade sort de l'hôpital complètement guéri.

Envisagée dans son ensemble, cette observation est loin de représenter un résultat favorable, un exemple de guérison rapide; mais au point de vue qui nous occupe, elle renferme un enseignement; nous voyons, en effet, l'état du malade, tout d'abord amélioré par la pleurotomie, devenir bientôt stationnaire, puis, après une résection costale partielle, on assiste à une véritable résurrection.

L'influence heureuse de la résection costale n'est-elle pas évidente dans ce cas, et ne peut-on pas conclure que, pratiquée dès les premiers jours, elle eût prévenu le rétrécissement de l'espace intercostal, la rétention des sérosités, la formation des adhérences, et fortement accéléré ainsi la guérison?

(1) *Bulletin de la Soc. de chir.*, 1884.

Dans le traité de l'empyème de Bouveret, nous relevons deux cas où la résection costale fut pratiquée quelque temps après la pleurotomie pour obvier aux inconvénients de l'incision simple. L'une appartient à Wagner (1) qui, deux jours après l'opération, dut enlever un fragment de la 10e côte pour évacuer des grumeaux fétides.

L'autre appartient à Starke (2) qui pratiqua la résection costale le 5e jour, et parvint à extraire un amas de fausses membranes en putréfaction.

Dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* (24 mars 1894), nous relevons une observation très intéressante et instructive du docteur Guillemot où l'auteur montre l'influence favorable exercée par une résection costale secondaire sur l'évolution ultérieure de la pleurésie purulente. Voici le résumé de cette observation :

Une femme de 40 ans, alitée depuis le 13 mai 1891, entrait le 18 juillet à l'hôpital de Thiers, et y subissait le même jour la pleurotomie (6e espace gauche). Le 27 août, elle retourne chez elle convalescente ; la plaie était cicatrisée depuis quelques jours. Mais le 17 septembre, la cicatrice se rompait après des accès de toux et une fistule s'établissait.

Le 18 novembre, toute médication étant restée sans résultat, et une nouvelle pleurotomie n'étant pas possible à cause de l'effacement des espaces intercostaux, deux côtes (6e et 7e) furent réséquées sur une longueur de 5 centimètres chacune; on eut sous les yeux une cavité béante où un hystéromètre pénétrait en arrière et en haut à des profondeurs de 11, 13 et 17 cent. La cavité pleurale resta béante, et fut traitée comme un abcès. La malade, totalement guérie, reprit son service de garde-barrière le 11 février 1892.

L'auteur en conclut que, dans les empyèmes anciens, le poumon peut encore s'affranchir souvent de ses adhérences, et qu'avant de pratiquer l'effondrement de la poitrine réalisé par Estlander, il y aurait lieu d'attendre les résultats que peuvent donner des interventions moins radicales, telles que des résections costales limitées.

Nous plaçant à un point de vue différent, nous rangerons cette observation dans la catégorie des insuccès de la pleurotomie simple, elle nous montre en outre les avantages que procurent l'ouverture large de la paroi thoracique et le drainage suffisant de la cavité pleurale.

Toutes ces observations nous révèlent la part contributive de l'incision et de la résection dans la guérison de la pleurésie purulente. La pleurotomie fut insuffisante dès le début (Observ. de Wagner et de Starke); dans les deux autres cas (observ. personnelle et observ. de Guillemot), elle produisit une amélioration indiscutable qui confinait presque à la guérison : mais ensuite se développèrent des accidents que fit disparaître la résection costale. Or, si l'on considère que tout retard dans la cicatrisation du foyer pleural est une condition très désavantageuse pour l'avenir du malade, la résection costale partielle primitive nous apparaît comme une opération bien supérieure à la pleurotomie simple, dans le traitement de la pleurésie purulente. D'ailleurs, l'étroitesse de l'espace intercostal est d'une évidence mathématique; la hauteur des espaces intercostaux moyens est égale à 12 m/m, et cette dimension va même en diminuant du 4e au 8e espace; or c'est à ce niveau que l'on pratique, le plus fréquemment, l'incision de la pleurotomie.

Si l'on tient compte, en outre, de l'affaissement du thorax qui est la conséquence de l'évacuation du contenu pleural, de la rétraction inodulaire consécutive de la formation d'une hyperostose, au niveau de la côte inférieure, on conçoit très facilement que l'espace intercostal puisse après l'incision disparaître en partie, et ne laisser passer dans la plèvre qu'un drain filiforme impuissant à évacuer les sérosités.

Dans ces conditions apparaît une septicémie lente qui peut devenir l'origine de dégénérescences viscérales; enfin, s'établissent des adhérences solides qui empêchent l'expansion pulmonaire, et facilitent dans la suite la création de fistules permanentes.

On sait, d'ailleurs, qu'en présence d'un abcès volumineux, le chirurgien pratique une large incision, un drainage parfait, et maintient béante l'ouverture jusqu'à cicatrisation complète du foyer de l'abcès.

Or, la pleurésie purulente n'est qu'une variété d'abcès qui ne saurait échapper à la règle générale et qui doit être maintenu ouvert jusqu'à guérison totale.

Mais les complications à craindre dans le traitement de l'empyème ne sont pas toujours d'ordre septicémique et ne résultent pas constamment de la rétention de produits putrides. Lorsque la persistance de la fièvre, à la suite de la pleurotomie, oblige aux lavages de la plèvre, on peut voir survenir des accidents nerveux très graves, des syncopes, des convulsions éclamptiques qui parfois se terminent par la mort, et sur lesquelles Raynaud (1) a le premier attiré l'attention. Ces accidents semblent être produits par un réflexe ayant son point de départ dans la distension de la plèvre par le liquide de l'injection. Or, la résection costale est bien faite pour prévenir ces accidents, elle permet l'introduction dans la plaie d'un drain volumineux ou mieux de deux drains. Dans ces conditions, il s'établit, au moment de l'injection, un double courant qui prévient toute distension de la cavité pleurale.

La résection costale primitive est cependant passible d'une objection. Elle prolongerait la durée de la pleurotomie et nécessiterait la chloroformisation; or, la chloroformisation n'est pas une pratique prudente dans le cas d'épanchement pleurétique. Nous répondrons que la résection costale exige au plus trois ou quatre minutes : le décollement du périoste s'exécute très facilement, et deux coups de costotome sont bien vite appliqués. La chloroformisation n'est donc pas plus justifiable dans la résection costale que dans la pleurotomie simple. On peut d'ailleurs, grâce à la cocaïne, supprimer la douleur pendant le temps réellement pénible de l'opération, l'incision cutanée.

Je crois devoir faire remarquer, en terminant, que la résection costale primitive n'est pas une panacée de la pleurésie purulente. Celle-ci est très variée quant à sa nature; il n'existe pas une pleurésie purulente, mais des pleurésies purulentes, chacune d'elles étant abordable par des traitements différents. Je n'ai donc pas l'intention de juger le mode d'intervention (ponction ou incision). Ce que j'ai cru pouvoir discuter, c'est l'acte opératoire de la pleurotomie; à notre avis, toute pleurotomie n'est réellement complète que lorsqu'elle est accompagnée de la résection d'un fragment de côte.

---

(1) *Sammlung Klin. Vortræge von Volkmann*, 1881.
(2) Starke, *Charité Annalen*, T. V., 1878.

(1) *Soc. méd. des hôpit.*, 1875.

REVUE DES CONGRÈS

62e RÉUNION ANNUELLE DE L'ASSOCIATION MÉDICALE DE GRANDE-BRETAGNE

Tenue à Bristol du 31 *juillet au* 3 *août* 1894.

Grossesse extra-utérine.

M. Cullingworth. — On est généralement d'accord aujourd'hui sur la conduite à tenir dans le cas de grossesse extra-utérine avancée, quand l'enfant est mort. En revanche, on n'est pas d'accord sur le traitement pour les cas où l'enfant est vivant. Les difficultés et les dangers de l'ablation du placenta sont tels que, récemment, on proposait encore de n'intervenir qu'après la mort de l'enfant et l'arrêt complet ou partiel de la circulation placentaire. On a beaucoup cherché pour sauver à la fois la vie de l'enfant et celle de la mère. Certains auteurs ont proposé le décollement pur et simple du placenta, avec divers moyens pour empêcher l'hémorrhagie. Cette ligne de conduite ne peut être adoptée avec impunité que si on peut atteindre les vaisseaux qui vont au placenta, et les lier à l'avance. On peut d'autre part laisser le placenta en place; dans ce cas, d'ordinaire, on suture les parois du sac aux bords de la plaie abdominale ou encore on ferme l'incision abdominale, excepté à son angle inférieur; dans les deux cas, on laisse pendre le cordon au dehors. Mais à la suite d'un pareil traitement, il y a un écoulement fort abondant, et il se produit des mortifications de tissu qui sont fort dangereuses. On a alors proposé de couper le cordon au niveau de son insertion sur le placenta et de fermer complètement la plaie abdominale, laissant le placenta *in situ*. Le placenta ensuite ou bien se résorbe progressivement ou bien est enlevé dans une seconde opération. Cette façon de faire a été préconisée par Lawson Tait; il dit en effet que le mode de fixation du placenta d'une grossesse extra-utérine est différent de celui d'une grossesse normale; tandis que dans un accouchement normal, après la séparation du placenta, la matrice revient sur elle-même et se contracte arrêtant l'hémorrhagie, rien de semblable n'a lieu dans la grossesse extra-utérine. De plus, Lawson Tait attire l'attention sur les cas de grossesse extra-utérine où les femmes ont indéfiniment continué à se bien porter après le terme normal de la gestation. Cela prouve que tous les tissus du fœtus, excepté peut-être les os, peuvent être résorbés. Dans ce processus de résorption, le placenta est généralement le premier tissu à disparaître. Aussi Lawson Tait conseille-t-il, lorsque l'on a affaire à une grossesse extra-utérine avancée, de ne s'occuper que du fœtus, de se contenter de vider le placenta du sang qu'il contient, et de fermer complètement la plaie. Si la résorption ne se fait pas, on peut, par une seconde opération, enlever le placenta. Olshausen, Bland Sutton, Taylor et beaucoup d'autres se sont rangés à cette opinion. Je vous rapporte l'observation suivante qui a trait à une grossesse extra-utérine que j'ai traitée par cette méthode.

Une femme de 33 ans entra à l'hôpital le 25 septembre 1893. Elle était pâle, émaciée. Elle avait accouché 13 ans auparavant; et il y a 3 ans, elle avait fait une fausse-couche de cinq mois. Elle avait eu ses dernières règles en mars ou en avril 1893. En mai, elle eut une crise de douleurs abdominales s'accompagnant d'une légère hémorrhagie. Il y avait à ce moment plusieurs symptômes de grossesse : des troubles gastriques, de l'augmentation de volume des seins, une pigmentation de l'aréole, un écoulement blanchâtre par le vagin. Au milieu d'août, nouvelle crise douloureuse au niveau de l'abdomen, surtout du côté droit. Au milieu de septembre, apparaissent des douleurs analogues à celles du travail accompagnées d'un écoulement vaginal hémorrhagique assez abondant. A ce moment, l'abdomen était distendu par une volumineuse tumeur, irrégulière, s'étendant des pubis à quelques centimètres au-dessus de l'ombilic; on percevait les mouvements du fœtus et les battements de son cœur. Je crus alors à une grossesse intra-utérine, d'autant que la malade alla très rapidement mieux. Elle demeura en bonne santé d'octobre 1893 au 5 janvier 1894; cependant, elle maigrit et s'affaiblit pendant cette période. Le 5 janvier, elle fut prise dans la matinée de douleurs aiguës dans l'abdomen, accompagnées de vomissements qui continuèrent jusqu'au 13 janvier. Les douleurs avaient un caractère paroxystique comme celles du travail. Ces douleurs se succédaient avec une rapidité croissante et, de temps en temps, devenaient même continues. La malade s'affaiblit assez vite et maigrit encore. Il n'y avait aucun écoulement par le vagin. Les intestins fonctionnaient normalement. L'enfant était vivant. On put constater que l'utérus était vide et placé en arrière et à gauche du fœtus. La tête de ce dernier occupait la fosse iliaque gauche; le dos était dirigé en haut et à gauche; le siège en haut et à droite. Les battements du cœur du fœtus s'entendaient à cinq centimètres au-dessous et à gauche de l'ombilic. Par le toucher vaginal, on sentait le col élevé et béant; l'utérus était vide; ses parois étaient rudes au toucher et molles. On sentait en arrière de la symphyse une masse peu mobile et qu'on sut plus tard être une partie du placenta.

Le soir même, on anesthésia la malade et on fit une incision sur la ligne médiane de l'abdomen. On trouva le fœtus entouré de ses membranes dans la cavité péritonéale et entouré dans sa partie inférieure des restes du sac rompu. La position du fœtus était bien celle qu'on avait diagnostiquée. On incisa les membranes et le liquide amniotique très peu abondant s'écoula. On fit alors l'extraction de l'enfant qu'on saisit par la tête. On attira les membranes hors de l'abdomen et on en coupa la plus grande partie avec des ciseaux; on plaça des pinces sur le bord ainsi sectionné. La portion profonde du sac était adhérente; le placenta était situé surtout en arrière, en bas et à droite. On épongea avec soin la cavité amniotique; le cordon fut lié et sectionné au voisinage du placenta. Les bords des membranes sectionnées furent partiellement suturés; on sutura ensuite la plaie abdominale. Pas de lavage, pas de drainage. La malade ne perdit que peu de sang et ne présenta pas de symptôme de choc au cours de l'opération. L'enfant pesait cinq livres, était normalement constitué et avait ses deux testicules descendus dans le scrotum. L'âge de la grossesse paraissait être de huit mois.

L'opérée alla assez bien pendant trois semaines; il n'y eut pas de vomissements; au début, l'urine contint un peu d'albumine qui alla en diminuant progressivement. A la fin de la première semaine, il y eut un peu de fièvre; le placenta formait une tumeur atteignant le niveau de l'ombilic. Le 11e jour la plaie de l'abdomen était complètement guérie. Le 24e jour, il y eut un frisson suivi de vomissements; puis il y eut de la fièvre; la malade perdit son appétit et se plaignit de douleurs abdominales. Il y avait là des signes de résorption septique et la malade allait de plus en plus mal. On résolut alors d'ouvrir à nouveau l'abdomen et d'enlever le placenta. Le 8 février, 36 jours après l'opération, on fit une incision sur la ligne médiane; l'intestin grêle et l'épiploon adhéraient au sac. On désinséra le placenta, ce qui donna issue à une notable quantité de liquide purulent, paraissant provenir des restes du sac amniotique. La perte de sang fut très peu considérable. On fit la transfixion du ligament large droit et on le sutura à l'aide d'un double fil de soie. On enleva alors le placenta par section; on vit de cette façon que ce placenta adhérait à la face postérieure de la vessie et à l'utérus. On lia plusieurs vaisseaux dans le pédicule et on fit un lavage avec une solution boriquée chaude. Une petite portion d'épiploon qui était adhérente, fut liée et réséquée. On sutura la plaie et on draina. La malade supporta assez bien l'opération. Mais deux heures après, elle tomba brusquement dans le collapsus et elle mourut 7 heures après l'opération. Le placenta était normal et ne présentait aucun point suppuré.

A l'autopsie, on ne trouva aucun signe d'hémorrhagie ou de péritonite récente; il y avait autour des annexes, surtout à gauche, des signes d'ancienne péritonite adhésive. Les organes pelviens étaient recouverts d'une mince couche de caillots; l'utérus était normal; la vessie présentait en arrière une région tomenteuse au niveau de laquelle s'insérait le placenta. La trompe droite faisait partie du pédicule de la tumeur; l'ovaire droit était normal. La trompe gauche était atteinte de salpingite, l'ovaire gauche était sain. L'uretère droit et le bassinet étaient peu dilatés, mais le rein correspondant était normal. On ne trouva pas trace de thrombose dans les branches de l'artère pulmonaire. L'enfant vécut jusqu'au 1er septembre 1894; il paraît avoir succombé au défaut de soins et de bien-être.

mort de cette femme me paraît devoir être attribuée au et me paraît s'expliquer par le mauvais état général de la malade dû à la pauvreté dans laquelle elle vivait depuis bien des années. Cet accident ne me paraît donc pas devoir faire rejeter ce mode d'intervention dans les grossesses extra-utérines avancées.

VIII° CONGRÈS INTERNATIONAL D'OPHTHALMOLOGIE

Réuni a Edimbourg du 7 au 11 août 1894.

Présidence de M. A. Robertson.

Ophthalmie sympathique après un sarcome de la choroïde.

M. Nieden. — Une jeune fille de 21 ans fut opérée d'énucléation pour une iritis plastique consécutive à un décollement de la rétine ayant amené des phénomènes sympathiques. L'œil énucléé contenait un sarcome sans pigment.

M. Deutschmann. — Dans cette pièce, que j'ai examinée, j'ai vu, à côté du sarcome, des micro-organismes qui avaient fusé jusque dans le tronc du nerf optique.

L'existence sur les deux yeux d'une iritis parle en faveur d'une diffusion des produits de l'infection qui, dans l'espèce, était de nature endogène.

Traitement de l'hydrophthalmie congénitale.

M. Stolting (Hanovre). — Je recommande les sclérotomies répétées faites sous le chloroforme, de manière à empêcher tout mouvement du malade. Je fais un pansement occlusif, le premier pendant trois jours, le second pendant deux jours seulement; à chaque pansement j'emploie le chloroforme. Au cinquième jour on commence à employer les myotiques et les compresses chaudes.

M. Gutmann. — L'iridectomie n'offre pas plus de dangers que la sclérotomie, pourvu qu'on se serve d'un couteau triangulaire et que l'on pénètre par la cornée et non par la sclérotique.

M. Pfluger. — Tous les procédés peuvent donner de bons résultats, le succès dépend d'eux-mêmes et de l'âge du malade.

M. Thier. — On peut, dans la plupart des cas, avoir de meilleurs résultats par la sclérotomie que par l'iridectomie.

M. Dufour. — Comme j'ai eu l'occasion d'observer divers accidents provoqués par les iridectomies que j'ai faites depuis vingt ans, je fais mon possible pour éviter les opérations importantes, quoique le succès immédiat soit indiscutable, et, après les cinq derniers cas que j'ai observés, j'ai trouvé que les instillations de pilocarpine et d'ésérine étaient dans la plupart des cas suffisantes pour maintenir assez basse la pression intra-oculaire, ce qui permet à la vision de rester stationnaire.

Si vous pouvez diminuer même pour peu de temps la tension intra-oculaire, vous améliorez l'hydrophthalmie, et si vous pouvez répéter la même chose pendant plusieurs mois et même deux ou trois ans, vous avez des chances pour maintenir l'hydrophthalmie stationnaire jusqu'à l'âge de 4 ans et après cet âge l'amélioration se produit généralement d'elle-même. D'ailleurs, si les myotiques sont insuffisants pour diminuer la tension oculaire, nous sommes obligés d'en venir à une opération.

M. Stolting. — On tend de plus en plus à abandonner l'iridectomie dans le traitement de l'hydrophthalmie; la sclérotomie au contraire a donné des succès même en des cas très défavorables. J'ai observé un malade qui avait perdu un œil à la suite d'une iridectomie et dont l'autre œil fut amélioré et même presque guéri par la sclérotomie.

Le meilleur mode d'emploi du mercure dans la thérapeutique oculaire.

M. Darier. — Lorsque le traitement général mercuriel est indiqué, je donne la préférence aux injections de sels solubles en général et en particulier à celles de cyanure de mercure. J'emploie des injections largement diluées répétées tous les jours ou tous les deux jours d'après les indications.

Lorsqu'il est impossible d'avoir le malade sous la main et qu'il n'y a pas de médecin pour faire les injections, les frictions sont indiquées. On obtient ainsi de bons résultats si l'on a soin de renseigner exactement son malade sur ce qu'il doit faire.

Les injections massives des sels insolubles doivent être réservées pour les cas où il y a déjà eu un traitement mercuriel assez prolongé et où le malade a montré une parfaite tolérance pour ce médicament.

Quant aux injections intra-oculaires, elles sont spécialement indiquées dans les affections graves du corps vitré, les infections traumatiques profondes, dans l'ophthalmie sympathique avancée, dans les troubles syphilitiques graves qui ont résisté à la fois au traitement général et aux injections sous-conjonctivales.

Les injections sous-conjonctivales ont de nombreuses indications: 1° c'est le moyen le plus puissant et le plus rapide d'assurer l'antisepsie dans les infections traumatiques et opératoires, dans les ulcères infectieux et dans les abcès de la cornée avec hypopion; 2° elles ont une action fortement résolutive sur la kératite parenchymateuse torpide, sur les exsudations de la choroïde, sur certaines iritis plastiques, lorsqu'il n'y a pas de stase veineuse très prononcée; 3° comme antisyphilitique, leur action est rapide et sûre contre les manifestations oculaires de la syphilis à tous leurs degrés.

M. Hess (Leipzig), dans une série d'injections sous-conjonctivales de sublimé faites chez des lapins, n'a jamais vu survenir aucune modification dans des abcès de la cornée à toutes les périodes de leur évolution. Il en a été de même pour les affections de la chambre antérieure ou du corps vitré.

M. Deutschmann a fait environ deux mille injections sous-conjonctivales de sublimé et se montre partisan de cette méthode. Dans les ulcères de la cornée elles sont préférables au fer rouge; dans les kératites interstitielles c'est le traitement qui réussit le mieux et qui diminue le plus la durée de la maladie. Dans les iritis aiguës, syphilitiques ou non, ce traitement réussit très bien, même quand on n'instille pas d'atropine pour se rendre compte de la valeur de la méthode. Au bout de huit jours de traitement il n'y a plus de synéchies. Dans les affections du nerf optique ces injections n'ont aucun effet. Dans les suppurations post-opératoires, il n'y a pas de meilleur moyen de sauver la situation.

M. Dufour. — Je puis affirmer que tous les avantages qui ont été mentionnés sont entièrement vrais.

Il est très intéressant de connaître l'expérience négative des Drs Bach et Hess, mais je n'hésiterai pas une minute à me servir de nouveau des injections, même si un chimiste ne peut trouver trace de sublimé dans l'œil. Cela prouve seulement que la quantité suffisante de sublimé est beaucoup plus petite que nous ne le croyons encore. M. Dufour rapporte deux cas, l'un dans lequel un éclat de fer, ayant pénétré dans la chambre antérieure, amena sur son pourtour une exsudation infectieuse et rapidement progressive; dans l'autre il s'agissait d'une exsudation dans l'humeur vitrée consécutive à une plaie accidentelle ayant traversé la cornée et l'iris.

M. Gutmann rapporte, au contraire, l'observation d'une irido-choroïdite spécifique intense et qui, au cours du traitement par les injections, fut compliquée d'une iritis aiguë très violente.

M. Bach confirme les conclusions de M. Hess. Sur 40 lapins mis en expérience, aucun n'a bénéficié des injections.

M. Chibret. — J'ai fait un grand nombre d'injections sous-conjonctivales de Hg-Cy dans la syphilis oculaire et notamment dans la kératite parenchymateuse syphilitique.

Dans ces cas, pratiquement et théoriquement, on ne peut constater leur efficacité. C'est dans la kératite parenchymateuse syphilitique que j'ai pu me convaincre que l'IK n'a pas la valeur spécifique du Hg. Les injections sous-conjonctivales de Hg-Cy étaient souvent suivies d'une amélioration qui a toujours fait défaut après celles d'IK.

Dans les infections par les coccus de la suppuration, l'effet des injections sous-conjonctivales est beaucoup plus discutable. Dans la kératite à hypopion, j'ai eu des résultats très inconstants. Mes insuccès sont trop nombreux pour que je puisse volontiers admettre une action antiseptique; je crois

que l'injection sous-conjonctivale agit peut-être autant par l'eau que par le Hg.

Si l'on veut bien distinguer l'infection syphilitique de l'infection suppurative, on est conduit à considérer les injections sous-conjonctivales comme une ressource souvent précieuse dans la syphilis oculaire, souvent précieuse dans l'infection suppurative. La première action est bien établie, la seconde a besoin de nouvelles recherches concernant les indications cliniques et le mode d'action.

M. Darier. — Pour répondre au Dr Bach, je dirai simplement que s'il n'a pas trouvé de mercure dans les liquides de l'œil après les injections sous-conjonctivales, trois autres expérimentateurs en ont toujours trouvé dans les mêmes conditions par l'électrolyse, ce sont MM. Bouhy, Gallemaerts et le professeur Joly. Quant aux expériences du Dr Hess, je dois dire qu'elles sont très intéressantes, elles montrent que les lapins ne sont pas aptes à profiter de la thérapeutique sous-conjonctivale. Heureusement, nous avons rarement affaire avec de pareils malades.

Cliniquement, tous ceux qui ont pratiqué des centaines d'injections en sont très satisfaits. Ce sont seulement ceux qui n'en ont pratiqué que quelques-unes qui sont opposés à cette thérapeutique. Ils sont dans la première période que j'ai traversée avant d'être apte à connaître les indications et les contre-indications des injections sous-conjonctivales.

Je leur conseillerai simplement de continuer leurs expériences et, lorsqu'ils en auront fait des centaines, je suis sûr qu'ils en seront satisfaits comme je le suis moi-même.

Peut-être me suis-je montré un peu trop enthousiaste au début de mes premières publications, mais les indications des injections sous-conjonctivales prendront bientôt leur vraie place et leurs applications précises.

Recherches sur la correction opératoire de la myopie élevée.

M. Thier (Aix-la-Chapelle) a fait 38 fois cette opération, 11 fois sur les deux yeux d'un même malade, 16 fois d'un seul côté. Presque toujours, il y a eu une amélioration notable de l'acuité visuelle. L'auteur a opéré des malades en discisant largement le cristallin avec le couteau, dans toute son épaisseur.

M. Fukala fait aussi la discision et repousse l'extraction primitive. L'extraction brusque du cristallin amène, en effet, dans l'œil, une détente subite qui entraîne une hyperhémie dangereuse de la choroïde.

M. Schmidt-Rimpler. — Il faudrait voir ces malades longtemps après l'opération, ce qui n'a pas encore été fait. Chez une malade opérée de discision sur un œil, la myopie a évolué de la même manière sur les deux yeux, amenant les mêmes lésions choroïdiennes. On en pourrait conclure que, chez les jeunes gens, il est préférable d'opérer les deux yeux.

M. Pfluger. — J'ai fait 40 fois cette opération qui m'a toujours donné de bons résultats. Les lésions choroïdiennes ne sont pas, pour moi, une contre-indication; en effet, il y a bien peu de myopies élevées qui n'en soient accompagnées. Chez les adultes, il faut surveiller l'état de la tension oculaire après la discision et, au besoin, la régler au moyen de ponctions. Je n'oserais pas disciser largement le cristallin au couteau, comme le fait M. Thier, de crainte de voir le corps vitré pénétrer dans la chambre antérieure et s'écouler au dehors.

M. Thier. — Une large discision a pour résultat de hâter la résorption du cristallin, et, d'autre part, une bonne antisepsie rend l'issue d'un peu du corps vitré peu dangereuse. C'est le meilleur moyen d'avoir une pupille absolument pure, sans cataracte secondaire. La contraction de la capsule amène parfois des tiraillements du tractus uvéal et une irritation que nous évitons avec une discision totale.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 janvier 1895.

Présidence de MM. J Rochard, président sortant, et Empis, président pour 1895.

Première constatation de la transmission des propriétés immunisantes et curatives par le sang des animaux immunisés.

M. V. Babès (de Bucharest) revendique la priorité des deux faits suivants :

1° L'on peut transmettre aux animaux susceptibles l'immunité contre une maladie infectieuse au moyen du sang des animaux fortement immunisés contre cette maladie (M. Babès a établi ce fait en 1889 pour la rage, en collaboration avec M. Lepp);

2° Cette méthode empêche l'éclosion de la maladie même chez les animaux auxquels le virus a été inoculé antérieurement au traitement d'une manière effective (1889).

Comité secret.

Sur le rapport de M. Magnan, l'Académie établit comme suit la liste de présentation à la place déclarée vacante dans la section d'hygiène publique, médecine légale et police médicale : 1° M. Motet; 2° M. Napias; 3° *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Du Cazal, Laugier, Le Roy des Barres et A.-J. Martin.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 janvier 1895.

Présidence de M. Lucas Championnière.

Abcès cérébraux d'origine otique.

M. Picqué, à propos du procès-verbal, soutient, contrairement à M. Gérard Marchant, que les abcès cérébraux d'origine otique doivent être étudiés à part. Quant à la fréquence des abcès intra-céphaliques, il faudrait connaître le total des abcès intra-crâniens et la proportion des abcès d'origine otique. Or depuis que l'attention se trouve attirée sur cette nouvelle étiologie, on a trouvé que la fréquence des abcès d'origine otique est plus grande qu'on ne le croyait.

Traitement des polypes naso-pharyngiens.

M. Berger fait un rapport sur une observation de polype naso-pharyngien extirpé par la voie nasale, adressée par M. Calot (de Berck-sur-Mer).

Il s'agit dans cette observation d'un garçon de 14 ans dont le polype naso-pharyngien fut traité dans un service de l'hôpital Lariboisière par les méthodes de douceur à travers la voie naso-pharyngienne. Comme l'enfant était très affaibli, il fut envoyé à Berck où M. Calot pratiqua l'extirpation par la voie nasale suivant la méthode d'Ollier. L'hémorrhagie assez abondante fut arrêtée par le tamponnement laissé en place pendant 10 heures. Guérison complète depuis 2 ans.

L'observation très courte de M. Calot contient plusieurs faits qui paraissent discutables à M. Berger. M. Calot admet notamment que le petit malade, qui était somnolent au moment de l'opération, avait un prolongement intra-crânien du polype, à travers la fente sphénoïdale. M. Berger dit que les phénomènes étaient trop peu accusés pour admettre une compression centrale et que l'envahissement du crâne se fait ordinairement par les cellules ethmoïdales et les sinus maxillaires. Tout au plus pourrait-on admettre dans l'observation de M. Calot un envahissement de la fente ptérygo-maxillaire.

En second lieu, M. Calot intitule son observation : sarcome naso-pharyngien, sans apporter de preuves à l'appui. L'examen histologique de la tumeur n'a pas été fait, et un grand nombre d'observations de sarcomes naso-pharyngiens se trouvent, d'après M. Berger, dans le même cas.

Enfin la voie nasale, surtout avec l'incision d'Ollier, est par trop déformante. La voie elle-même est trop éloignée et trop étroite quand il s'agit de polypes volumineux. En somme,

M. Berger, en fait de voie, préconise la voie palatine, et, quand elle est impossible, la voie maxillaire.

M. Kirmisson accepte toutes les critiques de M. Berger. Personnellement il a vu deux cas d'envahissement du crâne : dans l'un par le sinus frontal, dans l'autre par les cellules ethmoïdales.

La voie nasale est en effet défectueuse. Elle donne de bons résultats quand la tumeur est petite, mais M. Kirmisson ne pense pas que l'on puisse enlever un gros polype par cette voie. Encore une fois, voie palatine pour l'énorme majorité des cas et cure lente.

M. Bazy a observé un cas de polype angiomateux naso-pharyngien dont l'ablation faite par la voie nasale donna lieu à une hémorrhagie mortelle. La tumeur avait envahi le sinus caverneux.

M. Picqué cite un cas d'ablation de polype naso-pharyngien après résection centrale du maxillaire.

Phlegmons ombilicaux.

M. Tillaux fait un rapport sur une observation de phlegmon sous-cutané sous-ombilical envoyée par M. Maret (Honfleur).

Dans ce cas, il s'agissait d'un diabétique dont l'ombilic très profond renfermait un calcul. Il y eut de la lymphangite, puis formation d'un abcès sous-cutané qui fut ouvert.

M. Tillaux relève à cette occasion la fréquence des phlegmons ombilicaux sous-cutanés. Sans mettre en doute l'existence des phlegmons sous-péritonéaux décrits par M. Heurteaux, M. Tillaux pense qu'ils sont extrêmement rares et que, grâce au siège très profond de ces abcès sous-cutanés, on croit à tort, après l'ouverture de la collection, se trouver sur le péritoine.

M. G. Marchant a observé deux cas de phlegmons péri-ombilicaux. Dans un cas, l'abcès siégeait manifestement derrière la gaine du muscle droit. Dans l'autre cas, avec un siège également sous-péritonéal de l'abcès, le pus renfermait des gonocoques.

M. Segond a observé deux cas d'abcès sous-péritonéaux chez des individus très gras. **M. Peyrot** en cite deux autres.

M. Richelot a observé un cas d'abcès sous-péritonéal d'origine tuberculeuse et pense que les abcès de M. Heurteaux sont fréquemment dûs à la tuberculose.

M. Tuffier cite un cas où l'abcès ombilical avec le siège assigné par Heurteaux était dû à une appendicite.

Fibro-sarcome de la gaine du long péronier latéral.

M. Tillaux résume brièvement une observation adressée sous ce titre par M. Broca.

Il s'agit d'un enfant auquel M. Broca extirpa un petit fibrome de la plante du pied. Comme la tumeur récidiva, M. Broca a été amené à pratiquer l'amputation du pied. L'examen histologique de la pièce fait par M. Pilliet montra qu'il s'agissait d'un fibro-sarcome.

M. Pozzi présente les annexes d'une femme opérée pour une salpingite suppurée. Cette femme a été auparavant massée, et sur les pièces on voit que le massage a donné lieu à la formation d'un abcès péri-annexiel et à la transformation du pyosalpinx en hématosalpinx. C'est un des méfaits du massage.

MM. Bouilly, Richelot, Routier, Championnière citent des faits analogues. On décide d'aborder dans une prochaine séance une discussion sur les indications du massage en gynécologie.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance de décembre 1894.

Symphyséotomie.

M. Bar présente une femme opérée d'urgence de symphyséotomie, il y a 46 jours. C'était une primipare mesurant 1 m. 26 de haut, avec un bassin de 8 cent., plus petit du côté gauche. Après la section des pubis, M. Bar laissa l'accouchement se faire spontanément et la parturiente expulsa un enfant de 3.200 grammes. 46 jours après l'opération, cette femme ne présente pas de consolidation de la symphyse pubienne. Elle ne paraît pas souffrir. M. Bar connaît trois opérées de symphyséotomie qui de ce fait sont devenues pour ainsi dire impotentes.

M. Guéniot rapporte qu'une de ses opérées fut symphyséotomisée une seconde fois par M. Potocki qui a rencontré des difficultés pour pénétrer dans l'interligne articulaire : en arrière de la symphyse se trouvait une épaisse plaque de tissu fibreux qu'il a fallu couper.

M. Budin. — M. Bonnaire aurait pu citer le cas d'une femme chez laquelle la symphyséotomie avait été faite une première fois par M. Budin. Cette femme, redevenue enceinte, se présentait au terme de sa grossesse. Il ne s'écoula pas une demi-cuillerée de sang. Quand on voulut espacer les branches pubiennes pour en obtenir l'écartement, on ne put arriver qu'à avoir un écartement de 3 à 4 centimètres. Cela tenait justement à ce que derrière les pubis il s'était formé une plaque épaisse de tissu fibreux extrêmement résistant qu'il aurait fallu sectionner.

Enfant né à 6 mois.

M. Villemin lit l'observation d'un enfant âgé de deux ans, né avant le sixième mois de la grossesse. La date exacte de la dernière époque menstruelle de la mère multipare, la date des premiers mouvements actifs, le poids de l'enfant (950 grammes), son aspect (on pouvait distinguer les anses intestinales à travers la paroi abdominale), etc., tout concordait.

M. Guéniot trouve le fait extraordinairement rare et demande que les détails soient consignés avec soin dans l'observation. Il lui avait paru démontré jusqu'ici, surtout par les recherches de M. Rémy, qu'un enfant de 5 mois ou 5 mois et demi ne peut vivre. Jusqu'à 6 mois, en effet, selon M. Rémy, les alvéoles pulmonaires sont inaptes à remplir leurs fonctions.

M. Maygrier a, dans son service, un enfant né à 6 mois dont le poids est tombé actuellement à 770 grammes. Il a aujourd'hui 7 ou 8 jours et vit.

M. Budin, qui a suivi au début l'enfant dont M. Villemin a lu l'observation, dit que les dates sont précises. Il ne pensait pas qu'il fût possible de l'élever. Etant interne à la Maternité, il a examiné des enfants de 6 à 7 mois ayant vécu deux ou trois jours. Chez eux, les cellules épithéliales comblent les cavités alvéolaires et le poumon plongé dans l'eau tombe au fond du vase. Cette observation est intéressante encore au point de vue médico-légal : L'enfant n'ayant pas 6 mois, on pouvait, non d'après le règlement de police en vigueur à Paris, mais d'après la loi, ne pas le déclarer.

M. Charpentier a eu dans sa clientèle un enfant né prématurément, pesant 1040 gr. Il croyait si peu que le nouveau-né pût vivre, qu'il l'avait déposé dans une cuvette pendant qu'il donnait ses soins à la mère. Ces soins terminés, comme l'enfant vivait encore, il l'enveloppa d'ouate. Le lendemain, grand fut son étonnement de le retrouver vivant. Il le fit mettre alors dans une petite chambre bien chauffée. Cet enfant fut élevé d'abord à la cuiller avec du lait de femme. Le douzième jour, il put prendre le sein et il s'est très bien développé. Or, il n'avait certainement pas plus de six mois et demi.

M. Petit lit une longue communication sur 188 cas de petite chirurgie gynécologique pour lésions de l'endométrium.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MEDICALES DE LYON

Actinomycose.

Séance du 12 décembre 1894.

Présidence de M. Colrat.

M. Bérard, interne des hôpitaux, présente un malade du service de M. le professeur Poncet, atteint d'actinomycose de la région cervicale. C'est un homme de 57 ans ; dans ses antécédents, on ne note ni syphilis, ni tuberculose.

Les premiers accidents datent de septembre 1893. Le malade entra à l'hôpital pour une tuméfaction fluctuante adhérente au larynx, développée sur le bord interne du

muscle sterno-cléido-mastoïdien à droite. Une incision donna issue à une sérosité purulente et la guérison survint.

La malade, trois mois après, rentrait avec une nouvelle collection développée au même endroit. Nouvelle incision. Nouvelle guérison.

En juillet 1894, le malade revint encore avec une collection séro-purulente dans la région sous-occipitale droite, évacuée par l'incision. Il présentait déjà un plastron le long du sterno-mastoïdien droit. On songeait, en raison de la dyspnée et de la dysphagie, à une périchondrite d'origine syphilitique ou tuberculeuse ou encore à un néoplasme en voie de suppuration.

Le malade est ramené d'urgence de Longchêne à la clinique chirurgicale pour des menaces de suffocation. On se tient prêt à pratiquer la trachéotomie pendant deux jours. La respiration redevient plus facile.

Il y a 15 jours, l'examen du pus, pratiqué suivant le désir de M. Jaboulay, révéla des actinomyces.

Actuellement, il existe, à la région antérieure du cou, des fistules et un plastron s'étendant d'un sterno-mastoïdien à l'autre, s'arrêtant au niveau de l'os hyoïde. Le maxillaire n'est pas atteint.

Le malade est atteint de dysphagie intense due à un rétrécissement de l'œsophage. La respiration est facile, malgré un bruit de cornage.

M. Dor. — Ce malade est entré à la clinique, il y a un an, avec des symptômes de laryngite ou de tumeur du larynx. Le diagnostic porté fut celui de syphilis probable.

Il a recherché les cas publié à l'étranger et ceux connus à Lyon. En comparant ces chiffres, il conclut que l'actinomycose n'est pas plus fréquente en Suisse ou en Allemagne qu'en France.

M. Poncet. — Ce malade est un beau spécimen de lésions actinomycosiques anciennes. Chez lui on retrouve cette association de signes sur lesquels j'ai déjà eu l'occasion d'appeler votre attention, c'est-à-dire, des abcès, des fistules, en un mot des lésions inflammatoires et, en même temps, des indurations étendues, faisant naître l'idée d'un néoplasme.

Parmi les sept actinomycosiques de mon service qui vous ont été présentés cette année, la plupart offraient cet ensemble symptomatique. A côté d'un processus plus ou moins destructeur se trouve un processus plastique s'étendant au loin. Cette association de lésions me paraît avoir une véritable valeur diagnostique.

A en juger par les faits, relativement nombreux, que nous avons observés cette année, il semble que l'actinomycose soit aussi fréquente en France qu'à l'étranger. Il suffit probablement de savoir rechercher les actinomyces.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE HAMBOURG

Séances des 27 novembre et 11 décembre.

Extirpation de l'utérus par la voie sacrée.

M. Wiesinger trouve que la voie sacrée pour l'hystérectomie des utérus carcinomateux présente l'avantage de permettre d'intervenir dans les cas très avancés quand l'hystérectomie vaginale ou abdominale ne sont plus possibles. La méthode para-sacrée préconisée par Wœlfler, Zuckerkandl et plus particulièrement par Schuchardt, n'est applicable qu'aux cas tout à fait légers. Dans les carcinomes avancés, la voie sacrée est la seule qui donne encore des résultats favorables.

On a renoncé, à juste raison, à l'opération primitive de Kraske à cause de ses inconvénients immédiats et tardifs, et aujourd'hui on donne la préférence à la résection temporaire du sacrum ou du coccyx telle qu'elle a été successivement perfectionnée par Kocher, Heinecke, Rydygier, Lévy, Schlange et Hegar. Le procédé d'Hegar est le meilleur et dans les cas particulièrement graves on peut combiner la méthode d'Hegar avec l'incision de Schuchardt.

Au point de vue de la technique opératoire, il s'agit avant tout de ménager les uretères. Aussi M. Wiesinger conseille-t-il de les isoler dès le début. Si par hasard on blessait l'uretère, on peut faire soit la néphrectomie (Budinger), soit l'implantation du bout du central dans la vessie ou le rectum (Kuster), soit enfin la suture sur une sonde (Tauffer).

L'avantage principal de la voie sacrée, c'est que, contrairement aux autres procédés d'hystérectomie, l'utérus carcinomateux ulcéré le plus souvent n'est abordé qu'en dernier lieu, si bien que la plaie se trouve à l'abri de l'infection cancéreuse.

L'utérus une fois extirpé avec ses annexes, on suture le péritoine, on rabat le lambeau ostéoplastique et on ferme la plaie sans drainer.

Personnellement, M. Wiesinger a utilisé la voie sacrée dans 24 cas : 8 fois par le procédé de Schuchardt, 15 fois par la résection temporaire du sacrum, 1 fois par la combinaison de ces deux méthodes. Sur les 8 opérées par la méthode de Schuchardt, aucune ne succomba. Sur les 16 autres cas on a eu 3 morts par shock opératoire. Dans 3 cas de carcinome inopérable, l'opération n'a pas été terminée.

M. Schede croit que le moment n'est pas loin où l'on admettra en principe que les cancers utérins doivent être opérés largement. Aujourd'hui, la résistance vient des gynécologues, et s'ils produisent des statistiques plus favorables que celles des chirurgiens, c'est qu'ils opèrent des cas légers.

Depuis cinq ans M. Schede ne se sert que de la voie sacrée en n'intervenant d'une façon radicale que lorsque les annexes des deux côtés ne sont pas infiltrées. Dans ces conditions on a encore 10 0/0 de guérisons définitives. L'incision de Schuchardt peut être utilisée dans tous les cas, tout aussi bien au début du cancer que dans les cancers avancés. Autrement M. Schede a recours au procédé de Rydygier qu'il préfère à celui d'Hegar, parce qu'avec le premier la nutrition du lambeau ostéo-cutané est mieux assurée et l'on n'a pas à craindre la nécrose secondaire.

Les uretères sont assez souvent pris en même temps que l'utérus. Si l'on trouve l'uretère malade, il faut l'extirper avec le rein correspondant après s'être assuré, avant l'opération, de l'intégrité du second rein. En cas de blessure de l'uretère, M. Schede fait la néphrectomie, car l'implantation dans la vessie échoue presque toujours.

M. Kummel n'opère pas non plus tous les carcinomes et s'assure d'abord de l'état des annexes. Comme la récidive tient à une infection par contact, il a renoncé au bistouri pour se servir exclusivement du thermo-cautère.

Comme méthode opératoire, M. Kummel préfère celle de Schuchardt. Si elle n'est pas applicable, il fait la laparotomie.

M. Stande admet également qu'il ne peut opérer que les cas où les annexes ne sont pas infiltrées. Dans ces conditions, la voie sacrée donne des résultats très remarquables.

M. Wiesinger se défend d'avoir préconisé l'opération dans *tous* les cas. Seulement, il pense qu'il faut intervenir quand même on n'est pas certain d'enlever toutes les parties malades.

En somme, il soutient que la voie vaginale se prête mal à l'ablation de l'utérus carcinomateux, qu'elle ne doit être utilisée que dans les cas exceptionnels et que la méthode de choix est la réection du sacrum. Le procédé de Schuchardt est excellent pour les cas d'intensité moyenne; mais dans les cancers étendus, la méthode d'Hégar est celle qui réussit le mieux.

M. Prochownik ne partage pas l'opinion de M. Wiesinger sur la voie vaginale. Au contraire, l'hystérectomie vaginale est pour lui la méthode par excellence dans les cas où l'utérus est encore mobile et les annexes libres.

Quant aux indications de l'intervention, M. Prochownik pense que l'infiltration légère des annexes doit faire renoncer à l'opération. Maintenant, si l'on intervient malgré une infiltration étendue des annexes, l'incision de Schuchardt n'est plus suffisante : il faut suivre franchement la voie sacrée ou faire la laparotomie.

M. Lauenstein se prononce également pour la voie vaginale en cas d'utérus mobile et de vagin court et large. L'inconvénient principal de la méthode de Schuchardt, c'est que le traitement post-opératoire est considérablement allongé.

M. Stande maintient que l'infiltration des annexes est une contre-indication de l'intervention. D'une façon générale, la méthode sacrée ne donne pas de résultats brillants. Sur

les 28 hystérectomies par voie sacrée publiées par Schede en 1890, on compte 8 morts survenues, soit immédiatement, soit peu de temps après l'opération, 3 morts par récidives et 8 récidives assez rapides. Sur les 14 opérées qui vivaient encore, chez 9, l'opération ne datait que de 6 mois. De plus, un grand nombre de ces opérées ont guéri avec des fistules. Ces faits montrent ce que vaut la méthode sacrée. Si l'on veut avoir de meilleurs résultats, les indications de l'intervention doivent être plus surveillées.

M. Wiesinger et **M. Schede** protestent contre la façon dont M. Stande a présenté la statistique en confondant les cas inopérables, graves et légers. M. Schede avoue qu'il y a trois ans, quand il a commencé à utiliser la voie sacrée, il établissait assez largement les indications de l'intervention. Actuellement, il est devenu plus conservateur pour ainsi dire, et ses résultats sont devenus meilleurs au point de vue de la durée de la guérison. Depuis deux ans, M. Schede n'a pas eu une seule fistule.

RÉUNION LIBRE DES CHIRURGIENS DE BERLIN

Séance du 10 *décembre* 1894.

Chirurgie de l'estomac.

M. Langenbuch a eu récemment l'occasion de faire chez deux cancéreux l'extirpation presque totale de l'estomac.

Dans le premier cas il s'agit d'une femme de 58 ans arrivée à la clinique avec le syndrome classique de cancer de l'estomac avec tumeur dans l'hypogastre gauche, tumeur mobile nettement limitée.

A l'ouverture de la cavité abdominale, on trouva un estomac relativement petit et présentant sur sa paroi postérieure un cancer assez étendu.

Pas de métastases dans les organes voisins. L'estomac fut attiré au dehors, puis sectionné au niveau du pylore et au niveau du cardia, après séparation des deux épiploons. La partie enlevée présentait environ 7/8 de l'estomac, de sorte qu'après la suture de la portion pylorique à la portion cardiaque la cavité de l'estomac avait les dimensions d'un œuf de poule.

Craignant pour ses sutures, M. Langenbuch attira au dehors le nouvel estomac, le fixa dans la plaie après avoir passé sous sa face postérieure une bande de gaze iodoformée et ferma le reste de la plaie abdominale.

L'opération avait duré une heure trois quarts. Le soir la malade reçut un peu de lait. Le lendemain, fièvre de 39° qui ne persista que vingt-quatre heures. A partir du troisième jour la malade reçut de la viande. Convalescence rapide et guérison en trois semaines.

Dans le second cas, qui se rapporte à un homme de 56 ans, M. Langenbuch procéda de la même façon, c'est-à-dire qu'il enleva presque la totalité de l'estomac, sutura la portion pylorique à la portion cardiaque et fixa dans la plaie l'estomac rétabli. Dans ce cas les parois stomacales étaient extrêmement amincies, de sorte que, dès le début de l'opération, au moment où l'on attirait l'estomac au dehors, il se produisit une déchirure de la portion cardiaque, qui fut fermée par une suture. Malgré toutes ces difficultés, l'opération a pu être terminée.

Au troisième jour les sutures cédèrent et le pansement fut souillé par le contenu stomacal. On essaya alors d'alimenter le malade par une sonde passée dans le duodénum à travers l'orifice stomacal. Cet essai n'ayant pas réussi, le malade fut alimenté par le rectum. Mort au sixième jour d'inanition.

A l'autopsie on trouva une péritonite strictement localisée à l'endroit où les sutures n'ont pas tenu.

Le troisième cas où M. Langenbuch eut recours au traitement extra-péritonéal de la plaie stomacale, se rapporte à un homme de 62 ans atteint de cancer du pylore. Après la pylorectomie, la ligne de suture fut attirée dans la plaie et garantie en arrière par une bande de gaze iodoformée. Malheureusement le malade, qui était atteint de bronchite, avait des quintes de toux, les sutures antérieures se défirent, de sorte que l'alimentation n'a pu être faite que par une sonde introduite dans le duodénum. Mort par inanition vingt-trois jours après l'opération.

Pour M. Langenbuch, le traitement extra-péritonéal de la suture garantit à coup sûr de la péritonite.

M. Lindner trouve que la méthode préconisée par M. Langenbuch peut trouver rarement son indication, car lorsqu'on fait une résection étendue de l'estomac, il est fort difficile d'aboucher les deux segments. Il vaut mieux les fermer et terminer l'opération par une gastro-entérostomie.

M. Langenbuch soutient que cet abouchement ne présente aucune difficulté.

M. Hahn a aussi essayé de garantir la ligne de suture par une bande de gaze iodoformée dont il faisait sortir au dehors les deux bouts. Mais les résultats de ce procédé furent si peu satisfaisants qu'il y a renoncé.

Quant à la résection étendue de l'estomac, M. Hahn la considère comme très grave. Il préfère pour ces cas la gastro-entérostomie.

Ligature de la jugulaire pour otite avec pyohémie.

M. Langenbuch communique deux cas d'otite pyohémique où il a été obligé d'ouvrir l'apophyse mastoïde et le sinus transverse et lier la jugulaire.

La première observation se rapporte à une jeune fille de 17 ans sujette depuis son enfance à un écoulement de l'oreille droite, et qui brusquement est prise un jour de frissons avec fièvre allant à 41°7. On fit la trépanation de la mastoïde sans trouver de pus; le sinus transverse également ouvert ne renfermait que du sang d'apparence normale; la veine jugulaire n'était pas thrombosée, elle fut néanmoins excisée entre deux ligatures. L'opération eut pour résultat de faire cesser les frissons et de faire tomber la fièvre. Amélioration progressive, puis un mois plus tard arthrite suppurée du coude qui est ouvert et pansé. Quatre semaines plus tard, arthrite suppurée du poignet qui est à son tour ouvert et désinfecté. La malade a guéri.

M. Langenbuch ne saurait dire si les métastases existaient déjà avant la ligature de la jugulaire. En tous les cas, il se propose à l'avenir de lier dans ces faits non seulement la jugulaire interne, mais encore la jugulaire externe et la veine médiane du cou.

La seconde observation se rapporte a une femme de 31 ans sujette à une otorrhée gauche et qui 2 mois après son accouchement est prise de tuméfaction de l'apophyse mastoïde avec fièvre et frissons. Trépanation de l'apophyse mastoïde remplie du pus. Le jour même de l'opération la malade est prise de frissons, et pour éviter les métastases on pratique séance tenante la ligature de la jugulaire. La malade succomba 16 jours après l'opération. A l'autopsie on trouva une thrombose suppurée du sinus transverse.

M. Langenbuch pense donc que si l'on avait fait à temps le curettage du sinus, la malade aurait peut-être guéri.

M. Sonnenburg a, dans un cas analogue, chez une femme de 30 ans, lié la jugulaire et nettoyé le sinus thrombosé. La malade guérit en conservant une paralysie faciale.

Plaies de l'abdomen par armes à feu.

M. Sonnenburg. — Il s'agit d'un individu qui s'est tiré un coup de revolver dans la partie inférieure du thorax. L'orifice d'entrée de la balle se trouvait sous les fausses côtes gauches, et à l'examen on ne trouvait qu'une matité légère dans l'hypochondre gauche, un son tympanique au niveau du poumon gauche. On admit une perforation du diaphragme et de la plèvre, mais, l'état général restant satisfaisant, on n'intervint que trois heures plus tard quand le malade fut pris de vomissements biliaires. A l'ouverture de la cavité abdominale, on trouva 3 perforations intestinales, 2 perforations de l'épiploon et un commencement de péritonite. Cette observation montre donc avec quelle rapidité la péritonite évolue dans ces cas.

M. Kœhler a observé un malade qui s'est tiré un coup de revolver avec balle de 7 millimètres dans la partie inférieure du thorax, sous les fausses côtes. En l'absence de phénomènes péritonitiques, traitement par le repos et l'opium. Au cinquième jour le malade rendit la balle avec les selles.

On peut donc supposer que dans les petites perforations de l'intestin avec muqueuse faisant hernie à travers la plaie, le contenu intestinal ne s'écoule pas dans la cavité abdominale.

M. Israël a eu l'occasion d'observer un malade qui s'est tiré un coup de revolver sous les fausses côtes gauches. Immédiatement après, vomissements de sang et signes d'un

hémothorax à gauche. Comme le malade s'était tiré en même temps un coup dans la tête et présentait les signes d'une section complète des deux optiques, on n'intervint pas. Le malade guérit. La balle avait évidemment perforé l'estomac et le diaphragme.

M. Lindner a observé un malade qui s'était tiré un coup de revolver dans le creux épigastrique. D'après les personnes qui l'ont apporté à l'hôpital, le blessé aurait eu en route un vomissement de sang. L'examen montre pourtant que la balle avait frappé non pas l'estomac, mais la pointe du cœur. Le malade guérit. Plus tard il raconta qu'avant l'accident il avait bu plusieurs bouteilles de vin rouge, ce qu'on avait pris pour du sang n'était donc pas du sang.

M. Kœrte a eu l'occasion d'observer un malade qui s'était tiré un coup de revolver dans le ventre, à gauche de l'ombilic. Il eut un vomissement de sang et tomba dans le collapsus si complet que M. Kœrte admit que le malade s'était empoisonné en même temps. On n'intervint donc pas. Le malade resta 6 jours dans cet état comateux sans être alimenté, et finit par guérir.

M. Sonnenburg cite un cas de plaie de l'abdomen, où, en l'absence de phénomènes abdominaux, on n'intervint pas. Mort au dixième jour. A l'autopsie, péritonite par perforation de l'estomac.

REVUE DES JOURNAUX

Trêves et guérison de la tuberculose pulmonaire chez les arthritiques, par SARDA et VIRES (*Nouv. Montpellier médic.*, 1894, n° 6, p. 637). — 1° Des trêves se produisent dans l'évolution tuberculeuse chez les malades par ralentissement de la nutrition.

2° Les tubercules chez les arthritiques sont en foyers bien limités, peu étendus, évoluent lentement et successivement avec une tendance remarquable à faire du tissu fibreux ou des concrétions calcaires et réalisent de cette façon des temps d'arrêt coupés par des paroxymes — et parfois une guérison définitive et complète.

3° Les arthritiques tuberculeux ne paraissent pas tuberculeux. L'habitus extérieur est normal. L'état général ne présente aucun rapport avec l'état local; il est parfois excellent malgré les paroxysmes.

4° Il y a lieu d'admettre un réel antagonisme entre la tuberculose et l'arthritisme, antagonisme fondé sur les différences essentielles et radicales de la constitution intime des tissus, des humeurs, des excreta.

5° Si l'arthritisme se manifeste brusquement, la marche de la tuberculose peut s'arrêter. S'il se manifeste par poussées successives, la tuberculose devient progressivement minime, régresse et les lésions se cicatrisent.

6° Les trêves de la tuberculose dépendent du terrain sur lequel évolue la tuberculose et s'expliquent pathogéniquement par les différences de composition au point de vue chimique des tissus et des organes.

7° Bien qu'il y ait antagonisme, il peut ne pas y avoir exclusion complète. Les arthritiques font évoluer lentement leurs lésions tuberculeuses et en général d'une façon bénigne.

Sur deux cas de pneumonie traumatique, par MONGOUR (*Arch. clin. de Bordeaux*, 1894, n° 10, p. 475). — L'auteur publie deux observations: une de broncho-pneumonie traumatique avec pneumocoques dans les crachats chez un individu de 44 ans qui avait déjà eu trois pneumonies antérieures; l'autre de pleuro-pneumonie consécutive à une contusion du thorax chez un homme de 21 ans. Les deux ont guéri.

Le traumatisme imprime à la pneumonie une évolution un peu spéciale: accélération du rhythme respiratoire dès le début et tenant à la violence du point de côté qui siège toujours au niveau de la contusion, absence presque constante du frisson initial, fréquence de l'hémoptysie qui est en rapport avec la rupture des capillaires du poumon. Les crachats rouillés manquent souvent et l'expectoration peut conserver les caractères de l'expuition bronchique ou même faire défaut. L'épanchement pleurétique est constant.

Tumeurs kystiques congénitales de la région coccygienne (Ueber angeborene cystische Geschwulste der Steissgegend), par HILDEBRAND (*Arch. f. klin. Chir.*, 1891, vol. XLIX, p. 192). — L'auteur rapporte 5 observations de kystes congénitaux développés dans l'espace compris entre l'anus et le rectum d'un côté, le sacrum et le coccyx de l'autre. Dans aucun de ces cas, la tumeur n'était adhérente à l'os qui, dans tous les cas, est resté intact. Dans plusieurs cas la tumeur était solidement insérée sur la face postérieure du rectum et le péritoine; dans d'autres, la muqueuse du rectum glissait facilement sur la tumeur.

Les tumeurs se composaient d'un certain nombre de kystes, les uns isolés, les autres communiquant entre eux. Dans 4 cas ils étaient remplis d'une masse athéromateuse, dans 2 autres d'un liquide clair, de couleur jaunâtre; deux fois les kystes contenaient encore du tissu osseux et cartilagineux. Dans 4 cas la paroi des kystes était recouverte de cellules épithéliales, dans deux de cellules endothéliales.

Etude clinique et expérimentale de l'étranglement herniaire (Klinische und Experimentelle Beitræge zur Lehre von der Darmincarceration), par TITZE (*Arch. f. klin. Chir.*, 1894, vol. XLIX, p. 111). — La première partie du travail est consacrée à la bactériologie du liquide herniaire. Dans les 9 cas que rapporte l'auteur, le liquide du sac renfermait 4 fois des bactéries, 2 fois des staphylocoques, 1 fois des coli-bacilles, 1 fois un diplocoque peu connu. Sur 52 cas publiés dans la littérature, où cette recherche a été faite, le liquide renfermait 17 fois des bactéries. Enfin, sur 17 expériences faites par l'auteur sur des chiens, le liquide renfermait des bactéries chez neuf.

La seconde partie du travail est consacrée à l'étude des modifications anatomiques qui surviennent dans les hernies étranglées. Quand la constriction est peu ou moyennement accusée, il survient des phénomènes de stase qui peuvent aboutir à la gangrène; si la constriction amène une interception de la circulation, il survient de la gangrène sèche par anémie. Dans l'anse afférente on trouve toujours des troubles circulatoires graves tantôt limités à la muqueuse, tantôt portant sur toutes les tuniques de l'intestin. Dans l'anse efférente les troubles circulatoires sont rares.

VARIÉTÉS

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés:

Commandeur: M. le docteur Vallin (armée).

Officiers: MM. les docteurs Colin, Madamet, Moutet, Perret, Roustic (médecins de l'armée active), M. le docteur Lucas Championnière chirurgien de Saint-Louis, et M. le docteur Menière, M. le docteur Bonnafy (médecin de la marine).

Chevaliers: MM. les docteurs Grasset (professeur à la faculté de médecine de Montpellier), Gilbert Ballet, Lermogez (médecins des hôpitaux), Machelard, Duroziez, Hubert, Gratiot, Clado, Cadier (médecins à Paris), Guidon (de Vauvert), Collardot (d'Alger), Spekhahn (de Renivez), Maunoury (de Chartres), Dubagnié (de Bazas), Tédenat (de Lodève), Martin (de Cirey). Vérité (de La Bourboule), Massot (de Perpignan), Surmay (de Ham), Bachos, Baur, Brissó Saint-Marcary, Chagnaud, Choné, Delaye, Dufour, Famechon, Farssac, Félix, Fourcade, Grivet, Leuc, Loillier, Petit, Salètes, Tartière, Uffoltz, Villiès (médecins de l'armée active); Laffont, Ono dit Biot, Palud, Piton, Pungier, Rétière, Théron (médecins de la marine).

Vaccin antidiphthérique. — Dès à présent l'Institut Pasteur, 25, rue Dutot, Paris, est à même de pouvoir répondre aux demandes de sérum qui lui sont adressées par des médecins pour des cas urgents.

Pour éviter toute perte de temps, le moyen le plus simple à employer est de télégraphier au Dr Roux, à l'Institut Pasteur. Les dépêches doivent être parvenues à l'Institut Pasteur avant trois heures et demie, les envois devant être remis à la poste avant quatre heures.

L'Institut Pasteur envoie également du sérum aux préfets et aux maires qui en ont un besoin urgent pour leur département ou leur commune.

A la fin du mois de janvier, et peut-être avant, il sera possible d'approvisionner de sérum les pharmacies, les hôpitaux et les établissements officiels de bienfaisance.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 21 au 26 janvier 1895.

Mercredi 23. — M. Gervais. Contribution à l'acné professionnelle. — M. Lachowski. Résultats immédiats et éloignés des divers modes du rétrécissement dit syphilitique du rectum. — M. Fichot. Contribution à l'étude des gastro-entérites des enfants du premier âge. — M. Hillegass. Contribution à l'étude de l'entéralgie. — M. Morange. De la psicattose, ou infection spéciale déterminée par des perruches. — M. Natanson. De l'opération radicale de la hernie inguinale chez les enfants du premier âge. Ses suites immédiates et éloignées, ses indications et ses contre-indications. — M. Auneau. De la cystostomie sus-pubienne à Paris. — M. Katz. Traitement de l'exstrophie de la vessie.

Jeudi 24. — M. Lecomte. Escrime au point de vue medical. — M. Donnet. Résultats éloignés des opérations conservatrices de l'ovaire (Résection, ignipuncture). — M. Wisnet. Contribution à l'étude du cancer du testicule ectopié. — Mme Peltier. La méthode de Thure Brandt et son application au traitement des maladies des femmes. — M. Raffray. Des métrites. Considérations cliniques et thérapeutiques. — M. Behr. Des kystes hydatiques du poumon.

VARIÉTÉS

Hôpital Trousseau. *Service du Dr Comby* — Consultations externes, lundi et jeudi, à 9 heures. Mardi et vendredi, de 9 à 11 heures, salles Barrier et Blache, leçons de clinique et de thérapeutique infantiles.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Le concours pour le *clinicat chirurgical* vient de se terminer par la nominatian de M. Chavannaz.

M. J. Martinaud est nommé préparateur adjoint de physique.

Baccalauréat ès sciences restreint. — Une dernière session extraordinaire sera ouverte en mars-avril 1895 pour les candidats qui se sont déjà présentés sans succès à une session antérieure.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Prix proposés pour 1897.
Concours clos fin février 1897).

(*Suite*).

PRIX PORTAL. — Question : *Anatomie pathologique de la péritonite dite tuberculeuse.*

PRIX POURAT. — Question : *De la tension sanguine intra-vasculaire.*

PRIX PHILIPPE RICORD.

PRIX VERNOIS.

NOTA. — Les concours des prix de l'Académie de médeciné sont clos, tous les ans, fin février. Les ouvrages adressés pour ces concours devront être écrits lisiblement, en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les nom et adresse des auteurs.

Les ouvrages présentés par des étrangers sont admis au concours, à l'exception des prix Buignet, Chevalier et Huguier.

Tout concurrent qui se sera fait connaître, directement ou indirectement, sera, par ce seul fait, exclu du concours.

Les concurrents aux prix Alvarenga, Amussat, d'Argenteuil, Baillarger, Barbier, Charles Boullard, Bourceret, Buignet, Buisson, Chevalier, Chevillon, Desportes, Godard, Hugo, Huguier, Itard, Laborie, Meynot, Monbinne, Nativelle, Perron, Ricord, Roger, Saint-Paul, Saintour, Stanski, Tremblay et Vernois, pouvant adresser à l'Académie des travaux *manuscrits* ou *imprimés*, sont exceptés de cette dernière disposition.

Les mémoires présentés au concours pour les services généraux des Eaux Minérales, des Epidémies, de l'Hygiène de l'Enfance et de la Vaccine, travaux faits en dehors des questions posées pour les prix, doivent être adressés à l'Académie, tous les ans, avant le 1er juillet.

Les manuscrits, imprimés, instruments, etc., soumis à l'examen de l'Académie, ne seront pas rendus aux auteurs.

Les prix seuls donnent droit au titre de lauréat de l'Académie de médecine.

PRIX AUBERT. — 500 francs.

M. le docteur Aubert, de Mâcon (Saône-et-Loire), a donné à l'Académie de médecine la somme de 500 francs pour être distribuée, en 1898, à l'auteur du meilleur travail sur le sujet suivant : *Rechercher par l'observation clinique et expérimentale s'il existe chez l'homme des constitutions réfractaires à la tuberculose.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1895, par H. Bocquillon-Limousin, pharmacien de 1re classe, lauréat (Médaille d'or) de l'Ecole de pharmacie de Paris. Introduction par le docteur Huchard, médecin des hôpitaux. Sixième édition. Paris, J.-B. Baillière et fils, éditeurs. 1 vol. in-18 de 340 pages, cart. 3 fr.

Examen du doctorat en médecine, programmes et questionnaires d'anatomie et d'histologie, comprenant les questions posées au deuxième examen, recueillies par le docteur G. Hamonaide. Paris, J.-B. Baillière et fils, éditeurs. Un volume in-18 de 106 pages. 1 fr. 50.

SYPHILIGRAPHIE

Traitement du lupus et des folliculites par les pommades fortes du bichlorure de mercure. Traitement du lichen circonscrit par le chlorure de méthyle, par le Dr Ch. Audry, chargé de la clinique de dermato-syphiligraphie de Toulouse.

I

Lupus. — Tout le monde sait que les mercuriaux sont depuis longtemps utilisés dans le traitement du lupus, que Doutrelepont, puis Auspitz ont vivement recommandé l'usage du bichlorure de mercure en pommades, en solutions, en injections sous-cutanées.

Aubert (de Lyon) a recommandé la combinaison des scarifications avec l'emploi de solution de sublimé à 1/00.

J'utilise également depuis lors (1892) le bichlorure de mercure associé aux scarifications; mais j'ai recours simplement aux pommades, dont l'application m'a paru beaucoup plus simple, plus maniable et aussi sûre.

Je n'emploie, bien entendu, cette méthode que dans les formes types de lupus : les variétés verruqueuses ressortissant à la curette et au thermocautère.

On commence par pratiquer des scarifications sur la surface malade en suivant exactement les préceptes classiques. Le sang une fois étanché, on recouvre toute la surface scarifiée avec une pommade contenant 1 gramme de bichlorure de mercure pour 80 de vaseline. Généralement, s'il persiste un peu de suintement sanguin, celui-ci s'arrête rapidement sous l'influence de la pommade. On a, bien entendu, soin de respecter les conjonctives oculaires. La douleur est nulle au début; puis les malades accusent une sensation de tension et de douleur toujours supportable. Jamais je n'ai recours à aucune espèce d'anesthésie.

Dans quelques cas, il est bon de faire les scarifications sur le tégument malade préalablement enduit de la pommade; en essuyant rapidement les instruments, ceux-ci n'en souffrent aucun dommage.

On laisse la pommade sur la plaie recouverte d'une feuille d'ouate pendant un temps variant de 10 à 48 heures : mais rarement il faut la laisser en place pendant plus de 12 à 15 heures; 10 heures est le chiffre ordinaire. Au bout de ce temps, on l'enlève et on la remplace par un peu de vaseline boriquée ou, mieux, iodoformée.

Sous l'influence de ce traitement, on voit apparaître une rougeur vive, bien limitée, et une tuméfaction généralement modérée. Si l'application a été prolongée et énergique (membres), ces phénomènes sont plus accusés; il y a un peu d'exsudat à la surface et parfois des pustules disséminées à son niveau et au pourtour. En pareil cas, on panse avec de la poudre d'acide borique et une feuille de lint boriqué.

En peu de jours, cette inflammation rétrocède, il faut alors recommencer ; on y revient tous les huit jours : en général, un traitement d'une durée moyenne de deux mois nous suffit pour amener à une cicatrice lisse et plane un lupus d'étendue moyenne tel que ceux que l'on observe le plus ordinairement à la face, au pourtour des narines, etc. J'ai pu me convaincre que, même plusieurs mois après, les cicatrices restaient fort belles et durables.

Je n'ai jamais été témoin d'accident quelconque, local ou général.

Après avoir utilisé le galvano-cautère, les scarifications pures, le thermo-cautère, la curette, l'acide lactique, etc., c'est à la combinaison des scarifications avec l'application de vaseline au bichlorure de mercure que je me suis arrêté, parce que les résultats m'ont paru nettement supérieurs à ceux que j'obtenais par les autres méthodes.

II

Folliculites. — Je traite aussi par la vaseline au sublimé à 1/80 ou 1/100 les folliculites à staphylocoques des régions pileuses, de la barbe surtout, qu'il s'agisse des lèvres, des joues ou du menton.

En pareil cas, il est assez rare que j'aie recours aux scarifications.

Mais dans tous les cas, je commence par désinfecter soigneusement la région (éther, solutions aqueuses de bichlorure de mercure); puis on fait l'épilation aussi complète que possible; bien qu'elle soit douloureuse, je l'ai toujours vue acceptée par les malades généralement prêts à tout pour se débarrasser de lésions fort apparentes, très tenaces, presque toujours très anciennes et rebelles à d'autres traitements insuffisants.

Une fois l'épilation achevée, je traite la surface malade exactement comme une plaque de lupus, c'est-à-dire en la recouvrant d'une couche de vaseline au sublimé à 1/80.

Il est remarquable que ces applications ne sont souvent nullement douloureuses; il faut d'ordinaire les répéter pendant plusieurs heures chaque jour. Dans l'intervalle, on panse avec de la poudre d'acide borique et du lint. Je n'ai jamais vu de plaques limitées de sycosis coccogène exiger plus de huit à dix jours de traitement.

Dans les cas de folliculites étendues, profondes et graves qui envahissent parfois presque toute l'étendue d'une ou des deux joues, l'épilation toujours nécessaire peut être insuffisante; il faut donc y ajouter les scarifications ordinaires.

Le traitement en pareilles circonstances exige souvent un temps beaucoup plus long et une surveillance étroite: dans tous les cas, lorsque la surface malade n'est pas sous la vaseline du bichlorure Hg, il faut qu'elle soit revêtue d'une couche d'acide borique pulvérisé.

I. *Guérison d'une plaque de lichen circonscrit par le chlorure de méthyle.* — J'ai eu une seule fois, l'an passé, l'occasion de traiter ainsi dans ma clinique un malade porteur d'une plaque de lichen circonscrit. Voici l'observation résumée, sans grands commentaires, un fait isolé n'ayant qu'une importance limitée.

X..., cordonnier, âgé de 17 ans, entre au n° 20 de la salle Saint-Victor, le 24 janvier 1894. Depuis 4 ou 5 ans, le malade se plaint de violentes démangeaisons au pourtour de l'anus; il présente en outre, sur la partie inférieure de la face antéro-interne de la cuisse droite, un placard irrégulièrement ovalaire allongé de haut en bas sur une hauteur de 0,08. Ce placard est très peu élevé, d'une teinte brune noirâtre, un peu grenu, brillant, non squameux. Il est entouré d'une large zone de pigmentation brune de laquelle émergent quelques petites papules brillantes, fines, tout à fait caractéristiques.

Au pourtour de l'anus, coloration brune de la peau probablement traumatique : il existe des oxyures nombreux qui sont évidemment la cause du prurit anal: on peut croire qu'il existe probablement entre l'irritation... causée par les oxyures et la genèse de la plaque crurale de lichen.

Quoi qu'il en soit, on traita les oxyures par des lavements salicylés et au nitrate d'argent, et avec un succès médiocre.

Sur la plaque que les topiques habituels (acide phénique, tartrique en solution et en glycérolés, etc.) ne modifiaient pas nous fîmes une première pulvérisation de chlorure de méthyle atteignant à peine le blanchissement superficiel du tégument. Le lendemain le malade déclara que les démangeaisons crurales avaient presque disparu. On lui fit 2 autres pulvérs

sations semblables à 3 jours d'intervalle. La plaque s'affaissa considérablement; le prurit cessa, et le malade sortit guéri le 13 février 1894.

Nous l'avons revu le 10 octobre : à ce moment, il se plaignait de démangeaisons anales; les oxyures avaient reparu. Mais la lésion crurale avait complètement disparu; tout au plus note-t-on un peu d'hyperchromie au point où siégeait le placard de lichen; le prurit à ce niveau ne s'est jamais reproduit.

Je pense que l'on pourra peut-être utiliser ce petit procédé dans des circonstances semblables à celles où je me suis trouvé. Il paraît logique d'agir sur les extrémités nerveuses en cas de neurodermite circonscrite. Le procédé est facile et n'entraîne aucun danger; il est évident que, chez notre malade, il a amené une amélioration rapide et complète, assez rare en pareil cas.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — PRIX DE L'ANNÉE 1893-1894 :

Prix Châteauvillard : 500 fr. à M. Letulle (L'inflammation); 500 fr. à MM. Ribemont-Dessaignes et Lepage (Précis d'obstétrique); 500 fr. à M. Vialet (Les centres cérébraux de la vision); 500 fr. à M. Artault (Recherches bactériologiques, mycologiques, zoologiques et médicales de l'œuf de poule).

Prix Jeunesse (Hygiène). — 1,000 fr. à M. Théry (Statistique de la mortalité pour variole en Angleterre); 500 fr. à M. Onimus (Recherches sur les variations thermométriques au point de vue de l'hygiène).

Prix Barbier. — 600 fr. à M. Repin (Fils à sutures); 200 fr. à M. Sureau (Skiacope-optomètre); 200 fr. à M. Lefilliatre (Appareil enregistreur pour tous les tremblements y compris ceux de la langue).

Prix Montyon. — MM. Sapelier et Vilcourt, internes à la maison de Nanterre.

Prix Bohier. — M. Plique.

Prix Lacase. — M. Thoinot.

THÈSES. — *Médaille d'argent*. — MM. Teissier, Cazin, Cnénod, du Pasquier, Guyon, H. Martin, Sabouraud, Sottas, Souligoux, Baudron.

Médaille de bronze. — MM. Blaise, P. Bonnier, Broca, Brunet, Camus, Cestan, Chassevant, Chipault, Collin, Mme Dluski, Grasset, Lafay, L. Martin, Morax, Morestin, Quevedo, Rouquès, Thiercelin, Pompidor.

Mention honorable. — MM. Barrié, Berthelin, Chibret, Contrastin, Dupuy, Escat, Fabre, Guépin, Guitton, Janlin, Journeault, Mme Kalopothakés, Le Moniet, Mergier, Orillard, Picquet, Potier, Tariel, Tollemer, Veslin.

Par décret, en date du 31 décembre 1894, les aspirants au doctorat en médecine inscrits dans les écoles de plein exercice de médecine et de pharmacie subissent devant ces écoles les premier, deuxième et troisième examens de doctorat.

Les jurys d'examen sont présidés par un professeur de la Faculté.

Sont abrogées les dispositions antérieures contraires à celles du présent décret.

Concours d'agrégation en médecine. — Les questions suivantes ont été données pour l'épreuve de trois quarts d'heure.

1° La syphilis rénale; 2° du rhumatisme noueux; 3° des leucocytoses symptomatiques; 4° des épilepsies alcooliques; 5° de la tuberculose rénale; 6° causes, signes et diagnostic de rétrécissement du pylore; 7° du délire alcoolique aigu; 8° étiologie et diagnostic de la sclérose en plaques; 9° syphilis artérielle; 10° diagnostic et signification clinique des paralysies des muscles de l'œil; 11° troubles trophiques du tabes; 12° du zona.

Médailles de l'Internat. — *Médecine* : Médaille d'or, M. Gouget; médaille d'argent, M. Bezançon; mention, M. Durante.

Chirurgie : Médaille d'or, M. Michon; médaille d'argent M. Bouglé; mention, M. Glantenay.

L'Association contre l'abus des boissons alcooliques (*Société Française de Tempérance*) vient de tenir son Assemblée générale et de nommer son bureau pour 1895, qui est composé de la façon suivante :

Président : M. le docteur Semelaigne; *Vice-présidents* : docteur Blache, M. Glandaz, docteur Motet, M. Van den Dorpel; *Secrétaire général* : docteur E. Philbert; *Secrétaires-généraux-adjoints* : docteurs Bouchereau et Charpentier; *Secrétaires des séances* : docteurs Audigé et Moreau de Tours; *Bibliothécaire-archiviste* : docteur Cruet; *Trésorier* : M. Jules Robyns.

Légion d'honneur. — M. le docteur Dubaquié, de Bazas, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Le sixième Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française s'ouvrira le jeudi 1er août 1895, à Bordeaux, sous la présidence de M. le docteur Joffroy, professeur de pathologie mentale à la Faculté de Médecine de Paris.

Questions à discuter : Pathologie nerveuse : glande thyroïde et goître exophtalmique; rapporteur, M. Brissaud. Pathologie mentale : les psychoses de la vieillesse; rapporteur, M. Ritti. Médecine légale : les impulsions épileptiques au point de vue médico-légal; rapporteur, M. Parant.

Prix de la cotisation, 20 francs. Adresser dès maintenant les inscriptions et toutes communications à M. le Dr E. Régis, chargé de cours à la Faculté de médecine, 54, rue Huguerie, à Bordeaux, secrétaire général du Congrès.

Le nombre des étudiants étrangers à Paris. — Le doyen de la Faculté de médecine de Paris a fourni au Conseil académique les renseignements suivants :

Le nombre des étudiants étrangers est considérable : sur un total de 5,144 étudiants, on compte 1,002 étrangers, dont 833 hommes et 169 femmes; les étudiantes françaises ne sont que 26.

M. Brouardel a fait remarquer à cette occasion que le nombre des étudiants a doublé depuis huit ans; les locaux de la Faculté seront trop petits avant d'être terminés; de nouveaux sacrifices seront nécessaires; les études médicales prennent une forme qui obligera la Faculté à faire un appel constant au Parlement. Les grandes découvertes actuelles exigent que chaque candidat au doctorat possède une instruction très complète; cette instruction ne peut être fournie aux étudiants qu'en les réunissant en groupes peu nombreux.

Il y aurait lieu, d'autre part, de se préoccuper de faire reporter sur la province les jeunes docteurs qui, en trop grand nombre à Paris, y vivent péniblement. A cet effet, les communes des départements devraient consentir quelques sacrifices pour attirer les médecins. Un subside de 1.000 fr. serait suffisant pour commencer. Dans la Seine-Inférieure, grâce à l'initiative de M. le Préfet, 45 docteurs ont fait élection de domicile l'an dernier. Les communes dont les ressources ne permettent pas ce sacrifice, pourtant bien minime, pourraient revenir à la pratique du siècle dernier, qui consistait à donner la maison au médecin.

Par décret, en date du 5 janvier 1895, le doyen de la Faculté de médecine de Paris est autorisé à accepter, au nom de cet établissement, aux clauses et conditions énoncées dans l'acte notarié du 21 juillet 1894, la donation faite à ladite Faculté par la dame Alexandra-Vincentine-Soplide Wolokska, veuve Léon Faucher, d'une rente de 1,200 francs en 3 0/0 sur l'Etat français, pour les arrérages être employés, chaque année, à acquitter les frais de scolarité, d'examen et de diplôme, ainsi que les frais d'impression de la thèse de deux étudiants français et de deux étudiants polonais.

Corps de santé des colonies. — Ont été nommés au grade de médecin de deuxième classe :

MM. Boyé, Lépine, Talbot, Miquel, Judet de la Combe et Tauvet.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Melciou est nommé préparateur d'histoire naturelle.

Faculté de médecine de Toulouse. — M. le docteur Estienny est institué chef de clinique chirurgicale.

Concours pour l'admission aux emplois d'interne et d'interne provisoire en médecine et en chirurgie à la maison départementale de Nanterre qui seront vacants dans le cours de l'année 1895.

Ce concours sera ouvert le 15 février prochain, à la maison départementale de Nanterre.

Les candidats devront se faire inscrire à la Préfecture de police (service du personnel, caserne de la Cité), du 10 janvier 1895, à 10 heures du matin, au 1er février, à 4 heures.

Ils devront remplir les conditions suivantes :

1° Etre Français;

2° Etre âgés de moins de vingt-huit ans;

3° Etre pourvus d'au moins douze inscriptions en médecine justifiées par un certificat de scolarité de date récente;

4° N'être pas reçus docteurs en médecine.

Ils devront adresser au Préfet de police une demande sur papier timbré et y joindre un extrait authentique sur timbre de leur acte de naissance, un extrait du casier judiciaire remontant à moins d'un mois, les pièces établissant leur situation au point de vue militaire, une notice indiquant leurs titres scientifiques ou hospitaliers.

Hôpitaux de Marseille. — Le concours de l'externat s'est terminé par la nomination de :

MM. Raynaud, Eynard, Vaysse, Blanc, Bricka, Trastour, Laporte, Inglessi, Rivoire et Dupeyrac.

Ecole de médecine de Reims. — Sont délégués dans les fonctions de chef des travaux (emplois nouveaux). Physique : M. Bagnéris; chimie : M. Pont.

Hôtel-Dieu de Reims. — Les concours de l'internat et de l'externat se sont terminés par les nominations suivantes :

Internes : MM. Menu, Fossier, Laurent et Delvincourt.

Externes titulaires : MM. Guénard, Saurain, Charlot, Chevron et Cochard. — Externe suppléant : M. A. Henrot.

M. le docteur Fleys, médecin adjoint au lycée d'Aurillac, est nommé médecin dudit lycée.

Ecole de médecine de Clermont. — M. le docteur Lepetit est institué suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Delépine (Pavilly), Adolphe Giraud et Henri Guillaud (Lyon), Le Monnier, sénateur de la Sarthe, et I. Teilleux, ancien adjoint au maire du Mans.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 janvier 1895.

Présidence de M. Empis.

Election.

Par 65 voix sur 68 votants, M. Motet est élu membre titulaire dans la section d'hygiène publique, médecine légale et police médicale, contre trois voix à M. Napias.

Tractions rhythmées de la langue et insufflation.

M. Pinard. — Sur 50 enfants en état de mort apparente que j'ai observés de décembre 1891 à décembre 1894, 24 ont été ranimés après une simple désobstruction des voies respiratoires et flagellation, dont 19 continuèrent à vivre et 5 moururent quelques heures ou quelques jours après. Quatorze autres ont été ranimés après désobstruction des voies respiratoires et insufflation pratiquée à l'aide du tube laryngien; parmi ces 14, il en succomba 11 quelques heures ou quelques jours après leur naissance et 3 continuèrent à vivre.

D'autre part, six enfants furent ranimés après désobstruction des voies respiratoires, tractions rhythmées de la langue et insufflation. Sur ces six enfants, trois continuèrent à vivre et trois moururent quelques jours après leur naissance. Enfin six enfants ne purent être ranimés ni par désobstruction des voies respiratoires, ni par insufflation, ni par les tractions rhythmées de la langue; l'autopsie démontra chez eux des lésions ou des malformations incompatibles avec la vie.

En résumé, sur 50 enfants nés en état de mort apparente, 44 furent ranimés par des procédés divers, mais 19 moururent consécutivement, 25 quittèrent le service en bon état, 6 ne purent être ranimés. La mort n'était pas apparente chez eux, mais réelle. Ainsi, dans près de la moitié des cas, 24 fois sur 50, la simple désobstruction des voies respiratoires jointe à la flagellation suffit pour ramener à la vie les enfants nés en état de mort apparente.

Parmi ces observations, je n'en ai qu'une où la méthode des tractions rhythmées de la langue a pu faire naître des inspirations là où l'insufflation s'était montrée inefficace; depuis j'en ai recueilli une autre non moins remarquable chez un enfant de dix ans intoxiqué par une solution de morphine. En tout cas, je ne saurais en conclure ni pour ni contre l'application de ce procédé aux nouveau-nés; il me paraît nécessaire de l'étudier avec le plus grand soin, tout en ne négligeant aucun des moyens jusqu'ici employés avec tant de succès.

Coup de chaleur.

M. G. Colin (d'Alfort). — Il faut avouer que nous ne savons pas au juste ce qu'est le coup de chaleur. Il paraît être un état complexe, ayant des degrés nombreux, des formes diverses, suivant qu'il porte ses effets sur un plus ou moins grand nombre d'organes et de fonctions. Il peut aller de la congestion cérébrale, cérébro-spinale à d'autres congestions viscérales, à l'asphyxie commençante, à la syncope et à d'autres troubles qui s'appellent au lieu de s'exclure. C'est faire de la pathologie mythologique que de le donner pour une hyperthermie à 45 ou 46 degrés avec coagulation de la myosine; car si on a vu au soleil la température intérieure de l'homme arriver à 45°, je n'ai pu, à beaucoup près, dans les meilleures conditions, l'obtenir sur les grands et moyens animaux. L'hyperthermie avec empoisonnement par des produits de déchets formés en un temps très court et d'une toxicité foudroyante n'est pas moins hypothétique.

Zones hystérogènes et zones hystéroclasiques.

M. Clozier (Beauvais). — A côté des zones hystérogènes, il existe chez les hystériques des zones hystéroclasiques. La mise en jeu de ces zones permettrait de juguler l'attaque dans tous les modes de la névrose et à tous les moments de la crise chez tous les sujets. Ces zones ont pour siège : 1° la pointe du cœur (zone cardiaque); 2° le point culminant de la voûte palatine (zone palatine); 3° le tiers supérieur de la membrane pituitaire (zone pituitaire). Chez un grand nombre de femmes et de jeunes filles, une pression forte exercée au niveau de la pointe du cœur pendant trente secondes environ, a permis d'arrêter des attaques d'hystéro-épilepsie aussi bien que des crises somnambuliques, des états hallucinatoires, et enfin des accès de toux spasmodique dite toux nerveuse.

Propriétés des ferments figurés.

M. de Backer. — Les propriétés des ferments figurés, et en particulier de certains saccharomyces, sont sensiblement semblables à celles des cellules animales les plus vigoureuses. Grâce à ces éléments, on a le pouvoir de fabriquer des antitoxines dans les ballons Pasteur, sans être forcé de passer par l'intermédiaire des animaux. Je propose pour ces produits antitoxiques le nom de *toxinvertine* ou nucléine antitoxique afin d'en rappeler l'origine.

Elongation des nerfs et paralysie post-traumatique.

M. Mouchet (Sens). — J'ai observé deux cas qui témoignent en faveur de l'utilité de l'élongation des nerfs dans les paralysies post-traumatiques de la sensibilité et du mouvement. Dans le premier, il s'agit d'une paralysie du nerf radial consécutive à une contusion; l'élongation de la branche terminale de ce nerf a ramené presque immédiatement le mouvement et la sensibilité du membre.

La seconde observation est relative à une paralysie du nerf tibial postérieur consécutive à une fracture bi-malléolaire vicieusement consolidée. L'élongation du tibial accompagnée de la résection partielle de la malléole interne et d'une ostéotomie péronéale amena au bout de peu de temps le rétablissement complet des fonctions du membre.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 11 janvier 1895.

Pyonéphrose.

M. Follet relate l'observation d'une femme de 26 ans présentant depuis une dizaine d'années les symptômes de néphrite suppurée que la clinique faisait résulter d'une fièvre typhoïde datant de cette époque. Il y a deux mois, M. Quenu fit une incision lombaire, ouvrit le rein et essaya de le drainer. Cette opération étant insuffisante, on pratiqua l'ablation du rein. Cet organe est augmenté de volume et divisé en plusieurs poches contenant de l'urine purulente ; ces poches communiquent difficilement entre elles, ce qui explique l'insuffisance de la première intervention, les membranes pyogéniques sont épaisses et très vasculaires, le bassinet et l'uretère sont considérablement dilatés. Le pus a été examiné au point de vue bactériologique ; on y a trouvé des streptocoques et des staphylocoques : on ne peut donc affirmer l'origine typhique de cette suppuration rénale.

Anomalie de l'iléon.

M. Faure montre, sur une pièce sèche qui provient du musée de l'amphithéâtre des hôpitaux et préparée par lui, une anomalie de l'extrémité inférieure de l'intestin grêle : l'iléon se trouve placé dans le péritoine de même que le cæcum dans certains cas ; on ne voit pas trace de phénomènes inflammatoires qui aient pu occasionner cette disposition. C'est le deuxième fait semblable observé par M. Faure.

Grossesse tubaire.

M. Malherbe présente les annexes de l'utérus d'une femme âgée de 34 ans qui entra à l'hôpital avec tous les symptômes d'un étranglement herniaire. Cette malade portait une tumeur inguinale et on fit l'ouverture du sac, on trouva du sang liquide et un caillot que l'on suivit jusque dans l'abdomen provenant de la rupture d'une des trompes. Après nettoyage de la cavité abdominale, on fit l'ablation des annexes ; on vit qu'il s'agissait d'une grossesse tubaire. La tumeur est du volume d'une noix, on ne découvre ni cavité amniotique ni villosités à l'œil nu. L'examen histologique sera fait ultérieurement.

Corps étrangers de l'appendice.

M. Delaunay rapporte l'observation d'une malade qui présentait depuis 1892 des douleurs dans la fosse iliaque droite avec symptômes péritonéaux. Il y avait parfois de l'empâtement dans la région du cæcum ; on attendit d'abord, mais la malade, fatiguée de cet état de malaise continuel, accepta une intervention. Après laparotomie, on constata que l'appendice était augmenté de volume, on y trouva la sensation de corps étrangers sous le doigt et on le réséqua ; il n'y eut aucune suite opératoire. En ouvrant l'appendice, on vit qu'il contenait trois corpuscules, deux du volume de pépins d'orange et l'autre d'un grain de chènevis ; ils sont très friables ; on ne définira leur structure qu'après l'examen microscopique.

G. Dagron.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 janvier 1895.

Rhinoplastie à support métallique,

M. Delorme, à propos d'un malade présenté il y a quelque temps par M. Chaput, revient sur cette question et montre trois opérés chez lesquels il a restauré le nez avec prothèse métallique, immédiate, selon le procédé de Martin (Lyon).

Le premier cas concerne un homme dont le nez était resté affaissé, mobile et dévié, à la suite d'un coup de pied de cheval. L'appareil fut d'abord bien supporté, puis il se déplaça un peu, causa de la douleur, de l'inflammation, finalement il a dû être enlevé, et le malade n'a retiré aucun avantage de l'intervention.

Le second malade avait cherché à se suicider d'un cou pde fusil Lebel tiré sous le menton. Là encore, pendant 1 mois 1/2, M. Delorme crut tenir le succès, puis survinrent des douleurs, de l'inflammation, et actuellement, au bout de 5 mois, le haut de la suture commence à se désunir, de sorte que l'on voit apparaître le métal.

Dans le troisième cas, il s'agit également d'une tentative de suicide, avec fusil Gras. Ici l'étoffe manquait, si bien que M. Delorme tenta de recouvrir le tuteur avec un lambeau emprunté au bras. Mais le lambeau se mortifia et le résultat est nul.

Chez ces malades, M. Delorme a employé des appareils anologues à ceux de Martin, avec quelques légères modifications. Il croit que le platine malléable est le meilleur métal ; il conseille d'employer un trépied pour chaque narine. Pour introduire l'appareil, il n'a pas pu se contenter d'inciser, comme Martin, le sillon gingivolabial, mais il a dû fendre la lèvre sur la ligne médiane. Peut-être réussirait-on mieux si on préparait à l'avance la peau de la région en la massant, en débridant les adhérences, en dilatant progressivement les narines, et pour réaliser ce dernier point, M. Delorme se demande s'il ne serait pas bon d'avoir un tuteur à branches extensibles, avec un système de petites crémaillères.

Malgré ses trois insuccès, M. Delorme est loin de se déclarer opposé à la méthode, mais il conclut qu'avant de proclamer un succès, il faut avoir suivi le malade pendant plusieurs mois. Il est possible que la modification ingénieuse pratiquée par M. Chaput soit efficace, mais sera-t-il toujours possible d'insinuer ainsi le support entre la peau et la muqueuse ? En outre, n'y aura-t-il pas infection par les pointes qui perforent les sinus frontal et maxillaire ? Il faut attendre avant de se prononcer.

M. Chaput se borne à répondre que jusqu'à présent l'appareil est bien supporté ; que d'ailleurs ses pointes ne perforent aucun sinus.

M. Potherat lit trois observations de grossesse extra-utérine (M. Bouilly, rapporteur).

A. Broca.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE

Séance du 8 janvier 1895.

Ophthalmie purulente.

M. Despagnet, revenant sur la critique qu'il a déjà faite du traitement de l'ophthalmie purulente par les lavages au permanganate de potasse que préconise M. Kalt, rapporte qu'il a été consulté par un malade qui a suspendu le traitement suivi aux Quinze-Vingts parce qu'il était trop douloureux et qu'il n'avait pas prévenu le développement d'une ulcération de la cornée.

Phénate d'hydrargyre et phénate d'or.

M. Galezowski rappelle les critiques adressées à l'emploi des précipités jaune ou rouge dans les affections cornéennes, en particulier leur propriété irritante exagérée chez certains sujets. Grâce aux recherches chimiques qu'il a fait entreprendre, il a trouvé dans le phénate d'hydrargyre un sel très efficace et non irritant qu'il emploie comme pommade (lanoline 10 ou 5 gr., phénate d'hydrargyre 0,05 gr.) ou en collyre (eau distillée 100 ou 10 gr., phénate d'hydrargyre 0,05 gr.). Pas n'est besoin d'y associer la cocaïne.

D'autre part, le phénate d'or en injections sous-cutanées (solution eau distillée 10 gr., phénate d'or 0,10, 0,15 ou 0,20) à la dose de 1 à 2 centigrammes, lui a donné de très bons résultats dans l'atrophie tabétique, surtout d'origine syphilitique.

M. Dehenne, ayant renoncé à tout traitement autre que la désinfection et l'occlusion dans les cas d'ulcères de la cornée, ne croit pas à l'utilité du nouveau produit.

M. Gorecki attribue les résultats mauvais fournis par certains oxydes de mercure à leur mauvaise préparation. Cette opération chimique est très délicate, tout changement

dans les conditions de l'opération se traduisant non par un changement de composition chimique des produits, mais par une modification dans son état physique. Préparant lui-même ses oxydes, il ne les a jamais trouvés irritants.

M. Vignes craint que le phénate d'or en injections sous-cutanées ne soit aussi douloureux que le phénate de mercure.

Verres de contact.

M. Sulzer présente des verres de contact qui sont bien tolérés par l'œil. Il fait observer que l'on a dû renoncer au soufflage de ces verres parce qu'il donnait des surfaces irrégulières et des milieux non homogènes ; la taille tout d'abord a permis de construire des verres parfaits, mais qui ne pouvaient être tolérés, cela en raison de l'impossibilité où l'on est de bien polir leur bord scléral. Il a donc fallu faire sauter ce bord, opération très délicate, nécessitant le chauffage graduel de la pièce et l'emploi de la lampe d'émailleur.

Névrite optique et ozène.

M. Sulzer rapporte deux cas de névrite optique partielle se montrant à l'ophthalmoscope, limitée au segment supérieur de la papille, et cliniquement se traduisant par un trouble dans la moitié inférieure du champ visuel ; cette lacune plus ou moins complète affectait une limite supérieure variable. Les deux malades étaient atteints d'ozène sans participation apparente des sinus de la face, et le traitement de l'ozène eut pour effet d'enrayer rapidement la marche de la névrite, puis d'en faire disparaître les symptômes fonctionnels.

M. Chevallereau est porté à attribuer les oscillations de l'hémianopsie inférieure moins à des changements passagers dans la névrite elle-même qu'à des troubles de la circulation cérébrale, opinion que partage M. Kœnig.

M. Meyer rapproche les observations de M. Sulzer des névrites et atrophies papillaires observées après des interventions chirurgicales dans le nez. Comme lui, il reconnaît que la pathogénie de ces accidents est encore inexpliquée.

H. Nimier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 *janvier* 1895.

Présidence de M. d'Heilly.

Névrite paludéenne.

M. Catrin présente un malade atteint de névrite localisée du membre inférieur droit à la suite d'accès palustres.

Hyperglobulie et cyanose par malformation cardiaque congénitale.

M. Marie présente un malade atteint de cyanose tardive par le fait d'une malformation cardiaque congénitale :

La malformation dont le malade est atteint, dit M. Marie, peut prêter à discussion quant à sa nature exacte, bien que son existence soit indiscutable. Elle est prouvée encore par le fait de la coexistence d'autres malformations (thorax en carène, saillies occipitales anormales, etc.). Mais ce qui fait l'intérêt du malade, c'est l'altération de son liquide hématique.

En effet, depuis les recherches de Krehl, en Allemagne, de Vaquez, en France, l'attention a été appelée sur un phénomène singulier constaté dans la cyanose congénitale d'origine cardiaque, à savoir sur une *hyperglobulie* plus ou moins considérable.

L'examen du sang s'imposait donc chez mon malade. Cet examen a été fait sur ma demande avec beaucoup de soin et à plusieurs reprises par MM. Lapicque et Auscher, chef et sous-chef du laboratoire de la clinique du prof. G. Sée que j'ai l'honneur de remplacer actuellement.

Il s'est trouvé que chez notre malade l'hyperglobulie et l'augmentation du taux de l'hémoglobine existaient de la façon la plus nette. Voici les chiffres eux-mêmes :

	14 déc.	27 déc.	Moyenne normale.
Volume globulaire à l'hématomètre.	79	80	51
Nombre des globules rouges.. env.	7.900.000	7.550.000	5.250.000
Fer du sang pour mille	059 et 061		044

On voit, d'après la comparaison de ces chiffres avec ceux donnés par les auteurs pour l'état normal, que le nombre des globules rouges d'une part, le chiffre de l'hémoglobine d'autre part, sont considérablement augmentés. Cette augmentation est concordante avec celle que Krehl, Vaquez et Bauholzer ont constatée dans leurs analyses. Je citerai également les chiffres trouvés tout récemment par M. Maurice Bureau dans un cas de cyanose congénitale d'origine cardiaque chez une fille de seize ans ; lors d'un premier examen en novembre 1893, le chiffre des globules rouges était de 5,500,000 avec l'appareil de Malassez, le 28 mai 1894 il était de 6,160,000, le 5 juin de 8,570,000. L'hyperglobulie a donc été également très manifeste et, chose singulière, semble avoir présenté une tendance marquée à aller en s'accentuant.

De l'ensemble de ces faits, il ressort donc une notion qui paraît actuellement indiscutable, c'est que dans les cas de cyanose congénitale par malformation cardiaque, il existe fréquemment, sinon toujours, une augmentation plus ou moins marquée du nombre des érythrocytes et de la quantité d'hémoglobine du sang. Sous quelle influence se produit cette augmentation ?

Je n'ai certes pas la prétention de légiférer à ce sujet, mais je me permettrai de vous soumettre un rapprochement qui m'a paru s'imposer entre ces faits et ceux qui ressortent d'autres recherches hématologiques non moins récentes que celles dont je viens vous entretenir.

Vous connaissez, Messieurs, les travaux de Paul Bert et ceux de Regnard, sur les conditions de la vie sous l'influence des différentes pressions barométriques ; vous savez que Viault a fait, sur la composition du sang dans les fortes altitudes, de remarquables études. Depuis lors, ces recherches ont été poursuivies avec succès par différents auteurs, notamment par Egger, Mercier, Miescher, Van Jaruntowski et Schrœder, etc... C'est surtout aux travaux de ces auteurs que j'emprunterai les faits qui vont me servir de terme de comparaison.

On peut considérer dès maintenant comme acquise cette notion de la composition du sang de l'homme et des animaux suivant l'altitude à laquelle ils se trouvent et qu'à toute augmentation d'altitude correspond une augmentation notablement proportionnelle du nombre des globules rouges du sang.

Il semble fort vraisemblable que l'hyperglobulie des individus atteints de malformation cardiaque reconnaît un mécanisme analogue. Mais ici l'obstacle à l'hématose serait constitué non plus par la diminution de l'air inspiré, mais par les conditions défectueuses dans lesquelles le sang se présente à l'hématose (irrigation sanguine insuffisante du poumon par suite du rétrécissement de l'artère pulmonaire, mélange du sang veineux au sang artériel). Quoi qu'il en soit, et c'est là ce qui, à mon avis, fait l'intérêt du rapprochement, la manière dont réagit l'organisme à cette hypohématose est sans doute a peu près identique. Dans un cas comme dans l'autre, c'est par l'augmentation du nombre des globules sanguins que l'organisme s'efforce de remédier à l'insuffisance des échanges entre l'oxygène et le sang ; il semble qu'en multipliant les surfaces par lesquelles s'effectue l'absorption, il cherche à rendre celle-ci plus facile et plus complète.

Quoi qu'il en soit des réflexions qui m'ont été suggérées par l'examen du sang chez le malade que je viens d'avoir l'honneur de vous présenter, je me borne en terminant à vous faire remarquer que c'est là un nouvel exemple de cette hyperglobulie que nous a fait connaître M. Vaquez dans la cyanose. Vu le petit nombre d'examens de ce genre publiés jusqu'à présent, il serait à désirer qu'un examen quantitatif des éléments du sang fût fait à l'avenir dans tous les cas analogues.

Modification du sang dans le myxœdème.

MM. Lebreton et Vaquez. — L'observation que nous rapportons ne présente rien de spécial au point de vue clinique. Il s'agissait d'une petite fille de 3 ans atteinte de

myxœdème probablement congénital et qui fut traité par les injections de suc thyroïdien. Nous voulons seulement appeler l'attention sur quelques points mal connus jusqu'ici.

Pendant le séjour de l'enfant dans notre service, nous avons pratiqué l'examen des urines et l'examen du sang, de façon à voir quelles modifications produisait le traitement dans la composition des liquides organiques. L'analyse de l'urine ne nous a guère révélé qu'un peu d'albuminurie passagère.

Il n'en a pas été de même du sang. Nous avons tenu à faire de ce sujet peu connu une étude aussi complète que possible et nous venons vous exposer les résultats que nous avons constatés et qui constituent la partie la plus neuve de notre observation.

Le sang de notre malade a été examiné à deux reprises différentes, le 10 septembre, avant le début du traitement, et le 23 octobre. A cette dernière date, l'ingestion du corps thyroïde avait été reprise, après avoir été cessée pendant huit jours environ. Le sujet se trouvait donc dans la phase thérapeutique la plus active.

Le 10 septembre, l'examen du sang pratiqué avec l'hématomètre et l'hémochronomètre de Malassez, donna les résultats suivants :

Globules rouges................	1.750.000	
Globules blancs................	4.500	(1/380)
Hémoglobine....................	65	
	(Chiffre normal, 120)	

Le 20 octobre, les résultats furent :

Globules rouges................	2.450.000	
Globules blancs................	9 600	(1/240)
Hémoglobine....................	68	

Alors qu'il se produisait les modifications relatées d'autre part dans l'état général, le chiffre des érythrocytes s'était notablement relevé, ainsi que celui de l'hémoglobine. D'autre part, il s'était manifesté une leucocytose évidente.

Des préparations sèches du sang, obtenues au moment de ces deux examens, nous permirent de constater d'autres modifications plus intéressantes encore.

Avant de procéder aux colorations habituellement employées, nous eûmes soin de relever exactement le diamètre des globules rouges. Pour obtenir, dans cette évaluation délicate, le maximum d'exactitude possible, nous nous servîmes de la méthode préconisée par M. Malassez, dans sa communication à la Société de biologie (1889), et qui consiste à dessiner les globules à la chambre claire et à en mesurer la circonférence au moyen d'une règle globulimétrique. Quatre cents globules furent ainsi dessinés. Il est facile, dès lors, d'avoir le chiffre moyen des dimensions globulaires, et ce chiffre a de grandes chances d'être exact, car il résulte d'un examen d'au moins cent globules. En prenant, d'autre part, certaines précautions dans le détail de cette expérience et qu'il serait trop long d'énumérer, on peut réduire l'écart d'erreur à un dixième de μ environ.

Dès le premier coup d'œil, il nous fut facile de voir que le diamètre globulaire était plus considérable avant le traitement thyroïdien qu'après ; qu'en un mot il existait, chez notre sujet, une augmentation très notable de la dimension des globules rouges. La moyenne globulaire était à ce moment de 8 μ 10, et le tracé indique que l'élévation de cette moyenne n'est pas due seulement à la présence de quelques grands globules qui auraient pu, peut-être fortuitement, modifier le résultat, mais bien à l'augmentation de tous les éléments. Il y a bien aussi quelques éléments géants et certains d'eux mesurent 9 μ 2, et même 9 μ 7. Après le traitement, le 20 octobre, le chiffre moyen retombe à 7 μ 57, chiffre à peu près normal. Nous reviendrons tout à l'heure sur ce fait.

Comme procédé de coloration, nous avons employé l'éosine hématoxylique, les préparations étant fixées au moyen d'une solution d'acide chromique au centième.

Les préparations sèches obtenues au 10 septembre nous ont permis de reconnaître la présence de globules rouges nucléés en petit nombre, mais dont l'existence était indéniable. Dans le sang examiné le 20 octobre, nous ne rencontrâmes aucun élément analogue. Cependant, nous ne saurions être affirmatifs sur ce point, car, une fois au moins, nous dûmes rester dans le doute sur la nature d'un élément observé.

L'examen des globules blancs nous conduisit également à quelques résultats dignes d'intérêt. Relativement à la variété des leucocytes observés le 10 septembre on pourrait noter une proportion moindre que la normale entre les leucocytes mononucléés et les leucocytes polynucléés (15 à 25 pour 100 environ), mais le nombre des lymphocytes (petits éléments à noyau vivement colorié avec fine collerette protoplasmique) paraissait fort élevé, puisqu'il atteignait à peu près la moitié ou le tiers au moins de celui des grands leucocytes mononucléés. Le 20 octobre, la plus grande partie de ces petits éléments semble avoir disparu, et la leucocytose qui s'est alors manifestée paraît s'être faite grâce à l'adjonction nouvelle de grandes cellules mononucléées à noyau peu colorable entouré d'une large couronne protoplasmique. La proportion entre les éléments monucléés et les polynucléés remonte alors à 30 à 40 pour 100, chiffre supérieur à la normale. D'autre part, parmi ces éléments mononucléés, certains atteignent des dimensions considérables.

L'examen des préparations ne nous a rien révélé d'autre. Nous nous sommes appliqué à rechercher la présence de la mucine signalée par certains auteurs. Nos recherches sur ce point ont été négatives. Parfois nous avons été sur le point de conclure par l'affirmative, mais nous nous sommes bientôt aperçu qu'il s'agissait d'artifices de préparation et nous nous sommes alors demandé si certains auteurs n'avaient pas conclu un peu hâtivement dans des cas analogues.

Ces observations nécessitent quelques explications relatives aux diverses interprétations qu'elles suggèrent. Tout d'abord on peut dire que l'examen du sang dans le myxœdème n'a pas été fréquemment pratiqué. La littérature médicale française est muette sur ce sujet. Cependant, Schmidt (1), dans un article tout récent sur le traitement du myxœdème, a conclu de la façon suivante : « Je ne veux pas terminer sans dire encore que l'examen du sang n'offre aucun caractère pathognomonique dans le myxœdème. » Et pourtant cet auteur n'ignore pas que Mendel, Lichtenstein, Schotten ont constaté au début de la leucocytose, puis, après le traitement, une augmentation des globules rouges et de la quantité d'hémoglobine. Dans le cas que Schmidt rapporte, l'examen du sang paraissait normal, il s'agissait d'un adulte. Ce même auteur connaissait également les conclusions d'un travail de Kræpelin, qui indiquait l'augmentation du diamètre des globules. La remarque de Schmidt est donc inacceptable, et nous nous appuyons sur nos propres recherches et sur celles de Kræpelin pour en contester le bien fondé.

Kræpelin (2), il y a deux ans, dans un travail dont nous avons eu connaissance, après que nos propres recherches étaient terminées, est arrivé à des conclusions identiques aux nôtres. Chez deux sujets adultes cet auteur a remarqué une augmentation notable du diamètre des globules rouges ; les chiffres qu'il a obtenus sont en moyenne de 8 μ 30 à 8 μ 70. D'autre part, Kræpelin, ayant fait faire par Schmidt de Dorpat une analyse physico-chimique, constata une augmentation du poids spécifique du sang et de celui du sérum. Le chiffre des globules rouges paraissait normal.

Dans toutes les observations que nous venons de relater, il s'agissait d'individus adultes, atteints, il est vrai, de myxœdème non opératoire, mais jamais l'examen n'a été pratiqué dans des conditions analogues aux nôtres, c'est-à-dire sur des sujets atteints de myxœdème infantile.

L'augmentation du diamètre des globules que nous avons constatée tient-elle à une circonstance générale ou locale indépendante du myxœdème, nous ne le pensons pas. Lorsque nous examinâmes le sang pour la première fois, le sujet présentait bien de la cyanose des extrémités, condition capable de modifier le volume des éléments du sang. Mais les recherches que nous avons faites sur d'autres sujets atteints de cyanoses locales, nous ont montré que les résultats n'étaient pas semblables. On pouvait aussi penser que l'anémie globulaire constatée chez notre malade, suffisait à expliquer l'agrandissement des éléments ou plutôt l'élévation du chiffre de la moyenne par l'adjonction des éléments géants que ces états anémiques présentent fréquemment. Mais nous avons fait remarquer que la courbe globulimétrique ne pouvait s'expliquer de cette façon. Enfin les résultats obtenus par Kræpelin sur des sujets non anémiés nous forcent bien à

(1) *Deutsch. med. Wochensc.*, octobre 1894.
(2) Kræpelin, *Deuts. arch. für klin. Med.*, 1892.

admettre que c'est au myxœdème lui-même qu'il faut attribuer cette augmentation du diamètre globulaire. Nous en fournissons d'autre part la preuve, en montrant que dès les premiers jours du traitement, les dimensions du globule rétrocèdent pour revenir au chiffre normal.

La présence des globules rouges nucléés est peut-être capable de nous fournir une interprétation plausible de l'état du sang chez les myxœdémateux, et l'on peut se demander s'il n'y a pas chez certains d'eux une sorte de persistance du processus fœtal de l'hématopoièse. On sait que chez le fœtus les globules rouges présentent une dimension plus considérable que chez l'adulte (8 µ 5 à 9 µ environ), on sait aussi que les érythrocytes nucléés se rencontrent habituellement dans le sang fœtal. Il n'y aurait d'ailleurs rien de surprenant à ce que le sang présentât, chez le myxœdémateux, un arrêt de développement analogue à celui des autres organes.

Nous ne voulons pas terminer sans mettre en relief un dernier point intéressant, relatif au processus de guérison. La leucocytose, probablement momentanée, qui se produit alors, est spéciale par la nature même des éléments qui la constituent. L'augmentation du nombre des grands leucocytes mononucléaires, qui, d'après certains auteurs, prennent naissance dans la moelle des os et les autres organes formateurs du sang, résulte-t elle du fonctionnement nouveau de ces centres hématopoïétiques, rappelés à la vie par le traitement thyroïdien ; provient-elle au contraire d'une réaction du sang, vis-à-vis du poison thyroïdien, comme cela se voit à la suite de certaines injections ou intoxications (Chatenay, lab. de Metschnkoff, Kanthack et Hardy, *Journal of physiology*, 12 août 1894), — car ces grandes cellules sont essentiellement phagocytaires, — c'est ce qu'il est impossible de savoir exactement dès maintenant.

Nous n'avons pas parlé, dans cette étude, des granulations protoplasmiques cellulaires, parce qu'elles ne nous ont pas paru présenter de modifications notables. Les granulations éosinophiles ont été visibles dans un dixième des cas environ. Mais les conclusions d'Ehrlich sont certainement à vérifier depuis le travail capital de Kanthack, auquel nous avons fait allusion, et d'après la remarque de cet auteur, les granulations éosinophiles d'Ehrlich ou oxyphiles doivent être bien plus fréquentes qu'Ehrlich ne l'a indiqué. Les procédés de technique proposés par Kanthack et que nous voulons suivre scrupuleusement sont trop délicats pour que nous puissions, dès aujourd'hui, apporter des conclusions relatives à la nature des granulations protoplasmiques dans le sang des myxœdémateux.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 12 janvier 1895.

Présidence de M. Chauveau.

Glycosurie par piqûre du bulbe et régulation de la glycosoformation du foie.

M. Kauffmann apporte de nouvelles expériences à l'appui de sa théorie sur le diabète expérimental. On sait que dans une série d'expériences antérieures, M. Kauffmann a montré que le pancréas fabrique une substance inhibitrice de la glycosoformation par le foie et que l'activité des deux glandes se trouve sous la dépendance du système nerveux. Quand on pique le bulbe, l'excitation est transmise par les fibres qui du ganglion semilunaire se rendent au foie et au pancréas, et provoque une action inhibitrice du côté du pancréas et une action excitante du côté du foie. Mais si l'on coupe les nerfs qui se rendent à ces deux, l'hyperglycémie et la glycosurie n'ont pas lieu.

Maintenant, si chez un animal rendu diabétique par l'extirpation du pancréas, on énerve le foie et on pique le bulbe, on constate une augmentation de la glycosurie et de l'hyperglycémie. Dans les mêmes conditions, si le pancréas au lieu d'être extirpé a été transplanté, on provoque la glycosurie par la piqûre du bulbe.

Pour expliquer ces faits, M. Kauffmann admet que la piqûre du bulbe provoque dans les tissus des modifications d'ordre nutritif avec formation de substances qui passent dans le sang et activent la glycosoformation du foie. Ces substances, produit de l'histolyse, ne seraient pourtant que les matériaux que, le foie utilise pour la formation de sucre.

M. Gley rappelle que, d'après une récente théorie de MM. Reumann et Bial, la piqûre du bulbe agirait sur l'endothelium du lymphatique, qui fabriquerait dans ces conditions une diastase favorisant la formation du sucre par le foie.

Sérothérapie dans la tuberculose et la syphilis.

M. Richet a montré déjà en 1889 que les injections du sérum des animaux réfractaires à la tuberculose provoquaient un ralentissement du processus pathologique. Il a repris avec M. Héricourt ces expériences en se guidant sur le principe de la double réfraction consistant à immuniser un animal naturellement réfractaire.

Les expériences nouvelles ont été faites sur un lot de 20 cobayes divisés en cinq séries de 4 cobayes chacune. La première série servait de témoin, la seconde a été après l'injection traitée par le sérum normal d'âne, la troisième par le sérum d'âne soumis à des injections de cultures tuberculeuses, la quatrième par le lait d'ânesse soumise à des injections de tuberculine, la cinquième par le sérum d'âne soumis aux injections de tuberculine.

Les faits qui ont pu être constatés ont montré que le sérum d'âne soumis aux injections de cultures tuberculeuses avait des propriétés curatives très manifestes.

Ainsi, tandis que les cobayes de la cinquième série (âne soumis aux injections de tuberculine) succombaient avec une rapidité extraordinaire, que les cobayes traités par le lait (ânesse tuberculinisée) succombaient dans le même espace de temps que les cobayes témoins et que chez les cobayes traités par le sérum normal d'âne, dans la série traitée par le sérum d'âne soumis aux injections de cultures tuberculeuses, un lapin a succombé accidentellement le premier jour, deux ont survécu et un a succombé assez tardivement à la tuberculose.

A côté de ces expériences, M. Richet cite deux observations chez l'homme où les injections de sérum d'âne immunisé ont arrêté presque complètement la marche de la tuberculose.

Dans ses recherches sur la sérothérapie dans la syphilis, M. Richet est parti du même principe de la double réfraction en immunisant un animal par l'injection du sang d'un syphilitique. Le sérum de l'animal fut ensuite essayé dans deux cas : dans un cas de syphilis cérébrale avec phénomènes d'ataxie, et dans un autre de syphilis gommeuse rebelle jusqu'alors à tout traitement. Dans les deux cas les injections amenèrent très rapidement la disparition des accidents.

M. Christiani envoie une note sur les *effets de la thyroïdectomie chez les serpents*.

M. Féré montre deux poules chez lesquelles *l'inoculation sous-cutanée de tissu embryonnaire* a donné lieu au développement de tumeurs.

M. Malassez dépose une note dans laquelle il résume ses recherches sur la *résistance des globules du sang*, faites encore en 1873.

R. Romme.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 9 janvier 1895.

Présidence de M. Colrat.

Dermographisme.

M. Augagneur présente un cas intéressant de dermographisme. Lorsqu'on trace sur la peau, avec la pointe d'un instrument mousse, des lettres, celles-ci apparaissent après quatre ou cinq minutes, en relief, formant une tache œdémateuse blanchâtre.

Cette particularité de la peau, au moyen âge, était un signe de possession. M. Augagneur l'a recherché chez ce malade parce qu'il racontait que, s'il se grattait, il survenait des papules persistant un certain temps. Ce dermographisme

n'est pas hystérique, il est en relations avec certaines formes d'urticaires. Il existe aussi chez les animaux, surtout chez les chevaux. C'est un état particulier des vaso-moteurs de la peau liés aux auto-intoxications.

Certains malades ont le dermographisme rouge qui n'est pas rare; mais le vrai dermographisme est de l'œdème.

M. Poncet demande si le dermographisme est fréquent, dans quelles proportions on le rencontre, si les frottements, les pressions étendues le produisent aussi bien que les rayures de la peau?

M. Augagneur. — Le vrai dermographisme est rare, du reste on ne le recherche pas assez; il l'a observé chez trois sujets. Ce malade l'avait présenté déjà une fois pendant un certain temps à la suite de phénomènes dyspeptiques; il a reparu à la suite de chagrins, de privations. Toute pression de la peau chez ce sujet est dermographique.

Mal de Pott cervical.

M. Gangolphe présente un malade atteint de mal de Pott cervical. Ce jeune homme, de 18 ans, s'est présenté à son observation, il y a trois ans, avec une attitude vicieuse très marquée: le menton était en contact avec la poitrine, le redressement, impossible, déterminait d'horribles douleurs. Il existait une douleur à la pression dans la région cervicale et un chapelet adénopathique.

Le redressement a été obtenu en plusieurs temps, au moyen d'applications successives (quatre) de minerves plâtrées. Le traitement a duré quatorze mois.

Actuellement le malade a recouvré toute la mobilité de la colonne cervicale. Il existe encore un chapelet adénopathique du côté droit du cou et un peu de douleur à la pression des apophyses épineuses. C'est donc un résultat définitif qui n'est pas rare dans le mal de Pott cervical, traité avec la minerve plâtrée.

Arthrectomie du genou.

M. Albertin présente un malade auquel il a pratiqué l'*arthrectomie* pour une tumeur blanche du genou gauche. Cet opéré appartient à la série d'observations qui ont fait l'objet d'une communication au Congrès de chirurgie de 1894 « *sur le traitement de la tuberculose du genou par les méthodes sanglantes combinées* »; le malade n'a pu être présenté au Congrès à cause de la suppuration d'une adénite inguinale tuberculeuse qui l'immobilisait au moment de cette réunion. Actuellement ce malade est complètement guéri comme on peut le constater. Voici en deux mots son observation.

Il s'agit d'un cultivateur de 18 ans, Bouchac..., Claude, habitant Verzery (Saône-et-Loire), venu à l'Hôtel-Dieu pour une tumeur blanche du genou gauche, le 13 avril 1894, dans le service de M. le professeur Maurice Pollosson. L'affection a débuté, il y a douze à quinze mois environ, par des douleurs vagues qui bientôt se sont accompagnées de gonflement de l'articulation. A son entrée dans le service, l'articulation est tuméfiée, les culs-de-sac distendus avec gonflement prédominant au niveau du condyle interne du tibia. Le diagnostic de tumeur blanche du genou est fait. On décide une intervention sanglante. Opération le 18 avril 1894. Incision en H à courts jambages inférieurs, synovectomie totale, ablations des ligaments croisés et des ménisques semi-lunaires.

L'examen du squelette ne révèle qu'un foyer osseux au niveau du côté interne du plateau tibial; ce foyer est largement évidé et, après évidement, il existe une cavité du volume d'une petite noix. Les autres parties du squelette paraissant saines, on fait le pelage, au couteau ostéotome, des condyles fémoraux, de façon à produire l'avivement des cartilages articulaires. On évide aussi une portion superficielle du revêtement cartilagineux du tibia; la rotule aussi est avivée sur sa face profonde; drainage postérieur et interne.

Les sutures se font sur deux plans, un plan fibro-musculaire profond au catgut, un superficiel au fil métallique, suivant le manuel opératoire indiqué dans la communication faite au Congrès. Le malade a guéri avec deux pansements renouvelés à vingt jours d'intervalle.

Au quarantième jour, il pouvait détacher le talon. On ne lui a permis de marcher que vers le soixante-dixième jour. La présence du drain communiquant avec le foyer osseux évidé a amené la production d'une fistulette qui ne s'est cicatrisée que vers la fin du troisième mois.

Le malade allait très bien, marchait librement, lorsque, vers le mois de septembre, il a vu se produire une poussée inflammatoire aiguë d'une pléiade ganglionnaire inguinale gauche en rapport avec la lésion articulaire.

Il a fallu pratiquer l'extirpation du paquet ganglionnaire du triangle de Scarpa. Actuellement, le malade est guéri L'ankylose du genou est complète, solide; la marche, ainsi qu'on peut en juger, est facile sans grande boiterie. La mensuration indique une diminution de longueur de deux centimètres à peine. Le malade marche avec sa chaussure habituelle sans avoir besoin de faucher. Le résultat fonctionnel est donc excellent; quant à l'état local, il n'y a pas trace de récidive, pas un seul point sensible sur la périphérie de l'articulation. Il est intéressant de noter qu'après l'ablation du foyer tuberculeux initial du genou, les ganglions inguinaux infectés ont évolué jusqu'à la caséification.

Voilà donc un cas d'arthrectomie du genou pour ostéo-arthrite tuberculeuse où le résultat fonctionnel est excellent et où la cure de la tuberculose locale paraît acquise.

Il n'y a qu'une diminution insignifiante de longueur du membre, la forme du genou est assez bien conservée. L'intégrité des cartilages épiphysaires permet d'espérer qu'il n'y aura pas d'arrêt d'accroissement et que, par conséquent, la longueur des membres inférieurs restera parallèle. Ce cas est évidemment très favorable à l'arthrectomie.

M. Gangolphe déclare que le résultat obtenu chez le malade présenté est excellent. Il est prêt, dans certains cas, à avoir recours à l'arthrectomie, mais il fait remarquer que, dans cette opération, il y a avivement des extrémités du squelette articulaire pour obtenir l'ankylose. La synovectomie seule est une mauvaise opération, il faut aviver le squelette, ce qui fait en somme de l'arthrectomie une opération voisine de la résection ou même une résection minima.

M. Albertin définit l'arthrectomie, telle qu'il la pratique, une opération caractérisée par l'ablation des parties véritablement constituantes de l'articulation. Le manuel opératoire comprend la synovectomie, l'ablation totale de la synoviale, puis l'excision des ligaments croisés, des ménisques inter-articulaires; enfin la chondrectomie, c'est-à-dire l'ablation de la plus grande partie du revêtement cartilagineux des surfaces articulaires. C'est par la chondrectomie que l'on produit l'avivement osseux et que l'on obtient l'ankylose, mais sans résection de portions osseuses. Par-dessus le squelette articulaire avivé et coapté on suture la capsule fibro-musculaire soigneusement conservée et le plan cutané.

On peut voir sur des photographies présentées l'aspect du membre opéré par rapport au membre sain. Tous ces malades ont un bon résultat fonctionnel et les indications de l'arthrectomie, nettes chez les enfants, paraissent devoir s'étendre aux adolescents, à moins de lésions trop accentuées des extrémités osseuses.

Epithéliome de la face.

M. Rafin présente un malade qu'il a opéré plusieurs fois pour des lésions de la face, des oreilles et du cuir chevelu qu'il avait diagnostiquées cancroïdales. La première de ces manifestations épithéliomateuses remontait à 23 ans. Sur la joue gauche on observe encore une plaque rouge qui, d'après M. Rafin, serait également justiciable de l'ablation.

M. Augagneur. — Au point de vue clinique, le diagnostic d'épithélioma n'est pas soutenable. Il récidive *in situ* et non par poussées ulcéreuses, à distance les unes des autres. La marche de la maladie est en contradiction avec celle de l'épithélioma.

Si l'on tient compte de l'aspect de la lésion, c'est un lupus, c'est le lupus érythémateux, fréquent sur le cuir chevelu. L'examen histologique n'a donc aucune valeur, parce qu'il est en contradiction avec la clinique.

M. Vallas. — La lésion de ce malade est de la tuberculose cutanée. C'est de la tuberculose verruqueuse de la peau qui est caractérisée par ce fait: qu'elle s'étend par la périphérie, en même temps qu'elle guérit au centre.

M. Gangolphe est de l'avis de MM. Augagneur et Vallas : C'est du lupus.

M. Poncet diagnostique des lésions lupiques en s'appuyant sur leur marche, leur récidive au voisinage, à distance des foyers enlevés. Il signale aussi, à l'appui de son opinion, l'absence de toute infection ganglionnaire. Il regrette l'ablation de la peau envahie et conseille la cautérisation ignée.

M. Rafin se range à l'avis unanime des orateurs. Il croit cependant que l'examen histologique n'est pas à dédaigner.

M. Augagneur. — Un examen histologique n'est pas un article de foi. Dans ce cas, si l'examen dit épithélioma, il ne le croirait pas. Il est si facile de se tromper de bocal. Cette lésion est, en effet, le type du lupus, non pas de la forme dite : tuberculose verruqueuse de la peau, qui, elle, a un aspect framboisé, mais celle dite lupus érythémateux. Elle n'est justiciable que d'un traitement modéré.

M. Bard demande à examiner les pièces histologiques.

M. Laguaite. — Ce malade paraît atteint du lupus, mais au moment de l'opération il avait un épithélioma du pavillon de l'oreille greffé sur de vieilles ulcérations. Les ulcérations lupiques deviennent-elles facilement épithéliomateuses ?

M. Augagneur. — La dégénérescence épithéliale ne se rencontre pas dans le lupus érythémateux, mais elle peut exister dans les vieux lupus ulcérés. Le lupus du pavillon de l'oreille se présente avec des caractères typiques. Le diagnostic doit, en outre, être basé sur l'ensemble des symptômes.

M. Poncet persiste à croire à du lupus malgré l'examen histologique. On ne voit pas, chez un homme jeune, d'épithéliomas de la face, du cuir chevelu et surtout du pavillon de l'oreille évoluer depuis quinze à vingt ans. D'après M. Poncet, l'épithélioma du pavillon est particulièrement malin, sa marche serait rapide et la récidive presque fatale.

Actinomycose.

M. Bérard, interne du service de M. le Dr Poncet, présente un nouveau malade de ce service atteint d'actinomycose. Sur la branche montante gauche du maxillaire inférieur, au voisinage de l'articulation temporo-maxillaire, induration, fistules, fournissant du pus actinomycosique (examen de M. Dor).

Il s'agit d'un garçon de vingt ans, robuste, né à Savigny (Rhône), où il exerce la profession de cultivateur. Vivant en contact journalier avec le bétail, le malade affirme très catégoriquement que vaches et chevaux en sa possession sont indemnes de toute affection. On ne trouve d'ailleurs aucun élément étiologique sérieux ; les parents sont vivants et en bonne santé, ils ont six autres enfants tous vigoureux et, dans le passé de ce dernier, on ne relève aucune affection aiguë ou chronique diathésique.

Les accidents qui l'amènent à l'hôpital ont débuté au mois de septembre 1894 (il y a quatre mois) par un gonflement un peu douloureux, avec sensation de tension au niveau des grosses molaires supérieures gauches. Au bout de quelques jours, la deuxième grosse molaire de ce côté devint le siège de souffrances vives, comparées par le malade à celles que détermine une fluxion. Un médecin consulté refusa d'enlever la dent et cautérisa légèrement la gencive au pourtour, ce qui amena une légère rétrocession des symptômes aigus.

Mais, une semaine après le gonflement, les douleurs avaient reparu plus intenses, accompagnées de trismus serré. Depuis, les réactions subjectives se sont atténuées, mais les signes objectifs ont augmenté progressivement de netteté.

Aujourd'hui on constate à l'examen :

Que toute la région étendue de l'angle du maxillaire à gauche jusqu'au milieu de la fosse temporale correspondante est le siège d'un empâtement à surface irrégulière ayant supprimé les dépressions normales ; en avant de l'oreille proéminent trois petites tuméfactions superposées de haut en bas, au niveau desquelles la peau est rouge et amincie. Dans tout le reste du territoire malade les téguments ont conservé leur coloration normale.

A la palpation, les tissus intéressés ont une consistance intermédiaire entre la mollesse de l'œdème inflammatoire et la dureté des néoplasmes solides (caractère mixte sur lequel M. le Dr Poncet attire particulièrement l'attention) ; les points les plus tuméfiés sont les plus mous, sans être nettement fluctuants. La délimitation par le palper du rebord du maxillaire inférieur le montre considérablement élargi et adhérent à une masse qui infiltre la loge sus-hyoïdienne latérale. Du côté de la bouche on ne peut constater que la tuméfaction de la face externe des os, le trismus très accentué que présente le malade ne permettant pas d'explorer les dents et l'intérieur de la cavité.

Pas de ganglions au voisinage ou à distance de la lésion ; aucun retentissement sur l'état général qui s'est maintenu excellent, pas de trouble du côté des voies digestives ou respiratoires.

L'ensemble des symptômes présentés par ce malade était assez caractéristique pour que le diagnostic très probable d'actinomycose eût été d'abord porté d'après les seuls signes cliniques par tous ceux qui l'examinèrent à son arrivée : M. Nicolas d'abord, interne de la porte, puis M. Jaboulay, à qui M. Nicolas l'avait adressé. Ce diagnostic fut confirmé de suite par l'examen du liquide hématique purulent obtenu par ponction des points ramollis. Sur la nuance rougeâtre de ce liquide se détachaient de nombreux grains jaunes dont l'isolement fut des plus faciles et qui, sous le microscope, se montrèrent constitués du mycélium central couronné de sa ligne festonnée de massues.

Enchondrome primitif du poumon.

M. Paul Courmont, interne des hôpitaux, présente une tumeur du poumon gauche provenant d'un malade du service de M. Clément.

Ce malade entra à l'hôpital avec une dyspnée intense, en orthopnée, extrêmement cyanosé et pouvant à peine répondre aux questions.

Il put raconter que, depuis trois ans, il avait des accès dyspnéiques asthmatiformes, extrêmement répétés depuis trois mois et que, depuis quelques jours, il était dans l'état actuel. L'auscultation ne révéla que de l'obscurité respiratoire. Expectoration séreuse aérée. Pas de température. Il mourut trois heures après.

A l'autopsie, rien à noter dans les organes autres que les poumons. En enlevant le poumon gauche, on sent au sommet la tumeur présente. Cette tumeur siège en plein parenchyme pulmonaire ; elle est de la grosseur d'une orange, lourde, dure au toucher, avec une sorte de crépitation superficielle. Elle est entourée d'une capsule consistant en un simple épaississement du tissu conjonctif ; une branche importante de l'artère pulmonaire y est aplatie.

La tumeur elle-même est constituée à la périphérie par de petits grains gros comme de tout petits pois et à plusieurs facettes. Ces grains sont durs, enveloppés chacun d'une mince enveloppe fibreuse et constitués par du tissu cartilagineux.

A la coupe, on voit que le centre est formé d'un tissu plus dur, d'aspect et consistance osseuse.

Pas de chondrôme des autres organes.

Les auteurs classiques sont très brefs sur les chondrômes des parties molles. Pour Ranvier, ces tumeurs dans le poumon seraient toujours secondaires. Virchow (*Pathologie des tumeurs*) admet des chondrômes pulmonaires d'origine métastatique et idiopathique. Les premiers signalés par Virchow, Richet, Volkmann, Mulert, etc., sont dus à la généralisation de chondrômes malins des os, et sont toujours très petits.

Les seconds sont rares, siégeant ordinairement à la racine des poumons, constitués par de petits grains formant rarement des amas de la grosseur d'une noix et ne donnant aucun symptôme. Leur structure est souvent celle du cartilage. Souvent aussi, ce sont des tératomes, c'est-à-dire des tumeurs constituées par plusieurs tissus.

Le cas actuel est intéressant par son développement idiopathique et par son volume extraordinaire ayant occasionné des accidents. Les crises asthmatiformes répétées depuis plusieurs années, surtout dans les derniers temps, et les troubles asphyxiques terminaux semblent liés à l'évolution de la tumeur. Celle-ci aurait agi non par compression de la bronche ou de l'artère pulmonaire, ce qui n'aurait pas donné de troubles morbides à cause de la lenteur d'évolution, mais bien par des phénomènes de compression et d'irritation ner-

veuse, d'où crises asthmatiformes réflexes et mort par asphyxie.

Empoisonnement par l'acide chlorhydrique.

M. Burdet, interne des hôpitaux, présente les pièces anatomiques d'une malade qui s'est suicidée en absorbant de l'acide chlorhydrique.

Lorsqu'elle fut amenée à l'hospice, elle présentait trois ordres de symptômes :

1° Un état de choc considérable, comme à la suite d'un grand traumatisme, avec de vagues douleurs de l'abdomen ;

2° De la tétanisation des muscles abdominaux ;

3° Une dysurie très intense.

La mort survint 9 heures après l'accident. A l'autopsie on trouvait un épanchement abdominal d'un liquide noir café, franchement acide. Le péritoine viscéral était injecté, l'estomac, comme desséché, d'une coloration noire foncée, avait une vaste perforation au niveau du grand cul-de-sac et deux autres petites éclatures. Le foie était en partie carbonisé. Les urines, sanglantes, présentaient de l'hyperacidité.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DERMATOLOGIQUE DE BERLIN

Séance du 4 *décembre* 1894.

Gangrène gonorrhéique du testicule.

M. Karewski. — L'épididymite et l'orchite gonorrhéique passent pour des affections bénignes. Il existe pourtant des cas où l'orchite se complique, suppure, donne lieu à la formation d'abcès, de gangrène. Ces faits ont été signalés par Ricord, et récemment M. Karewski a eu l'occasion d'observer deux cas de ce genre.

Le premier est celui d'un garçon de 19 ans qui entra à l'hôpital avec des phénomènes de hernie étranglée. A l'examen un seul testicule se trouvait dans le scrotum. Le malade avait des vomissements, un pouls faible, mais le tympanisme faisait défaut au siège présumé de la hernie. On diagnostiqua une épididymite du testicule en ectopie, mais l'opération ne fut faite que lorsque les phénomènes généraux devinrent plus menaçants. On trouva un abcès rempli de pus fétide. Le testicule était livide, couvert de masses fibrineuses, tordu. Castration et guérison.

La seconde observation se rapporte à un homme vigoureux, guéri depuis quelque temps d'une gonorrhée chronique. En septembre 1894 il contracte une nouvelle blennorrhagie qui se complique d'épididymite. Celle-ci était déjà presque complètement guérie, lorsque à la suite d'un traumatisme de la partie inférieure de l'abdomen, le malade fut pris de tous les signes d'une péritonite avec collapsus. Un lavage de l'intestin amena une selle abondante, et comme la tumeur scrotale ne paraissait pas se prolonger dans le canal inguinal, M. Karewski diagnostiqua un abcès du testicule. L'incision montra que le testicule était à moitié gangréné et que le pus avait perforé la tunique vaginale. Castration et guérison.

Récemment encore M. Israël a publié aussi un cas de gangrène du testicule consécutivement à un abcès gonorrhéique de la prostate.

Quant à la pathogénie des abcès du testicule, on les a vus survenir après des traumatismes, au cours des abcès de la prostate, après la lithothripsie, après la ponction des phlegmons du scrotum.

Les recherches expérimentales ont montré que la ligature des veines provoque des phénomènes de stase avec œdème et hyperémie du scrotum, la ligature des artères une nécrose partielle du testicule, et la ligature du cordon la nécrose totale. La nécrose du testicule est d'autant plus compréhensible que l'artère spermatique est une artère terminale dans le sens de Cohnheim.

Le rôle d'un traumatisme serait donc occasionnel, agissant sur un organe atteint par l'inflammation dans sa nutrition et dans lequel la thrombose des vaisseaux peut s'effectuer avec la plus grande facilité. Si la gangrène gonorrhéique du scrotum est relativement rare, cela tient à ce que dans ces cas le testicule est plus ou moins protégé contre les traumatismes par le suspensoir, etc.

Le rôle du gonocoque est difficile à élucider dans cette gangrène. Dans les deux cas qu'il a relatés, M. Karewski trouva dans le pus des diplocoques, mais comme ils ne se trouvaient pas à l'intérieur des cellules du pus, il était difficile de savoir si c'étaient des gonocoques ou non.

M. G. Lewin a observé trois cas de gangrène du testicule. Le premier était consécutif à l'enveloppement de Fricke, le second à l'application d'une vessie de glace, le troisième est survenu au cours d'une gangrène du scrotum.

Un fait sur lequel M. Lewin attire l'attention, c'est que dans les inflammations qui se propagent de l'épididyme au testicule, on trouve souvent des points fluctuants, de véritables abcès. Pourtant le pus se résorbe grâce à la compression que la tunique albuginée exerce sur le testicule. Si l'on fait la ponction, on retire du pus et des canaux séminifères difficiles à distinguer de ce dernier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE HEIDELBERG

Séance du 11 *décembre* 1894.

Convulsions épileptiformes dans la dilatation de l'estomac.

M. Fleiner ne pense pas que les accidents convulsifs que l'on observe quelquefois dans la dilatation de l'estomac pendant les vomissements ou le lavage de l'estomac, soient de la tétanie. Du moins, sur trois cas de ce genre qu'il a eu l'occasion d'observer, la véritable tétanie n'existait que chez un seul malade. Il s'agissait dans ce cas d'une femme de 48 ans atteinte de cancer du pylore, chez laquelle les accidents de tétanie provoqués par le lavage de l'estomac, se reproduisirent plus tard. Cette malade présentait, en outre, le signe de Trousseau et avait de l'albumine dans l'urine.

Dans tous ces trois cas, M. Fleiner traita le contenu stomacal d'après le procédé de Bouveret et Devic et injecta la substance toxique qu'il en retira à des animaux qui ont tous succombé après avoir eu des convulsions. Mais tandis que chez les animaux les convulsions étaient toxiques, les malades chez lesquels on avait pris le contenu stomacal avaient des convulsions toxiques. Il fallait donc admettre qu'à côté du poison décrit par Bouveret et Devic, il en existait encore un autre. Une nouvelle série de recherches conduites dans cette direction a alors montré qu'il n'existait pas de poison préformé dans le contenu stomacal pris au moment des convulsions et que le poison en question se formait pendant la manipulation du contenu stomacal pour en extraire le poison.

En analysant en détail les phénomènes cliniques des convulsions, tels qu'ils ont existé chez ses malades, M. Fleiner arrive à conclure que les convulsions sont d'origine réflexe et que le réflexe parti d'une ulcération stomacale se manifeste tout d'abord par une occlusion spasmodique du pylore et par une hypersécrétion gastrique. Les deux premières manifestations du réflexe peuvent être arrêtées par l'introduction dans l'estomac d'une forte quantité de bismuth.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Séance du 8 janvier 1895.

De la mort consécutive à l'ovariotomie.

M. Malcolm. — Je tiens à vous rapporter tous les cas de mort que j'ai eus à la suite d'une ovariotomie. Le premier de ces cas a trait a un kyste dermoïde qui s'ouvrit dans l'intestin; j'ai opéré et j'ai trouvé une partie de la tumeur absolument impossible à séparer de l'S iliaque; je laissai en place cette portion de la tumeur, et je la fixai aux bords de la plaie faite dans l'aine gauche. Trois jours après survinrent des symptômes d'obstruction intestinale; la mort survint le 6e jour. A l'autopsie, on ne trouva aucun signe de péritonite généralisée; il y avait une occlusion intestinale due à une adhérence de l'intestin grêle au pédicule ovarien du côté droit. Du côté gauche, il n'y avait pas de suppuration et la plaie de l'aine était bien limitée par des adhérences péritonéales. Dans le 2e cas, il y avait une tumeur rompue avec un papillome fongueux à sa surface et dans son intérieur. Environ un an avant l'époque à laquelle je vis cette malade, son ventre avait été examiné par un autre médecin qui avait fait le diagnostic de tumeur maligne. Je fis l'ovariotomie complète. Neuf jours après apparurent des signes d'occlusion intestinale qui allèrent ensuite en augmentant. Le 24e jour, j'ouvris de nouveau le ventre, je trouvai des adhérences au niveau de l'S iliaque. Le pédicule de la tumeur s'était gangréné, mais il n'y avait pas de suppuration dans la cavité abdominale. La malade mourut 14 heures après cette seconde opération; on ne trouva à l'autopsie aucune trace de tumeur maligne. La mort parut devoir être rapportée plutôt à l'état de l'S illaque qu'à la gangrène du pédicule. Dans un 3e cas, il y avait une tumeur maligne solide de l'ovaire, de la consistance d'un caillot et manifestement fluctuante. Elle s'étendait du plancher pelvien jusqu'au-dessus du rebord costal; elle présentait de toutes parts des adhérences et fut prise par tous ceux qui l'examinèrent pour un kyste. L'opération ne put être terminée et la malade mourut de choc. Chez une quatrième malade, il y avait deux kystes ovariens et un fibrome utérin. On enleva ces tumeurs et la mort survint le 12e jour, par thrombose de la veine iliaque. Une cinquième malade présentait une tumeur colloïde de l'ovaire; elle était âgée de 60 ans. A l'autopsie, on trouva de nombreux noyaux fibreux dans les parois utérines; la cavité de l'utérus était dilatée. Beaucoup de petites tumeurs fibreuses faisaient saillie dans la cavité utérine, mais la surface extérieure de l'utérus était lisse. Les antécédents et les signes physiques firent penser que l'hypertrophie utérine était due à une tumeur maligne. L'écoulement de l'utérus cessa au bout de 4 jours après l'opération; aussitôt la fièvre s'alluma et la malade mourut le 6e jour. La sixième malade avait deux kystes ovariens soulevant l'utérus et le péritoine complètement au-dessus du bassin. Je fis une opération exploratrice en novembre 1891, et je crus à une tumeur maligne de l'utérus. L'utérus continua à augmenter de volume, mais les signes de tumeur maligne ne se déclarèrent pas. Aussi je fis une deuxième opération en octobre 1893. J'enlevai complètement les kystes et l'utérus réunis en une masse unique. La malade mourut de choc. A l'autopsie, on ne trouva aucun signe de dégénérescence cancéreuse.

Je suis heureux de n'avoir jamais eu aucun cas de mort par le fait que la ligature ait glissé ou par septicémie. Je vous ai rapporté les insuccès précédents, parce que mieux on connaîtra le mécanisme suivant lequel survient la mort après ces opérations, et plus on aura de chance de l'éviter. Mes observations précédentes me conduisent à vous soumettre les propositions suivantes : 1° Dans certains cas de tumeurs ovariennes, il est impossible de dire si l'affection est bénigne ou maligne, et même dans le cas de tumeurs non malignes, il peut être impossible d'en faire l'ablation sans amener la mort de la femme. Le choix des cas favorables pour l'opération, choix que beaucoup de chirurgiens se piquent de ne pas faire, est donc des plus difficiles et constitue peut-être le plus important devoir du chirurgien. 2° La septicémie est le danger le plus ordinaire de la chirurgie abdominale; dans le cas de septicémie non compliquée, on peut prévenir cette complication par des antiseptiques et par des soins. Cependant dans certains cas il est difficile ou même impossible de prévenir ce danger. 3° Les troubles fonctionnels ou mécaniques de l'intestin créent un danger tout particulier pour la chirurgie abdominale.

M. Doran. — On peut diviser en deux groupes les causes de mort par ovariotomie : les unes peuvent être évitées, les autres au contraire ne sauraient être prévues et empêchées. Parmi les premières il faut placer les ligatures qui glissent et provoquent une hémorrhagie mortelle. L'hémorrhagie en nappe n'entraîne pas tant la mort par la perte de sang, que parce que le sang épanché forme un milieu favorable pour le développement des microbes. Il faut aussi placer dans la première catégorie les phénomènes septiques dus à l'épanchement du contenu du kyste pendant l'opération, ou dus à des microbes apportés du dehors. Parmi les causes qu'on ne saurait empêcher, citons la bronchite, qui survient souvent chez les femmes âgées et due peut-être à l'anesthésique employé; citons encore les tumeurs malignes qu'on ne peut enlever complètement, et quelques kystes dermoïdes.

M. Jones. — Il faut aussi tenir compte de l'état du cœur. Chez une femme pâle, âgée de 30 ans, ayant un pouls assez faible, j'ai vu l'ablation d'une petite tumeur solide, ablation qui fut du reste très facile, amener la mort par asthénie cardiaque. Une autre femme, opérée sur sa demande, le 6e jour après une attaque d'influenza, mourut aussi par asthénie cardiaque. A côté de ces cas et en opposition avec eux, je citerai l'observation d'une femme, très délicate, à apparence de tuberculeuse, et qui guérit malgré une attaque de pneumonie et d'une occlusion intestinale qui nécessita la réouverture de l'abdomen. Je crois aussi que l'anesthésie par l'éther est susceptible de déterminer la bronchite chez les sujets âgés.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE LONDRES

Séance du 21 décembre 1894.

Traitement de la diphthérie par l'antitoxine.

M. Ruffer. — Le sérum de cheval n° 1 dont on se servit d'abord était d'une telle force qu'une injection d'un cochon d'Inde de 0,001 cm. c. de ce sérum mélangé à 1 cm. c. de toxine diphthérique ne produisait aucun symptôme, tandis que l'animal témoin mourait en 36 heures. L'injection de 0,0005 de ce sérum avec la même quantité de toxine que précédemment n'était pas toujours efficace pour empêcher la mort; l'injection de 0,0001 cm. c. de sérum ne prolongeait la vie que de quelques heures. Le sérum de cheval n° 2 était tel que 0,0001 cm. c. ou même 0,00005 de ce sérum suffisaient quelquefois pour protéger un cochon d'Inde auquel on avait inoculé une dose de toxine qui tuait en 36 heures les animaux témoins. Le sérum n° 2 était donc beaucoup plus fort que le précédent. Les résultats furent plus favorables; les douleurs articulaires et le rash attribuables au sérum furent moins intenses et se montrèrent moins souvent. De là l'idée que les fâcheux effets provoqués par l'injection de sérum étaient dus au sérum lui-même et non à la substance curative qu'il contient. Pour avoir le maximum de substance dans la plus petite quantité possible de sérum, il fut décidé par l'Institut britannique de Médecine préventive de ne livrer aucun sérum ne possédant pas une force telle que 0,0001 cm. c. de ce sérum neutralisât la dose minima de toxine capable de tuer un cobaye pesant 500 gr. dans un laps de temps variant de 36 à 48 heures. Le prix auquel on livre ce sérum couvre juste les dépenses.

M. Golding-Bird. — La mortalité de mes cas de diphthérie à la suite de la trachéotomie et du traitement par l'anti-toxine est de 66 0/0. C'est là un très bon résultat, car il s'agit de cas où la trachéotomie n'avait été pratiquée que parce que les malades étaient sérieusement menacés d'asphyxie. Dans mes anciennes statistiques la trachéotomie ne me donnait que 12 à 13 0/0 de guérisons. Je me demande si

l'anti-toxine a une action sur les complications pulmonaires.

M. Newman. — Le diagnostic de la diphthérie est très difficile. J'ai vu une bonne d'enfant avoir un mal de gorge qu'on considéra comme simple; l'examen des produits de sa gorge ne révéla la présence d'aucun bacille diphthérique. Cependant les enfants confiés à sa charge eurent tous une diphthérie vraie, caractérisée par le bacille spécifique. De plus, la femme elle-même fut prise ensuite de paralysies. On voit ainsi que la preuve négative n'est pas toujours valable. La preuve positive, au contraire, a une grande valeur. Les caractères présentés par les bacilles ont aussi de l'importance; les plus grands bacilles indiquent des formes virulentes de l'affection; les plus petits, au contraire, sont liés à des formes bénignes. Il est difficile de préciser exactement la force du sérum antidiphthérique et c'est là un inconvénient; de plus, ce sérum doit contenir quelque substance qu'on pourrait isoler. Je n'ai jamais vu l'injection de sérum produire d'autre accident qu'un rash, qui apparaît dans les 24 heures consécutives à l'injection. Malgré le traitement par le sérum, je n'en continue pas moins à traiter en outre la diphthérie par les procédés ordinaires. Les cas les plus graves sont ceux où il n'y a pas de fièvre; dans ces cas l'antitoxine n'amène aucune amélioration.

M. Hawkins. — Comme il y a actuellement beaucoup de variétés d'antitoxine dans le commerce, il faut toujours préciser celle qu'on emploie. L'antitoxine d'Aronson est un remède secret et diffère de toutes les autres par la petitesse des doses nécessaires. La méthode employée actuellement par Klein n'est autre que l'ancienne méthode de Behring, qui est aujourd'hui mise de côté. M. Edmund et moi, nous obtenons une antitoxine en injectant au cheval, pendant un mois, des cultures sur agar, cultures dont la virulence a été atténuée par leur âge. L'usage de ce sérum donne les guérisons les plus rapides.

M. Mac-Combie. — J'ai traité par le sérum de Ruffer 31 cas de diphthérie; je n'ai eu que 3 morts. Sur 54 malades traités encore par cette méthode j'en ai perdu 7, ce qui fait une mortalité de 13 p. 0/0. L'antitoxine paraît avoir une très grande influence sur la marche de la maladie, surtout quand on emploie ce traitement de bonne heure. Chez quelques malades, il y a une élévation de la température après la 1re injection. Chez un adulte, j'ai vu survenir une rechute douze jours après la première injection. Dans la moitié des cas que j'ai traités par le sérum, j'ai vu un rash s'accompagnant souvent d'une élévation de la température. Dans 2 cas seulement j'ai vu se produire des douleurs articulaires. L'emploi du sérum diminue aussi les complications de paralysie.

M. Caiger. — Le traitement par le sérum a une grande utilité, mais il importe de l'établir de bonne heure. Je l'ai employé dans 30 cas de diphthérie grave; il y a eu 8 morts, dont 5 survenant 12 heures après l'admission et 3 au bout de 3 heures. La proportion des cas justiciables de la trachéotomie est notablement diminuée par ce traitement. En appliquant ce dernier de bonne heure, on diminue les chances de paralysie. Le pronostic à l'avenir devra tenir compte du temps écoulé entre le début de la maladie et le début du traitement par l'antitoxine. Le pronostic est aussi assombri par la présence des microbes de la suppuration.

M. Eastes. — Je me suis servi de l'antitoxine d'Aronson; j'ai constaté un abaissement notable de la température après les injections. Je ne crois pas que le sérum neutralise les toxines, car alors on ne verrait pas survenir des asthénies cardiaques ou des paralysies au bout de plusieurs semaines de traitement; or j'ai constaté ces accidents.

M. Woodhead. — On peut diviser les cas de diphthérie en 2 groupes principaux : 1° ceux dans lesquels le bacille diphthérique prédomine; quand la mort doit survenir, c'est rapidement qu'elle emporte le malade; 2° ceux où il y a des streptocoques associés aux bacilles précédents, et dans lesquels la mort ne survient que plus lentement. Le sérum préparé par Klein est tout à fait différent de celui de Roux ou de Ruffer. Klein a proposé d'appeler son produit *antimycétine*, pour indiquer qu'il a une plus grande action sur les bacilles que sur les toxines.

M. Washburn. — L'antitoxine neutralise le poison diphthérique; cependant il ne s'agit pas là d'une action chimique analogue à celle de la neutralisation d'un acide par un alcali; il semblerait plutôt qu'il s'agit là d'une stimulation des cellules leur permettant de résister aux toxines. Il semble aussi que quand les toxines diphthériques ont séjourné quelque temps dans l'organisme, elle subissent des changements et cela expliquerait pourquoi l'antitoxine n'agit plus dans les stades avancés de la diphthérie.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE PRAGUE

Traitement ambulatoire des fractures du membre inférieur.

M. Ellbogen a appliqué le traitement ambulatoire dans 34 fractures de la jambe, dont quatre compliquées, et dans douze fractures de la cuisse, dont une fracture du col. Pour les fractures de la cuisse, la guérison complète a demandé 53 jours en moyenne, pour les fractures du tiers supérieur ou moyen de la jambe 45 jours, pour celles des malléoles, trente-cinq jours.

L'appareil dont se sert M. Ellbogen est un appareil circulaire fait avec une bande plâtrée et qui remonte jusqu'au genou dans les fractures du tiers inférieur de la jambe, jusqu'à mi-cuisse dans les fractures du tiers moyen ou supérieur de la jambe. L'appareil est renforcé, après un premier tour de bande qui commence sous les orteils, par trois attelles en ferblanc, deux latérales et une postérieure, qui s'arrêtent, les latérales au niveau des malléoles, la postérieure à 3 ou 4 centimètres au-dessus de l'insertion du tendon. Ces attelles, sur 2 ou 3 centimètres de largeur, sont maintenues en place par un second tour de bande plâtrée qui complète pour ainsi dire l'appareil.

Pour les fractures de la cuisse, on fait d'emblée deux tours de bande commençant sous les orteils et s'arrêtant à la racine de la cuisse. Avec deux fils de fer courbés par le milieu, on fait une attelle dont la partie supérieure forme un anneau dont une moitié va de la tubérosité de l'ischion à la pointe du trochanter et l'autre, l'antérieure, complète la circonférence en passant par le pli de l'aine. Les quatre bouts qui pendent, deux le long de la fa e externe et deux le long de la face interne du membre, sont recourbés au niveau du talon de façon à former une attelle à chaque bord du pied et parallèlement à ce bord. Par-dessus cette attelle en fil de fer, on applique deux nouveaux tours de bande et l'appareil est fini.

Vingt-quatre heures après l'application de l'appareil, le malade peut se lever et marcher avec des béquilles et, quelques jours plus tard, avec une canne.

Dans les fractures malléolaires, l'appareil n'est mis qu'au bout de deux ou trois jours, pendant lesquels on pratique le massage.

Dans les fractures de la cuisse, l'application de l'appareil est précédée d'une extension continue avec un poids de 3 à 5 kilogrammes pendant six à huit jours. D'après M. Ellbogen, les fractures soumises au traitement ambulatoire guérissent plus rapidement, sans troubles de nutrition du membre, sans atrophie musculaire ni raideurs articulaires. Le traitement ambulatoire rend surtout de grands services chez les vieillards chez lesquels on n'a plus à craindre les pneumonies, et chez les alcooliques chez lesquels on n'observe plus de délire.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.



ANOREXIE

Chez nombre de malades pour qui l'alimentation est une condition indispensable à la guérison, le manque d'appétit est absolu. Tous leurs efforts pour suivre les prescriptions des médecins à cet égard se heurtent à une répugnance presque invincible et quand ils parviennent à la vaincre, les aliments pris digèrent mal, sont souvent rejetés et très rarement assimilés.

Plus de vingt années de succès ont démontré que l'Elixir Alimentaire Ducro triomphe constamment de la répugnance des malades pour les aliments. Il est pris avec plaisir, toujours digéré sans aucune fatigue par l'estomac, et comme sa propriété fondamentale est d'être alimentaire, c'est le médicament-laiment par excellence des phthisiques, anémiques, cancéreux, etc... Préparé avec la viande crue, l'alcool et les écorces d'oranges amères, l'Elixir Alimentaire Ducro est tout à la fois apéritif et nutritif. L'alcool qui lui sert de véhicule lui communique ses qualités d'antidéperditeur et aussi fait de l'Elixir Ducro une préparation de viande crue exempte de tout danger des vers intestinaux.

N° 4 — 23 JANVIER 1895 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 28 janvier au 2 février.

Mercredi 30. — M. d'Ailhaud Castelet. Etude du mal de mer. — M. Maggiar. Fréquence de l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus et ses accidents.

Jeudi 31. — M. Larche. Contribution à l'étude du choléra. — M. Meurisse. Syndrome utérin et manifestations hystériques. — M. Pambrun. Contribution à l'étude de la balnéothérapie froide chez les enfants. — M. Pierre. De la nature des maladies dites scrofuleuses, des yeux, des oreilles, du nez, du pharynx et de leur traitement au bord de la mer (Berck). — M. Gaulejac. Kystes sébacés, leur traitement. — M. Guérard. Contribution à l'étude des accidents septiques résultant de l'avulsion des dents. — M. Gojanski. La vieillesse et les opérations sur les vieillards. — M. L'Hardy. De l'adénite subaiguë simple de l'aine, à foyers purulents intra-ganglionnaires.

BORDEAUX

(Année scolaire 1894-1895).

25. Lowitz. De la médication thyroïdienne au point de vue historique, physiologique et thérapeutique. — Nadaud. Contribution à la suture immédiate de la vessie. — Chalibert. Le carabisme. Etude d'hygiène alimentaire. — Tedeschi. Du strophulus. — Gautier. Du lichen plan buccal. Du lichen plan isolé de la bouche. — Ascornet. Traitement des ulcères variqueux par les plaques métalliques et la compression.

31. Le Gendre. Contribution à l'étude des ruptures de la sclérotique. — Dunogier. Orthodontie ou traitement des déviations dentaires. — Abbatucci. Etude psychologique sur les hallucinations des amputés. — Braquehaye. De la méthode graphique appliquée à l'étude du traumatisme cérébral. — Chapuis. Du traitement de la luxation sus-acromiale de la clavicule par la suture osseuse.

36. Vassal (Pierre). De la vulvo-vaginite des petites filles et de son traitement par le permanganate de potasse. — Duclos. De la desquamation de la langue dans la rougeole. — Berger. Etude sur la cruauté. — Bereni. Recherches statistiques et critiques sur l'étiologie du tabes (d'après 225 observations inédites recueillies dans le service ou aux consultations de M. le professeur Pitres). — Martinet. Du rôle de la suggestion dans les effets de la méthode séquardienne.

LYON

(Année scolaire 1894-1865).

955. Tuja (Ernest). Des occlusions intestinales après les laparotomies. — Lagoutte (Maurice). Des résultats éloignés de la cystostomie sus pubienne; opération de Poncet; étude critique basée sur 63 observations. — Schneider (Georges-Edouard). Etude sur le rôle des hyperémies et phlegmasies broncho-pulmonaires et pleurales dans l'évolution des lésions tuberculeuses des poumons. — Thévenet (Victor). Contribution à l'étude du diagnostic différentiel entre l'hémorrhagie et l'embolie cérébrales. — Masure (Jules). Contribution à l'étude du traitement des kystes hydatiques du foie; méthode Begin-Volkmann.

960. Leniez (Alcide). Etude médico-légale des lésions du cou au point de vue du diagnostic différentiel entre l'homicide et le suicide. — Egger (Léon). Etude clinique sur les formes pseudo-phymiques de la grippe. — Peyroux (Louis-Amédée). Des affections du grand angle simulant une maladie des voies lacrymales. — Pardon (Fernand-V.). Contribution à l'étude des neurasthénies symptomatiques; de la neurasthénie d'origine cardiaque. — Carrey (Ferréol). De la luxation traumatique ancienne du radius en avant (luxation irréductible) et de son traitement par la résection de l'extrémité déplacée.

965. Ponsot (Raymond). Tumeurs de la glande sous-maxillaire. — Légerand (César). Etude sur la paraplégie du mal de Pott et de son traitement par l'ouverture directe de l'accès tuberculeux (costo-transversectomie). — Commandeur (Ferdinand). Topographie des culs-de-sac vaginaux; étude d'anatomie chirurgicale et de manuel opératoire. — Defong (Edouard). De la méthode de Kraske pour le traitement des cancers du rectum (étude critique).

969. Sallet (Emmanuel). Des abcès périhépatiques d'origine appendiculaire. — Peyrolle (Henri). Traitement des fibromes de l'utérus par leur exposition au dehors et leur abiation consécutive; exhystéropexie. — Simeray (Claude). Rapports entre la stomatite mercurielle et la glycosurie alimentaire dans le traitement des affections du foie par le calomel.

VARIÉTÉS

Concours de l'externat. — Voici les questions posées dans l'épreuve d'anatomie qui vient de finir :

Muscle sternocléido-mastoïdien; maxillaire inférieur; articulation de l'épaule; artère axillaire; vertèbres dorsales; rapports de l'estomac; veines superficielles du membre inférieur; muscles psoas iliaques; artères de l'avant-bras; cavités orbitaires; artère poplitée; muscle diaphragme; artère carotide externe; os occipital; configuration et rapport du rectum; configuration extérieure du cœur; trous de la base du crâne; muscles de la paroi antéro-latérale de l'abdomen; muscles élévateurs de la mâchoire inférieure; muscles fessiers; articulation temporo-maxillaire; crosse de l'aorte; configuration et rapports des poumons; articulation de la hanche; ligaments de l'articulation du genou; configuration extérieure et rapports du foie; fosses nasales; muscles péroniers latéraux; articulation sterno-claviculaire.

Pour les vétérans :

Configuration extérieure et rapports du cœur; veine porte; artères pulmonaires; canal inguinal chez l'homme; veines jugulaires.

Depuis samedi dernier 19 janvier, la 2e série de M. Camiade à M. Dutar subit l'épreuve de pathologie. La 1re série, de M. Alba à M. Calmels inclusivement est désignée pour succéder à la 2e série.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Un cas type de myxœdème congénital au début du traitement thyroïdien, communication à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, par le Dr E. Régis, chargé du cours des maladies mentales à la Faculté de médecine.

J'ai l'honneur de présenter à la Société un type de ce que l'on a appelé indistinctement: crétinisme sporadique, idiotie crétinoïde, idiotie myxœdémateuse, myxœdème infantile et congénital.

Il s'agit d'une jeune fille des environs de Langon, âgée actuellement de treize ans et quatre mois. Son père, buveur, est mort à quarante-quatre ans, très probablement de tuberculose pulmonaire. Sa mère est nerveuse, sans attaques. Pas d'autres particularités dans l'ascendance. Elle est la quatrième de cinq enfants, vivants et assez bien portants.

Venue après une grossesse normale, on a remarqué que déjà, à la naissance, elle était enflée, bouffie. Elle a commencé de marcher à neuf mois et de parler à deux ans. Mais ses progrès en toutes choses ont été lents et incomplets et, bien qu'elle n'ait jamais eu de maladie grave, son développement physique et mental s'est trouvé enrayé au point qu'aujourd'hui, à treize ans passés, elle est, à ce double point de vue, comme un enfant de cinq à six ans.

Taille, 95 centimètres et demi; poids, 19 kil. 700 gr. Ainsi que vous pouvez en juger, la malade offre l'aspect, l'attitude et les attributs caractéristiques de son état de dégénérescence. Elle est trapue, ramassée. Sa tête est assez volumineuse, à écaille occipitale saillante, à front bas et étroit. Ses cheveux sont drus, rudes, à reflets roux. La face bouffie, élargie, affecte bien le type en *pleine lune* (Gull). Les yeux enfoncés, atteints d'un léger strabisme, sont à demi recouverts et comme bridés par des paupières pâles et plissées. Le nez est épaté, écrasé, comme effondré à sa racine, avec des narines relevées et béantes. Les lèvres, au lieu d'être volumineuses, déjetées, entr'ouvertes, sont par exception assez minces et rapprochées, de sorte que la langue ne sort pas de la bouche et ne laisse pas s'écouler la salive. La voûte palatine est large et plate. Il existe vingt dents à demi gâtées, dont dix-huit dents de lait; les deux incisives d'en bas appartiennent seules à la seconde dentition.

La malade a manifestement un corps d'enfant dodu. Son ventre, rond et saillant, a bien la forme du ventre en tambour enfantin. A demi fléchie sur ses reins et sur ses jambes dans la station debout, elle présente une assez forte ensellure. Ses jambes sont rachitiques, incurvées, principalement à gauche, où la malléole interne touche presque le sol pendant la marche. Les pieds empâtés, surtout au niveau de la cheville, affectent la forme dite *de bêche*. Les mains sont des mains d'enfant. Il n'y a aucune trace de puberté, pas de poils. La peau est sèche, rugueuse, écailleuse, presque froide aux extrémités, qui sont à demi cyanosées; elle présente un faux œdème caractéristique. Le cou n'offre pas trace de glande thyroïde. On y trouve des deux côtés un gonflement de la peau sous forme de bourrelets, mais sans pseudo-lipomes vrais. La voix est gutturale, la parole lente et rauque. La marche est pesante, balancée (marche de canard). Constipation opiniâtre. Les selles, qui n'ont lieu qu'une ou deux fois par semaine, sont formées de matières dures et desséchées. Température actuelle moyenne, 36°2. Urine, 440 grammes par jour. Cette urine, dont l'analyse a été faite par M. Flourens, est et reste acide et se conserve très longtemps sans se putréfier. Elle ne contient ni sucre ni albumine. Au microscope, dans le dépôt assez abondant, on trouve des cristaux d'acide urique, d'urate de soude, des leucocytes, un long filament contourné et un élément d'une dimension de 500 μ, ayant la forme d'un bâtonnet,

La malade n'est pas idiote. Elle connaît son nom, son adresse, sait un peu compter sur ses doigts et comprend certaines choses. Il semble que son intelligence soit plutôt obnubilée, comprimée, qu'absente et on a la sensation que derrière ce masque, d'apparence stupide, il y a des facultés qui sommeillent et ne demanderaient qu'à s'éveiller. Du côté affectif, il existe aussi quelques sentiments. La petite connaît ses frères et sœurs et se complaît avec eux. Elle est surtout très attachée à sa mère, qu'elle ne quitte pas. Son caractère est doux et tranquille, sans la moindre trace d'irritabilité. Elle a des goûts d'enfant, aime beaucoup les jouets, de préférence la poupée. Elle passe ses journées dans une inertie et une passivité à peu près complètes; elle n'a aucun désir ni aucun besoin de mouvement, et son activité, tant physique que mentale, est nulle.

L'histoire de cette jeune fille ressemble absolument à toutes les observations analogues, autrefois assez rares, aujourd'hui en train de se multiplier. On y trouve tous les caractères d'un myxœdème, ne présentant avec celui des adultes d'autres différences que celles qui résultent de l'âge auquel les sujets sont frappés. C'est pour ce motif que les cas de ce genre ont été désignés sous le nom de *myxœdème infantile* ou *congénital*. Mais s'il y a là tous les caractères du myxœdème, il y a aussi tous ceux du crétinisme. Non seulement l'analogie d'aspect est absolument frappante, au point de tromper les médecins les plus habitués aux crétins des montagnes, mais encore la maladie a le même caractère essentiel, puisque, d'une part, le myxœdème infantile se résume dans l'immobilisation physique et mentale de l'individu à l'état d'enfance et que, d'autre part, suivant les propres expressions de Baillarger, « ce qui distingue véritablement les crétins, c'est la continuation, chez eux, au delà des limites ordinaires ou même la continuation indéfinie des caractères propres à l'enfance ». De là le nom de *crétinisme sporadique* ou des villes donné à la maladie avant la connaissance du myxœdème.

Qu'est-ce au fond que cette maladie? Est-ce du myxœdème? Est-ce du crétinisme? Est-ce à la fois du myxœdème ou du crétinisme? Il n'est pas sans intérêt de fixer les idées à cet égard, car une certaine confusion tend, il me semble, à se faire dans les esprits. Plusieurs auteurs considèrent, en effet, le myxœdème infantile comme différent du crétinisme et, ainsi que me le disait M. Brissaud au récent Congrès de Clermont, ainsi qu'on peut le lire également dans le dernier volume du *Traité de médecine*, la différence consisterait en ce que « le crétinisme s'accompagne de goître, tandis que le myxœdème est caractérisé par l'atrophie ou l'absence de corps thyroïde (1). » Il y a là une erreur qu'il importe de rectifier. Le crétinisme vrai ou des montagnes ne s'accompagne pas toujours de goître, tant s'en faut, et beaucoup de crétins complets n'ont pas la moindre trace d'hypertrophie thyroïdienne, peut-être, comme l'a dit Baillarger, parce qu'ils n'ont pas de puberté. D'autre part, il n'est pas vrai de dire que le myxœdème infantile est caractérisé par l'atrophie ou l'absence de corps thyroïde, attendu que, dans certains cas, par exemple dans celui que nous avons publié il y a quelques années avec M. Arnozan, on constate manifestement du goître. On ne peut pas non plus baser la distinction sur ce fait que,

(1) Charcot-Bouchard-Brissaud, *Traité de médecine : Idiotie myxœdémateuse*, p. 225. Masson, 1894.

dans le myxœdème infantile, il y a un aspect quasi œdémateux des téguments et des pseudo-lipomes absents dans le crétinisme, puisque ces caractères peuvent faire plus ou moins défaut dans le myxœdème infantile et exister par contre dans le crétinisme vrai, ainsi que j'ai pu m'en assurer récemment. En réalité, il n'y a là pour moi qu'un conflit de mots et, loin d'admettre une différence fondamentale entre le myxœdème infantile et le crétinisme, je crois que ce sont deux états analogues, susceptibles d'être désignés indifféremment l'un et l'autre sous le nom de *myxœdème infantile* ou de *crétinisme sporadique et endémique*. Il y a même plus et on peut dire aujourd'hui que le *myxœdème opératoire* (cachexie strumiprive), le *myxœdème spontané des adultes*, le *myxœdème infantile* (crétinisme sporadique), le *crétinisme endémique*, sont, avec de simples différences tenant aux conditions d'apparition, des états similaires dus à une seule et même cause : l'absence ou la suppression de la fonction thyroïdienne, quel que soit d'ailleurs l'état de la glande, atrophie ou hypertrophie.

Issus de la même origine, l'*athyroïdisme*, tous ces états doivent être passibles du même traitement, la *thyroïdisation*. C'est, en effet, ce que l'on constate et les faits de myxœdème opératoire ou de myxœdème spontané des adultes, améliorés et guéris par le traitement thyroïdien, ne se comptent plus. Il existe également un nombre déjà assez grand de cas de myxœdème infantile très heureusement influencés par la même médication. On n'a pas encore, il est vrai, appliqué cette méthode thérapeutique au crétinisme endémique, mais elle ne peut manquer d'y obtenir des résultats favorables, si l'on en juge par les premiers essais tentés, en Savoie, par un des élèves de notre Faculté, dont les observations, très encourageantes, seront consignées dans sa très prochaine thèse inaugurale.

Pour en revenir à notre malade, je dirai qu'aussitôt après la constatation formelle de son état de myxœdème infantile ou crétinisme sporadique, elle fut, le 22 novembre dernier, soumise au traitement spécifique à l'aide des pastilles de thyroïdine de M. Flourens, honorable pharmacien de notre ville, qui avait bien voulu soumettre la jeune fille à mon examen, avant de rien faire. La malade prit, tout d'abord, une de ces pastilles, exactement dosées à 20 centigrammes de suc pur, par vingt-quatre heures ; mais elle eut immédiatement de la fièvre et on fut obligé de suspendre au bout de deux jours. Le traitement a été repris le 29 novembre, à la dose également d'une pastille par jour et, depuis, il a été suivi sans interruption. La reprise de la médication a déterminé la réapparition de certains accidents qui durent encore : il y a de la fièvre tous les soirs, vers sept ou huit heures, avec exaspération vers onze heures. La petite, dit sa mère, brûle, s'étire, se jette partout, accuse elle-même des tournoiements de tête, elle a le cœur agité (tachycardie), le sommeil troublé et inquiet. Avant-hier, on lui avait donné, comme d'habitude, une pastille ; la trouvant mauvaise, elle la cracha au bout d'un instant et en absorba une autre. Cette très légère augmentation de dose suffit à accroître notablement les accidents, en particulier la fièvre et l'agitation.

Bien que le traitement thyroïdien date à peine d'hier, il n'est pas contestable que déjà des modifications sont survenues chez la malade et, à la voir, on s'aperçoit de suite qu'il y a quelque chose de changé en elle. Son aspect est moins bouffi, moins stupide. Ses yeux sont moins bridés, ils paraissent plus vifs, plus intelligents. La peau est moins empâtée et moins mate. La température s'est relevée. Le pouls, plus fort et plus rapide, se maintient à 100 pulsations et au-dessus. L'urine, de 440 grammes, est passée à une moyenne de 500 à 600 gr. et a atteint jusqu'à 635 grammes. L'inertie est moins grande et chacun a remarqué que la fillette avait plus d'activité et éprouvait comme un besoin de se mouvoir et d'agir. De même, elle parle davantage, en même temps que sa voix est devenue plus claire et plus nette. Seule, la constipation est restée la même.

Ce sont là des modifications incontestables qui sont l'expression d'un commencement de relèvement de l'activité de toutes les fonctions, physiques et mentales, chez le sujet, en particulier des fonctions végétatives. Un tel début ne laisse pas que d'être encourageant pour l'avenir et j'ai l'espoir de vous présenter dans quelque temps la jeune malade, plus ou moins complètement transformée.

Je voudrais, en terminant cette présentation, insister sur l'effet, si rapide et si actif, qu'a eu ici la médication thyroïdienne. Dès le premier jour et avec une pastille de 20 centigrammes, des accidents sont survenus, s'exagérant à la plus légère augmentation de dose. Or, chez les adolescents de même âge, on peut d'habitude impunément et sans provoquer de troubles sérieux, donner des doses beaucoup plus fortes. Il semble donc que, sinon toujours, au moins souvent, le degré d'action du médicament soit en raison inverse de l'activité thyroïdienne du sujet. De là, une double indication : la première, de ne recourir qu'à une préparation exactement dosée et de débuter par des quantités tout à fait minimes, de façon à éviter les accidents souvent sérieux et parfois mortels (1) qui se sont produits avec l'ingestion de lobes faite au hasard ou avec l'injection de suc à trop haute dose (1 gr. à 2 gr. 50) ; la seconde, de surveiller de près et au jour le jour l'emploi et les effets du médicament. Dans le cas actuel, je puis presque dire que des complications ont été évitées grâce à ce que cette double indication a été remplie : d'une part, par le choix des pastilles dont j'ai parlé, scrupuleusement confectionnées par M. Flourens ; d'autre part, par le dévouement des docteurs Labonnote et Laveau, qui non seulement ont bien voulu nous adresser la jeune malade, mais qui encore se sont astreints à l'observer et à la suivre de près pendant la durée de son traitement.

NOUVELLES

La Faculté de médecine de Paris vient de décerner, pour l'année 1893-1894, les récompenses suivantes aux auteurs de thèses ci-dessous désignés :

Médaille d'argent : MM. Teissier, Cazin, Cuénod, du Pasquier, Guyon, H. Martin, Sabouraud, Sottas, Souligoux, Baudron.

Médaille de bronze : MM. Blaise, P. Bonnier, Broca, Brunet, Camus, Cestan, Chassevant, Chipault, Collin, Mme Dluski, MM. Grasset, Lafay, L. Martin, Morax, Morestin, Quevedo, Rouquès, Thiercelin, Pompidor.

Mention honorable : MM. Barrié, Berthelin, Chibret, Contrastin, Dupuy, Escat, Fabre, Guépin, Guitton, Janlin, Journeault, Mme Kalopothakés, MM. Le Moniet, Mergier, Orillard, Picquet, Potier, Tariel, Tollemer, Veslin.

Faculté de médecine de Nancy. — En souvenir de son cousin feu Eugène Ritter, l'éminent professeur de chimie médicale de la Faculté de Nancy (dont la veuve est récemment décédée), M. Ritter, négociant à Gray, vient de faire à la Faculté une donation d'un capital de 15,000 francs, destiné à la fondation d'un prix de chimie médicale, qui sera décerné,

(1) Cas de mort dans le myxœdème infantile après traitement par les injections thyroïdiennes, par Victor Immerval (*Médecine infantile*, 15 oct. 1894). — Toxicité du suc thyroïdien : Ballet, *Soc. méd. des hôp.*, Paris, 21 décembre 1894, et Gley, *Soc. de biol.*, 22 décembre 1894.

tous les deux ans, à un travail original de chimie médicale fait dans un laboratoire de la Faculté de médecine de Nancy, par un élève ou ancien élève de cette Faculté.

Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon. — Le 15 février 1895, il sera ouvert devant la Faculté de médecine de Lyon un concours pour une place de chef de clinique chirurgicale.

DOCTEURS EN MÉDECINE REÇUS PAR LES FACULTÉS FRANÇAISES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1893-1894.

Facultés.	*1892-93*	*1893-94*	*Augmentation.*
Bordeaux	88	99	11
Lille	10	46	36
Lyon	104	124	20
Montpellier	50	54	4
Nancy	15	22	7
Paris	441	547	106
Toulouse	15	27	12
Totaux.	723	919	196

On remarque tout d'abord que l'augmentation est générale dans toutes les Facultés, c'est-à-dire qu'elles ne prospèrent pas aux dépens les unes des autres.

La proportion la plus forte est obtenue par Lille dont le nombre est quintuplé, et par Toulouse dont le nombre est presque doublé.

Comme complément utile à cette statistique, il faudrait connaître la proportion des officiers de santé, qui, bénéficiant des dispenses de la nouvelle loi sur l'exercice de la médecine, ont obtenu dans le courant de l'année scolaire le grade de docteur en médecine.

Mortalité à Paris. — Depuis 1889, le taux mortuaire annuel pour mille habitants est toujours allé en diminuant. Il était de 25,37 en 1880, de 24,33 en 1886, de 21,65 en 1891, pour tomber à moins de 20 pour mille en 1894. Il y a entre 1893 et 1894, 5,000 décès en moins. En admettant une proportion de 1 décès sur 10 malades, cela représente environ 50,000 malades de moins. Par contre, le nombre des médecins ne cesse d'augmenter.

Digitaline. — La Société de thérapeutique vient d'émettre le vœu que le Codex français supprime la digitaline amorphe et n'admette que la digitaline cristallisée chloroformique.

Hygiène infantile. — Le danger de faire coucher les enfants avec leurs parents est une habitude anglaise qui, à Londres seulement, coûte chaque année la vie à plus d'un millier d'enfants, ainsi étouffés en dormant.

Est-ce simplement négligence, ou crime ? Les statistiques de Liverpool, qui montrent l'extraordinaire fréquence de ce genre de mort dans les nuits du samedi au dimanche, établissant en tout cas que l'alcoolisme joue le rôle principal dans cette question.

Dans la dernière nuit de Noël, cinq enfants ont été trouvés, à Londres, asphyxiés de cette façon dans le lit de leurs parents.

Société de chirurgie de Paris. — La Société de chirurgie tiendra sa séance annuelle le mercredi 23 janvier à quatre heures.

Ordre du jour : 1° Allocution de M. L. Championnière, président ;

2° Compte rendu des travaux de l'année 1894, par M. Peyrot, secrétaire annuel ;

3° Eloge du professeur Le Fort, par M. Ch. Monod, secrétaire général ;

4° Proclamation des prix pour l'année 1894.

Société de médecine de Paris. — *Prix Duparque*, 2,400 francs. La Société met au concours une question de gynécologie laissée au choix du candidat. Les manuscrits devront être remis au secrétariat, 16, rue Vignon, à Paris, avant le 1er octobre 1895.

Hospice de la Salpêtrière. — M. le Dr Déjerine, professeur agrégé, médecin de la Salpêtrière, commencera ses leçons cliniques sur les *Maladies du système nerveux*, le jeudi 24 janvier 1895, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

Le cours aura lieu dans la salle de la consultation externe.

Comité consultatif d'hygiène publique de France. — Du 19 décembre 1894 au 3 janvier 1895, 32 cas de variole ont été constatés dans l'arrondissement de Rouen. Une lettre a été adressée au préfet de la Seine-Inférieure pour lui signaler l'intérêt qu'il y aurait à instituer, si c'est possible, des vaccinations à domicile.

Du 1er au 7 janvier 3 cas se sont produits à Nantes.

La diphthérie vient de faire son apparition à Neufchâtel (4,000 hab.) et à Montivilliers (5,344 hab.) (Seine-Inférieure).

A l'occasion d'une demande de sérum antidiphthérique, le préfet des Côtes-du-Nord fait connaître qu'une épidémie règne dans les communes de Callac (3,418 hab.), Duault (1,358 hab.), Plusquellec (1,648 hab.), de Plourac'h (1,537 hab.). Dans chacune de ces localités 3 ou 4 enfants sont atteints.

Il y a eu 2 cas de fièvre jaune à Santiago-de-Cuba pendant la première quinzaine de décembre. L'amélioration de l'état sanitaire continue et on peut considérer comme écarté le fléau d'une épidémie de vomito.

Services de l'hygiène. — La médaille d'honneur des épidémies, en or, a été décernée à M. le docteur Mosny, délégué sanitaire du Ministère de l'Intérieur, pour missions dans le département du Nord et du Finistère.

Corps de santé militaire. — *Tableau de concours pour la Légion d'honneur. — Pour la croix d'officier de la Légion d'honneur* : 1893. MM. les médecins-majors de première classe Comte (A.-P.-A.) et Dornier; MM. les médecins principaux de deuxième classe Sorel et Corties ; MM. les médecins-majors de première classe Forgemol et Delamare (G.-A.) ; M. le médecin principal de première classe Kiéner. — 1894. MM. les médecins principaux de première classe Morisson et Ferron ; MM. les médecins majors de première classe Florance, Cluzan, Laurent (H.), Huchart, Guillemin (H.-F.-V.-E.) et Gaubert ; M. le médecin principal de première classe du Cazal.

Pour la croix de chevalier de la Légion d'honneur : 1892. M. Coste, médecin-major de deuxième classe. — 1893. M. le médecin-major de première classe Buisson ; MM. les médecins-majors de deuxième classe Lejeune et Couillault. — 1894. MM. les médecins-majors de première classe Cassedebat, Richard (P.-L.) et Bercher ; MM. les médecins-majors de deuxième classe Manfredi, Coquand et Péradon ; M. le médecin-major de première classe Ravenez ; MM. les médecins-majors de deuxième classe Hermantier, Mathelin, Gauthier, Chandèze et Dupret ; MM. les médecins-majors de première classe Martonnaud, Polin, Delatour, Troché, Gély-Guinard et Dubrulle ; MM. les médecins-majors de deuxième classe Aubertin, Sibille et Tournier ; MM. les médecins-majors de première classe Pitot, de Villegente, Poché, Bouchoir, Lelong, Hormis, André (E.-L.), Géraud et Lecomte ; MM. les médecins-majors de deuxième classe Stroebel, Pailloz, Collignon, Simon (M.-D.), Cornille, Billet et Chevalier ; M. le médecin aide-major de première classe Georges Nommé.

Mérite agricole. — Par décret en date du 7 janvier 1895 et par arrêté ministériel en date du même jour, ont été nommés chevaliers du Mérite agricole :

MM. André, docteur ès sciences physiques, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris ; MM. les docteurs Bontemps, maire de Jussey ; Chapot, maire de Saint-Anthème ; Hautraye (d'Avranches).

Ecole de santé navale de Bordeaux. — Le Ministre de la Marine a modifié le règlement du service intérieur de l'Ecole du Service de santé navale de Bordeaux. Désormais, en fin d'année, une majoration de points sera accordée : aux chefs de Clinique, 240 ; au prosecteur d'anatomie, 220 ; au prosecteur adjoint, 200 ; aux chefs de Clinique adjoints, 200 ; à l'interne des hôpitaux, 200 ; à l'interne provisoire, 160 ; aux aides d'anatomie, 160 ; aux aides adjoints d'anatomie, 100 ; aux externes et admissibles à l'internat, 60.

La rage dans le département du Rhône en 1893. — Les cas de rage chez le chien et chez le chat diminuent dans le département du Rhône, grâce à l'application des mesures prophylactiques (muselière, mise à la fourrière, etc.). En 1893, il a été observé 53 cas de rage chez le chien, 12 chez le chat, 2 chez la vache. La ville de Lyon, avec sa banlieue, qui figure dans ce total pour 36 cas de rage, en comptait 135 en 1889, 163 en 1890, 80 en 1891, 40 en 1892.

23 personnes adultes et 5 enfants ont été mordus par des

animaux enragés; chez les uns les morsures ont été immédiatement cautérisées; ceux chez lesquels la cautérisation n'a pas été faite se sont soumis aux inoculations préventives à l'Institut Pasteur.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 *janvier* 1895.

Présidence de M. Empis.

Ablation totale du larynx, de la portion supérieure de l'œsophage et de la moitié inférieure du pharynx.

M. Péan communique l'observation d'un homme de cinquante ans qui a commencé à souffrir de la gorge au mois de juillet dernier; la voix devint progressivement rauque et, en novembre, M. Fauvel constata un carcinome de la moitié gauche du larynx. L'examen local révélait qu'il n'y avait pas d'adénopathie, mais que la tumeur tendait à envahir les parties molles du cou.

L'opération fut pratiquée le 29 novembre 1894. Après incision médiane du larynx, il devint évident, contrairement à ce qu'avait fait supposer l'examen laryngoscopique, que la moitié gauche du larynx n'était pas seule envahie. Il fallut donc enlever l'organe entier et, en poursuivant le mal, on fut amené à extirper l'os hyoïde, la base de la langue, à réséquer en partie le pharynx et la portion supérieure de l'œsophage. L'orifice trachéal fut suturé aux téguments à l'angle inférieur de la plaie. Une canule de Trendelenburg fut laissée à demeure.

Les suites opératoires furent des plus simples; la réunion immédiate fut obtenue. Finalement M. Péan appliqua un appareil prothétique grâce auquel un canal artificiel allant de la bouche à l'orifice œsophagien permit l'alimentation par les voies naturelles; en outre, un tube remontant jusque dans le naso-pharynx permit à la respiration de se faire par le nez.

Asphyxie des nouveau-nés.

M. Laborde. — La statistique que M. Pinard a communiquée mardi dernier comprend 50 cas de mort apparente. Sur ces 50 enfants, il en faut immédiatement retrancher 6, chez lesquels l'autopsie a démontré qu'ils étaient atteints de lésions incompatibles avec l'existence. Vingt-quatre ont été ramenés à la vie par la simple désobstruction des voies respiratoires jointe à la flagellation, ce qui prouve que l'état de mort apparente n'était pas chez eux bien grave.

Quoi qu'il en soit des 24 enfants ainsi ranimés par la simple désobstruction aidée de la flagellation, 5 meurent en quelques heures ou quelques jours après. N'y a-t-il pas lieu de se demander si les enfants morts quelques heures après n'auraient pas pu être maintenus en vie par l'emploi d'un procédé plus puissant que la flagellation?

Quant aux cas dans lesquels M. Pinard a eu recours aux tractions rhythmées de la langue, sur 12 il en faut immédiatement retrancher 6, chez lesquels la mort était non apparente, mais réelle; dans les 6 derniers, les tractions n'ont été pratiquées que pendant 2, 3, 4 et 5 minutes au plus. Or, si au bout d'un si court espace de temps, le rappel à la vie peut avoir lieu, il n'en est pas toujours ainsi.

Pour apprécier à sa juste valeur le procédé, il doit être continué pendant un laps de temps que j'estime de dix minutes en moyenne d'après mes observations, et qui peut varier entre 3 à 30 minutes ou plus; on ne peut donc conclure que lorsque le procédé a été appliqué au moins pendant dix minutes. D'ailleurs, M. Pinard a reconnu qu'il n'avait pas le droit, à l'heure actuelle, de tirer une conclusion définitive. C'est bien l'expression exacte de la vérité, car les faits qu'il a rapportés ne présentent pas les conditions exigibles d'une démonstration achevée et indiscutable.

Par contre, les très nombreuses observations que j'ai déjà rapportées et qui émanent de tant de côtés et se rapportent à des cas si divers, témoignent en faveur du procédé, lorsqu'il est appliqué avec les règles que j'ai maintes fois reproduites.

M. Guéniot. — L'insufflation semble avoir sur les tractions rhythmées de la langue l'avantage de ramener immédiatement les battements du cœur. Leur est-elle supérieure? on ne saurait l'affirmer absolument; mais elle a jusqu'ici souvent donné d'excellents résultats, même dans des cas où les tractions rhythmées n'ont pas paru réussir.

M. Pinard. — Les cas que j'ai rapportés, et un autre observé hier, me permettent de nouveau d'affirmer que, pour les nouveau-nés en état de mort apparente, l'insufflation reste incontestablement supérieure aux tractions rhythmées de la langue, pour les raisons que j'ai déjà développées.

M. Poncet (Lyon) lit un mémoire sur l'actinomycose humaine à Lyon. (*Sera publié dans la Gazette hebdomadaire.*)

SOCIÉTE ANATOMIQUE

Séance du 28 *janvier* 1895.

Appendicite.

M. Damaye présente trois appendices vermiformes enlevés par M. Schwartz dans trois cas d'appendicite à répétitions; il insiste sur ce fait que les symptômes observés ne renseignent guère sur la gravité des lésions de l'appendice, car le malade peut conserver toutes les apparences extérieures de la santé, bien que l'organe soit profondément atteint.

L'appendice dans deux des cas ne présentait pas d'ulcération, et à un examen superficiel on eût pu croire que l'organe était peu altéré.

M. Pilliet, à ce sujet, fait remarquer que les lésions consistent dans ces cas en une hypertrophie très marquée des follicules clos, qui donne à la surface interne de l'appendice un aspect mamelonné; l'hypertrophie peut être telle qu'il en résulte une oblitération de la cavité. Cette lésion, qu'on peut appeler appendicite folliculaire, est comparable, à bien des points de vue, à l'hypertrophie folliculaire qui constitue la pharyngite chronique.

On ne sait à quelle cause rattacher cette modification de la muqueuse; le bactérium coli, observé souvent en effet dans le liquide de la cavité, n'a jamais été décelé sur les coupes et ne peut être incriminé comme facteur des modifications du système lymphatique.

Fracture du bassin.

M. Morestin présente un cas de fracture verticale du bassin, consolidée en position vicieuse; les fragments avaient chevauché et le bassin, plus élevé d'un côté, était dans une attitude oblique; le cal volumineux et irrégulier était criblé de trous d'où sortaient de grosses veines se rendant à la veine obturatrice.

Fernand Bezançon.

Elections.

M. Damaye est élu membre correspondant.

Membres du Bureau pour l'année 1895.

Président : M. le professeur Cornil.
Vice-Présidents; MM. Lejars et Pilliet.
Secrétaires : MM. Potier et F. Bezançon.
Archiviste: M. Dagron.
Trésorier: M. Martin Durr.
Membres du comité: MM. Legry, Mauclaire, Claisse, Gouget Marie, Lamy.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 *janvier* 1895.

Plaie perforante de l'abdomen. Laparotomie. Guérison.

M. Chaput. — M. Rochard nous a adressé une observation de plaie perforante de l'abdomen, ayant intéressé le cæcum et traitée avec succès par la laparotomie. Il s'agit d'une femme qui, après avoir reçu deux coups de couteau au niveau de la fosse iliaque droite, fut aussitôt transportée à l'hôpital où M. Rochard put l'examiner quatre heures après le traumatisme. La malade ne présentait aucun symptôme de péritonite qui, d'ailleurs, n'avait pas eu le temps de se développer; elle n'offrait pas, d'autre part, de signes évidents d'une perforation intestinale : on ne voyait en effet que deux petites plaies cutanées qui ne donnaient passage ni à des gaz, ni à des matières fécales. Malgré l'absence de symptôme caractéristique soit de péritonite, soit de perforation intestinale, M. Rochard pratiqua une laparotomie latérale dans la fosse iliaque droite: il trouva le cæcum deux fois perforé, et, à travers les perforations, commençaient à s'écouler des matières fécales. Il n'y avait aucune trace de bouchon muqueux. Les plaies furent suturées et l'incision abdominale refermée. Puis, à titre d'exploration, M. Rochard pratiqua une seconde incision sur la ligne médiane et, ne trouvant aucune plaie apparente du petit intestin, referma le ventre.

Le succès obtenu par M. Rochard vient à l'appui de la thèse que je soutiens avec MM. Terrier, Quénu, Broca, etc.: en présence d'une plaie abdominale, il faut intervenir toutes les fois qu'il y a doute, même en l'absence de tous les signes plus ou moins évidents de perforation intestinale. L'abstention est trop souvent la cause d'insuccès, et chez la malade de M. Rochard, elle aurait évidemment été suivie de mort. Les statistiques sur lesquelles s'appuient les abstentionnistes ne sont nullement probantes, parce qu'elles ne sont pas homogènes : elles portent en effet à la fois sur les plaies de l'estomac, du gros intestin et de l'intestin grêle. Les chiffres de Stimpson, qui sont précis, donnent une mortalité de 65 pour 100 pour les plaies du petit intestin. L'expérimentation donne une proportion semblable : sur onze cas de plaie du petit intestin par arme à feu chez le chien, j'ai eu 7 morts et 4 guérisons, en abandonnant à la nature le traitement des perforations produites.

Au cours de de son opération, M. Rochard a constaté l'issue des matières fécales et l'absence de tout bouchon muqueux. Ce fait nous montre encore combien il est difficile de tabler sur les symptômes des premières heures pour porter un diagnostic précis; ces symptômes sont toujours les mêmes et n'ont pas grande importance : on les rencontre et dans les plaies perforantes et dans les contusions simples. Quant au bouchon muqueux, il n'existe pas toujours, et, quand il s'est formé, la péritonite n'en survient pas moins : M. Terrier a dit en effet qu'il était septique, et M. Estor a expérimentalement démontré la vérité de cette assertion.

Relativement à l'incision à pratiquer, M. Rochard recommande de faire la laparotomie au niveau de la plaie extérieure, quand celle-ci est produite par un instrument piquant ou tranchant, et il arrive ainsi à préconiser la laparotomie latérale au niveau du bord externe du grand droit ou même plus en dehors dans certains cas. Je crois, au contraire, qu'il faut toujours pratiquer la laparotomie médiane, car j'estime qu'elle seule permet une exploration complète et le dévidement facile de tout l'intestin, manœuvre indispensable, si l'on ne veut rien laisser passer.

Quant au traitement de l'anse intestinale atteinte, il est variable; la suture suffit pour les petites plaies, mais la résection devient nécessaire, si une grosse branche mésentérique a été atteinte, s'il existe des perforations multiples, ou si la plaie intéresse les trois quarts de la circonférence intestinale, enfin si l'anse est contusionnée sur une grande étendue.

Abcès du foie.

M. Walther relate six cas d'abcès du foie dont l'étiologie est intéressante. Trois fois, ils étaient consécutifs à la dysenterie : dans le premier de ces cas, l'examen bactériologique n'a pas été fait; dans le second, il a révélé l'existence de streptocoques et de staphylocoques, mais l'abcès s'était ouvert dans une branche; enfin, dans le troisième, il est resté négatif. Deux fois l'abcès ne reconnaissait pas d'étiologie bien nette : dans l'un des cas, le pus était stérile, dans l'autre il contenait du streptocoque, du coli et un autre microbe indéterminé : ce dernier cas se rapportait à un malade atteint de troubles gastro-intestinaux anciens. Une fois enfin, l'abcès était d'origine pyohémique et contenait des streptocoques.

Ostéite syphilitique à forme névralgique. Trépanation. Guérison.

M. Jullien lit une observation de périostite et d'ostéite à forme névralgique du tibia, d'origine syphilitique, que le traitement spécifique n'améliora pas et qui céda après la trépanation osseuse.

Elections.

Membres correspondants étrangers : MM. Durante (Rome); Horsley (Londres); Mac Burney (New-York); Sonnenburg (Berlin).

Membres correspondants nationaux : MM. Cahier (Val-de-Grâce); Dudon (Bordeaux); Dardignac (Val-de-Grâce); Fontorbe (Rochefort).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 18 *janvier* 1895.

Présidence de M. d'Heilly.

De l'état du sang dans la cyanose chronique.

M. Georges Hayem. — Dans la dernière séance, M. Marie vous a communiqué un cas de cyanose avec hyperglobulie. A ce propos, il a émis, sur la cause de l'augmentation dans le nombre des globules rouges, une opinion que j'ai développée dans ma leçon clinique du 22 décembre dernier.

Ma leçon avait pour objet le malade atteint de cyanose congénitale et de transposition de viscères que notre collègue M. Barié vous a présenté dans la séance du 6 juillet 1894.

Après avoir passé en revue les diverses causes qui ont été invoquées par les auteurs pour expliquer la cyanose, je me suis exprimé comme suit :

Les choses en étaient là, quand l'attention fut attirée sur l'état anatomique du sang par des observations récentes. En 1889, Krehl publie un cas de cyanose avec hyperglobulie. Le même fait fut bientôt retrouvé en France par M. Vaquez. Celui-ci, dans le travail intéressant qu'il publia en mai 1892, dans le *Bulletin médical*, eut l'idée de rattacher l'hyperglobulie à une hyperactivité fonctionnelle des organes hématopoiétiques. Il fait remarquer que dans certains cas on trouve une hypertrophie du foie et de la rate. De plus, l'hyperglobulie ainsi produite lui paraît être une des causes de la cyanose et il pense qu'elle peut expliquer pourquoi chez des malades ayant la même affection congénitale du cœur la cyanoseest tantôt précoce, tantôt tardive.

Le travail de M. Vaquez renferme une observation personnelle qui concerne un homme de 40 ans, cyanosé depuis l'âge de 30 ans. Il n'y avait pas de bruit de souffle dans la région du cœur, et l'origine congénitale de l'affection n'était que probable en raison de l'absence d'autopsie. M. Vaquez a trouvé chez ce malade jusqu'à neuf millions de globules rouges (8.400.000 à 9.000.000).

Il est incontestable que la maladie bleue peut s'accompagner d'hyperglobulie et, chez le malade que je viens d'étudier avec vous, l'état du sang confirme les résultats déjà obtenus sur ce point par divers observateurs. Mon interne M. Bensaude a effectivement trouvé les chiffres suivants :

Pour les globules rouges, 7 millions en moyenne,
— les globules blancs, 8,000.
— la valeur globulaire, 0 80.

Quant à l'hypothèse de M. Vaquez relativement à la participation de l'hyperglobulie dans la production de la cyanose, elle me paraît inacceptable.

Considérons la fonction des hématies, ces petits corps sont, vous le savez, les vecteurs de l'oxygène; ils servent à porter

cet agent de vie dans les tissus. Or, dans la cyanose la proproportion d'oxygène contenue dans le sang est sensiblement diminuée. Ne peut-on pas supposer logiquement que cet état pathologique invite l'organisme à fabriquer un plus grand nombre d'hématies ? Les globules rouges se multiplieraient de façon à ce que, malgré l'insuffisance de l'hématose, la somme totale de l'oxygène, renfermée dans un volume déterminé de sang, fût en rapport avec les besoins des tissus. L'hyperglobulie serait ainsi le résultat d'un processus de lutte, de défense de l'organisme.

A l'appui de cette conception je vous citerai les observations qui ont été faites récemment par M. Viault et depuis par quelques autres observateurs sur l'hyperglobulie des altitudes. L'altitude diminue la tension de l'oxygène dans l'air et par suite dans le sang. Il en résulte une diminution dans la proportion d'oxygène contenue dans un volume de sang ramené à la pression normale. Comme au contraire elle tend à augmenter plutôt qu'à diminuer les besoins des tissus, il s'établit une sorte d'anhématose contre laquelle l'organisme se défend par une multiplication des éléments chargés du transport de l'oxygène. L'anatomie comparée nous fournit des arguments du même ordre. Ce sont effectivement les animaux qui vivent sur les cimes élevées qui ont le plus de globules rouges.

M. Vaquez place dans les organes hématopoiétiques (foie, rate) le siège de la suractivité formatrice de globules rouges. Il ne fait qu'appliquer ici une théorie courante : mais ai-je besoin de vous rappeler que cette théorie est en désaccord avec les nombreuses recherches que j'ai poursuivies pendant des années sur le mode de formation des globules rouges chez l'adulte?

La formation des globules rouges par les hématoblastes qui seule peut expliquer la rénovation du sang à l'état physiologique et dans le nombre des circonstances pathologiques me paraît être dans la cyanose parfaitement suffisante. On ne trouve pas chez notre malade de globules rouges à noyau comme on devrait en voir si les organes hématopoiétiques prenaient une part quelconque à l'hyperglobulie. Au contraire, les hématoblastes y sont abondants et beaucoup d'entre eux sont hypertrophiés comme chez les individus en état de crise hématoblastique.

Enfin vous remarquerez que le diamètre moyen des globules rouges a diminué, tandis qu'il est habituellement au-dessus de la normale dans les états pathologiques où la présence des globules rouges à noyau dans le sang circulant indique une reprise plus ou moins active des organes dits hématopoiétiques.

Ces diverses considérations semblent bien établir que l'hyperglobulie est, ainsi que je vous le disais, une conséquence et non une cause de la cyanose.

Myélites infectieuses expérimentales à streptocoques.

MM. F. Widal et **F. Bezançon.** — Nous avons cherché à produire chez le lapin des myélites expérimentales en nous rapprochant autant que possible des conditions de la clinique. Pour cela, nous avons, avec des streptocoques des provenances les plus variées, inoculé un grand nombre d'animaux que nous avons laissés longtemps en observation. Depuis le mois de novembre 1893 jusqu'au mois de mai 1894, nous avons inoculé 116 lapins avec les échantillons de 89 streptocoques provenant des sources les plus diverses et doués des virulences les plus variées. Chez sept animaux, soit dans 6 pour 100 des cas, nous avons assisté au développement de symptômes paralytiques variables dans leur allure clinique et apparaissant de sept jours à deux mois après l'inoculation.

Les streptocoques dont l'inoculation a déterminé des paralysies provenaient d'une bouche d'érysipélateux, d'une bouche de varioleux, d'une bouche normale, de l'utérus d'une femme atteinte d'infection puerpérale, d'une fausse membrane pseudo-diphthérique de la gorge.

Les sept animaux devenus paralytiques avaient été inoculés tantôt dans le tissu cellulaire, tantôt simultanément dans le tissu cellulaire et dans les veines avec 1 cc. et demi de culture; dans deux cas l'inoculation avait été immédiatement suivie de l'évolution d'un érysipèle intense; dans tous, la paralysie s'était terminée par la mort.

Les symptômes médullaires apparaissent en général brusquement, au moment où l'on s'y attend le moins. Dans un cas cependant, nous avons pu saisir une cause provocatrice immédiate : un lapin mâle inoculé depuis deux mois avait toujours été en parfaite santé; on l'approche d'une femelle et il tombe brusquement en paralysie, dès son premier essai d'accouplement. Sa moelle déjà malade était sans doute dans un état de dynamisme instable et la cause occasionnelle n'avait fait que précipiter l'apparition de la paralysie préparée par l'infection antérieure. En pathologie humaine, le coup de froid ou la fatigue ne jouent probablement pas un rôle plus important dans la genèse des myélites aiguës dites spontanées.

Dans 4 cas, les troubles moteurs ont revêtu l'allure d'une paraplégie flasque du train postérieur, accompagnée de fièvre, parfois de diarrhée, d'incontinence des matières fécales, de troubles respiratoires. Une fois, la paralysie était devenue partiellement ascendante et avait gagné le membre antérieur du côté droit. Cette paraplégie flasque a toujours eu une évolution rapide variant entre 2, 3 et 4 jours; elle s'accompagnait en général d'amaigrissement musculaire très marqué.

Dans 3 cas, nos animaux ont présenté des contractures, tantôt généralisées aux 4 membres, au tronc et même à la tête qui était renversée en opisthotonos, tantôt localisées à un seul côté du corps, qui donnaient à l'animal les attitudes les plus bizarres; la tête était dans ce cas inclinée à droite, de même que la moitié correspondante du corps qui faisait arc de cercle. L'animal était pris à certains moments de mouvements giratoires, ses yeux étaient convulsés en haut et présentaient des oscillations nystagmiformes verticales. Il mourut 13 jours après le début de ses contractures avec une température de 41 degrés.

La moelle examinée dans 4 cas ne présente pas de foyers de ramollissement, elle semble normale à l'œil nu, mais l'examen histologique y décèle dans toute la hauteur des lésions dégénératives diffuses intéressant l'axe gris et les cordons blancs.

Dans l'axe gris, la lésion frappe surtout les grandes cellules multipolaires; tantôt ces cellules subissent *la dégénérescence granuleuse;* elles deviennent globuleuses; leurs prolongements ont disparu, leur protoplasma finement granuleux fixe à peine le carmin, mais leur noyau reste en général facilement colorable; tantôt elles sont atteintes de *dégénérescence colloïde*, présentent l'apparence de gros blocs vitreux comme coulés dans la loge cellulaire; on ne voit plus leurs prolongements, et leur noyau est à peine visible. Les cellules peuvent encore présenter une *dégénérescence vacuolaire* partielle ou généralisée; elles peuvent s'atrophier plus ou moins complètement et souvent disparaître, de sorte que les loges cellulaires, vides de tout élément, criblent pour ainsi dire de trous certaines régions de l'axe gris.

On voit de gros corps granuleux au voisinage de quelques cellules dégénérées. Les vaisseaux sont gorgés de sang, rompus sur divers points, et le parenchyme est le siège de véritables infarctus hémorrhagiques, leurs parois ne sont pas épaissies et l'on ne voit pas à leur intérieur ou à leur périphérie d'infiltration leucocytique.

Dans la substance blanche, les lésions sont essentiellement diffuses et frappent les divers cordons; tous les tubes ne sont pas altérés; sur certains points cependant, dans les cordons latéraux et dans la presque totalité des cordons postérieurs, les altérations des tubes sont confluentes et il y a là de véritables lésions en foyer.

Dans les tubes nerveux malades, tantôt la myéline démesurément gonflée est devenue granuleuse, difficile à colorer, tantôt elle forme de grosses gouttelettes graisseuses. Le cylindre-axe irrégulièrement hypertrophié apparaît sur les coupes longitudinales variqueux, moniliforme, renflé en massue. Souvent, myéline et cylindre-axe ont en partie disparu et la loge du tube très élargie semble vide. Cette hypertrophie du cylindre-axe peut se développer très rapidement, comme l'a montré il y a déjà longtemps M. Joffroy en déterminant des myélites expérimentales par traumatisme et cautérisation de la moelle des animaux.

La névroglie ne présente pas d'altération inflammatoire, elle semble participer au processus dégénératif et se colore difficilement.

Les corps granuleux se rencontrent en plus grand nombre que dans la substance grise surtout à la périphérie de la moelle.

Les méninges, les racines, les ganglions rachidiens sont normaux ; les nerfs périphériques et les muscles des membres paralysés ne sont pas altérés.

Si nous comparons nos résultats avec ceux jusqu'ici publiés, nous voyons que les myélites expérimentales déterminées chez le lapin par inoculation du streptocoque peuvent se traduire symptomatiquement, soit par des atrophies musculaires à marche progressive (cas de Roger), soit par des paraplégies flasques à marche suraiguë (cas de Bourges et quatre observations personnelles), soit par des paralysies avec contractures plus ou moins généralisées (trois observations personnelles). Dans tous ces cas, la paralysie s'accompagnait d'amaigrissement très marqué des muscles.

Notre statistique prouve qu'un streptocoque virulent aussi bien qu'un streptocoque atténué peut déterminer une myélite aiguë.

Dans les quatre cas, dont nous avons pratiqué l'examen, les grandes cellules de la substance grise présentent toute la gamme des altérations déjà décrites par différents auteurs dans les myélites expérimentales, notamment par MM. Gilbert et Lion. Les lésions de la substance blanche présentent un degré d'intensité que l'on ne retrouve guère que dans les cas de MM. Thoinot et Masselin, étudiés par M. Gombault, cas développés à la suite d'inoculations de coli-bacilles ou de staphylocoques.

Les myélites expérimentales, occasionnées par le streptocoque, reproduisent donc la plupart des lésions décrites dans la myélite diffuse aiguë, dite spontanée, de l'homme. Il suffit de se reporter à la description donnée par M. Hayem dans son mémoire de 1874 pour juger de l'analogie de la lésion humaine et de la lésion expérimentale. Dans nos observations enfin, la moelle n'a pas été le dernier refuge du streptocoque ; nous n'avons pu le retrouver, ni par la culture, ni par la coloration des coupes, et cependant dans quelques cas on avait pu l'isoler du sang et des viscères. Tout porte donc à croire que les lésions sont de nature toxique et résultent de l'imprégnation des centres nerveux par les substances solubles d'origine microbienne. La nature dégénérative des altérations des cellules et des tubes, et le fait qu'elles ne sont pas commandées par des lésions vasculaires, sont autant d'arguments plaidant encore en faveur de cette opinion.

Il y a là véritablement *myélite parenchymateuse diffuse dégénérative* à développement rapide.

L'étude des myélites expérimentales à coli-bacille a déjà donné la clef de la pathogénie des myélites des urinaires.

Cette étude des myélites expérimentales à streptocoques peut aider à comprendre la genèse des myélites aiguës dites primitives de l'homme. Une infection à streptocoque peut, en effet, être assez minime et assez profondément cachée pour passer inaperçue et prêter à l'éclosion d'une myélite en apparence spontanée.

M. Galliard rapporte un cas de pleurésie polymorphe compliquant une angiocholite calculeuse.

M. Béclère lit une observation dans laquelle il montre les dangers qui peuvent résulter de l'alimentation thyroïdienne.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 19 *janvier* 1895.

Présidence de M. Chauveau.

Spasme de l'urèthre et rétention des produits de sécrétion dans les glandes prostatiques.

M. Guépin. — L'hypersécrétion des glandes prostatiques, assez fréquente chez le jeune homme, l'adulte et le vieillard, est rebelle au traitement. Dans ces cas, il existe ordinairement en même temps un spasme de l'urèthre avec rétention des sécrétions. Un grand nombre de faits cliniques observés par M. Guépin lui font formuler les propositions suivantes :

1° Toutes les fois qu'il y a hypersécrétion prostatique et spasme de l'urèthre, il y a stagnation ou rétention des produits sécrétés dans les glandes ;

2° Quand il y a stagnation ou rétention des produits de sécrétion dans les glandes prostatiques, il faut tout d'abord rechercher le spasme uréthral pour le combattre par les moyens appropriés.

Action du massage sur la sécrétion des glandes.

M. Colombo, au moyen d'une série de recherches faites sur des chiens dans le laboratoire de M. François-Franck au Collège de France, a constaté que le massage appliqué localement sur la région correspondant au siège des diverses glandes (glandes de l'estomac, salivaires, sudorifères, lacrymales, foie, reins, testicules, etc.), active la fonction des épithéliums sécréteurs en provoquant dans les glandes mêmes un afflux plus abondant du sang.

A la suite du massage, on voit augmenter la quantité totale des sécrétions; augmenter aussi la proportion des éléments chimiques spécifiques propres à chaque glande, mais surtout la proportion de l'eau qui les tient en solution.

Deux cas de polyurie familiale dite essentielle.

M. G. Marinesco. — Nous avons eu l'occasion d'observer deux enfants frères atteints de l'affection connue sous le nom de polyurie essentielle datant de leur enfance. Comme antécédent héréditaire, nous avons relevé que leur mère présentait un certain degré de polyurie pendant ses grossesses. La polyurie dans nos deux cas atteignait de grandes proportions, les malades urinaient en moyenne vingt-huit litres par jour.

L'examen de l'urine n'a montré qu'une augmentation des chlorures.

Un de ces enfants ayant succombé à une méningite cérébrale, nous avons eu l'occasion de pratiquer l'examen de son système nerveux central. Déjà à l'œil nu, le quatrième ventricule présentait un aspect œdémateux ou plutôt gélatiniforme. A l'examen histologique, on ne trouva pas de lésions des noyaux du pneumogastrique; par contre, la paroi du quatrième ventricule était le siège d'une hypertrophie de la névroglie avec œdème considérable et disparition des minces fibrilles qui s'y trouvent. Il existait aussi de petites hémorrhagies situées en dehors des noyaux du nerf vague.

M. Lion rapporte l'observation d'un individu atteint de leucocythémie avec hypertrophie de la rate et chez lequel, sous l'influence des injections sous-cutanées d'arsenic, la leucocythémie a disparu pour faire place aux lymphomes malins multiples.

M. Gley cite un certain nombre d'expériences où l'ouabaïne à la dose de 1/100 et même de 1/025 de milligramme arrête le cœur de la grenouille en diastole. Au dessous de cette dose, l'alcaloïde en question provoque un simple ralentissement du cœur. M. Gley fait observer à ce sujet que cette action, à doses tout à fait minimes, s'observe également dans les toxines microbiennes.

R. Romme.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 10 *janvier* 1895.

Symphyséotomie.

M. Tissier présente une multipare rachitique chez laquelle il a fait la symphyséotomie il y a six semaines. Elle a déjà eu 5 accouchements difficiles. Le bassin mesure 8,2 centimètres de diamètre minimum. Cette femme, enceinte de 8 mois, avait un enfant qui paraissait très développé. MM. Bar et Tissier décidèrent de faire l'accouchement provoqué. Après une journée de travail, la dilatation était complète, mais la tête restait élevée; de plus, le cordon était procident. Les contractions étaient très énergiques. Trois applications de forceps furent tentées sans succès. On ne pouvait songer à la version. Il fallut recourir à la symphyséotomie. Une hémorrhagie abondante survint après la section et l'écartement des pubis. A noter aussi un prolapsus assez notable des organes pelviens et même du cul-de-sac péritonéal. Extraction au forceps d'un enfant vivant qui malheureusement a succombé en nourrice au bout d'un mois.

Le troisième et le quatrième jour après l'opération, il exis-

tait un météorisme considérable, mais l'état général de la femme était bon. Le météorisme disparut sans aucun inconvénient.

Dix-sept jours après l'opération, l'appareil de contention fut retiré. On trouva alors un utérus prolabé; mais, de plus, la symphyse pubienne n'était pas consolidée, le doigt en avant et en arrière sentait une gouttière. Au toucher on distinguait très nettement derrière le pubis et sur les côtés du bassin, suivant l'insertion du releveur de l'anus, une tuméfaction dure, allongée. On pense que cette masse était un thrombus qui s'étendait jusqu'aux échancrures sciatiques. En effet, la tumeur aujourd'hui a disparu.

M. Tissier explique la production de ce thrombus de la façon suivante :

Après section et écartement des pubis, il a été dit qu'il y avait eu hémorrhagie abondante. Pour arrêter l'écoulement du sang, on avait fait un tamponnement : le sang, arrêté de ce côté, aurait fusé dans les tissus.

L'auteur fait remarquer l'importance d'une antisepsie rigoureuse, car cet accident augmente grandement les chances d'infection. M. Tissier va plus loin. Il se demande s'il n'y aurait pas une relation entre ce thrombus et la pneumatose intestinale qui s'est manifestée le troisième et le quatrième jour après l'opération. On sait, en effet, que certains cas de déchirure s'accompagnent de météorisme, et la théorie qui rapporte ce phénomène à la compression du rectum par l'utérus prolabé est inexacte dans ce cas en particulier. Enfin, cette femme opérée depuis six semaines éprouve des douleurs de reins; elle ne peut marcher longtemps, ni se livrer à des travaux fatigants.

M. Porak. — J'ai insisté dans un mémoire récent sur la fréquence et le danger des hémorrhagies dans la symphyséotomie. L'observation vient à point pour justifier la nécessité d'assurer l'hémostase avant la section des pubis. Le manuel opératoire que j'ai conseillé met à l'abri de cette complication.

M. Fournel repousse, comme M. Tissier, la théorie de la compression du rectum par l'utérus, dans la production du météorisme. Pour lui, c'est le résultat d'une paralysie intestinale passagère.

M. Petit continue et termine la lecture de son mémoire sur la thérapeutique intra-utérine. Il sera discuté dans la prochaine séance.

Tractions rhythmées de la langue.

M. Touvenaint, à propos du traitement de l'asphyxie des nouveau-nés par les tractions rhythmées de la langue, rapporte deux observations montrant les difficultés que l'on peut rencontrer dans certains cas à user de ce procédé et enfin de son inefficacité. Dans ses deux faits, M. Touvenaint n'a obtenu aucun résultat du procédé de Laborde et n'a pu sauver les enfants que grâce à l'insufflation bouche à bouche. Il conclut que l'insufflation et la respiration artificielle sont des moyens excellents et qu'il faut conserver.

M. Budin fait une communication sur les résultats qu'il a obtenus depuis trois ans dans son service de la Charité, par l'emploi du nitrate d'argent en solution à 1 pour 150, comme traitement préventif de l'ophthalmie des nouveau-nés. Sur un total de 200 enfants, M. Budin n'a eu que deux ophthalmies et sept conjonctivites secondaires, c'est-à-dire survenues après le sixième jour. En face des résultats qu'il obtenait à l'hôpital, il a employé le même traitement pour les enfants de sa clientèle en ville et jamais il n'a observé d'ophthalmie. C'est après trois années d'expérience que M. Budin engage ses collègues à essayer la solution de nitrate d'argent à 1 pour 150. Mais ce n'est pas tout : il n'est pas rare d'observer des ophthalmies dans la clientèle des sages-femmes. Or, une solution aussi faible de nitrate d'argent ne semble pas pouvoir être dangereuse entre leurs mains. Mais la loi est formelle : elle leur défend de prescrire des médicaments autres que le seigle ergoté, des paquets de sublimé et de la vaseline au sublimé. Peut-être les accoucheurs des hôpitaux qui ont la surveillance des sages-femmes agréées pourront-ils prescrire la solution de nitrate d'argent à 1 pour 100 et la faire employer comme moyen prophylactique seulement. Les résultats obtenus ainsi, en dehors de l'hôpital, seront intéressants à connaître et montreront si on doit ou non demander la généralisation de ce procédé dans la pratique des sages femmes.

M. Doléris arrête l'attention sur les conjonctivites secondaires. Pour lui, il y aurait nécessité de continuer le traitement prophylactique tant que l'enfant reste exposé à une contamination secondaire.

M. Budin procède de la façon suivante. A l'hôpital, dès que l'enfant est né, alors qu'il est encore entre les jambes de la mère, on ouvre les paupières du nouveau-né et on laisse tomber deux ou trois gouttes de la solution dans l'œil, puis on essuie extérieurement les yeux avec un peu d'ouate. Le manuel opératoire est donc extrêmement simple.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 24 décembre 1894.

Circulation de la lymphe dans les petits troncs lymphatiques.

M. L. Ranvier. — J'ai cherché si l'on pouvait, chez un animal vivant, faire apparaître les lymphatiques en les remplissant d'un liquide coloré. Les résultats des expériences que j'ai entreprises à ce sujet ont répondu d'une manière positive.

Comme objet d'étude, j'ai choisi l'oreille du lapin et j'ai pris comme liquide d'injection le bleu de Prusse soluble dans l'eau, en solution concentrée; j'en ai rempli une seringue hypodermique munie d'une canule d'acier extrêmement fine dont j'ai fait pénétrer la pointe dans l'épaisseur du derme de la face interne de l'oreille, à deux centimètres environ de son extrémité. Il m'a suffi d'une légère pression pour remplir du liquide bleu d'abord une partie du réseau capillaire lymphatique, et ensuite un des petits troncs lymphatiques qui accompagnent l'artère auriculaire.

Or, les petits troncs lymphatiques remplis de bleu de Prusse se voient admirablement par transparence chez l'animal vivant. La présence de la matière colorée dans leur intérieur ne provoque aucune réaction douloureuse, aucun trouble dans la circulation sanguine. Je considère l'opération comme bien réussie lorsque le réseau des capillaires lymphatiques, dans lequel le bleu a pénétré, est de faible étendue et surtout lorsqu'il ne s'est pas produit dans le tissu conjonctif de diffusion du liquide coloré sous forme de boule.

Au bout de deux à trois minutes, la coloration bleue des troncs lymphatiques a disparu progressivement; or, pour débarrasser, en un temps aussi court, les lymphatiques du bleu de Prusse qu'ils contenaient, il faut qu'il y ait passé une grande quantité de lymphe, laquelle vient, sans doute, de tout le réseau capillaire lymphatique qui débouche dans les troncs en question et qui n'a pas été atteint par l'injection.

Cette expérience, que je crois entièrement nouvelle, montre que la circulation de la lymphe dans les troncules lymphatiques est très active.

Différences fonctionnelles entre le muscle normal et le muscle curarisé.

M. N. Wedensky. — Depuis les recherches de Claude Bernard sur le curare, on dispose d'un excellent moyen pour paralyser la plaque terminale d'un nerf moteur et pour mettre ainsi le muscle à l'abri des influences nerveuses. Celui-ci garde alors son irritation *directe*, tout en étant soustrait à l'irritabilité *indirecte*.

J'ai montré en 1886 que, lorsqu'un nerf moteur est animé par des excitations à la fois *fréquentes* et *fortes*, le muscle qu'il innerve ne présente pas de contractions tétaniques durables et intenses; au contraire, il se relâche bientôt plus ou moins complètement. Un tel relâchement du muscle ne résulte pas de la fatigue, mais d'une sorte d'inhibition qui a lieu dans les plaques terminales.

Aujourd'hui, je puis démontrer en toute évidence que, au moyen d'un courant témoin appliqué au muscle, celui-ci ne retient alors que son irritabilité *directe*, c'est-à-dire celle qui persiste aussi dans le muscle curarisé, tandis qu'il suffit d'interrompre l'excitation que j'appelle *pessimum* du nerf pour que le muscle reprenne tout de suite son irritabilité normale.

Séance du 31 *décembre* 1894.

Sur la préparation industrielle et les propriétés physiologiques de l'oxalate et des sels cristallisés de la nicotine.

MM. H. Parenty et **E. Grasset.** — La dose mortelle de nicotine pure, qui est comprise entre 20 milligr. et 21 milligrammes par kilogramme d'animal, s'élève à 70 milligr. de nicotine combinée, soit 150 milligr. de quadroxalate par kilogramme. Ce sel, dont le foisonnement est d'ailleurs considérable, ce qui atténue le danger d'une absorption accidentelle, est donc, à poids égaux, huit fois moins vénéneux que la nicotine caustique. Ses effets physiologiques conservent d'ailleurs, dans leur atténuation, les mêmes caractères généraux : contraction pupillaire, paralysie et convulsions, salivation, anémie cérébrale, vaso-constriction de la périphérie, enfin cœur en asystolie. Dans aucun cas la mort n'a été foudroyante.

Une expérience d'empoisonnement chronique permet de constater, en outre, qu'un animal peut arriver, par l'accoutumance, à supporter journellement une dose bien supérieure à la dose mortelle.

Sur les conditions de propagation de la fièvre typhoïde, du choléra et du typhus exanthématique.

M. Renard, directeur du service de santé du 1er corps d'armée. — Il ressort des observations faites par les médecins militaires l'immunité absolue des troupes pour la fièvre typhoïde, lorsque celles-ci sont casernées et abreuvées en eau de source, ou, à son défaut, d'eau potable filtrée par l'appareil Chamberland.

Les prescriptions du service de santé de l'armée, là où elles ont été strictement exécutées, ont mis les soldats presque à l'abri de la fièvre typhoïde et du choléra. La mortalité annuelle dans toute l'armée, par la fièvre typhoïde, est tombée, en cinq ans, de 1,200 à 400. Pour la fièvre typhoïde et le choléra, ce sont les individus qui vivent en dehors des casernes, les ordonnances notamment, qui payent le plus lourd tribut.

Dans la région du Nord, il n'y a guère que pendant les manœuvres, quand les soldats boivent de l'eau de puits, de ruisseau ou de mare, que quelques groupes sont atteints.

Quant au typhus exanthématique, son mode de propagation est différent. Transporté de Bretagne par les mendiants, cheminaux et roulottiers, il n'a attaqué que ceux qui étaient immédiatement en rapport avec eux, les gendarmes, les gardiens de prison, les juges d'instruction, les avocats, les médecins, les infirmiers et les sœurs ; les militaires sont restés indemnes. Là où la désinfection a été faite avec soin, l'épipémie a été immédiatement enrayée.

Séance du 7 *janvier* 1895.

Des nerfs vasomoteurs des veines.

M. L. Ranvier. — Si la question des nerfs vasomoteurs des *artères* a été autrefois élucidée, par contre celle des vasomoteurs des *veines* est, depuis les expériences de Claude Bernard, restée entière. Cette dernière cependant a une grande importance pour la physiologie et la pathologie, car, ainsi que je l'ai fait remarquer moi-même il y a près de trente ans, les effets des vasomoteurs doivent être tout autres suivant que leur action porte sur les artères ou sur les veines : supposons que, sous leur influence, les artères se contractent, il y aura un apport moins considérable de sang dans les capillaires et, par suite, de l'anémie : si, au contraire, l'action des vasomotricteurs se fait sentir sur les veines seules, il se produira de la congestion avec stase.

La démonstration expérimentale de ce fait paraissait fort difficile. Je l'ai longtemps cherchée et ce n'est que dans ces derniers temps que je crois l'avoir trouvée, et cela par un procédé fort simple, tellement simple que, pour le mettre en pratique, il n'est pas du tout nécessaire d'être physiologiste.

En effet, si, après avoir déterminé la dilatation de l'artère auriculaire en la pressant transversalement avec l'ongle contre le cartilage de l'oreille (manœuvre qui paralyse l'artère par action mécanique sur les nombreux faisceaux nerveux qui sont dans son voisinage immédiat), on comprime de la même façon, toujours avec l'ongle, la veine marginale externe, celle-ci se dilate au-dessus du point comprimé. En outre, la compression de la veine marginale suffit à amener sa dilatation, sans qu'il soit nécessaire d'avoir, au préalable, paralysé l'artère médiane.

La dilatation des veines au delà de la région comprimée est liée à la destruction mécanique des filets nerveux qui les accompagnent et qui président à l'innervation de leurs éléments musculaires : il y a donc des vasomoteurs veineux comme il y en a d'artériels.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 16 *janvier* 1895.

Présidence de M. Colrat.

Résection du maxillaire inférieur.

M. Albertin présente un malade auquel il a pratiqué *la résection de l'arc antérieur de la portion horizontale du maxillaire inférieur.* Ce malade, âgé de 35 ans, a été opéré par un médecin de son pays, à la Montagne-Brandon (Saône-et-Loire), en 1892, d'un cancroïde de la lèvre inférieure. Six mois après, la tumeur récidivait et il vint à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Maurice Pollosson, en décembre 1893. Voici le moulage de la tumeur enlevée, adhérente à l'arc antérieur du maxillaire L'os était envahi et il parut nécessaire de faire une résection en même temps qu'une large ablation des parties molles dégénérées et de celles circonscrivant la tumeur.

L'opération fut pratiquée par nous le 22 décembre 1893. Faisons remarquer immédiatement que l'intervention date par conséquent de treize mois. Cette large ablation des parties molles et de la presque totalité de la lèvre inférieure, d'une partie du menton, créa de sérieuses difficultés pour la réunion des lambeaux et rendit impossible la prothèse immédiate, dont l'exécution était confiée à notre collaborateur habituel, aussi dévoué qu'habile. M. le docteur Martin.

Devant l'impossibilité de remplacer de suite le maxillaire enlevé, nous résolûmes de faire de la *prothèse secondaire.* En attendant de pouvoir le faire, il fallait éviter le déplacement des portions du maxillaire inférieur laissées en place, déplacement qui se produit fatalement par la convergence des extrémités de fragments, si on ne s'y oppose pas. M. Martin fixa sur les arcades dentaires supérieures et sur celles qui restaient sur le maxillaire inférieur un appareil composé de deux pièces, à emboîtement réciproque qui remplissait admirablement le but proposé. Il vous présentera d'ailleurs ces pièces.

Vers février 1894, la cicatrisation étant complète depuis quelque temps déjà, on résolut de modeler la région mentonnière en adaptant un appareil réunissant par un arc à courte flèche l'extrémité antérieure des fragments du maxillaire.

On profita de la mise en place de l'appareil pour le recouvrir complètement par une combinaison autoplastique, de sorte que l'orifice buccal fut presque ramené à l'état normal avec un menton fuyant.

Enfin, le 16 mars 1894, on remplaça cette première ébauche de maxillaire par une pièce représentant exactement le maxillaire enlevé et le malade sortit de l'hôpital.

Voyons maintenant dans quel état il nous revient. Tout d'abord son état général s'est heureusement modifié, il a engraissé et présente tous les caractères de la santé. Opéré depuis treize mois, il n'a pas présenté la moindre trace de récidive, grâce à l'ablation large des portions envahies par le néoplasme et à la toilette soigneuse des ganglions périphériques.

Au point de vue de l'esthétique, il reste à faire deux choses :

1° Rendre l'orifice buccal régulier et symétrique par la diminution de profondeur de la commissure labiale droite ;

2° Modeler davantage la surface mentonnière qui est aplatie et fuyante. Ces modifications seront faciles à exécuter ; les tissus sont, en effet, très souples et se prêteront facilement à toute combinaison autoplastique.

Au point de vue fonctionnel, le résultat acquis nous permet d'espérer un état définitif parfait. Le malade a un orifice buccal limité par des lèvres parfaitement contractiles. En lui faisant ouvrir la bouche, son appareil étant enlevé, on voit que les portions restant du maxillaire inférieur sont à leur place normale; les arcades dentaires, supérieure et inférieure, correspondent parfaitement. Le plancher buccal est bien conservé, large, donnant attache à la langue qui jouit de tous ses mouvements et n'a pas de tendance à la rétraction.

La mastication s'exécute normalement par la double action des muscles abaisseurs et élévateurs de la mâchoire inférieure. La parole est assez facile, mais encore imparfairement articulée, il suffit de pincer la commissure labiale droite trop tendue pour que la parole redevienne normale.

Pendant que nous ferons cette dernière intervention de perfectionnement, M. Martin mettra en place un appareil prothétique définitif reproduisant, sous le tégument du menton, la saillie de l'arc antérieur du maxillaire.

Nous avons cru devoir vous présenter ce malade, à cause de l'intérêt qu'il présente au double point de vue :

1° De la cure radicale d'une affection cancéreuse ayant une première fois récidivé ;

2° De l'utilité de la prothèse Martin pour la conservation de la forme, des rapports de la région et pour le rétablissement de la fonction.

M. Martin présente les différents appareils prothétiques qui lui ont permis : 1° De maintenir écartées et en place les deux portions horizontales restant du maxillaire inférieur;

2° De remplacer ensuite l'arc antérieur du maxillaire par une lame en caoutchouc durci, fixée au premier appareil.

Enfin, lorsque le malade est sorti de l'hôpital, ces deux pièces ont été remplacées par une seule pièce artificielle fixée aux arcades dentaires restant sur le maxillaire.

Cette pièce représentait la portion du maxillaire enlevée. Elle a permis aux tissus de cicatrice de se modeler sur sa portion convexe sans subir de rétraction cicatricielle. Ces appareils ont toujours été bien tolérés et n'ont, comme on le voit, provoqué ni récidive ni processus inflammatoire.

M. Gangolphe. — Le résultat obtenu par M. Albertin est remarquable au point de vue de la cure radicale de l'affection cancéreuse de la lèvre dont l'ablation, incomplète une première fois, avait permis la récidive. Lorsqu'on intervient pour un cancer il faut chercher à tout enlever, faire l'ablation large et faire la chasse aux ganglions du voisinage.

Comme je l'ai signalé dans un des derniers Congrès de chirurgie, lorsque l'ablation du néoplasme a été totale, ce n'est pas la présence de pièces artificielles, inaltérables comme celles de M. Martin, qui produit la repullulation des tissus cancéreux.

Le résultat obtenu chez ce malade est excellent et doit encourager les chirurgiens, qui interviendront sur les régions de la face, à chercher la reconstitution de la région opérée à l'aide de la prothèse.

Lupus et épithélioma,

M. Poncet présente les dessins de deux malades porteurs de lésions qui, de primo abord, pouvaient être considérées comme épithéliomateuses et qui étaient cependant de nature tuberculeuse.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une vaste ulcération occupant les deux tiers du membre supérieur droit et pour laquelle M. Poncet pratiqua la désarticulation de l'épaule. Différents examens histologiques démontrèrent que l'on se trouvait en présence d'un *lupus éléphantiasique ulcéré.* Ce malade, opéré il y quatre ans, est resté complètement guéri.

Le deuxième malade, qu'il amputa de la jambe à la partie moyenne, était atteint d'une vaste ulcération végétante occupant tout le dos du pied et dont le point de départ paraissait être une fistule, conduisant sur le calcanéum et l'astragale dénudés. On pensait à une dégénérescence considérable d'un vieux foyer ostéo-myélitique, avec invasion de la peau, il n'en était rien. On se trouvait en présence d'une tuberculose végétante.

Dans certains cas, le diagnostic peut donc être hésitant. Il ne sera tranché définitivement que par des examens histologiques et encore faut-il qu'ils portent sur divers points des tissus malades, pour éviter toute cause d'erreur.

Ulcère et cancer de l'estomac.

M. Lyonnet présente une pièce anatomique à propos de laquelle on peut soulever encore la discussion relative à la transformation de l'ulcère de l'estomac en lésions épithéliales.

Ce malade, après avoir présenté tous les signes de l'ulcère de l'estomac et avoir été traité pour cela, est revenu deux ans après, avec des symptômes de cancer : vomissements, diarrhée, cachexie avancée, présence d'acide lactique dans les matières vomies.

Ce malade étant mort, le diagnostic de cancer fut confirmé, mais la question se pose de savoir si ce cancer est venu se greffer sur l'ulcère primitif. M. Lyonnet, se basant sur la marche clinique de la maladie, sur l'hyperchlorhydrie, constatée dès le début de l'affection stomacale, et sur un ensemble de symptômes bien spéciaux à l'ulcère, croit à la transformation de celui-ci en cancer dans le cas présent.

M. Poncet demande si l'ulcère de l'estomac, comme l'ulcère des autres régions, n'est pas une cause prédisposante du cancer ?

M. Bard fait remarquer que la question est des plus difficiles à trancher. La possibilité de la transformation des lésions extérieures en cancer est indiscutable, mais pour l'estomac le fait n'est pas aussi fréquent qu'on le prétend.

Lorsqu'on voit des lésions extérieures se transformer en cancer, il s'agit de vieilles plaies très proliférantes, tandis que les lésions ulcéreuses de l'estomac ne sont pas proliférantes du tout.

De plus la transformation des ulcères superficiels est lente, elle met 15 ans, 20 ans, ou même davantage, ce qui n'est pas le cas des lésions stomacales pour lesquelles on croit avoir assisté à la prolifération épithéliale.

Enfin on exagère trop souvent l'importance du symptôme anachlorhydrie comme signe de cancer de l'estomac et on méconnaît à tort la possibilité de l'hyperchlorhydrie dans cette affection.

Ponction lombaire du liquide céphalo-rachidien.

M. Weill fait une communication sur la ponction de Quincke. Cette opération consiste à évacuer le liquide encéphalo-rachidien, hypersécrété, qui comprime le cerveau, dans la méningite tuberculeuse en particulier, par une ponction lombaire du canal.

C'est entre le troisième et le quatrième espace intervertébral lombaire qu'on enfonce le trocart. Chez les tout jeunes enfants on peut pénétrer par la ligne médiane; chez les enfants plus âgés on pénètre un peu sur le côté, mais on donne à l'instrument une direction qui le rapproche de la ligne médiane et le relève.

La ponction est très simple, très facile; on ne risque pas de blesser la moelle, car on est parfaitement renseigné sur le moment où on est dans le canal par la sensation particulière qu'on éprouve; cette opération se fait habituellement sans anesthésie, les malades auxquels elle s'adresse étant presque toujours dans le coma.

L'écoulement du liquide qui comprime le cerveau est parfaitement assuré par la communication qui existe entre la cavité crânienne et le canal rachidien, même chez les malades et par la pression du liquide qui est supérieure à la pression ambiante de 3 à 4 centimètres.

M. Weill pense que la ponction de Quincke pourra très facilement être employée dans l'épanchement encéphalo-rachidien, dont les signes cliniques sont : le coma, l'hypothermie, le ralentissement du pouls et de la respiration, la résolution musculaire, le relâchement pupillaire et l'insensibilité crânienne.

Il importe d'agir vite, car la compression apportant un obstacle à la circulation cérébrale et celle-ci pouvant avoir rapidement des suites funestes, il y a lieu d'intervenir de bonne heure.

Cependant, quant aux résultats thérapeutiques obtenus jusqu'à présent, soit par M. Weill, soit par M. Colrat, ils sont insignifiants.

Dans un cas, M. Weill a vu le malade reprendre connaissance après la ponction; mais deux ou trois heures après, les symptômes alarmants réapparaissaient, avec, en plus, une hyperthermie considérable qui s'est accusée jusqu'à la mort.

Cependant, comme dans les conditions où la ponction de Quincke est indiquée il n'y a pas de procédés meilleurs à employer, on est toujours en droit d'y avoir recours, car elle est simple et inoffensive par elle-même. Mais il faut agir vite.

M. Vallas, à propos de l'hyperthermie constatée par M. Weill, à la suite de la ponction chez ses malades, rappelle le cas d'un enfant auquel la ponction des ventricules latéraux avait été faite par lui et qui, après cela, avait eu une hyperthermie de 41°5. Cette élévation de la température était bien due à la décompression.

M. Weill. — La décompression trop rapide des centres nerveux a des inconvénients avec lesquels il faut compter.

En plus de l'hyperthermie, il y a à craindre, quand on va trop vite, des convulsions immédiates.

Voilà pourquoi, dans l'opération de Quincke, il faut se servir d'une canule fine permettant un écoulement lent.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 7 janvier 1895.

Calcification de la valvule mitrale.

M. Guérin présente un cas très remarquable de calcification de la valvule mitrale.

Le malade, charretier alcoolique, était âgé de quarante-six ans: entré à l'hôpital salle 16 en asystolie, il ne présentait aucun symptôme de lésion de la valvule mitrale.

Au niveau de l'appendice xiphoïde, on constatait un souffle très net d'insuffisance tricuspidienne; cette insuffisance très réelle a été constatée à la nécropsie.

La dégénérescence calcaire est si prononcée que la valvule résonne comme une pierre lorsqu'elle est heurtée avec un instrument métallique.

Les ganglions du mésentère ont subi la même dégénérescence calcaire.

MM. Coyne et **Arnozan** font observer que les cas de ce genre doivent être très rares.

Séance du 14 *janvier* 1895.

Trichophytie des ongles.

M. Dubreuil présente des cultures de trichophytie obtenues avec des ongles de malades, cultures difficiles, car elles sont le plus souvent impures. Il emploie pour cela : 1° un milieu formé par du moût de bière, lequel est riche en sucre, un peu acide, et privé de peptones; 2° le procédé technique préconisé par Unna qui est le suivant : les fragments d'ongle hachés et mis quelque temps dans l'alcool perdent leurs microbes autres que les spores du trichophyton qui résistent. Les cultures peuvent se faire alors dans de bonnes conditions.

Les cultures présentées sont primitives.

Sur quatre tubes, l'aspect des cultures est différent. Les unes sont très luxuriantes, les autres moins, cependant les milieux sont les mêmes et faits en même temps. Ces cultures très intéressantes ont été obtenues grâce à la modification de technique précitée.

Il faut ajouter de plus que ce champignon vivant exclusivement dans la couche cornée de l'ongle n'y détermine aucun phénomène inflammatoire; inoculé au cuir chevelu, il détermine la suppuration de la gaine du cheveu sans altération de sa racine.

Dermographisme avec prurit.

M. Guérin présente une malade sur la peau de laquelle des raies, des lettres apparaissent saillantes. La démangeaison commence au moment où l'on trace une raie, mais ne persiste que trois à quatre minutes, tandis qu'après une heure et demie les saillies ortiées sont encore très visibles.

Le dermographisme chez cette malade se trouve sur toute la surface de la peau, sur la muqueuse buccale, sur une cicatrice chéloïdienne.

Dans une prochaine séance, M. Guérin donnera d'autres détails sur cette malade.

M. Dubreuilh remarque que l'existence du phénomène sur une chéloïde et sur les muqueuses est intéressante; il se demande comment on peut distinguer l'urticaire du dermographisme si l'on range le prurit dans les symptômes de cette dernière affection.

Gomme syphilitique de l'iris gauche.

M. Cabannes présente une jeune fille de vingt-deux ans, giletière, qui vint le 11 janvier à la Clinique ophthalmologique de M. le professeur Badal.

Dans ses antécédents héréditaires, elle signale une mère rhumatisante.

En octobre 1893, elle fut subitement, dit-elle, atteinte d'une affection douloureuse des deux yeux, supprima rapidement la vision de l'œil gauche en la rendant trouble à droite. Venue à la Clinique en janvier 1894, elle était atteinte d'une irido-choroïdite double avec occlusion papillaire à peu près complète à gauche, staphylome équatorial et poussées glaucomateuses du même côté. Quelques jours après, une double iridectomie était pratiquée, en deux séances, dans le but de diminuer la tension oculaire, d'apaiser des phénomènes inflammatoires et douloureux, et de rendre la vision possible. Quelque temps après, la malade sortit de l'hôpital guérie avec une acuité visuelle considérablement améliorée.

Tout allait bien, lorsqu'au mois d'octobre dernier, elle constata, au niveau de son aine gauche, un ganglion hypertrophié non douloureux; elle nie tout rapport sexuel remontant à cette date, et prétend ne s'être pas rendu compte de l'accident primitif. En tout cas, quinze jours après, une éruption de papules rouges se montra au ventre, aux reins qui, rapidement, s'étendit aux membres, à la face. Des céphalées nocturnes apparurent. Puis, à la suite d'un traumatisme léger (un coup de chapeau), des accidents se montrèrent au niveau de son œil gauche dont la vue se troubla de nouveau. La malade n'a suivi aucun traitement, lorsque le 11 janvier dernier elle vient à la consultation de la Clinique ophthalmologique.

Elle présente alors une vaste éruption de syphylides papuleuses avec plaques muqueuses dans la bouche, syphilides généralisées à tout le corps, à la face où elles sont surtout abondantes au front.

Au niveau de l'O. G., à la partie inférieure de l'iris, une tumeur de coloration jaune rougeâtre, saillante, effaçant la chambre antérieure, se montre avec tous les caractères d'une gomme syphilitique. L'apparition de cette gomme sur un œil atteint déjà d'inflammation antérieure ne doit pas nous étonner. La cause prédisposante étant double, une irido-choroïdite antérieure qui avait créé à ce niveau un point faible, et en outre, une syphilis grave non traitée, il a suffi d'un simple traumatisme pour y déterminer l'apparition d'un accident tertiaire. Ce n'est guère que dans les syphilis graves que l'on voit apparaître d'une façon aussi précoce les accidents secondaires.

M. Fromaget. — Les iritis gommeuses sont relativement assez rares. Elles ne se présentent en général que dans les syphilis graves; le plus souvent, elles apparaissent avant la disparition des accidents secondaires, mais elles sont très rapidement influencées par un traitement mercuriel énergique: aux traitement interne et externe, on a souvent ajouté les injections sous conjonctivales de sublimé pour hâter la guérison. Ce dernier procédé, très douloureux, est le plus souvent inutile, à moins que le malade ne puisse supporter les sels mercuriaux à l'intérieur.

M. Brindel présente: 1° des coupes d'un sarcome encéphaloïde des fosses nasales; 2° un lympho-sarcome des fosses nasales qui avait été justiciable d'une double intervention.

ÉTRANGER

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LONDRES

Séance du 14 *janvier* 1895.

L'usage de la bicyclette et les maladies du cœur.

M. Richardson. — Il y a quelques mois, M. Petit, de Paris, a lu à l'Académie de Médecine un travail relatant plusieurs cas de mort subite pendant des courses en bicyclette et survenus chez des sujets atteints de maladies de cœur. Il est certain que l'exercice de la bicyclette agit immédiatement sur le cœur et active la circulation. Le pouls peut battre jusqu'à deux cents fois par minute. C'est précisément cette suractivité de la circulation qui explique les efforts prolongés dont sont capables les bicyclistes et leur résistance au manque de sommeil. Malgré cette augmentation de travail du cœur, je n'ai jamais vu survenir chez les bicyclistes des signes de surcharge du cœur, des lipothymies, de l'essoufflement, de l'angine de poitrine, du vertige; je n'ai jamais non plus vu se produire de mort subite. Mais j'ai vu des sujets qui, après avoir fait usage de la bicyclette pendant quelques années, présentèrent des signes de maladie de cœur. D'autres fois, au contraire, j'ai observé de bons effets de la bicylette chez des sujets atteints de varices, chez des obèses, chez des anémiques. L'usage modéré de la bicyclette n'est pas contre-indiqué par certaines affections cardiaques. L'usage de la bicyclette est même utile quand l'action du cœur est faible ou quand cet organe présente des signes de dégénérescence graisseuse. On sait, en effet, que, dans ces cas, l'augmentation générale du travail musculaire améliore l'état du muscle cardiaque. Un usage immodéré de la bicyclette augmente le volume du cœur, le rend irritable; il en résulte une action secondaire sur le système artériel, avec élévation de la pression du sang, ce qui favorise l'apparition de dégénérescence dans les divers organes. Lorsqu'on est appelé à donner des conseils sur l'usage de la bicyclette, il faut, avant tout, considérer l'état du système circulatoire périphérique. Un système artériel affaibli est bien plus dangereux qu'un cœur affaibli. Cette remarque prend toute sa force quand il y a une lésion locale du système artériel, telle qu'un anévrysme. L'engorgement du système veineux paraît plutôt influencé heureusement que défavorablement par l'exercice de la bicyclette.

M. Sansom. — Les conclusions de l'Académie de médecine de France au sujet de l'usage de la bicyclette sont ridicules; je n'ai jamais vu d'arhythmie cardiaque consécutive à cet exercice. L'usage de la bicyclette est certainement plus utile que nuisible. Considéré comme un agent thérapeutique des maladies du cœur, cet exercice est en parfait accord avec les recommandations du professeur Hirtl de Munich. L'usage modéré de la bicyclette est un agent hygiénique et thérapeutique fort important.

M. Little. — A mon avis, il n'y a pas de meilleur agent thérapeutique pour les affections mitrales et la dilatation du cœur, et cela est tout à fait d'accord avec le système adopté par Schott à Neuenheim.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE LONDRES

Séance du 11 *janvier* 1895.

Occlusion intestinale par calcul biliaire.

M. Eve. — Un homme de 42 ans entra à l'hôpital le 19 mars 1894; 4 jours auparavant il avait été pris de douleurs dans l'abdomen, avec vomissements et constipation absolue; les vomissements étaient continus. On ne sentait rien à la palpation; le malade n'avait jamais eu auparavant aucun trouble abdominal. On administra de la belladone, des lavements qui amenèrent une garde-robe, suivie d'une légère amélioration. Mais le lendemain il y eut une aggravation; l'abdomen était distendu. Le 20 mars on dut faire la laparotomie. Quand, sous l'influence de l'anesthésie par l'éther, les muscles abdominaux furent relâchés, on sentit un corps dur, comme une balle, occupant la fosse iliaque droite; il s'agissait évidemment d'un calcul biliaire arrêté dans sa marche. L'abdomen ouvert, on vit que ce calcul était dans l'iléon, un peu au-dessus de la valvule iléo-cæcale. L'intestin grêle, au-dessus de l'occlusion, était très dilaté; le gros intestin était complètement vide. On chercha en vain à pousser le calcul vers l'orifice iléo-cæcal. On refoula alors ce calcul en sens inverse vers une partie plus libre de l'iléon, vers une anse qu'on pût attirer au dehors. On plaça au-dessus et au-dessous du corps étranger des ligatures élastiques; entre ces deux dernières on incisa longitudinalement l'intestin et on put extraire le calcul. On referma la plaie intestinale à l'aide de sutures de Lembert avec de la soie fine. Pendant quatre jours on nourrit le malade à l'aide de lavements nutritifs. Le malade quitta l'hôpital guéri, quatre semaines après y être entré. Après l'opération, le malade se rappela que 18 ans auparavant il avait été sujet à de fortes attaques de douleurs dans la région épigastrique, douleurs qui s'accompagnaient de vomissements. Pendant 7 ou 8 ans il souffrit continuellement, mais plus ou moins suivant le moment. Finalement ces accidents cessèrent brusquement. Jamais il ne rendit de calcul. On peut donc penser que ce calcul séjourna dans l'intestin pendant 10 ans. Ce cholélithe était cylindrique. En 1889 Dufourt a réuni 9 cas de laparotomie pour occlusion intestinale par calcul enclavé dans l'intestin; dans 8 cas l'opération fut suivie de mort; elle réussit une seule fois, et le cholélithe occupait alors le gros intestin. Depuis cette époque j'ai pu réunir 18 faits nouveaux avec 9 guérisons. Cette statistique plus favorable est due à une technique améliorée. Je conseille, quand on est en présence d'une occlusion intestinale, d'attendre un peu, puisque dans un tiers de ces cas la guérison survient sans opération. Mais il ne faut pas retarder beaucoup l'opération. Après l'ouverture de l'abdomen, il faut, si la chose est possible, pousser le calcul à travers la valvule iléo-cæcale; si on ne peut mobiliser le calcul et si l'intestin est sain, il faut inciser ce dernier. Quand l'intestin est enflammé et que le calcul ne peut être mobilisé et adhère à l'intestin, il faut tâcher de briser le calcul à l'aide d'aiguilles; si cela est impossible il faut extraire le cholélithe et fixer l'intestin à la plaie abdominale. Une seule fois sur 27 cas, il a été nécessaire de pratiquer une résection de l'intestin, à cause d'une ulcération.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séances des 7 *et* 14 *décembre* 1894.

Erythèmes dans la fièvre typhoïde.

M. Singer a observé, à la clinique du professeur Pal, 12 typhiques qui au cours de leur fièvre typhoïde ont présenté des érythèmes variables. Dans un certain nombre de cas, l'éruption généralisée se composait d'efflorescences papuleuses rouges, rondes ou elliptiques, nettement limitées, des dimensions d'une lentille, rappelant la roséole des syphilitiques. Dans 4 autres cas, il existait au niveau des taches lenticulaires une infiltration folliculaire. L'ensemencement du contenu des follicules, donna dans deux cas des résultats positifs. M. Singer en conclut que la roséole des typhiques est due aux dépôts locaux des micro-organismes spécifiques qui se trouvent dans l'organisme,

L'existence des érythèmes n'assombrit pas le diagnostic.

Lèpre.

M. Riehl a présenté une malade atteinte de lèpre maculo-papuleuse avec anesthésie partielle. La malade est originaire de Galicie, mais a contracté la lèpre à Singapour, où elle s'était trouvée en contact avec des lépreux.

Depuis quelques semaines, les crachats renferment, à côté des bacilles spécifiques, des cellules lépreuses comme on en rencontre dans les tissus des lépreux. Comme les muqueuses buccale, naso-pharyngienne et trachéale sont intactes, il faut admettre qu'il s'agit dans ce cas d'un léprome des petites bronches ou du parenchyme pulmonaire.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 4 au 9 février 1895.

Mercredi 6. — M. Haffner. Recherches pratiques sur la topographie crânio-cérébrale. — M. Eymonnet. De la trachéotomie chez l'adulte, procédé opératoire, indications. — M. Souville. Cholécystite scléreuse d'origine calculeuse et péri-cholécystite. — M. Manson. Traitement des adénopathies suppurées chez les enfants. — M. Maurel. De l'infectiosité et de la contagiosité de l'amygdale aiguë.

Jeudi 7. — M. Dibot. Contribution à l'étude de la grossesse extra-utérine. — M. Lardeux. Lèpre nostras. Syringomyélie, maladie de Morvan, sclérodermie.

LYON

(Année scolaire 1894-1865).

972. — Guichard (Frantz). Etude sur l'ostéite humorale des bourreliers. — Bontemps (Maurice). Le vol dans les grands magasins et du vol à l'étalage; étude médico-légale. — Coccoz (Jean-Baptiste). Contribution à l'étude de la polyurie essentielle, de ses rapports avec la tuberculose. — Jacques (Léon). Contribution à l'étude du goitre dans les Hautes-Alpes.

976. — Ruffié (Antoine). Influenza et grossesse d'après les faits observés à Gemenoz (Bouches-du-Rhône). — Molle (Jules). Note sur un cas d'ostéomyélite des adolescents à terminaison foudroyante par le mélæna, et aperçus sur l'infection staphylococcyenne et ses manifestations hémorrhagiques. — Miramond (Francis). Contribution à l'étude des exostoses sous-unguéales; structure et pathogénie. — Boucarut (Charles). Contribution à l'étude de l'étiologie de la cataracte; caractères par auto-intoxication.

980. — Coullaud (Henry). De la cystostomie idéale (opération de Poncet, modifiée par Wassilief). — Gault (Fernand). De la neuromyélite optique aiguë. — Richon (Louis). Traitement du tétanos d'après les plus récents travaux sur la pathogénie. — Buisson (François-Henri). De la ténorrhaphie dans les synovites tendineuses.

984. — Charnois (Joseph). Des hernies du cæcum compliquées d'appendicite. — Douzans (Hippolyte). Des inflammations de la bourse séreuse subiliaque (bourse séreuse du muscle psoas). — Ligouzat (Louis). Les cellules éosinophiles, leur signification, leur valeur diagnostique. — Oui (Jules). Du traitement des hématocèles rétro-utérines par la voie vaginale.

988. — Bricage (Louis). Du pneumothorax prolongé chez les tuberculeux. — Denis (Charles). Tuberculose pulmonaire à bacilles atténués (méthode de pronostic expérimental). — Saint-Martin (Henri). De la voie préauriculaire dans les interventions sur le conduit auditif et le rocher. — Gallot (Alphonse). Contribution à l'étude de la syphilis hépatique (de l'ictère grave à la période secondaire). — Viallet (Justin). De l'hydarthrose du genou dans les fractures du col du fémur.

VARIÉTÉS

Stage hospitalier. — Le classement des stagiaires pour le mois de mars, avril, mai et mi-juin, aura lieu les 4, 5 et 7 février 1895, de 9 à 11 heures du matin, dans le petit amphithéâtre de la Faculté.

MM. les étudiant recevront une lettre de convocation individuelle.

Concours d'agrégation. — 2e épreuve. Exposé des titres. Ordre de passage.

1re séance : MM. Etienne, Frenkel, Collet, Barbier.

2e séance : MM. Vaquez, Widal, Renou, Arnould.

3e séance : MM. Thoinot, Besançon, Chatin, Sacaze.

4e séance : MM. Gastou, Mosny, Rispal, Lesage.

5e séance : MM. Achard, Dupré, Ferrier, Bret.

6e séance : MM. Claisse, Sabrazès, Specker, Morel.

7e séance : MM. Hobbs, Boyer, Charmeil, Le Dantec.

8e séance : MM. Lion, Ausset, Daunic, Girode.

9e séance : MM. Legay, Wurtz, Pic, Duflocq.

10e séance : MM. Foveau, Thiroloix, Brunelle, Zilgien.

11e séance : MM. Blocq, Bosc, Gilles de la Tourette.

Suite des questions : Des oreillons. Du cancer du poumon. De l'insuffisance aortique. De l'anémie dite pernicieuse progressive. Pathogénie de l'albuminurie. De la tuberculose bucco-pharyngée. Symptôme et diagnostic de l'hémorrhagie cérébrale.

L'examen d'aptitude pour les médecins et pharmaciens-majors de 2e classe de la première partie du cadre aura lieu le 4 février 1895.

Des concours pour des emplois de chef des travaux anatomiques s'ouvriront :

A Angers, le 25 juillet (chef des travaux anatomiques) et le 26 juillet (chefs des travaux d'histoire naturelle et de physiologie).

A Tours le 25 juillet (travaux physiques et chimiques).

Concours de l'externat. — *Questions de pathologie* : Entorse, Hydarthrose, Signes de la pneumonie franche aiguë, Signes et diagnostic des fractures du col du fémur, Chloroformisation, Ascite, Fracture de l'extrémité inférieure du radius. Anthrax. Signes de la fièvre typhoïde.

Sont désignés pour passer leur épreuve de pathologie les candidats de la série (dont les noms commencent par D, E, F, G, H, depuis M. Duvernoy jusques et y compris M. Hyenne.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Trousseau. — *M. Broca.*

De la fièvre dans les fractures fermées chez l'enfant. Conférence rédigée par M. Lacour, interne des hôpitaux.

Si l'on recherche systématiquement l'état de la température chez les enfants amenés à l'hôpital pour des fractures simples, fermées, on s'aperçoit qu'un certain nombre de ces fractures s'accompagnent d'hyperthermie. C'est à dessein que nous disons qu'il faut rechercher systématiquement la température, car, d'ordinaire, rien dans l'état général du sujet ne fait penser à un état fébrile : le thermomètre seul peut révéler la fièvre.

Sur les nombreuses observations que je possède de fractures simples avec courbes thermiques, il est difficile de dire exactement, à une près, combien il y en a de fébriles et combien d'apyrétiques, car il existe des cas qui se trouvent, si l'on peut s'exprimer ainsi, sur la limite. Il est donc nécessaire, pour faire le partage des cas avec fièvre et des cas sans fièvre, de partir d'une définition un peu conventionnelle, et nous regarderons comme apyrétiques les fractures où le thermomètre n'a pas dépassé 37°5. Il est en effet admis que la température d'un individu sain oscille entre 36°5 et 37°5.

Nous ne rangerons pas davantage dans les cas fébriles ceux où le thermomètre ne s'élève au-dessus de la normale que plusieurs jours après la production de la fracture. Dans ces conditions, l'élévation thermique est manifestement sans relations avec la fracture, ou, du moins, on n'est pas autorisé à l'attribuer à la fracture. Nous avons sous les yeux une courbe (fracture fermée de la cuisse chez un enfant de 2 ans 1/2) où la température reste normale jusqu'au dix-septième jour après le traumatisme; puis, durant trois jours, s'élève à 38° et 39° pour redescendre ensuite à 37°. La fièvre n'a évidemment ici qu'une relation chronologique avec la fracture, et trouve son explication dans une de ces infections, gutturales ou autres, si fréquentes chez l'enfant.

Il est également impossible de regarder comme fébriles les cas où la température dépasse de quelques dixièmes 37°5 uniquement le soir de l'accident, puis tombe au-dessous de 37°5.

Il est à remarquer toutefois que c'est là le degré le plus léger de l'hyperthermie dont je vais vous parler, et que l'on peut considérer comme fébrile la température qui dépasse 37°5 pendant plusieurs jours de suite après l'accident.

En partant de cette définition, je trouve parmi mes observations 32 cas de fractures simples accompagnées de fièvre. Si vous examinez ces courbes, vous verrez qu'on peut, au point de vue du degré de la fièvre, distinguer deux catégories de courbes : celles où la fièvre ne dépasse pas 38°, ce sont de beaucoup les plus nombreuses; celles où la fièvre oscille entre 38° et 39°. Des températures plus élevées sont très rares, car deux fois seulement nous avons vu le thermomètre dépasser 39° de quelques dixièmes, et cela d'une façon tout à fait passagère. Dans l'un des cas (fracture du fémur gauche chez une fillette de 19 mois), la température était de 39°5 le jour de l'entrée; puis descendit au-dessous de 39°. Dans l'autre cas (fracture du fémur gauche au tiers moyen chez une fillette de 28 mois), la température, après être restée à 38° pendant quatre jours, s'élève une seule fois à 39°5 pour redescendre aussitôt.

Sur les 32 cas de fractures fébriles, il en est 22 où la température ne dépasse pas 38°; et 10 où le thermomètre oscille entre 38° et 39°, y compris les deux cas où, passagèrement, nous avons constaté 39°5. Ces chiffres montrent que, dans les deux tiers des cas fébriles, la fièvre est très modérée.

Examinons les conditions étiologiques et les caractères cliniques de la fièvre des fractures fermées che l'enfant; nous verrons ensuite les difficultés qui en résultent parfois pour le diagnostic.

L'*âge* du petit blessé ne semble jouer aucun rôle. Nous avons vu des fractures fébriles chez des enfants de un an, comme chez des enfants de 12 ans.

Le *siège* de la fracture a une influence bien plus considérable. Ainsi, pour les fractures de cuisse, les fébriles sont plus nombreuses que les apyrétiques. Pour les fractures de jambe et les fractures du membre supérieur, la proportion est inverse.

Mais il importe de noter que les fractures de cuisse sont *toutes* hospitalisées, tandis que les fractures de jambe ne le sont *que presque toutes* et que celles du membre supérieur ne le sont *presque jamais*. Je n'ai donc pas, pour ces dernières, des documents assez nombreux pour me permettre d'établir une proportion.

Une cause prédisposante est l'existence d'un *gonflement* considérable, d'une *ecchymose*. Du dépouillement de mes observations, il résulte que si pour une fracture du membre supérieur il y a de la fièvre, cette fracture s'accompagne de gonflement avec épanchement de sang ou de sérosité dans les tissus, et c'est un argument pour soutenir, comme nous chercherons à le faire voir dans un autre article, qu'il s'agit d'une fièvre aseptique par résorption de l'épanchement sanguin.

Telles sont les conditions qui jouent un rôle dans la production de la fièvre; cette fièvre a-t-elle à son tour une influence sur la marche de la fracture, la consolidation plus ou moins rapide, le volume du cal? Sans pouvoir l'affirmer d'une façon absolue, nous ne croyons pas que les fractures fébriles présentent quelque chose de spécial, au point de vue de la rapidité de la guérison ou du volume du cal.

Les *caractères cliniques de la fièvre* des fractures simples méritent d'être étudiés avec soin. Le *degré* de la fièvre nous est déjà connu : presque toujours elle est modérée. Comme *type*, c'est une fièvre continue avec rémission matinale. Dans quelques cas, d'ailleurs fort rares, on observe de grandes oscillations.

L'élévation thermique *débute* le plus souvent immédiatement ou au moins dans les premiers jours après l'accident. La température peut rester normale le soir, même le lendemain du traumatisme, puis le thermomètre commence à monter. Dans tous les cas observés par nous, dès le troisième jour la fièvre existait.

Une particularité symptomatique qu'il importe de mettre en évidence, c'est que l'état général du blessé fébricitant est excellent. On n'observe pas, dans l'espèce, ce qu'on est convenu d'appeler le « cortège habituel » de la fièvre. La peau et la langue restent humides; l'appétit est conservé; pas de malaise général, pas de frissons. Même dans les cas où la fièvre est élevée, où elle se maintient pendant plusieurs jours au voisinage de 39°, le malade n'a pas du tout la mine d'un individu infecté. C'est là un fait qui a une grande importance diagnostique et pronostique, et sur lequel j'aurai l'occasion de revenir tout à l'heure.

Tous ces caractères sont bien résumés dans les lignes suivantes, empruntées à Gangolphe : « absence de porte d'entrée, apparition le plus souvent de suite après l'accident; absence de frisson, faible élévation habituelle et souvent courte durée de la fièvre, enfin défaut de retentissement sur l'état général ».

L'existence de la fièvre dans les fractures fermées

peut entraîner certaines difficultés pour le diagnostic. Supposons le cas d'un enfant qui se plaint d'une douleur vive en un point quelconque du squelette. Sa température est de 38°5. On ne constate pas de signes nets de fracture, mais un peu de gonflement ou d'empâtement au niveau du point douloureux. La peau est intacte. On peut hésiter entre deux diagnostics : fracture fermée fébrile, ou ostéomyélite. Comment trancher la question? Par les commémoratifs, c'est souvent impossible. On sait en effet que les malades (les parents du petit malade, car nous parlons en ce moment des enfants) ont tendance à rapporter à un traumatisme antérieur toutes les maladies qui leur arrivent. D'autre part, le traumatisme peut être une cause d'appel d'ostéomyélite au point lésé. Par contre, il peut arriver, pour une fracture, que le commémoratif du trauma fasse défaut, et chez deux malades dont je vais vous résumer l'histoire, cela rendit le diagnostic délicat.

Dans des cas de ce genre, l'état général du malade a une importance considérable pour le diagnostic. Si l'on constate les symptômes accompagnant l'hyperthermie des maladies infectieuses : frissons, pâleur de la face, langue sèche ou saburrale, etc., on penchera pour l'ostéomyélite. Si au contraire le petit malade, bien qu'ayant de la fièvre, conserve un état général bon, si sa fièvre revêt les caractères sur lesquels nous avons insisté plus haut, on pensera à une fracture fermée fébrile. Plusieurs fois, en l'absence de signes locaux nets, l'état général du sujet nous a permis de nous prononcer pour ou contre l'ostéomyélite, et d'instituer un traitement en conséquence.

Une première erreur peut être commise, viens-je de vous dire : prendre une ostéomyélite pour une fracture. En fait, l'erreur sera bien rarement excusable, et parmi les très nombreuses ostéomyélites que j'ai observées à la période aiguë, une seule fois le doute était permis, chez un enfant atteint d'une ostéomyélite subaiguë de l'extrémité inférieure du tibia. Vous savez, en effet, que pour ces fractures, il est assez fréquent, chez l'enfant, que vous ne trouviez ni mobilité anormale, ni crépitation, et que la douleur à la pression sur une étroite ligne transversale soit le seul signe net, avec l'impotence du membre. Mais vous ne vous tromperez pas si vous précisez avec soin l'intensité de la violence, les symptômes qui décèlent une infection générale, la vivacité des souffrances spontanées et provoquées, le siège exactement juxta-épiphysaire du maximum de la douleur à la pression, les allures inflammatoires du gonflement. C'est ainsi que chez l'enfant dont je viens de vous parler, je suis arrivé au diagnostic exact, alors que certains élèves fort instruits du service tenaient plutôt pour la fracture.

Je n'insisterai pas davantage, car un clinicien quelque peu attentif se trompera rarement dans ce sens. C'est la faute inverse contre laquelle je désire surtout vous mettre en garde, non pas que vous soyez destinés à la commettre souvent, car les conditions où elle est possible sont rares ; mais lorsque ces conditions existent, elles peuvent devenir fort embarrassantes, et vous ne tirerez l'affaire au clair qu'à l'aide d'une analyse minutieuse.

Ainsi, le 22 juillet 1893, on me présenta à la consultation de l'hôpital Trousseau une fillette de 2 ans. Elle était apportée par sa sœur, âgée d'une dizaine d'années, aux soins de laquelle elle était confiée, mais qui ne pouvait ou ne voulait donner aucun renseignement exact sur le mode de début de l'accident. « On m'accuse, disait-elle, d'avoir laissé tomber ma petite sœur hier en la promenant, ce qui est faux ; elle se plaignait depuis le matin lorsqu'on la bougeait ; de toute la journée, elle n'a pris aucune nourriture, et pendant la nuit la fièvre l'a empêchée de dormir. »

A l'examen local, je constatai un gonflement considérable occupant toute la circonférence du membre inférieur gauche sur les deux tiers supérieurs de la hauteur de ce membre. Ce gonflement était dur, sans œdème où l'on pût imprimer un godet, sans fluctuation, sans rougeur à la peau. L'enfant poussait des cris dès qu'on palpait la racine de la cuisse.

Mon premier mouvement fut de penser à une fracture de l'extrémité supérieure du fémur, et cela en grande partie à cause de l'insistance même que mettait la petite gardienne à se disculper par avance de toute chute dont elle pût être responsable. Mais en examinant le membre je fus frappé de la chaleur de la peau : et le thermomètre immédiatement placé dans le rectum marqua 39°5.

Ce symptôme me fit modifier mon diagnostic, d'autant mieux que par aucun mouvement je n'avais pu provoquer de crépitation, et je conclus à la grande probabilité d'une ostéomyélite aiguë. Je restai cependant jusqu'à un certain point dans le doute, en raison des caractères du gonflement et aussi parce que l'enfant, malgré la fièvre, avait conservé la mine fraîche, n'avait pas la langue saburrale. C'est pour cela que, contrairement à mes habitudes, je n'ai pas opéré cette enfant séance tenante — comme cela *doit* être fait pour une ostéomyélite aiguë — et que je me suis borné à la recevoir à l'hôpital. Bien m'en a pris, comme vous allez voir.

Le soir, la température avait un peu baissé, n'était plus qu'à 38°8, l'enfant avait pris quelques aliments et n'avait pas crié. Le lendemain matin, l'ostéomyélite devenait de moins en moins probable, car la température était à 37°2. Le gonflement avait diminué, en dedans surtout : et cette fois, pendant un moment de rotation, je perçus une crépitation, dans le tiers supérieur du fémur. La question était donc jugée : l'enfant fut soumise à l'extension continue, et guérit vite et bien.

Dans ce cas, j'ai été mis en méfiance par certains caractères locaux, par le gonflement dur, non œdémateux, que recouvrait une peau normale, ni rouge, ni pâle, sans veines dilatées ; et le symptôme qui m'avait trompé, l'hyperthermie considérable, fut assez passager pour ne pas rester réellement embarrassant. Ce fut l'inverse dans une fracture du coude dont j'ai à vous entretenir maintenant.

Cette fois encore l'enfant, une fille de 3 ans et demi, fut amenée l'après-midi à l'hôpital par une personne qui donna des renseignements insuffisants : elle aurait été prise il y a 5 jours de fièvre et de douleurs dans le bras gauche ; deux jours plus tard, le coude avait gonflé. A l'examen local, l'interne de la salle constata qu'il existait en effet un gonflement notable, que la pression était très douloureuse au niveau de l'interligne et que les mouvements du coude éveillaient des souffrances. Comme avec cela la température était à 39°, il soupçonna une ostéomyélite, mais dans l'ensemble du tableau clinique il trouvait quelques discordances, il remit, contre l'usage, l'intervention au lendemain.

C'est alors que je vis l'enfant, dont la température était encore à 38°4, mais l'examen local leva mes doutes. La peau n'était pas rouge et sous le gonflement, non phlegmoneux, des parties molles, je trouvai un gonflement osseux limité à la région interne de la palette humérale. En cette région, la pression localisée était assez douloureuse. Je conclus donc à une fracture de l'épitrochlée, et l'événement me donna raison : nous apprîmes deux jours plus tard que les accidents avaient eu manifestement pour origine une chute sur le coude.

Ainsi, même au cinquième jour d'une fracture sous-cutanée, la température peut encore être à 39°, et il est à remarquer que, chez la dernière malade dont je viens de vous entretenir, la fièvre dura six jours de plus,

oscillant de 38 à 38°6. Au total, donc, cette enfant, pour une fracture du coude, eut onze jours d'une fièvre notable, que rien autre ne peut expliquer. En attribuant, au contraire, l'hyperthermie à la fracture, nous sommes en présence d'un fait qui entre en série avec les précédents et n'en diffère que par le degré.

NOUVELLES

Hôpital de la Pitié. — M. le Dr Albert Robin a récemment organisé dans son service à la Pitié un enseignement clinique, dont les élèves tireront le plus grand profit.

Lundi : Leçon de M. Albert Robin : urologie clinique.

Mardi : Consultation par M. Capitan.

Mercredi : Leçon de clinique thérapeutique par M. Albert Robin

Jeudi : Clinique thérapeutique par M. Albert Robin ; puis, leçon de pathologie interne.

Vendredi : Leçon de clinique médicale sur un malade.

Samedi : Leçon de pathologie interne.

Les leçons de clinique médicale sont faites par MM. Dalché, Capitan, Leredde, et les leçons de pathologie interne par MM. Capitan, Georges Baudouin, Leredde, Michel, Mendel, Londe.

Exercices pratiques de chimie médicale au laboratoire par M. Bournigault.

Prix décernés en 1894 par la Société de chirurgie. — Prix Duval (à la meilleure thèse de chirurgie publiée en France dans le courant de l'année). — M. le Dr Morestin, prosecteur à la Faculté, pour sa thèse sur les *opérations qui se pratiquent par la voie sacrée.*

Prix Laborie (à l'auteur du meilleur travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie). — M. F. Jayle, interne des hôpitaux, pour son mémoire sur la *Septicémie péritonéale suraiguë post-opératoire.*

Société de chirurgie de Paris. — *Prix à décerner en* 1895 :

Prix Duval (300 fr.) — A l'auteur (ancien interne titulaire des hôpitaux ou ayant un grade analogue dans l'armée ou la marine) de la meilleure thèse de chirurgie, publiée dans le courant de l'année 1895. Le prix ne peut être partagé.

Prix Laborie (1,200 fr.) — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie. Par suite d'un reliquat de 1894, la somme qui pourra être distribuée en 1895 est de 1,600 fr.

Prix Gerdy (2,000 fr.) — Question : De l'intervention chirurgicale dans les sténoses du pylore. Par suite d'un reliquat de 1893, la somme qui pourra être distribuée en 1895 est de 3,000 fr.

Prix Demarquay (700 fr.) — Question : Des opérations pratiquées par la voie sacrée. Indications, résultats, manuel opératoire. Le prix n'ayant pas été décerné en 1893, la somme qui pourra être distribuée en 1895 est de 1,400 fr.

Prix Ricord (300 fr.) — A l'auteur d'un mémoire de chirurgie publié dans le courant des années 1894-1895, ou d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie, n'ayant pas encore été l'objet d'une récompense dans une autre société. Le prix n'ayant pas été décerné en 1893, la somme qui pourra être distribuée en 1895 est de 600 fr.

Les travaux des concurrents doivent être adressés au secrétaire général de la Société de chirurgie, 3, rue de l'Abbaye, avant le 1er novembre 1895.

Les manuscrits destinés au prix Ricord peuvent être signés. Pour les prix Laborie, Gerdy et Demarquay, ils seront anonymes et accompagnés d'une épigraphe reproduite sur la suscription d'une lettre renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat.

Pour les autres conditions de ces concours, voir le premier fascicule des *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie* de l'année courante.

Prix de la Faculté. — Le prix biennal de 1.800 francs fondé par Mme veuve Béhier, en faveur du meilleur travail de pathologie médicale, vient d'être décerné à M. le docteur Plicque pour son mémoire sur les *Formes de la phthisie pulmonaire.*

La santé de Paris en 1894. — L'état sanitaire de Paris en 1894 a été remarquablement satisfaisant. On a enregistré seulement, l'an dernier, 48,992 décès au lieu de 52,955 en 1893, de 54,536 en 1892, de 52,262 en 1891, de 54,566 en 1890 et 54,083 en 1889.

Le chiffre des décès en 1894 a donc été inférieur de 4,725 à la moyenne des dix dernières années.

Les maladies épidémiques ont été rares pendant le cours de l'année (sauf une épidémie de variole et une épidémie de fièvre typhoïde qui ne se sont pas prolongées longtemps). Depuis six mois, elles sont exceptionnellement rares, notamment la diphthérie, qui, ordinairement, ne varie guère de fréquence.

Voici, au reste, les chiffres relatifs aux principales maladies épidémiques :

Fièvre typhoïde, 695 décès au lieu de 570 en 1893 et 692 en 1892; variole, 173 au lieu de 260 et de 42; rougeole, 988 au lieu de 677 et 909; scarlatine, 149 au lieu de 177 et 158; coqueluche, 248 au lieu de 508 et 334; diphthérie, 1,009 au lieu de 1,266 et 1,403.

La fièvre typhoïde présenterait un chiffre plus favorable si, depuis le milieu de février jusqu'au milieu d'avril, n'avait eu lieu une épidémie soudaine qui s'annonçait comme grave et a incomparablement moins duré que les épidémies antérieures de la même maladie.

De même pour la variole, qui n'a été fréquente que pendant les quatre premiers mois de l'année pendant lesquels se terminait, plus promptement qu'on n'aurait pu l'espérer, l'épidémie commencée en 1893.

La rougeole n'a été fréquente que pendant le mois de mai; depuis le mois d'août, elle est exceptionnellement rare.

La coqueluche s'est maintenue assez rare pendant toute l'année et surtout pendant les six derniers mois.

Quant à la diphthérie, depuis le mois de septembre surtout, elle est fort au-dessous de la moyenne, bien que les chiffres relatifs à la diphthérie s'éloignent ordinairement peu des résultats moyens.

Les maladies des organes de la respiration ont contribué, dans une proportion plus forte que les précédentes, à l'abaissement de la mortalité. La bronchite aiguë a causé 908 décès au lieu de 1,191 en 1893 et 1,357 en 1892; la bronchite chronique 1,483 décès au lieu de 1,666 et 1,909; la pneumonie 3,903 au lieu de 5,167 et de 4,871; la phthisie pulmonaire, 9,568 au lieu de 10,190 et 9,175.

Le nombre des naissances a été légèrement supérieur l'an dernier au chiffre des années précédentes. On en a enregistré 60,162 au lieu de 58,932 en 1893, 58,573 en 1892, 59,077 en 1891, 55,927 en 1890, 59,852 en 1889.

Ce dernier chiffre montre bien que la diminution de la mortalité n'a pas été due à une diminution de la natalité, mais qu'elle est réellement le signe d'un état sanitaire meilleur pendant l'année 1894.

Jury du concours de chirurgien adjoint à la Maternité de Pellegrin (Bordeaux). — Ce concours s'ouvrira mardi 29 janvier à l'hôpital Saint-André. Voici la constitution du jury :

Président. — M. le docteur Arnozan.

Juges titulaires. — *Chirurgiens* : MM. Lanelongue, Demons ; *Médecins* : MM. Verdalle, Davezac.

Juges honoraires. — MM. Lugeol, Hirigoyen.

Juges suppléants. — *Chirurgiens* : MM. Dubourg, Gervais ; *Médecins* : MM. Rousseau Saint-Philippe, Pitres.

Le service médical de l'Exposition de Bordeaux (mai-novembre 1895) a été confié à la Société des Ambulances urbaines, qui établira à l'intérieur de l'Exposition un poste de secours complet muni de tous les médicaments, appareils et objets de pansement nécessaires en cas d'accidents ou d'indispositions subites.

Un médecin, un élève-médecin de quatrième ou de cinquième année et un infirmier se tiendront en permanence dans ce poste. Des voitures-brancards seront mises à la disposition des médecins pour le transport à l'hôpital ou à domicile des malades qui ne seront pas en état de marcher.

Les médecins appelés à concourir, à tour de rôle, à ce service, à raison de trois ou quatre heures de garde par

semaine, seront choisis de préférence parmi les docteurs en médecine, membres actifs de la Société des Ambulances urbaines, et parmi les médecins du Bureau de Bienfaisance; mais il pourra en outre être fait appel, en cas de besoin, à tous autres médecins de la ville.

Vente des objets de literie. — La préfecture de police s'occupe en ce moment de réglementer la vente des objets de literie à l'hôtel Drouot au point de vue de la santé publique.

Le conseil d'hygiène, dans un rapport de M. le docteur Dujardin-Beaumetz, a émis le vœu que, pour les ventes volontaires, les linges, hardes et objets de literie vendus à l'hôtel des Ventes ou en dehors de cet hôtel par les soins des commissaires-priseurs devront être désinfectés par les étuves municipales. Un certificat délivré par la direction de l'assainissement de la ville de Paris assurera que les désinfections auront été régulièrement faites.

En ce qui concerne les ventes après saisie, le conseil a de plus émis le vœu que les pouvoirs publics adoptent, le plus promptement possible, la loi sur la protection de la santé publique qui rend la désinfection obligatoire dans le cas de maladie contagieuse.

Huîtres et fièvre typhoïde. — La fièvre typhoïde sévit à Londres, actuellement, dans la classe riche principalement, et depuis quelques jours il a paru dans la presse médicale anglaise plusieurs articles pour démontrer que c'est la faute aux huîtres. Ainsi, la maladie a frappé avec prédilection MM. les négociants de la Cité, qui ont l'habitude de déjeuner aux huîtres. Il paraît qu'en Amérique, après un banquet où on avait servi des huîtres, 20 étudiants sur 70 eurent la fièvre typhoïde: et dans les mollusques survivants on trouva le bacille d'Eberth. Les huîtres avaient été parquées à l'embouchure d'une rivière où aboutissait un égout souillé par deux typhiques.

Examens des médecins et pharmaciens-majors de 2e classe en 1895. — Depuis 1883, les médecins-majors de 2e classe appartenant à la moitié la plus ancienne du cadre de ce grade sont astreints à subir un examen spécial, destiné à apprécier leur valeur scientifique et professionnelle et à faciliter leur roulement entre le service des corps de troupe et celui des hôpitaux militaires.

Cet examen comporte quatre épreuves : composition écrite, examen clinique de quatre malades, pratique de deux grandes opérations chirurgicales et interrogations sur la législation et l'administration militaires.

Le ministre de la guerre vient de décider que la composition écrite aura lieu le lundi 4 février, à huit heures du matin, dans les centres précédemment indiqués. Il sera accordé cinq heures pour la rédaction, qui sera faite, sans l'aide de livres ni de notes, sous la surveillance d'un membre du jury.

Cette décision est également applicable aux pharmaciens-majors de 2e classe appartenant à la moitié la plus ancienne du cadre de ce grade.

En cas d'admissibilité, les intéressés seront avisés en temps utile de la date des épreuves pratiques et orales.

Le ministre rappelle, dans sa circulaire, que cet examen est obligatoire.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 *janvier* 1895.

PRÉSIDENCE DE M. EMPIS.

Anévrysme et ligature de la sous-clavière.

M. P. Berger lit un rapport sur une observation communiquée par M. le Dr **Ch. Monod** (*Mercredi*, 1894, p. 363) et relative à un cas d'anévrysme de la sous-clavière (3e portion), traitée par la ligature simultanée de la sous-clavière, immédiatement au-dessus de la clavicule et de la carotide primitive.

D'après M. P. Berger, ce malade n'était pas atteint d'un anévrysme de la 3e portion de la sous-clavière seulement mais d'un anévrysme occupant toute l'étendue de la sous clavière et s'étendant même probablement au tronc innominé ou tout au moins d'une dilatation notable de ce tronc artériel. Ce fait n'en constitue pas moins un exemple unique de guérison d'un anévrysme de la sous-clavière par la ligature simultanée de ce vaisseau entre la clavicule et la tumeur et de la carotide primitive. Il vient ajouter l'appoint d'un succès au revirement d'opinion qui s'est opéré dans ces derniers temps en faveur de la méthode de Brasdor dans le traitement des anévrysmes des gros troncs artériels siégeant à la base du cou.

M. Le Dentu. — J'ai déjà eu l'occasion de pratiquer de semblables opérations (*Mercredi*, 1891, p. 519), notamment dans un cas semblable à celui de M. Monod. Ce qu'il en faut retenir, c'est la difficulté du diagnostic, alors que l'anévrysme s'étend souvent jusqu'à l'aorte, et ensuite que les ligatures périphériques des gros vaisseaux du cou peuvent quelquefois donner des résultats appréciables.

Pneumo-paludisme du sommet.

M. H. de Brun (Beyrouth). — Conjonctive dans ses forme légères, scléreuse dans ses formes intenses et prolongées, l'induration pulmonaire du sommet, est, dans le paludisme, l'expression d'un processus analogue à celui qui produit la splénomégalie palustre. Elle est justiciable, avec le plus grand succès, de l'emploi de la quinine ou de la cinchonidine, du vin et de l'extrait de quinquina. Toutefois, dans les formes chroniques, aucun procédé thérapeutique ne saurait rendre au poumon sa perméabilité et, malgré l'origine première de l'affection, la quinine n'a pas plus d'efficacité que n'en ont l'iode et le mercure dans les cas de sclérose syphilitique définitivement constituée.

Immunisation.

M. Landouzy lit, au nom de **MM. J. Héricourt** et **Ch. Richet**, une note par laquelle ceux-ci motivent leur droit de priorité, contesté récemment par M. V. Babès, en faveur de la première constatation de la transmission des propriétés immunisantes par le sang des animaux immunisés.

Epispadias.

M. Pozzi présente un petit garçon de cinq ans qui était atteint d'une malformation congénitale de la verge (épispadias), qu'il a guérie par la méthode de Thiersch. M. Pozzi insiste sur les avantages de cette méthode qui compensent sa complication apparente. Elle nécessite, il est vrai, plusieurs séances anesthésiques (trois dans l'observation présente) et plusieurs opérations. Mais chacune de ces étapes est calculée pour éviter une cause d'échec.

L'établissement d'une fistule périnéale temporaire est capitale pour dériver l'urine qui sans cela peut irriter les sutures. Le temps principal consiste dans la reconstitution du fourreau de la verge à l'aide de deux lambeaux péniens superposés. Plusieurs temps complémentaires perfectionnent le résultat final; réfection d'un méat urinaire, oblitération de l'orifice sous-pubien, reconstitution d'un prépuce complet. Dans le cas de M. Pozzi le résultat est parfait et l'incontinence d'urine tend à disparaître.

Comité secret.

Sur le rapport de M. Cadet de Gassicourt, l'Académie fixe comme suit la liste de présentation à deux places de correspondant dans la division de médecine : 1° M. Liégeois (Banville-aux-Saules); 2° M. Tessier (Lyon); 3° *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Bertrand (Cherbourg) et Testut (Lyon); 4° *ex æquo* et par ordre alphabétique MM. Fiessinger (Oyonnax) et Glénard (Lyon).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 janvier 1895.

Présidence de M. d'Heilly.

Hyperglobulie et cyanose.

M. Vaquez. — Les notes publiées par M. Marie et par M. Hayem ont rappelé l'attention sur la communication que j'ai faite en 1892 à la Société de biologie et relative à l'hyperglobulie.

Le malade qui faisait le sujet de cette observation est mort au mois de janvier 1893. L'autopsie pratiquée par M. Suchard, chef du laboratoire d'anatomie pathologique à la Charité, n'a révélé l'existence d'aucune lésion cardiaque. Comme lésions prédominantes, on notait une hypertrophie du foie moderée, et une hypertrophie plus considérable de la rate (1800 grammes).

Le malade avait succombé à une tuberculose aiguë granuleuse contractée selon toute vraisemblance à l'hôpital.

Pour expliquer la cyanose et l'hyperglobulie, j'avais émis l'hypothèse d'une lésion congénitale du cœur, mais j'avais ajouté que cette hypothèse ne reposait sur aucun signe certain d'auscultation. Les lésions trouvées à l'autopsie rendraient ce fait encore plus singulier et, en l'absence de toute explication plausible pour rendre compte des phénomènes observés, j'attendais que de nouveaux cas fussent signalés pour en publier la relation. Quant au chiffre de l'hyperglobulie, vérifié par plus de 25 examens faits avec le plus grand soin, je puis affirmer qu'il se tenait en moyenne au voisinage de 8,000,000; une fois même il atteignit et dépassa 9,000,000. Je dois ajouter que je possède d'autre part de nouveaux faits d'hyperglobulie liés à la cyanose par lésion congénitale du cœur. Je les rapporterai ultérieurement en publiant mes recherches sur ce sujet. Mais je suis heureux de voir que des auteurs de la compétence de M. Hayem et de M. Marie aient confirmé le fait que j'ai signalé après Krehl, à savoir la fréquence de l'hypoglobulie dans la cyanose.

M. Variot. — Des numérations globulaires répétées quotidiennement chez un malade âgé de 20 ans atteint de rétrécissement de l'artère pulmonaire avec cyanose congénitale, pied bot, et malformation du pavillon de l'oreille, ont révélé une augmentation notable des globules du sang. Ce chiffre a atteint jusqu'à 9,386,000.

Des examens du sang pratiqués chez deux autres malades, ont donné des résultats analogues. Le premier de ces malades était un jeune garçon âgé de dix ans atteint de cyanose congénitale, typique (6,820,000 gl. r.); le second était un enfant de dix mois présentant dès sa naissance une cyanose très accentuée; le premier examen donna 4,340,000 gl. r., le second 5,580,000 hématies.

En somme, dans trois cas de cyanose congénitale avec malformation présumée du cœur, j'ai pu vérifier l'hyperglobulie signalée déjà par différents auteurs, surtout par M. Vaquez. D'autres auteurs ont également noté l'hyperglobulie dans les cyanoses dans les lésions congénitales; aussi je me range à l'opinion de M. Vaquez qui admet un rapport de cause à effet entre l'hyperglobulie et la cyanose. Le sang étant plus chargé en globules est plus coloré, et c'est lui qui donne aux téguments leur couleur particulière; plus le sang est riche en hémoglobine, plus les téguments sont colorés.

S'il est vrai, comme le veut M. Hayem, que le sang des cyaniques contienne moins d'oxygène, il contient néanmoins plus d'hémoglobine à l'état d'hémoglobine réduite.

Il serait à souhaiter qu'il fût fait des numérations globulaires dans les cyanoses locales afin de voir si l'hyperglobulie est constante dans ces cas.

Valeur diagnostique et pronostique des adénopathies sus-claviculaires.

M. Girode. — Lorsqu'en présence d'une tumeur abdominale amenant un état cachectique, on constate l'apparition d'une adénopathie sus-claviculaire, on est involontairement conduit à songer à une tumeur cancéreuse; cependant M. Fernet avait fait remarquer que, suivant ses observations, la tuberculose pouvait entraîner des adénopathies cervicales très analogues à celles que produit le cancer; c'est un fait de ce genre que je voudrais mentionner brièvement.

Il s'agit d'une femme âgée de 46 ans, entrée le 15 février 1894 à Beaujon. Il y a deux mois, elle sent son appétit et ses forces décliner; le ventre se développe et il apparaît un peu de subictère.

A son entrée à l'hôpital, on constate une augmentation de volume du foie. Son lobe droit paraît voussuré, son bord libre irrégulier, mais on ne constate ni nodosités, ni voussures nettes; un peu d'ascite.

En palpant la région sus-claviculaire, on constate des ganglions patient correspondant à la partie moyenne; ces ganglions sont durs, un peu mobiles, non adhérents à la peau. La malade ayant consenti à l'ablation d'un de ces ganglions malades, ce dernier fut énucléé et examiné.

Ce ganglion était uniformément dur; et son examen histologique montre qu'il s'agit d'une infiltration tuberculeuse massive. A l'autopsie de la malade, morte en avril, on constate une cirrhose bi-veineuse sans tuberculose; il est probable que cette dernière s'était développée indépendamment et dans le cours d'une cirrhose hépatique.

J'attirerai encore l'attention sur la valeur pronostique que peuvent avoir les adénopathies cervicales à distance en rapportant le fait suivant : un malade entre à l'hôpital le 18 juillet, présentant une adénopathie sus-claviculaire gauche; le 26 juillet il présente un gonflement suraigu de tout le membre; les doigts sont violacés, la sensibilité obtuse; à l'épaule, au cou et à la poitrine, on voit se dessiner des cordons veineux sous-cutanés. L'œdème et l'obstacle à la circulation restent stationnaires jusqu'au 12 août. A partir de cette époque, le membre diminue peu à peu, il devient moins lourd; les veines sous-cutanées sont moins saillantes, il ne reste presque plus trace d'accident. C'est vraisemblablement le ganglion claviculaire qui a localisé cet accident.

M. Catrin. — Je rappellerai que, l'an dernier, j'ai rapporté l'histoire d'un malade tuberculeux présentant dans la région sus-claviculaire gauche quelques ganglions. Je pense que la présence de ganglions, surtout quand ils sont volumineux, doit faire songer à la tuberculose.

De l'irruption spontanée de la bile dans les kystes hydatiques du foie.

M. L. Galliard. — Un malade entre le 3 septembre 1894 dans le service de M. Rigal à Beaujon. Pris au mois d'août de maux de tête et d'un violent point de côté droit, il voit se former une tumeur au niveau du foie. A son entrée à l'hôpital, M. Girode fait le diagnostic de kyste hydatique du foie; une ponction exploratrice ramène un liquide clair comme de l'eau de roche.

Chargé de succéder à M. Girode, je fais le 23 octobre une ponction qui ramène du liquide brun verdâtre, épais, foncé. On injecte immédiatement 25 gr. de solution de van Swieten. Le 25 octobre nouvelle ponction suivie d'injection de liqueur de van Swieten. Le 8 novembre, troisième ponction suivie d'injection de liqueur de van Swieten. Jamais d'ictère, ni de décoloration des matières fécales. M. Rigal, de retour le 10 novembre, confie le malade à un des chirurgiens de l'hôpital, mais le patient demande sa sortie, craignant l'opération. Je pense pour ma part qu'après l'intervention il y aura une fistule biliaire persistante.

Myélites infectieuses.

M. Œttinger. — J'ai trouvé chez un malade atteint de myélite infectieuse des streptocoques dans la moelle. Ce malade atteint de variole fut pris au quatrième jour d'une paralysie ascendante aiguë à marche si rapide qu'il succomba en trois jours. A l'autopsie on nota un ramollissement de la moelle, et au microscope une endo-vascularite avec accumulation de cellules embryonnaires autour des vaisseaux. Des streptocoques se trouvaient en très grand nombre à l'intérieur et au pourtour des vaisseaux, parfois contenus dans des phagocytes. On retrouvait également des microbes dans le canal. Ce fait me paraît d'autant plus intéressant que M. Widal n'avait pu déceler de microbes dans la moelle d'animaux atteints de myélite infectieuse expérimentale. M. Widal attribue la myélite aux produits solubles du streptocoque; je crois que chez mon malade ils étaient eux-mêmes la cause directe des lésions.

M. Widal. — Le fait de M. Œttinger prouve que la myé-

lite de la variole peut être due au streptocoque. Si le microbe agit sur les vaisseaux, il peut aussi agir sur les éléments nobles par ses substances solubles. A l'autopsie d'une vieille femme morte d'érysipèle sans avoir présenté de symptômes médullaires, j'ai trouvé des altérations cellulaires et de la congestion. Il serait intéressant d'étudier la moelle d'individus morts de maladies infectieuses, on pourrait peut-être saisir à leur début certaines altérations qui, avec le temps, peuvent donner lieu à des dégénérescences et à des scléroses.

M. Marie. — J'ai trouvé dans des cas de variole et de diphthérie des lésions médullaires, notamment de la colonne de Clarke, que je compte publier. Le fait de M. Oettinger montre clairement qu'il s'agit d'une myélite dans la paralysie ascendante aiguë, et non d'une polynévrite comme le voulait Leyden.

M. Chantemesse. — J'ai observé chez une femme d'une quarantaine d'années, un an après un érysipèle intense, des symptômes de myélite ascendante qui se compliquait d'accidents cérébraux. J'ai malheureusement perdu la malade de vue.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 26 *janvier* 1895.

Présidence de M. Chauveau.

De l'issue des bactéries intestinales dans le péritoine et dans le sang pendant l'intoxication alcoolique aiguë.

MM. Wurtz et **Hudelo** ont recherché si l'intoxication aiguë par l'alcool pouvait déterminer, chez les animaux, une diffusion microbienne analogue à celle que produisent le froid, l'asphyxie, et certaines intoxications. Ils ont constaté que cet exode des bactéries intestinales peut s'effectuer pendant le coma alcoolique sans qu'on puisse faire intervenir les phénomènes organiques dans la production de cette issue des bactéries hors des cavités naturelles. En effet, en tuant les lapins, pendant la période de coma alcoolique, ils ont constaté que, une fois sur deux, le péritoine et le sang de la veine porte contenaient des micro-organismes. Les lapins témoins intoxiqués avec la même dose d'alcool revenaient à la santé au bout de quelques heures.

Ces recherches montrent donc que, pendant la vie, sous des influences diverses mais déterminant toutes de la congestion intestinale, les microbes de l'intestin pénètrent dans le péritoine et dans le sang de la veine-porte. Il est permis de penser que cette diffusion microbienne joue peut-être un certain rôle dans l'étiologie de certaines péritonites et de certaines infections du foie.

Leucocytose dans la cirrhose hypertrophique du foie.

M. Hanot rappelle tout d'abord que les recherches de ces dernières années ont montré que la cirrhose hypertrophique du foie avec ictère qu'il avait décrite pour la première fois en 1875, était due à une infection du foie.

Récemment il a observé trois cas de cette cirrhose et l'examen du sang fait chez les trois malades a montré l'existence d'une leucocytose considérable, 10 à 20,000 leucocytes par millimètre cube de sang. Cette leucocytose, qui viendrait du reste à l'appui de l'origine infectieuse de la cirrhose, a déjà été constatée par M. Hayem et un médecin russe. Elle ne se rencontre dans aucune autre affection du foie, sauf le cancer. Dans ces conditions, l'existence d'une leucocytose manifeste peut être utilisée au point de vue diagnostique.

Hypoglycémie par section de la moelle.

M. Kaufmann a constaté chez des animaux auxquels il avait coupé la moelle entre la portion dorsale et la portion cervicale, une diminution de la proportion de glycogène dans le foie. Le glycogène n'est pourtant pas transformé en sucre, mais simplement emmagasiné dans les muscles. La section de la moelle provoque donc en outre une diminution de l'histolyse. La piqûre du bulbe provoque par contre une véritable glycémie avec glycosurie et augmentation de l'histolyse.

M. Ausset (Limoges) envoie une note sur l'influence de la température dans l'analyse bactériologique des eaux. Le procédé qu'il préconise consiste à ensemencer l'eau sur la gélose à 40° de façon à éliminer d'emblée les saprophytes pour ne tenir compte que des micro-organismes pathogènes.

M. Lapicque fait une communication sur le dosage du fer dans l'urine normale. Les recherches auxquelles il s'est livré lui ont montré que, contrairement à ce qui est admis, l'urine normale ne renferme pour ainsi dire pas de fer, ou du moins des quantités impossibles à doser.

R. Romme.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 25 *janvier* 1895.

Présidence de M. Pilliet.

Abcès aréolaire du foie.

MM. Widal et **Griffon** rapportent un cas d'abcès aréolaire du foie survenu chez une vieille femme à la suite d'obstruction par un calcul de l'extrémité duodénale du canal cholédoque. Les voies biliaires au-dessus de l'obstacle étaient dilatées, la vésicule biliaire atrophiée renfermait un calcul. Le foie au niveau du lobe droit présentait une série de loges de volume différent et communiquant entre elles. L'examen histologique a montré l'origine biliaire du processus : dans les cultures du pus des abcès, on a trouvé du coli-bacille, mais ce microbe n'a pas été retrouvé sur les coupes de l'organe.

Anévrysme de l'aorte.

M. Sergent montre les pièces d'un volumineux anévrysme de l'aorte, provenant du service de M. Gaucher; la tumeur était formée par trois poches communiquant entre elles; la plus superficielle de ces poches venait faire, sous la clavicule droite, une saillie extrêmement prononcée. La rupture de cette poche, à la suite d'un traumatisme, avait déterminé la mort du malade.

Fracture transversale de la rotule.

M. Vallas rapporte un cas de fracture transversale de la rotule, survenu chez une vieille femme de 65 ans, pour lequel il fit la suture des deux fragments avec un fil métallique, reconstitua les ligaments et pratiqua le nettoyage complet du foyer; le résultat fut absolument satisfaisant.

La malade étant morte six mois après de ramollissement cérébral, on put se convaincre que la fracture était parfaitement consolidée; deux ostéophytes placés aux deux extrémités de la ligne de section et la légèreté plus considérable de la rotule, la distinguaient seuls de la rotule du côté sain.

Cancer de l'utérus.

M. Péron signale un cas de cancer de l'utérus, avec dilatation des uretères et atrophie d'un des reins, ayant présenté complètement le tableau de la néphrite interstitielle classique. L'œdème très intense et persistant du membre inférieur droit, dû à la compression par des ganglions cancéreux de la veine iliaque, pouvait seul faire songer à un néoplasme.

Tumeur du corps thyroïde.

M. Bouglé montre une volumineuse tumeur du corps thyroïde provenant d'une malade âgée de 50 ans entrée dans le service de M. Tillaux. Cette tumeur, qui avait provoqué une asphyxie très prononcée et nécessité la trachéotomie d'urgence, était constituée par un néoplasme du corps thyroïde et par un volumineux prolongement ayant envahi le médiastin antérieur.

M. Bouglé insiste à ce propos sur la difficulté que l'on eut dans la trachéotomie de sentir la trachée, qui était très ramollie.

Kystes hydatiques multilples.

M. Mayet rapporte un cas de kystes hydatiques multiloculaires développés dans le foie, le péricarde et le myocarde d'un enfant de 6 ans, entré dans le service de M. Broca; le

kyste développé dans l'intérieur du myocarde avait suppuré : sa présence n'était traduite par aucun symptôme fonctionnel, alors que le kyste hydatique du foie avait pu être diagnostiqué et opéré.

Sclérose cardiaque.

MM. Marie et **Rabé** montrent le cœur d'un individu de 55 ans, alcoolique, n'ayant jamais eu de maladies infectieuses, et qui présentait depuis deux mois de la dyspnée très violente. La lésion du cœur consistait en une transformation fibreuse de la plus grande partie du ventricule gauche qui était aminci et rempli de caillots fibrineux ; MM. Marie et Rabé attribuent cette sclérose à un ancien infarctus survenu à la suite de l'oblitération de la branche artérielle interventriculaire antérieure.

M. Morestin présente des omoplates à acromion formant un os isolé et une anomalie du quadriceps crural qui présente un chef surnuméraire.

M. Angelesco rapporte une observation d'étranglement par torsion du gros intestin.

Fernand Bezançon.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 23 janvier 1895.

Présidence de M. Colrat.

Ostéomyélite bipolaire du tibia.

M. Curtillet. — J'ai l'honneur de vous présenter un malade que j'ai opéré il y a six mois, dans le service de M. le professeur Poncet ; ce malade est intéressant à cause du résultat satisfaisant, assez éloigné pour être jugé définitif.

Il était arrivé dans le service avec une ostéomyélite bipolaire du tibia, datant de deux mois. Je fis une trépanation à la partie inférieure du tibia et à la partie supérieure. Il y eut issue de pus par les deux brèches osseuses. Je songeai alors à pratiquer un volet ostéo-cutané qui me permît de nettoyer la cavité médullaire. Je fis une incision longitudinale parallèle à l'axe de l'os, et, à chaque extrémité, une incision perpendiculaire à la première. Ces incisions intéressaient tous les téguments et le périoste ; puis, avec la gouge et le maillet, je fis des incisions analogues sur l'os, j'arrivai alors à soulever un volet osseux qui me permit le nettoyage complet de la cavité médullaire et l'ablation d'un petit séquestre.

Je fis ensuite une suture immédiate de tout le volet osseux et tégumentaire, laissant seulement un drain à chaque extrémité de la cavité médullaire.

L'état du malade, grave à l'entrée, avec forte élévation de la température, s'amenda rapidement et plus aucun phénomène aigu n'apparut. Ce malade, qui a conservé un peu d'hyperostose du tibia, n'a plus aucun point douloureux et marche facilement.

M A. Pollosson trouve ce résultat merveilleux. L'opération faite par M. Curtillet n'avait été employée auparavant que pour des ostéomyélites prolongées par des séquestres centraux ; le cas est un cas aigu, bien différent de ceux qui ont motivé cette intervention.

Il lui semble que s'il y avait en même temps de la suppuration sous-périostée, cette méthode n'aurait pu être employée, le volet osseux ainsi transplanté n'aurait eu, en effet, que peu de chances de vivre.

Anévrysme du cœur.

M. Guérin présente un cœur atteint de dilatation anévrysmale de la pointe avec ossification des parois.

Le malade, entré à l'hôpital avec de l'asystolie, présentait un souffle systolique de la base propagé vers l'aisselle, un souffle systolique à l'orifice tricuspidien et un dédoublement du deuxième bruit. Dans ses antécédents on notait une attaque de rhumatisme et plusieurs crises d'asystolie. Il mourut après quinze jours d'asystolie.

A l'autopsie, le cœur présentait des adhérences péricardiques faciles à détacher.

A la pointe, on notait une dureté de consistance pierreuse, formée par un anévrysme, qui communiquait largement avec le ventricule. Cette dilatation était remplie de caillots sanguins non récents, quelques-uns étaient calcaires.

On n'a trouvé d'embolie dans aucun organe.

Sur la production du ferment glycolytique.

M. R. Lépine. — Si l'on fait macérer pendant deux ou trois heures à 38° C., dans 100 c. c. d'eau additionnée de 0 gr. 20 centigr. d'acide sulfurique, un pancréas de chien broyé aseptiquement aussitôt après son extraction du corps de l'animal, si au bout de ce temps on neutralise l'acide avec de la soude et qu'on ajoute 0 gr. 50 centigr. de glucose pur, si alors on laisse une heure à 38° et qu'on dose le sucre, on constate une perte, variable suivant diverses conditions, mais toujours fort sensible (de 10 à 20 0/0 de la quantité initiale de sucre) et en tout cas *fort supérieure* à celle que l'on peut observer en ajoutant du glucose à une macération de pancréas frais dans l'eau *non additionnée* d'acide sulfurique. Il est donc incontestable que sous l'influence de l'acide, et vraisemblablement par un processus d'*hydratation*, il s'est *produit* du ferment glycolytique, de même que, d'après M. Heidenhain, il se développe de la *trypsine* dans un pancréas macérant également dans une solution acidulée.

La question est de savoir quelle substance zymogène donne naissance au ferment glycolytique. Selon moi, cette substance n'est autre que la *diastase saccharifiante* qui se trouve, comme on sait, si abondamment dans le pancréas. Si l'on prend, en effet, de la diastase du commerce (maltine), qu'on la purifie et qu'on la fasse macérer deux ou trois heures à 38° C. dans l'eau additionnée de 1 0/00 d'acide sulfurique, on constate qu'au bout de ce temps *le pouvoir saccharifiant de la solution a complètement disparu* et qu'elle possède en échange un pouvoir glycolytique fort notable. En effet, si on ajoute à 100 c. c. de cette solution 0 gr. 50 centigr. de glucose et qu'on la laisse une heure à 38° C., on trouvera au bout de ce temps une perte de sucre de 10 à 15 0/0, et même davantage.

Si l'on traite la salive humaine par l'eau additionnée d'acide sulfurique à 1 0/00, le résultat est semblable : le pouvoir saccharifiant de la salive a disparu et il est remplacé par un pouvoir glycolytique très notable.

On sait depuis Pavlow, dont les recherches ont été confirmées par Morat, qu'en excitant le bout périphérique du vague, on fait couler abondamment le suc pancréatique. Si après avoir mis une canule dans le canal de Wirsung on recueille quelques centimètres cubes de suc pancréatique et qu'on les traite par l'eau additionnée d'acide sulfurique à 1 0/00, on constate de même la disparition du pouvoir saccharifiant et l'acquisition du pouvoir glycolytique dans le liquide. De plus, on pourra noter le fait remarquable que, pendant l'excitation du nerf et l'écoulement du suc pancréatique, le sang de la veine pancréatique *n'a pas de pouvoir glycolytique notable*, c'est-à-dire qu'il ne détruit pas une quantité bien sensible soit de son propre sucre, soit de celui qu'on y ajoute, tandis que le pouvoir glycolytique de ce sang devient considérable dans les heures consécutives, alors que l'écoulement de suc pancréatique est nul.

Je reviendrai ultérieurement sur ce curieux balancement entre la sécrétion *externe* et la sécrétion *interne* du pancréas, dont j'ai constaté la réalité dans plus de vingt expériences, et je ferai remarquer seulement ici que si le ferment *glycolytique* provient du ferment *saccharifiant*, on comprend qu'il se produise dans les organes où existe ce dernier.

Les expériences visées dans les premiers paragraphes de cette note ont été faites avec l'aide de M. Martz ; celles du dernier paragraphe avec celle de M. Métroz.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE LYON

Séance du 14 janvier 1895.

Présidence de M. Arloing.

Coxalgie acétabulaire.

M. Vincent. — La flexion, l'adduction et la rotation en dehors sont la règle classique pour la coxalgie, suppurée ou non, à sa période de début ou d'état, lorsque la suppuration ne s'est point fait jour au dehors spontanément, ou que les abcès n'ont pas été ouverts. Lorsque les abcès ont été ouverts, l'attitude change ; le membre du côté malade se place en adduction, flexion, rotation en dedans ou en dehors. A cette règle on avait trouvé et on trouvera bien des exceptions qui ont excité l'imagination inquiète des chirurgiens. A quoi rapporter ces dérogations à l'attitude particulière aux coxalgies fermées et aux coxalgies ouvertes? On voit souvent une coxalgie fermée affecter, dès le début, l'attitude en adduction, flexion et rotation en dedans de la coxalgie ouverte. Pourquoi? Est-ce un caprice du malade? Est-ce l'effet d'une cause matérielle? Valette, entre autres, avait essayé d'expliquer ces anomalies par le decubitus adopté par les sujets d'une façon un peu capricieuse. Si le sujet dort sur le dos ou sur le côté malade, il y aura abduction, flexion, rotation en dehors; s'il dort sur le côté sain, il y aura adduction, flexion, rotation en dedans. Couchez-vous sur le dos, à moitié sur le dos et la hanche et tout à fait de côté, et vous verrez que la pesanteur donnera aux membres une attitude différente en rapport avec celles remarquées chez les coxalgiques.

M. Vincent croit que l'attitude en adduction, à la première période de la coxalgie, dépend plutôt de l'importance et du siège des lésions osseuses, de la localisation initiale ou primante sur le cotyle. Cette notion anatomique explique mieux la persistance de l'attitude anormale, aussi bien dans la station debout que dans le décubitus.

Du reste, elle constitue un facteur pouvant collaborer à l'action du décubitus, si celle-ci est réelle. En effet, s'il y a acétabulie, en se couchant sur le côté malade, le sujet exalterait sa douleur par la pression de la tête du fémur sur le cotyle; il se couchera donc sur le côté sain; d'où adduction, flexion et position qui tend à produire une luxation iliaque et qui diminue la pression. L'instinct réflexe porte le malade à adopter ce décubitus non par caprice, mais à cause de la lésion acétabulaire.

Lorsque la lésion n'est pas acétabulaire, le malade adopte le décubitus dorsal ou semi-dorsal, position dans laquelle le membre inférieur du côté malade en résolution se placera en abduction, flexion, rotation en dehors, en vertu de la pesanteur.

Si on fait abstraction de l'influence du décubitus, la lésion acétabulaire déterminera la même attitude en adduction, par l'action réflexe en vertu de laquelle nous cherchons instinctivement à éviter la douleur, à diminuer nos souffrances.

Le coxalgique acétabulaire se mettra en adduction, flexion, rotation en dedans, parce que cette attitude est celle de la luxation iliaque de la hanche au début, luxation qui exonère un peu le cotyle de la pression du fémur. L'action réflexe donne l'abduction, la flexion et la rotation en dehors, dans les cas de lésions fémorales, parce que cette attitude détend la capsule, détend les muscles pelvi-trochantériens, parce qu'elle diminue les pressions douloureuses du col malade.

Les cas mixtes, cela se comprend, donneront lieu à des attitudes variables et atypiques.

Quoi qu'il en soit, M. Vincent tient à justifier la corrélation qu'il prétend devoir exister entre l'attitude initiale en adduction et les lésions acétabulaires prépondérantes. Pour cela, il place en regard le quoties de l'adduction et le quoties de la coxalgie acétabulaire Depuis 1888, il a eu plus de douze coxalgies se présentant avec de l'adduction, mais il n'en a eu que douze n'étant pas suppurées ou n'ayant pas d'abcès ouvert et offrant cette attitude qui est plus propre aux coxalgies avec abcès ouverts

Valeur séméiologique des empreintes plantaires du membre inférieur.

M. Vincent a signalé dans la coxalgie les atrophies et les arrêts d'accroissement du pied du côté de la résection de la hanche. Ce symptôme a été démontré par la production d'un certain nombre d'empreintes plantaires, prises à des époques plus ou moins éloignées du début de la coxalgie et de la résection. L'arrêt d'accroissement porte sur le squelette podalique dans le sens de la longueur et dans le sens de l'épaisseur.

L'examen du calcanéum permet de constater, mieux que celui des autres parties du squelette podalique, l'arrêt du développement en épaisseur. Cette atrophie osseuse manifeste est difficile à mesurer avec une précision mathématique, parce qu'elle est accompagnée de l'atrophie des parties molles. Les muscles et le tissu adipeux subissent une régression très marquée.

L'atrophie et l'arrêt d'accroissement du pied est un signe constant dans la coxalgie ; d'une façon générale, ces phénomènes paraissent proportionnels à la gravité et à la durée de la coxalgie tuberculeuse ou strepto-staphylo-coccienne. Ce symptôme de trophonévrose et d'inhibition de la croissance persiste après la guérison de la coxalgie ou de telle autre affection dont il est la conséquence, de telle sorte que s'il y avait doute sur le côté ayant été malade, les empreintes plantaires le dissiperaient avec certitude.

L'arrêt de développement podalique n'est pas un symptôme propre à la coxalgie. Il existe durant la période de croissance avec toutes les affections articulaires, inflammatoires ou non, du membre inférieur, avec toutes les affections osseuses inflammatoires diaphysaires prolongées du squelette du membre inférieur. M. Vincent n'a pas eu l'occasion d'observer le fait pour les dégénérescences malignes.

M. Vincent fait passer sous les yeux de la Société des empreintes qui sont destinées à démontrer les propositions qu'il vient d'émettre et qui constituent un point intéressant et utile de séméiologie et, à l'occasion, de médecine légale.

Tumeurs blanches tibio-tarsiennes. — M. Vincent montre les empreintes plantaires de deux sujets atteints de tumeur blanche tibio-tarsienne. Le raccourcissement est plus accusé dans ce cas que pour les tumeurs blanches du genou et quelquefois de la hanche. Il a pu observer ce degré d'influence différent sur un sujet qui a simultanément eu une coxalgie à gauche et une tumeur blanche tibio-tarsienne à droite. Le pied, du côté de l'arthrite tibio-tarsienne, mesure 5 millim. de moins en longueur.

Tumeurs blanches du genou. — Les empreintes plantaires de plusieurs sujets ayant eu des tumeurs blanches du genou et ayant guéri par ankylose plus ou moins serrée au moyen de l'arthrotomie ignée et du chauffage articulaire montrent une atrophie et un arrêt d'accroissement manifeste en tous sens, mais ils sont moins accusés que dans les tumeurs blanches du cou-de-pied. La simple inspection des empreintes suffit pour faire voir de quel côté siège ou a siégé l'affection du membre inférieur.

Malformations articulaires. — Ce ne sont pas seulement les affections articulaires inflammatoires qui donnent lieu à l'atrophie et à l'arrêt d'accroissement du pied; les affections articulaires congénitales par malformation s'accompagnent aussi du raccourcissement du pied.

M. Vincent montre les empreintes d'un sujet atteint de luxation unilatérale congénitale de la hanche. Le pied correspondant est plus maigre et plus court. Il y a des degrés dans la luxation. On sait qu'il est parfois difficile d'apprécier les cas légers et qu'on est embarrassé pour déterminer à première vue et même après avoir pris la ligne ischio-iliaque de Nelaton de chaque côté, après avoir fait marcher le sujet pour déterminer de quel côté siège la malformation. Les empreintes plantaires contribueront à dissiper les hésitations dans les cas de luxation unilatérale et permettront dans la luxation double d'apprécier le degré de malformation afférent à chaque côté.

Lésions inflammatoires diaphysaires. — Les lésions inflammatoires diaphysaires des os de la jambe et de la cuisse ont un retentissement moins prononcé, mais réel, sur la nutrition et sur le développement du pied correspondant, surtout les lésions du tibia. Il faut dire cependant qu'il était inappréciable dans un cas d'ostéomyélite juxta-épiphysaire du fémur. Il y a de nouvelles recherches à faire dans ce sens.

Paralysie infantile. — Il n'est pas nécessaire qu'il existe une lésion inflammatoire articulaire ou diaphysaire du squelette, l'exemple de la luxation congénitale de la hanche le prouve, car l'influence nerveuse par défaut suffit pour déterminer l'arrêt d'accroissement du pied.

Une figure représente les empreintes plantaires d'un sujet atteint de paralysie infantile unilatérale; elles montrent à première vue que la paralysie siège du côté droit.

Pour ce qui regarde le *pied bot*, on n'a qu'à consulter le mémoire de M. Vincent, paru en 1893, dans les *Archives provinciales de chirurgie*.

Rachitisme. — Dans le rachitisme du membre inférieur, M. Vincent n'a pas observé d'atrophie ni d'arrêt d'accroissement du pied. La façon dont le pied prend contact avec le sol est différente suivant qu'il s'agit d'un genu varum ou d'un genu valgum. Il montre les empreintes plantaires d'un sujet ayant une déviation conjuguée (déformation du sofa des Anglais), c'est-à-dire un genou en dedans d'un côté et un genou en dehors de l'autre, avec une déviation de même nom du pied correspondant.

Membre supérieur. — Au membre supérieur les lésions inflammatoires articulaires et diaphysaires du squelette ont une pareille action atrophiante et inhibitoire sur l'ostéogenèse pendant la période de la croissance. M. Vincent ne donne qu'un exemple à titre de démonstration. Il montre un dessin représentant une atrophie et un arrêt d'accroissement correspondant à une arthrite chronique du coude.

M. Vincent termine sa communication en faisant remarquer que l'action réflexe d'atrophie et d'arrêt d'accroissement est indépendante de l'ankylose, qu'elle se produit pendant la période de croissance, sous cette influence double d'atrophie et de raccourcissement; qu'elle ne se manifeste que sous la forme de l'atrophie en dehors de la période de croissance, qu'elle n'est pas sous l'influence du repos mais d'une action nerveuse spéciale.

Il paraîtrait rationnel d'admettre que l'influence inhibitoire de la nutrition et de la croissance est en raison inverse de la distance de la lésion causale par rapport au pied correspondant. Mais M. Vincent ne se sent pas à même de le démontrer. Il pourrait peut-être démontrer le contraire. Sur une de ses empreintes on voit par exemple que l'atrophie du pied à la suite de la coxalgie est plus considérable qu'à la suite de l'arthrite tibio-tarsienne. Les phénomènes de la croissance cachent encore bien des inconnus. La législation de la croissance n'est pas encore bien établie. M. Vincent a fait connaître, il y a quelque temps, l'allongement du tibia à la suite d'une résection de la hanche, un allongement du fémur à la suite d'une résection de la hanche, faits bizarres qui s'ajoutent à ceux que M. Ollier a fait connaître sous le nom d'allongement atrophique des os et les Allemands sous le nom d'allongement par exonération de pression. Les jeunes chirurgiens ont encore le champ libre pour de belles découvertes.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Séances du mois de décembre 1894.

Paralysie générale chez l'adolescent.

M. Régis montre un jeune garçon de dix-sept ans atteint de paralysie générale typique. C'est une affection très rare au-dessous de vingt ans; car actuellement on n'en compte que 30 cas dans la science. Chez les adolescents, elle présente quelques particularités dignes d'être signalées :

Elle est plus fréquente chez les filles que chez les garçons. Elle se déclare entre treize et seize ans, au moment de la puberté. Aussi est-elle plus précoce chez la fillette. Il n'y a que peu ou point de puberté chez les sujets atteints. Les fonctions génitales subissent un arrêt de développement. L'organisme tout entier est lui aussi frappé d'arrêt de croissance. Le garçon présenté n'atteint que 1 mètre 40 de hauteur.

Chez les enfants la paralysie générale affecte la forme démente. Sur les 30 cas signalés, 2 cas seulement ont eu le type délirant. La durée de la maladie est de trois à sept ans.

L'étiologie est intéressante, car on ne peut guère invoquer que la syphilis. Sur 12 cas, un seul enfant n'avait pas d'antécédents syphilitiques.

Stomatite mercurielle.

M. Courtin relate un cas de *stomatite mercurielle* dans lequel l'examen bactériologique dénotait quelques colonies de diphthérie et dont voici l'observation :

J'étais appelé lundi soir (3 décembre) dans une localité voisine de Bordeaux auprès d'une jeune femme pour laquelle on craignait la diphthérie. Je me munis avant mon départ de la boîte d'examen bactériologique et d'un flacon de vaccin de Behring n° 2, qui avait été mis gracieusement à ma disposition par M. le docteur Darroze (de Pontonx-sur-l'Adour).

Je vis la malade le mardi matin; il s'agissait d'une jeune femme d'une vingtaine d'années, qui avait accouché dix jours auparavant d'un gros enfant mâle et qui avait présenté, quatre jours après son accouchement, quelques accidents infectieux pour lesquels on avait pratiqué des applications d'onguent mercuriel sur le ventre, tout en usant largement des injections vaginales au sublimé. Au moment de l'examen, la malade avait une température de 38°2; en la découvrant, on notait des traces d'éruption hydrargyrique sur le bas-ventre et la face interne des cuisses; l'examen de la bouche et de la gorge accusait l'existence d'une membrane blanchâtre avec piqueté blanc sur le voile du palais, la luette, les piliers antérieurs, les amygdales, la voûte palatine, la muqueuse génienne, la muqueuse des lèvres, cette membrane reposait sur une muqueuse normale, ni rouge ni œdématiée, l'abaisse-langue la détachait facilement et après un examen des fosses nasales, desquelles ne s'écoulait ni liquide ni membrane, après examen des ganglions du cou qui n'étaient ni tuméfiés ni douloureux, nous constatâmes qu'il y avait de l'albumine dans les urines, la respiration s'effectuait bien, les parties génitales externes n'offraient pas trace de fausses membranes. Après avis des confrères présents, nous décidâmes qu'il n'y avait pas lieu de faire d'injection de sérum. J'ouvris la boîte d'examen et après avoir flambé la spatule, je détachai des fausses membranes et, par trois fois, je traçai des raies profondes sur un tube de sérum gélatinisé et deux raies sur l'autre; le bout de ces tubes fut flambé, je les fermai avec un bouchon de ouate et les fis remettre le jour même, à midi, à la Faculté de Médecine.

Je reçus, le lendemain, la réponse suivante : « L'ensemencement n'a pas été fait régulièrement, nous ne pouvons pas donner de réponse actuellement. Il a été fait un second ensemencement avec la fausse membrane gisant sur le sérum. Réponse sera donnée demain. »

Nous avions conseillé de faire faire à la malade des gargarismes à l'eau boriquée et, le soir, je recevais une dépêche me disant que l'amélioration était considérable.

Le jeudi 6 décembre, je recevais du Service antidiphthérique la réponse définitive suivante : « Quelques colonies de diphthérie très peu nombreuses et peu développées. »

Le vendredi matin, 7 décembre, j'apprenais que la malade n'avait plus de fausses membranes.

Alors que la méthode de l'injection de sérum va se généraliser, j'ai cru intéressant de vous rapporter ce fait qui n'incrimine en rien le résultat bactériologique, puisque le bacille de Lœffler peut se rencontrer à l'état normal dans les fosses nasales ou la cavité de la bouche; mais qui indique, d'une façon formelle, que l'examen clinique reste encore le critorium dans certains cas.

Sans nul doute, si l'injection de sérum avait été pratiquée, nous étions en droit, l'examen bactériologique en main, d'invoquer un succès. Cette observation apporte donc son enseignement, celui de mettre en garde contre l'enthousiasme bien naturel de cette méthode thérapeutique qu'il faut réserver pour les seuls cas de diphthérie cliniquement et bactériologiquement avérés.

Onychomycose.

M. W. Dubreuilh présente un cas d'onychomycose parasitaire tricophytique. Cette affection est rebelle et difficilement curable. On en cite des cas ayant duré dix, vingt, trente ans, et parfois toute la vie. La guérison spontanée est une rareté.

Souvent elle envahit successivement tous les ongles; d'autres fois, au contraire, elle reste cantonnée à quelques ongles.

L'ongle est envahi dans sa totalité, jusque dans sa matrice. On ne guérit qu'exceptionnellement par le raclage.

L'arrachage de l'ongle tel qu'on le pratique ordinairement est suffisant, car il reste au niveau de la matrice un liséré insignifiant, mais déjà envahi.

Pellizzari, de Florence, a recours au procédé suivant : Il pro-

voque l'expulsion totale de l'ongle en appliquant tout autour de lui une pommade composée de parties égales d'acide pyrogallique et d'huile. On détermine ainsi un panaris dont la suppuration chasse l'ongle. Ce traitement est très douloureux et délicat et demande à être gradué pour que les effets ne soient pas exagérés.

L'ongle suivant pousse sain.

Perforation intestinale par ulcération du duodénum.

M. Festal. — Il y a vingt-cinq ans, le malade avait eu une atteinte de tuberculose pulmonaire pendant le traitement de laquelle il avait contracté des habitudes alcooliques durant un séjour à Madère.

Il y a quinze ans (1879), il eut des vomissements alimentaires et des hématémèses, qui firent porter le diagnostic d'ulcère rond de l'estomac. Il y a quatre ans, en 1890, nouvelles hématémèses très abondantes. A la suite de cet accident, il survint une amélioration très notable des phénomènes gastriques.

Depuis un an, il accusait une douleur très vive, à droite de l'ombilic.

Le 21 novembre dernier, brusquement, le malade ressentit dans l'abdomen une douleur très violente, fut pris de nausées, et eut une syncope; son facies devint grippé et le ventre rétracté. En somme, il présenta tous les signes d'une péritonite localisée.

Malgré une amélioration survenue quarante-huit heures après l'accident, l'état s'aggrava et la laparotomie fut décidée. Elle donna accès dans une cavité contenant un litre et demi de pus verdâtre. Malgré cette intervention, le malade succomba.

L'autopsie a révélé que le malade avait succombé à un ulcère du duodénum de la largeur d'une pièce de 20 centimes, creusé au centre d'une ulcération ayant 5 centimètres sur 3 centimètres.

On constata aussi un ulcère rond guéri de l'estomac et des traces certaines de tubercules pulmonaires guéris par transformation crétacée.

Astragalectomie.

M. Piéchaud présente deux enfants auxquels il a fai subir l'astragalectomie.

Dans le premier cas, il s'agit d'une petite fille ayant une tumeur blanche du pied gauche. M. Piéchaud a pratiqué l'extirpation de l'astragale et le curettage de l'extrémité du tibia et des os voisins. L'enfant a guéri rapidement (un mois) et marche très bien, tandis qu'auparavant, elle en était incapable. L'opération remonte déjà à huit mois.

Le deuxième cas est une fillette atteinte de pied-bot congénital double (varus équin). Une double astragalectomie lui permet de marcher actuellement dans de bonnes conditions.

Calculs vésicaux chez la femme.

M. Loumeau donne lecture d'un mémoire sur les calculs vésicaux chez la femme et montre un calcul du volume d'un gros citron qu'il a extirpé par la lithotritie et la dilatation du méat. Son poids desséché est de cinquante grammes. Il est de nature phosphatique. La malade âgée de cinquante-sept ans avait un prolapsus utérin avec cystocèle. Aussi peut-on attribuer la formation du calcul aux dépôts de phosphates qui se sont faits dans ce repli de la vessie.

Môle hydatiforme.

M. Courtin. — J'ai l'honneur de soumettre à l'examen de la Société un *môle hydatiforme* provenant de la cavité utérine d'une jeune femme de vingt-quatre ans, dont voici l'observation :

Fausse couche de deux mois en 1892, accouchement d'un garçon en septembre 1893.

Fin de septembre 1894, cette femme ressent quelques troubles du côté de l'estomac; pas de règles en octobre; fin octobre, vomissements chaque matin au réveil, quelquefois après le repas; le ventre augmente de volume.

15 novembre dernier, perte de sang assez abondante, repos au lit; mais, malgré le repos, les pertes continuent; je suis appelé auprès d'elle à ce moment, je constate que l'utérus est très développé, qu'il remonte à trois travers de doigt au-dessus du pubis et cependant les dernières règles ont eu lieu le 15 septembre; le col est mou, raccourci, on y introduit la pulpe du doigt.

Sous l'influence du repos, l'écoulement sanguin disparaît, mais les vomissements continuent chaque matin; la perte de sang recommence dans les premiers jours de décembre, pas de douleurs; il y a de gros caillots expulsés sans trace de membrane.

Lundi dernier, la malade accuse une vive douleur dans la fosse iliaque droite. La perte de sang s'arrête; mardi je fais un nouvel examen et je trouve un utérus très developpé, remontant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic offrant une sensation mollasse, comme kystique; cette fluctuation se transmet au doigt dans le toucher vaginal et rectal; pas de bruit de souffle utérin, pas de bruit du cœur fœtal, vomissements que rien n'arrête.

Mercredi soir, les pertes de sang réapparaissent; jeudi matin, coliques utérines; jeudi après-midi, expulsion de la pièce que je vous présente. Pertes de sang peu abondantes après l'expulsion; le soir l'utérus est rétracté; au toucher, je ne sens aucune parcelle, ni dans le vagin ni dans le col; on pratique deux injections chaque jour au sublimé.

M. Lugeol. — La tumeur qui nous est présentée par notre collègue M. Courtin et qui fait le sujet de sa très intéressante communication est évidemment un môle hydatiforme.

Ces tumeurs ont été divisées en môles embryonnés et en môles non embryonnés; c'est évidemment un môle non embryonné, car il est impossible d'y retrouver un vestige d'embryon dans le cordon; mais il n'y a plus de doute actuellement sur l'unité d'origine de ces deux môles qui proviennent toujours d'une fécondation dont le développement n'a pas été normal.

Elles présentent, il est vrai, le plus souvent un aspect un peu différent. Nous y voyons, en effet, ici une masse charnue formée par la caduque très épaissie et les villosités choriales hyperplasiées. Les villosités atteintes par la dégénérescence myxomateuse sont relativement rares et peu développées; une seule a le volume d'un grain de raisin. Jusqu'aux travaux de Virchow, on regardait les lésions des villosités comme une hydropisie; c'était l'opinion de Cayla adoptée par Robin.

C'est un accident rare de la grossesse, je n'en ai vu que deux cas.

L'interruption de la grossesse n'est pas absolument fatale, pas plus que la mort du fœtus, et un savant contemporain a été le produit d'un môle hydatiforme.

M. Courtin. — Je suis très heureux que notre collègue M. Lugeol partage mon opinion sur le diagnostic de la tumeur que je viens de présenter et, laissant de côté la question du diagnostic, j'insisterai sur le côté thérapeutique et je demanderai à nos collègues si, en pareils cas, il n'y a pas de graves dangers d'infection et quelle est la conduite à tenir. Faut-il faire le curettage intra-utérin? Faut-il laisser les choses se terminer spontanément?

M. Rivière. — Quand la grossesse est peu avancée, de deux à trois mois par exemple, l'expulsion se fait bien et complètement sans aucune intervention; quand elle est plus ancienne, la paroi de l'utérus est pénétrée par les môles jusqu'à la séreuse péritonéale et les vésicules myxomateuses restent emprisonnées dans les mailles du tissu utérin; alors l'élimination se fait mal.

Il faut donc tenir compte avant tout de l'ancienneté de la grossesse et baser la thérapeutique à suivre sur ce point capital.

Dans tous les cas d'ailleurs, même dans les grossesses avancées, il faut attendre les accidents infectieux avant d'intervenir par le curettage.

M. Lugeol. — Je pense même qu'il ne faut songer au curettage que dans les cas d'une extrême gravité et cela d'autant mieux que l'intervention chirurgicale présente en elle-même des dangers. Lorsque la grossesse est avancée, l'utérus est aminci; les vésicules hydatiformes vont jusqu'au péritoine et le curettage risque d'occasionner une perforation. Dans les cas où la grossesse est peu avancée, l'intervention chirurgicale est toujours inutile.

M. Rivière. — J'ajouterai qu'en pareil cas les hémorrhagies sont fréquentes et que le curettage expose à de très graves pertes de sang.

M. Chabrely. — Dans ma pratique, j'ai quatre fois rencontré des faits de ce genre ; chez l'un d'entre eux les vésicules étaient énormes, beaucoup plus grosses que celles que nous voyons sur la pièce de M. Courtin. Toutes mes malades ont guéri sans aucune intervention.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 16 *janvier* 1895.

Assimilation des féculents chez les jeunes nourrissons.

M. Heubner, après avoir rappelé les expériences faites sur la digestion des féculents par les nourrissons et les jeunes animaux, rapporte les essais qu'il a faits avec M. Carstens a sa clinique de Leipzig. Il a trouvé d'une façon générale que certaines farines, la farine d'avoine, de riz, par exemple, sont forc bien assimilées par les nourrissons, après avoir été presque entièrement transformées en sucre.

Les enfants prenaient pendant un ou deux jours une certaine quantité de farine sous forme de potage dont on leur donnait toutes les deux heures une certaine quantité. On analysait ensuite les matières fécales et l'urine recueillies séparément. Les recherches conduites de cette façon chez trois nourrissons, dont le plus jeune était âgé de 7 semaines, ont montré que, bien que l'assimilation des féculents fût parfaite, il existait néanmoins une diminution du poids.

Il ressort de ces expériences que l'alimentation des nourrissons par les féculents ne peut pas donner de bons résultats. Si les farines ont été bien digérées pendant un ou deux jours, on ne sait pas encore ce qui serait advenu si l'essai eût été continué plus longtemps. Les farines dites lactées, la farine de Nestlé, celle de Kufecke ont le même inconvénient, c'est-à-dire qu'elles ne contiennent pas suffisamment de substances albuminoïdes et de graisses. De plus, le sucre qu'elles renferment donne facilement lieu à des fermentations.

Il n'en est pas de même dans les troubles digestifs. Dans ces conditions, chez l'enfant, comme chez l'adulte, les féculents deviennent un aliment de repos. Ils sont encore avantageux peut-être parce qu'ils constituent un milieu de culture peu approprié. Quoi qu'il en soit M. Heubner n'hésite pas, dans certaines dyspepsies des nourrissons et des nouveau-nés, à donner des féculents. Cela réussit souvent à la condition d'avoir une farine bien fine et préparée d'une certaine façon. M. Heubner procède de la façon suivante : il délaie d'abord la farine dans l'eau froide, verse ensuite de l'eau chaude et fait bouillir le tout pendant une demi-heure. On peut encore remplacer l'eau par le lait coupé.

Exanthèmes mercuriels.

M. Rosenthal. — La forme la plus simple des exanthèmes mercuriels est la folliculite qui se présente sous forme de petits nodules rouges disséminés sur la face interne des membres et autour des articulations. Elle s'observe après les frictions et peut se compliquer d'abcès, de phlegmons, voire même d'érysipèle. Les nodules disparaissent aussitôt que le mercure est éliminé.

L'érythème mercuriel, qui se manifeste ordinairement aux endroits sur lesquels le mercure a agi localement, peut dans certains cas se généraliser. Cet érythème peut être papuleux, vésiculeux, pustuleux, suintant, ressembler à un exanthème morbilliforme ou scarlatineux et se rapprocher du purpura. Dans certains cas il prend les caractères d'un érythème polymorphe exsudatif. La forme la plus grave d'exanthème mercuriel est celle qui se présente sous forme de pemphigus.

Il existe certainement sous ce rapport une certaine idiosyncrasie. D'un autre côté, on ne peut nier que la dose et le mode d'administration n'interviennent également dans la question. Schœnlein soutenait que le chlorure de sodium favorisait l'apparition de l'exanthème, si bien que le séjour à la mer était plutôt nuisible aux syphilitiques.

Le traitement de l'exanthème consiste à favoriser l'élimination du mercure par les bains et les iodures, à soutenir les forces du malade par des toniques et à protéger la peau par des pommades indifférentes.

M. Lewin a pu aussi constater que les syphilitiques en traitement supportent mal le séjour au bord de la mer. Les exanthèmes seraient très rares avec les injections sous-cutanées de mercure.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 7 *janvier* 1895.

Carcinome primitif de la trachée.

M. Œstreich montre les pièces provenant d'un malade ayant succombé à un carcinome de la trachée. La tumeur siège entre le larynx et la bifurcation de la trachée. Celle-ci était considérablement rétrécie à ce niveau. La tumeur, des dimensions d'une petite prune, se continue insensiblement avec la muqueuse. Il existait en même temps de nombreux noyaux métastatiques dans les poumons.

M. Huber fournit quelques renseignements cliniques sur la malade à laquelle appartenait la tumeur. Il s'agit d'une femme de 28 ans qui fut prise 6 ans auparavant d'une hémoptysie qui se répéta 3 ans plus tard. Lorsque la malade entra à l'hôpital, on trouva une température de 39°3 avec dyspnée et cyanose. L'examen laryngoscopique montra l'existence d'un rétrécissement de la trachée. La malade succomba 4 jours après son entrée, au milieu d'un accès de suffocation. L'observation est intéressante par ce fait que le diagnostic a été fait par trois symptômes : la dyspnée inspiratrice, le stridor et la position de la tête.

M. Leyden pense que la fièvre que la malade présentait au moment de son entrée était due à une pneumonie aspiratrice.

Carcinome de l'estomac.

M. Maass. — Il s'agit d'un malade arrivé à la clinique avec le syndrome classique du cancer de l'estomac. A l'ouverture de l'abdomen, on trouva une petite tumeur mobile au niveau de la petite courbure, et une autre volumineuse entourée d'adhérences solides, au niveau de la grande courbure. Dans ces conditions, l'opération n'a pu être terminée.

Le malade succomba 6 mois environ après la tentative opératoire. Pendant le temps qu'il resta à l'hôpital, on a pu à plusieurs reprises constater une absence totale d'HCl dans le contenu stomacal et la présence constante d'acide lactique ; de plus l'examen du sang montra la diminution d'un tiers du nombre d'hématies.

A l'autopsie, on trouva les parois de l'estomac infiltrées dans presque toute leur étendue par le cancer. Cette infiltration cancéreuse avait tellement épaissi les parois que la cavité de l'estomac n'était pas plus grosse qu'un poing. La tumeur avait envahi le pancréas, les ganglions mésentériques et formé des métastases dans le foie. La rate était intacte. La chaîne ganglionnaire qui remonte le long de l'œsophage était infiltrée jusqu'à la glande thyroïde. Le péritoine du petit bassin était également farci de massses cancéreuses.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MUNICH

Séance du 17 *octobre* 1894.

Septicémie.

M. Sittmann. — L'étiologie de la septicémie est aujourd'hui parfaitement élucidée et nous savons que les symptômes qu'elle provoque sont dus à l'infection générale de

l'organisme par des micro-organismes pyogènes. La porte d'entrée de l'infection est tantôt facile à découvrir, tantôt impossible à mettre en évidence, et dans ce dernier cas, la septicémie est désignée sous le nom de cryptogénétique.

Les micro-organismes, une fois la barrière franchie, pénètrent dans le sang et de là dans les organes situés loin de la porte d'entrée de l'infection. Lorsque, par un mécanisme que nous ne connaissons pas encore, ils s'arrêtent dans les organes, ils y provoquent de la suppuration. Si cette suppuration domine le tableau clinique, l'infection est désignée sous le nom de pyohémie ; dans le cas contraire, elle porte le nom de septicémie. On voit donc qu'au point de vue étiologique, la septicémie ne peut être séparée de la pyohémie, et actuellement nous ne savons pas encore pourquoi, dans un cas, l'infection revêt la forme d'une septicémie et dans l'autre celle d'une pyohémie. Peut-être faut-il admettre que tout dépend de la prédominance d'une des deux propriétés des micro-organismes : la formation des toxines et la formation des substances protéiques. Si l'organisme est envahi par des bactéries douées surtout du pouvoir de former des toxines ou si encore les bactéries trouvent dans l'organisme les conditions propres à la formation des toxines, nous aurons le tableau clinique de la septicémie ; dans le cas contraire, les bactéries ne peuvent agir que par la protéine mise en liberté par la mort des microbes, et on a le tableau clinique de la pyohémie. On comprend pourtant que la formation des toxines et la mise en liberté de la protéine sont deux phénomènes parallèles, si bien que même au point de vue bactériologique la septicémie ne peut être séparée de la pyohémie et qu'il vaut mieux désigner le processus sous le nom de septico-pyohémie.

La recherche des micro-organismes dans le sang vivant a donné si souvent des résultats négatifs qu'on est arrivé à attribuer les résultats positifs aux phénomènes cadavériques. Pourtant, la contradiction n'est qu'apparente, en ce sens que les micro-organismes se trouvent souvent dans le sang en si petit nombre que l'examen bactériologique des petites quantités de sang devait forcément aboutir à des résultats négatifs. Il faut donc poser, en principe, que l'examen bactériologique doit porter sur le sang pris directement dans la veine et dont la quantité ne doit pas être inférieure à 5 centimètres cubes.

C'est en se conformant à cette règle que M. Sittmann a examiné le sang, toujours avec des résultats positifs, dans 23 cas de septico-pyohémie primitive ou secondaire. Onze fois il trouva des staphylocoques, 4 fois des streptocoques, 6 fois des pneumocoques, 2 fois des staphylocoques avec des coli-bacilles. Le nombre de bactéries contenues dans le sang était très variable. Il était de 1 à 14 par centimètre cube de sang pour les staphylocoques, de 17 à 2,200 pour les streptocoques.

On voit, par conséquent, que c'est l'infection à staphylocoques qui est la plus fréquente, et, comme en même temps le nombre des staphylocoques que l'on trouve dans le sang est minime, on comprend que les recherches antérieures faites avec de petites quantités de sang aient souvent échoué.

Des résultats positifs furent obtenus dans tous les cas où pendant la vie on avait fait le diagnostic de septico-pyohémie, Dans un grand nombre de cas, le diagnostic fut encore confirmé à l'autopsie ; il s'ensuit que l'examen bactériologique du sang constitue un moyen diagnostique important dans les septico-pyohémies.

Sur les 23 malades dont le sang contenait des microbes, 16 ont succombé : tous les malades à injection streptococcienne, au nombre de 4 ; 6 sur les 11 à infection staphylococcienne et 4 sur les 6 à injection pneumococcienne. Ces données peuvent donc être utilisées pour le pronostic, puisqu'elles montrent que le pronostic est relativement bon dans les infections à staphylocoques, grave dans les infections à pneumocoques, fatal dans les infections à streptocoques et dans les infections mixtes.

L'examen bactérioscopique du sang peut encore donner des renseignements précieux pour le diagnostic des septico-pyohémies crypto-génétiques à porte d'entrée inconnue. Si l'on trouvait par exemple des pneumocoques, cela indiquerait que la lésion primitive siège dans l'appareil respiratoire. La constatation des coli-bacilles dans le sang devra faire penser à une ulcération intestinale, à une lésion des voies biliaires, et ce fait une fois acquis, le traitement sera conduit en rapport avec le siège présumé de la lésion primitive.

M. Ziegler, qui a examiné le sang dans plusieurs cas de septicémies chirurgicales, a trouvé que les streptocoques sont dans le sang en plus grand nombre que les staphylocoques. Les résultats ne sont pas toujours positifs, mais souvent on trouve des bactéries pendant l'agonie dans des cas où l'examen du sang fait pendant la vie a donné des résultats négatifs.

M. Passet trouve que puisque les bactéries qui se trouvent dans le sang sont toujours éliminées par les reins, l'examen du sang pourrait être remplacé par l'examen de l'urine soumise préalablement à la centrifugation.

M. Sittmann croit que l'urine peut renfermer des bactéries venant d'un foyer de l'appareil génito-urinaire, et que dans ces cas l'examen de l'urine peut donner des résultats incertains.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ HUNTÉRIENNE DE LONDRES

Séance du 9 janvier 1895.

Traitement opératoire de la pérityphlite.

M. Symonds. — J'ai observé dernièrement 23 cas de pérityphlite. On doit diviser ces cas en deux groupes :

1° Ceux dans lesquels l'opération a été pratiquée dans une période de calme chez un sujet ayant une pérityphlite à rechutes ; 2° ceux qu'on a opérés en pleine période de suppuration. Dans le 1er groupe, il y a 6 cas. Le premier de ces cas est celui d'un homme ayant eu plusieurs crises douloureuses durant 6 mois ; on l'opéra et on retira un calcul qu'on trouva en dehors de l'appendice, sans ouvrir la cavité péritonéale. Dans deux autres cas, on trouva encore un calcul ; chez un de ces malades, il y avait eu pendant 2 ans des symptômes de colique ; le calcul était dans une cavité située en dehors de l'appendice. Chez le troisième malade, le calcul fut trouvé dans une cavité de la fosse iliaque ; le cæcum adhérait à la paroi abdominale, et il se forma une fistule stercorale qui persista. Ce malade avait eu une fièvre typhoïde un peu auparavant. Dans un quatrième cas, chez une femme, il y avait eu antérieurement deux crises douloureuses avec un empâtement dans la fosse iliaque droite. On ouvrit l'abdomen, on enleva l'appendice et la malade guérit. Une petite fille de 8 ans avait eu une crise douloureuse 5 ans auparavant ; en 1893, on sentit une tumeur au bord du bassin. On opéra et on trouva l'appendice adhérent au rectum ; on le réséqua et l'enfant guérit.

Dans une appendicite, la quantité de pus n'est nullement proportionnelle au gonflement. Il faut conseiller l'opération quand on voit la tumeur continuer à augmenter malgré le repos. Quelquefois, malgré une distension abdominale considérable et une fièvre intense, il n'y a pas de tumeur nette. La présence d'un peu d'œdème est un signe de grande valeur qui indique une suppuration profonde. Le danger de l'opération est très augmenté par l'ablation de l'appendice quand il y a un abcès.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Guérison radicale de la syphilis, par le Dr J. P. Larrieu, Bourges, Tardy-Pigelet, 1894, broch. in-8°, 1 franc.

La mort et la mort subite, par P. Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut. Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, 1895, 1 vol. in-8° de 455 pages, 9 francs

La pratique des opérations nouvelles en chirurgie, par A. Guillemain, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris, etc. Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, 1895, 1 vol. in-18 de 334 pages avec 37 figures, cart., 5 fr.

Des résultats éloignés de la cystostomie sus-pubienne, opération de Poncet. Etude critique basée sur 63 observations, par M. Lagoutte. Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, 1895, gr. in-8°, 164 pages avec figures, 3 fr. 50.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 11 au 16 février 1895.

Mercredi 13. — M. Louis. Des modifications du pouls dans la maladie de Raynaud. — M. Jablenski. Etude sur une forme latente de l'épithéliome stomacal.

Jeudi 14. — M. Damaye. Traitement chirurgical de l'appendicite à répétition. — M. Aslanian. Contribution à l'étude de la péritonite cancéreuse. — M. Dedieu. Contribution à l'étude clinique de la rhénite purulente infantile. — M. Gay. Contribution à l'étude de la résection du coude dans l'ankylose traumatique.

LYON

(Année scolaire 1894-1895).

993. — Aurand (Louis) Des résultats éloignés de l'intervention et de la non-intervention dans les cataractes traumatiques; étude statistique. — Challiol (Louis). De la résection à froid de l'appendice vermiculaire du cæcum dans les appendicites chroniques à répétition. — Léon (Henri). Des résultats éloignés de l'hystéropexie abdominale antérieure, au point de vue de la grossesse. — Collet (Constant). Acuité et champs visuels de l'œil restant après énucléation de l'autre. — Lamoureux (André). De l'éventration au point de vue médico-légal.

998. — Dervich (Ismaïl Vehbi). De la columnisation du vagin et du massage en gynécologie. — Paul (Louis). Du traitement du cancer de la prostate. — Stéfani (Paul). Contribution à l'étude du traitement chirurgical du goître exophthalmique. — Poullain (Alphonse). De la cystostomie sus-pubienne temporaire appliquée au traitement des rétrécissements compliqués de l'urèthre. — Pignet (Maurice). Pseudo-mal de Pott (mal de Pott hystérique). — Gras (Maurice). Contribution à l'étude des ruptures du ligament rotulien. Chevki (Moustapha). De l'épididymo-orchite tuberculeuse aiguë.

1005. — Galib (Ali). Contribution à l'étude de la syringomyélie (essai clinique). — Lascout. De l'action curative et palliative de la laparotomie exploratrice. — Bory (Emmanuel). De l'albuminurie prétuberculeuse. — Bonthoux (Camille). De l'étiologie optique de certains cas de paralysie faciale dite a frigore.

1009. — Mélot (Albert). Dermatite herpétiforme et puerpéralité. — Gouraud (Abel). De la psoïte d'origine appendiculaire. — Opin (Léon). Etude des phlegmons de l'abdomen symptomatique des néoplasmes de la portion sous-diaphragmatique du tube digestif. — Vuillard (Paul). Contribution à l'étude du traitement des névralgies rebelles du nerf sous-orbitaire par l'excision et l'arrachement du bout périphérique.

1013. — Piquet (Louis). Contribution à l'étude de l'uréthrite chronique (goutte militaire). — Gerbaux (Léon). De la trachéotomie d'urgence dans les accidents graves de l'anesthésie. — Evrot (Jean-Baptiste). Essai de classification pathogénique des délires liés à la puerpéralité (grossesse, accouchement, lactation). — Ravé (Jules). Traitement chirurgical des accidents myxœdémateux et crétinoïdes par le thyro-eréthisme.

1017. — Bar (Eugène). De la pathogénie de la périostite albumineuse ou séreuse et d'un nouvel agent pathogène de cette affection. — Picqué (Georges). Contribution à l'étude des névromes plexiformes. — Bailly (Joseph). Des résultats fonctionnels éloignés de l'opération de la cataracte molle chez les enfants. — Dehoey (Pierre). Traitement des luxations sous astragaliennes compliquées de plaies (astragalectomie). — Chevki (Omer). Contribution à l'étude de la pneumectomie. — Ravel (Guillaume). Sur les cancers primitifs primitifs multiples et sur un cas de leucocythémie et cancer de l'utérus.

VARIÉTÉS

Concours de l'externat. — Phlegmon diffus. Epistaxis. Fractures de la rotule, Signes et diagnostic de la tuberculose pulmonaire à la 3e période.

La 4e série de M. Ignard à M. Matza, inclusivement est désignée pour subir l'épreuve de pathologie.

Congrès d'obstétrique, gynécologie, pædiatrie. — A l'occasion de la XIIIe Exposition que prépare la Société philomathique de Bordeaux pour l'année 1895, la Société de gynécologie, d'obstétrique et de pædiatrie de cette ville, prépare un congrès qui se tiendra du 12 au 16 août prochain en même temps que le congrès de médecine interne.

L'ouverture du congrès aura lieu sous la présidence générale de M. le professeur Tarnier. Toutefois chacune des sections aura son président spécial :

M. le professeur Le Dentu, pour la gynécologie; M. le professeur Tarnier, pour l'obstétrique et M. le professeur Lannelongue (de Paris), pour la pædiatrie.

Corps de santé des colonies. — Ont été nommés :

Au grade de médecin de 2e classe, MM. Tedeschi (Paul-Jean-Augustin) et Legendre (Jean-Marie-François), médecins auxiliaires de 2e classe de la marine.

CLINIQUE MÉDICALE

Note sur un cas de mort subite au cours de la fièvre typhoïde due à la myocardie segmentaire,
par le Dr J. Hobbs, chef de clinique médicale à la Faculté.

Dans un précédent travail (1), nous avons montré que souvent la mort subite (et presque toujours la mort par collapsus cardiaque) au cours de la fièvre typhoïde devait être imputée à une myocardite aiguë se traduisant anatomiquement par une dissociation des fibres cardiaques, en un mot par la *myocardite segmentaire* de MM. Renaud et Landouzy. Depuis, cette question de la myocardite segmentaire a été remise à l'étude, notamment au récent Congrès de médecine interne de Lyon; aussi croyons-nous qu'il y a intérêt à venir apporter ici un nouveau fait capable de donner quelque appoint à la cause que nous soutenons (2).

Le nommé François C..., âgé de dix-neuf ans, menuisier, entre le 22 septembre 1894 à la salle 14, lit n° 28, service de M. le Dr Mandillon, à l'hôpital Saint-André, avec tous les signes d'une fièvre typhoïde dont le début remonterait au 14 septembre.

Le malade a de la diarrhée, des taches rosées, l'aspect un peu ahuri; cependant, il répond assez bien aux questions. La température, malgré le sulfate de quinine et des lotions vinaigrées froides, oscille entre 39°5 et 40°.

Le 27 septembre, le thermomètre commence un peu à baisser et ne dépasse pas 39°4. La maladie semble évoluer d'une façon absolument normale; il n'y a pas eu d'hémorrhagie, on ne trouve qu'une bronchite légère. Il n'y a rien à noter ni du côté du cœur, dont les bruits sont bien frappés, nets de tout souffle, ni du côté du pouls, dont les battements sont parfaitement réguliers et nullement accélérés.

Les choses durent ainsi pendant cinq jours, quand tout à coup, le matin du 2 octobre, le malade, qui avait passé une bonne nuit, est pris de vertige et retombe mort sur son lit.

A l'*autopsie*, faite vingt-quatre heures à peine après la mort, nous trouvons une congestion notable de tous les organes. Les deux bases des poumons sont fortement hyperémiées; le foie et les reins sont également le siège d'une congestion intense. La rate est très hypertrophiée, la muqueuse intestinale présente çà et là quelques plaques de Peyer ulcérées; mais c'est surtout le cœur qui attire notre attention. Il est flasque et mou, d'aspect pâle.

A la coupe, on note un ramollissement et un amincissement des parois musculaires. Le tissu myocardique est nettement friable, semble en quelque sorte s'*effriter* au contact du doigt. Si l'on vient à faire couler de l'eau dessus, on peut voir aussi que le filet d'eau entraîne avec lui des *parcelles* de tissu; enfin, la coupe du myocarde a une teinte particulière, jaunâtre, presque *feuille morte*.

A l'*examen microscopique*, le cœur est coupé par petits fragments d'un centimètre cube environ, qui sont tous exposés pendant quelques instants aux vapeurs d'une solution d'acide osmique à 1 0/0; puis plongés dans une solution d'alcool au tiers pendant vingt-quatre heures et enfin dans de l'alcool à 90°.

Après une coloration en masse par le picro-carmin et l'enrobement à la paraffine, selon la méthode usuelle, nous examinons les coupes pratiquées suivant différents sens. Les plus intéressantes sont celles qui proviennent des piliers du cœur (piliers de la mitrale) débités suivant leur axe longitudinal.

Ce qui frappe tout d'abord, ce sont les *vides* nombreux de la préparation. Le tissu myocardique ne forme pas un tissu compact. Ses éléments ne sont plus juxtaposés; les fibres cardiaques sont presque partout désunies, séparées des fibres voisines autant par leurs grandes faces parallèles à l'axe que par leurs petites facettes terminales. Dans l'intervalle des fibres, dans les lacunes, que trouvons-nous? Quelques débris de tissu conjonctif de nouvelle formation, quelques cellules rondes présentant par points un aspect sérié.

Presque point de tissu interstitiel, de tissu de sclérose.

Si nous examinons maintenant les préparations à un plus fort grossissement (Leitz, obj. 7, oc. 3), nous voyons mieux comment les fibres cardiaques sont séparées les unes des autres; leurs petites facettes terminales sont dentelées, presque déchiquetées, séparées des facettes similaires d'articulation par un vide, une véritable fente. La fibre cardiaque ainsi isolée a un aspect presque fusiforme; elle a perdu quelques-unes de ses radiations et surtout son noyau s'est considérablement accru. Par endroits, cette *hypertrophie nucléaire* s'est faite absolument en masse; le noyau a envahi toute la largeur de la cellule cardiaque et une grande partie de sa longueur. Ce noyau est fortement coloré, granuleux, et l'examen sous l'objectif à immersion décèle même quelques figures karyokinétiques.

Les coupes pratiquées perpendiculairement à l'axe des fibres cardiaques ne nous montrent rien de bien particulier. Les fibres cardiaques désunies donnent l'impression d'une mosaïque dont les pièces n'auraient pas été reliées entre elles. Là où nous comptions trouver du ciment intercellulaire, nous ne voyons que du vide. Les vaisseaux sont peu ou point touchés. Quelques artérioles sont cependant le siège d'une légère endartérite.

Ces coupes, perpendiculaires à l'axe des fibres cardiaques, nous prouvent encore mieux que les précédentes qu'il n'existe pas de tissu conjonctif interstitiel de néoformation. Nous ne sommes donc pas en présence d'une myocardite interstitielle, mais bien d'une myocardite parenchymateuse aiguë.

Notons en terminant que nous n'avons trouvé nulle part trace de dégénérescence graisseuse.

Ce qui domine cette observation, c'est l'absence de troubles cardiaques pendant la vie, la mort subite survenant inopinément par syncope cardiaque et l'état tout particulier de la fibre cardiaque.

Si, en effet, la myocardite aiguë parenchymateuse ou même interstitielle peut et doit être attendue à l'autopsie d'individus ayant succombé subitement ou non au cours d'une fièvre typhoïde, mais après avoir présenté des irrégularités, des intermittences du pouls, de la tachycardie, de la disparition du premier bruit du cœur à l'orifice aortique (Picot) ou à la pointe; par contre, les lésions essentielles de la fibre cardiaque sont infiniment plus rares quand nous nous trouvons en présence de sujets mourant subitement sans avoir jamais présenté de troubles cardiaques.

Souvent même, elles manquent complètement et c'est cette absence de lésion qui avait conduit certains auteurs à admettre la mort par inhibition, par voie réflexe.

Dans le cas qui nous occupe, pareille interprétation ne peut être mise en avant; la syncope cardiaque est bien d'origine cardiaque, elle est la résultante d'une lésion de la fibre cardiaque elle-même.

On peut se demander comment cette lésion si avancée de la fibre cardiaque, qui aurait dû se traduire par une asthénie progressive de cette fibre, a pu évoluer aussi

(1) J. Hobbs, *La myocardite typhique*, th. de Bordeaux, 1893.
(2) Je dois toute la partie clinique de l'observation à M. Verdelet, interne provisoire des hôpitaux, à qui j'adresse tous mes remerciements.

silencieusement et ne révéler son existence que par une syncope mortelle. Pour aussi étrange et aussi déconcertant que soit le fait, il n'en existe pas moins et nous-même avons publié dans notre thèse (1) le cas d'un individu mort subitement au dixième jour de la fièvre typhoïde, sans avoir jamais présenté aucun trouble du cœur pendant la vie et chez qui l'examen microscopique nous permit de constater une myocardite aiguë avec endartérite absolument nette.

On a voulu aussi n'accorder aucune valeur à la lésion que nous venons de décrire, lui refuser toute signification fonctionnelle ou pathologique (Tedeschi); mais, avec le professeur Renaut, nous pourrons répondre que, quand bien même on voudrait enlever à la dissociation segmentaire toute son importance, la reléguer au rang de lésion agonique (ce qui ne saurait être admis quand on l'observe aussi complète et aussi généralisée), on ne peut pas ne pas tenir compte de l'hypertrophie nucléaire et de l'atrophie hyperplasmique qui, elles, doivent bien être considérées comme les premiers stades de la lésion, devançant la dissociation segmentaire (2).

Nous nous croyons donc en droit de conclure que notre malade a succombé à une myocardite aiguë, marquée surtout par la segmentation des cellules cardiaques frappées en elles-mêmes jusque dans leur noyau et qui, a un moment donné, par le fait même de leur dissociation, sont devenues impuissantes à produire la contraction du cœur.

Fluxion parotidienne dans la pneumonie, par le Dr J. Hobbs, chef de la Clinique médicale à la Faculté de Bordeaux.

Parmi les complications que l'on ne voit survenir que rarement à l'occasion de la pneumonie, la parotidite a certainement sa place. Et, en effet, si nous nous rapportons aux livres spéciaux, au *Traité de la pneumonie* de Grisolle, par exemple, nous voyons cet auteur ne lui accorder qu'un très court chapitre, insister sur son caractère exceptionnel et sa tendance presque fatale à la suppuration. Jürgensen constate 6 fois la parotidite sur 5,738 cas de pneumonie !

Depuis quelques années, cette question, à la lueur de la bactériologie, a pris un regain d'actualité. Plusieurs auteurs, en effet, s'en sont occupés, notamment Testi (3), MM. Cazin et Duplay (4), P. Claisse et E. Dupré (5), et tous concluent à une détermination pneumococcique, le pneumocoque ayant été trouvé par eux dans le pus de l'abcès parotidien.

Dans ces cas, il s'agissait de parotidites aiguës survenues brusquement à la défervescence d'une pneumonie, ayant évolué assez rapidement pour qu'en vingt-quatre heures, quarante-huit heures au plus, après une période inflammatoire caractérisée par de la rougeur, du gonflement, une sensation de fausse fluctuation, il se formât un abcès nécessitant bientôt une large ouverture.

Quand l'examen bactériologique était fait, on pouvait constater, soit sur des tubes de gélose, soit sur des cultures en plaque, que l'agent pyogène était le pneumocoque et que cette donnée si importante devenait indiscutable quand les auteurs, à l'exemple de MM. Cazin et Duplay, pouvaient par inoculation directe du pus à la souris reproduire chez cet animal, véritable réactif du pneumocoque, une pneumococcie généralisée.

(1) *Loc. cit.*, obs. III.
(2) Renaut. Congrès de Lyon, octobre 1894.
(3) Testi, *Riforma medica*, 1889.
(4) Duplay, *Gaz. heb. de Méd. et de Chir.*, 1891, p. 50.
(5) P. Claisse et E. Dupré, Les infections salivaires (*Arch. de Méd. expér.*, 1894).

L'explication de ces parotidites suppurées, si bien étudiées cliniquement par Grisolle, devenait ainsi facile et on devait les ranger parmi les déterminations extra-pulmonaires du pneumocoque, au même titre que les endocardites, les méningites et les otites, dont M. Netter surtout nous avait démontré l'origine nettement pneumococcique.

Mais les choses ne se passent pas toujours ainsi. La parotidite, survenant au cours, à la défervescence ou même pendant la convalescence de la pneumonie, n'est pas vouée fatalement à la suppuration; tout peut se borner à une tuméfaction dure, douloureuse, plus ou moins rénitente à la palpation, donnant même une sensation de fausse fluctuation et se résorbant cependant complètement dans un temps plus ou moins long, sans qu'une intervention (incision ou ponction) soit nécessaire.

Plusieurs faits du même genre existent; comme ils sont peu nombreux, nous les citerons tous et nous y joindrons un cas personnel observé récemment par nous.

Observation I (1). (Résumée). — *Pneumonie. Fluxion parotidienne au dix-septième jour. Mort au quarante-septième jour par méningite streptococcique.*

Octavie X..., mécanicienne, âgée de cinquante-cinq ans, entre à l'hôpital de la Pitié pour une pneumonie gauche. Au dix-septième jour, alors que la crise est survenue, apparaît une tuméfaction de la région parotidienne droite, se prolongeant en avant vers le masséter et en bas de deux travers de doigt au-dessous de l'angle de la mâchoire.

Cette tuméfaction est douloureuse à la pression, uniformément tendue et dure. Une ponction est faite et ne ramène *pas de pus*. Des ensemencements sont tentés avec l'aiguille qui a servi à la ponction et sont absolument *négatifs*.

Cette fluxion parotidienne se résout graduellement. La malade succombe le quarante-septième jour de sa maladie à une méningite suppurée, que l'on reconnaît être due au streptocoque.

Obs. II (2). (Résumée). — *Pneumonie. Fluxion parotidienne au troisième jour. Guérison au septième jour.*

Homme de trente ans, porteur d'une pneumonie droite bien nette.

Le troisième jour de sa pneumonie, le malade se plaint de douleurs au-dessous de l'oreille droite.

Le lendemain, les douleurs sont très vives et arrachent des cris au malade. Les mouvements de la mâchoire sont devenus très pénibles. Au niveau de la branche montante du maxillaire inférieur et débordant de deux travers de doigt au-dessous de l'angle de la mâchoire, on constate une tuméfaction tendue, dure, douloureuse. L'oreille du côté droit est saine, tandis qu'un léger écoulement purulent a lieu par celle du côté opposé.

Le septième jour de la maladie, la tuméfaction parotidienne a complètement disparu, les douleurs ont cessé, mais l'hépatisation pulmonaire persiste.

Obs. III (Personnelle). — *Pneumonie traumatique. Abcès du poumon. Fluxion parotidienne au cours de la convalescence marquée dans la suite par un ictère. Examen bactériologique négatif. Guérison.*

Jean-Marie L..., âgé de quarante-cinq ans, entre le 31 août 1894 à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, dans le service de M. le professeur Picot, suppléé par M. Cassaët, salle 15, lit 20. Quatre jours avant son entrée à l'hôpital, cet homme raconte qu'il a reçu un choc très violent (coup de brancard) dans la région thoracique droite.

Le lendemain, il dut garder le lit, en proie à une fièvre vive. Il se plaignait également de point de côté.

(1) Lancereaux et Besançon, *Arch. gén. de Méd.*, 1886.
(2) Ch. Fiessinger, *Gaz. méd. de Paris*, 1893, p. 325.

Etat actuel. — Le malade a une dyspnée considérable. T. 39°. L'examen extérieur de la poitrine ne révèle rien d'anormal, il n'y a pas de fracture de côtes.

A la percussion, nous trouvons une matité notable à droite et en arrière. Les vibrations thoraciques sont exagérées. A l'auscultation, dans la même région, on trouve des râles crépitants. Crachats rouillés caractéristiques. Le malade est très affaibli. Pas d'albumine dans les urines.

Le 2 septembre. — T. 39°8; délire intense; les signes stéthoscopiques se sont un peu modifiés. On trouve un souffle tubaire très intense dans les deux tiers inférieurs du poumon droit. On entend encore quelques râles crépitants.

Le 3. — Même état. T. 40°.

Le 5. — Le souffle est moins rude, l'expectoration est devenue plus abondante; la température se maintient toujours élevée, 39°6 le soir.

Le 6. — Le malade éprouve une sensation de bien-être; l'urine est devenue plus abondante. A l'auscultation, râles sous-crépitants très nombreux dans la moitié inférieure du poumon droit; la percussion, très douloureuse en arrière, révèle une matité compacte. T. 39°2.

Le 8. — Le malade conserve un facies grippé. Il ne s'alimente pas et se plaint d'une soif très vive. L'expectoration est toujours abondante, mais a perdu sa consistance visqueuse et son aspect coloré; elle est maintenant séro-purulente. T. 39°.

Le 9. — Le malade crache du pus. La percussion dénote une zone de matité franche en arrière et à droite, dans le tiers inférieur, sur une surface un peu plus large qu'une pièce de cinq francs en argent; à ce niveau, l'oreille permet de constater un véritable *gargouillement* et une résonnance exagérée de la voix. La température se maintient toujours élevée, 39°2. L'état général ne s'améliore pas. De plus, le malade expectore par moments, surtout le matin, sous forme de véritable *vomique.*

Nous sommes maintenant au douzième jour de la maladie et tous ces signes nous font admettre l'existence d'un abcès consécutif au noyau de pneumonie.

Le 12. — Même état.

Le 13. — L'état local du poumon est en voie d'amélioration; l'expectoration est moins abondante, la matité moins étendue et les signes cavitaires ont perdu de leur netteté.

Le 14. — Le malade accuse une douleur dans la région parotidienne gauche. A ce niveau, on trouve une tuméfaction en masse empiétant en avant sur le masséter et tendant à rejoindre en bas l'angle de la mâchoire. La peau est rouge à ce niveau. A la palpation, très douloureuse, on a la sensation d'une rénitence profonde. L'examen de la cavité buccale ne décèle rien de particulier.

Le 15. — La douleur est encore plus vive; l'abaissement du maxillaire inférieur est devenu presque impossible. La peau est rouge, chaude; à la palpation, on croit deviner de la fluctuation. T. 38°6.

Le 16. — La tuméfaction a beaucoup diminué; néanmoins, nous pratiquons aseptiquement une ponction avec la seringue de Straus. La ponction ne donne *pas une goutte de liquide*; nous ensemençons cependant avec l'aiguille deux tubes de gélose. Au bout de quatre jours, il n'y avait *pas trace de colonie.*

Le 18. — *La tuméfaction a complètement disparu* et le malade peut commencer à s'alimenter.

La convalescence de ce malade a été particulièrement longue et marquée par un ictère qui a duré près de deux semaines. A ce moment, le malade a eu de la glycosurie alimentaire et de l'albumine dans ses urines.

Le traitement institué pendant tout le cours de la maladie a été essentiellement tonique et dirigé dans le but d'antiseptiser le tube digestif. Successivement, nous avons eu recours aux cachets de benzo naphthol à la dose de 50 centigrammes par jour, puis au salol, 2 grammes par jour. Un traitement créosoté (potion et inhalations) a été aussi dirigé contre l'abcès pulmonaire, qui s'est du reste parfaitement comblé.

Le 13 octobre. — Le malade peut enfin quitter l'hôpital complètement guéri.

Quelle signification doit-on donner à ces cas?

Quelle est la pathogénie de ces parotidites avortées en quelque sorte, de ces *fluxions* parotidiennes?

Devons-nous les ranger à côté des parotidites suppurées à pneumocoque ou les distraire complètement du cadre des déterminations pneumococciques extra-pulmonaires? Cette dernière opinion serait trop exclusive.

Sans doute, il ne s'agit pas ici d'une infection parotidienne *spécifique* du pneumocoque, puisque dans les trois cas, il n'y a pas eu de suppuration et que la suppuration est pour ainsi dire le caractère pathognomonique des complications métapneumoniques. De plus, dans notre observation et celle de MM. Lancereaux et Besançon, l'examen bactériologique a été fait et est resté négatif. On peut objecter que l'inoculation à la souris n'a pas été faite; à coup sûr, c'est une lacune; mais le seul fait que la ponction ne nous avait pas donné de liquide inoculable enlève à cette objection une partie de sa valeur.

Nous sommes donc porté à rattacher cette fluxion parotidienne à une altération glandulaire *aseptique* et, ici, nous ne pouvons qu'accepter la division faite par Claisse et Dupré. Dans leur mémoire : *Les Infections salivaires*, déjà cité, ces deux auteurs ont soin de distinguer des altérations canaliculaires, qui sont toujours septiques et suppurées, certaines altérations glandulaires aseptiques dépendant d'une cause générale, survenant à titre de dystrophie à la suite d'une grave intoxication ou d'une maladie infectieuse.

Au point de vue anatomique, ces dystrophies glandulaires pourraient ne se manifester que par une simple modification de forme des culs-de-sac glandulaires et de leurs cellules. Dans un cas, Claisse et Dupré ont observé de la nécrose avec destruction des cellules épithéliales et de leur noyau.

Au point de vue clinique, il s'agirait donc ici d'une infection banale, *simple*, survenant *à l'occasion* de la pneumonie et plus spécialement d'une pneumonie grave ayant mis l'individu en état de moindre résistance. Ces fluxions parotidiennes si remarquables par leur courte durée, leur résolution facile, pourraient être rapprochées de ces tuméfactions parotidiennes décrites depuis longtemps au cours de la menstruation, à l'occasion d'une blennorrhagie, de la grippe ou même de la goutte, et séparées, au contraire, de ces parotidites graves, constamment suppurées, où l'on retrouve le pneumocoque dans la pneumonie, le bacille d'Eberth en cas de fièvre typhoïde (1).

NOUVELLES

Corps de santé militaire. — Un témoignage de satisfaction a été accordé par le ministre de la guerre aux médecins ci-après dénommés, qui ont fait preuve de dévouement en donnant, depuis de longues années, des soins gratuits aux militaires de la gendarmerie, ainsi qu'à leurs familles, savoir :

MM. Brenet, à Saint-Martin; Guillermin, à Buxy; Guingue, à Jarnages; Desprez, à Pont-à-Marcq; Molinié, à Bretenoux; Manichon, à Oulchy-le-Château; Blaire, à Aubigny-en-Artois, Talazac, en l'Isle-en-Dodon; Cazeaux, à Langoiran; Reymond, à Saint-Priest; Carret, à Hautmont.

La Société Française de dermatologie et de syphiligraphie, fondée le 22 juin 1889, est reconnue comme établissement d'utilité publique, par décret en date du 12 janvier 1895.

La médaille d'honneur des épidémies, en or, à été décernée à M. le Dr Mosny, délégué sanitaire du ministre de l'Intérieur, à raison du dévouement dont il a fait preuve au cours des missions qui lui ont été confiées pendant les années 1893 et 1894 dans les départements du Nord et du Finistère.

(1) *Arch. cliniques de Bordeaux*, novembre 1894.

Concours du bureau central de médecine. — Le jury est provisoirement constitué par : MM. Chauffard, Roger, Mesnet, Dreyfus-Brisac, Gougenheim, Huchard, Peyrot.

Le Journal officiel d'aujourd'hui (5 février) publie l'arrêté suivant. Nous l'enregistrons sous toutes réserves. La chaire d'hygiène est bien vacante, mais nous ne pensons pas que notre ami le prof. Lacassagne soit disposé à quitter la chaire de *médecine légale*.

« La chaire d'hygiène et médecine légale de la faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon est déclarée vacante.

» Un délai de vingt jours à partir de la présente publication est accordé aux candidats pour produire leurs titres. »

MM. les docteurs Léon Labbé, Goujon et Lesouëf, sont nommés membres de la commission de l'armée, au Sénat, pour l'année 1895.

— Un Concours public pour la nomination à deux places de chirurgien du Bureau central sera ouvert le jeudi 14 mars 1895, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

Le registre d'inscription, ouvert le lundi 11 février 1895, à midi, sera clos définitivement le lundi 25 du même mois, à trois heures.

— Une médaille d'argent de deuxième classe est accordée à M. le docteur Le Plé, médecin légiste à Rouen; 3 décembre 1894 : a été blessé en désarmant une femme atteinte d'aliénation mentale.

Une mention honorable est décernée à M. Rodriguez (Isidore), citoyen uruguayen, étudiant en médecine à Paris, qui s'est signalé, le 2 août 1894, en portant secours à un homme en danger de périr asphyxié dans une fosse d'aisances.

M. le docteur Alphonse Delago est nommé médecin du lycée Carnot (emploi nouveau).

L'Union des Femmes de France a voté 10,000 francs pour ses premiers envois à Madagascar, ainsi qu'à son comité de la Réunion chargé d'une partie des secours à distribuer. Elle a, dans la même séance, voté 500 francs pour les victimes des ouragans et tourmentes de neige de Savine (Hautes-Alpes), Ax et Orlu (Ariège).

Statistique vitale de la France pendant 1893. — Il a été enregistré pendant cette année : 287,294 mariages, 6,184 divorces, 874.672 naissances, 867,526 décès.

On a compté en 1893 18,825 naissances de plus, et 8,363 décès de moins qu'en 1892, ce qui a amené, à la place du déficit de 20,041 habitants sur l'ensemble de la France, un léger excédent de 7,146 naissances.

Mariages : Comme il vient d'être dit, il a été célébré en 1893, 287,294 mariages, soit 3,025 de moins qu'en 1892. Ce nombre de mariages correspond à un taux satisfaisant de 7,55 pour 1,000 habitants. Le taux de la nuptialité, réduit à 5,6 pour 1,000 habitants dans les Basses-Pyrénées, atteint 9,3 dans le département de la Seine.

Divorces: Les divorces qui avaient été en 1892 au nombre de 5,776, ont progressé de 412 et ont atteint le chiffre de 6,184. C'est surtout à Paris et dans les départements du nord de la France que les divorces ont augmenté. La proportion actuelle des divorces est de 81 pour 100,000 ménages pour l'ensemble de la France.

Naissances : Le chiffre des naissances, qui se relevait déjà depuis 1890, a augmenté de 18,825 unités, et s'est élevé à 874,672, dont 446,957 pour le sexe masculin et 427,715 pour le sexe féminin.

La natalité générale a été de 22,9 pour 1,000 habitants, variant de 14,9 pour 1,000 dans le Gers à 33,5 dans le Finistère.

Naissances naturelles : Le nombre des naissances naturelles s'est élevé en 1893 au chiffre de 76,562, le plus fort qui ait été relevé en France jusqu'à ce jour; il accuse une proportion de 8,8 pour 100 naissances. Le développement des grandes villes et la dépopulation graduelle des campagnes dans certaines régions expliquent cet accroissement. Dans le département de la Seine la proportion des naissances naturelles est de 24,3 pour 100.

Décès : En 1893, il a été relevé sur le registre de l'état civil 867,526 décès, dont 449,682 du sexe masculin, et 417,844 du sexe féminin. Ces nombres accusent une proportion de 22,8 pour 1,000 habitants; bien que la mortalité ait diminué de 8,363 décès par rapport à l'année précédente, elle continue à être fort élevée. Cette mortalité de 1893 est supérieure de 20,000 unités à la moyenne de la période décennale de 1881-1890.

Terminons par une étude comparative des décès et des naissances.

L'accroissement de la population a été de 7,146 âmes. Distingués suivant le sexe, les résultats sont tout différents : l'effectif du sexe masculin par le jeu des naissances et des décès, s'est trouvé réduit à 2,725 unités (446,957 naissances et 449,682 décès), tandis que le sexe féminin se trouve avoir gagné, malgré l'infériorité du chiffre des naissances féminines, 9,871 unités (427,715 naissances et 417,844 décès).

Ces constatations, qui résultent d'un premier examen des mouvements de la population en 1893, accusent une amélioration dans l'état démographique de la population française.

Un cas fatal de choléra contracté dans un laboratoire. — On se rappelle que V. Pettenkofer avait conclu à l'impossibilité de contracter le choléra à l'aide des seuls bacilles. Le savant avait été conduit à cette conclusion à la suite d'expériences dans lesquelles il n'avait pu se procurer qu'une gastro entérite modérée, après avoir ingéré une quantité considérable de bouillon de culture. Il est vrai que l'Ecole de Berlin s'élevait contre cette opinion, en affirmant que V. Pettenkofer avait bien eu, en réalité, une attaque atténuée de choléra La preuve du fait a été fournie par le cas du docteur Œrgel, assistant à l'Institut hygiénique d'Hambourg, mort du choléra en expérimenfant sur des cultures pures de bacilles, et dont Reincke a rapporté l'histoire dans la *Deutsche medicinische Woch.* (n° 41, 1894).

On ne connaît pas d'une façon absolument exacte comment se produisit l'infection. On savait qu'Œrgel, à diverses reprises, avait eu des accidents en manipulant des cultures du choléra. Un certain jour, il aspira, par inadvertance, à travers une pipette, une certaine quantité du liquide péritonéal d'un cochon d'Inde inoculé auparavant avec une culture virulente. Immédiatement après, il eut de la diarrhée ; celle-ci ne put être arrêtée et, en deux ou trois jours, on vit s'installer un état asphyxique d'intensité moyenne, mais qui s'accompagna de crampes violentes et prolongées. Malgré tous les efforts, la diarrhée et les vomissements persistèrent et l'injection devint nécessaire. Ses forces faiblirent de plus en plus; un état comateux s'installa, vers le septième jour, en même temps qu'on constatait les signes d'une complication pulmonaire. La mort survint le huitième jour. Pendant toute la maladie, les bacilles, modifiés en apparence par le traitement, abondèrent dans les selles. Enfin, l'autopsie affirma le diagnostic de choléra.

Il faut en conclure à la nécessité de grandes précautions lorsqu'on manie les cultures du choléra, et à l'évidence du rôle étiologique joué par ces derniers (*The Americ. J. of medic. sc.*, décembre 1894).

Le record de l'insomnie. — C'est une idée anglaise. Cette lutte contre le sommeil a eu lieu à Newvastle, en public, avec prix pour le vainqueur.

Douze concurrents se sont présentés.

Au bout de quatre jours il n'en restait plus que trois. Le cinquième jour il n'en restait plus qu'un, marin anglais, qui fut proclamé vainqueur après être resté sept jours et sept nuits sans fermer l'œil.

Sa victoire pourrait lui coûter cher, car il était après cette semaine d'insomnie dans un état tel d'excitation qu'on a pu craindre qu'il ne devint fou (*Méd. mod.*).

Femmes médecins. — Le Conseil d'Etat de Saint-Pétersbourg va s'occuper prochainement du projet de la création d'une école de médecine pour les femmes. Le projet est déjà élaboré par une commission spéciale du ministère de l'instruction publique.

La création de cette école est vivement réclamée en Russie. Parmi les documents déposés au Conseil d'Etat se trouvent en effet de nombreuses pétitions provenant de divers « Zemstvo » (départements communaux), demandant l'ouverture de la nouvelle école dans le plus bref délai possible.

D'autre part, Mme Rodstvennaïa-Chaniavskaïa a pris l'engagement de fournir pendant dix ans la somme annuelle de 12,000 roubles (environ 30,000 francs) si l'école est ouverte en 1895.

M. Ritter, négociant à Gray, vient de faire à la Faculté de Nancy une donation d'un capital de 15,000 francs, destinés à la fondation d'un prix de chimie médicale, qui sera décerné, en mémoire du prof. Ritter, tous les deux ans, à un travail original de chimie médicale fait dans un laboratoire de la Faculté de médecine de Nancy, par un élève ou ancien élève de cette Faculté.

La variole en Allemagne. — En 1892, il y a eu dans l'empire allemand 107 décès par variole, soit 2,12 par million d'habitants. Ce chiffre, bien que dépassant de 49 celui de l'année précédente, reste encore au-dessous de celui qui représente la moyenne des sept dernières années, savoir 127. Les décès ont eu lieu dans 54 localités, dont 41 en Prusse et 7 en Alsace-Lorraine; les sept-huitièmes d'entre eux se sont produits dans les régions frontières.

Rappelons qu'en Allemagne la vaccination et la revaccination sont obligatoires. En 1891, sur 1,308,044 enfants soumis à l'obligation de la vaccine, 173,088 se sont soustraits illégalement à cette obligation. Sur 1,154,559 soumis à celle de la revaccination, 37,506 n'ont pas été revaccinés.

Les médecins en Allemagne. — En novembre 1894, on comptait dans l'empire allemand 22,287 médecins praticiens, soit 666 de plus que l'année dernière. Dans les huit dernières années, 1887-1894, le nombre des médecins s'est accru de 32 0/0. Pendant le même temps, l'accroissement de la population de l'empire n'a été que de 10 0/0, soit trois fois moindre que celui du nombre des médecins.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 février 1895.

Présidence de M. Empis.

Elections.

MM. Liégeois (Bainville-aux-Saules) et le professeur Teissier (Lyon) sont élus correspondants nationaux dans la division de médecine.

Asphyxie des nouveau-nés.

M. Laborde étudie comparativement, au point de vue expérimental, les procédés de rappel de respiration et de respiration artificielle.

L'insufflation de bouche à bouche, malgré les apparences, n'introduit dans l'arbre aérien des nouveau-nés qu'une très petite quantité d'air. D'ailleurs cet air n'agit pas par sa pénétration dans la profondeur, mais par excitation réflexe des muqueuses bucco pharyngée et laryngienne: il excite ainsi le réflexe respiratoire. C'est d'ailleurs heureux, car au point de vue de l'hématose, c'est de l'air expiré, nuisible par conséquent.

Avec le tube laryngien, on introduit manifestement de l'air, qui excite la muqueuse laryngo-bronchique et dilate le thorax. En outre, le tube laryngien à lui seul a une influence excitante réelle, prépondérante même, si bien que chez l'animal en état de mort apparente, ce contact suffit à réveiller les mouvements respiratoires.

Les procédés tels que l'excitation cutanée, les pressions thoraciques de Marshall-Hall, de Sylvester ont tous une action indirecte pour provoquer le réflexe respiratoire : or, il est certain que la provocation est d'autant plus efficace que l'excitation initiale est plus directe.

Or, le procédé de la langue, qui excite les nerfs sensitifs respiratoires et en particulier le laryngé supérieur, réalise au maximum l'excitation directe : de là sa supériorité réelle sur les autres procédés dits de respiration artificielle.

Comité secret.

Sur le rapport de M. Polaillon, l'Académie fixe comme suit la liste de présentation à deux places de correspondant national dans la division de chirurgie : 1° M. Jules Bœckel; 2° M. Combalat (Marseille); 3° *ex æquo* MM. Auffret (Rochefort), Folet (Lille), Gaulard (Lille) et Poncet (Cluny).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 janvier 1895.

Plaies de l'abdomen.

M. Berger. — M. Chaput, dans son rapport, a cru élargir le débat en réunissant dans une même discussion des faits absolument dissemblables. C'est un retour à des errements avec lesquels nous avions rompu; et je crois que nous avions raison, dans cette discussion sans cesse renaissante, de bien distinguer les coups de couteau et les balles de revolver dans le ventre. Dans ces deux classes, il n'y a aucun rapport entre l'étendue, la forme des plaies, la simplicité ou la complexité de l'intervention chirurgicale.

Je ne prendrais donc pas la parole, si M. Chaput ne m'avait mis directement en cause, en me prêtant des opinions qui n'ont jamais été les miennes. Il me range, avec M. Reclus, parmi les non-interventionnistes, qui n'auraient pas opéré le malade de M. Rochard. J'ai dit autrefois, et je maintiens, que les plaies du gros intestin sont moins graves que celles du grêle, mais je n'ai jamais dit qu'elles ne requéraient pas l'intervention : j'ai même publié un cas où j'ai opéré, et j'ai cherché à faire ressortir que précisément pour les plaies du cæcum les conditions opératoires sont particulièrement favorables.

Quant à ma doctrine pour les plaies de l'abdomen en général, elle consiste à n'en pas avoir, à m'abstenir de toute idée préconçue. Il faut analyser chaque cas particulier et ne pas vouloir le faire rentrer dans une catégorie toute faite. M. Chaput a fait le procès de la symptomatologie et du diagnostic en pareille matière. Il a raison, si l'on veut attendre les symptômes de certitude absolue, c'est-à-dire ceux de la péritonite septique : alors on opère un moribond. Mais par un examen attentif, on trouve de bonne heure des signes suffisants pour indiquer l'intervention : la sensibilité du ventre, un peu de tympanisme, un peu de fréquence du pouls et de la respiration, un peu d'anxiété. Cela suffit absolument, même quand le tableau n'est pas tout à fait au complet. Je crois qu'avant d'opérer il faut avoir ces quelques présomptions, et pour une plaie dont la pénétration n'est pas certaine, aux symptômes abdominaux nuls, je m'abstiens. C'est pour cela sans doute que M. Chaput me range dans les abstentionnistes : or, je suis un de ceux qui ont le plus opéré dans les cas de ce genre, et j'ai sauvé deux malades. C'est facile à savoir, car j'ai publié toutes mes observations. J'ai cité des cas de plaies du cæcum, de l'estomac, où je n'ai pas opéré : c'est que j'avais été appelé trop tard. Parmi les malades dont je suis directement responsable, tous ceux que je n'ai pas opérés ont guéri : je n'en ai pas laissé mourir un seul faute d'opération.

Donc, ne prenons pas une règle pour y plier tous les cas. Il y a quelque temps, on m'apporta à l'hôpital un homme qui avait reçu la veille un coup de couteau dans l'hypochondre gauche. Il y avait un hémothorax évident, et avec cela de la douleur abdominale avec tympanisme dans la région du côlon descendant. Le pouls toutefois était bon ; il y avait eu après l'accident un vomissement alimentaire, nullement sanglant. Malgré le tympanisme, comme l'estomac, qui seul pouvait être blessé, me parut intact, je me suis abstenu, et le malade a guéri.

Je terminerai en accordant à M. Chaput que c'est de la chirurgie difficile; mais on aurait tort de déclarer qu'elle exige un outillage tout à fait spécial. Cet outillage aide, mais il faut savoir s'en passer, car on peut être appelé à opérer d'urgence, n'importe où.

M. Kirmisson relève dans le manuel opératoire trois préceptes de M. Chaput, qu'il croit dangereux :

1° L'incision latérale, bien suturée et non suppurante, n'expose pas plus que la médiane à l'éventration.

2° L'incision énorme préconisée par M. Chaput rend très difficile la rentrée de l'intestin.

3° Il est mauvais de dévider toujours l'intestin. C'est une manœuvre grave, qu'il faut réserver aux cas où le nombre des lésions intestinales est incertain.

M. Nélaton, comme M. Chaput, a toujours été frappé de l'absence complète de symptômes primitifs. Il pense qu'il faut ou bien attendre le début de la péritonite, ou bien préconiser la laparotomie exploratrice immédiate. Pour sa part,

il n'hésite pas, et fait la laparotomie exploratrice. Si on ne trouve aucune lésion viscérale, l'intervention est d'une bénignité parfaite, ainsi qu'il a encore pu s'en convaincre il y a peu de temps. Pour cette laparotomie, l'incision médiane énorme est ce qu'il y a de mieux, et pour trouver les lésions rapidement, et pour rentrer les anses, protégées sous une vaste compresse.

M. Reclus. — Je ne croyais pas que le moment fût encore venu de réveiller cette question, mais je désire répondre aux attaques de M. Chaput. D'abord, je n'ai jamais dit qu'une plaie par instrument tranchant fût une quantité négligeable : j'ai seulement dit qu'elle était ordinairement moins grave qu'une plaie par balle de revolver. Quoi qu'en dise M. Chaput, le bouchon muqueux oblitérant la plaie est réel; il est rare d'ailleurs, et le mécanisme ordinaire de la guérison spontanée est l'accolement de la plaie à une anse voisine. M. Chaput est sévère pour mes statistiques : je les préfère encore aux siennes, car je ne saurais lui accorder qu'il faut les expurger et des lésions trop graves pour être curables et des cas où il y a eu une faute opératoire (perforation omise, péritonite inoculée). Mais, d'une manière générale, je me rallie à l'argumentation de M. Berger : M. Chaput prend mes opinions d'il y a 5 ou 6 ans. Or, elles se sont modifiées, et peu à peu, je suis devenu plus interventionniste. Par exemple, pour le dévidage de l'intestin à travers une grande incision, je fais amende honorable pour les cas où on arrive dans les quatre premières heures, chance que personnellement je n'ai jamais eue. Je maintiens néanmoins que les statistiques de M. Chaput sont beaucoup trop consolantes.

M. Peugniez lit un travail sur l'entérorrhaphie.

M. Félizet présente un enfant qu'il a opéré pour une ostéomyélite de la clavicule.

A. Broca.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 1er février 1895.

Fibrome de la paroi de l'abdomen.

M. Claude rapporte l'observation d'une femme qui, à la suite d'une fausse couche, ressentit une vive douleur dans la fosse iliaque droite. Elle reconnut quelque temps après qu'il existait un corps dur dans cette région, et cette nouvelle saillie augmenta assez rapidement pour qu'en dix mois elle acquît le volume d'une pomme. L'ablation en fut faite assez facilement; le péritoine put être décollé. En un point la tumeur adhérait à la crête iliaque. L'examen microscopique montra qu'au milieu du tissu fibreux il existait par places des noyaux myxomateux.

Tumeur érectile de la face.

M. Claude présente une petite tumeur du volume d'une noix enlevée par M. Labbé sur le bord sous-maxillaire, au niveau de la région où passe la veine faciale. Cette petite tumeur augmentait de volume par la compression des vaisseaux, et diminuait à la pression Une ponction donna du sang. L'opération consista en ablation de la tumeur, après avoir fait deux ligatures au vaisseau.

Elle est formée d'un tissu lacunaire dont les parois sont très riches en fibres lisses.

Sarcome de l'S iliaque.

M. Lévi a observé une femme, âgée de 38 ans, qui se plaignait de douleurs abdominales sourdes, et présentait avec un peu de fièvre une diarrhée intermittente. L'examen de l'abdomen révéla la présence d'une tumeur assez volumineuse, régulière. mobile, située un peu à gauche de la ligne médiane : on songea à un sarcome de l'ovaire. La laparotomie montra qu'il s'agissait d'une tumeur de l'S iliaque, dont on fit la résection en amenant les deux extrémités de l'intestin à la paroi. La mort survint deux jours après l'opération.

Appendicite ayant simulé un abcès périnéphrétique.

M. Mayet rapporte l'histoire d'un enfant soigné par M. Broca à l'hôpital Trousseau. Les symptômes se résumaient en douleurs dans la région du rein droit et empâtement de la région lombaire : néanmoins on conclut qu'il existait une appendicite à foyer postéro-supérieur. Après incision dans la région malade on tomba sur un clapier purulent situé derrière le côlon ascendant. Cette intervention fut insuffisante, le foyer se drainant mal, et l'enfant, d'ailleurs opéré trop tard, succomba. On trouva à l'autopsie : 1° un appendice d'une longueur de 14 centimètres remontant le long du bord externe du côlon ascendant et s'ouvrant, à son extrémité, près du rein droit dans un foyer purulent; 2° un abouchement anormal de l'iléon dans le cæcum; la dernière anse intestinale passe devant le cæcum et vient s'ouvrir sur son bord externe.

M. Broca insiste sur la terminaison anormale et inexplicable de l'iléon, sur la longueur exagérée de l'appendice et sur la nécessité d'opérer le plus vite possible les malades atteints d'appendicite.

G. Dagron.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 1er février 1895.

Présidence de M. d'Heilly.

Traitement de la diphthérie.

M. Lebreton. — Nous voudrions, M. Magdelaine et moi, vous exposer aujourd'hui le résultat total de nos trois mois de séjour au pavillon de la diphthérie de l'hôpital des Enfants-Malades. Comme l'isolement des malades atteints de diphthérie confirmée et ceux des malades *supposés* diphthéritiques ne nous était pas possible, tout enfant entrant dans nos salles recevait une injection de 10 ou de 20 centimètres cubes de sérum Si le tube immédiatement ensemencé donnait le lendemain une culture de Lœffler, elle était le début du traitement curatif; dans le cas contraire, elle était purement préventive. Nous n'avons, grâce à cette précaution, eu à enregistrer aucun cas de contagion intérieur. Les doses nécessaires à la guérison des malades nous ont paru moins élevées en décembre qu'en octobre. Ajoutons qu'aucun autre traitement local n'a accompagné la sérothérapie. Or, sur 258 enfants atteints de diphthérie, nous n'avons eu à enregistrer que 31 décès, soit une mortalité de 12 0/0; si on retranche de ce chiffre 8 enfants morts avant que l'on ait eu le temps de leur appliquer le traitement, la mortalité descend à 10.8 0/0.

Nous avons dû pratiquer la trachéotomie 24 fois avec 9 décès et 51 intubations. Sur ces 258 malades, 147 présentaient des associations microbiennes et ont fourni 19 de nos décès.

Sur 1,200 injections que nous avons faites, nous n'avons pas eu d'accidents locaux; à peine quelque rougeur; une seule injection pratiquée le 24 décembre aurait suppuré. Les autres accidents observés peuvent être rangés sous deux chefs : les *éruptions* et *l'albuminurie*.

Les éruptions ont été aussi diverses dans leurs formes et leur époque d'apparition que les doses nécessaires à leur production; elles tenaient au sérum injecté, car nous l'avons observé 4 fois chez des enfants non diphthériques. Elles apparaissent ordinairement du 8e au 11e jour et s'accompagnent d'une élévation thermique atteignant 39° et 40°. L'éruption a la forme ortiée ou scarlatiniforme, cette dernière beaucoup moins fréquente que la première.

L'albuminurie est d'une interprétation difficile; elle tient certainement à l'injection, car nous l'avons vue survenir 3 fois chez des enfants non atteints de diphthérie. Nous avons eu 140 cas d'albuminurie; 57 fois l'albuminurie s'est montrée tardivement comme phénomène d'élimination, alors que la maladie était terminée. Les paralysies n'ont été que rarement observées.

Bien que partisans convaincus de la sérothérapie, nous croyons de notre devoir de faire observer que les injections ne nous paraissent pas absolument inoffensives. Elles peuvent amener des élévations de température, des accidents du côté des reins, et créer un état momentanément inquiétant pour la famille. Nous ne croyons donc pas qu'il faille pratiquer d'injections préventives chez les enfants ayant été en contact avec un diphthérique, comme nous avions tendance à le faire au début.

En somme, deux cas peuvent se présenter : ou bien un enfant présente des symptômes de diphthérie ou de croup

confirmé; ou bien on ne constate qu'une plaquette ou quelques points blancs isolés. Dans le premier cas, nous conseillons une injection immédiate; dans le second, l'expectation armée.

Nous voudrions encore insister sur un point de traitement, nous voulons parler du tubage. Grâce à la rapide action du sérum, les instruments ne séjournent que peu de temps dans les conduits aérifères, et cela semblait être une nouvelle indication en faveur du tubage. Or, sur 51 tubages faits chez des diphthériques atteints de croup, nous avons eu 14 décès et 37 guérisons; sur ce chiffre 7 enfants sont morts dans les 24 heures, soit de broncho-pneumonie, de bronchite membraneuse ou d'intoxication générale, ce qui ne laisserait pour les enfants tubés et soumis à la sérothérapie qu'une mortalité de 18 0/0. Mais nous devons le dire bien haut, le tubage est une opération difficile, nécessitant une habitude assez grande; cette pratique nécessite encore une surveillance constante de l'enfant; c'est dire que le tubage restera un procédé d'hôpital. Bien que chez l'enfant en bas âge, la perte de sang soit souvent fatale, la trachéotomie nous paraît être l'opération de choix dans trois cas : 1° quand l'enfant est en imminence de mort; dans ces cas la trachéotomie amène une sorte de résurrection et ne déprime pas autant le malade que le tubage; 2° quand l'auscultation faisant entendre un bruit de drapeau fait supposer dans la trachée des lambeaux de fausses membranes flottants; 3° enfin dans les cas de laryngo-trachéite pseudo-membraneuse à streptocoques, l'asphyxie se produirait à chaque tentative de tubage. Quant au tube, il doit être retiré dès que l'on constate la disparition des fausses membranes; c'est généralement du 3e au 5e jour que cette extraction peut avoir lieu. On devra avoir soin d'enlever le fil qui est toujours plus dangereux qu'utile.

M. Chantemesse. — Les raisons que donne M. Lebreton pour rejeter l'injection préventive ne m'ont pas entièrement convaincu.

On peut injecter dans ces cas de très petites doses de sérum, suffisantes pour préserver l'enfant, et trop faibles pour déterminer des accidents.

M. d'Heilly. — Je désire savoir comment M. Lebreton alimentait ses malades. Lorsqu'en 1888, j'ai pratiqué le tubage dans mon service de diphthérie, j'ai observé des accidents de déglutition et des broncho-pneumonies.

M. Lebreton. — Les malades étaient alimentés avec des aliments liquides et demi-liquides. Les accidents ne surviennent pas quand on a soin de couper le fil; j'insiste sur cette opération.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 3 février 1895.

Présidence de M. Chauveau.

Des lésions intestinales dans l'intoxication diphthérique expérimentale.

MM. Courmont et **Doyon** ont constaté dans une série d'expériences que les effets vaso-dilatateurs des toxines diphthériques injectées dans les veines se manifestent après une période d'incubation plus ou moins longue.

Si la dose de toxine injectée est forte, de façon à tuer le chien par exemple au bout de 5 heures, on trouve à l'autopsie des lésions inflammatoires de l'entérite pseudo-membraneuse. La surface de l'intestin est couverte de plaques tremblotantes au-dessous desquelles on trouve la muqueuse ayant quadruplé d'épaisseur, injectée, œdémateuse, recouverte d'un enduit nacré, le tout composé de cellules épithéliales atteintes de dégénérescence graisseuse.

Ces lésions sont pourtant produites exclusivement par les toxines injectées dans le sang et nullement l'effet d'une infection secondaire à laquelle on les aurait sûrement attribuées si elles eussent été trouvées chez l'homme.

L'hypothermie dans l'infection diphthérique expérimentale.

MM. Courmont et **Doyon** ont constaté que dans l'infection diphthérique expérimentale l'hypothermie présentait certaines particularités. Elle est toujours précédée d'une période d'incubation qu'on peut raccourcir en augmentant la dose, mais qu'on ne peut supprimer. Les auteurs ont été, du reste, les premiers à signaler cette incubation parmi les effets de certaines toxines microbiennes, notamment à propos du tétanos.

La température ambiante a une grande influence sur cette hypothermie qui une fois commencée marche lentement ou brusquement suivant que l'animal est au froid ou au chaud. Elle coïncide avec les phénomènes vaso-dilatateurs qui se produisent également après l'incubation.

Mammite noueuse.

MM. Gaudier et **Surmont** ont eu l'occasion d'observer un cas de mastite chronique décrite par Tillaux et Phocas sous le nom de mammite noueuse. Dans le liquide qui s'écoulait du mamelon lorsqu'on comprimait le sein, ils ont trouvé un staphylocoque blanc très mince et très légèrement virulent, avec lequel ils ont fait une série d'expériences consistant en l'injection de cultures pures de ce microcoque dans les canaux galactophores des chiennes en lactation. Dans ces conditions, ils ont constaté les faits suivants :

Quarante-huit heures après l'injection, la glande devient rouge, tuméfiée, douloureuse et tout semble indiquer la formation imminente d'un abcès. La glande ne suppure pourtant pas et les phénomènes du début s'apaisent les jours suivants. Au bout de 15 jours, la sécrétion du lait s'arrête, puis la glande s'indure et prend une consistance noueuse.

Si, à diverses périodes, on fait l'examen histologique de la glande infectée, on trouve que la mammite artificiellement provoquée présente plusieurs périodes. Au commencement, on trouve tous les signes d'une inflammation subaiguë, avec desquamation des cellules glandulaires; œdème et infiltration du tissu conjonctif péri-acineux. Plus tard, le tissu embryonnaire s'organise, se cicatrise en étranglant le parenchyme glandulaire, si bien que finalement la glande se trouve transformée en un tissu kystique d'aspect caverneux.

M. Charrin fait observer que dans une série de recherches faites sur le lait de nourrices absolument bien portantes et dont les nourrissons prospéraient, il a trouvé, chez 27 sur 41 cas examinés, des cultures pures de staphylocoques blancs.

M. Chauveau n'a jamais trouvé de staphylocoques dans le lait des vaches non-malades. Peut-être les staphylocoques blancs trouvés par M. Charrin venaient-ils de la peau.

M. Charrin a fait l'examen bactériologique du lait avec toutes les précautions employées en pareil cas : désinfection du mamelon, puis prise de lait seulement après en avoir fait couler une certaine quantité. Du reste, la présence des staphylocoques dans le lait des femmes bien portantes a été signalée avant lui par plusieurs auteurs.

De la quantité d'oxyhémoglobine dans le sang des myxœdémateux.

M. Masoin a examiné le sang dans trois cas de myxœdème dont un acquis et deux congénitaux. Dans le premier cas, la proportion d'oxyhémoglobine a été de 6 1/2 0/0; dans les deux autres de 6 et 7 0/0. A l'état normal, la proportion d'oxyhémoglobine oscille entre 13 et 14 0/0. Il résulte donc de ces chiffres que dans le myxœdème la proportion d'oxyhémoglobine est diminuée de moitié.

Cette diminution de la proportion d'oxyhémoglobine a été également constatée dans le sang des animaux thyroïdectomisés.

M. Bonnier fait une communication sur la physiologie de l'oreille.

M. Retterer fait une étude du développement des synoviales et bourses séreuses du tarse chez le lapin.

M. Mathias-Duval expose une nouvelle théorie anatomique du sommeil. Partant du fait récemment démontré que les rapports entre les ramifications nerveuses sont de contiguité et non pas de continuité, M. Mathias-Duval suppose, à titre d'hypothèse pure, que ces ramifications sont douées de mouvements amiboïdes et qu'ils se rétractent pendant le sommeil en coupant, pour ainsi dire, toute communication avec l'extérieur. Au réveil, les ramifications se rallongent et se mettent en rapport les unes avec les autres.

Des connexions du corps strié avec le lobe frontal.

M. G. Marinesco, au cours des expériences qu'il a entreprises dans le laboratoire du professeur Munk à Berlin sur les fonctions du lobe frontal, a constaté un fait qui n'est pas sans importance. Après avoir réalisé la destruction partielle ou complète de ce lobe chez le singe et chez le chien et gardé les animaux en vie pendant 15 jours, on les a sacrifiés et traité leurs cerveaux par la méthode de Mochi. Dans tous ces cas, il a trouvé des faisceaux minces contenant des fibres dégénérées dans le noyau caudé. Des anatomistes éminents, comme Meynert, Kœlliker, avaient déjà décrit des faisceaux de fibres qui, sorties du segment antérieur de la capsule interne, se rendaient dans le noyau caudé, mais leur opinion était tombée dans l'oubli depuis que Wiecnicke a nié toute relation entre le corps strié et l'écorce cérébrale.

Les recherches récentes de Roux, qui a vu des collatérales détachées des fibres de projection se mettre en rapport avec les cellules du corps strié, constituent un document précieux à l'appui de l'existence d'une voie fronto-striée que nous avons décrite.

R. Romme.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 14 *janvier* 1895.

De l'influence exercée par le système nerveux et la sécrétion pancréatique interne sur l'histolyse. Faits éclairant le mécanisme de la glycémie normale et du diabète sucré.

M. Kaufmann. — Dans des recherches antérieures, j'ai établi que l'activité glycosoformatrice intra-hépatique est réglée, d'une part, par le produit frénateur déversé dans le sang par le pancréas, et, d'autre part, par l'action nerveuse transmise directement au foie par les nerfs hépatiques; que la sécrétion pancréatique interne est elle-même soumise à l'action régulatrice directe du système nerveux.

A ces conclusions, confirmées dans les nouvelles recherches, viennent s'en ajouter d'autres, tirées des faits expérimentaux suivants :

a) Sur l'animal non hyperglycémique, à foie et pancréas complètement énervés, la piqûre du plancher du quatrième ventricule ne produit pas son effet hyperglycémique et glycosurique habituel.

b) Sur l'animal hyperglycémique ou glycosurique, à foie et pancréas énervés, ou à foie énervé et à pancréas extirpé, la piqûre bulbaire détermine toujours un accroissement de l'hyperglycémie et de la glycosurie.

Le premier fait a été établi par mes recherches antérieures et confirmé depuis; le second est démontré par des expériences nouvelles qui montrent que la piqûre bulbaire est capable d'exagérer considérablement l'hyperglycémie et la glycosurie, sans que l'on puisse invoquer la transmission d'une action nerveuse quelconque ni au foie ni au pancréas.

Faut-il admettre que la piqûre diabétique provoque la formation du sucre dans les tissus autres que le foie et que cette formation sucrée périphérique peut devenir assez importante pour déterminer l'exagération de l'hyperglycémie et de la glycosurie?

Cette interprétation doit être rejetée. Les faits expérimentaux actuellement connus et bien établis montrent, en effet, que la foie est le seul centre glycosoformateur important de l'économie, et que les autres organes ne participent que d'une manière insignifiante à la formation du sucre du sang. Après l'isolement du foie chez les mammifères (Bock et Hoffmann, Seegen, Hédon, Kaufmann), après son extirpation complète chez les oiseaux et les animaux à sang froid (Minkowski), le sucre diminue rapidement dans le sang et même disparaît. La même diminution s'observe sur des animaux diabétiques (Kaufmann). Dès 1856, mon maître, M. Chauveau, a montré que le sang artériel est toujours un peu plus riche en sucre que le sang veineux de la circulation générale. Dans un travail récent, nous avons constaté, M. Chauveau et moi, qu'il en est exactement de même chez les animaux hyperglycémiques, glycosuriques et hypoglycémiques : dans tous les cas, quel que soit l'état glycémique de l'animal, le sang perd du sucre en traversant le réseau capillaire des tissus autres que le foie. J'ai constaté aussi que, pendant l'isolement du foie sur des chiens diabétiques, le sang stagnant dans les vaisseaux qui tiennent encore au foie s'enrichit en sucre, en même temps que celui qui est en circulation dans le reste de l'organisme perd sa glycose.

Tous ces faits ne permettent donc pas d'accepter l'interprétation d'après laquelle du sucre se formerait dans les divers tissus, en quantité suffisante pour provoquer l'exagération hyperglycémique et glycosurique observée dans les expériences ci-dessus. On est donc conduit à admettre que l'accroissement de l'hyperglycémie et de la glycosurie qu'on observe après la piqûre bulbaire, sur l'animal dont l'appareil glycosoformateur est énervé, est le fait, non d'une formation active de glycose dans les différents tissus, mais bien celui d'une résorption histolytique générale plus active, résorption histolytique qui fait pénétrer en plus grande abondance dans le sang des matériaux capables d'activer la formation sucrée dans le foie.

Cette manière de concevoir l'effet de la piqûre bulbaire est appuyée par les faits si clairement exposés par M. Chauveau dans son récent travail intitulé : *La vie et l'énergie chez l'animal.*

L'histolyse s'accomplit incessamment dans l'organisme animal; elle fait rentrer dans le sang les matériaux qui composent les tissus; le sang transporte ensuite ces matériaux dans le foie où ils sont utilisés pour servir à la fabrication du sucre et à la reconstitution du potentiel énergique consommé par le travail physiologique des divers organes.

Les faits et les considérations exposés conduisent donc à cette conclusion importante, à savoir : que la piqûre diabétique agit non seulement sur le foie et le pancréas, mais encore sur le travail histolytique général qui s'accomplit continuellement dans les divers tissus de l'organisme animal.

L'analyse de ces mêmes faits permet, en outre, d'établir que l'histolyse est réglée, comme la glycosoformation intra-hépatique, à la fois par le produit pancréatique déversé dans le sang et par le système nerveux; que le produit pancréatique exerce, par l'intermédiaire du sang, son action frénatrice puissante sur l'activité de la résorption histolytique en même temps que sur l'activité glycosoformatrice hépatique.

Chez l'animal à appareil hépatopancréatique énervé, la piqûre diabétique ne produit pas son effet hyperglycémique habituel aussi longtemps que la fonction pancréatique conserve son activité normale. Sur un tel animal, la double action frénatrice qui s'exerce sur l'histolyse n'est pas facile à dissocier, parce que la réfréuation d'origine pancréatique est, à elle seule, assez puissante pour maintenir l'histolyse dans son activité normale; mais cette dissociation devient facile aussitôt que l'on affaiblit ou que l'on supprime totalement le frein pancréatique. Alors l'animal devient hyperglycémique et diabétique; mais son diabète n'atteint pas son maximum d'intensité parce que le système nerveux continue à exercer son action fréuatrice sur l'histolyse. La piqûre bulbaire pratiquée alors supprime ce reste de réfréuation nerveuse, d'où diabète plus intense.

L'histolyse et la glycosoformation sont deux actes physiologiques soumis l'un et l'autre à une double régulation : l'une d'origine pancréatique, l'autre d'origine nerveuse. Toutes les actions normales ou pathologiques qui modifient le travail glycosoformateur modifient aussi dans le même sens l'histolyse.

L'harmonie admirable qui se montre entre l'histolyse et la glycosoformation a pour résultat de proportionner l'intensité de la reconstitution du potentiel énergétique à l'intensité de la consommation de ce même potentiel consommé par le travail physiologique qui s'accomplit incessamment dans les diverses parties de la machine animale.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 30 *janvier* 1895.

Présidence de M. Colrat.

Exothyropexie.

M. Nicolas présente un garçon de 15 ans, né dans un pays à goître, auquel M. Jaboulay a pratiqué l'exothyro-

pexie pour des accidents dyspnéiques et cardiaques ayant débuté il y a environ deux ans et peu à peu aggravés. Il existait du tremblement des mains, de la tachycardie avec arhythmie. En raison de l'état cardiaque, l'opération fut pratiquée avec l'anesthésie locale au chlorure d'éthyle, et néanmoins il y eut après l'intervention, qui fut facile et rapide, des accidents notables. Les suites furent très simples, mais, quoique n'ayant pas suppuré, le malade a eu pendant plusieurs jours une hyperthermie notable (au-dessus de 39°), due sans doute à la résorption du tissu thyroïdien. Puis l'amélioration s'est produite : cessation de la dyspnée, du tremblement, et la tumeur s'est réduite au volume d'une noix. Il persiste encore quelques troubles cardiaques.

M. Poncet. — L'atrophie des goîtres ainsi attirés hors du cou est incontestable. Mais quelquefois la luxation de la tumeur en avant provoque des accidents graves de tirage et de suffocation. Il est alors indiqué de réintégrer la glande à sa place et récemment j'ai constaté qu'elle pouvait après cela s'atrophier sous des pansements à plat.

M. Gangolphe fait une communication relative au choix de la voie préauriculaire pour les opérations sur le conduit auditif externe et le rocher pour l'extraction de corps étrangers et de balles.

Il a fait choix de cette voie pour extraire une balle logée dans l'intérieur du rocher et parce qu'il avait remarqué, après études sur le cadavre, que la parotide était facile à repousser, que le facial n'était pas à craindre et que l'on se donnait beaucoup de jour en fendant le canal cartilagineux suivant son axe.

Cette voie, facile à suivre, est destinée à remplacer la voie rétro-auriculaire. Il l'a employée dans un cas de corps étranger ; peut-être pourra-t-elle rendre de réels services dans les cas de suppurations, de lésions osseuses. Elle n'avait jamais été suivie. Il la recommande à cause de sa simplicité.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE LYON

Séance du 27 janvier 1895.

Présidence de M. Arloing.

Accouchement prématuré provoqué trois fois avec succès chez la même personne.

M. Marduel. — Si je communique ce fait à la Société, ce n'est pas que les cas d'accouchements prématurés artificiels soient rares, mais à cause de la répétition chez le même sujet, et aussi pour montrer que ce mode d'intervention, dans certains rétrécissements du bassin, peut être conservé dans la pratique.

Il s'agit d'une jeune femme dont la première grossesse se termina à terme, il y a onze ans, par un accouchement des plus laborieux, opéré par le forceps avec les plus grandes difficultés; ce premier enfant était un garçon. Lors d'une deuxième grossesse, en 1886, M. Delore, se rappelant les difficultés du premier accouchement, dans ce bassin dont le diamètre promonto-pubien mesure 8 centimètres 1/4, proposa et exécuta l'accouchement provoqué à huit mois au moyen du ballon de Tarnier, il n'eut pas à employer le forceps; ce second enfant était une fille.

Appelé à donner des soins à cette personne, lors de la troisième grossesse, en 1889, obligeamment mis au courant des antécédents par M. Delore, je constatai, comme lui et après lui, que le promonto-pubien mesurait 8 centimètres 1/4, et décidai de provoquer l'accouchement entre huit mois et huit mois et quart; ce qui fut fait en octobre 1889. Tenant compte des répugnances de la malade pour l'appareil de Tarnier, lui préférant le procédé de Krause, j'introduisis dans l'utérus une sonde n° 16. Cinq heures après apparaissaient les premières douleurs, et le travail continuait sans interruption. Une fois la dilatation complète, au bout de 43 heures, il fallut terminer par une application de forceps. L'enfant était un garçon du poids de 2,950 gr.

En 1894, survint une quatrième grossesse ; dernière menstruation le 27 avril. Il fut décidé que l'accouchement serait provoqué dans les premiers jours de janvier 1895. Le 3 janvier, à huit heures du matin, toutes précautions antiseptiques prises, introduction d'une bougie n° 16 qui ne put pénétrer que de la moitié de sa longueur. A cinq heures du soir, apparition des contractions utérines qui continuent, régulières, jusqu'à dix heures du soir, puis s'espacent et s'affaiblissent pour cesser à onze heures. Le 4, au matin, les douleurs ne s'étant pas reproduites, la sonde est retirée, puis j'en introduis deux qui ne pénètrent pas plus avant que la première. Pas de contractions. Le 4, à dix heures du soir, je retire les deux sondes, et parviens enfin à en introduire une tout entière dans l'utérus. Les contractions commencent à six heures du matin et, dès lors, le travail marche régulièrement ; la tête en position transversale, occiput à gauche, est mobile au-dessus du détroit supérieur. A dix heures du soir, la dilatation étant complète, la poche des eaux se rompt pendant un toucher ; avec la main appliquée à l'hypogastre, je refoule la tête et l'engage ; la tête descend, la rotation s'effectue sur le plancher périnéal et, à dix heures trois quarts, se dégage à la vulve en occipito-pubienne. Fille vivante pesant 3.050 grammes. Suite de couches normales sans la moindre élévation de température ; la malade est aujourd'hui (28 janvier) levée et allaite avec succès.

Ce fait suggère les réflexions suivantes : 1° le succès trois fois répété de l'accouchement provoqué à huit mois ou huit mois et quelques jours pour un bassin dont le conjugué vrai mesure 8 1/4 centimètres. Les quatre enfants sont vivants ; mais le premier n'a été extrait qu'avec les plus grandes difficultés.

2° A signaler que le troisième enfant pesant 2,950 grammes a dû être extrait par le forceps, malgré l'accouchement prématuré, mais l'a été sans peine, et que le quatrième, fille de 3,050 grammes, est née sans le secours du forceps ; ce qui s'explique par une malléabilité plus grande de la tête.

3° Enfin je dirai, pour ce qui est du choix du procédé, que la méthode de Kiwisch (injections vaginales) est lente et infidèle ; que le ballon de Tarnier tombe parfois avant que la dilatation soit bien avancée, ce qui amène une interruption du travail ; que la sonde donne toujours de bons résultats et me paraît le procédé de choix.

M. Delore a fait de nombreuses applications du forceps chez des femmes présentant un bassin dont le diamètre promonto-pubien mesurait 8 cent. 1/4. Le plus souvent il y a eu des enfants vivants. Dans le cas signalé par M. Marduel, l'accouchement par le forceps a été particulièrement laborieux. Malgré cela, les suites ont été très bonnes. M. Delore préfère, dans la majorité des cas, l'accouchement prématuré à la symphyséotomie qui est toujours une opération dangereuse amenant fréquemment des lésions soit du côté de la vessie, soit du côté des articulations sacro-iliaques.

Pour lui le ballon de Tarnier est le meilleur instrument que possèdent les accoucheurs pour provoquer l'accouchement prématuré. On l'a accusé de ne pas bien tenir en place ; cela vient de ce que l'opérateur ne l'a pas assez enfoncé. Placé profondément, il ne tombe jamais. Les sondes molles sont plus faciles à introduire, mais elles n'agissent pas aussi bien que le ballon qui provoque des douleurs rapides et continues.

M. Gouilloud rapporte quelques cas d'accouchement prématuré artificiel. Cette méthode lui a permis d'avoir un enfant qui a parfaitement vécu, chez une femme naine et bossue ayant une taille de 1 m. 22, c'est-à-dire à peu près la taille d'un enfant de sept ans. La cyphose rachitique ne s'était guère développée qu'à l'âge de six ans et le bassin avait des dimensions telles que l'accouchement d'un enfant du poids de 2 k. 160 put se faire sans que l'enfant souffrît. Aussi M. Gouilloud ne comprend-il pas que l'on veuille proscrire complètement l'accouchement prématuré artificiel. C'est une conquête qu'il ne faut pas perdre.

Dans un autre cas, également en ville, il fut moins heureux. Appelé à terme, après plusieurs jours de travail, il dut faire à un premier accouchement, en 1889, une céphalotripsie.

Depuis, deux tentatives d'accouchement prématuré furent faites : l'une, à la Charité, se termina par une embryotomie des plus pénibles à travers un col mal dilaté ; la seconde, dirigée par M. Gouilloud, aboutit également à un accouchement systocique très difficile. Malgré un travail de huit jours provoqué par les bougies de Krause, et une application finale du ballon de Champetier de Ribes, il dut faire, avec le docteur Jamain, à travers un orifice interne résistant, une tenta-

tive de forceps, puis une version avec réduction de la tête dernière. Bien que l'accouchement ait été provoqué au moins dix jours avant le terme prévu de la grossesse, pour un bassin g. r. ayant un sacro-sous-pubien de 10 cent. 1/2 (sans déduction), la tête ne peut franchir le détroit supérieur sans être réduite, à cause de son volume énorme pour l'âge de la grossesse. Ainsi, dans ces trois accouchements dont deux provoqués, il fallut réduire la tête fœtale et il y eut, en plus de la résistance osseuse, de la dystocie du col. Aussi chez cette femme, c'est peut-être à l'opération césarienne que l'on devait s'adresser plus encore qu'à la symphyséotomie, si l'on voulait être sûr d'avoir un enfant vivant.

Le Dr Gouilloud tient surtout à relater un accident grave, heureusement non mortel, qui lui est arrivé pendant la provocation du travail *l'entrée de l'air dans les veines par rupture d'un ballon de Barnes.*

M. Marduel. — On peut parfaitement avoir un enfant vivant, dans un accouchement par le forceps, chez une femme ayant un bassin à diamètre promonto-pubien de 8 cent. 1/4, mais il est sage, dans ces cas, de faire l'accouchement prématuré.

M. Marduel veut réagir contre la symphyséotomie que beaucoup d'accoucheurs considèrent comme l'opération de choix, dans les cas analogues à ceux signalés plus haut. Sans doute, la symphyséotomie réussit très bien dans les services spéciaux, dans les cliniques d'accouchement où l'opérateur a tout ce qu'il lui faut sous la main, aides et instruments; mais partir de ce principe pour en faire une opération d'urgence, comme l'opération de la hernie étranglée, il y a loin

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 23 janvier 1895.

Le phénomène du diaphragme.

M. Litten décrit sous ce titre un phénomène qui consiste en ondulations ombrées qui montent et descendent principalement sur les parois latérales du thorax, en rapport avec les mouvements du diaphragme. Les excursions de cette ligne, qui à l'état normal mesurent environ 7 centimètres de hauteur, se modifient dans certains états pathologiques, diminuent par exemple, dans l'emphysème, dans les exsudats sous- et sus-diaphragmatiques. Ce phénomène peut encore être utilisé dans le diagnostic différentiel entre les abcès sus- et sous-diaphragmatiques en prenant en considération la diminution de la hauteur des excursions dans ses rapports avec la situation de la zone de matité fournie par les collections.

Rétinite albuminurique des femmes enceintes.

M. Silex, après avoir étudié les caractères cliniques et anatomiques de la rétinite albuminurique chez les femmes enceintes, arrive à conclure que lorsque dans l'albuminurie de la grossesse il existe une diminution de l'acuité visuelle, il faut soulever la question de l'interruption de la grossesse. L'accouchement prématuré doit être là en cas d'albuminurie tenant à la néphrite chronique.

En effet, dans ces conditions, la mortalité des enfants est considérable. Quant à la mère, la continuation de la grossesse peut aboutir à la cécité complète, le rétablissement de la vue et la rétrocession des lésions rétiniennes étant dans ces cas très rares. Au point de vue prophylactique, la défense de conception ultérieure doit être absolue.

Pneumonie scléreuse.

M. A. Frænkel. — La plupart des inflammations pulmonaires sont de nature superficielle, c'est-à-dire que les produits de l inflammation sont déposés à l'intérieur des alvéoles, comme dans la pneumonie fibrineuse ou la broncho-pneumonie. L'exsudat ainsi formé est passager, en ce sens que le plus souvent il finit par se résorber. Mais dans certains cas la pneumonie fibrineuse, au lieu d'évoluer vers la résorption, se termine par l'induration. Cette pneumonie scléreuse, indurative, étudiée principalement par des anatomo-pathologistes, présente un grand intérêt clinique et est fréquemment confondue avec d'autres affections.

La terminaison des inflammations pulmonaires par l'induration est très rare, s'observe une fois sur 100, si bien qu'elle a été niée, à tort, par certains auteurs. Au point de vue anatomique, une coupe du poumon faite à la période d'état de la pneumonie franche donne une surface de section granuleuse avec tissu friable; dans la pneumonie scléreuse la surface de section est lisse, visqueuse ; quelquefois la surface de section est d'une transparence toute particulière et présente un piqueté jaunâtre très caractéristique dû à la dégénérescence graisseuse des amas cellulaires.

Au point de vue microscopique, la pneumonie scléreuse est caractérisée par une sclérose intra-alvéolaire, par la formation de tissu scléreux intra-alvéolaire. Les alvéoles sont notamment remplis de bouchons conjonctifs particuliers qui partent des cloisons intra-alvéolaires et se ramifient à l'intérieur des cellules. Ces bouchons sont traversés par des vaisseaux, de sorte que le processus rappelle celui de l'organisation d'un thrombus.

Les recherches faites il y a quelques années par M. Kohn ont montré que le pédicule des bouchons fibreux traverse la paroi des alvéoles et se met ainsi en communication avec le tissu conjonctif jeune des espaces pneumatiques voisins. L'origine de ces travées trans-alvéolaires est due à ce que dans les pneumonies fibrineuses simples l'exsudat se trouve non seulement à la surface des parois alvéolaires, mais encore les traverse, les infiltre et se met ainsi en communication avec l'exsudat des alvéoles voisins. C'est cette infiltration fibrineuse qui constitue la charpente de la transformation fibreuse ultérieure.

Les symptômes cliniques de ces pneumonies induratives sont constitués par la persistance de la fièvre et de la matité, et par la rétraction progressive de la paroi thoracique La fièvre est atypique, peut durer des semaines et, dans la broncho-pneumonie, des mois, pour disparaître ensuite progressivement. La matité persiste ou s'éclaircit un peu, tandis que la respiration bronchique devient de moins en moins rude et que les râles fins font place à des râles plus gros et moins nombreux. La rétraction du thorax, enfin, est le symptôme tardif.

La terminaison par l'induration ne serait pas due, d'après M. A. Frænkel, à une irritation mécanique ou à une obstruction des lymphatiques destinés à enlever l'exsudat, mais à l'action d'un agent nocif, probablement de nature microbienne.

L'induration s'observe encore dans les broncho-pneumonies, les pneumonies aspiratrices comme M. Frænkel en a récemment observé un cas, dans les pneumonies caséeuses aiguës et sub-aiguës.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 21 janvier 1895.

Acide lactique dans le carcinome de l'estomac.

M. Klemperer a pu constater que lorsque le repas d'épreuve de Boas reste longtemps dans l'estomac, il se forme de l'acide lactique. Cette fermentation lactique fait défaut dans l'estomac normal où les aliments ne restent pas trop longtemps. On peut donc admettre que la formation d'acide lactique est due non pas à la présence d'un cancer, mais à la simple stagnation des aliments. En effet, dans 15 cas de carcinome de l'estomac l'acide lactique ne fut trouvé que 12 fois. Dans les trois cas où il manquait, il s'agissait une fois d'un carcinome du cardia, ayant peu retenti sur les fonctions motrices de l'estomac; une fois d'un cancer de la petite courbure avec diminution assez notable des fonctions motrices. Dans le troisième cas où on avait diagnostiqué un cancer du pylore et où l'atonie stomacale était très accusée, on trouva à l'autopsie un cancer du foie.

Du reste, la présence de l'acide lactique dans le contenu stomacal a été constatée dans plusieurs cas de néphrite chro-

nique, dans les affections chroniques du cœur, etc., c'est-à-dire dans les états pathologiques qui n'ont rien à voir avec le cancer de l'estomac. Dans les sténoses cicatricielles consécutives à l'ulcère de l'estomac, on ne trouve pas d'acide lactique, phénomène attribuable à l'hyperchlorhydrie qui s'oppose à la fermentation lactique.

Pronostic de l'encéphalite suppurée aiguë.

M. Oppenheim fait observer que l'idée d'encéphalite a toujours été liée à la suppuration. Pourtant, depuis quelques années, on a constaté l'absence de la suppuration dans des cas qui se sont terminés par la mort, de même que cette absence pouvait être déduite de la guérison des cas où la symptomatologie de l'encéphalite était au complet. On a ainsi créé deux types d'encéphalites, dont l'autonomie ne paraît pourtant pas absolue à M. Oppenheim.

Au point de vue étiologique, l'encéphalite peut être mise en relation avec l'alcoolisme, l'influenza, la pneumonie, l'infection puerpérale, l'endométrite ulcéreuse. Au point de vue de la symptomatologie, on peut pourtant dire que, malgré les symptômes bruyants qui accompagnent cette affection, le pronostic n'est pas des plus mauvais. C'est ainsi que M. Oppenheim a vu guérir complètement 6 malades, jeunes encore, chez lesquels les phénomènes généraux étaient accompagnés de phénomènes locaux, aphasie, paralysie, etc

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE LONDRES

Séance du 25 janvier 1895.

Décollement de la rétine dans la néphrite chronique.

M. West. — Une femme de 22 ans avait depuis 9 mois de la céphalée, des vomissements et un affaiblissement de la vue; puis elle devint tout à fait aveugle. Elle avait eu sept ans auparavant une néphrite grave; jamais elle ne s'était complètement guérie. Elle présentait les signes du petit rein contracté et elle avait une rétinite albuminurique marquée. Six jours après son entrée à l'hôpital, elle eut une éruption généralisée de purpura qui disparut en quelques jours. Cinq jours après survint le décollement de la rétine (non de nature hémorrhagique). Trois semaines après se produisit une hémorrhagie en arrière de l'orbite; elle causa de grandes douleurs, puis disparut. La malade quitta ensuite l'hôpital, mais il est probable qu'elle ne vécut pas bien longtemps.

Un homme avait depuis deux mois des vomissements, de la céphalée; puis six jours avant son entrée à l'hôpital il constata que sa vue baissait et en quelques jours il devint aveugle. Il y avait une rétinite albuminurique très marquée et on observait divers symptômes de petit rein granuleux. Le malade perdit rapidement des forces et mourut.

M. Coupland. — Je considère la rétinite albuminurique comme un symptôme des plus importants; il est rare qu'un malade vive plus d'un an après l'apparition d'un tel symptôme. Dans certains cas, des troubles rétiniens, même très marqués, n'entraînent pas de troubles de la vision.

M. White. — J'ai vu un homme venir à l'hôpital avec une rétinite albuminurique sans perte de la vision. Il fut considérablement amélioré par le traitement à l'hôpital. Quelque temps après, il revint à l'hôpital pour d'autres troubles dus à son mal de Bright et on ne put alors rien découvrir d'anormal dans ses yeux. C'est le seul cas dans lequel j'aie vu disparaître cette lésion oculaire. Chez un enfant de 7 ans j'ai vu les apparences typiques de la rétinite albuminurique, l'enfant ne présentant du reste aucune autre trace de mal de Bright. Un homme vint me consulter un jour pour un hématome de l'oreille; j'ai examiné l'urine, j'y ai trouvé de l'albumine, et trois mois après cet homme mourait d'urémie. La néphrite interstitielle marche avec une très grande rapidité chez les sujets de moins de 30 ans.

M. West. — Le pronostic est très sombre quand il y a une rétinite albuminurique et la survie dépasse rarement quelques mois. J'ai vu chez des enfants plusieurs cas de neuro-rétinite rappelant, à s'y méprendre, une rétinite albuminurique.

Ulcération chronique de la gorge.

M Semon. — Une femme de 36 ans, non mariée, avait une ulcération chronique de la gorge datant de 4 ans. Tout traitement avait échoué. La muqueuse du voile du palais, de la luette, des piliers ne formait qu'une masse infiltrée et ulcérée, comprenant les amygdales et la paroi postérieure du pharynx. En certains points la muqueuse était d'un rouge brillant; ailleurs elle était dépouillée de son épithélium; ailleurs encore elle présentait des taches blanchâtres, jaunâtres ou brunâtres. Les régions malades se continuaient brusquement sans transition aucune avec les parties saines. Le naso-pharynx, l'œsophage, le larynx étaient absolument sains. On donna à la malade de l'iodure de potassium; quelques ulcérations guérirent, des taches disparurent; mais en certains autres points la maladie avait progressé. De plus, l'apparence du contact des parties saines et malades avait entièrement changé. Je dis alors à la mère que sa fille devait avoir provoqué elle-même et devait entretenir ces ulcérations à l'aide de nitrate d'argent ou d'acide nitrique; la mère n'en parut pas étonnée et dit que sa fille s'était aussi fait autrefois une ulcération à la poitrine.

Paralysie de la respiration et symptômes cardio-pulmonaires d'origine diphthérique.

M. Pasteur. — Mon étude porte sur 32 malades, dont 26 avaient de 2 à 6 ans. Dans un cas il n'y avait pas eu de symptômes antérieurs de diphthérie; dans 5 cas, les symptômes étaient vagues; dans les 26 autres cas la diphthérie était indéniable. Les symptômes cardio-pulmonaires peuvent survenir à un moment quelconque entre la 1re et la 5e ou la 6e semaine de paralysie. Les vomissements survinrent dans 13 cas, dont 9 se terminèrent par la mort. Ces vomissements ont toujours été associés à l'apparition de symptômes d'asphyxie aiguë (crises bulbaires); leur établissement est donc de mauvais augure. Le diaphragme a été paralysé dans 29 cas, dont 16 se sont terminés par la mort. Dans 4 cas, qui guérirent, il y eut de la paralysie des muscles intercostaux et des symptômes insolites simulant ceux d'une affection pulmonaire. Dans 14 cas le début de la paralysie du diaphragme fut marqué par une augmentation de l'amplitude des mouvements respiratoires des côtes inférieures. La paralysie du diaphragme présente 2 formes différentes: 1° elle est insidieuse, participant en cela du caractère des paralysies périphériques; 2° ou bien elle est subite, participant en cela du caractère des crises bulbaires. Sur les 32 cas, il y eut 19 morts; 17 de ces terminaisons fatales furent provoquées par des crises bulbaires. Dans 5 cas s'accompagnant de paralysie du diaphragme persistant pendant deux ou plusieurs jours, il y eut un collapsus pulmonaire des plus marqués après la mort, surtout au niveau de la base droite. Dans les cas où la paralysie a été de peu de durée il n'y eut que peu ou point de collapsus pulmonaire En somme, cette étude m'a conduit aux conclusions suivantes: 1° La mortalité due aux paralysies multiples d'origine diphthérique est probablement plus élevée qu'on ne le croit généralement. 2° La mort est due à l'asphyxie. 3° La plupart du temps les symptômes terminaux apparaissent brusquement et éveillent l'idée d'un accident d'origine bulbaire. 4° La guérison d'une crise bulbaire est exceptionnelle. 5° La paralysie du diaphragme est relativement fréquente et peut survenir ou bien d'une façon subite, faisant partie d'une crise bulbaire, ou peut apparaître d'emblée comme faisant partie des paralysies périphériques 6° La production d'une paralysie intéressant la respiration assombrit beaucoup le pronostic. 7° Toutes les fois qu'une paralysie du diaphragme ou de toute autre partie des parois thoraciques persiste au moins deux jours il y a beaucoup de chances pour qu'il se produise un collapsus pulmonaire. 8° La base du poumon droit est plus susceptible que toute autre région d'être frappée par ce collapsus.

M. Guthrie. — On a trop longtemps considéré ici les paralysies diphthériques comme une affection bénigne; depuis longtemps on connaît en France la gravité de cette complication. Je ne crois pas que le collapsus pulmonaire soit une conséquence nécessaire de la paralysie des parois thoraciques; je pense plutôt que ce collapsus est dû à la paralysie des muscles des bronchioles. Beaucoup de raisons permettent de croire que la paralysie diphthéritique est due à une lésion centrale; parmi ces raisons je citerai tout d'abord la rapidité avec

laquelle apparaissent les symptômes et leur apparation sous forme de *crises*. Certains auteurs français ont cité comme étant du plus mauvais augure l'apparition d'une douleur dans la région épigastrique avec un pouls très rapide.

M. Phillips. — Je n'ai jamais vu guérir un malade atteint de paralysie diaphragmatique sérieuse. Les paralysies diphthéritiques peuvent survenir plus de six semaines après le début de la maladie; j'ai vu une mort subite neuf semaines après ce début. J'ai vu un autre enfant sortir de l'hôpital et réputé guéri de sa diphthérie; quatre semaines après il rentrait dans le service avec des symptômes de paralysie générale et complète, dont il mourut bientôt. Cela montre bien que la mortalité de la diphthérie doit être plus élevée qu'on ne le dit généralement.

M. Pasteur. — Je n'ai pas dit que la paralysie de la paroi thoracique fût l'unique facteur de la production du collapsus pulmonaire; mais dans tous les cas c'est un facteur important. Les paralysies se montrent quelquefois sous forme de crises qui éveillent l'idée d'une lésion centrale, mais dans d'autres cas la marche des paralysies et leur distribution permettent de croire à des névrites périphériques. Loin d'avoir noté une douleur au niveau du creux épigastrique, j'ai toujours été frappé de l'absence de toute manifestation douloureuse.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LONDRES

Séance du 28 janvier 1895.

Ponction du péricarde.

M. Kidd. — Un homme de 24 ans entra à l'hôpital pour une dyspnée intense; la figure était pâle, couverte d'une sueur froide et visqueuse; il y avait de l'hypertrophie du ventricule gauche, de l'œdème pulmonaire, de la bronchite et un peu d'épanchement pleural à droite. L'urine contenait un peu d'albumine. On crut à un cas de petit rein granuleux avec un peu d'asthme d'origine urémique. Le traitement à la morphine et à la trinitrine améliora grandement le malade. On apprit alors que le malade était peintre et avait eu des coliques de plomb en 1884 et une attaque d'hémoptysie en 1889. Depuis, il continua à tousser et à avoir des hémoptysies. La tension artérielle est augmentée; la pointe du cœur bat au-dessous de la 6e côte, en dehors de la ligne qui passe par le mamelon. Il y a un peu de rétinite albuminurique. Peu à peu, les jambes se mettent à enfler et l'épanchement pleural du côté droit augmente. On ponctionna la plèvre et on retira un liquide rosé. Mais l'épanchement se reforma et il fallut ponctionner de nouveau; on retira encore un liquide sanguinolent. Le malade se trouva grandement soulagé, et on remarqua alors que le cœur, qui avait jusque-là présenté un bruit de galop, reprenait son rhythme normal. Mais peu à peu, tous les symptômes précédents apparurent de nouveau. On entendit de plus un double frottement péricardique dans toute la région précordiale. On plaça 6 sangsues sur cette région; plus tard survinrent, malgré le traitement, des vomissements, une dyspnée des plus intenses, une asthénie cardiaque alarmante. La matité de la masse cardiaque remontait jusqu'à la 3e côte; il y avait de l'œdème de la région cardiaque. Les battements du cœur sont très faibles; la quantité d'urine émise a beaucoup diminué. L'état du malade devenant de plus en plus mauvais, on fit une ponction du péricarde, au niveau du 4e espace intercostal gauche, aussi près que possible du bord du sternum. Après avoir retiré la pointe, on sentit la canule soulevée à chaque battement cardiaque. On retira ainsi un liquide sanguinolent. Le malade se trouva d'emblée grandement soulagé : l'œdème de la poitrine diminua, les battements du cœur devinrent plus forts; la quantité d'urine émise augmenta très vite. Mais bientôt le malade retomba dans l'état précédent, et on fit une nouvelle ponction du péricarde; le liquide qu'on retira paraissait être du sang presque pur. Il y eut de nouveau une très grande amélioration et une nouvelle augmentation de la quantité d'urine émise. Le pouls devint régulier et fort. Au bout d'un mois, le malade tomba de nouveau dans un état alarmant avec diminution considérable de l'urine; de plus, cette urine contenait beaucoup d'albumine. On fit une 3e ponction du péricarde; mais on ne put retirer aucun liquide et le malade ne tarda pas à mourir.

A l'autopsie, on trouva la plèvre gauche adhérente au péricarde; la cavité péricardique était presque complètement oblitérée par des adhérences solides vers la base, mais très molles vers le sommet. Il y avait de nombreuses traces d'hémorrhagies anciennes et récentes. Le cœur était très hypertrophié; l'hypertrophie portait surtout sur le ventricule gauche. Le muscle cardiaque était mou; la cavité du cœur était modérément dilatée. Pas trace de tubercules. Reins très contractés et présentant quelques kystes au niveau de l'écorce.

Ce cas a été heureux en ce sens que chaque ponction du péricarde a été suivie d'une grande amélioration. La mort a été le résultat inévitable des progrès de la maladie rénale. Le fait que la ponction du péricarde a apporté un grand soulagement dans une maladie aussi grave, prouve l'excellence de cette méthode. Les bons effets de la ponction se traduisaient par l'état de la circulation, de la respiration et de la sécrétion urinaire. La disparition rapide de la dyspnée prouve que ce symptôme était en grande partie dû à l'obstacle mécanique du cœur. L'élévation brusque du taux de l'urine émise n'est pas moins remarquable et est due à l'amélioration qu'a apportée la thoracentèse dans le fonctionnement du cœur. L'œdème de la région cardiaque diminua en même temps. Les hémoptysies qui sont survenues au début montrent que cet accident peut se produire en dehors de la tuberculose. Ce sont là des hémorrhagies qui sont dues à une élévation de pression dans le système de la circulation pulmonaire, par suite de l'augmentation de tension dans le système aortique. Quand il existe en même temps un peu d'emphysème pulmonaire, on conçoit que les conditions favorables à la production de l'hémoptysie se trouvent réalisées.

M. Sansom. — Je crois que, dans le cas actuel, il s'agit en partie d'une hydropisie du péricarde et en partie d'une péricardite.

M. Sheild. — La ponction du péricarde ne doit être faite que dans des cas tout à fait spéciaux. Il est souvent difficile de faire un diagnostic entre la péricardite avec épanchement et l'hypertrophie du cœur avec symphyse cardiaque. Quand on ponctionne le péricarde, il faut d'abord inciser la peau, puis introduire le trocart obliquement. L'anesthésie est souvent inutile, surtout chez les enfants.

Traitement de l'empyème chez les enfants.

M. Cautley. — Solis Cohen a dit que la résorption du pus dans la cavité pleurale doit être regardée comme un mythe et que Sturges regardait comme nécessaire la résection des côtes. J'ai analysé 84 cas ayant présenté une mortalité de 16,6 0/0. Dans certains cas où le traitement chirurgical ne fut pas employé le pus fut résorbé, mais d'autres fois, il se fit jour à l'extérieur en traversant la paroi thoracique, ou vers les bronches, en traversant le poumon. Il y a évidemment un très grand danger à abandonner ces cas à eux-mêmes. Sur douze cas traités par la ponction, un seul mourut, l'un se termina par l'établissement d'une fistule externe et un autre par ouverture dans les bronches. Sur 35 malades traités par l'incision et le drainage, 7 moururent; sur 33 traités par la résection et le drainage, 6 moururent. Sur 6 malades âgés de moins de 2 ans et traités par la résection, 5 moururent. Le but du traitement est d'enlever le pus, d'empêcher sa réaccumulation, de permettre l'expansion complète du poumon et de ne laisser se produire aucune difformité. Le seul traitement rationnel consiste à évacuer le pus. La ponction peut suffire dans certains cas où la maladie est due au pneumocoque. La ponction présente des inconvénients : elle ne peut enlever un liquide épais; elle laisse la cavité infectée et le pus se reforme très rapidement. La résection permet un drainage plus efficace, une exploration plus complète de la cavité, le tout permettant une guérison plus rapide et plus sûre. Toutefois, il ne faut jamais recourir à la résection chez des enfants au-dessous de 2 ans. On doit enlever le drain aussitôt que le liquide devient séreux et peu abondant; laissé plus longtemps, il devient une cause d'irritation.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

N° 7 — 13 FÉVRIER 1895 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 18 au 23 février 1895.

Mercredi 20. — M. Chambe. Sarcome primitif des muscles. — M. Diet. De l'entéro-anastomose (opération de Maisonneuve), dans les rétrécissements intestinaux. — M. Domec. Du traitement de l'épithélioma de la peau, des paupières et du nez par le bleu de methyle. — M. Petit. Le droit de l'enfant à sa mère. — M. Barbary. Grands lavages dans le traitement de l'ophtalmie purulente, principalement au moyen de l'entonnoir laveur Kolt. — M. Londe. Maladies familiales du système nerveux. De l'hérédo-ataxie cérébelleuse. — M. Proust. Etude sur la folie à deux.

Jeudi 21. — M. Gouget. De l'influence des maladies du foie sur l'état dos reins. — M. Pelletier. Le cœur droit dans le rétrécissement mitral. — M. Pissot. Etude sur le lavage du rhino-pharynx et ses indicattons. — M. Letchef. De la colite muco-membraneuse chez les utérines. Etude anatomique, clinique et pathogénique. — M. Bernis. Traitement de l'ectopie testiculaire.

BORDEAUX.

(année scolaire 1894-1895) :

41. M. Dussac. Contribution à l'étude des pleurésies d'origine péritonéale. — M. Savin. Contribution à l'étude de la fièvre typho-palustre dans la région vendéenne. — M. Foutrein. Sur une épidémie de tricophytie inguinale. — M. Sellier. Contribution à l'étude de l'influence de la tension de l'oxygène sur l'hématopoièse et sur les combustions respiratoires (travail du laboratoire de M. le professeur Jolyet).

VARIÉTÉS

Collège de France. — Par arrêté en date du 25 janvier 1895, M. le docreur A. Hénocque est nommé directeur adjoint du laboratoire de physique biologique du Collège de France rattaché à l'Ecole pratique des Hautes-Etudes.

Concours d'agrégation. — *Médeine* : Admissibilité aux épreuves définitives. Achard, Ausset, Bosc, Boyer, Brunelle, Charmeille, Chatin, Collet, Daunic, Duflocq, Etienne, Ferrier, Frankel, Gilles de la Tourette, Girode, Hobbs, Le Dantec, Lesage, Lion, Morel, Pic, Rispal, Sabrazez, Sacaze, Thirolix, Thoinot, Widal, Wurtz, Zilgien.

Epreuve orale de 1 h. après 48 h. de préparation.

Ordre de passage : Ferrier, Brunelle, Duflocq, Ausset, Daunié, Wurtz, Charmeille, Lion, Zilgien, Hobbs, Collet, Boyer, Etienne, Widal, Sabrazez, Gilles de la Tourette, Sacaze, Le Dantec, Frankel, Achard, Girode, Bosc, Morel, Pic, Thoinot, Chatin, Lesage, Rispail, Thiroloix.

Concours de l'externat — Questions posées cette semaine : Fractures de la clavicule — Signes et diagnostic de la pleurésie aiguë séro-fibrineuse.

A été tirée la 6e série allant de M. Robert à Zannellis inclusivement.

La Société française d'Otologie et de Laryngologie se réunira le mercredi 1er mai 1895, à 8 heures du soir, au Palais des Sociétés savantes, rue des Poitevins, Paris.

Le titre des communications devra être adressé, avant le 10 avril, au Secrétaire général.

La Société a mis à l'ordre du jour de sa prochaine réunion la discussion des questions suivantes :

1° Des bourdonnements et de leur traitement; *Rapporteurs* : MM. Miot (de Paris), Herck (de Paris).

2° Des troubles neuro-moteurs du larynx; *Rapporteur* : M. Raugé (de Challes).

Corps de santé militaire. — Les officiers du corps de santé militrire dont les noms suivent ont été désignés pour être détachés pendant les saisons thermales de 1895, savoir :

1° *A l'hôpital thermal de Bourbon-l'Archambault*. — M. Rigal, médecin-major de 1re classe, (médecin-chef). M. Pourrat, médecin aide-major de 1re classe.

2° *A l'hôpital thermal de Bourbonne-les-Bains*. — M. Bachelet, médecin principal de 2e classe (médecin-chef). M. Choux, médecin-major de 1re classe. M. Gazin, médecin-major de 1re classe. M. Patte, médecin aide-major de 1re classe. M. Auclert, médecin aide-major de 1re classe. M. Goutte, pharmacien-major de 2e classe.

3° *A l'hôpital thermal de Vichy*. — M. Lenoir, médecin principal de 2e classe (médecin-chef). M. Delamare, médecin-major de 1re classe. M. Loillier, médecin-major de 1re classe. M. Piot, médecin-major de 2e classe. M. Marie, médecin aide-major de 1re classe. M. Haller, médecin aide-major de 2e classe. M. Roman, pharmacien-major de 1re classe. M. Cordier, pharmacien-major de 2e classe.

4° *A l'hôpital thermal de Barèges*. — M. Geschwind, médecin principal de 2e classe (médecin-chef). M. Péborde, médecin-major de 1re classe. M. Carette, médecin-major de 1re classe. M. Claoué, médecin aide-major de 1re classe. M. Bousquet, médecin aide-major de 2e clrsse. M. Dion, pharmacien-major de 2e classe.

SYPHILIGRAPHIE

De la mastite syphilitique diffuse chez l'homme,

par M. Rouanet, interne des hôpitaux de Toulouse.

L'existence de la mastite syphilitique diffuse n'est pas, à l'heure actuelle, admise d'une façon absolue et universelle.

Delbet (in *Traité de chir.*, Duplay et Reclus. Article *Mamelle*) dit que l'existence de la mastite syphilitique diffuse n'est pas prouvée; celle des gommes du sein est au contraire bien démontrée, et il ajoute, pour justifier son doute contre la mastite, que les observations qui en ont été publiées ne sont pas concluantes.

Lancereaux (in *Tr. historique et pratique de la syphilis*, 1875) distingue les tumeurs syphilitiques du sein en « mastite interstitielle diffuse ou mastite syphilitique proprement dite » et en « mastite circonscrite ou gommeuse ». La première reste ce qu'elle est : « mastite syphilitique, mais la seconde est tout simplement, dit L. Tripier, une gomme de la mamelle et les deux lésions sont pour ce dernier bien distinctes.

Pourtant les observations de syphilis du sein recueillies jusqu'ici ne permettent guère de les classer dans l'une ou l'autre catégorie.

L'on connaît, il est vrai, depuis longtemps l'existence de ces lésions syphilitiques, mais leur étude en est incomplète et obscure.

Les cas qui ont été rapportés seraient certainement plus nombreux, si, comme le dit Maisonneuve, on avait considéré comme tels bon nombre de prétendus cancers guéris par les préparations iodées.

Quoi qu'il en soit, ainsi que le fait remarquer Lancereaux (*loc. cit.*), le point capital est de distinguer les affections syphilitiques des tumeurs cancéreuses, « car la connaissance de ces manifestations permettrait peut-être, plus souvent qu'on ne le pense, de substituer, à une opération qui n'est pas exempte de danger, un traitement sûr et toujours inoffensif.

Boissier de Sauvages a le premier établi la distinction; il parle : 1° d'une gomme prise pour un cancer, ayant disparu par KI; 2° d'une mastite avec ganglions axillaires chez un sujet à antécédents syphilitiques certains et guérison par le traitement spécifique.

Astruc, en 1740, parla, dans ses travaux, du cancer vérolique. Bienhens, cité par Michau, observe une tumeur du sein chez un syphilitique. Birkens (suédois), cité par Jullien, décrit en 1775 une tumeur syphilitique du sein guérie par le traitement mercuriel.

Lagneau, en 1815, dans son *Exposé des symptômes des mal. vénériennes*, en certain endroit, assimile le cancer syphilitique des mamelles à celui des lèvres. Troncin, en 1835, parle des cancers succédant à des accidents syphilitiques de la mamelle.

Enfin Richet, en 1847, observe une tumeur du sein analogue à celle du testicule syphilitique; sa disparition après le traitement mercuriel en fait une tumeur gommeuse.

Jusqu'ici, on voit l'indécision qui règne entre cancer et syphilis. De description de tumeur syphilitique du sein, il n'en existe pas; à peine soupçonne-t-on son existence et si l'on ose l'avancer on voit le mot suivi aussitôt de celui de cancer.

Il est à remarquer que tous ces auteurs font de ces tumeurs des gommes syphilitiques parce qu'elles ont cédé au traitement mercuriel.

Yvaren, en 1854, donne une nouvelle observation. Maisonneuve, en 1864, donne 5 nouveaux cas et prétend que les affections syphilitiques simulant le cancer ne sont pas rares chez la femme. Verneuil, en 1855 (*Bulletin de la Société anatomique*, p. 97, 30e année), rapporte un cas de mastite gommeuse. Velpeau, en 1858, in *Traité des maladies du sein*, rapporte 4 cas de lésions syphilitiques de la mamelle à côté de l'observation de Richet. Hennig (*Archiv für Gynækol.*, 1861), à l'autopsie trouva une gomme prise pendant la vie pour un cancer. Ambrosoli, 1864 (in *Gazetta medica di Lombardia*, n° 36), parle d'abord d'un forgeron qui à la fin de la période secondaire eut un gonflement sous le mamelon arrivant au volume d'un gros bouchon. A côté de ce fait, il en donne deux autres chez deux jeunes filles où une tumeur semblable se déclara aussitôt après l'exanthème rubéolique.

Rollet, en 1865, *Traité des mal. vénériennes*, décrit comme « gommes » des formations spécifiques de la glande mammaire. Icard, *Journal de méd. de Lyon*, T. VII, p. 23; Hennery, 1871; Horteloup, thès. agrég., 1872, citent des faits analogues.

Lancereaux, 1873, a observé un cas analogue à ceux d'Ambrosoli et, dans son traité sur la syphilis, bien qu'il admette la mastite syphilitique, il doute encore de sa réalité. Follin, in *Traité de pathol. chirurg.*, parle des gommes du sein et les rapproche du sarcocèle syphilitique. Landreau, en 1874, dans sa thèse inaugurale présente le premier travail d'ensemble sur la syphilis tertiaire du sein.

Gromo (thèse de 1878) rapporte une observation de Segan. il s'agit d'une gomme survenue après une piqûre d'aiguille. Il décrit une infiltration diffuse scléreuse du sein chez des syphilitiques; il en a vu deux cas à l'Antiquaille et dit qu'elle est assez fréquente.

Th. Anger, à la *Société de chirurgie*, 1879, 5 février, p. 134, présente un homme en puissance de syphilis atteint d'une tumeur dure, indolente et ulcérée. Tillaux, G. Sée et Panas, après examen, ne la rattachent pas à la syphilis.

Lang (*Wien. med. Woch.*, n° 9, 1880), écrit que la mamelle, le pancréas, sont le théâtre de manifestations syphilitiques bien connues et donne le cas d'une mastite disparue après le traitement mercuriel.

Claude (in Thèse inaugurale) relate des faits de gomme à côté d'un cas observé par Pozzi (1886) et guéri sous l'influence du traitement ioduré.

Enfin un dernier cas de syphilis tertiaire a été publié in *Midi Médical*, 21 mai 1893, par notre ami et collègue le Dr Escande. Il s'agit d'une gomme ulcérée.

Voici, au contraire de ce qui précède, trois nouvelles observations qui montrent qu'en réalité, la mastite syphilitique diffuse (et non la gomme) possède une existence réelle, et qu'on peut la rencontrer chez des individus dont l'infection remonte à une date variant de quelques mois à plusieurs années.

Observation I. — Recueillie par M. Audry dans sa clientèle privée.

X., âgé de 22 ans et demi : rétrécissement mitral datant de l'enfance ; pas d'autres antécédents.

Premier coït à l'âge de 19 ans et demi, suivi de l'apparition d'un chancre syphilitique (en mai 1892) ; puis de plaques muqueuses linguales. Cette syphilis ne fut traitée que par 60 pilules de proto-iodure.

Un an plus tard, à Toulouse, il prend un peu d'iodure ; il reste 18 mois sans traitement et sans accidents.

Je le vois pour la première fois en mai 1894, avec adénites multiples cervicale, inguinale gauche.

Le sein gauche présente une petite masse étalée, rénitente, grenue, à peu près arrondie sur un diamètre de 5 cent. environ, située exactement au-dessous de l'aréole qu'elle déborde et à laquelle elle adhère. Quelques douleurs spontanées, lancinantes; douleur à la palpation. La petite masse est mobile sur les parties profondes, bien limitée ; elle répond

à une tuméfaction du rudiment mammaire. Nulle trace de ramollissement, pas de modification du côté du mamelon.

Le sein gauche est normal. Etat général assez bon. Palpitations cardiaques. Je donne KI.

Je revois le malade quelques jours après; il a pratiqué le second coït de son existence et a pris une blennorrhagie qu'on traite par la méthode de Janet.

A la fin de juillet, apparition d'une gomme sous-cutanée de la région sous-maxillaire; KI le fait rapidement diminuer.

Revu le 15 octobre. Sein gauche à peu près guéri; il reste une petite masse grenue et dure sous le mamelon. Cette masse, grosse comme une aveline, est double à peu près de celle qu'on découvre en saisissant le mamelon du côté sain. Douleur nulle. La gomme sous-maxillaire est également en voie de disparition, mais persiste encore sous forme d'une tuméfaction superficielle, rouge, caractéristique.

Signes d'urèthrite chronique non gonococcique, d'intensité modérée, et évoluant vers la guérison.

Cardiopathie stationnaire. Etat général bon.

On continue KI à une plus forte dose.

Janvier 1895. — La mamelle est guérie.

Obs. II (*Recueillie par M. Tailhefer, alors interne du service*). — L... Eugène, 52 ans. Mère morte de phthisie pulmonaire. Très robuste et n'a jamais eu de maladie avant son entrée au régiment. Zouave pendant 14 ans en Afrique, il a eu très souvent des accès de fièvres paludéennes et a présenté une fois des accidents hépatiques avec ascite, auxquels des habitudes alcooliques n'ont pas été étrangères.

Il a contracté la syphilis à l'âge de 20 ans, soignée deux mois à l'hôpital de Constantine; les accidents n'auraient pas été très graves. En 1870, à l'âge de 30 ans, apparaissent des gommes et une iritis pour laquelle le malade entre au service de M. Panas à l'Hôtel-Dieu; il y est traité par KI, frictions mercurielles et atropine. En 1885, à 45 ans, il a eu d'autres accidents du côté des yeux pour lesquels il a été traité à Orléansville pendant deux mois. En outre, au cours de sa syphilis, le malade a eu deux bubons. Il a contracté de nombreuses bronchites, il a enduré beaucoup de privations et de fatigues; il a toujours été un buveur endurci.

Le malade entre le 17 mars 1894 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Victor, service du professeur Audry.

Le malade est fortement emphysémateux, il a la nuit des douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs, avec diarrhée, perte de l'appétit. Etat de misère intense.

Depuis un an il présente au coude gauche des tumeurs roulantes sous-cutanées, d'aspect rougeâtre, de la grosseur d'une noisette, surmontées de croûtes, sans tendance à la suppuration; ce sont de véritables gommes subissant des recrudescences au point d'acquérir le volume d'un œuf de pigeon. Tache rougeâtre sur la fesse gauche. Testicule droit atrophié. (Le malade accuse à ce sujet une blennorrhagie (1873) suivie d'épididymite et rétrécissement). Sur tous les membres on trouve des traces indélébiles de syphilides anciennes. Papules multiples sur le front. Ulcération à la face interne de la joue gauche et sur le bord droit de la lèvre inférieure. Dents en très mauvais état: gingivite intense.

Il se plaint depuis quelques mois que sa vue baisse. Iritis ancienne double, surtout marquée à gauche, où existent des synéchies internes très nettes; la pupille se dilate encore par l'atropine.

Depuis un mois il est atteint d'une mastite droite. Le rudiment de glande y est beaucoup plus volumineux que du côté opposé; douleur spontanée. La tuméfaction s'est opérée très rapidement et est arrivé au volume d'un gros œuf aplati roulant sous le doigt, sans nodosités. On a la sensation analogue à celle que donne la palpation d'une glande mammaire de jeune fille. La douleur spontanée est augmentée par les frottements du drap. Sous l'influence du froid, érection du mamelon et douleur. Mamelle gauche: dans la nuit du 11 au 12 avril apparaît à la partie interne du mamelon une petite tumeur siégeant dans l'épaisseur de la glande avec douleur spontanée et élancements légers.

Le diagnostic de mastite syphilitique diffuse double s'impose et l'on institue des frictions mercurielles.

Le 16 avril, les gommes du coude ont diminué; la mastite droite est toujours volumineuse; la gauche reste stationnaire.

Le 18 avril, gingivite intense et adénite sous-maxillaire.

Le 5 mai, la gingivite est guérie, les gommes du coude sont résorbées presque totalement; le sein droit est dans un état à peu près stationnaire: seule la sensibilité à la pression a disparu; l'induration est moindre; mais l'amélioration est relative, nullement comparable à celle que l'on a observée chez le précédent malade.

Obs. III (*personnelle*). — B... François, 30 ans, typographe. Antécédents nuls. Sa maladie actuelle est la première de son existence. Il entre à l'hôpital pour une furonculose siégeant sur la partie externe droite du front, et dans toute la barbe. Cinq jours après son entrée il prend un bain sulfureux. Le lendemain, éruption généralisée de syphilides érythémateux.

Sur la partie droite du front, dans la partie située entre l'extrémité externe du sourcil et le front, se trouve une lésion tuméfiée, d'aspect furonculeux, ayant les dimensions d'une pièce de 5 francs. Sur le rebord palpébral et angle externe de l'œil droit, se trouve une ulcération volumineuse recouverte de croûtes, reposant sur des tissus infiltrés et légèrement indurés. C'est le chancre primitif de la syphilis dont le sujet est porteur. Maux de tête violents au début avec arthralgies et faiblesse, insomnie. Pas de plaques à la bouche, ni à la langue, ni à l'anus. Adénites cervicales considérables, mais pas d'adénite sous-occipitale. Ses glandes sous-maxillaires ont été aussi très fortement tuméfiées. Légère adénite inguinale gauche.

Tel est l'état du malade, le 26 juin 1894, lorsqu'il entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Victor, service du professeur Audry.

Traitement. — On fait des pansements humides sur les lésions pour faire tomber les croûtes. On fait ensuite un grattage des lésions frontales et palpébrales. Pansements à la vaseline au sublimé 1/80 pendant deux heures, puis vaseline boriquée. Frictions mercurielles : 10.

Le 9 juillet 1894, l'induration de la paupière a presque disparu, la cicatrice est souple; l'ulcération frontale est sèche et un peu hyperplasiée, de même celle de la barbe. Le malade sort en bon état.

Le malade revient dans le service le 12 octobre pour ses accidents secondaires. L'état général est affaibli; léger amaigrissement, constitution assez forte, mais le malade éprouve de la faiblesse dans ses jambes et ne peut rester longtemps debout.

On constate la présence de plaques muqueuses sur les deux amygdales et dans l'arrière-gorge. Les cicatrices de la face sont à peine perceptibles. Pas d'éruptions sur le corps.

On trouve une mastite gauche presque complètement indolore à la pression; elle se présente sous forme de tumeur résistante, adhérente au mamelon, mobile sur les parties profondes. Elle est diffuse et donne la sensation d'une glande mammaire hypertrophiée de consistance scléreuse. Elle a le volume d'une grosse noix aplatie, sans aucune modification de la peau de l'aréole ni du mamelon. L'érection de ce dernier est complètement indolente. Aucune tendance à l'ulcération. Pas de ganglions axillaires. La tumeur, survenue au passage secundo-tertiaire de la syphilis, ne présente pas les caractères de la gomme.

On ordonne des frictions locales d'onguent mercuriel et on fait des badigeonnages au bleu de méthylène sur les plaques muqueuses. Traitement général par KI.

Le 23 octobre, le malade se plaint de maux de tête, et sur le dos du nez est survenue une plaque d'acné folliculaire ainsi que sur les deux joues à la naissance de la barbe. On fait laver le malade avec une solution de sublimé 1/500 suivie d'une application de vaseline boriquée, puis d'acide borique pulvérisé.

La mastite ne change guère de volume ni de consistance et reste toujours indolente.

Le 25 octobre, la folliculite est en voie de guérison et les plaques muqueuses commencent à disparaître. L'état général du malade s'améliore.

Le 27 octobre, la mastite a diminué de consistance et de volume, elle semble tendre vers la disparition. Le malade sort.

En janvier 1895, il reste un léger degré d'hypertrophie indolente de la mamelle.

Sur ces trois observations, les deux premières sont des faits de syphilis du sein survenue dans la période tertiaire. La dernière se rapporte à la période secondaire

franche. Quelle place faut-il assigner à chacune d'elles? Faut-il les ranger dans la catégorie des gommes, ou dans celle des mastites syphilitiques diffuses?

Les mastites des observations I et II se sont développées concurremment à des gommes soit sous-maxillaires, soit du coude, etc. Il faut donc admettre que des lésions diffuses du rudiment mammaire masculin peuvent apparaître en même temps que des gommes authentiques. Il est bien entendu que ce ne sont là que des expressions cliniques. Tant que la gomme ne va pas jusqu'à la dégénération, il n'est pas toujours aisé d'indiquer quelle est la frontière qui la sépare de la sclérose, ou mieux du syphilome vasculaire caractéristique dans les premières étapes de l'infection.

En fait, aucune apparence clinique n'a jamais permis d'y reconnaître une gomme, et la similitude qui existe entre ces faits autorise à leur appliquer une définition identique.

Quant à l'observation du troisième malade, on ne manquera pas de la rapprocher des faits que Jullien dit avoir plusieurs fois constatés à la même période; cependant on notera que la lésion a montré une ténacité très différente de la bénignité qui a signalé les faits de Jullien.

Nous nous croyons autorisé à conclure des faits précédents qu'on peut observer *chez l'homme des mastites syphilitiques diffuses à la période secondaire et à la période dite tertiaire.*

Nous ajouterons qu'elles résistent parfois au traitement spécifique, ou ne guérissent qu'avec difficulté.

CLINIQUE MÉDICALE

Evolution singulière d'une adénopathie sus-claviculaire gauche dans un cas de cancer duodénal, par le Dr F. Lalesque, ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat de la Société de biologie.

La récente communication de M. Girode, les remarques auxquelles elle a donné lieu de la part de MM. Albert Mathieu, Rendu et Catrin, m'invitent à publier, bien qu'encore en cours d'observation, l'histoire d'une malade chez laquelle une adénopathie sus-claviculaire gauche, cancéreuse, a présenté une évolution singulière.

Il s'agit d'une dame de 48 ans, qui, orpheline de bonne heure, ne peut fournir des renseignements précis sur ses ascendants. Un frère et deux sœurs jouissent d'une excellente santé. Bons antécédents, ni syphilis, ni tuberculose, lorsque dans les premiers jours de l'année 1894, la malade éprouve quelques légers troubles dyspeptiques qui vont s'accentuant jusque dans les premiers jours d'avril, époque à laquelle surviennent des vomissements pituiteux, se renouvelant tous les deux ou trois jours pendant deux semaines.

A ce moment, l'anorexie pour la viande est absolue, elle l'est un peu moins pour le lait, les œufs. Douleur sourde, permanente au creux épigastrique et vers l'hypochondre droit, augmenté par la pression, mais sur laquelle l'état de vacuité ou de plénitude de l'estomac est indifférent. Eructations fréquentes, fétides, langue saburrale, épaisse, à bords et pointe légèrement dépouillés. Constipation opiniâtre. Amaigrissement très prononcé, perte complète des forces, moral déplorable.

L'examen direct révèle une dilatation appréciable de l'estomac avec clapotement, et les doigts, plongés dans l'hypochondre droit, provoquent une douleur en un point très circonscrit, où l'on perçoit une petite tuméfaction dure, du volume d'un œuf de pigeon, qui, lorsqu'on place la malade dans le décubitus latéral gauche, se rapproche, en tombant, de la ligne ombilicale.

Tous les autres organes sont sains et ne révèlent aucun trouble fonctionnel. Les poumons, le cœur ne laissent rien à désirer, et en aucun point du corps, les ganglions lymphatiques ne sont augmentés de volume.

Taux de l'urée très notablement diminué. Menstruation encore assez régulière, mais beaucoup moins abondante.

Bien que la malade n'ait pas été soumise au repas d'épreuve, le diagnostic formulé est : cancer probable de la première partie du duodénum.

Pendant trois mois, rien d'appréciable à signaler, si ce n'est que malgré la médication mise en œuvre (lavages quotidiens de l'estomac — régime lacté — préparations eupeptiques), les troubles dyspeptiques progressent, l'amaigrissement et l'amoindrissement des forces s'accentuent, et la malade prend de plus en plus une teinte cachectique manifeste et presque caractéristique. A cette période, survient une métrorrhagie abondante (15 juillet), indifférente aux moyens hémostatiques habituels, cédant péniblement au tamponnement vaginal, non sans avoir encore affaibli la malade.

Cette métrorrhagie faisant craindre une propagation vers l'utérus, je pratique l'examen : le toucher vaginal, le toucher rectal sont négatifs. L'utérus est mou, petit, indolent, sans aucune trace d'induration, avec des culs-de-sac et des annexes parfaitement sains. Les ganglions inguinaux sont normaux.

Ce jour-là, je réitère mes recherches du côté des ganglions sus-claviculaires, recherches que j'avais négligées depuis deux mois. Je constate dans le creux sus-clavier, chez une malade très amaigrie, une adénopathie manifeste ; deux ganglions durs, indolores, mobiles sous la peau, roulent sous les doigts. Le plus volumineux, interne, atteint les dimensions d'une petite amande.

Au commencement du mois d'août, il se produit une amélioration marquée de l'état local : les lavages ramènent un liquide moins grisâtre, moins odorant, moins chargé de mucus; la langue se déterge, les bords en sont moins rouges, moins dépouillés, le lait est mieux toléré, et vers la fin du mois de septembre la malade peut se lever, se nourrir de quelques œufs, de quelques potages au lait. Quant à l'état local, il reste le même en ce qui concerne la tumeur de l'hypochondre. Par contre, l'adénopathie sus-clavière a suivi une marche parallèle aux troubles généraux, s'amendant progressivement, à tel point que, le 20 septembre, M. François Franck voyant la malade au mieux, formule le diagnostic : cancer de la première portion duodénale, quoique les ganglions sus-claviculaires gauches dépassent à peine leur volume normal.

Cette amélioration persiste pendant les mois d'octobre, novembre, décembre, mais sans toutefois s'accentuer.

En janvier 1895, les phénomènes dyspeptiques recommencent, l'amaigrissement reprend, les forces diminuent et la malade doit s'aliter de nouveau. Au moment de cette reprise, apparition à deux fois différentes (29 décembre, 6 janvier) d'un symptôme nouveau : mélæna. Mais l'adénopathie sus-clavière n'a pas reparu, et aujourd'hui encore, bien que les forces aillent en déclinant, très lentement à vrai dire, que la maladie marche de plus en plus vers la déchéance organique, l'examen ne trouve au-dessus de la clavicule que deux ou trois petits ganglions d'un volume normal.

Cette observation ne me paraît guère laisser de place au doute. Nous nous trouvons en présence d'un tableau clinique qui permet de maintenir le diagnostic formulé. Tout ne concourt-il pas à ce diagnostic : âge de la malade, dyspepsie rebelle avec anorexie élective, cachexie, tumeur et adénopathie ?

Le point saillant de l'histoire de la malade est l'évolution même de cette adénopathie. Elle est en plein développement vers le milieu de juillet, c'est-à-dire à cette période où les accidents gastriques sont à leur maximum d'intensité, où les fermentations gastriques s'exagèrent malgré lavages et diététique, où la débilitation générale et la cachexie s'accentuent d'une façon inquiétante, tandis qu'une métrorrhagie rebelle, cachectique certainement, complique un état déjà grave. Puis deux mois après, alors qu'une amélioration marquée survient du

côté de l'estomac (exception faite de la tumeur) et dans l'état général, les ganglions sus-claviculaires diminuent rapidement de volume et sont à peine appréciables à la fin de septembre. Depuis, ils ont conservé leur volume normal.

Si par son apparition cette adénopathie a fixé dans notre esprit un diagnostic déjà trop probable de par l'ensemble symptomatique, sa disparition doit-elle infirmer et diagnostic et pronostic ? Je ne le pense pas.

Quant à fournir une interprétation quelconque de cette évolution, je ne le tenterai pas. Il me suffit d'avoir énoncé le fait brutal et d'attirer l'attention sur lui.

Un autre point qui pourrait être mis en litige dans l'histoire de la malade est celui relatif, non seulement au temps d'arrêt, mais à l'amélioration, voire même à la rétrocession marquée des accidents. Toutefois, nous savons que les améliorations momentanées des cancers de l'estomac ou de la première portion duodénale, pour n'être pas la règle, ne sont pas non plus exceptionnelles. D'autre part, cette amélioration a manifestement coïncidé avec la mise en œuvre du traitement au chlorate de soude selon les indications de M. Brissaud. Cette médication me paraît devoir invoquer ce nouveau cas en sa faveur.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Tumeur mixte de l'ovaire droit : kyste dermoïde et endothéliome. Communication à la Société d'anatomie et physiologie de Bordeaux, par le Dr Ch. Faguet, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

Jeanne C..., soixante ans, ménagère, entre à l'hôpital Saint-André, dans le service de clinique chirurgicale de M. le professeur Lanelongue, le 15 octobre 1894, salle VIII, lit 8.

Les *antécédents héréditaires* n'offrent aucune particularité intéressante à signaler. Son père et sa mère sont morts : l'un à cinquante-cinq ans, l'autre à quatre-vingts ans, d'affections sur la nature desquelles nous ne pouvons être fixé. Une sœur aurait succombé, à l'âge de vingt-trois ans, à une tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels. — Jeanne C... n'a jamais été malade pendant son enfance. Première menstruation à dix-sept ans, sans accidents. Mariée à dix-neuf ans; deux grossesses, accouchements et suites de couches physiologiques. Pleuropneumonie à trente-six ans.

Les règles ont été régulières jusqu'à 50 ans, époque à laquelle la ménopause s'est établie d'une façon définitive.

Pas de rhumatisme, pas de syphilis.

Histoire de la maladie. — C'est au mois de mai dernier que la malade fait remonter le début de l'affection actuelle ; elle éprouva à cette époque des troubles de la miction : besoins fréquents et impérieux, dysurie.

Au mois d'août, elle constate que son abdomen augmente de volume et perçoit une tumeur du volume du poing, siégeant dans la fosse iliaque droite. L'augmentation de volume se fait dès lors d'une façon uniforme et progressive, et la tumeur observée par la malade n'est bientôt plus perceptible au palper. En même temps que ces symptômes s'aggravaient cette femme s'amaigrissait et voyait ses formes diminuer dans de notables proportions.

Examinée le 8 octobre, dans le service de M. le professeur Arnozan, on constate les signes suivants (1) :

L'abdomen est normalement développé, à peu près symétrique; pas d'altérations de la peau ; légère dilatation des veines sous-cutanées abdominales. Circonférence au niveau de l'ombilic, 0m94. La face, le thorax, les membres supérieurs et inférieurs sont très amaigris.

A la palpation, l'abdomen est assez tendu ; fluctuation très nettement transmissible d'un hypochondre à l'autre. En aucun point, les doigts ne parviennent à percevoir une tumeur.

Percussion : matité absolue dans les flancs et dans une grande étendue de la région abdominale antérieure. A ce niveau la ligne de matité dessine une courbe remontant très haut dans le flanc droit, tandis qu'à gauche, elle n'atteint pas l'ombilic, autour duquel on trouve la sonorité caractéristique de la présence des anses dans l'intestin grêle. La matité des flancs se déplace dans les changements de position de la malade : il n'y a pas de doutes sur la présence d'un épanchement ascitique.

Toucher vaginal : l'utérus est petit, mobile ; les annexes ne sont pas perceptibles.

Urines : 1.500 à 1 600 grammes par vingt-quatre heures. Ni sucre, ni albumine; urée : 14 grammes par litre.

Appareil digestif : appétit diminué, digestions pénibles ; gonflement épigastrique après les repas. Selles régulières, tendance à la constipation. Foie difficile à délimiter.

Appareil respiratoire : un peu d'essoufflement. Percussion : submatité à la base gauche. Auscultation : râles sous-crépitants aux deux bases.

L'appareil circulatoire est normal.

M. le professeur Arnozan fait une ponction de l'abdomen au lieu d'élection, le 9 octobre, et retire cinq litres et demi d'un liquide ascitique, citrin. Un nouvel examen lui permet alors de constater l'existence d'une volumineuse tumeur, de consistance molle, fluctuante même en certains points, et plongeant dans l'excavation pelvienne.

Mme Jeanne C... est envoyée le 15 octobre dans le service de clinique chirurgicale de M. le professeur Lanelongue.

Etat actuel (15 octobre). — L'ascite s'est en partie reproduite et gêne notablement l'exploration de l'abdomen. L'examen sous le chloroforme permet de voir que la tumeur est en partie solide et en partie liquide. Cette dernière portion est la plus volumineuse. Elle occupe l'hypogastre du côté droit, dépasse la ligne médiane, s'enfonce en bas, dans l'excavation pelvienne, et remonte en haut jusqu'à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic. La matité est absolue sur toute l'étendue du néoplasme qui possède un certain degré de mobilité latérale.

Le toucher vaginal, après cathétérisme de la vessie, permet de constater les signes suivants : rectocèle vaginale, col de l'utérus normal dans sa configuration, mais dévié du côté droit. Le corps de l'utérus est petit, mobile, indépendant de la tumeur qui fait saillie dans les culs-de-sac antérieur, latéral droit et postérieur. A ce niveau, on perçoit une partie du néoplasme, dont la consistance est dure et la surface irrégulière, mamelonnée.

Le toucher rectal ne fournit aucune particularité.

Diagnostic. — Cysto-épithéliome de l'ovaire droit, ascite.

La malade est immédiatement préparée à une intervention chirurgicale ; naphtol β, bains, purgatifs, antisepsie vaginale, etc., etc.

19 octobre 1894. — Ovariotomie. Issue d'une certaine quantité de liquide ascitique. Quelques adhérences lâches unissent la tumeur à l'épiploon. Ablation facile du néoplasme, développé aux dépens de l'ovaire droit.

L'ovaire gauche, petit, scléro-kystique, est enlevé.

Suture à trois étages de la paroi abdominale.

Suites opératoires excellentes.

Jeanne C..., guérie, quitte l'hôpital Saint-André le 12 novembre 1894.

I. *Examen de la tumeur.* — Macroscopiquement, le néoplasme est formé de deux portions : l'une kystique, de beaucoup la plus volumineuse; l'autre solide.

a) La *partie kystique* a le volume d'une tête de fœtus à terme, sa forme est régulièrement arrondie. Son contenu est constitué par un liquide de consistance sirupeuse, d'une coloration jaune sucre d'orge, renfermant des paillettes de cholestérine. On y trouve aussi une assez grande quantité de cheveux noirs fins, agglutinés les uns aux autres, et roulés en pelotons inextricables.

La face interne de la paroi kystique est lisse, régulière, et on y voit implantés des poils en assez grand nombre. L'épaisseur de cette paroi varie, suivant les points où on l'examine, de quelques millimètres à un centimètre.

b) La *portion solide*, située à la partie inférieure de la précédente, à laquelle elle est très intimement unie, a le volume

(1) Ces renseignements nous ont été très obligeamment communiqués par M. Donadieu, interne du service.

d'une mandarine. Elle est friable, irrégulière à sa surface, de consistance assez molle.

II. *Examen histologique.* — Des fragments de la tumeur sont pris en différents points, fixés par l'alcool à 90°, colorés en masse dans le picro-carmin de Ranvier, passés par le chloroforme, inclus dans la paraffine à 55° (dans le vide). Les coupes sont faites à l'aide du microtome de Vialanes (d'Arcachon).

a) *Portion dermoïde.* — On retrouve dans la paroi tous les éléments que l'on rencontre ordinairement dans les parois des kystes dermoïdes : les diverses couches constitutives de l'épiderme et du derme, des poils avec leur follicule, des glandes sébacées très nettes, des glandes sudoripares rudimentaires, etc., etc.

b) La *portion* exclusivement *solide* de la tumeur est formée par des faisceaux du tissu conjonctif fasciculé constituant une sorte de tissu réticulaire dans les alvéoles duquel se trouvent en grand nombre des cellules épithéliales ou épithélioïdes, de forme et de volume variables, à noyau très apparent.

On rencontre en outre un grand nombre de fentes lymphatiques avec des cellules d'endothélium au milieu de la substance interstitielle de nature conjonctive.

Les vaisseaux sanguins qui existent dans cette zone n'ont pas de parois propres.

L'ovaire gauche ne présente aucune particularité intéressante à signaler.

En résumé, il s'agit dans ce cas particulier d'une *tumeur mixte* de l'*ovaire droit* : ce néoplasme est constitué à la fois par un *kyste dermoïde* et par un *endothéliome* (1).

Réflexions. — On retrouve ici tous les caractères attribués par Eckardt (2) et Pomorski (3) à cette variété de néoplasme ovarien intermédiaire, au point de vue histologique, à l'épithéliome et au sarcome, et qui a été rencontré dans certains kystes dermoïdes dégénérés, dans des kystes papillaires, et dans ces tumeurs solides, criblées de petites cavités, qu'on rangeait jusqu'ici dans la classe des sarcomes (S. Pozzi), (4).

Eckardt et Pomorski ont donné à ces néoplasmes le nom d'*endothéliome*, pour indiquer nettement leur provenance de l'endothélium, soit des fentes ou des capillaires lymphatiques, soit même des vaisseaux capillaires sanguins.

A un autre point de vue, notre observation appartient à la catégorie des tumeurs mixtes de l'ovaire, dans lesquelles la portion dermoïde forme tantôt la masse principale, — c'est ici le cas, — tantôt seulement une partie accessoire de la masse totale. Telles sont les observations de MM. Heschl (5), Schroëder (6), Unverricht (7), Babinski (8), Cornil (9), Souligoux (10), Pilliet (11), P. Reclus (12).

Cliniquement, ces néoplasmes évoluent à la façon des tumeurs malignes : développement rapide, ascite, cachexie précoce, etc. Ces faits, tout exceptionnels qu'ils soient, obligent à une certaine réserve dans le pronostic du kyste dermoïde de l'ovaire : ils doivent encourager à une intervention qu'il n'y a aucun avantage à différer.

(1) Nous adressons nos plus sincères remerciements à M. Rivière, préparateur au Laboratoire des Cliniques, qui a bien voulu faire des photographies de nos préparations microscopiques : on voit très nettement sur ces épreuves tous les détails histologiques que nous avons décrits.

(2) Eckardt, Ueber endotheliale Eiestocktumoren (*Zeitchr. f. Geb. und Gyn.*, Bd. XVI, Heft 2, p. 344, 1889.).

(3) Pomorski, Endothelioma ovarii, (*Zeitchr. f. Geb. und Gyn.*, Bd. XVIII, Heft 1, p. 92, 1890).

(4) S. Pozzi, *Traité de Gynécologie*, 1re édition, Paris, 1890, p. 790.

(5) Heschl (de Cracovie), *Vierteljahrschrift für die praktische Heilkunde*, Prague, 1860, t. IV, p. 56.

(6) Schroeder, *Berliner klin. Wochensch.*, 6 janvier 1879, 6 oct., p. 606.

(7) Unverricht, *Breslauer ærztliche Zeitschrift*, 1879, n° 2, d'après *Centralb. f. Chir.*, 1879, p. 239.

(8) Babinski, Deux cas d'épithélioma pavimenteux ayant vraisemblablement pour point de départ un kyste dermoïde de l'ovaire *Société anatomique de Paris* 4 mai 1883).

(9) Cornil, *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, 4 mai 1883.

(10) Souligoux, *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, 1892, p. 142.

(11) Pilliet, *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 21 avril 1893, p. 290, et in *Tribune médicale*, Paris, 1893.

(12) P. Reclus, *Cliniques chirurgicales de la Pitié*, Paris, 1894, p. 531 et suivantes.

NOUVELLES

— Quelques internes ont l'habitude de s'inscrire près de plusieurs chefs de service pour la même année. Il en résulte certains inconvénients sérieux, et pour les internes non pourvus de service et pour les chefs de service eux-mêmes. La Société des chirurgiens des hôpitaux a prié l'Administration de demander tous les ans, à chaque chef de service, le nom de ses internes futurs. Les noms seront centralisés à l'Administration, et la liste générale communiquée aux chefs de service. De la sorte, on découvrira les noms des internes indûment inscrits pour plusieurs services.

— Par décret, en date du 4 février 1895, M. Baillon, professeur à la Faculté de médecine de Paris, a été nommé membre du conseil supérieur de l'agriculture.

Laboratoire de bactériologie de Tunis. — M. Loir, préparateur à l'Ecole pratique des Hautes-Etudes, est mis à la disposition du gouvernement tunisien pour remplir les fonctions de directeur du laboratoire de bactériologie et de vinification de la régence de Tunis.

Bibliothèque circulante de médecine. — M. le Dr Marcel Baudouin a eu l'heureuse idée de fonder une bibliothèque circulante, analogue à celles qui existent en Angleterre pour la littérature. Abonnement, 20 fr. par an, et 5 fr. de cautionnement par envoi.

En outre, M. Baudouin a créé un *service de fiches bibliographiques*, classées par matières. Abonnement, 10 fr. par an; et 0,05 par fiche communiquée.

Congrès de la Société allemande de chirurgie en 1895. — Le vingt-quatrième Congrès de la Société allemande de chirurgie se tiendra à Berlin, du 17 au 20 avril prochain.

Hospices civils de Lyon; sérum antidiphtérique. — L'administration des hospices civils de Lyon met à la disposition du public du *sérum antidiphtérique* préparé pour elle, à Lyon, par M. le professeur Arloing.

Ce *sérum* sera livré, dans des flacons bouchés et scellés, par la pharmacie de vente de l'Hôtel-Dieu.

Le prix du flacon est de *cinq francs*.

Ces flacons ne seront délivrés que sur la présentation d'une demande écrite signée d'un médecin, laquelle sera retenue par la pharmacie.

En cas d'urgence, *la nuit*, le pharmacien-adjoint, *de garde à l'Hôtel-Dieu*, est chargé de la délivrance du *sérum*.

Faculté de médecine de Lyon. — Dans sa séance du 1er février 1895, le Conseil de la Faculté a dressé la liste de présentation pour la chaire de pathologie externe.

Les candidats inscrits, MM. Augagneur, Gangolphe, Jaboulay et E. Vincent, étaient tous agrégés et chirurgiens des hôpitaux.

M. Augagneur a été désigné en première ligne, après deux tours de scrutin ; M. Jaboulay en seconde ligne, également après deux tours de scrutin, et M. Gangolphe, en troisième ligne.

— L'Assemblée des professeurs et des agrégés, chefs des travaux de la Faculté de médecine et de pharmacie, vient de désigner au choix de M. le Ministre de l'instruction publique pour le décanat, pour une période de trois ans, M. le professeur L. Lortet, doyen de la Faculté depuis sa fondation.

— M. Aurand est nommé chef de clinique ophthalmologique.

— Un concours s'ouvrira le 29 juillet 1895, devant la Faculté de médecine de Lyon, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'école de médecine de Grenoble.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Faculté de médecine de Lille. — M. Papegaey est nommé préparateur d'histoire naturelle.

M. Hennart est nommé chef de clinique ophthalmologique.

Faculté de médecine de Toulouse. — M. Tailhefer est nommé chef de clinique chirurgicale.

M. Reygasse est nommé chef de clinique médicale.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Combre est nommé jusqu'à la fin de l'année scolaire 1894-1895 aide préparateur de physiologie.

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. Martinaud est nommé préparateur adjoint de physique.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Grosmaire est nommé aide d'anatomie.

Ecole de médecine d'Amiens. — M. Magnier est nommé aide d'anatomie.

Ecole de médecine de Grenoble. — M. Porte, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicale, est chargé, pendant l'année 1895, d'un cours de clinique médicale à ladite école.

Ecole de médecine de Caen. — M. Auvray, professeur de clinique médicale, est nommé directeur à partir du 1er janvier 1895.

Ecole de médecine de Marseille. — M. Roumieux est nommé, à dater du 1er décembre 1894, préparateur de physique, histoire naturelle et matière médicale.

Concours de médecins des hôpitaux. — Le jury du concours du bureau central (médecine) qui doit s'ouvrir le 18 février, est le suivant :

MM. Empis, Chauffard, Dreyfus-Brisac, Gougenheim, Straus, Huchard, Brun.

Les candidats sont au nombre de 75. Ce sont :

MM. Guinon (L.), Thiroloix, Enriquez, Caussade, Dubief, Plicque, Deschamps, Belin, Achalme, Blocq, Bruhl, Lyon, Klippel, de Grandmaison, Gallois, Laffitte (J.-B.), Coste, Florand, Pilliet, Wurtz, Berbez (Paul), Lamy, Leredde, Courtois-Suffit, Sallard, Soupault, Dalché, Boulloche, Baudoin G., Triboulet, Rénon, Souques, Charrier, Lenoir, Claisse, Méry, Janselme, Gastou, Tissier, Coffin, Papillon, de Saint-Germain, Besançon J., Springer, Guinon G., Legris, Hallion, Thérèse, Macaigne, Mosny, Toupet, Pinceau, Foveau, Létienne, Capitan, Barbier, Morel-Lavallée, Hudelo, Nageotte, Beaumé, Raymond P., Launois, Pignol, Renault, Lesage, Parmentier, Jacquet, de Gennes, Vaquez, Ettlinger, Polguère, Laffitte, Critzmann, Dupré E., Dutil.

Réforme du concours de l'internat. — Les médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux viennent d'être appelés par l'administration de l'Assistance publique à constituer une commission chargée d'étudier les réformes à apporter au concours de l'internat. On sait, en effet, que les candidats augmentent chaque année, et que le concours, tel qu'il est aujourd'hui, dure trop longtemps, et pour les juges et pour les candidats, et aussi pour le roulement des services.

La Société des chirurgiens des hôpitaux a discuté mercredi dernier la réforme du concours de l'internat, et,comme on ne s'est pas trouvé d'accord, la question a été reportée à huitaine. Deux courants d'opinion sont, en effet, en présence. Les uns veulent conserver le mode de concours actuel : la lecture des copies en public, par exemple, tout en cherchant un moyen de faire marcher les épreuves plus vite ; les autres veulent changer radicalement l'économie du concours actuel et nommer un corps d'examinateurs chargé de lire les copies anonymes des candidats.

Prix Larrey. — M. le baron Larrey lègue à l'Académie de médecine le capital d'une rente de 500 francs pour la création d'un prix annuel de statistique médicale qui portera son nom.

Les ambulances urbaines de Paris. — Le 5 février a eu lieu, sous la présidence de M. Jules Simon, la remise de l'Œuvre des ambulances urbaines à la ville de Paris.

Legs à l'école de médecine de Reims. — Le docteur Jolicœur a légué à l'école de médecine une somme de 1,500 francs « pour la fondation d'un prix annuel destiné à récompenser l'élève le plus laborieux du cours de médecine de première année. »

Notre confrère a légué, d'autre part, aux établissements hospitaliers de la ville de Reims :

20,000 fr. à la Maison de retraite; 100,000 fr. à l'Hôtel-Dieu; 10,000 fr. à l'Hôpital-Général; 10,000 fr. à Saint-Marcoul ; 2,000 fr. au Bureau de bienfaisance.

Les syndicats professionnels. — Nous relevons dans le *Bulletin* de l'Office du travail que parmi des syndicats légalement constitués existant en France au 1er juillet 1894, il y avait pour les médecins, chirurgiens, dentistes, sages-femmes, vétérinaires, 72 syndicats, soit 42 de plus qu'en 1893.

— Le 23 janvier dernier a eu lieu, à l'Hôtel de Ville, la première réunion en vue de la fondation d'un syndicat médical à Reims. Vingt-trois médecins étaient présents ou avaient envoyé leur adhésion.

— Un habile escroc exploite en ce moment les médecins de Paris. Plusieurs sommités médicales et chirurgicales ont déposé des plaintes dans divers commissariats de police de Paris au sujet des escroqueries dont elles ont été victimes. Voici comment procède ce filou : porteur d'une carte de visite au nom d'un médecin de Lyon, Montpellier, Marseille, ou même de l'étranger, dont le nom est connu, il se présente chez un prétendu confrère qui le reçoit immédiatement et lui fait le chaleureux accueil que les médecins ont l'habitude de se faire entre eux. Le docteur étranger expose alors qu'il est venu à Paris pour affaires personnelles ; qu'il était sur le point de prendre le train pour s'en retourner, mais qu'en arrivant à la gare il venait de s'apercevoir qu'on lui avait volé son porte-monnaie ; il prie alors son confrère de bien vouloir mettre à sa disposition une somme dont il a besoin et qu'il lui enverra par la poste dès son arrivée chez lui. Le médecin s'empresse de mettre sa bourse à la disposition de son confrère et le tour est joué. D'autres fois, l'escroc dépose chez les médecins qu'il se propose de voler différents paquets qu'il dit contenir des instruments de chirurgie, puis il déclare qu'il a encore quelques courses à faire et demande la permission de les laisser en dépôt jusqu'à son départ. Ce dépôt inspire confiance et le prêt a lieu, mais on ne revoit pas le pseudo-médecin. Un de ces paquets, développé dans un commissariat, contenait deux morceaux de bitume et une pomme de terre.

L'escroc, dont on a le signalement, est activement recherché.

Une enquête sur le traitement de la diphthérie par la sérumthérapie. — Les directeurs de la *Deutsche medicinische Wochenschrift* annoncent qu'ils organisent une vaste enquête par toute l'Allemagne à l'effet d'étudier les résultats donnés par la sérumthérapie dans la diphthérie. Ils s'adressent pour cela non seulement aux médecins chargés de services dans les hôpitaux, mais encore à tous les médecins praticiens. Ils font un appel spécial aux bons offices des sociétés locales qui ont déjà organisé dans leur ressort une étude statistique pour le même objet (Munich, Francfort, Halle, Kœnigsberg).

Tous les médecins allemands ont reçu ou recevront des fiches statistiques contenant un questionnaire rédigé par MM. Leyden, Litten, Renvers, Heubner, Behring, Ehrlich, Guttstatt. Cette statistique générale doit prendre fin le 1er avril 1895.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 février 1895.

PRÉSIDENCE DE M. EMPIS.

Elections.

MM. J. Bœckel (de Strasbourg) et Combalat (de Marseille) sont élus correspondants nationaux dans la division de chirurgie.

La séance est levée en signe de deuil à titre d'hommage à la mémoire de M. Regnault, ancien président de l'Académie.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 8 *février* 1895.

Présidence de M. Cornil.

Cancroïde de l'avant-bras.

M. Claude rapporte le cas suivant : un cancroïde s'étant développé au niveau de l'avant-bras, sur un point qui avait été autrefois le siège de brûlures étendues, fut excisé par M. Tuffier. En même temps que l'excision, on fit une greffe cutanée en taillant un lambeau de peau sur la paroi abdominale et en le mettant en rapport avec la plaie de l'avant-bras laissée par l'ablation du cancroïde. La greffe reprit très bien, mais au niveau de l'avant-bras et au niveau de l'abdomen se développa un cancroïde.

Le malade mourut de généralisation cancéreuse. Tandis que la tumeur de l'avant-bras était constituée par un épithélioma lobulé corné, la tumeur qui s'était développée au niveau de l'abdomen était bien encore de l'épithélioma lobulé, mais ne contenait pas de globes épidermiques.

M. Cornil fait remarquer à ce sujet que ce fait n'a rien d'anormal et qu'un même épithélioma peut contenir ou non des globes épidermiques dans ses différentes parties constituantes et qu'il est nécessaire souvent, pour rencontrer des globes épidermiques, de multiplier les coupes de la tumeur.

La possibilité d'une greffe cancéreuse chez un individu déjà porteur d'une tumeur maligne a déjà été maintes fois signalée.

Quant à la cause de cette réinoculation, elle est peut-être due, comme le fait remarquer M. Chaput, à une dissémination au niveau de la plaie des cellules cancéreuses pendant l'opération de la greffe.

Polype placentaire d'apparence fibrineuse.

M. Ch. Lévi montre un utérus renfermant un polype d'apparence fibrineuse, enlevé par M. Lejars. L'examen histologique a montré que, malgré l'aspect fibrineux, la tumeur était en réalité d'origine placentaire.

M. Chaput fait ressortir à ce sujet combien souvent est difficile le diagnostic de ces polypes avec la métrite chronique et avec les fibromes.

M. Cornil dit que l'on ne connaît pas d'observation authentique de polypes fibrineux, mais que sous ce nom on a confondu un certain nombre de tumeurs qui sont revêtues à leur surface de caillots fibrineux, mais qui sont constitués dans tous les cas par un substratum de nature différente. Cette apparence polypeuse est donnée tantôt par des villosités placentaires, tantôt par des œufs de Naboth, tantôt par des épaississements fibreux au centre desquels on rencontre des vestiges de glandes, tantôt enfin par une transformation fibreuse de l'insertion placentaire. Le diagnostic clinique de ces tumeurs est le plus souvent impossible et l'examen histologique seul permet d'en définir exactement la nature.

Fernand Bezançon.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 *février* 1895.

Présidence de M. d'Heilly.

Sur la persistance du bacille chez les enfants guéris de la diphthérie.

MM. Sevestre et **Méry**. — Un des principes essentiels qui doivent être appliqués, dans la prophylaxie de la diphthérie, est d'isoler les malades tant qu'ils sont contagieux. Mais bien que l'on ait observé depuis longtemps que des diphthériques convalescents avaient contagionné d'autres enfants, on ignore jusqu'à quelle époque les enfants débarrassés de leurs fausses membranes restent infectieux. Lœffler, Roux et Yersin avaient déjà signalé la persistance des bacilles chez des diphthériques convalescents. Tobiesen de Copenhague qui fit des recherches analogues avait constaté la persistance du bacille dans plus de la moitié des cas. Sur 19 inoculations faites sur des cobayes, 16 se terminèrent par la mort. Le docteur Tézenas conclut de ses recherches que les bacilles disparaissent de la gorge en même temps que les fausses membranes; qu'ils persistent au contraire dans le nez tant qu'il y a un écoulement nasal; mais aucune inoculation n'a été faite. Malgré les grandes difficultés que l'on rencontre à l'hôpital pour suivre les enfants pendant un certain temps, il nous a été possible cependant d'en recueillir un certain nombre que nous publions aujourd'hui.

Nos observations ont été faites à l'hôpital Trousseau à deux époques, et dans deux conditions différentes. Les premières remontent aux mois de juin et décembre 1893 et concernent des enfants traités par la méthode alors en usage (lavages répétés, applications de topiques antiseptiques); les autres datent du mois de décembre 1894 et ont trait à des malades soumis aux injections de sérum.

L'examen d'une première série de malades traités par des irrigations nasales et pharyngées d'eau phéniquée nous montre : 1° que sur 15 malades examinés au point de vue bactériologique à *leur entrée* il y a eu 15 résultats positifs; 2° que les ensemencements faits plus tard *après la disparition des fausses membranes* ont donné des résultats variables. Chez quatre de nos malades nous avons eu un résultat négatif; quelques colonies chez un cinquième; deux fois les bacilles avaient persisté un peu plus longtemps mais sans être virulents. Enfin chez un malade, un premier examen avait fait espérer la disparition totale des bacilles, mais un mois après sa sortie l'enfant fut réexaminé et on constata la présence de bacilles, en même temps sa sœur entrait à l'hôpital pour une diphthérie. Dans d'autres cas on a vu le bacille persister dans le mucus nasal alors qu'il avait disparu dans le pharynx. Nous avons vu des bacilles virulents persister jusqu'à 49 jours chez un de nos malades. Nous avons observé également un enfant chez lequel les bacilles demeurés dans les fosses nasales à la suite d'une première atteinte de diphthérie suffirent à produire une réinfection qui se termina par la mort.

Arrivons maintenant à notre seconde série de malades traités par le sérum de Roux. Nous voyons que dans certains cas, le bacille disparaît avec les fausses membranes; dans d'autres, il persiste mais en perdant sa virulence; enfin dans une troisième catégorie de cas, il reste virulent; les cas dans lesquels on a observé la persistance de bacilles virulents étaient d'ailleurs des cas graves et dont la convalescence avait été entravée par des accidents imputables à la diphtérie (paralysie) ou aux injections (éruptions, arthropathies). Dans les autres cas, le bacille long se transformait généralement en bacille court.

Nous voyons en somme, en comparant les observations de nos deux séries du malades, qu'au point de vue de la persistance de bacille, les résultats sont à peu près les mêmes quelle que soit la méthode de traitement. Il semble que l'on ne s'écarte pas sensiblement de la vérité en fixant la limite extrême de la persistance du bacille à quelques semaines ou à un mois pour la gorge. Dans les fosses nasales, le bacille persiste souvent plus longtemps, et sa présence coïncide généralement avec un écoulement nasal plus ou moins abondant et sans caractère spécifique. Pour la gorge, il n'existe aucun fait clinique permettant d'affirmer la présence ou l'absence de bacille après la guérison apparente de la maladie.

Les observations que nous venons de publier n'ont pas seulement un intérêt doctrinal, elles ont encore un intérêt majeur en ce qui concerne la prophylaxie de la diphthérie. Il serait urgent qu'il y eût des asiles de convalescence où on pourrait envoyer les diphthériques convalescents, et où on pourrait les suivre, afin de ne les laisser en rapport avec d'autres enfants sains que quand on aurait constaté à plusieurs reprises l'absence de bacilles. Espérons que pour une question aussi importante la ville de Paris ne restera pas longtemps en retard.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 *février* 1895.

Plaies de l'abdomen.

M. Berger constate que l'observation de M. Nélaton vient à l'appui de sa thèse : avec une plaie dont la pénétration était certaine il n'y avait pas trace d'un symptôme quelconque, et en effet il n'y avait aucune lésion viscérale.

M. Schwartz toutefois relate un fait prouvant que ce calme peut être trompeur. Chez un homme qui avait reçu dans le flanc droit une balle de revolver n° 5, le silence symptomatique fut tel que M. Schwartz s'abstint, et pendant 48 heures il s'en félicita. Puis survint un vomissement, puis une péritonite suraiguë, mortelle malgré la laparotomie. La balle, qui avait été jusque dans la fosse iliaque gauche, avait perforé deux fois le gros intestin, et quatre fois le grêle (1). M. Schwartz en conclut que dans le doute il faut agir.

M. Championnière veut seulement ajouter que si on opère il faut faire une très grande incision ; cela facilite, comme en cas d'occlusion, la rentrée de l'intestin.

M. Chaput, après avoir remercié MM. Nélaton, Schwartz, Championnière de leur appui, répond à MM. Berger, Kirmisson et Reclus. Il maintient toutes ses opinions antérieures et fait voir que sa conduite ne ressemble nullement en pratique à celle de M. Berger, quoi qu'en ait dit ce dernier.

Gastrostomie chez un enfant.

M. Picqué lit un rapport sur un cas où M. Monnier a pratiqué la gastrostomie par le procédé de Frank chez un enfant de quatre ans et demi, pour rétrécissement cicatriciel de la partie supérieure de l'œsophage. L'opération a duré une heure un quart; d'autre part, dans un cas personnel M. Picqué a constaté que le procédé de Frank allongeait l'opération de 25 minutes. Il y a là de quoi condamner le procédé, incapable de soutenir la comparaison avec une opération qui dure 10 minutes. Quoi qu'en ait dit M. Segond, si on opère en deux temps, l'estomac est facile à retrouver le jour où on veut le ponctionner.

Dans le cas spécial de M. Monnier, M. Picqué pense que, vu le siège supérieur du rétrécissement, il aurait fallu pratiquer plutôt l'œsophagotomie externe, pour chercher à traiter directement la lésion œsophagienne.

M. Kirmisson s'associe aux réserves de M. Picqué relatives à l'œsophagotomie. En tout cas, il faudrait maintenant s'occuper du rétrécissement.

M. Segond. — J'ai moins insisté sur la difficulté de l'opération en deux temps que sur la nécessité fréquente de ne pas laisser attendre le malade pendant 2 à 3 jours après l'œuf sauveur.

M. Reclus. — Dans ce cas, contrairement à ce que je professe pour l'anus iliaque, je ne suis pas partisan de l'opération en deux temps, car ici nos sutures superposées mettent sûrement le péritoine à l'abri.

MM. Schwartz et **Monod** croient que l'opération en un temps et l'opération en deux temps ont chacune leurs indications. La première, chez les sujets qu'il faut alimenter vite; la seconde chez ceux qu'on opère pour ainsi dire préventivement, et chez lesquels l'estomac n'est quelquefois ouvert qu'au bout de quelques semaines.

M. Michaux ayant une fois commencé par la gastropexie a vu au 10e jour, lorsqu'il eut retiré les points de suture, un effort chasser l'estomac au dehors. Il est donc partisan de l'opération en un temps.

Abcès chaud de la fosse iliaque.

M. Picqué fait un rapport sur une observation de M. Brault (armée) relative à un jeune homme de 19 ans qui, guéri d'une lymphangite suppurée du membre inférieur, fut pris d'un abcès chaud de la fosse iliaque. En opérant, M. Brault trouva le pus entre le muscle iliaque et le périoste ; ce qui le conduit à une étude théorique des phlegmons de la fosse iliaque.

M. Chauvel envoie plusieurs rapports sur de courtes observations :

1° M. Bopp (armée) : diastasis entre les 4e et 5e vertèbres cervicales; déchirure de la moelle; mort avec des phénomènes de paraplégie et d'hyperthermie.

2° M. Bopp : plaie du coude et de l'abdomen par balle de fusil modèle 1886. La balle a sûrement atteint le rein (hématurie) et le foie (bile par la plaie) et cependant le sujet a guéri. Il est à noter que le coup a été tiré à 2 mètres, et qu'il n'y a eu aucune lésion d'éclatement.

3° M. Lorain (armée) : plaie du thorax suivie d'hémothorax au 3e jour seulement. M. Lorain croit à une hémorrhagie retardée de la mammaire interne et non d'un vaisseau pulmonaire, ce qui pour M. Chauvel n'est nullement prouvé.

A. Broca.

(1) Nous citerons à ce propos un fait récemment publié par Bennett (Multiple gunshot wound of the abdomen, with recovery) (*N.-Y. med. Jour.*, 19 janvier 1895, p. 81).

Le 26 août 1894, l'auteur fut appelé auprès d'un homme de 31 ans qui venait d'essuyer plusieurs coups de feu. Le malade était immobile, terrassé par la douleur; il avait des vomissements; on trouva une plaie correspondant à l'entrée d'une balle un peu au-dessous et à droite de l'ombilic. Toutes les précautions d'antisepsie et d'asepsie étant prises, on ouvrit l'abdomen ; il s'en échappa une notable quantité de caillots. On trouva dans le cæcum, l'iléon et le jéjunum 16 orifices dus au passage de la balle; on les ferma par des sutures de Lembert. Puis on fit un lavage de l'abdomen à l'eau chaude stérilisée; on enleva ainsi beaucoup de caillots et des matières fécales épanchées dans la cavité péritonéale. On sutura la plaie abdominale et on pansa à l'iodoforme. Le malade guérit assez rapidement.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 9 février 1895.

Présidence de M. Chauveau.

De la présence des bactéries dans le chyle et le sang de la veine porte après le repas.

M. Nocard a constaté à plusieurs reprises que le sérum qu'il préparait pour les besoins des laboratoires s'altérait quelquefois quand le sang était recueilli peu de temps après le repas de l'animal.

Pour étudier de plus près les causes de cette altération, il fit une série de recherches sur le chien et trouva que le chyle et le sang de la veine porte, recueillis après le repas de l'animal, renfermaient un grand nombre de micro-organismes qui étaient toujours plus nombreux dans le chyle que dans le sang de la veine porte. Le nombre de microbes était variable suivant que le repas était maigre ou gras; les bactéries étaient peu nombreuses dans le premier cas et en nombre considérable dans le second. Le chyle et le sang de la veine porte, recueillis quand les animaux étaient à jeun, étaient stériles.

Les détails relatifs à cette question seront communiqués ultérieurement.

M. Dastre doit revenir prochainement sur le rôle des microbes dans la digestion. Actuellement il peut dire seulement que toutes les fermentations lentes, attribuées jusqu'à présent à des ferments, doivent être considérées comme suspectes.

M. Galippe rappelle que ses premières expériences sur la présnce des micro-organismes dans le sang et les organes des individus bien portants ont été accueillies avec scepticisme. Les recherches de M. Nocard confirment donc les faits qu'il a avancés il y a 5 ou 6 ans.

M. Nocard fait observer que les bactéries qu'on trouve dans le chyle et le sang de la veine porte disparaissent très rapidement dans la circulation générale.

Microbes et bronchéolithes.

M. Galippe a eu l'occasion d'examiner un calcul trouvé dans les bronches d'une femme non tuberculeuse, ayant succombé dans un service d'accouchement à une métrite septique. Le calcul renfermait un grand nombre de microcoques, des diplocoques et des pneumocoques.

La composition chimique du calcul correspondait à la composition générale des calculs d'origine microbienne, c'est-à-dire ne dépendant pas du lieu de formation du calcul.

De la valeur d'un réactif destiné à déceler la présence de la créatinine dans l'urine de l'homme.

M. Oechsner de Koninck. — De nombreuses recherches comparatives faites avec le nitro-prussiate de soude et la soude résultent les expériences suivantes :

1° Il est extrêmement probable que la coloration rouge

produite par le nitro-prussiate en milieu alcalin peut être due à une substance autre que la créatinine.

2° On peut employer avec confiance la réaction au nitro-prussiate si les urines sont physiologiques, si l'on suit le mode opératoire décrit par l'auteur.

3° On ne doit avoir qu'une confiance très médiocre dans cette réaction quand on examine des urines pathologiques.

De la résistance des spores de l'aspergillus fumigatus.

M. Rénon. — Les spores de l'aspergillus fumigatus offrent une grande résistance aux agents extérieurs, dans les cultures et dans l'organisme.

En octobre 1894, M. Rénon a trouvé des spores du champignon dans l'air, sur l'écorce, les feuilles et les graines des arbres, sur les cailloux et dans les couches superficielles du sol, sur les grains de blé, surtout les blés étrangers (blés russes, blés de la Plata) et dans un moulin (dans la farine, dans les résidus de blé et dans la chambre de nettoyage).

Dans les cultures, contrairement à ce qui se passe pour l'aspergillus niger, le nitrate d'argent à doses très appréciables est sans action sur leur développement : il en est de même de l'iode, de l'iodure de potassium et du chlorure de sodium.

On sait que le lapin et surtout le pigeon prennent facilement la tuberculose aspergillaire par injection intra-veineuse des spores. L'action du champignon devient beaucoup plus lente s'il est inoculé dans le tissu cellulaire sous-cutané : elle l'est encore plus si l'animal infecté par la voie sanguine est traité quotidiennement par l'iodure de potassium. L'inoculation des spores stérilisées dans les veines ne produit aucun effet morbide, mais elle ne met pas à l'abri d'une atteinte ultérieure, si l'on injecte des spores virulentes : bien au contraire, la virulence des spores est augmentée et les animaux meurent plus vite que les témoins. L'essai d'immunisation par ce moyen ne peut donc réussir; non plus que celui fait par l'injection d'une très petite quantité de spores virulentes sans danger immédiat, suivie de celle d'une grande quantité de spores. Dans ce cas cependant, les animaux résistent fort longtemps, et présentent une tuberculose aspergillaire chronique qui peut durer de 2 mois 1/2 à 5 mois, susceptible peut-être de guérison.

M. Contejean rapporte une série d'expériences relatives à la formation d'un ferment dans l'organisme des animaux immunisés contre la coagulation du sang à la suite des injections de peptone.

M. Dastre fait une communication sur un procédé d'analyse du sucre du sang.

R. Romme.

SOCIETE D'OPHTHALMOLOGIE

Séance du 5 février 1895.

Cataracte traumatique.

M. Meyer présente un homme qui fut blessé à l'œil gauche par un éclat de fer fin décembre dernier; il présentait une petite plaie dans la moitié nasale de la cornée, une lésion du bord irien et une petite ouverture de la capsule; l'infiltration cornéenne empêchait un examen plus complet. Le blessé comptait les doigts à deux mètres. Quelques jours plus tard il fut possible de constater dans les couches postérieures du cristallin des opacités analogues à celles qui surviennent après une contusion de l'œil, savoir une opacité principale avec prolongements formés de lacis très déliés en arcades séparées par des intervalles transparents, l'acuité visuelle était de 1/10. De plus, on voyait le corps étranger non pas en regard des lésions de la cornée et de la capsule, mais tombé dans la partie inférieure de la lentille. Fallait-il l'enlever? ce que l'on eût pu réaliser en approchant de l'œil un fort électro-aimant en ouvrant la cornée et la cristalloïde; mais c'était produire une cataracte traumatique, et, après extraction l'acuité de l'œil muni d'un verre convenable n'aurait guère dépassé un tiers. M. Meyer s'est décidé à attendre tout en se tenant prêt à agir si l'œil devenait douloureux.

M. Valude signale un fait qui en réalité diffère du précédent; il s'agit d'un homme chez lequel, une demi-heure après l'accident, il constatait une petite aiguille de cuivre fichée en partie dans le cristallin, et saillante dans la chambre antérieure. Bien que le blessé n'éprouvât aucune sensation anormale, cependant séance tenante l'extraction du corps étranger fut pratiquée et ultérieurement la cataracte traumatique consécutive fut opérée.

M. Darier est intervenu dans un cas de fixation de l'iris sur la cristalloïde par un petit éclat métallique, mais chez le malade de M. Meyer il ferait de l'expectation.

M. Chevallereau est partisan d'une intervention immédiate, parce que le cristallin est déjà ramolli, ainsi qu'en témoigne la chute dans les parties déclives du cristallin.

Myopie et verres convexes.

M. Masselon rapporte qu'il a observé un malade atteint de myopie forte qui après correction pour les rayons parallèles, se plaignait de n'avoir pas une acuité suffisante, tandis que en tenant à une certaine distance de l'œil un verre convexe il pouvait lire à distance les plus fins caractères de l'échelle. Il s'était habitué à les lire à l'envers. M. Poullain de son côté a déjà étudié cette question et a obtenu le redressement de l'image au moyen de prismes et de lentilles. Il fait observer qu'il y a un parallélisme à établir entre l'œil et la lunette astronomique d'une part et l'œil hypermétrope et la lunette de Galilée d'autre part : chez ce dernier le déficit de réfringence tenant lieu de l'oculaire concave de la lunette de Galilée, l'hypermétrope a l'avantage de voir les objets agrandis et dans leur situation normale.

Amblyopie traumatique.

M. Trousseau a observé une jeune fille de 14 ans qui, à la suite d'un coup sur l'œil porté par l'angle d'un cahier de musique, présenta des signes de conjonctivite et après leur disparition causa une diminution de l'acuité visuelle que, vu l'absence de lésions, on rattacha à l'hystérie. Plus de six mois après le début de l'affection M. Trousseau constata une amblyopie complète sans lésion, de la mydriase et de l'anesthésie de la paupière supérieure. Ayant eu l'idée de retourner cette paupière, il eut la surprise d'extraire un petit morceau de papier macéré, et quinze jours plus tard la vision était parfaite, la mydriase et l'anesthésie palpébrale avaient disparu.

Nettoyage de la chambre antérieure.

M. Chibret a fait construire pour nettoyer la chambre antérieure après l'extraction de la cataracte une seringue à double corps de pompe, l'un faisant l'aspiration et l'autre servant simultanément à l'injection du liquide.

H. Nimier.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE

(Compte rendu sommaire.)

Séance du 3 décembre 1894.

Présidence de M. Bouloumié.

M. le président annonce que la Société d'hydrologie a reçu un diplôme d'honneur de l'Exposition internationale de médecine et d'hygiène de Rome (1894).

M. Cathelineau lit un mémoire intitulé *Des frictions mercurielles* : 1° Leur mode de pénétration dans l'organisme ; 2° Influence des bains sulfureux sur leur action (Extrait des *Arch. gén. de méd.*).

D'après M. Albert Robin, ces expériences démontrent *l'action excitatrice* des eaux sulfureuses (de Barèges dans le cas particulier) sur la nutrition, leur action dans l'élimination du mercure, et justifie leur emploi combiné au traitement mercuriel.

MM. de Lavarenne, Cazaux, Sénac-Lagrange, Suchard et Caulet approuvent les conclusions de ce travail et apportent des faits à l'appui.

Seance du 17 décembre 1894.

La Société se forme en comité secret pour discuter la question de publicité de ses travaux.

La Société procède ensuite au renouvellement partiel du Bureau. Sont nommés :
Vice-président : M. Paul Bénard.
Secrétaires des séances : MM. R. Durand-Fardel et Leriche.
Archiviste : M. Paul Bénard.
Comité de rédaction : MM. Grimaud et Cathelineau.

Séance du 7 janvier 1895.

Rapports de M. Leriche sur la candidature de M. Maillard, professeur honoraire de l'Ecole de médecine de Dijon, au titre de *membre titulaire honoraire*; de M. R. Durand-Fardel, sur celle de M. Franck Gallard, de Biarritz, au titre de *membre titulaire*.

M. Héraut, sur la candidature de M. Censier, de Bagnoles-de-l'Orne, au titre de *membre titulaire*.

Les conclusions favorables de ces rapports sont adoptées.

Suite de la discussion sur le traitement hydrominéral des maladies des femmes. M. Bouloumié lit un travail sur ce sujet.

Séance du 21 janvier 1895.

Rapport de M. Suchard sur la candidature de M. Baudin, de Besançon, au titre de *membre correspondant national*.

M. Labat présente quelques observations et les conclusions favorables du rapport sont adoptées.

M. Bouloumié, avant de lire la dernière partie de son travail sur le traitement hydrominéral des maladies des femmes, demande à ses collègues de lui apporter les conclusions de leurs travaux à eux. La Société consultée remet à l'ordre du jour de ses séances la suite de cette importante discussion.

M. Gallard, de Biarritz, et M. Censier, de Bagnoles-de-l'Orne, sont nommés membres titulaires, et M. le Dr Maillard titulaire honoraire.

Séance du 4 février 1895.

M. Frænkel lit un mémoire intitulé : *Contribution au diagnostic des maladies de poitrine.*

Discussion au sujet de ce travail à laquelle prennent part MM. Cazaux, Schlemmer, Sénac-Lagrange, Leudet, De Ranse, Caulet, Suchard, Héraut (sera résumé dans le prochain numéro).

M. Labat commence la lecture d'un travail sur les eaux de la Bourboule.

Election : M. Baudin est nommé *membre correspondant national*.

Léon Leriche.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Séances des 4, 11 et 25 janvier 1895.

Rétrécissement spasmodique de l'urèthre.

M. Loumeau expose quelques considérations sur le rôle du sphincter membraneux de l'urèthre. Ce sphincter situé entre l'urèthre antérieur et l'urèthre postérieur peut être le siège de contractions spasmodiques, assez importantes en chirurgie ordinaire, le spasme devenant parfois un empêchement absolu à la lithotritie ou bien un obstacle à l'achèvement de cette opération. C'est un accident rare, car Desnos n'en signale qu'un cas sur 245 observations. Aussi M. Loumeau tient-il à rapporter le cas en présence duquel il s'est trouvé :

Il s'agit d'un homme de cinquante-cinq ans, charretier, chez lequel la lithotritie fut pratiquée pour un calcul vésical qu'un examen ultérieur a reconnu être de composition uratique. Son poids sec était de 25 grammes. L'introduction du lithotriteur fut facile et le broiement fut complet après soixante-cinq prises. Le lithotriteur fut retiré ; mais lorsqu'on voulut effectuer l'évacuation de la vessie, aucune sonde d'aucun calibre ne put pénétrer; malgré l'anesthésie chloroformique absolue et l'emploi local de la cocaïne, tous les instruments furent arrêtés par un spasme du sphincter membraneux. L'opéré avait été réveillé, devant l'impossibilité d'achever l'opération, lorsqu'un heureux hasard permit l'introduction d'une grosse sonde avec laquelle M. Loumeau put enfin vider et nettoyer la vessie.

Les suite opératoires ont été bonnes, et la guérison ne s'est pas démentie.

Tuberculose rénale primitive.

M. Pousson communique un travail sur la tuberculose rénale primitive. Cette maladie est relativement rare; car le plus souvent la tuberculose de l'appareil urinaire suit une marche ascendante et le rein n'est pris qu'après l'envahissement de la prostate, celle-ci étant l'organe le plus fréquemment atteint. Dans le cas que M. Pousson rapporte, il a conclu à l'abstention chirurgicale.

Kyste dermoïde traumatique.

M. W. Dubreuilh présente une jeune femme qui, à la suite d'une chute sur l'arcade sourcilière droite, vit survenir dans cette région une tumeur du volume d'une noisette. Il s'est établi une fistule par laquelle sont sortis des poils. L'ouverture du sac ou de la petite tumeur a été pratiquée et l'on a vu qu'elle contenait un morceau de peau garnie de poils. Ce morceau, que M. Dubreuilh montre, mesure un centimètre de longueur et un peu moins de largeur; il a tout à fait l'aspect d'un lambeau de la région sourcilière. M. Dubreuilh croit avoir tout enlevé.

En somme, sous l'influence de ce traumatisme, il s'est fait une inclusion de peau qui a donné lieu à un abcès fistuleux, variété toute particulière du kyste dermoïde.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ NEUROLOGIQUE ET PSYCHIATRIQUE DE BERLIN

Séance du 14 janvier 1895.

Angiome caverneux du cerveau.

M. Bruns présente le cerveau d'un individu auquel il a fait la trépanation pour des accidents remontant à deux ans. En août 1892, le malade fut pris brusquement d'un accès épileptiforme grave à la suite duquel il resta deux jours sans connaissance. Les accès moins violents se sont répétés les jours suivants. Ils débutaient par le pied, envahissaient la jambe, puis le tronc et le bras et quelquefois passaient sur l'autre côté du corps. A la longue, les parties qui étaient le siège des convulsions devinrent paralysées. Les réflexes étaient exagérés, mais il n'y avait pas trace de troubles de la sensibilité. Le traitement spécifique institué dans l'idée d'une encéphalite syphilitique ayant échoué, on décida d'intervenir par une trépanation. Le cerveau une fois mis à nu au niveau d'une circonvolution centrale, on eut quelques difficultés pour trouver la tumeur qui siégeait en arrière. L'extirpation de la tumeur ne présenta aucune difficulté, mais le malade succomba quelques jours après l'intervention à une méningite septique.

L'examen de la tumeur montra qu'il s'agissait d'un angiome kystique.

Laminectomie pour tumeur médullaire.

M. Bruns a eu l'occasion de faire deux fois la laminectomie.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme qui, en 1890, fut prise de douleurs lombaires avec irradiations dans les cuisses. Au bout de quelques mois les douleurs, principalement marquées du côté droit, devinrent si violentes que la malade fut obligée de garder le lit. Après une courte accalmie survenue en mai 1891, les douleurs reparurent. A ce moment, l'examen de la malade montra une paralysie des péroniers; le rectum et la vessie continuaient à bien fonctionner, les muscles des membres inférieurs ne présentaient pas de réaction de dégénérescence; la sensibilité était normale. Vers la même époque on pratiqua, sur le désir de la malade, l'extirpation d'une petite tumeur sous-cutanée, qui s'était développée au niveau de l'oreille. L'examen de la tumeur montra qu'il s'agissait d'un fibro-sarcome.

En 1892, la situation s'aggrava. Les douleurs redevinrent très intenses, les membres inférieurs se paralysèrent, de même que la vessie et le rectum. Les réflexes tendineux disparurent et la sensibilité fut abolie jusque dans le domaine des pre-

mières racines lombaires. L'anesthésie devint complète dans le domaine du plexus lombaire, la sensibilité au contact et à la température fut seule abolie dans le domaine du plexus sacré. En même temps les dernières vertèbres lombaires devinrent douloureuses à la pression.

Le diagnostic de tumeur de la région lombaire de la moelle devint, dès lors, certain, et en prenant en considération le fibro-sarcome sous-cutané extirpé quelque temps auparavant à la malade, on pouvait supposer que la tumeur était un sarcome.

L'opération a été faite en octobre 1892. Après l'ouverture du canal médullaire dans l'espace compris entre la 2e vertèbre lombaire et la 9e dorsale, il fut impossibl de trouver une tumeur. Le cathétérisme du canal, fait avec une grosse sonde, donna des résultats négatifs. La plaie fut fermée.

La malade se rétablit assez facilement après l'opération et ne succomba que 14 mois plus tard à une pneumonie grippale. A l'autopsie, on trouva le renflement lombaire et la partie inférieure du segment dorsal de la moelle englobés dans une tumeur volumineuse; de petits nodules séparés se trouvaient sur les 7e, 8e et 9e racines.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un sarcome fusiforme en nappe des méninges. Au moment de l'opération, la tumeur étalée ne pouvait être perçue. Son accroissement ne s'est fait qu'après l'opération.

Dans le second cas, il s'agit d'un homme relativement jeune qui, vers la fin de 1893, fut opéré deux fois, une fois pour une tumeur de l'abdomen, une autre pour une tumeur de la région sus-claviculaire gauche. La première tumeur fut reconnue à l'examen histologique pour un tératome.

Le 9 avril 1893, le malade subit la castration pour une tumeur du testicule, et peu de jours après, il est pris de douleurs fulgurantes dans le thorax, principalement dans le domaine de la 3e paire cervicale gauche. Le 12, apparaissent des phénomènes paralytiques du côté des membres inférieurs et du tronc, et le 16, on trouve déjà une paraplégie flasque, une paralysie des muscles de l'abdomen et des intercostaux inférieurs avec anesthésie remontant jusqu'au domaine de la 6e paire dorsale, une paralysie du rectum et de la vessie. Les réflexes rotuliens étaient conservés, les réflexes plantaires exagérés. Douleurs très vives dans le domaine de la 3e paire dorsale.

Les jours suivants, les phénomènes de compression médullaire remontent et le 25 avril, jour de l'opération, les douleurs ont envahi la face interne des deux bras. Le malade peut encore éternuer et tousser. Le réflexe patellaire est affaibli du côté droit, aboli du côté gauche. Urine purulente. Temp. 40°.

L'opération faite sur le désir exprès du malade a consisté dans la résection des lames des deux premières vertèbres dorsales et l'extirpation d'une tumeur molle, facilement saignante, qui siégeait sur la dure-mère et s'étendait jusqu'à l'émergence de la 6e paire dorsale. La moelle était intacte. L'examen de la tumeur montra qu'il s'agissait d'un sarcome mou à cellules rondes.

Le soir même de l'opération, le malade tomba dans le collapsus et succomba assez brusquement. A l'autopsie, on ne put trouver la cause de cette mort. L'extrémité inférieure de la tumeur s'étendait jusque sous les lames de la 5e vertèbre dorsale. La moelle était fortement comprimée entre la 2e et la 5e vertèbres dorsales. La moelle lombaire et la queue de cheval paraissaient intactes à l'œil nu.

Artério-sclérose du système nerveux central.

M. Jacobsohn divise l'artério-sclérose du système nerveux central en deux groupes comprenant, un les formes légères, l'autre les formes graves.

Anatomiquement, il est impossible d'établir une limite entre les deux formes. La forme grave est caractérisée par une lésion locale grave de la région nerveuse correspondant au territoire vasculaire. Dans la forme légère, on trouve des modifications tenant à un rétrécissement, à la rigidité des vaisseaux et oscillant dans des limites physiologiques assez étendues.

La lésion locale peut se présenter 1° sous forme d'une obstruction vasculaire par thrombose ou embolie; 2° sous forme d'une rupture de la paroi friable du vaisseau avec épanchement de sang qui détruit le tissu nerveux voisin; 3° sous forme d'une compression de la substance nerveuse par les dilatations anévrysmales du vaisseau. Les modifications de la substance nerveuse consistent dans ces cas en ramollissement ou atrophie avec dégénérescence secondaire. Elles se présentent sous forme de foyers disséminés dans tout le cerveau, plus spécialement au niveau des gros ganglions, du pédoncule et de la protubérance annulaire. Cette localisation tient à ce, que les vaisseaux qui desservent ces régions appartiennent au système des artères terminales.

A ces localisations du processus artério-scléreux correspondent un certain nombre de tableaux cliniques. En premier lieu, on peut signaler le syndrome connu sous le nom d'apoplexie cérébrale, en second lieu le complexus clinique de la paralysie et de la pseudo-paralysie bulbaire.

Pour ce qui est de la paralysie bulbaire, on a réuni sous cette dénomination un groupe clinique où la participation du bulbe est manifeste, et un autre où cette participation est à peine ébauchée dans le tableau clinique ou fait même entièrement défaut. Pour les cas du dernier groupe, le terme de paralysie bulbaire doit être supprimé et remplacé par celui de ramollissement multiple, justifié par ce fait que dans ces cas on trouve des foyers disséminés dans tout le cerveau.

A l'appui de cette façon de voir, M. Jacobsohn cite l'observation d'un sergent de ville, alcoolique et artério-scléreux, qui, à l'âge de 57 ans, fut pris d'accès apoplectiformes s'accompagnant de perte de connaissance, tantôt évoluant sans cette dernière. Chaque accès était suivi d'une série de paralysies du côté des nerfs crâniens ou du côté des muscles, du tronc et des membres. Les phénomènes paralytiques se distinguaient par leurs extrêmes variabilité et mobilité. Le malade succomba à sa cinquième attaque. La paralysie des muscles de la face, qu'il a présentée, la paralysie de la langue, du voile du palais, de la corde vocale, l'accélération du pouls et de la respiration pouvaient être attribuées à une affection du bulbe. Mais il n'en était pas de même de la paralysie des muscles de l'œil et de l'hémi-ataxie qui existaient en même temps. C'est donc le tableau d'une pseudo-paralysie bulbaire.

Or, sur les préparations avec le système nerveux central du malade, on voit des hémorrhagies et des ramollissements innombrables dans le cerveau et la moelle épinière, des foyers d'atrophie dans l'écorce cérébrale, la substance blanche, les gros ganglions, le pédoncule cérébral, la protubérance annulaire, le bulbe, le cervelet et la moelle épinière. La dégénérescence secondaire n'existe qu'au niveau des faisceaux pyramidaux, surtout au niveau de leur partie antérieure.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE FRIBOURG

Séance du 28 décembre 1894.

Kystes de l'uretère.

M. v. Kahlden. — L'étiologie de l'urétérite kystique, affection très rare, est encore peu connue. Pour les uns, les kystes se forment aux dépens des cryptes et des glandes préformées de la muqueuse urétérale; seulement l'existence de ces glandes est fort douteuse. D'autres font dériver ces kystes des vides épithéliaux de Brunn; or en admettant même que ces vides épithéliaux soient constants, on sait qu'ils se trouvent à la partie supérieure de l'uretère, tandis que les kystes sont ordinairement disposés sur la partie inférieure du conduit. D'après une troisième théorie enfin, les kystes en question seraient d'origine parasitaire.

Récemment M. Kahlden a eu l'occasion de faire l'autopsie d'une femme chez laquelle il trouva une cystite chronique, une néphrite interstitielle et une pleurésie séro-fibrineuse. L'uretère droit était couvert d'une multitude de petits kystes remplis d'un liquide clair, légèrement citrin. A l'examen microscopique du contenu, on y trouva des productions particulières qui se coloraient très vivement au picro-carmin. Un certain nombre de ces productions étaient entourées d'une membrane hyaline; sur d'autres cette membrane faisait défaut; d'autres encore présentaient des ramifications nombreuses. Avec un grossissement de 200 on a pu constater que les dimensions de ces productions étaient très variables. Les petites étaient homogènes; les volumineuses, qui occupaient presque tout le champ visuel, présentaient au centre

un pigment jaune doré et renfermaient des granulations qui se coloraient au picro-carmin et quelquefois des corps ovalaires entourés d'une capsule rouge.

Pour M. v. Kahlden, ces productions seraient d'origine parasitaire et ressembleraient aux myxo-sporidies qu'on trouve dans la vessie du brochet. Le pigment brun ou doré se trouve également dans un grand nombre de rhizopodes et psoro-spermies.

Dans un autre cas qu'il a eu l'occasion d'examiner, il trouva à côté d'un carcinome de la vessie une urétérite kystique bilatérale Le contenu des kystes ne renfermait que les productions volumineuses décrites dans le premier cas, mais qui pourtant n'avaient pas de ramifications et ne renfermaient pas de pigment à leur intérieur.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ PATHOLOGIQUE DE LONDRES

Séance du 5 février 1895.

Pneumocoque et immunité.

M. Washbourn. — Le pneumocoque de Friedlænder ne se rencontre qu'exceptionnellement; c'est le pneumocoque de Talamon et Frænkel qui est d'ordinaire la véritable cause des maladies. C'est ce microbe qui produit la pneumonie lobaire aiguë; quelquefois il engendre la pneumonie lobulaire, bien que cette dernière affection soit souvent provoquée par d'autres bactéries, telles que le streptocoque qui en est la cause la plus fréquente. Les cultures de pneumocoques perdent vite leur vitalité; il y a cependant des exceptions à cette règle et j'ai vu un bouillon de culture conserver des colonies vivantes et douées de toute leur virulence au bout de 23 jours; dans une culture sur agar, j'ai conservé des colonies vivantes pendant 64 jours. Peut-être dans ces cas y a-t-il sporulation, comme le veut Emmerich. J'ai adopté la méthode de Pfeiffer qui cultive les pneumocoques à la surface de l'agar couverte de sang; dans ces conditions, le pneumocoque vit et garde sa virulence pendant 50 jours. Chez les lapins, l'injection intra-péritonéale de cultures de pneumocoques produit généralement une péritonite; quelquefois, quand on emploie des cultures très virulentes, il n'y a pas de péritonite et les animaux meurent d'une infection généralisée. Il arrive aussi qu'un animal meurt dans le marasme longtemps après l'inoculation. On ne trouve pas alors les pneumocoques dans le sang; mais dans certains cas, il y a de la néphrite parenchymateuse. Dans les cas ordinaires, à la suite des inoculations, la fièvre s'allume, et ce n'est que lorsque cette dernière est tombée que le sang est envahi par les pneumocoques. Pour produire l'immunité, je me suis généralement servi de la méthode de G. et F. Klemperer : j'ai injecté aux animaux des cultures préalablement chauffées. L'immunité n'apparaît qu'au bout de 20 jours et disparaît à partir du 31e jour. Beaucoup d'expériences prouvent que le sérum sanguin a une action immunisante, si on le prend sur un animal préalablement immunisé.

Bactériologie de la pneumonie.

M. Wright. — Les maladies infectieuses peuvent être divisées en trois grands groupes : elles peuvent être des *septicémies*, des *processus inflammatoires locaux* ou des *processus d'intoxication*. Dans les septicémies, les bactéries existent en liberté dans le sang, quand la maladie est à son apogée; dans les processus inflammatoires locaux les bactéries se rencontrent continuellement dans les tissus enflammés, mais elles n'envahissent pas le sang; dans les processus d'intoxication, les bactéries élaborent leurs toxines à la surface externe ou interne du corps, mais ces bactéries ne pénètrent pas dans les tissus. La pneumonie croupale est primitivement un processus infectieux local et les lésions caractéristiques sont le résultat d'une réaction phagocytique aiguë de l'organisme sous l'influence d'une infection pulmonaire. Les bactéries qui produisent cette infection sont d'ordinaire les pneumocoques de Frænkel. L'émigration des leucocytes dans les alvéoles pulmonaires est absolument comparable à l'émigration des leucocytes dans le tissu cellulaire sous cutané, c'est-à-dire à un abcès. Dans les deux cas, il s'agit de leucocytes polynucléaires et l'abcès sous-cutané peut, comme la pneumonie, être produit par une infection due à des pneumocoques. Il y a cependant, entre ces deux affections, des différences cliniques considérables.

Il y a des différences qui tiennent à ce que, d'une part, c'est l'arbre aérien qui est envahi, tandis que d'autre part ce n'est que le tissu cellulaire qui est malade; de plus, dans la pneumonie, le processus est beaucoup plus aigu. De plus, et surtout, la pneumonie a un cycle défini et se termine par une crise. Cette crise est tout à fait analogue à celle de la fièvre due aux spirilles; or cette dernière est une infection septicémique typique. Si nous comprenions la crise qui termine cette fièvre, nous nous expliquerions probablement de même celle de la pneumonie. Or Carter a observé que quand la fièvre atteint son maximum, il y a dans le sang une prolifération énorme des leucocytes. Il y aussi de nombreuses spirilles libres dans le sang. Quand la crise se produit, les corpuscules blancs diminuent rapidement dans le sang et, en même temps, les fibrilles disparaissent complètement du sang. De plus, le foie et la rate se gonflent considérablement et deviennent sensibles. D'un autre côté, on peut produire expérimentalement cette diminution des corpuscules blancs, la disparition des bactéries du sang et la tuméfaction des organes internes, principalement du foie et de la rate. Il suffit, en effet, comme l'a montré Werigo, d'injecter des bactéries ou des granulations, comme des grains de carmin, et on aura aussitôt le triple phénomène sus-mentionné. Presque tous les leucocytes polynucléaires disparaissent du sang en quelques minutes, et, si on tue l'animal, on trouve les bactéries ou les granulations dans les organes internes, principalement dans le foie et la rate, et on y trouve en même temps les leucocytes polynucléaires. De plus, on voit que beaucoup de granulations ou de bactéries sont logées dans l'intérieur des leucocytes polynucléaires.

On voit ainsi que la disparition des leucocytes dans le sang, la disparition des bactéries et la tuméfaction des organes antérieurs sont autant de manifestations de la réaction phagocytique, laquelle a pour but d'éliminer du sang ces corps étrangers. Appliquons maintenant ces faits à la crise de la pneumonie : Pendant le maximum de la fièvre, il y a une augmentation énorme des leucocytes polynucléaires; ils diminuent rapidement au contraire au moment de la crise. Cette diminution des leucocytes doit être en rapport avec un processus de phagocytose et avec une élimination des pneumocoques hors du sang. Après la crise, le malade doit résorber l'énorme quantité de matière albuminoïde épanchée dans ses alvéoles pulmonaires. La presque totalité de cette substance consiste en nucléo-albumine et elle est identique avec la nucléo-albumine préparée par Wooldridge à l'aide des leucocytes du thymus. Wooldridge a montré que l'injection de cette substance était suivie de thrombose intra-vasculaire. Un extrait de poumon de pneumonique injecté chez un animal le tue de même par thrombose. Or, dans la résorption consécutive à la pneumonie, les choses se font très lentement et il n'y a pas de thrombose intra-vasculaire comme avec une injection brusque de nucléo-albumine. Les choses se passent au contraire comme lorsqu'on fait une injection lente de nucléo-albumine dans le sang. Or, on constate dans ce cas une diminution de la coagulabilité du sang analogue à celle qui résulte de l'injection de peptone. Cette diminution de la coagulabilité du sang peut être accompagnée de diarrhée. Peut-être beaucoup de diarrhées critiques ne reconnaissent pas d'autre cause.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

N° 8 — 20 FÉVRIER 1895 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES

DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 25 février au 5 mars 1895.

Mercredi 27. — M. Vilenski. De l'insuffisance rénale dans la dermatite herpétiforme de Duhring. — M. Magniaux. Bronchite pseudo-membraneuse primitive. Etude pathogénique.

Jeudi 28. — M. Delbet. Anatomie chirurgicale de la vessie. — M. Laffitte. De l'ictère émotif. — M. Pradère. Contribution à l'étude de la suette miliaire; une forme nerveuse avec contractures tétaniformes généralisées. — M. Wormser. Des hallucinations unilatérales.

BORDEAUX

(Année scolaire 1894-1895).

45. M. Bresson. Le curettage des abcès du foie, procédé enseigné dans les hôpitaux maritimes de Toulon, par M. le docteur Fontan, médecin principal de la marine, professeur de chirurgie navale de ce port. — M. Gaide. Du traitement thyroïdien dans le goître, le myxœdème et le crétinisme, et en particulier dans le crétinisme endémique. — M. Roux. Contribution à l'étude des calculs amygdaliens. — M. Canaby. De l'ablation des amygdales hypertrophiées avec l'anse électrothermique.

49. M. Merleau-Ponty. Une page de l'histoire de la médecine navale, (Amédée Lefèvre 1798-1869, les médecins de la marine et la colique sèche). — M. Letinois. Recherches sur la structure et sur le fonctionnement du système nerveux dans la rage paralytique du lapin. — M. Pasquet. Du de départ de la tuberculose génito-urinaire.

52. M. Marcourt. Etude chimique d'un nouveau composé de l'antipyrine et de l'aldéhyde formique. Formopyrine. (Travail fait au laboratoire des travaux de chimie médicale). — M. Kérest. De l'état de la conscience et de la mémoire durant l'attaque convulsive d'hystérie vulgaire. — M. Tribondeau. Du traitement chirurgical de l'hydrocéphalie.

VARIÉTÉS

Concours d'agrégation. — *Médecine.* — Questions de 1 heure après 48 heures de préparation.

1. Rôle du sang dans la défense de l'organisme contre l'infection. — 2. De la dyspnée. — 3. Des variations pathologiques de la tension artérielle. — 4. Les sérums antitoxiques. — 5. Des aphasies sensorielles. — 6. De l'anurie. — 7. Les vertiges. — 8. Troubles de la vision dans les maladies des centres nerveux. — 9. Des splénomégalies. — 10. De sgangrènes dans les maladies infectieuses. — 11. Des adénopathies non tuberculeuses. — 12. Les anasarques. — 13. Les urticaires. — 14. De l'insuffisance hépatique. — 15. — Intoxication par l'oxyde de carbone.

Collège de France. — M. le docteur Félix Guyon est nommé préparateur du laboratoire de physique biologique du Collège de France rattaché à l'Ecole pratique des Hautes-Etudes.

Concours d'agrégation de chirurgie et accouchements. — Le jury est constitué de MM : Duplay, président, Tarnier, Terrier, Berger, Tillaux, Maygrier, Poncet. Gross, Forgue.

Voici les noms des candidats :

CHIRURGIE. — *Paris* : MM. Beurnier, Broca, Chaput, Chevalier, Clado, Dumoulin, Faure, Guillemain, Hartmann, Legueu, Lyot, Mauclaire, Péraire, Rieffel, Rochard, Thiéry, Villemin et Walther.

Montpellier : MM. Gaudier, Gervais de Rouville et Lassalle.

Nancy : MM. Adam et Frœlich.

Bordeaux : MM. Binaud et Braquehaye.

Lyon : MM. Adenot, Albertin, Curtillet, Dor, Fabre, Lagoutte, Nové-Josseraud, Rivière, Tellier, Vallas et Villard.

Toulouse : MM. Aldibert, Bauby, Chamayou et Secheyron.

ACCOUCHEMENTS. — *Paris*. — MM. Basset, Bonnaire, Demelin, Laskine, Lepage et Potocki.

Montpellier : MM. Lavergne et Puech.

Nancy : M. Schuhl.

Lille : MM. Bué, Oui. Trépant et Vallois.

Quelques-uns des candidats de province sont inscrits en même temps pour plusieurs Facultés.

— M. Mulon est nommé, jusqu'à la fin de la présente année scolaire, aide-préparateur des travaux pratiques d'histologie.

Corps de santé des colonies. — Ont été promus et nommés :

Au grade de médecin en chef de 2e classe, M. Gries (Charles-Pierre-Paul).

Au grade de médecin de 1re classe, MM. Cureau (Adolphe-Louis), Huet (Louis-Victor-Jean), Jacquin (Joseph-César-Auguste), Lépinay (Edouard-Marie-Gaston).

Au grade de médecin de 2e classe, MM. Maclaud (Joseph-Edme-Charles), Béréni (Ange), Vassal (Pierre-Jean-François), Martinet (Pierre-Joseph-Marie-Maurice), Foutrein (Auguste-Lilas), Mariot (Marcel-Arsène).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel de percussion et d'auscultation, par le docteur Paul Simon, professeur à la Faculté de médecine de Nancy (1 vol. in-12, cart. à l'anglaise, avec gravures, 4 fr.). Paris, 1895. F. Alcan, éditeur.

La syphilis et les maladies vénériennes, par le Dr Ernest Finger, professeur à l'Université de Vienne, traduction d'après la 3e édition allemande avec notes, par MM. Adrien Doyon, correspondant de l'Académie de médecine, médecin-inspecteur des eaux d'Uriage, et Paul Spillmann, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, correspondant de l'Académie de médecine (1 fort vol. grand in-8° avec 5 planches en chromolithographie hors texte, 12 francs. Paris, Félix Alcan, éditeur.

Petit compendium médical, quintessence de pathologie, thérapeutique et médecine usuelle par le Dr A. Bossu, médecin honoraire de l'infirmerie Marie-Thérèse, chevalier de la Légion d'honneur. 3e édition revue et augmentée. Paris, 1895, F. Alcan éditeur. 1 volume in-32 de 152 pages. 1 fr. 25



ANOREXIE

Chez nombre de malades pour qui l'alimentation est une condition indispensable à la guérison, le manque d'appétit est absolu. Tous leurs efforts pour suivre les prescriptions des médecins à cet égard se heurtent à une répugnance presque invincible et quand ils parviennent à la vaincre, les aliments pris digèrent mal, sont souvent rejetés très rarement assimilés.

Plus de vingt années de succès ont démontré que l'Elixir Alimentaire Ducro triomphe constamment de la répugnance des malades pour les aliments. Il est pris avec plaisir, toujours digéré sans aucune fatigue par l'estomac, et comme sa propriété fondamentale est d'être alimentaire, c'est le médicament-laiment par excellence des phthisiques, anémiques, cancéreux, etc... Préparé avec la viande crue, l'alcool et les écorces d'oranges amères, l'Elixir Alimentaire Ducro est tout à la fois apéritif et nutritif. L'alcool qui lui sert de véhicule lui communique ses qualités d'antidéperditeur et aussi fait de l'Elixir Ducro une préparation de viande crue exempte de tout danger des vers intestinaux.

SYPHILIGRAPHIE

Induration syphilitique des corps caverneux, par le docteur L. Batut, chef de clinique à la Faculté de médecine de Toulouse.

Le sujet de ce travail n'est pas nouveau, la lésion dont nous voulons parler a été signalée depuis longtemps par les auteurs, mais son étiologie syphilitique dans certains cas ne paraît avoir été affirmée par aucun d'eux. Un exemple récent observé dans le service du professeur Audry, à la clinique de l'Hôtel-Dieu de Toulouse, nous autorise à ranger l'induration des corps caverneux parmi les méfaits possibles de la syphilis.

L'étiologie de cette lésion relativement rare a été diversement jugée; un important travail de Tuffier (*Ann. des mal. des organes génit.-urin.*, 1885) suivi d'un article bien mûri de Mauriac (*Gaz hebd. de méd. et de chir.*, 1886) semble avoir mis la question à l'ordre du jour et provoqué de toutes parts des recherches qui paraissent définitives. La thèse de Legalchier Baron (Paris, 1886), sur les manifestations goutteuses du pénis, indique les tendances générales des auteurs qui ont étudié cette lésion, parmi lesquels on trouve Ricord (*Gaz. des hôp.*, 1847), Nélaton (*Traité de path. ext.*, 1859), Demarquay (*Des affections chirurgicales du pénis*, 1882), et dans une période plus moderne Fournier (*Journ. de l'Ecole de méd.*, 1875), Verneuil (*Soc. de chir.*, 1862) et surtout Duplouy (*Bull. de la Soc. de chir.*, déc. 1882, et *Congrès de Blois*, 1884). Relevant 39 observations dues aux divers chirurgiens qui les ont recueillies, Delaborde (Thèse de Paris, 1888) les classe en trois groupes étiologiques : le premier les rattachant à la goutte, le second au diabète, le troisième à des causes encore inconnues. Dans le premier, qui comprend 13 cas, on relève 3 faits de Kerby (*Gaz. de méd.*, 1850), un de Cameron, six pris dans le mémoire de Tuffier et dus à Verneuil (obs. 5), à Lereboullet (obs. 6), à Tuffier lui-même (obs. 8, 9, 10), un de Mauriac, un autre inédit recueilli par Delaborde, enfin un treizième qui est un des plus importants de cette série, emprunté d'ailleurs aussi à Legalchier Baron, et dû à Spaach (*Journ. de méd. de Bruxelles*, 1885). Nous le reproduisons en partie plus loin.

Le second groupe est formé des faits d'induration liée au diabète suivant la théorie défendue et soutenue par Verneuil à la Société de chirurgie en 1882. Il comprend douze observations diverses dont deux de Duplouy, trois inédites de Verneuil, cinq du mémoire de Tuffier (l'une est de ce chirurgien, une autre de Schwartz, la troisième de Lereboullet, la quatrième de Poirier, la cinquième de Verneuil), une publiée par la *Semaine médicale* (15 février 1883), enfin une dernière de Mauriac. Dans chacun de ces deux groupes, l'étiologie goutteuse ou diabétique est absolument probante et la lecture des observations confirme dans l'idée de l'importance exclusive suivant les cas de l'une ou de l'autre de ces dystrophies dans l'étiologie de la lésion.

Dans le troisième groupe, Delaborde, peu satisfait des idées systématiques de Verneuil et de Tuffier, a fait rentrer quelques observations éparses qu'il donne comme d'une étiologie obscure; c'est d'une prudence qui ouvre la porte à toutes les hypothèses; il réunit sous ce titre trois observations du mémoire de Tuffier (une de ce dernier, une de Thomas et une de Lardier), enfin une observation personnelle.

Depuis la thèse de Delaborde, peu de faits ont été publiés sur les indurations des corps caverneux ; un des plus importants est celui de Jurquet (*Journ. des mal. des organes gén.-urin.*, 1893, p. 829), recueilli à l'instigation de Pousson, de Bordeaux, qui lui a fourni un fait personnel inédit se rapportant à un officier de marine de 35 ans, glycosurique. Dans le cas de Jurquet, il s'agissait d'un homme de 58 ans, chez lequel on ne trouva aucune étiologie de sa nodosité à base supérieure déterminant le strabisme pénien supérieur de Ricord ; on donna à ce sujet de l'iodure de potassium pendant trop peu de temps pour pouvoir conclure de l'action de ce médicament à sa nature spécifique ou non.

Dans le même recueil (même année, p. 506), Delefosse rapporte un fait qui paraît être d'origine rhumatismale. Chez un homme de 28 ans, non syphilitique, il existe une induration à la partie supérieure de la racine de la verge, de la forme d'un chaton de bague, à peu près circulaire, du diamètre d'un centimètre environ ; cette induration se délimite parfaitement. Il existe une légère incurvation sur l'abdomen dans l'érection, mais le coït est encore possible; le malade est toutefois atteint depuis trois ans d'un écoulement que rien ne peut guérir, il n'y a pas cependant de rétrécissement ni d'arrêt relatif de la sonde ; en revanche, le père et la mère sont des arthritiques invétérés. On ne peut ici admettre, dit Delefosse, une infiltration du corps caverneux due à l'inflammation du canal ; le malade n'a jamais eu ni syphilis ni traumatisme local. Il faut par exclusion admettre ici une étiologie rhumatismale, et comme traitement médical ou chirurgical l'auteur trouve qu'il n'y a rien à conseiller dans un pareil cas.

Enfin Etienne (*Annales de la Policlinique de Toulouse*, avril 1893) a rapporté 3 cas d'induration chez des rhumatisants non syphilitiques, l'un âgé de 33 ans et les deux autres de 60 et 63 ans.

Dans sa thèse, Delaborde rappelle les 2 ou 3 cas authentiques d'ossification du pénis connus. Pour lui les indurations peuvent être inflammatoires, traumatiques ou syphilitiques. Elles sont *inflammatoires* dans les cas de blennorrhagie, lorsque cette dernière donne lieu à de la péri-uréthrite ou à de la cavernite chronique, de là la déviation finale; ces faits sont rares, car nous n'en avons observé aucun sur plusieurs milliers d'uréthrites suivies durant des années entières; elles sont *traumatiques* lorsqu'elles succèdent à des plaies ou à des ruptures de la verge, accidents assez fréquemment signalés; enfin elles peuvent être *syphilitiques* au dire de Ricord qui les appelle des nodosités. A quoi distinguer ces dernières? Pour Ricord l'examen et le toucher ne suffisent pas; seul le traitement par l'iodure donne la clef du diagnostic. Comment d'ailleurs affirmer la syphilis, s'il y a sclérose localisée? Si le point de départ a été une gomme, dit le chirurgien du Midi, la tumeur aura été plus volumineuse, et le malade aura pu ultérieurement constater une diminution de la lésion ; enfin les antécédents éclaireront le diagnostic.

Il faut donc admettre qu'il existe des gommes du pénis et qu'elles peuvent être suivies de sclérose finale. Ces gommes ne sont pas fréquentes, et nous croyons utile de signaler deux cas de gommes du pénis reproduits et dessinés par Zeissl (*Wiener med. Presse*, 20 mai 1894). Un autre exemple a été recueilli par Aller (*New-York Dermatological Society*, 172e meeting) ; nous traduirons intégralement l'observation.

Tumeur périuréthrale chez un syphilitique (*J. of Cut. Dis.*, 1887, p. 224).

Jos. W., 21 ans ; sa tumeur est située juste derrière la fosse naviculaire, s'étendant des deux côtés de la ligne médiane et entourant l'urèthre. Elle occupe la région où l'abcès périuréthral est fréquemment vu, mais, dans le cas présent, la grosseur n'a pas montré de tendance à suppurer, est entièrement dépourvue de douleur ou sensibilité et apparaît

être en connexion avec la cicatrice d'un chancre infectant; la masse large est mobile toutefois et paraît être continue. Si c'est un cas de gomme, il montre la tendance de l'induration à reparaître dans la cicatrice de la syphilis primitive. Le malade fut soumis à notre traitement pour la première fois en 1884 et se releva bien de ses lésions primaire et secondaires. Le 29 novembre 1885 il se présenta de nouveau avec une syphilide tuberculeuse de la variété serpigineuse sur le prépuce et le scrotum, des plaques muqueuses, du mal à la gorge et autres manifestations de la maladie. Il reste en traitement jusqu'au 11 avril 1886, bien qu'il fût débarrassé de tous symptômes de sa maladie. Et maintenant, un an après, il revient avec l'état ci-dessus décrit, et montre un léger degré d'adénopathie, mais pas d'autres symptômes prononcés de l'affection. La tumeur est apparue il y a 3 semaines et a graduellement augmenté de volume. Il est resté en traitement antisyphilitique durant une semaine.

Le malade a eu la blennorrhagie il y a 6 mois environ.

Comme suite à ces renseignements, le Dr Allen ajoute que, sans traitement local, la tumeur a diminué de volume et n'a montré aucun signe de formation de pus, tel que chaleur, sensibilité, rougeur ou fluctuation; le traitement antisyphilitique seul a été continué.

Le Dr Taylor se range à cette idée qu'il s'agit d'une gomme et il en a observé divers cas chez des syphilitiques, en des points variés le long de la portion spongieuse du pénis.

Nous remarquerons, à propos du fait d'Allen, que l'évolution de la gomme n'a pas été suivie assez longtemps pour savoir si la sclérose finale dont parle Ricord a persisté; de plus, comme dans une observation précédente, le sujet était atteint de blennorrhagie.

Au reste, avant Delaborde, étudiant les manifestations goutteuses sur les organes génitaux, Legalchier Baron (1886) a écrit également qu'il faut distinguer le genre de tumeurs (les indurations goutteuses) des tumeurs gommeuses des corps caverneux et de celles causées par le dépôt de matières calcaires dans ces mêmes corps caverneux, particulièrement dans le fourreau fibreux, condition analogue aux athéromes des artères et qui est sans doute réalisée chez les trois malades d'Etienne.

Du reste Spaach (1885) a spécialement relevé, à propos de son observation que nous résumons ici, les divers processus étiologiques qui peuvent aboutir à la sclérose.

« X..., célibataire d'un âge avancé, présente au pénis, à environ un pouce du pubis, une tumeur très dure, du volume d'un haricot, mobile sous la peau et déterminant durant l'érection la courbure du pénis. Je reconnais là une affection décrite par Van Buren (*Mal. chir. des organes gén.-ur.*) sous le nom d'inflammation chronique circonscrite du tissu érectile des corps caverneux; dans l'érection, courbure et douleur; la tumeur, élastique, peut augmenter ou diminuer et disparaître. »

Van Buren en a observé 5 cas; sur ce nombre deux malades avaient eu une syphilis très légère et les trois autres ne l'avaient jamais eue. Ni l'uréthrite, ni les rétrécissements de l'urèthre n'avaient rien à voir avec cette affection. Le traitement spécifique, dans le cas de Spaach, fut sans influence.

La peau, dit Van Buren, reste complètement indemne; il y a une inflammation chronique qui épaissit et raidit les parois naturellement si minces des aréoles (probablement elle remplit les interstices d'une exsudation fibrineuse) qu'elles ne peuvent plus être distendues par le sang dans l'érection du pénis.

Comme on le voit, l'étiologie syphilitique admise par Ricord, acceptée par Delaborde, reconnue pour certains cas par Van Buren et Spaach, par Taylor et Allen, semble devoir prendre sa place à côté des deux grands facteurs, le diabète et la goutte, de l'induration des corps caverneux. Si nous nous basons seulement sur l'étude des 39 faits relevés par Delaborde, nous notons pour le premier groupe (goutte) l'obs. VI de Lereboullet qui, après plusieurs mois de frictions à l'aide d'une pommade à l'IK, a constaté une diminution des troubles fonctionnels et peut-être de la nodosité; dans l'obs. VII (Tuffier), les frictions mercurielles et l'IK sont sans résultat; dans l'obs. XI (Mauriac) il est dit que le malade, âgé de 54 ans, était rhumatisant; il avait eu 2 ou 3 blennorrhagies dont la dernière 17 ans avant; Mauriac lui fit prendre sans résultat de fortes doses d'IK; il ne découvrit chez lui aucune trace ancienne ou récente de syphilis. Dans le second groupe (diabète), il est question de 12 sujets tous indemnes de syphilis; les quatre malades du troisième groupe sont sans antécédents vénériens. Cependant, dans l'observation 29, il s'agit d'un homme de 69 ans chez lequel, 6 mois après un traitement par l'IK, on constate une notable diminution de l'induration; les érections sont moins douloureuses, l'incurvation de la verge moins forte, le coït possible. C'est le seul cas amélioré, avec celui de M. Lereboullet.

Toutefois, dans un fait curieux, Delorme avait pu songer à la syphilis (*Traité de chirurgie de guerre*, t. II, p. 854, 1893). « Nous avons vu récemment, écrit-il, un blessé, qui, à la suite d'un coup de feu reçu en 1870, présentait dans le corps caverneux gauche, vers son milieu, un corps dur, du volume et d'une longueur un peu supérieurs à ceux de la dernière phalange de l'index. Ce corps était constitué vraisemblablement par une balle qu'il avait reçue dans la fesse et qui n'avait produit qu'une plaie en cul-de-sac. L'ossature du bassin n'avait pas été atteinte par le projectile dans son trajet. Ce blessé, dont les érections étaient douloureuses, refusa néanmoins l'intervention que nous lui avions proposée. Il n'était pas syphilitique. » Malgré cette absence d'antécédents vénériens dans le plus grand nombre des observations, nous constatons pour plusieurs des blennorrhagies antérieures, pour d'autres une amélioration par l'iodure; dans notre observation suivante, enfin, l'étiologie que nous voulons ici mettre en évidence nous paraît indubitable de par la syphilis avérée du sujet et de par l'action indiscutable du médicament.

X..., 27 ans, corroyeur à Toulouse, a eu un chancre sur le bord dorsal du prépuce, suivi de bubons, au 14 juillet 1892; deux mois après, plaques muqueuses à la bouche, alopécie, céphalée, rougeurs clairsemées, 7 ou 8 croûtes dans les cheveux, pas d'arthralgie; soigné par M. Etienne, il prend environ 250 à 300 pilules de proto-iodure qu'il a cessées dernièrement; il y a 6 mois, il a également absorbé 1 litre et demi d'une solution d'IK; depuis longtemps, il n'a plus de plaques, sa bouche est saine; il n'a jamais fait de frictions mercurielles; jamais de rhumatismes. Il y a 7 à 8 mois, il remarque une petite grosseur à la verge, non douloureuse, qui est allée en augmentant; elle est plus marquée dans l'érection qui n'est pas douloureuse, et qui est suivie assez facilement d'éjaculation, mais cette dernière lui donne une sensation bizarre et ne peut se répéter comme jadis *in situ;* il ne peut, comme le héros de Colomba, faire coup double sans changer son fusil de place, ce qui lui était autrefois habituel. Cependant, il est très vigoureux, a des testicules normaux, une miction normale; mais l'induration qu'il nous signale s'étend d'arrière en avant, longue de 2 centimètres environ, en forme de gros clou dont la tête est postérieure, et dont la pointe se perd progressivement à la base du gland; la tumeur donne la sensation d'un bec de plume de corbeau; sa rigidité est flexible d'avant en arrière, plus encore latéralement; nous ne l'avons pas observée à l'état d'érection, et le sujet ne peut nous dire si le pénis présente alors du strabisme supérieur. Le canal de l'urèthre est libre, il n'y a jamais eu de blennorrhagie. M. Audry, qui le voit pour la première fois le 23 avril 1894, lui prescrit de fortes doses progressives d'IK; le malade revient à la Clinique le 26 mai, il a pris 5 grammes d'IK par jour; son induration a diminué, mais persiste encore sous forme

de long tube de 2 centimètres, le bord postérieur est plus dur, en avant la tumeur est moins nette.

Enfin, on le revit en décembre de la même année; l'induration primitive avait complètement disparu : mais sur le corps caverneux droit, à un centimètre du rebord du gland, était apparue depuis peu une nouvelle induration, peu saillante, indolente, perpendiculaire à l'axe du corps caverneux KI.

NOUVELLES

Association française de chirurgie. — Dans sa séance du 6 février, le Conseil d'administration a nommé trésorier de l'Association, à l'unanimité, M. A. Broca, chirurgien des hôpitaux, en remplacement de M. Alcan, démissionnaire.

— Le jury pour le concours de trois places de médecins du Bureau central a été définitivement constitué de la manière suivante : MM. Laboulbène, président, Chauffard, Dreyfus-Brisac, Gougenheim, Huchard, Straus, Brun.

L'épreuve écrite a été faite lundi dernier. Le sujet était : *Des suppurations intra-hépatiques.*

Expédition de Madagascar. — Sont désignés, pour faire partie du corps expéditionnaire de Madagascar, les médecins militaires dont les noms suivent :

MM. les médecins-majors de première classe Dantin, Morne, Mareschal, Bourdon, Malinas, Pitot et Fabre.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Bischoff, Villedary, Courtot, de Schuttelaere, Lafille, Prieur, Hürstel, Bernard (J.-A.-P.), Béchard, Debrie, Soula, Sabatier, Delahousse, Castelli.

MM. les médecins aides-majors de première classe Watrin, Lejeune (R.-R.), Julia, Viguier, Chabrut, Friant, Pichon, Darricarrère, Vielle, Ferrand, Pouy, Sendral, Moutet, Thooris, Jacob, Cros, Dettling, Le Mitouard, Bronner, Malaval, Fourniol, Mac-Auliffe, Raynaud, de Libessard.

M. le pharmacien-major de première classe Chambard.

MM. les pharmaciens-majors de deuxième classe Durand et Pauleau.

M. le pharmacien aide-major de première classe Courtot.

Accusations contre les médecins. — Continuellement des accusations sont lancées contre les médecins : ici on les accuse de faute grave et on leur intente une action au civil; là on considère leur conduite comme criminelle et on les traîne, sans preuve, en cour d'assises.

On a demandé, il y a quelque temps, que dans les affaires médicales portées devant le jury, un juré, au moins, fût toujours médecin.

Le dixième congrès des médecins autrichiens vient d'émettre un vœu de même ordre, il demande qu'aucune accusation contre un médecin, pour erreur professionnelle, ne soit admise avant qu'on ait fourni un rapport sur le cas.

Dans le *Journal d'accouchements* de Liège, le Dr Laloy cite des faits qui légitiment ce vœu de nos confrères autrichiens :

C'est ainsi qu'à Ottakring, un médecin soignait pour une rétroversion une dame âgée de trente-sept ans. Il ne reconnut pas qu'elle était enceinte; la malade le niait, d'ailleurs. Il essaya de remettre l'utérus en place et appliqua un pessaire. Le lendemain, la femme faisait une fausse couche et un deuxième médecin appelé dénonçait son prédécesseur et l'accusait d'avoir provoqué l'avortement, par impéritie. Une enquête fut faite. M. le professeur Chrobak déposa un rapport où il démontra que le diagnostic de la grossesse était très difficile, quand il y avait rétroflexion et que la conduite tenue par le premier médecin était la seule possible. L'accusation fut retirée, et le médecin réhabilité. Ce qui ne l'a pas empêché de subir un dommage matériel et moral considérable et de perdre une bonne partie de sa clientèle. Quant à la conduite du dénonciateur, elle soulève en Autriche l'indignation générale.

Dans deux autres cas, des médecins de Vienne furent accusés d'attentat à la pudeur par leurs clientes. L'un avait fait du massage à sa malade; on fit une enquête et l'accusation fut abandonnée, faute de preuves. Toutefois les journaux politiques s'étaient emparés du fait et le médecin dut démissionner d'une place qu'il occupait dans une Société.

L'autre médecin traitait une hystérique par l'électricité; elle l'accusa de l'avoir violée. Le docteur eut l'heureuse idée de demander que la malade fût confrontée avec lui devant le commissaire de police. Elle avoua alors spontanément que l'accusation était sans fondement et l'affaire fut abandonnée. Que serait-il arrivé si elle avait persisté dans ses affirmations?

La situation du médecin est très délicate et le plus honorable n'est pas à l'abri des dénonciations calomnieuses. Quant à la réhabilitation, si elle a lieu, elle ne saurait ramener la clientèle perdue. Aussi les autorités compétentes devraient-elles veiller, avec le plus grand soin, à ce que toute accusation portée contre un médecin reste secrète jusqu'à la clôture de l'instruction, car le fait seul de la publicité d'une accusation suffit à causer, au médecin, un dommage irréparable.

D'autre part, les cas que nous venons de rapporter — et d'autres qui viennent de se passer en France — montrent que les médecins ne devraient jamais examiner une femme inconnue qu'en présence d'une tierce personne et appeler plutôt un confrère en consultation dans les cas difficiles.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 février 1895.

Présidence de M. Empis.

Comité secret.

En comité secret, l'Académie fixe comme suit, sur le rapport de M. Gariel, la liste de présentation à deux places de correspondant national dans la quatrième division (physique et chimie médicales, pharmacie) : 1° *ex æquo* MM. Bergonié (Bordeaux) et Hugounenq (Lyon); 2° *ex æquo* MM. Bleicher (Nancy), Carles (Bordeaux), Imbert (Montpellier) et Eymard-Lacour, pharmacien militaire.

Coup de chaleur.

M. Kelsch. — Sans vouloir nier à la chaleur sa haute puissance pathogène, nombre de faits montrent que beaucoup de désordres morbides qui naissent sous son empire lui sont injustement attribués, puisqu'ils peuvent se manifester sans son concours. Mes observations cliniques et microscopiques m'ont convaincu qu'une partie de ces troubles fonctionnels graves, qui portent l'étiquette de coup de chaleur, ressortissent à des facteurs individuels, à des dispositions morbides natives ou acquises, à des lésions latentes, en un mot à des tares pathologiques. Aussi les indications thérapeutiques doivent-elles être déduites de chaque cas en particulier.

Ophthalmie des nouveau-nés.

M. Panas lit, à l'occasion d'un travail de **M. Kalt** sur le traitement de l'ophthalmie des nouveau-nés (Voir *Mercredi médical*, 1894, p. 592), un rapport aux termes duquel, si l'on ne peut nier l'action favorable du permanganate de potasse à 1 pour 5,000 dans les ophthalmies, il serait imprudent, dans les ophthalmies graves dues au gonocoque, au staphylocoque doré, au streptocoque, au bacille de Lœffler, etc., de renoncer aux moyens qui ont fait leurs preuves, au nitrate d'argent en particulier.

Conjonctivite granuleuse.

M. Panas, à propos d'un mémoire de M. le Dr **Malgat** (de Nice), rappelle que le traitement préconisé par celui-ci consiste à implanter dans les granulations une aiguille en acier mise en communication avec le pôle négatif d'une petite pile de Gaiffe, l'autre pôle étant pourvu d'une plaque de plomb qu'on applique sur le bras du malade. Les séances d'électricité sont répétées deux fois par semaine et, au bout de 15 séances en moyenne, les granulations sont complètement détruites.

Les cas ainsi traités par l'auteur sont au nombre de 26, dont 8 légers, 17 avec pannus et un compliqué de suppuration abondante et de pannus. Dans tous, il dit avoir obtenu la guérison sans autre reliquat que des taies cornéennes non indélébiles.

M. Panas estime qu'il faudrait un nombre plus considérable de faits pour asseoir définitivement la supériorité de l'électrolyse sur les autres modes de traitement des granulations de la conjonctive.

Tractions de la langue et insufflations.

M. Laborde achève sa communication sur la valeur comparative des procédés des tractions rhythmées de la langue et de l'insufflation dans le traitement de l'asphyxie des nouveau-nés (V. *Mercredi médical*, 1895, p. 65).

M. Tarnier. — Je ne prends la parole que pour essayer d'empêcher M. Laborde de demeurer aussi exclusif à l'égard de son ostracisme du procédé de l'insufflation dans le traitement de l'asphyxie des nouveau-nés.

M. Laborde ne s'est pas en effet contenté d'appeler très légitimement l'attention sur les résultats que peut donner son procédé ; il n'a pas craint de prétendre que, seuls, les accoucheurs s'y montraient systématiquement hostiles et qu'ils lui préféraient l'insufflation, bien que celle-ci fût, d'après ses expressions, « empirique, insuffisante, dangereuse même ».

Il me paraît difficile de soutenir une telle prétention ; les faits démontrent, au contraire, que les accoucheurs se sont efforcés d'étudier la méthode de M. Laborde avec toute l'attention désirable et, s'ils en ont cherché avec soin les indications et les contre-indications, s'ils en ont examiné les détails avec la plus grande prudence, c'est qu'il s'agissait pour eux d'abandonner un procédé, celui de l'insufflation, qui jusqu'ici a sauvé manifestement la vie à des milliers d'enfants. Que l'insufflation soit une pratique empirique, peut-être ; mais l'empirisme a, en médecine et pour d'autres sciences, tant provoqué de découvertes que ce ne serait pas une raison suffisante pour jeter le discrédit sur une méthode dont la physiologie elle-même a depuis longtemps fixé la valeur. D'ailleurs, il est permis de demander si M. Laborde pourrait jamais, avec les tractions rhythmées de la langue, entretenir aussi longtemps la vie que le font les accoucheurs avec l'insufflation.

Celle-ci est-elle donc, d'autre part, aussi dangereuse que M. Laborde a bien voulu le dire? Il l'accuse d'avoir pour conséquence d'introduire dans la poitrine du nouveau-né de l'air impropre à la vie, surchargé d'acide carbonique. Mais ne sait-on pas que sur le demi-litre d'air expulsé à chaque expiration, les 170 premiers centimètres cubes sont constitués par de l'air pur exempt d'acide carbonique? Or, dans la pratique de l'insufflation, soit de bouche à bouche, soit avec les tubes tels que celui de M. Ribemont-Dessaignes, ce n'est pas plus de 30 à 50 centimètres cubes d'air qui passent de la poitrine de l'insufflateur dans celle du nouveau-né; on n'y introduit ainsi que de l'air parfaitement pur et oxygéné. J'ai voulu m'en assurer et des expériences récentes très simples, faites par M. Létienne, m'ont confirmé dans cette opinion.

Faut-il ajouter que les statistiques de M. Pinard et les faits si multipliés que tous les accoucheurs ont observés témoignent en faveur de l'utilité de l'insufflation? Il y a quelques jours encore, j'ai voulu essayer des tractions rhythmées de la langue dans des cas de mort apparente; même au bout de quatre minutes, la peau pâlissait et le cœur faiblissait à tel point que je me suis hâté de revenir à l'insufflation qui, aussitôt, ramenait et les battements du cœur et la coloration de la peau. Lorsqu'on est en présence d'un enfant dont on interroge avec anxiété la respiration, il est bien permis de se hâter d'employer les moyens dont la valeur est prouvée et de ne pas avoir la même tranquillité d'esprit, la même patience que lorsqu'on cherche à ranimer un animal sur la table à expériences d'un laboratoire.

M. Laborde argue enfin des 64 succès et du petit nombre d'insuccès qui lui ont été communiqués de divers points; je crains que ses correspondants, comme il arrive, aient surtout tenu à lui faire connaître les cas heureux. Au surplus, je ne lui reproche que d'avoir voulu jeter un discrédit, à mon avis injustifié, sur le procédé de l'insufflation, sans nous laisser le temps, à nous accoucheurs, de nous faire par la clinique une opinion sur l'application de son procédé à notre pratique spéciale très délicate.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 15 *février* 1895.

Perforation interventriculaire.

M. Meslay montre le cœur d'un enfant de 14 ans qui présente à la partie moyenne du septum un orifice faisant communiquer les deux ventricules. L'orifice est très étroit et laisse passer très difficilement une sonde très fine; à son pourtour, on voit encore une plaque blanchâtre, vestige de l'endocardite ancienne qui a produit la perforation. Cette perforation semble avoir été absolument latente, l'enfant avait été toujours bien portant et était très vigoureux ; l'attention ne fut appelée sur le cœur que quelque temps avant la mort. Au cours d'une fièvre typhoïde pour laquelle le malade était entré dans le service de M. Joscis à l'hôpital Trousseau, on découvrit, en auscultant le cœur, un souffle systolique rude et bref, ayant son maximum au niveau du 3e espace intercostal gauche; ce souffle s'était accompagné pendant quelques jours de frémissement cataire.

Abcès du cerveau.

M. Meslay rapporte un cas d'abcès du cerveau siégeant au niveau de la circonvolution frontale ascendante et ayant fusé dans les ventricules; dès le lendemain du début de sa maladie, l'enfant avait présenté une hémiplégie gauche avec intégrité de la face, et des secousses convulsives du côté paralysé; des contractures terminèrent la scène morbide.

Le point de départ de l'abcès n'a pu être déterminé; le pus contenait des streptocoques et des staphylocoques.

Tumeurs du cervelet.

M. Auvray rapporte deux observations de tumeurs du cervelet.

Dans la première, présentée au nom du Dr Auvray, de Caen, il s'agissait d'une tumeur développée au niveau de la toile choroïdienne du quatrième ventricule et ayant intéressé le vermis.

Parmi les symptômes, on notait une céphalée très intense localisée à la région occipitale, de la démarche ébrieuse, de la tendance aux chutes du côté gauche; l'association de phénomènes hystériques rendait cependant le diagnostic difficile.

La tumeur examinée par M. Pilliet rentrait dans la catégorie des endothéliomes; elle était constituée par de grandes cellules aplaties, formant des boyaux cellulaires séparés par des capillaires dilatés; cette structure était analogue à celle observée par M. Cornil, dans une tumeur du cervelet opérée avec succès par M. Péan; dans ce dernier cas, outre les cellules plates on voyait de place en place de grandes cellules dont le protoplasma était farci de noyaux et qui simulaient de véritables cellules géantes.

Dans la deuxième observation, rapportée par MM. Auvray et Lacour, il s'agissait d'une tumeur de la partie latérale du cervelet qui venait comprimer le bulbe et la protubérance, et avait gagné le nerf auditif.

Le malade, âgé de 43 ans, avait présenté de la céphalée très violente persistant pendant plusieurs mois, de l'incoordination des mouvements, de la diminution de l'intelligence ; l'ouïe et la vision étaient abolies du côté droit, la papille présentait, à l'ophthalmoscope, l'aspect caractéristique de la neuro-rétinite par étranglement.

Hernie musculaire.

M. Morestin rapporte un cas de hernie musculaire; la peau au niveau de la hernie ne portait point de traces d'un traumatisme antérieur, l'aponévrose, très amincie à ce niveau, délimitait, autour de la partie musculaire herniée, un véritable collet; la hernie était facilement réductible.

M. Morestin montre l'existence, dans l'intérieur de la masse musculaire, d'un muscle demi-membraneux, d'une petite tumeur kystique; cette tumeur n'a aucune connexion avec la synoviale articulaire et est bien intra-musculaire; elle contient un liquide gélatineux à son intérieur.

M. Caracotchian signale une disposition singulière de l'appendice iléo-cæcal. Cet appendice vient en effet s'aboucher par ses deux extrémités dans le cæcum.

M. Pottier montre un foie de tuberculeux, présentant un certain nombre de petites cavernes développées sur le trajet des voies biliaires intra-hépatiques.

Fernand Bezançon.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 15 *février* 1895.

Du rôle de la grippe dans l'étiologie du rhumatisme articulaire aigu.

M. G. Weber. — Depuis l'année 1889, j'ai eu l'occasion de constater assez fréquemment que des malades atteints de rhumatisme articulaire aigu présentaient, peu de jours avant leurs manifestations rhumatismales, les symptômes de l'infection grippale. Récemment encore, recherchant dans différents services de l'hôpital Beaujon des faits de ce genre, j'ai pu noter, chez des sujets atteints de rhumatisme aigu, l'existence antérieure de la grippe.

Ces observations m'ont conduit à admettre que la grippe joue un rôle prépondérant dans la pathogénie de l'infection rhumatismale, et qu'il convient peut-être d'instituer un traitement préventif efficace du rhumatisme par une asepsie aussi complète que possible des cavités nasales et bucco-pharyngienne.

Cette asepsie peut être réalisée, dans les fosses nasales par l'emploi quotidien de vaseline mentholée à 1/50e, et dans la cavité buccale par le savonnage de la bouche suivi d'un gargarisme à l'eau tiède phénosalylée (10 gouttes de phénosalyl pour un demi-verre d'eau).

M. C. Paul. — Le rhumatisme articulaire aigu débute souvent par du coryza, de l'angine et même de la bronchite, sans que l'on puisse dire qu'il s'agit dans ces cas d'infection grippale. C'est, à mon avis, un abus de langage que de désigner sous le nom de grippe toutes les affections aiguës des premières voies respiratoires. Or, comme ce n'est que d'après les renseignements fournis par les malades que M. Weber a admis l'existence de la grippe, cela ne suffit pas à légitimer son diagnostic.

M. Barbier. — Je pourrais faire une observation analogue pour le rhumatisme articulaire aigu. Il importe aujourd'hui de distinguer la fièvre rhumatismale polyarticulaire aiguë d'avec ces affections bien connues sous le nom de pseudo-rhumatismes infectieux, et l'on peut se demander si M. Weber n'a pas eu affaire chez ses malades à des manifestations de ce genre.

M. Ferrand. — Il convient assurément de faire des réserves sur ces faits et de rechercher attentivement les rapports qui peuvent exister entre la grippe et le rhumatisme, avant d'accepter les conclusions de M. Weber.

Il ne répugne nullement, toutefois, d'admettre que si la grippe ne constitue pas, en pareil cas, la cause déterminante du rhumatisme articulaire aigu, elle est tout au moins susceptible de jouer, au même titre que d'autres maladies, le rôle d'agent provocateur.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 *février* 1895.

Tumeur du mésentère.

M. Routier résume une observation de M. Potherat, relative à une femme qui portait une tumeur abdominale à accroissement rapide. Après diagnostic de kyste de l'ovaire, on fit la laparotomie et on trouva une tumeur mésentérique. La tumeur, — un sarcome à grandes cellules avec quelques formations kystiques, — fut énucléée, sans pédicule. Guérison.

Hémarthrose par corps étranger du genou.

M. Félizet fait un rapport sur une observation adressée par M. Isambert (armée). C'est celle d'un canonnier de 21 ans qui fit une chute légère, avec un peu d'entorse du genou, ne souffrit pas, mais vit son genou enfler rapidement. Indolence complète de la pression, des mouvements communiqués. Après avoir évacué par ponction 150 grammes de sang, M. Isambert sentit en avant et en dedans une masse dure, sorte de rotule accessoire, mobile sur une étendue d'environ 10 mm. dans tous les sens. Huit jours plus tard, il pratiqua l'arthrotomie et trouva un corps étranger fixé au bord interne du plateau tibial par un pédicule fibrosynovial, très vasculaire, déchiré à sa base qu'infiltrait une forte ecchymose. La structure était ostéo-cartilagineuse. C'est certainement un corps étranger par ossification d'une frange synoviale.

M. Monod a opéré un malade qu'il croyait atteint de corps étranger avec hydarthrose. Il trouva un liquide très sanguinolent. Il n'y avait aucun commémoratif de trauma, et cependant c'était manifestement un corps étranger par fracture intra-articulaire, avec détachement d'un fragment cartilagineux flottant.

Goitre exophthalmique.

M. Tuffier présente une femme, fille de goîtreux, qui, après avoir été soumise sans grand succès pendant 5 ans à divers traitements médicamentaux pour un goître exophthalmique, présenta des troubles de compression trachéale. Par thyroïdectomie partielle, M. Tuffier la débarrassa d'un goître kystique du lobe droit et de l'isthme, et depuis ont cessé les troubles fonctionnels auparavant sérieux (palpitations, tremblement).

M. Championnière après avoir enlevé un kyste du cou a vu cesser une fois l'exophthalmie secondaire.

M. Marchant possède une observation semblable à celle de M. Tuffier : un goître exophthalmique a été guéri par la thyroïdectomie partielle.

M. Routier a observé un kyste thyroïdien accompagné de quelques phénomènes de goître exophthalmique qui ont cessé après l'opération.

M. Peyrot rappelle que M. Tillaux a eu il y a une quinzaine d'années des succès de ce genre.

M. Picqué a soigné il y a bientôt un an une dame atteinte d'un goître exophthalmique et qui fut prise d'accidents d'occlusion intestinale dus à un gros fibrome utérin. Après hystérectomie abdominale, les troubles exophthalmiques ont cessé.

M. Bouilly en a observé autant après deux opérations pour salpingite.

M. Tuffier de même, après une myomectomie. Chez cette malade, qui était avant tout une neurasthénique, les symptômes n'ont pas disparu, mais se sont considérablement atténués.

M. Delorme lit un rapport sur une observation de M. Amat (armée) : luxation métatarso-phalangienne en bas du gros orteil, avec plaie. La réduction ne put être obtenue qu'après résection partielle de la tête métatarsienne.

M. Zæpfel lit une observation de kyste à grains riziformes traité par l'extirpation.

M. Sorel lit une observation d'hystérectomie vaginale avec persistance des règles.

M. Rigal lit une observation d'orchiépididymite à droite avec atrophie du testicule gauche.

M. Kirmisson présente un enfant qu'il a guéri, par ligature de la fémorale à l'anneau, d'un anévrysme poplité de cause inconnue.

A. Broca.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 16 *février* 1895.

Présidence de M. Chauveau.

A propos des neurones.

M. Dastre dépose au nom de **M. Morat** (Lyon) une note au sujet de la dernière communication de **M. Duval**. Dans cette note M. Morat admet que les nouvelles connaissances sur la structure du système nerveux font disparaître la confusion entre les phénomènes trophiques et fonctionnels de la cellule nerveuse. D'un autre côté, la nouvelle théorie des neurones admet l'existence d'une nouvelle propriété des cellules nerveuses : la contractilité. Or cette contractilité n'a jamais été constatée avec les excitations électriques portant sur le cylindre-axe.

M. Mathias-Duval ne pense pas que l'on puisse assimiler la contractilité des neurones avec la contractilité que peut donner l'excitation électrique. D'un autre côté, il se demande si certains faits de retour de la fonction des nerfs sectionnés et réunis immédiatement après la section ne s'expliqueraient pas par le rétablissement du contact entre les neurones.

M. Chauveau affirme que pour les nerfs moteurs ce retour immédiat de la fonction n'existe pas quand même la réunion est faite immédiatement après la section. Pour les nerfs sensitifs, cela doit être la même chose, seulement, le fait est plus difficile à démontrer. Les faits de retour immédiat de la fonction s'expliquent soit par la récurrence, soit par l'abolition de l'inhibition.

M. Laborde partage entièrement la façon de voir de M. Chauveau.

L'ozone atmosphérique.

M. Foveau de Courmelles. — L'ozone manque généralement dans l'air ambiant en temps d'épidémie apyrétique comme le choléra; en revanche, l'auteur l'a trouvé, dès 1889-1890, abondant dans des milieux où régnait la grippe et l'excès des combustions organiques qui la caractérise. En outre, il a remarqué, avec des documents officiels portant sur plusieurs années, le grand nombre de mort-nés — supérieur à celui de Paris — en une petite ville entourée de forêts salubres, mais où manque l'ozone absorbé par les produits lancés dans l'atmosphère par une usine de produits chlorés. Il semble donc y avoir là des actions asphyxiques électives sur les vaisseaux utérins ou fœtaux. En outre, au moyen de papiers iodo-amidonnés et d'une échelle colorimétrique, toujours les mêmes, ceux du service ozonométrique de Bruxelles, l'auteur a organisé, avec l'aide de nombreux correspondants, un service ozonométrique français où toutes les recherches sont comparables. La météorologie vient prêter un appoint à l'hygiène en notant l'état ozonoscopique, atmosphérique et épidémiologique ambiant : les vents venant du nord manquant souvent d'ozone, alors que ceux du sud et de l'ouest n'en sont jamais dépourvus en une région déterminée. Aussi : pour l'auteur, *de même qu'on peut en météorologie prédire la marche des tempêtes et des cyclones on peut, ou plutôt on pourra à bref délai, grace à la direction des vents et à la constitution ozonoscopique de l'air qu'ils déplacent, déduire les zones d'atténuation ou de violence de certaines épidémies.*

Peut-on tirer de la forme du crâne des conclusions sur les dispositions anatomiques rendant plus ou moins dangereuses les opérations sur le rocher.

M. Garnault a entrepris de vérifier au moyen du stéréographe de Broca et de mensurations de diverse nature faites à l'école d'anthropologie sur 27 crânes dolichocéphales, 7 mésaticéphales, et 26 brachycéphales, les lois posées par Kœrner. D'après cet auteur, l'axe des pyramides et le plancher de la fosse cérébrale moyenne seraient plus obliques chez les brachycéphales, plus voisin de l'horizontale chez les dolichocéphales. M. Garnault conteste cette loi; il n'a jamais observé que des variétés individuelles sans rapport avec le type anthropologique.

Pour apprécier la hauteur du plancher de la fosse cérébrale moyenne, M. Garnault s'est servi comme repère d'une horizontale, tangente au bord supérieur du conduit. Il conteste à la ligne temporale toute valeur comme point de repère anatomique ou chirurgical en raison de ses variétés extrêmes de développement et surtout de position, puisqu'on la retrouve parfois au même niveau que le plancher de la fosse cérébrale moyenne et même au-dessus.

La fosse temporale gauche s'abaisse un peu plus que sa congénère, mais d'une quantité très faible.

Le plancher de la fosse cérébrale moyenne est un peu plus élevé chez les dolichocéphales que chez les mésaticéphales et les brachycéphales ; cependant, il est difficile d'admettre un rapport direct entre ce phénomène et les variations de l'indice céphalique, car c'est chez les mésaticéphales que le plancher descend le plus bas.

M. Garnault a constaté que la procidence en avant et en dehors est plus forte du côté droit que du côté gauche, mais il n'est pas exact que, ainsi que le soutient Kœrner, le degré de procidence antérieure et latérale varie dans le même sens que l'élévation de l'index céphalique et que pas plus que l'abaissement du plancher de la fosse cérébrale moyenne il soit proportionnel au degré de brachycéphalie. La loi de Kœrner ne se vérifie pas plus pour les cas particuliers que pour les moyennes.

M. Politzer a trouvé que la procidence du sinus latéral en avant et en dehors s'observait surtout sur les apophyses petites diploétiques ou compactes. Cette loi est vraie d'une façon générale, mais elle comporte de très nombreuses exceptions.

Les lois posées par Kœrner n'ont donc pu être vérifiées. Il n'existe aussi bien pour l'abaissement du plancher de la fosse cérébrale moyenne que pour la procidence des sinus que des variétés individuelles qu'il est impossible de prévoir par l'examen du type anthropologique.

M. Gréhant dépose, au nom de **M. Œchsner de Koning**, une note sur la *réaction de la créatinine dans l'urine* d'où il résulte que si l'on examine des urines pathologiques, la coloration due au nitro-prussiate de soude et à la soude, peut signifier aussi bien la présence de l'acétone que celle de la créatinine.

M. Bourquelot présente, au nom de **M. Giraud** (Toulouse), une note sur l'examen du liquide d'un kyste de l'épididyme. L'examen montra que le liquide renfermait des agglomérations de spermatozoïdes et une substance albuminoïde qui ne se coagulait pas avec l'acide acétique.

R. Romme.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 *février* 1895.

Présidence de M. Fernet.

Note sur une petite épidémie de diphthérie à l'hôpital d'Aubervilliers.

M. Netter. — Je voudrais publier une note concernant l'introduction de la diphthérie dans un groupe d'individus bien isolé par un enfant paraissant sain. Bien que ces faits remontent à peu près à quatre ans, la récente communication de MM. Sevestre et Méry m'engage à vous les soumettre.

En 1891, il y avait à l'hôpital d'Aubervilliers quelques pavillons réservés à diverses affections, et bien isolés du reste de l'établissement. Dans un de ces pavillons on reçut le 16 mai 1891 un jeune garçon âgé de 6 ans, et atteint de varicelle; ce petit malade avait quitté l'avant-veille l'hôpital Trousseau où il était soigné pour une rougeole. Une toux coqueluchoïde nous faisant craindre la coqueluche, nous l'isolâmes et, afin de ne pas le laisser sans surveillance, nous envoyâmes dans la même pièce une femme atteinte d'érythème noueux. Le 26 mai cette malade présentait une plaque diphthérique sur une amygdale; l'examen bactériologique décela les bacilles de Lœffler ; elle guérit le 8 juin.

Dès que la diphthérie fut diagnostiquée, l'enfant, qui avait été primitivement couché dans la salle où s'était déclarée la diphthérie, fut renvoyé dans une autre pièce où demeuraient quatre enfants atteints également de varicelle. Or trois de ces enfants furent successivement atteints de diphthérie (confirmée par l'examen bactériologique) dont un cas se termina par la mort. Le jeune R... sortit le 7 juin guéri, et ses parents, minutieusement interrogés, déclarèrent qu'à aucune époque leur enfant n'avait présenté de symptômes d'angine.

Au moment où ces quatre cas de diphthérie se produisaient dans le pavillon isolé des varioleux, ces derniers étaient tous indemnes, ce qui doit nous faire écarter l'hypothèse d'une introduction de la diphthérie par le lait. D'autre part, ces enfants n'étaient en rapport qu'avec le personnel d'hôpital et la surveillante, or aucune de ces personnes ne présenta jamais de symptômes de diphthérie. Par contre, la diphthérie des trois enfants atteints dans le pavillon réservé à la varicelle semble bien s'expliquer par le retour dans ce pavillon du jeune R... qui avait séjourné 24 heures dans la pièce de la femme atteinte la première de diphthérie. Mais comment expliquer le cas initial de cette dernière? Elle ne se rappelle pas avoir été en contact avec des diphthériques; elle n'a pré-

senté des symptômes angineux que dix jours après son entrée.

La première idée est que la femme C... a été contagionnée par le jeune R... Ce dernier, bien que n'ayant jamais présenté de symptômes diphthériques, venait de l'hôpital des Enfants où existaient à cette époque des cas de diphthérie; et cette hypothèse est d'accord avec ce que nous savons aujourd'hui sur les cas d'enfants ayant des bacilles de Lœffler dans la bouche sans avoir de diphthérie.

A côté de cette hypothèse, on peut en invoquer une autre. Un des enfants séjournant dans la salle des varicelles, le jeune Hector, était entré le 14 mai avec le diagnostic de diphthérie et de variole; l'examen de ce malade montra qu'il était atteint de varicelle sans trace de diphthérie. Mais il importerait de savoir si le médecin de la ville n'aurait pas porté le diagnostic de diphthérie d'après la présence d'autres cas de diphthérie dans son entourage; nous n'avons malheureusement pas pu nous renseigner à cet égard. D'ailleurs, s'il en était ainsi, il serait bien extraordinaire que le jeune Hector ait contaminé un adulte avant d'infecter ses trois jeunes compagnons de chambre au moins aussi disposés à la diphthérie que la femme Clerc. D'ailleurs les trois cas de diphthérie se déclarant coup sur coup après la rentrée de R... dans la chambre des malades atteints de varicelle ne plaide-t-elle pas en faveur d'une infection provoquée par R.?

Quoi qu'il en soit, dans cette dernière hypothèse la diphthérie aurait été communiquée à quatre malades par un enfant n'ayant jamais présenté aucun symptôme de diphthérie; dans l'autre, la diphthérie aurait été susceptible de contagion dix-huit jours avant l'apparition des fausses membranes.

Quelle que soit l'hypothèse que l'on accepte, ces faits m'ont paru interessants à publier.

M. Catrin. — Le 28 novembre, M. Schæffer, professeur de physiologie au collège de l'Université de Londres, reçoit deux enfants atteints de diphthérie. Ces deux enfants reçoivent des injections de sérum antidiphthérique, et le 31 novembre toute trace de fausse membrane a disparu. Un des enfants présenta pendant la convalescence une paralysie légère et de l'albuminurie.

Un mois après leur guérison, le Dr Ruffer ayant examiné la salive de ses deux malades y découvre de nombreux bacilles de Lœffler; ces bacilles disparaissaient la semaine suivante.

Or on se souvint qu'au mois de mai un enfant appartenant au même pensionnat que les deux précédents malades avait eu une angine suivie de phénomènes paralytiques. On examina la salive de ce dernier enfant et on put y retrouver, *sept mois et demi* après sa maladie, des bacilles de Lœffler; on voit donc que la limite assignée par M. Sevestre a été singulièrement dépassée.

Monoplégie brachiale intermittente survenue consécutivement à un accident de fulguration.

M. Catrin (Val-de-Grâce). — Un soldat entré au service militaire en novembre 1894 a été frappé par la foudre dans un champ en 1885. Il perdit connaissance; à son réveil, il éprouve de vives souffrances dans le bras et la jambe gauches, mais ne constate aucune brûlure.

Pendant deux mois après cet accident, notre malade reste couché, ne pouvant ni parler, ni marcher, ni remuer le bras et la jambe gauches. Il se souvient qu'il ne pouvait trouver les mots appropriés aux objets qu'il désignait. Trois mois après, la parole revint, mais T... ne put commencer à mouvoir le bras gauche que quatre ans après l'accident. Toutefois, les fonctions de ce membre laissaient encore à désirer; la paraplégie revenait par attaques toutes les fois que T... se fatiguait trop. La durée de ces paralysies variait de 15 jours, trois semaines à trois mois. Elles étaient annoncées par des prodromes presque toujours identiques pendant une quinzaine de jours. C'étaient des douleurs dans l'épaule et surtout dans le bras, ainsi que la sensation de fourmillements dans tout le membre. Puis la paralysie survenait lentement; elle était flasque. La guérison s'annonçait par des douleurs analogues à celles que nous signalions dans les prodromes et qui disparaissaient dans les périodes de paralysie. Ces douleurs, vives surtout le soir, cessaient la nuit. Il semble au malade que son bras « bouillonne ». Jamais T... n'a présenté, ni avant, ni après son accident, de troubles nerveux (attaques convulsives, etc.).

Au moment du conseil de révision, aucun accident ne s'étant produit, il fut déclaré bon pour le service; mais le 18 décembre, il fut atteint de douleurs pour lesquelles il se présenta à la visite.

Envoyé dans mon service 10 jours plus tard, voici les symptômes que je constatai. Le bras gauche pend inerte le long du corps; il y a un abaissement marqué de l'épaule. Le membre est froid, surtout au niveau de l'avant-bras et de la main Le thermomètre annonce une différence de deux degrés entre les deux mains. Cette extrémité est cyanosée; les mensurations permettent de constater une atrophie assez notable pour être visible à la simple inspection. Les membres inférieurs présentent aussi des différences dans leur mensuration, mais ces différences sont en faveur de la jambe gauche qui est plus développée que la droite. La démarche est bien assurée, même quand on prie le malade de fermer les yeux.

La sensibilité est partout normale, sauf dans l'avant-bras gauche, L'anesthésie de la sensibilité tactile descend un peu plus bas en avant qu'en arrière. La sensibilité persiste à la pression, mais l'analgésie est absolue dans toutes les parties anesthésiées. Enfin, détail intéressant à noter, la thermalgésie n'existe que pour la main, qui ne sent ni le froid, ni la brûlure d'une allumette-bougie. Des secousses électriques violentes ne réveillent aucune autre sensation dans l'avant-bras malade que celle d'une contraction musculaire, alors que ces secousses même très affaiblies sont mal supportées ailleurs. Pas de réaction de dégénérescence. Le sens musculaire est intact dans le membre malade comme dans les membres sains. L'exploration des autres parties du corps ne permet d'y découvrir rien d'anormal.

Les réflexes sont exagérés, il reste même un léger clonus du pied.

Le réflexe plantaire est, au contraire, diminué.

On note encore un léger rétrécissement du champ visuel à gauche; mais la vision des couleurs est normale. Les pupilles sont mobiles et réagissent aussi bien à la lumière qu'à l'accommodation. Les sensations gustatives sont mal perçues.

Rien du côté de l'odorat et de l'audition.

Tous les autres organes sont normaux.

Le 8 février, T... me prévient qu'il sent des bouillonnements dans le bras et que la paralysie touche à sa fin; en effet, depuis cette époque, l'anesthésie diminue petit à petit en même temps que la chaleur renaît dans l'avant-bras. Le malade se plaint de sentir un corps en ignition dans son bras.

Je crois que le diagnostic *monoplégie brachiale hystérique* s'impose; mais cependant quelques symptômes méritent de fixer notre attention : ainsi l'atrophie est manifeste bien que son absence ait été considérée longtemps comme particulière à l'hystérie; les attaques surviennent lentement, ce qui n'est pas non plus dans le cadre ordinaire de l'hystérie; enfin ajoutons que le malade est maintenant à sa dix-huit ou vingtième attaque.

Quant à la pathogénie de ces accidents, on sait que l'on a signalé dans les cas de fulguration des foyers hémorrhagiques multiples dans les centres nerveux; je crois que les symptômes observés chez notre malade peuvent être rapportés à des foyers de ce genre cicatrisés, mais qui ont laissé des cellules fonctionnant mal, et s'altérant facilement, d'où attaques nouvelles. Il se passe là quelque chose d'analogue aux attaques que l'on observe chez les adolescents qui ont eu dans leur première enfance des paralysies guéries, mais qui reparaissent momentanément à l'occasion de fatigues.

M. Marie. — Le fait de l'atrophie du bras paralysé confirme ce que disait M. Chauffard, que les paralysies hystériques survenues dans l'enfance s'accompagnaient d'atrophie.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Séances des 4, 11 et 25 janvier 1895.

Hernie inguinale gauche congénitale et orchidopexie.

M. Courtin. — J'étais appelé, le 23 octobre 1894, auprès d'un jeune homme de dix-neuf ans, cultivateur, atteint depuis sa naissance d'une hernie inguinale gauche. Cette hernie

entrait et sortait facilement, mais, de ce côté, le testicule n'était pas descendu dans le scrotum, faisait partie de la hernie et restait fixé au devant de l'anneau inguinal externe. Par suite de cette particularité, le port du bandage était difficile et douloureux, aussi depuis quelque temps le malade ne s'en servait qu'à de rares intervalles, il l'avait abandonné même complètement quelques jours avant notre intervention. Au moment de mon arrivée, je fus mis en présence d'une grosse hernie inguinale très dure, mais sonore, le testicule occupait la face antérieure et externe de la tumeur. Les douleurs du ventre étaient très vives, l'arrêt des matières et des gaz complet, pendant la nuit il y avait eu des vomissements porracés avec mauvais goût et mauvaise odeur.

Le sac, entr'ouvert, laissa échapper une notable quantité de liquide citrin, une anse d'intestin grêle apparut rouge sombre, œdématiée, sans aucune trace de gangrène. Je débridai l'anneau, l'intestin rentra sans difficulté dans la cavité abdominale. Après avoir fait la cure radicale je réséquai le sac en partie, en ayant soin d'en conserver une étendue suffisante pour faire une vaginale au testicule, puis j'essayai d'attirer cet organe afin de le fixer sur le plancher scrotal. A ce moment j'éprouvai des difficultés considérables, le cordon était replié sur lui-même, formant des zigzags, et au niveau des coudures il y avait un tissu conjonctif épaissi, scléreux, dont la dissection était fort difficile. Je pus cependant, après une dissection minutieuse et longue, abaisser le testicule de trois centimètres, et, tout en constatant un léger degré d'atrophie, je l'enveloppai du reste du sac afin de lui créer une vaginale et je le fixai par trois points de suture au catgut sur le plancher scrotal.

J'eus l'occasion de revoir le malade un mois et demi après. Je constatai à ce moment que le testicule avait repris sa position primitive, au niveau de l'anneau inguinal externe, que le scrotum était attiré en haut et légèrement ombiliqué; en un mot, que l'organe avait repris son ancien domicile, apportant une certaine gêne et quelques douleurs pendant le travail.

Fistule lacrymale.

M. Armaignac rapporte un cas de guérison de fistule lacrymale, affection dont la guérison est très difficile.

La malade était une jeune fille de onze ans, porteur depuis l'âge de cinq ans d'une fistule lacrymale donnant lieu à un écoulement muco-purulent. Pendant près de deux ans, elle suivit un traitement qui consista successivement en sondages et cautérisations. Mais l'insuccès fut complet.

En présence de ce résultat, M. Armaignac pratiqua le curettage du trajet fistuleux et du sac, et en reséqua les parois. Il fit des sutures croisées et mit une sonde à demeure, pendant trente-six heures. Cette intervention a été assez énergique et l'enfant a enfin guéri de sa fistule.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 21 *janvier* 1895.

Présidence de M. Coyne.

Langue noire.

M. Moure présente un homme de cinquante-deux ans, qui vint le consulter pour une langue noire. Cette affection était survenue presque subitement après l'influenza : le malade présentait de plus une forte injection du pharynx. La langue noire paraîtrait être due à des amas de microbes ou de spores microbiennes dans l'épithélium : elle représente un véritable duvet manquant par places, aspect qui la fit comparer par Gubler à un champ de blé ravagé par le vent. Ce cas aigu de langue noire est à l'heure actuelle en voie de guérison. Comme traitement, on a employé le raclage et les alcalins pour combattre l'acidité de la salive : le chlorate de potasse doit être banni, car il contribue à noircir la langue.

M. Coyne a vu un beau cas de langue noire, en 1880, dans le service du docteur Beaudrimont. A l'examen microscopique, il découvrit un grand nombre de spores.

M. Dubreuilh. — Il y a eu pas mal de travaux sur la langue noire : on y a trouvé pas mal de microbes. L'anatomie pathologique en est des plus simples. Mais on ne sait ce que c'est, ni d'où cela provient.

Ostéome des adducteurs.

M. Sourris présente un jeune homme de vingt et un ans, cultivateur, faisant actuellement son service dans les hussards. Il n'était jamais monté à cheval avant son entrée au régiment. Un mois après son arrivée, après un exercice de cheval assez prolongé, il fut pris d'une douleur vive à la partie supérieure et interne de la cuisse gauche avec une ecchymose étendue. Il continua malgré cela à monter à cheval, et ce n'est que quelque temps après qu'il alla consulter le médecin. On constata alors qu'à la partie interne et supérieure de la cuisse, au point même où s'était montrée l'ecchymose, existait profondément une masse dure, diffuse, de forme triangulaire, à sommet tourné en haut paraissant s'insérer sur le pubis.

Des massages furent prescrits, et, huit jours environ après, la tumeur pouvait être nettement délimitée et offrait les caractères qu'elle présente aujourd'hui : tumeur dure, de consistance osseuse, en fuseau, à base insérée sur la branche descendante du pubis, la pointe longue et effilée se perdant dans les muscles de la partie interne de la cuisse. La tumeur mesure de 0,06 à 0,07 centimètres et présente tous les caractères de l'ostéome des cavaliers.

M. Coyne rappelle les cas d'ostéomes présentés à la Société par le Dr Ferron et M. Sourris; l'extirpation des tumeurs effectuée par le Dr Ferron s'accompagna d'une guérison rapide. L'examen histologique de la pièce, dont était porteur le malade présenté par M. Sourris, a montré qu'elle était formée aux dépens du tissu conjonctif.

Corps étranger de l'œil.

M. Cabannes présente un malade de 62 ans qui reçut, à la partie interne de son œil droit ouvert, la capsule entière d'un fusil à piston parti accidentellement des mains d'un jeune homme qui marchait à sa droite. Le malade ayant, au moment même où le coup partait, porté rapidement sa tête à droite, on comprend pourquoi la plaie existait à la partie interne du limbe. Le malade ne peut affirmer que la capsule est sortie; en tout cas, une douleur immédiate s'ensuivit, s'accompagnant d'une cécité rapide; il n'y eut aucune hémorrhagie immédiate ou ultérieure.

Trois jours après l'accident, la douleur devenant trop aiguë, le malade alla consulter un médecin qui conseilla l'application de quelques compresses chaudes sur l'œil.

Le 11 décembre, il se décida à entrer à l'hôpital. On constata alors qu'à la partie interne du limbe scléro-cornéen, existait une plaie irrégulière de 6 à 7 millimètres de long sur 2 de large. Les bords de la plaie, déchiquetés par le traumatisme, sont infiltrés ; cette infiltration atteint le centre de la cornée. Au fond de la plaie on aperçoit un magma purulent contenant un iris hernié et enflammé, ainsi que quelques masses corticales provenant du cristallin cataracté. A l'œil nu, pas de traces de corps étranger.

Il existe de plus une forte injection conjonctivale et périkératique avec sécrétion purulente.

Le lendemain de l'entrée du malade à l'hôpital, on procède à l'excision de l'iris hernié, à l'extraction de quelques masses corticales diffluentes entre les lèvres de la plaie, au nettoyage des parties voisines infiltrées de la cornée sans rencontrer trace de corps étranger. Le malade, pansé, renvoyé dans la salle, continue à souffrir. Un arrachement du nasal externe effectué quelque temps après par M. Badal ne calme pas les douleurs. L'énucléation est décidée pour le 16 janvier; après chloroformisation préalable et nettoyage de l'œil, une pince est promenée dans la plaie et rencontre une masse dure, c'était la capsule restée dans l'œil après le traumatisme ; on trouva une résistance à l'enlever, car elle était très profondément enfoncée dans le cristallin. Il n'y eut pas issue de corps vitré. Les douleurs se sont calmées très rapidement après l'opération.

Ce cas banal de corps étranger de l'œil n'offre un certain intérêt que parce qu'il n'y a pas eu de lésion du vitré. En général, un corps projeté avec la violence qu'a eue cette capsule perfore l'œil et se loge dans le vitré; cela tient à coup sûr au volume même et à la forme du corps étranger qui a pénétré par sa partie tranchante, a pu atteindre jusqu'aux couches corticales postérieures du cristallin, a été alors arrêté par son fond. Après le traumatisme, les masses cristalli-

niennes gonflées par l'humeur aqueuse se sont placées au devant de la capsule et l'ont cachée, c'est ce qui fait que, lors de la première intervention, des explorations superficielles n'ont pu l'atteindre; puis, les masses cataractées s'évacuant par l'ouverture de la plaie, le corps étranger est venu se présenter à son tour et a été extrait.

Il faut ajouter cependant que si la conservation de l'œil de ce malade est une chose à peu près certaine, sa vision est définitivement perdue, car en arrière de sa plaie, il existe certainement un décollement de la rétine : l'œil est, en effet, très mou.

Séance du 11 *février* 1895.

Kyste congénital du cou.

M. Liaras présente un malade opéré d'un kyste congénital du cou par M. le Dr Dudon. Ce malade avait été presenté auparavant. Sa lésion était remarquable à cause des rapports de la tumeur avec le larynx. Par l'examen laryngoscopique on avait constaté que le vestibule du larynx du côté droit était remplacé par une saillie considérable.

Ces rapports de la tumeur avec le larynx semblaient rendre assez sérieux le pronostic d'une intervention. Il n'en a rien été. La muqueuse du larynx n'avait que des rapports de voisinage avec la tumeur, l'ablation a été très rapide, très facile, on n'a constaté que l'adhérence classique avec l'os hyoïde.

L'examen de la tumeur a permis de constater un kyste congénital.

Atrophie testiculaire double.

M. Guérin présente un jeune malade tuberculeux; son visage a une expression enfantine, ses joues sont rosées, il est imberbe. Cet aspect contraste avec sa taille, avec son apparence vigoureuse et surtout avec son âge; il a en effet vingt ans.

En examinant ce malade, on peut constater la petitesse extrême des deux testicules; ce sont deux haricocèles. La verge est relativement petite, le pubis est couvert normalement de poils; quelques poils aux aisselles; rien du côté des seins; larynx suffisamment saillant; voix masculine.

Ce malade dit que jamais ses testicules n'ont été plus gros, sa famille avait remarqué cette malformation; pas ou peu d'erections, jamais d'émission de sperme. La voix du malade n'est devenue masculine qu'à l'âge de 17 ans, époque a laquelle il a vu des poils venir sur son pubis. Pas de syphilis héréditaire ou acquise : oreillons à l'âge de 17 ans, sans localisation testiculaire.

M. Arnozan fait remarquer que dans un cas de ce genre, il est tout à fait indiqué de faire des injections de suc testiculaire.

Hémorrhagies après l'opération de la cataracte.

MM. Fromaget et **Cabanne** ont vu cet accident se produire, il a nécessité l'énucleation de l'œil. Des coupes histologiques ont été faites, on y voit clairement les globules sanguins s'échappant des vaisseaux rompus; ces vaisseaux sont sains.

L'étiologie de ces hémorrhagies est très discutée; dans ce cas, il faut certainement les rapporter au vide produit par l'extraction de la cataracte et aussi à un blépharospasme très marqué chez la malade.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 6 *février* 1895.

Présidence de M. Colrat.

Résection et suture intestinale au moyen du bouton de Murphy, modifié par M. Villard.

M. Villard présente une malade du service de M. Vallas, à l'hôpital de la Croix-Rousse, à qui il a pratiqué une résection intestinale, sur une longueur de 10 centimètres, suivie d'une suture au moyen du bouton anastomotique qu'il a montré à la Société dans une précédente séance.

La malade était entrée à l'hôpital pour une hernie crurale étranglée depuis cinq jours et avec un état général grave. Après ouverture du sac, il tomba sur une anse intestinale en imminence de perforation. Il réséqua l'anse gangrenée et fit la suture avec le bouton anastomotique qu'il présente.

Les suites opératoires furent très simples. Le soir il y avait des émissions, par l'anus, de gaz et de vents et le lendemain de matières fécales. Au dixième jour, il constata quelques symptômes légers d'obstruction intestinale, il administra un purgatif huileux et, quatre jours après, la malade expulsait sans accident le bouton. Elle est actuellement guérie, trois semaines après l'opération.

Ce mode opératoire a permis la résection intestinale, qui eût été impossible avec la suture intestinale ordinaire, à cause du choc considérable qui aurait résulté et le chirurgien aurait été obligé de faire un anus contre nature.

M. Villard vient de faire, avec le même procédé, sur une malade du service de M. Devic, atteinte de cancer du pylore, une gastro-entéro-anastomose qui a duré douze minutes. Le succès de l'opération, qui date de sept jours, est presque certain. Les vomissements ont cessé.

M. Villard présente une pièce expérimentale pour combattre une objection que l'on fait à la méthode de Murphy : le rétrécissement du conduit intestinal. Il met sous les yeux de la Société une portion d'intestin de chien auquel il avait pratiqué la suture avec ce procédé. Cet intestin ne présente pas de rétrécissement et la suture est parfaite.

M. Vallas a assisté à l'évolution de la guérison de la malade opérée par M. Villard. Il croit que la méthode de Murphy sera très utile dans la thérapeutique des hernies gangrénées. Il était revenu à la pratique de l'anus contre nature à cause des insuccès de l'entérorrhaphie circulaire dus au choc opératoire ajouté à l'état de collapsus dans lequel se trouve, en général, le malade. Cependant l'anus contre nature crée un état maladif qu'on pourra, il est vrai, guérir plus tard, lorsque l'opéré aura repris des forces.

Avec le procédé de M. Villard, rapide par excellence, puisqu'il a pratiqué une gastro-anastomose en douze minutes, on n'a plus à craindre le choc opératoire. Aussi la suture intestinale devient-elle indiquée après la résection. Il n'hésitera pas à l'appliquer, parce que le procédé opératoire de suture intestinale a été bien amélioré.

Hystérectomie abdominale.

M. A. Bert, interne des hôpitaux, présente une malade du service de M. Auguste Pollosson à laquelle ce dernier a pratiqué une extirpation totale de l'utérus et des deux annexes pour tumeur bi-latérale polykystique des deux ovaires.

Le diagnostic clinique de l'affection avait été : fibromes sous-péritonéaux kystiques.

La malade présentait, en effet, les phénomènes suivants :

Tumeur volumineuse faisant saillie, à l'hypogastre, sur la ligne médiane, avec deux lobes latéraux. La tumeur est dure, résistante, sauf en un point situé en avant et à gauche où on perçoit une légère fluctuation.

Le col est affaissé. Par le cul-de-sac on sent, à deux doigts au-dessus de l'orifice, une masse indurée qui semble faire corps avec la face postérieure de l'utérus. L'impulsion donnée par la palpation abdominale droite ou gauche est subitement transmise au col en même temps qu'à la masse saillante du cul-de-sac postérieur.

L'absence de tout écoulement et l'intime union du néoplasme avec l'utérus rendaient probable le diagnostic de fibromes sous-péritonéaux avec formation kystique à gauche.

La malade est opérée le 11 janvier 1895.

Incision médiane sous-ombilicale. On voit tout d'abord un kyste gros comme les deux poings que l'on vide d'un coup de trocart. La main, introduite dans l'excavation, conduit sur deux masses néoplasiques paraissant dépendre des ovaires et conduisant sur le corps utérin avec lequel elles contractent des adhérences intimes.

Adhérence aux viscères environnants et particulièrement au rectum et à la vessie. Le décollement dure vingt minutes; il est fait entièrement à la main. Les ligaments larges sont déchirés obliquement sans hémorrhagie appréciable. Puis on coupe les insertions vaginales au col de l'utérus et on retire le tout en masse.

Le drainage de la cavité fut pratiqué de la façon suivante : Une compresse aseptique, ployée en cornet, est introduite

par son sommet dans l'excavation. Ce sommet est saisi par une pince-baguette placée dans le vagin et attirée en bas. Puis on ferme la cavité ainsi cloisonnée avec trois gros tampons de gaze stérilisée.

Cette application spéciale du drainage à la Mikulicz imaginée par M. Pollosson, présentait, en plus de ses avantages de cloisonnement et de drainage abdomino-vaginal, la possibilité d'une hémostase parfaite. Il aurait suffi, en effet, en cas d'hémorrhagie tardive, de tirer sur la pince vaginale pour augmenter la compression intra-pelvienne et arrêter l'écoulement sanguin.

Les tampons de l'appareil sont successivement enlevés à 2 jours d'intervalle et remplacés par un drain abdomino-vaginal courbé en deux. Le dixième jour on enlève le drain et la malade que M. Bert présente est aujourd'hui entièrement guérie. Il lui reste seulement une légère solution de continuité superficielle marquant, au-dessus du pubis, l'endroit où passait l'extrémité supérieure du drain. Ce dernier vestige de l'incision est en bonne voie de cicatrisation. M. Bert présente les pièces anatomiques de l'opération ainsi que leur moule en plâtre. Il insiste sur l'adhérence intime des masses latérales et du corps utérin rendant le diagnostic d'indépendance impossible.

L'examen histologique de la pièce, fait par M. Paviot au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté, montre qu'il s'agit d'un poly-adénome kystique en voie de prolifération rapide.

M. Pollosson a eu l'occasion d'employer une deuxième fois le même procédé de drainage, dans un cas analogue, mais plus particulièrement difficile à cause de dégénérescences des parois kystiques. Il espère pouvoir présenter la malade dans une prochaine séance.

M. A. Pollosson a eu l'occasion de faire, il y a quelques jours, une opération semblable pour une tumeur maligne des deux ovaires, adhérente à l'utérus et faisant corps avec lui. Il croit qu'il est utile d'enlever l'utérus pour compléter l'opération.

Il a employé un tamponnement qui tient le milieu entre le drainage à la Mikulicz et le tamponnement abdomino-vaginal.

Dans ces deux cas, la guérison s'est faite rapidement.

Le premier date du 11 janvier, le deuxième est plus récent.

Torsion de l'S iliaque.

M. Pillard présente une pièce anatomique provenant d'un homme de 35 ans opéré par M. Adenot pour une occlusion intestinale aiguë. La cause de l'occlusion était une torsion de l'S iliaque considérablement dilatée. Les dimensions de cette anse intestinale se trouvaient véritablement éléphantiasées.

M. Adenot. — Le malade dont vient de vous parler M. Pillard souffrait, depuis plusieurs années, de troubles digestifs caractérisés par des phénomènes dyspepsiques accompagnés d'alternatives de débâcle et de constipation. Soigné depuis très longtemps pour ses malaises, il les voyait augmenter depuis plusieurs mois. Enfin, depuis cinq jours, l'occlusion s'était complétée, et il se présentait avec des signes d'occlusion aiguë. Son état, très grave, me faisait craindre une mort pendant l'anesthésie.

L'opération fut laborieuse. J'incisai la paroi abdominale depuis l'appendice xiphoïde jusqu'au pubis avec débridement latéral de 10 centimètres. Alors seulement je pus énucléer de la cavité abdominale une anse du gros intestin, mais je ne reconnus pas, tout d'abord, la portion de l'S iliaque. Cette anse, immense, présentait les dimensions du côlon dans sa totalité; elle était tordue sur elle-même et son pédicule de torsion siégeait au niveau de l'origine du rectum. Il s'agissait d'une anse sigmoïdale, de dimension inusitée et qui, développée dans tout l'abdomen, se superposait pour ainsi dire au côlon. L'anse fut facilement détordue et, par pression, une quantité énorme, évaluée à 15 à 20 litres de liquides et de gaz, fut expulsée par l'anus. La circonférence de l'intestin (et je ne veux pas dire la longueur de l'anse) mesurait alors 45 cent. environ. Le malade, qui présentait du refroidissement des extrémités au moment de l'opération, mourut dans la nuit suivante.

A l'autopsie je reconnus que le cours des matières était parfaitement rétabli. L'anse sigmoïde, aplatie et rétractée, mesurait encore cependant des dimensions énormes. Le pourtour, mesuré sans traction capable de l'allonger, était d'environ de 1 mèt. 30 cent. Le diamètre de l'intestin, aplati et vide, était d'environ 12 à 14 cent. Distendue, l'anse pouvait mesurer sur le vivant au moins 2 mètres.

L'occlusion par exagération du méso-côlon et de l'S iliaque est rare; cette longueur du méso-côlon sigmoïdal a favorisé cette occlusion par torsion. Trastour, Glénard, Kœnig ont signalé des cas moins développés que celui-là.

Fibrome utérin et grossesse.

M. A. Pollosson met sous les yeux de la Société les pièces provenant d'une hystérectomie abdominale pour fibrome compliqué de grossesse.

Il s'agit d'une femme de 35 ans, mariée à 19 ans, n'ayant jamais eu de grossesse ni de fausse couche et veuve depuis deux ans. Elle accusait, depuis quinze mois, une pesanteur dans l'abdomen. Pendant cette année ses règles étaient diminuées et retardées quelquefois de quinze jours. Depuis quatre mois les règles étaient supprimées, lorsqu'il y a quinze jours elle eut une hémorrhagie. A l'examen, on trouvait une tumeur solide, irrégulière, remontant à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, plongeant dans l'excavation. En arrière de la tumeur, on trouvait le col dont les bords n'étaient pas ramollis.

Sur la face antérieure, on trouvait de petites tumeurs du volume d'une noix.

Il eut l'idée d'une grossesse qu'il rejeta, parce que le col n'était pas ramolli, parce que la sensation de ballottement n'était pas perceptible, et parce que la femme niait la possibilité d'une grossesse.

Il est intervenu parce que la tumeur avait augmenté rapidement de volume.

Après qu'il eut incisé la paroi abdominale, il constata, à la partie postéro-supérieure de la tumeur, la sensation de ballottement. A ce moment, le diagnostic était fait, et il avait la possibilité de refermer la paroi abdominale, parce que les fibromes pelviens ou abdominaux exposent à des accidents la grossesse qui, si elle arrive à terme, peut aboutir à une dystocie très grave.

Il rapproche ce cas d'un autre présenté par M. Fochier. Il s'agissait d'un fibrome diagnostiqué depuis longtemps qui, tout à coup, augmenta rapidement. L'opération montra à l'intérieur un fœtus.

M. Pollosson tire de ce cas l'enseignement suivant : c'est que l'on doit songer à la grossesse lorsque le fibrome se caractérise par un retard des règles.

M. Bard connaît aussi un cas semblable appartenant à M. Laroyenne. Le fœtus ne fut trouvé que lorsqu'on eut incisé la tumeur.

Lors de ce premier cas, l'examen de la tumeur lui avait montré que l'accroissement du fibrome n'est pas le fait de la malignité, mais du développement des fibres, comme cela se passe dans un utérus gravide. Il est admis que, lorsqu'un fibrome augmente pendant une grossesse, il peut rétrocéder ensuite.

M. Pollosson est d'accord avec M. Bard sur ces différents points. L'accroissement rapide d'un fibrome développé sur un utérus gravide fait penser à la malignité de la tumeur, lorsqu'on ne peut faire le diagnostic de grossesse.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE LYON

Séance du 27 janvier 1895.

Présidence de M. Arloing.

Arthropathie tabétique.

M. Lépine. — Dans sa description du tabes, Charcot a bien signalé les différentes lésions intéressant les articulations. Il a bien décrit l'œdème que l'on voit apparaître fréquemment, dans le cours de cette affection, autour de l'articulation tibio-tarsienne, œdème blanc, dur, se montrant dans la période pré-ataxique, disparaissant assez rapidement pour laisser après lui une grande laxité articulaire.

Mais il est un fait passé inaperçu pour Charcot, sur lequel M. Lépine attire l'attention de la Société. C'est la production,

à une certaine distance d'une articulation, d'une collection liquide faisant songer au premier abord à la présence d'un abcès froid et qui, par la suite, est simplement de la synovie collectée.

M. Lépine cite, à l'appui de sa thèse, les observations de deux malades.

Le premier, qui est actuellement dans son service, est entré il y a quatre mois dans le service de M. M. Pollosson pour une tumeur fluctuante assez volumineuse, siégeant à la partie moyenne et externe de la cuisse et ayant tous les caractères d'un abcès froid. La tumeur fut incisée et, au lieu de pus, on eut un liquide clair, filant, ressemblant nettement au liquide synovial.

On s'aperçut bientôt que ce malade avait une arthrite coxo-fémorale; il avait une articulation de polichinelle et le membre présentait un raccourcissement de deux centimètres dû soit à l'usure de la tête fémorale, soit à l'agrandissement de la cavité cotyloïde.

Ce malade, syphilitique, présente tous les signes du tabes dorsalis.

Le deuxième malade, syphilitique et tabétique, a présenté dans l'aine une collection qui, ouverte, a donné un liquide clair et filant analogue à de la synovie.

Ce malade présentait une laxité anormale de la hanche.

Chez ces deux malades la lésion prédominante, pour ne pas dire unique, a donc été la présence d'une tumeur soit à la cuisse soit dans l'aine, ce n'est que secondairement que l'on s'est aperçu des lésions articulaires.

Comment expliquer ces épanchements?

M. Lépine croit qu'il y a eu, dans les deux cas, production exagérée de synovie. La synoviale, trop distendue, s'est fissurée et a permis ainsi l'épanchement du liquide soit dans la cuisse soit dans l'aine et à une distance assez grande de l'articulation.

M. Arloing demande si la collection communiquait avec l'articulation et s'il y avait rupture de la synoviale.

M. Lépine. — La communication entre la poche liquide et l'articulation n'a pas été constatée. Il y a certainement dû avoir rupture de la synoviale à cause de sa trop grande distension. Ce qu'il y a d'étonnant, dans ces deux cas, c'est que le liquide ne se soit pas résorbé.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 4 février 1895.

Neurones et tabes.

M. Flatau. — On sait que la nouvelle théorie sur la structure intime du tissu nerveux, la théorie des neurones, s'appuie sur les recherches de Golgi, Ramon y Cajal, Kœlliker, Retzius, His, Lenhossek, van Gehnesten, Waldeyer, Schæfer et autres. Le terme de neurone a été proposé par Waldeyer.

Avant ces recherches, on admettait avec Gerlach l'existence dans le système nerveux central d'un réseau nerveux formé par les prolongements protoplasmiques des cellules motrices et sensitives de la moelle. En 1880, Golgi montra que les prolongements protoplasmiques se terminaient librement et que le réseau nerveux était formé exclusivement par les ramifications des cylindres-axes. Plus tard, en modifiant la technique, Ramon y Cajal prouva que les cylindres-axes, tout aussi bien que les prolongements, se terminaient librement. Dans ces conditions, la cellule nerveuse devenait un organisme absolument indépendant, une unité pour laquelle Waldeyer proposa le nom de neurone.

Le neurone se compose donc de trois parties : 1° le corps cellulaire ; 2° les ramifications protoplasmiques, le panache protoplasmique ; 3° les ramifications du cylindre-axe.

En poursuivant ses études, Ramon y Cajal montra que les rapports entre les neurones et leurs ramifications ne sont pas ceux de continuité, mais de simple contiguité ou de contact. Les ramifications du cylindre-axe et du protoplasma d'un neurone ne se continuent pas avec celles d'un autre neurone : elles se mettent simplement en contact temporaire les unes avec les autres. Le système nerveux ne se composerait donc que d'une chaîne de neurones.

Cette nouvelle théorie a l'avantage d'expliquer aussi bien que l'ancienne tous les phénomènes physiologiques de la motilité, de la sensibilité, des réflexes, de l'idéation. On admet notamment que le panache protoplasmique agit d'une façon *cellulopète*, et le prolongement cylindre-axile d'une façon *cellulofuge*. Dans le domaine de la motilité, la conductibilité est supposée *bineurone*, et se compose : 1° du neurone moteur indirect, archineurone de Waldeyer, c'est-à-dire d'un neurone plus central : cellules pyramidales de la zone motrice corticale et leurs panaches cylindre-axiles se ramifiant autour ; 2° du neurone direct, téléneurone de Waldeyer : les cellules des racines motrices de la moelle ou les cellules de la courbe des nerfs crâniens moteurs et leurs terminaisons périphériques. Le mécanisme est le même pour la sensibilité. Une sensation tactile perçue à la périphérie passe 1° par un neurone sensitif direct, téléneurone de Waldeyer : terminaisons périphériques des nerfs sensitifs, cellules des ganglions spinaux et des cordons postérieurs ; 2° par le neurone sensitif indirect, archineurone de Waldeyer, dont les ramifications protoplasmiques se terminent dans le bulbe, tandis que ses ramifications cylindre-axiles aboutissent aux gros ganglions de la base et à l'écorce cérébrale.

Les mouvements réflexes (de la vessie, du rectum, du cœur, etc.) s'effectuent également par un arc formé soit par deux neurones, soit par une chaîne de neurones.

Au point de vue pathologique, la théorie des neurones peut être étudiée dans la pathogénie du tabes. On sait que, d'après Charcot et ses élèves, la dégénérescence des cordons postérieurs est initiale tandis que, d'après Leyden, la dégénérescence des cordons est consécutive à celle des racines postérieures. A l'appui de sa théorie, Leyden cite : 1° les relations étroites, établies expérimentalement entre les racines et les cordons postérieurs; 2° le parallélisme des lésions des racines postérieures et des cordons postérieurs dans les cas pathologiques; 3° la théorie des neurones d'après laquelle les nerfs sensitifs, les ganglions spinaux, les racines postérieures, les cordons postérieurs constitueront, en somme, un neurone sensitif direct.

On peut se demander encore dans quelle partie du système postérieur débute le tabes? Hitzig pense que le processus débute dans les racines postérieures, tandis que Marie le localise dans les ganglions spinaux. Leyden, tout en se rattachant à l'opinion de Marie, croit que le processus peut débuter à la périphérie (névrite). L'examen des ganglions spinaux a été fait par Wollenberg, mais les lésions qu'il y a trouvées lui semblent trop peu accusées pour être le point de départ des lésions tabétiques. Seulement, il ne faut pas oublier que les recherches d'Erb et Strumpell ont montré que la cellule nerveuse exerce une grande influence sur les parties périphériques de la cellule nerveuse. Les recherches ultérieures devront donc 1° prêter la plus grande attention au parallélisme entre les lésions des ganglions spinaux et celles des cordons postérieurs et des nerfs périphériques ; 2° rechercher par des expériences le point où débute le processus.

Chirurgie de l'estomac.

M. Rosenheim a eu l'occasion, depuis sa dernière communication, d'intervenir six fois pour cancer ou rétrécissement cicatriciel de l'estomac. Tous les malades ont guéri.

Dans un cas, il s'agissait d'une femme de 49 ans, arrivée à la clinique avec le syndrome de la cachexie stomacale. L'examen du suc gastrique montra l'absence de HCl libre et la présence d'une forte quantité d'acide lactique. En s'appuyant sur ce fait, on diagnostiqua un cancer de l'estomac, bien que la palpation ait constamment donné des résultats négatifs. L'opération montra que la lésion était constituée par une simple ulcération au niveau de la petite courbure, avec adhérences entre l'estomac et le foie. Le signe de Boas n'est donc pas pathognomonique.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MUNICH

Séance du 19 *décembre* 1894.

Maladie de Basedow et affections génitales chez la femme.

M. Theilhaber appelle l'attention sur la fréquence chez les basedowiennes de l'atrophie utérine. Personnellement il en a observé trois; d'autres cas ont été signalés dans la littérature.

Cette atrophie, qui n'est pas la cause, mais la suite de la maladie de Basedow, peut porter aussi bien sur tout l'appareil génital que sur l'un de ses segments. Elle n'est en aucun rapport avec l'anémie ou la cachexie spéciale, et a son origine dans les troubles vaso-moteurs particuliers à la maladie de Basedow. Elle peut constituer un des signes précoces de l'affection, et s'observer dans les cas légers aussi bien que dans les cas graves.

Cette atrophie disparaît ordinairement quand l'état général de la malade s'améliore, de sorte que tout traitement spécial n'a pas d'indication précise.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Séance du 12 *février* 1895.

Cause de l'égophonie.

M. Taylor. — L'égophonie doit être considérée comme une véritable dissonance musicale; cette dissonance résulte de battements se produisant entre les harmoniques supérieures de la note émise par le malade. Ces battements peuvent être perçus par l'oreille, parce que les harmoniques supérieures sont renforcées, tandis que le son fondamental et les harmoniques inférieures sont supprimés. Ce renforcement des unes et cette suppression des autres sont dus à des modifications des bronches, modifications qui font que ces conduits ne résonnent que pour les harmoniques supérieures et non pour les inférieures. La dissonance est favorisée: 1° par la prédominance d'harmoniques supérieures, comme cela a lieu pour les voyelles **e** et **i**; 2° par le renforcement des harmoniques supérieures; 3° par la suppression des harmoniques inférieures et du son fondamental. Les deux dernières conditions peuvent être réalisées par des modifications des qualités de résonnance des bronches, modifications qui leur permettent de résonner seulement pour les sons de tonalité élevée. Cette modification de l'état des bronches suffit à expliquer l'égophonie, sans qu'il soit besoin d'invoquer la lame liquide interposée entre l'oreille et le poumon dans la pleurésie. Rien en effet ne permet de croire qu'une masse liquide arrête les notes à tonalité basse et ne transmet que les notes à tonalité élevée. De même, la voix de polichinelle, à laquelle on compare l'égophonie, est produite non pas par une lame liquide, mais par des modifications dans les cavités qui servent de résonnateur. De plus, on sait que l'égophonie peut apparaître en dehors de la pleurésie, dans la pneumonie par exemple, dans des cas où des bouchons de fibrine viennent modifier le calibre des bronches. Dans la pleurésie, l'égophonie est produite par la compression du poumon par le liquide.

M. Williams. — J'accepte l'explication de l'égophonie. Ce signe est plus fréquent chez les femmes et les enfants. Cependant, on peut faire une objection à la théorie de M. Taylor: dans les cas de tumeurs intra-thoraciques, les bronches sont généralement comprimées et pourtant jamais, dans ces cas, on ne voit apparaître l'égophonie.

M. Maguire. — L'égophonie est un symptôme sans importance dû à une discordance produite par des modifications apportées dans la résonnance des bronches. Cependant, la dissonance musicale ordinaire est bien différente de l'égophonie. En réalité, cette dernière est due à une confusion de sons du même caractère et du même ton.

SOCIÉTÉ HUNTÉRIENNE DE LONDRES

Séance du 13 *février* 1895.

Microbe de la Malaria.

M. Manson. — En 1879, 3,500,000 personnes périrent dans l'Inde de fièvres diverses, et Fayrer estime que sur ce nombre il faut rapporter à la malaria une moitié des décès. Le microorganisme de la malaria a été découvert par Laveran, il y environ 14 ans. C'est un microbe polymorphe, apparaissant dans le sang en grand nombre. On peut lui reconnaître un certain nombre de formes principales: 1° il y a des spores libres et des corps sporulaires; 2° il y a des corps épi- et intra-corpusculaires non pigmentés; 3° il y a de gros corps intra-corpusculaires et pigmentés; 4° des corps intra-corpusculaires en rosettes; 5° des corps en croissant; 6° différentes formes dérivant des précédentes; 7° des corps flagellés et des flagellums libres; 8° des corps qui sont probablement des stades de dégénérescence des corps précédents; 9° des leucocytes pigmentés. Ces derniers sont des phagocytes qui ont englobé des particules pigmentaires provenant de la désagrégation des corps en rosette. Tous ces corpuscules ne sont que les différents stades du même sporozoaire. Les spores libres paraissent correspondre au premier terme de développement; puis ces parasites envahissent les globules sanguins et vivent aux dépens de l'hémoglobine. Plus tard ils se segmentent et donnent les corpuscules en rosette, qui se désagrègent pour mettre en liberté les spores. Les corpuscules flagellés proviennent ou bien de certains des gros corpuscules pigmentés intra-corpusculaires, ou bien des corps en croissant. Il y a au moins deux formes principales de malaria, la première, bénigne, ne donnant jamais d'accès pernicieux, et la deuxième maligne. La forme bénigne ou pour microbes de petits corpuscules intra-corpusculaires amœboïdes, de grosses formes pigmentées, des rosettes, des corps flagellés. Dans la forme maligne on trouve rarement les formes en rosette, les spores, les corps intra-corpusculaires pigmentés. Ces stades en effet se passent dans certains viscères, comme la rate, le cerveau, etc. La virulence spéciale de ce type tient à son accumulation dans les viscères.

J'ai eu l'occasion d'observer 4 cas typiques de malaria des tropiques. Le premier cas est celui d'un homme de 40 ans, paraissant avoir plus de 60 ans et qui avait été employé 5 ans sur des bateaux allant de Londres à Bombay. Le 4 août 1894, deux jours après avoir quitté Bombay, il tomba malade; arrivé à Londres, il entra à l'hôpital; le foie était augmenté de volume; la rate était à peine hypertrophiée; le malade était anémique; il présentait une sorte de démence et parlait à peine. Cet état de démence et d'apyrexie se prolongea pendant une semaine. On examina le sang qu'on trouva rempli de parasites de la malaria. On traita le malade par la quinine. L'état mental du malade fut rapidement amélioré et les parasites trouvés dans le sang devinrent de plus en plus rares. Laveran prétend que les corps flagellés sont parmi les premiers à disparaître sous l'influence de la quinine. J'ai constaté, au contraire, qu'aussi longtemps qu'on trouve des corps en croissant dans le sang, on rencontre aussi des corps flagellés. Dans l'observation précédente, les corps en croissant apparaissaient encore facilement une semaine après la première administration de quinine et ils persistèrent, bien que devenant de moins en moins nombreuses, pendant un temps assez considérable après la disparition de toutes les formes du parasite.

L'examen du sang est précieux au point de vue du diagnostic de certaines formes de malaria, comme les formes comateuse, cholérique, hyperpyrétique. Il est probable que beaucoup de cas diagnostiqués coups de chaleur ne sont que des accès pernicieux qu'on devrait traiter par l'immersion immédiate dans l'eau froide et une injection hypodermique de quinine.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

N° 9 — 27 FÉVRIER 1895 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT
PUBLIÉ PAR
LA GAZETTE HEBDOMADAIRE
DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction
Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.





SOMMAIRE

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 4 au 9 mars 1895.

Mercredi 6. — M. Merlier. Etude clinique sur la neurasthésie d'origine syphilitique. — M. Jaquinet. Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire chez les syphilitiques. — M. Taurin. Rétrécissement cicatriciel du col de l'utérus au point de vue de l'accouchement. — M. Wassilieff. De l'iléorectostomie. — M. Reverseau. Contribution à l'étude des pyopérihépatiques tuberculeuses. — M. Cernea. Essai critique sur les paralysies sciatiques traumatiques.
Jeudi 7. — M. Jammes. L assistance médicale gratuite (Loi du 15 juillet 1893). — M. Bottiau. Contribution à l'étude des pyopérihépatites tuberculeuses. — M. Mariage. Essai sur les tumeurs malignes des enfants. — M. Thielemans. Contribution à l'étude des manifestations parotidiennes ou saturnisme. — M. Fromont. Action cardiaque de l'apocynum cannabinum. — M. Isidor. Etude du torticolis spasmodique et de son traitement chirurgical. — M. Larroux. Traitement du delirium tremens dans la pneumonie. — M. Touaille de Larabie. Considération sur les accidents imputables à l'anesthésie locale par la cocaïne, dans le traitement de l'hydrocèle par l'injection iodée.

Clinique chirurgicale. — M. le professeur Terrier est chargé, sur sa demande et à titre de chirurgien des hôpitaux, d'un cours annexe de clinique chirurgicale à l'hôpital Bichat, à dater du 1er mars 1895 (service des stagiaires).

Cours. — M. le professeur PROUST commencera le cours d'hygiène le mardi 5 mars 1895, à 4 heures de l'après-midi (Grand Amphithéâtre).

— M. P POIRIER, agrégé, chef des travaux anatomiques, commencera son cours le vendredi 1er mars 1895, à 1 heure (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique).

— M. le professeur DEBOVE commencera le cours de pathologie interne le mardi 5 mars 1895, à 3 heures (Grand Amphithéâtre).

— M. VARNIER, agrégé, commencera le cours complémentaire d'accouchement le mercredi 6 mars 1895, à 5 heures (Petit Amphithéâtre).

Conférences. — M. GAUCHER, agrégé, commencera les *conférences sur les maladies de la peau*, le dimanche 10 mars, à 10 heures et demie du matin, à l'hôpital Saint-Louis, dans l'amphithéâtre des cliniques.

— M. ROGER, agrégé, commencera les *conférences de pathologie interne*, le mercredi 6 mars 1895, à 4 heures (petit amphithéâtre).

— M. NÉLATON, agrégé, commencera les *conférences de pathologie externe*, le lundi 4 mars 1895, à 4 heures (amphithéâtre de l'Ecole pratique).

— M. GLEY, agrégé, commencera les *conférences de physiologie*, le jeudi 7 mars 1895, à 4 heures (amphithéâtre de l'Ecole Pratique).

— M. ANDRÉ, agrégé, commencera les *conférences de pharmacologie*, le mardi 5 mars 1895, à 5 heures (amphithéâtre de pharmacologie).

— M. RETTERER, agrégé, commencera les *conférences d'histologie*, le mercredi 6 mars 1895, à 5 heures (amphithéâtre de l'Ecole Pratique.

Faculté de médecine de Lyon. — Par un arrêté ministériel en date du 14 février 1895, M. le professeur Lépine est nommé assesseur au doyen pour une période de trois ans.

— A la suite du concours ouvert devant la Faculté de médecine le 15 février 1895, M. le docteur Durand a été nommé chef de clinique chirurgicale (chaire de M. le professeur Ollier).

VARIÉTÉS

Exercice illégal de la médecine. — Le tribunal de Lisieux vient de condamner un bandagiste de Caen qui avait appliqué des pessaires à des femmes atteintes d'une maladie grave de l'utérus, et paraissait par son intervention avoir hâté la mort des malades ou aggravé leur état. Pour un premier délit, il a été condamné à deux mois de prison, 100 francs d'amende et 1,200 francs de dommages-intérêts envers les héritiers. Dans une seconde affaire, il a été condamné à deux mois de prison, quinze francs d'amende, pour exercice illégal et 4,000 fr. de dommages-intérêts à la plaignante.

Concours de l'Internat. — *Première question d'oral* : Capsules surrénales. Maladie d'Addison.

Réforme du concours de l'Internat. — La question de la réforme du concours de l'Internat est à l'ordre du jour; une commission a été instituée par M. le directeur de l'Assistance publique, à l'effet d'étudier les modifications susceptibles d'abréger la durée des épreuves.

Plusieurs projets ont été présentés soit à la Société médicale des hôpitaux, soit à la Société de chirurgie : aucun d'eux n'a obtenu l'assentiment général. Le projet suivant, dû à M. Brun, aurait, croyons-nous, l'avantage de satisfaire aux *desiderata* principaux, sans rien changer à la nature des épreuves actuelles.

Le jury se compose de 10 membres : 4 médecins, 4 chirurgiens, 2 accoucheurs. Il choisit deux questions, l'une d'anatomie, l'autre de pathologie que les candidats traitent séparément.

Pour entendre la lecture des copies, le jury se divise en deux sections chargées de juger, l'une la question d'anatomie, l'autre la question de pathologie. Les deux sections fonctionnent concurremment; les notes sont données séparément.

Le jury est également dédoublé pour l'oral, l'anatomie et la pathologie étant jugées à part.

Les épreuves terminées, les deux sections du jury se réunissent à nouveau, pour classer définitivement les candidats.

CLINIQUE MÉDICALE

Maladie de Friedreich et hérédo-ataxie cérébelleuse, par MM. Oulmont, médecin de l'hôpital Laënnec, et Ramond, interne des hôpitaux.

Isolée par Friedreich en 1861 de la masse des affections médullaires, la maladie de Friedreich est à son tour soumise à un travail de dissociation. M. Marie, tout récemment (1), étudiant plusieurs de ces cas, décrits sous le nom de maladie de Friedreich, les en sépare pour ériger une nouvelle entité morbide, l'hérédo-ataxie cérébelleuse. Il est bon d'ajouter que semblable réflexion avait été faite quelque temps auparavant (1892) par Ormerod et par Bernhardt. Mais ces deux auteurs se bornaient à la remarque sans tirer de conclusions. La séparation n'était cependant pas faite sans quelques hésitations par M. Marie : « Il est possible, disait-il, que l'une et l'autre affection ne soient que des modalités différentes d'une même espèce morbide. » Les observations que nous publions plus loin sont bien faites pour inspirer de pareilles réserves.

Le début de la maladie de Friedreich se fait dès le jeune âge, presque toujours avant 14 ans. L'enfant marche tardivement, bientôt ses mouvements deviennent embarrassés; les réflexes patellaires diminuent et la maladie se constitue rapidement. Le plus souvent cet enfant n'est pas seul atteint. A défaut des ascendants directs ou collatéraux, plusieurs de ses frères ou de ses sœurs sont frappés de la même maladie. La démarche du sujet est caractéristique: la tête penchée en avant, il ne lance pas follement ses jambes comme l'ataxique de Duchenne. Mais celles-ci s'entre-croisent, oscillent à droite et à gauche, comme chez un individu aviné. C'est la démarche titubante des auteurs, tabéto-cérébelleuse de Charcot. La force est conservée; tout au plus a-t-on observé dans quelques rares cas de l'atrophie musculaire, surtout au niveau des segments périphériques (Joffroy, Déjerine). Debout, les yeux fermés, le malade est pris d'oscillations antéro-postérieures, pouvant augmenter d'amplitude et amener la chute. Il n'y a pas le plus souvent de véritable signe de Romberg. Le réflexe rotulien est aboli. De plus, le pied présente fréquemment une déformation spéciale: tassé dans le sens antéro-postérieur, avec exagération du creux plantaire et de la voussure dorsale; le gros orteil rétracté, les autres orteils pouvant également revêtir la forme en griffe, par flexion dorsale de la première phalange, et flexion plantaire des deux autres. Ces déformations sont bilatérales.

Aux membres supérieurs on peut noter de l'incoordination; plus souvent du tremblement intentionnel, comme dans la sclérose en plaques; — tremblement non constant du reste, et ne survenant, dans certains cas, qu'à la période terminale. M. Chauffard (2) signale un cas où l'attitude athétoïde des membres supérieurs était très nette; il n'y avait pas de tremblement intentionnel; la main du malade « planait » au-dessus de l'objet avant de s'en emparer. Tous les membres — et aussi la face et le cou — sont pris quelquefois de mouvements choréiformes; l'instabilité des malades est alors très remarquable. Enfin au rachis s'observe dans la majorité des cas une déviation — scoliose le plus souvent — occupant la région dorsale, avec ou sans lordose compensatrice. Ce trouble trophique doit être rapproché du pied-bot étudié plus haut.

Les troubles sensitifs font défaut. Aux yeux un seul symptôme à peu près constant, c'est le nystagmus; il peut manquer au repos et n'apparaître que dans les mouvements forcés du globe oculaire, ou dans la fixation d'un objet. Le sens musculaire n'est presque jamais atteint.

La parole est lente, quelquefois scandée, explosive; l'écriture se ressent de l'incoordination des membres supérieurs; les troubles intellectuels sont nuls ou à peine marqués. La marche de la maladie est lente, progressive, avec quelquefois des rémissions trompeuses; et le plus souvent le malade est emporté par une affection intercurrente.

A l'autopsie, ce qui frappe tout d'abord, c'est une gracilité particulière de la moelle (Blocq et Marinesco). Le cordon de Goll est pris dans toute sa longueur, de même pour le faisceau de Burdach, l'intensité du processus diminuant de bas en haut. Le faisceau cérébelleux direct est sclérosé dès son origine. A un degré plus avancé le faisceau de Gowers est atteint (Rütimeyer, Blocq et Marinesco). Certains admettent une lésion des cordons pyramidaux; ce serait une apparence pour M. Marie (1).

Les fibres de la zone de Lissauer seraient prises dans la plupart des cas. Les cellules de Clarke sont diminuées de nombre et de volume, sans prolongements le plus souvent. On admet également une lésion des racines postérieures.

L'histoire clinique de l'hérédo-ataxie cérébelleuse, du moins telle qu'elle ressort de la description faite par M. Marie en 1893, présente des caractères communs avec la maladie de Friedreich et aussi des caractères presque diamétralement opposés. Les exemples peuvent se compter; celui de Fraser, ceux de Nonne, de Sænger-Brown. On pourrait y ajouter les deux cas de Seeligmüller, et celui de Botkine, mais avec des réserves. Quant aux trois cas de Klippel et Durante, nous en reparlerons tout à l'heure (2). Le début en est tardif, de 20 à 40 ans : « Le » symptôme initial consiste dans des troubles de motilité » tout à fait analogues à ceux de la maladie de Fried- » reich : démarche titubante, station difficile et oscil- » lante, pas ou peu de signe de Romberg; un peu plus » tard pseudo-tremblement volontaire, troubles choréi- » formes, secousses nystagmiques dans les positions » extrêmes du regard. Voilà pour les analogies. Quant » aux divergences, les principales consistent dans l'exa- » gération des réflexes rotuliens, ou tout au moins dans » leur conservation, dans l'existence de phénomènes » spasmodiques variés, de troubles visuels consistant en » dyschromatopsie, diminution de l'acuité visuelle, et » liés à des altérations de la papille (décoloration » blanche des pupilles, quelquefois lésions atrophiques » de la choroïde et de la rétine); diminution des réflexes » à la lumière; parfois présence de troubles objectifs de » la sensibilité cutanée; absence de troubles trophiques, » spéciaux à la maladie de Friedreich » (3).

Il semblerait que l'anatomie pathologique dût trancher la question. Malheureusement les lésions de l'hérédo-ataxie cérébelleuse sont peu ou mal connues. De l'autopsie pratiquée par Fraser il résulte que le cervelet est considérablement atrophié. La moelle ne présente aucune altération. Nonne dans son travail (4) décrit trois autopsies de sujets dont l'affection — à part les signes oculaires — rentre plus ou moins dans le cadre de l'ataxie héréditaire cérébelleuse (début tardif, exagération des réflexes rotuliens). Deux de ces cas ne présentaient qu'un

(1) *Semaine Médicale*, 1893, n° 56.
(2) *Semaine Médicale*, 1893, n° 52.

(1) Leçons sur les maladies de la moelle, 1892.
(2) Fraser (*Glascow med. Journ.*, 1880). — Nonne (*Arch. f. psych.*, 1891). — Sænger-Brown (*Brain*, 1892). — Botkine (*Revue méd. de Moscou*, 1885). — Seeligmuller (*Arch. für Psych.*, 1879).
(3) Marie, in *Traité de médecine*, t. VI.
(4) *Loco citato.*

vice de conformation des racines rachidiennes postérieures : prédominance des fines fibres nerveuses sur les grosses fibres.

Dans le troisième il est question de lésions médullaires très nettes, analogues à celles de la maladie de Friedreich. Mais nulle part il n'est constaté d'atrophie cérébelleuse. Plus important est le fait rapporté par Sænger-Brown (1) : l'affection, débutant à 47 ans, avait pour symptômes l'incoordination motrice, l'exagération des réflexes rotuliens, les douleurs en ceinture, le signe de Romberg, l'hyperesthésie à la douleur, les papilles blanches et atrophiées, le nystagmus, la parole lente et scandée. C'était donc un *cas typique d'hérédo-ataxie cérébelleuse*. Et néanmoins à l'autopsie on trouve une dégénération partielle des racines postérieures au niveau de la région lombaire, de la dégénération des cordons postérieurs, débutant vers les 3e et 4e lombaires. Les lésions des cordons postérieurs se continuent à la région dorsale, où le faisceau de Goll entre autres est complètement détruit. A ce niveau également existe une sclérose du faisceau cérébelleux direct et du faisceau pyramidal croisé. Les cellules de Clarke sont atrophiées. Ce sont là les lésions de la maladie de Friedreich.

Enfin le cas de Menzel est à rapprocher du précédent (2) : un ataxique, présentant tout le syndrome de l'hérédo-ataxie cérébelleuse — à part les troubles visuels qui font défaut — offre à l'autopsie les lésions de la maladie de Friedreich avec en plus atrophie du cervelet. De semblables cas sont bien faits pour inspirer des réserves, lorsqu'il s'agit d'établir une opération tranchée entre la maladie de Friedreich et l'hérédo-ataxie cérébelleuse. Notre hésitation ne peut qu'augmenter en repassant l'histoire clinique des malades suivants, dont l'observation a été publiée en 1892, par MM. Klippel et Durante, dans la *Revue de médecine*. On trouvera, dans cet intéressant travail, racontée en détail, l'histoire de la maladie : aussi nous bornerons-nous à décrire l'état actuel.

Haud... François, 47 ans, paveur, sans antécédents personnels bien nets, commence à montrer de l'incertitude de la marche, il y a 14 ans, c'est-à-dire à l'âge de 33 ans. Actuellement il marche très difficilement : livré à lui-même, il fait 2 ou 3 pas comme un homme ivre, et tomberait s'il n'était retenu. Du temps où il pouvait marcher seul — il y a quatre mois environ — on pouvait constater l'existence du signe de Romberg. Il y a une très légère incoordination des membres supérieurs; pas de tremblement intentionnel; abolition complète des réflexes rotuliens, tremblement fibrillaire des muscles de la face, de l'éminence thénar de la cuisse, surtout au niveau du triceps crural gauche, où le malade ressent une douleur sourde et profonde; léger tremblement choréiforme de la tête et du cou. Les spasmes musculaires sont intenses aux membres inférieurs; le malade étant assis, la jambe fléchie, on voit bientôt celle-ci abandonner le sol, se mettre progressivement en extension sur la cuisse, pour se rapprocher de l'horizontale. Couché, les deux membres inférieurs sont dans l'extension la plus complète, et à certains moments abandonnent même le plan horizontal; les reliefs musculaires sont admirablement dessinés, surtout à la cuisse : par son relief le triceps délimite facilement ses contours; la saillie du couturier se remarque nettement depuis ses insertions supérieures jusqu'aux inférieures. Le malade serre lentement la main qu'on lui tend, et ne la lâche que progressivement, un peu comme pour la maladie de Thomsen. Enfin ses mâchoires sont rapprochées l'une de l'autre, par suite de la contracture spasmodique des masséters. Il existe des troubles trophiques très nets : ébauche de pied bot équin, avec tassement du pied suivant l'axe antéro-postérieur, relèvement du gros orteil, surtout du gauche; scoliose dorsale supérieure à concavité gauche. La force musculaire est à peu près conservée, l'examen électrique montre que le relèvement du gros orteil tient principalement à une atrophie complète du court fléchisseur et du court adducteur. Pas de réaction de dégénérescence, mais diminution très notable de l'excitation aux courants galvanique et faradique dans la région antéro-externe de la jambe, et antérieure de la cuisse des deux côtés.

Le malade n'éprouve que quelques troubles sensitifs peu accentués : retard de la sensibilité aux deux jambes et à la paume de la main; quelques douleurs aux mollets, mais longuement espacées.

L'examen des yeux, pratiqué par M. Morax, montre que l'acuité visuelle est à peu près normale, mouvements oculaires en haut, en bas et latéralement normaux; mais parésie des mouvements associés de convergence. Strabisme interne du côté droit; mouvements nystagmiques; pupilles égales, à réactions normales à la lumière et à la distance; fond de l'œil absolument normal. Pas de rétrécissement du champ visuel, pas de dyschromatopsie; vertiges fréquents, et quelquefois diplopie.

L'intelligence et la mémoire sont conservées; le parler est lent : le malade semble rapprocher ses lèvres et ses mâchoires, comme s'il y avait un léger degré de trismus; certaines syllabes d'un mot sont dites plus rapidement que d'autres; il ne scande pas les mots. L'écriture, facile naguère, est devenue presque illisible. Le facies présente un aspect spécial, fait d'étonnement et d'hébétude.

Donc — l'état spasmodique mis de côté — ce malade rentre complètement dans le cadre de la maladie de Friedreich.

Son frère, Haud. Louis, âgé de 33 ans, éprouva il y a sept ans des troubles de la marche qui ne tardèrent pas à s'accentuer. Actuellement il s'avance les jambes écartées, raides, fléchissant très peu sur les genoux, le pied horizontal, et frappant du talon. Il se balance transversalement; il n'a donc pas la démarche titubante classique. Les yeux fermés, et dans la station debout, il est pris d'oscillations antéro-postérieures, mais il ne tombe pas. Pas d'incoordination ni de tremblement; — les réflexes rotuliens sont plutôt exagérés; pas de trépidation épileptoïde.

L'état spasmodique est infiniment moins accusé que chez son frère. Tout se borne à un relief très net des muscles de la région antérieure de la cuisse, notamment du couturier et qui apparaît au bout de quelques secondes quand il est au lit. L'examen électrique est négatif; pas de troubles trophiques.

Il existe quelques troubles de sensibilité; anesthésie tactile aux deux jambes et aux deux avant-bras; quelques douleurs en ceinture. — L'acuité visuelle est à peu près normale; les oscillations nystagmiques sont plus nettes que dans le cas précédent, avec en plus rotation des globes oculaires sur leur axe antéro-postérieur dans le sens des aiguilles d'une montre. Dans les mouvements de fixation, il y a rétraction du releveur de la paupière supérieure, et par suite agrandissement de la fente palpébrale. Le mouvement de convergence s'exécute mal, la fixation d'un objet se fait alternativement d'un œil ou de l'autre, jamais des deux à la fois. Pupilles égales, réagissant à la lumière et à la distance.

La mémoire et l'intelligence sont conservées; même façon de parler que chez son frère. Ecriture tremblée et incertaine. Le facies présente le même masque d'étonnement.

Voici donc un malade, que la conservation des réflexes rotuliens, l'état spasmodique de ses muscles, rangent dans le cadre de l'hérédo-ataxie cérébelleuse. Il lui manque cependant les lésions du fond de l'œil.

Madame Pech..., la sœur des deux Haud..., n'ayant jamais voulu entrer à l'hôpital, il ne nous a pas été donné de faire un examen complet. Voici cependant ce que nou

(1) *Brain*, 1890.
(2) *Arch. f. Psych.*, 1891.

avons pu observer tout récemment : la marche est presque impossible, la malade ne progresse plus qu'en s'appuyant sur les objets qui l'environnent et en traînant les jambes ; les yeux fermés, elle perd complètement l'équilibre. Les *réflexes tendineux ont presque complètement disparu :* il faut percuter très fort le tendon rotulien pour obtenir une très légère réaction.

L'incoordination des membres supérieurs est peu marquée ; mais les bras étendus, les doigts sont pris de tremblement. Aucune trace de mouvements choréiformes, de tremblement intentionnel depuis trois mois. En revanche, état spasmodique des muscles très net, surtout aux membres inférieurs où dans la station assise les muscles sont pris de contractions lentes mais spontanées qui mettent la jambe en extension sur la cuisse, sans que le talon abandonne le sol. Cet état spasmodique est très douloureux, et arrache des cris à la malade. Il y a perte du sens musculaire. Les mouvements nystagmiques existent, mais peu prononcés.

La parole est lente, larmoyante, mais plus distincte que celle de ses frères.

Tel est l'état actuel des trois malades. Il y a quelques années, M. Marie (1), à la suite du mémoire de MM. Klippel et Durante, rangea les trois cas dans le cadre de l'hérédo-ataxie cérébelleuse. Depu s, les malades ont évolué notablement. Des phénomènes nouveaux sont apparus, et les signes du tableau morbide créé par M. Marie ont perdu beaucoup de leur netteté ; les changements sont surtout visibles chez le premier malade et chez la sœur ; chez H. François, en effet, les réflexes sont complètement abolis ; des troubles trophiques importants sont survenus (scoliose, pied-bot, relèvement du gros orteil, etc.) ; l'affection évolue donc manifestement du côté de la maladie de Friedreich ; mais en même temps, grâce aux mouvements spasmodiques si intenses des membres inférieurs, il conserve quelques caractères du tableau primiti Chez Mme Pech..., les réflexes, comme il y a trois ans, ont presque complètement sparu. Seul, Haud. Louis est resté tel qu'il était il y a trois ans, à peu de chose près. Mais rappelons qu'il est malade depuis sept ans seulement, tandis que son frère l'est depuis quatorze ans. Or, après onze ans de maladie, ce dernier était encore rangé dans le cadre de l'hérédo-ataxie cérébelleuse. Quoi qu'il en soit, les deux premiers malades, primitivement hérédo-ataxiques cérébelleux, sont en train de devenir ataxiques héréditaires. Du reste, la proche parenté des deux affections est reconnue par tous. Reste à savoir si ce n'est pas non seulement de la parenté, mais de l'identité.

Dans un récent travail, M. Londe (2), reprenant une hypothèse émise par M. Marie, explique cette parenté de la façon suivante : le processus morbide est le même ; il frappe des systèmes organiques analogues ; dans la maladie de Friedreich, la lésion serait médullaire, cérébelleuse dans l'hérédo-ataxie cérébelleuse.

Mais le cas de Menzel montre que les lésions peuvent occuper à la fois les deux systèmes. Le malade présentait le syndrome clinique de l'hérédo-ataxie cérébelleuse, moins les phénomènes oculaires ; or, ceux-ci, on le sait, sont loin d'être, pour M. P. Marie lui-même, un caractère spécifique de l'hérédo-ataxie cérébelleuse. Plus décisif encore est le cas de Sænger-Brown, car il démontre qu'avec l'appareil clinique de l'hérédo-ataxie cérébelleuse typique, on trouve les lésions caractéristiques de la maladie de Friedreich, à l'exclusion des lésions du cervelet.

La séparation de la maladie de Friedreich et de l'hérédo-ataxie cérébelleuse nous paraît donc fondée sur des bases encore peu solides. Ce sont plutôt deux variétés d'une même affection que deux affections très voisines. Mais pourquoi cette différence dans l'époque du début et dans la prédominance des localisations anatomiques ? C'est le cas de se rappeler la phrase de Charcot parlant des scléroses combinées : « Cette lésion doit être l'expression d'une débilité congénitale. » Cette débilité congénitale peut être plus ou moins accentuée, plus ou moins étendue à la naissance. Si elle est très accentuée, nous assistons à l'évolution d'une maladie de Friedreich type, dès l'âge de trois ou quatre ans, et même moins. Les tractus nerveux n'ont pu résister au surmenage, à une infection possible par des toxines, ils se sclérosent ; il y a une sorte de méiopragie médullaire. Si, au contraire, la débilité est peu accentuée, le début est tardif, nous assistons à l'évolution de la maladie de Friedreich type hérédo-ataxie cérébelleuse. La « débilité » peut être limitée seulement aux cordons postérieurs ; le sujet est en imminence de tabès ; les intoxications, le surmenage précipitent les événements.

Quoi qu'il en soit, — que cette « débilité congénitale » soit due à une altération primitive vasculaire (Blocq et Marinesco), ou à un vice de myélinisation, comme le feraient supposer certaines expériences de Bechtevew sur le chien, — il n'en est pas moins vrai qu'elle expliquerait admirablement la parenté morbide des scléroses médullaires que nous venons d'étudier.

(1) *Loc. cit.*
(2) *Revue de neurologie*, 1894.

NOUVELLES

Délégués au Conseil général des Facultés. — La Faculté de médecine de Bordeaux a élu jeudi dernier comme délégués au Conseil général des Facultés MM. les professeurs Layet et Blarez.

Société d'hygiène publique de Reims. — Séance du 25 janvier.

Le Dr Weill est nommé président, en remplacement du Dr O. Doyen, démissionnaire.

Association professionnelle des médecins de Reims. — La séance du 3 février a été consacrée au vote du Règlement ; on a décidé que l'Association tiendrait quatre séances générales statutaires par an : en mars, en juin, en octobre et en décembre. Puis le bureau pour 1895 a été élu : président, M. Seuvre ; vice-président, M. Meunier ; secrétaire, M. Pitoy ; trésorier, M. Guillaume ; conseillers, MM. Bettinger, Chevy et Roussel.

Hôpitaux de Lille. — M. Phocas, agrégé, est nommé chirurgien des hôpitaux en remplacement de M. Demon, décédé.

Faculté de médecine de Paris (Année scolaire 1894-95.). — *Les cours du semestre d'été auront lieu dans l'ordre suivant, à partir du 1er mars* 1895.

COURS

Physique médicale. — M. Gariel. — Revision et applications biologiques de l'électricité. Actions moléculaires. Acoustique. Mardi, jeudi, samedi, à 1 heure (Grand Amphithéâtre de la Faculté).

Histoire naturelle médicale. — M. Baillon. — Etudes des plantes usitées en thérapeutique. Lundi, mercredi, vendredi, à 11 heures (Grand Amphithéâtre de la Faculté).

Pathologie interne. — M. Debove. — Maladies du système nerveux. Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures (Grand Amphithéâtre de la Faculté).

Pathologie et thérapeutique générales. — M. Bouchard. — Etude des troubles de la nutrition dans les maladies. Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (Petit Amphithéâtre de la Faculté).

Hygiène. — M. Proust. — Des modifications hygieniques. Air. Aliments. Exercices. De l'étiologie et de la prophylaxie des maladies infectieuses et contagieuses, et des maladies par

troubles de la nutrition. Visites au musée d'hygiène. Conférences au laboratoire. Visites de divers établissements au point de vue de l'hygiène. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Grand Amphithéâtre de la Faculté).

Médecine légale. — M. Brouardel. — Les asphyxies. Lundi, vendredi, à 4 heures (Grand Amphithéâtre).

Conférences de médecine légale. — M. Brouardel. — Conférences pratiques de médecine légale. Lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures (à la Morgue).

Concours du Bureau central (Médecine). — Le sujet de la composition écrite a été le suivant : *Des suppurations intrahépatiques.*

Les deux autres questions restées dans l'urne étaient : *Déterminations broncho-pulmonaires de la grippe. — Le poumon chez les cardiaques.*

Les séances ont lieu les mardi, jeudi, samedi à 4 heures, à l'hôpital de la Charité. Des séances supplémentaires auront lieu le dimanche matin à 9 heures et demie.

Ont obtenu : MM. Macaigne 13, Plicque 13, J. Renault 18, Toupet 16, de Gennes 17, Lenoir 17, Deschamps 13, Tissier 17, Jeanselme 16, Leredde 15, Launois 19, Jacques 17, Legry 16, Papillon 10, Klippel 16, Springer 14, Méry 14.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 février 1895.

Présidence de M. Empis.

M. le président annonce la mort de M. Alphonse Guérin. La séance est levée en signe de deuil.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 22 février 1895.

Kyste hydatique du cœur.

M. Demantké a observé un malade atteint d'insuffisance mitrale avec les signes stéthoscopiques correspondants, et qui mourut d'asystolie dans le service de M. Barth. L'autopsie révéla la cause mal définie de cette lésion d'orifice : il existait, au niveau du sillon auriculo-ventriculaire gauche contre la valvule mitrale à l'intérieur du cœur, sous l'endocarde, un kyste hydatique du volume d'une orange.

Péri-appendicite. Péritonite.

M. Vanverts rapporte l'observation d'un enfant de 11 ans, du service de M. Jalaguier, qui présenta d'abord tous les symptômes d'une appendicite se compliquant dans les derniers temps de péritonite suraiguë. On fit la laparotomie, mais le bassin était rempli de pus : l'intervention fut suivie de la mort. A l'autopsie, on constata qu'il existait une poche péricæcale, comprenant l'appendice, avec deux perforations en avant et en arrière. On peut penser qu'un purgatif, administré quelques jours auparavant, a été la cause de ces perforations.

Crânio-tabes.

M. Pochon présente le crâne d'un enfant de 8 mois, mort d'atrepsie. L'aspect et la consistance en sont parcheminés, sauf en quelques points (bosses frontale et occipitale), où on sent de rares portions osseuses. Les fontanelles sont toujours très développées. Cet enfant ne présenta aucun spasme de la glotte pendant les deux jours qu'il demeura à l'hôpital. Sa nourriture avait été très défectueuse. Il n'existait aucun symptôme de rachitisme sur le reste du squelette.

Anomalies du rein.

M. Pochon présente un rein très irrégulier, formé des deux reins accolés l'un à l'autre ; le rein droit aurait une position relativement normale, mais celui du côté gauche a subi une évolution qui l'a placé devant l'aorte, le bassinet situé à la partie antérieure. A la partie postérieure, il existe une encoche qui loge la bifurcation de l'aorte et ensuite l'iliaque primitive ; les branches artérielles et veineuses pénètrent le rein par la partie supérieure.

M. Mauclaire montre sur une pièce de l'Ecole pratique qu'une branche de l'artère rénale passe devant l'uretère et peut le comprimer.

Néphrotomie pour anurie dans le cancer de l'utérus.

MM. Jayle et **Labbé** proposent de faire la néphrotomie chez les femmes atteintes de cancer de l'utérus et qui présentent de l'anurie. Celle-ci est due, en effet, à l'obstruction d'un ou de deux uretères, ou à leur compression. On ne peut parler des traitements médicaux tout à fait insuffisants, et l'urétéro-cystostomie, comme l'a faite M. Pozzi, est une mauvaise opération, tandis que la néphrotomie rétablit l'excrétion urinaire et fait disparaître l'anurie réflexe du côté opposé. Il s'agit donc d'une opération d'urgence, analogue à la néphrotomie calculeuse.

Deux observations sont citées à l'appui de cette proposition. Chez une première malade, M. Picqué, après dix jours d'anurie, pratiqua la néphrotomie d'un rein, et quoique le résultat ne fût pas parfait, il y eut une survie de trois mois et demi. La deuxième malade, atteinte d'épithélioma utérin, présentait, après anurie de deux jours, une vessie vide. On tint la malade en expectation pendant 10 jours. Il y eut hydronéphrose du rein correspondant à l'obstruction urétérale. MM. Jayle et Labbé firent la néphrotomie après fixation du rein par deux fils de soie à la paroi lombaire ; l'incision avait une étendue de 1 cent. 1/2 et avec une pince on arriva jusqu'au bassinet. Il s'écoula un demi-verre d'urine. Les symptômes d'urémie cessèrent et la malade urina un demi-litre d'urine sanglante par le méat uréthral. La température descendit de 40° à 37°, et cette amélioration de l'état général persista pendant quinze jours. Mais le pansement de la malade fut négligé, la suppuration vint compliquer la plaie opératoire et la malade mourut d'infection. Le rein incisé, présenté à la Société, est rempli d'abcès ; or, au moment de la néphrotomie, il avait à peu près le même aspect que le rein du côté opposé qui n'offre aucune lésion macroscopique. On peut donc supposer que, sans la dernière complication, la malade eût bénéficié d'une survie ne dépendant plus que de la lésion utérine.

MM. Jayle et Labbé recommandent donc dans des cas semblables, après diagnostic précis, d'attendre plusieurs jours, dix environ ; puis, l'anurie persistant, de choisir le plus gros rein, d'en faire la néphrotomie sur le bord convexe amené à la paroi par deux fils de soie, enfin de surveiller avec soin la plaie opératoire.

Epithélioma du testicule.

M. Labbé présente le testicule d'un homme de 36 ans, opéré par M. Lejars dans le service de M. Th. Auger, à Beaujon. En plus de l'augmentation de volume (œuf de dinde), le malade se plaignait de douleurs qui le décidèrent à l'intervention chirurgicale. La tumeur était bien limitée au testicule, bien qu'elle eût envahi par places l'albuginée. Il s'agit d'un épithélioma typique s'étendant jusqu'aux cloisons celluleuses.

G. Dagron.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 février 1895.

Présidence de M. Théophile Anger.

Sarcome globo-cellulaire de la tête humérale gauche.

M. Heurtaux (Nantes) envoie l'observation d'un malade

âgé de 6 ans 1/2 qui était atteint d'un ostéosarcome à cellules jeunes de la tête humérale et auquel il a pratiqué la résection de la moitié supérieure de l'humérus. La guérison fut rapide et, onze ans après l'intervention, il n'était point encore survenu de récidive. Ce fait est intéressant, car jusqu'à présent le seul traitement adopté pour les cas de ce genre était la désarticulation de l'épaule.

M. Quénu. — Cette observation vient corroborer la thèse que j'ai défendue seul au sein de la Société de chirurgie il y a quelques années. Tous mes collègues émirent à cette époque l'avis que l'ostéosarcome de la tête humérale était justiciable d'une seule intervention, la désarticulation de l'omoplate Il me semblait, au contraire, et il me semble plus encore aujourd'hui, qu'il faut pratiquer seulement cette mutilation grave si les masses musculaires au milieu desquelles se fait facilement la récidive sont atteintes, mais que, si la lésion est circonscrite à l'os, la désarticulation de l'épaule peut et doit suffire. Nous pouvons même, comme le prouve l'observation de M. Heurtaux, dire que, dans les cas où la tumeur n'a pas dépassé la limite de la capsule articulaire, la résection de l'extrémité supérieure de l'humérus est capable d'assurer une guérison définitive.

De l'infection urinaire.

M. Bazy. — Le point de départ de ce travail est l'observation d'un malade qui a été pris d'accidents dont l'évolution ne peut laisser de doutes sur leur nature et leur pathogénie. Il s'agit d'un homme de 70 ans, diabétique, profitant de son passage à Paris pour consulter le professeur Y... au sujet de troubles urinaires vagues et indéterminés. Il est sondé, on ne trouve rien, et les organes paraissent en si bon état que le chirurgien n'hésite pas à permettre, pour le lendemain, le voyage dans le midi de la France, vers lequel le malade se dirigeait.

Quarante-huit heures après ce sondage qui a déterminé l'apparition de quelques gouttes de sang sur la chemise, frissons qui se répètent.

M. Bazy, appelé en consultation, sans sonder le malade, l'examine et ne constate rien au périnée, ni *à la prostate*, ni extérieurement sur le reste de l'urèthre. Les reins sont un peu douloureux, l'urine rare et contenant un très léger nuage; du reste, aucun antécédent urinaire: langue sèche, insomnie; température presque normale, pouls rapide.

Le diagnostic fut infection urinaire à point de départ uréthral, avec détermination rénale probable. Je vis le malade trois fois, l'état restait le même, et je prévoyais la fin prochaine.

Aussi, quelle ne fut ma surprise d'être appelé 15 jours après: je constatai alors l'existence de ce qu'on appelle l'infiltration d'urine, ce qu'il convient mieux d'appeler le phlegmon diffus périuréthral. Ces accidents locaux avaient apparu il y a trois jours, sans provocation, et s'étaient développés rapidement depuis 12 heures.

Nous ne pûmes opérer que le lendemain. Je fis de larges incisions. Le malade paraissait devoir guérir, quand, le huitième jour, le cœur faiblit, et 36 heures après le malade était emporté. Pas une goutte d'urine n'est passée par les plaies opératoires.

L'évolution du mal peut être divisée en deux périodes :

1° Période des accidents généraux;

2° Période des accidents locaux.

Le point de départ étant le même, une légère éraillure uréthrale, ce qui prouve l'identité des deux ordres de phénomènes observés. Avant de tirer des conclusions de ces faits, j'appelle l'attention sur ce point que le malade était glycosurique. Ceci pourrait montrer la gravité d'une intervention chirurgicale même minime (dans l'espèce un simple cathétérisme) chez les diabétiques. Il montre surtout que ce malade rentrait dans la catégorie des faux urinaires glycosuriques que j'ai décrits, et la connaissance de ces faits eût empêché le cathétérisme et par suite les accidents mortels qui en ont été la conséquence.

Ce fait prouve que les accidents infectieux qui peuvent atteindre les voies urinaires ont une même origine, qu'il s'agisse de ce qu'on appelle la fièvre urineuse ou bien l'infiltration d'urine.

Ces accidents peuvent et doivent être indépendants de l'urine; celle-ci peut être à la vérité le véhicule de ces microbes, tantôt pour les déposer sur la porte d'entrée et les faire pénétrer dans l'organisme, tantôt, au contraire, pour les expulser au dehors, pouvant ainsi exercer un double rôle, rôle nuisible dans un cas, rôle favorable dans l'autre.

Les infections de l'appareil urinaire peuvent y rester localisées ou en sortir : elles peuvent être locales jusqu'à la fin ou devenir générales, c'est-à-dire infecter secondairement tout l'organisme. Elles sont primitives, c'est-à-dire nées dans cet appareil, ou secondaire, c'est-à-dire nées dans un point quelconque de l'organisme, d'où elles peuvent envahir secondairement l'appareil urinaire ou bien être à la fois primitives et secondaires, c'est-à-dire que nées dans un point de l'appareil urinaire, elles peuvent y revenir après avoir déterminé l'infection du sang.

Les manifestations de l'infection de l'appareil urinaire sont multiples. La fièvre, tout en étant un élément important, n'est pas toujours le plus important, surtout au point de vue du pronostic. Le mot de *fièvre urineuse* doit donc être rayé de la nomenclature, d'autant que ce n'est qu'un symptôme, et que le mot urineuse semble indiquer la participation de l'urine, ce qui consacrerait une erreur.

L'évolution de l'infection varie : 1° avec le point de départ, avec sa localisation, son extension et sa généralisation; 2° avec les agents de l'infection; 3° avec le milieu, le terrain, l'état anatomique des organes atteints — et, à ce dernier point de vue, il faut signaler l'état des reins (sclérose primitive ou secondaire, atteintes antérieures), et l'état du tube digestif.

Le traitement de l'infection est celui que l'expérience a depuis longtemps consacré. Tout en augmentant la résistance des individus par des toniques, il faut éliminer le plus possible les poisons et les micro-organismes par des diurétiques et le lait surtout, des antiseptiques locaux ou généraux, par des drainages le long des conduits naturels, sonde à demeure, etc., ou artificiels: incisions multiples, ablation des foyers infectieux, taille hypogastrique, uréthrotomie interne ou externe, etc. C'est, en somme, la thérapeutique de toutes les infections, quel que soit l'organe atteint.

M. Tuffier. — J'ai publié un cas ressemblant beaucoup à celui de M. Tuffier et une de mes malades atteinte de tuberculose rénale eut, à un moment, de telles hémorrhagies que j'opérai pour ainsi dire une moribonde. Il y a deux ans déjà; l'état général est resté excellent depuis la néphrectomie. Ces faits d'hématurie grave dans la tuberculose rénale ne sont pas très rares. On sait, au reste, que le rein saigne très facilement et que des lésions, en apparence insignifiantes, y font naître des pertes de sang très sérieuses. Dans l'espèce, s'agit-il, comme dans la tuberculose pulmonaire, de simples phénomènes congestifs, ou bien, au contraire, y a-t-il véritable ulcération vasculaire? Je ne sais : ce qu'il importe de savoir, c'est que souvent cette tuberculose rénale ne paraît pas très grave.

Cure radicale des varices.

M. Quénu présente une malade à qui il a extirpé des varices des deux membres inférieurs. Elle portait d'énormes paquets variqueux phlébitiques et avait, sur l'une des jambes, un énorme ulcère. Le résultat est excellent. L'un des membres est opéré depuis deux ans. M. Quénu a extirpé toutes les masses phlébitiques et ensuite, tout le long de la saphène, il a fait une série de petites résections.

M. Schwartz. — Ce résultat est, en effet, très beau. J'ai opéré une malade qui est aujourd'hui dans des conditions absolument analogues. Mon intervention date aussi de deux ans et aucune récidive n'est survenue. Ces opérations donnent des succès vraiment étonnants.

M. Reclus. — Oui, le résultat est magnifique. Comme M. Schwartz, j'ai opéré plusieurs cas semblables et j'ai obtenu des résultats vraiment excellents.

M. Championnière. — C'est là le type du succès opératoire complet. Je suis un des premiers à avoir proposé la cure radicale des varices. Mais je faisais alors des opérations plus parcimonieuses. En réalité, il faut réséquer largement. C'est ce que je fais aujourd'hui.

Tuberculose rénale hématurique.

M. Routier. — J'ai observé une femme de 28 ans qui, après avoir présenté une crise de coliques hépatiques, continua à souffrir d'une hématurie, si bien que je la vis pâle, exsanguë, urinant du sang presque pur. Le rein droit était un peu douloureux à la pression et, de plus, la cystoscopie me fit voir le sang sortant par l'uretère droit. Je m'arrêtai à l'idée d'un néoplasme rénal et je résolus de faire la néphrectomie. En palpant le rein dénudé je sentis, en effet, une bosselure dure, et l'incision large du bord convexe me permit de trouver une tumeur sur une papille. L'examen du rein enlevé me montra une ulcération, tuberculeuse d'après l'examen histologique pratiqué par M. Pilliet. La malade, qui n'est tuberculeuse de nulle part ailleurs, va très bien.

A. Broca.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 23 février 1895.

Présidence de M. Féré.

Sérum anti-streptococcien.

M. Nocard présente, au nom de **M. Marmorek**, une note sur un sérum jouissant de propriétés immunisantes et curatives envers l'infection streptococcienne.

Les recherches faites dans cette direction jusqu'à présent ont échoué à cause des difficultés qu'on avait pour obtenir un sérum actif, c'est-à-dire venant d'un animal immunisé à l'aide des cultures très virulentes.

En faisant passer le streptocoque par l'organisme du lapin, M. Marmorek a obtenu un streptocoque d'une virulence telle qu'un cent milliard de centimètre cube de culture tue le lapin en 30 heures. Les animaux qui résistent à l'infection fournissent alors un sérum qui jouit des propriétés immunisantes lorsqu'il est injecté avant les cultures virulentes et des propriétés curatives lorsqu'il est injecté après.

M. Roger a publié, il y a quelques années, ses premières expériences sur l'immunisation contre l'infection streptococcienne, et son procédé a été plus tard utilisé par Mirowoff. Récemment, M. Roger a repris ses expériences et est arrivé à immuniser un cheval dont le sérum s'est montré très actif chez les lapins.

Pour apprécier la valeur clinique de ce sérum, M. Roger en injecta 8 centimètres cubes à une femme atteinte de septicémie puerpérale avec fièvre de 40°. L'injection n'eut aucun effet, mais, croyant que l'échec pouvait tenir aussi à la trop petite quantité de sérum injecté, M. Roger fit, au bout de 24 heures, une seconde injection de 23 centimètres cubes. Dans la soirée même, la température tombait à 37°, montait le lendemain à 38°, pour retomber ensuite à 37°. Aujourd'hui la femme est guérie. Comme un seul fait ne prouve rien, M. Roger a actuellement en observation un second malade soumis aux injections de sérum.

Paralysie bulbaire supérieure subaiguë à type descendant.

MM. J. B. Charcot et **G. Marinesco.** — Il s'agit d'un malade âgé de 13 ans, présentant cliniquement les phénomènes suivants : ophthalmoplégie externe complète, paralysie complète des membres inférieurs, incomplète des membres supérieurs, du tronc et de la face, mort au bout de trois mois avec phénomènes bulbaires. Aucun trouble sphinctérien, intellectuel, ni de sensibilité générale. La maladie n'a été précédée ni accompagnée d'aucun phénomène général. Le malade en apparence n'a été exposé, en aucune façon, à une cause d'infection ou d'intoxication.

L'examen des centres nerveux, des nerfs et des muscles n'a révélé que les lésions suivantes : petites hémorrhagies de date toute récente autour de l'aqueduc de Sylvius et sur le trajet des racines du moteur oculaire commun. De semblables hémorrhagies, mais moins prononcées, ont été constatées au niveau du noyau central du nerf pneumogastrique. Par contre, tout le reste de la substance grise médullaire ou bulbaire est absolument normal; il en est de même des muscles et de tous les nerfs, tant au niveau de leur émergence que dans leur trajet périphérique.

Cette observation ressemble, à plusieurs points de vue, à l'affection décrite par quelques auteurs sous le nom de polioencéphalomyélite subaiguë. Cependant, une étude anatomoclinique attentive permet de dégager de ce groupe les cas qui, comme celui-ci, sont caractérisés par une paralysie sans atrophie et sans trouble de réaction électrique et qui, anatomiquement, ne relèvent pas d'une lésion dégénérative des centres des muscles affectés.

Il est peut-être permis d'admettre qu'il s'agit d'une abolition de la fonction motrice de la cellule avec conservation de sa fonction trophique.

Présentation de coupes histologiques concernant les principales variétés de gastrite.

M. Hayem. — Je poursuis depuis quelques années, avec l'aide de mes élèves, l'étude anatomo-pathologique des diverses variétés de gastrite. Cette étude offrant des difficultés et n'ayant donné lieu, jusqu'à présent, qu'à des résultats assez imparfaits, je pense que les membres de la Société prendront un intérêt tout particulier à l'examen de quelques-unes de mes préparations.

Celles-ci concernent divers types de gastrite parenchymateuse pure ou mixte, divers types où la gastrite interstitielle, soit subaiguë, soit chronique, est prédominante et enfin des exemples de gastrite ancienne terminée par transformation muqueuse. Les variétés de la gastrite sont nombreuses, et j'annonce aux anatomo-pathologistes et aux histologistes qui s'intéressent à cette question que je tiens à leur disposition à l'hôpital Saint-Antoine une collection complète de toutes les lésions glandulaires de l'estomac.

D'après M. Renaut (Lyon), l'estomac humain subirait après la mort une auto-digestion tellement rapide qu'il serait impossible de se procurer des pièces permettant de reconnaître avec certitude les altérations d'origine pathologique. Sur les coupes que je vous soumets, vous ne constaterez pas la moindre trace d'auto-digestion, les lésions de la muqueuse gastrique vous apparaissent dans leurs plus fins détails.

L'assertion de M. Renaut, qui d'ailleurs n'a pas vu mes préparations, n'est donc pas fondée. On peut, à l'aide de certaines précautions, se mettre à l'abri de l'auto-digestion et obtenir avec l'estomac de l'homme des coupes histologiques aussi irréprochables que lorsqu'on opère sur des animaux.

Dans quelques cas, lorsque l'estomac contient au moment de la mort un liquide très acide, l'auto-digestion se produit très rapidement. On voit alors à la surface de la muqueuse une couche d'une épaisseur variable, nettement délimitée, au niveau de laquelle les éléments altérés et pour ainsi dire cautérisés sont devenus peu distincts et résistants aux colorants. Au-dessous de cette couche, qui se distingue à première vue du reste de la muqueuse et qui forme une sorte de bande superficielle, les éléments sont intacts et permettent encore de déterminer l'existence de certaines lésions d'ordre vital.

Il est donc facile de reconnaître l'auto-digestion et de faire la part qui lui revient. Mieux vaut évidemment écarter cette cause — je ne dirai pas d'erreur — mais d'obstacle à une étude complète des altérations glandulaires et surtout cellulaires de l'appareil muqueux de la surface.

Injection d'huile dans le pancréas suivie de ligature du canal de Wirsung.

M. Retterer dépose, au nom de **M. Mouret**, une note sur les effets de l'injection d'huile dans le pancréas, suivie de ligature du canal de Wirsung. On observe dans ces conditions une sclérose du tissu conjonctif, une dilatation des voies canalisées et plus tard, une dégénérescence de l'épithélium sécréteur qui revient au type embryonnaire et concourt de cette façon au processus de sclérose. Aucun des animaux sur lesquels ont été faites ces expériences n'est devenu glycosurique.

M. Berdal dépose une note sur l'emploi combiné de bichromate de potasse et de sulfate de cuivre pour la coloration des cellules du système nerveux. Les résultats sont aussi bons qu'avec le procédé de Golgi.

M. Bonnier dépose une communication sur l'appareil enregistreur de l'oreille.

R. Romme.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 février 1895.

Présidence de M. d'Heilly.

Cirrhose alcoolique. Varices lymphatiques abdominales.

M. Hanot. — Un malade âgé de 49 ans entre dans mon service le 8 mai 1894 avec les symptômes d'une cirrhose atrophique. Ce qui frappe surtout dans l'examen d'ensemble, c'est l'énorme développement de l'abdomen. Il n'a pas de circulation veineuse apparente, mais seulement quelques varicosités capillaires au niveau du flanc gauche et de l'hypochondre droit. Au-dessus du pubis, on trouve de nombreuses varices lymphatiques dirigées dans le sens transversal et envoyant des arborisations verticales surtout à gauche jusqu'à l'ombilic.

Une ponction capillaire faite dans ces varices ramène quelques gouttes d'une sérosité claire, limpide, dans laquelle le microscope revèle des éléments de la lymphe. Ma première idée était que je me trouvais en présence d'une simple coïncidence, et je m'y serait arrêté si je n'avais ob ervé un second cas semblable en 1894 à Chelles avec un de mes confrères.

On avait observé des varices lymphatiques dans des tumeurs abdominales, et on les avait attribuées à la compression des ganglions inguinaux superficiels et sous-péritonéaux auxquels se rendent les lymphatiques de la paroi abdominale. Mais alors pourquoi ces varices ne sont-elles pas constantes? On ne saurait invoquer davantage l'abondance du liquide qui était modérée chez nos deux malades; d'ailleurs, dans l'hypothèse d'une compression, les membres inférieurs devaient également présenter des varices du même genre.

Il faut donc admettre que, dans la cirrhose atrophique, les lymphatiques se trouvent dans des conditions spéciales dont les causes ont besoin d'être élucidées.

M. Mathieu. — Pensez-vous qu'il y ait une relation entre ces varices et une ascite chyleuse?

M. Hanot. — L'ascite était séreuse, mais peut être y a-t-il quelques relations pathogéniques entre les deux affections? Je n'ai trouvé dans le cas que je présente aujourd'hui qu'une leucocytose légère, comme cela se voit d'habitude.

Des pleurésies séro-fibrineuses

(*classification*, *diagnostic*, *pronostic*).

M. Fernet. — Il y a peu de temps encore, toutes les pleurésies fibrineuses se divisaient en deux catégories : les unes simples, les autres tuberculeuses. Je voudrais montrer aujourd'hui que, grâce à l'appoint que vient donner la bactériologie à la clinique, il est possible de distinguer aujourd'hui un certain nombre de pleurésies séreuses différentes par leur marche, leur pronostic, et leur traitement.

Landouzy soutient que les pleurésies primitives sont tuberculeuses, et que dans les pleurésies dites *a frigore*, le froid n'a joué tout au plus qu'un rôle accessoire.

Plus récemment Netter arrive à peu près aux mêmes conclusions par ses recherches bactériologiques et expérimentales; toutefois, son opinion est quelque peu mitigée, et cet auteur admet qu'en dehors des pleurésies tuberculeuses, il existe d'autres variétés de pleurésies séreuses.

A mon avis, ces opinions, bien que très habilement représentées, pèchent par excès.

Je rappellerai d'abord que ces idées ont trouvé des contradicteurs éminents. MM. Gombault et Chauffard, examinant bactériologiquement un certain nombre de pleurésies séreuses, y ont noté des microbes tuberculeux dans un peu plus de la moitié des cas, et ont constaté leur absence dans les autres.

De son côté, M. Talamon déclare que la pathogénie de ces pleurésies est fort obscure et que ce qui paraît hors de doute, c'est que certaines d'entre elles sont dues au bacille de Koch, tandis que d'autres doivent être attribuées à la greffe sur la séreuse de streptocoque de la fièvre puerpérale et du diplocoque lancéolé. Enfin dans un remarquable travail intitulé « De la nature de la pleurésie », M. Kelsch soutient que toute pleurésie est infectieuse, mais qu'à côté du bacille de Koch, le streptocoque, le staphylocoque, etc., peuvent également produire des pleurésies. C'est précisément au même résultat que je suis parvenu avant d'avoir lu le travail de M. Kelsch auquel je faisais à l'instant allusion.

Classification. — C'est l'étiologie qui doit nous servir de base. On sait actuellement que la cause prochaine de la pleurésie est l'envahissement de la plèvre par des micro-organismes; mais cet envahissement n'est pas toujours primitif. Il peut résulter d'une maladie infectieuse des organes voisins, d'une pneumonie, bronchite, etc.

Or dans ces cas, tantôt les symptômes de la maladie initiale dominent tellement que la pleurésie recule à l'arrière-plan; tantôt, au contraire, c'est cette dernière dont les symptômes dominent, si bien que l'on est tenté parfois de prendre pour primitive une pleurésie qui en réalité était consécutive, alors que les signes de la maladie initiale ont déjà disparu. Quoi qu'il en soit, les pleurésies peuvent être classées d'après les maladies auxquelles elles sont consécutives, ou bien d'après l'agent pathogène qui détermine l'inflammation pleurale et qui n'est autre que l'agent spécifique de la maladie primordiale. C'est ce dernier mode de classification que nous adopterons, parce qu'il nous paraît avoir une précision supérieure.

Or les recherches bactériologiques de M. Girode nous ont appris que les pleurésies les plus nombreuses étaient, d'une part, celles dans lesquelles l'examen bactériologique avait été négatif (30 0/0) et celles à staphylocoques (30 0/0); puis viennent les pleurésies à pneumocoques (20 0/0), les pleurésies à bacille de Koch (15 0/0), enfin les pleurésies à bacilles d'Eberth (5 0/0).

On ne tient compte dans le relevé des pleurésies à pneumocoques que des cas dans lesquels la pleurésie était *dominante*, mais si on y ajoutait tous ceux où la pneumonie reste la lésion principale tout en déterminant une pleurésie comme cela est la règle dans les pneumonies superficielles, le nombre des pleurésies à pneumocoques serait considérablement accru. Je suis porté à croire que ce que nous appelons pleurésies primitives à pneumocoques ne sont en réalité que des pleurésies consécutives à un petit foyer pneumonique passé inaperçu.

Le diagnostic de la pleurésie à pneumocoque me paraît pouvoir être fait par la clinique. Ses symptômes généraux et son mode de début se rapprochent en effet de la pneumonie. Le début est brusque, marqué par un frisson unique et prolongé. Le pouls très fréquent atteint de 120 à 140. On note une toux courte accompagnée d'expectoration visqueuse, gommeuse, quelquefois sanguinolente; un symptôme auquel j'attache une grande importance est l'herpès labial survenant le troisième jour, enfin la langue est infectieuse, brune au centre, rouge sur les bords. Vers le septième jour, chute de la température accompagnée d'une crise sudorale moins subite cependant que dans la pneumonie. Le liquide est foncé, très riche en fibrine, forme un caillot quand on le ponctionne. Enfin ajoutons que, grâce à la moindre vitalité du pneumocoque (Netter), quand on fait une ponction, le liquide n'a pas de tendance à se reproduire. Le pronostic est bénin et ne menace aucunement l'avenir du malade.

Les pleurésies à staphylocoques ont un début beaucoup moins brusque; l'expectoration fait défaut; le liquide est moins fibrineux et plus abondant; il a aussi plus de tendance à se reproduire et son évacuation nécessite quelquefois plusieurs thoracentèses.

Les pleurésies à bacille d'Eberth ont également un début peu brusque; elle est presque latente chez un individu atteint de fièvre typhoïde. L'épanchement a peu de tendance à se reproduire, et est volontiers hémorrhagique. On y trouve, caractère pathognomonique, le bacille d'Eberth à l'exclusion de tout autre bacille.

Nous avons trouvé dans un certain nombre de pleurésies tuberculeuses des staphylocoques en grande quantité. Or, nous savons que ce dernier microbe a une influence manifeste dans la production des épanchements pleuraux; et d'autre part on

sait que les pleurésies tuberculeuses types s'accompagnent en général d'un petit épanchement. Dans les cas où nous avons observé des épanchements abondants contenant des bacilles de Koch associés à des staphylocoques et s'accompagnant des symptômes semblables à ceux des pleurésies à staphylocoques, je me demande si nous ne nous trouvons pas en présence de pleurésies à staphylocoques développées chez des tuberculeux. Nous ne saurions pour le moment résoudre la question, mais elle serait assurément le sujet d'un travail fort intéressant.

En ce qui concerne les pleurésies de nature indéterminée, l'examen clinique nous porte à croire que les pleurésies tuberculeuses sont *les moins* nombreuses; c'est là un point d'importance capitale que je tenais à signaler.

Il résulte de notre étude que le pronostic de la pleurésie ne doit pas être fait en bloc; mais qu'il varie avec chaque espèce de pleurésie; la pleurésie à pneumocoques et à bacille d'Eberth est en général bénigne; la pleurésie à staphylocoque est plus sérieuse par sa durée plus longue; enfin nous n'avons pas à insister sur la gravité de la pleurésie tuberculeuse.

M. Netter. — Je m'étonne que M. Fernet et ses collaborateurs aient été toujours si heureux dans leurs recherches bactériologiques; j'ai recherché fréquemment le pneumocoque, et j'avoue que souvent mes recherches ont été infructueuses; les inoculations tout au moins ont été négatives.

M. Fernet. — L'âge de la pleurésie doit entrer en ligne de compte; peut-être n'y avez-vous pas suffisamment pris garde.

M. Netter. — Il est regrettable que les inoculations n'aient pas été faites dans tous les cas, car les pleurésies à staphylocoques étaient peut-être en même temps tuberculeuses, et des inoculations auraient peut-être mis en lumière des points qui restent encore obscurs.

Sur un cas d'hémiatrophie de la face et des membres supérieurs avec paralysie faciale du même côté.

MM. Pierre Marie et **Marinesco.** — Le malade dont il s'agit n'a aucun antécédent héréditaire dans sa famille. L'affection semble avoir débuté à l'âge de 11 ans. A la suite de l'avulsion d'une dent, notre malade éprouva de violentes douleurs et la mère constata une déviation de la bouche; la mère dit en outre avoir remarqué à cette époque que le bras gauche était un peu moins gros que le droit. Cependant ces deux symptômes ne se sont pas produits subitement et n'ont pas été accompagnés de fièvre. Pendant sa jeunesse il a eu plusieurs accès de fièvre survenus quand il travaillait au fort de Villeneuve-Saint-Georges.

En 1892, il fut pris de fièvre violente; il dit être resté couché 32 jours

C'est à la suite de cette fièvre seulement qu'il s'aperçut que sa paupière gauche tombait. Il y a quatre mois, il a eu pour la première fois de la diplopie.

Ce qui frappe dans son état actuel, c'est la déviation considérable de la face avec participation du facial supérieur, mais il ne s'agit pas là d'une paralysie de la face vulgaire. Elle s'accompagne d'une atrophie très apparente des muscles de l'épaule, du thorax, du bras et de l'avant-bras gauche. Les mouvements volontaires persistent, mais très affaiblis.

Les réflexes sont normaux et on ne constate aucun trouble sensitif. L'exploration électrique donne les résultats suivants : A gauche, dans la plupart des muscles innervés par le facial la contractilité faradique et galvanique est diminuée et semble même devoir être considérée comme abolie. Il n'y a pas de réaction de dégénérescence nerveuse. Cependant l'excitabilité faradique et galvanique est conservée dans les muscles orbiculaire des paupières, orbiculaire des lèvres, et triangulaire du nez.

A quelle affection avons-nous affaire? Il s'agit évidemment d'une affection atrophique ayant débuté dans l'enfance et portant sur la face, le membre supérieur gauche et le côté gauche du thorax. Cependant l'évolution de ces troubles ne permet pas d'en faire une paralysie infantile, puisque la maladie a été progressive et précédée d'une période prodromique. On ne saurait non plus songer à une hémiatrophie faciale du type de Romberg, car il n'y a ni troubles du squelette, ni cicatrice de la peau.

L'atrophie faciale est limitée au domaine du facial, les muscles masticateurs étant intacts.

Les recherches bibliographiques faites dans le but de trouver la relation d'un cas de ce genre sont restées infructueuses. Je me propose, dans un prochain travail, d'examiner les différentes hypothèses que l'on peut émettre au sujet de ce malade.

Contribution au diagnostic des pneumothorax partiels du côté gauche.

M. Galliard. — Il est quelquefois bien difficile de distinguer un pneumothorax d'une grande caverne, et on n'a, pour se guider, que le refoulement du cœur à gauche, l'abaissement du foie à droite.

C'est l'absence de refoulement du cœur qui m'a permis de diagnostiquer une caverne immense chez un tuberculeux du service de M. Oulmont.

Un autre cas fut plus facile à diagnostiquer; il s'agissait d'une femme présentant du souffle amphorique, mais n'ayant ni succussion, ni tintement métallique, ni sonorité exagérée sous les clavicules. L'autopsie confirma mon diagnostic de caverne immense.

Un troisième malade se présente avec une matité du côté gauche allant jusqu'à la quatrième côte; pas de bruit de pot fêlé; pas de souffle. Au-dessous de la quatrième côte dans l'aisselle, on perçoit du *souffle amphorique* qui existe également en arrière sur toute la hauteur. Il n'y a ni succussion, ni bruit métallique, ni tintement d'airain; il faut aussi noter l'absence de pectoriloquie, les vibrations vocales sont atténuées et non abolies en arrière et dans l'aisselle. C'est sur l'absence de refoulement du cœur que je me suis fondé pour établir mon diagnostic.

Par contre, j'ai observé un tuberculeux présentant une légère voussure de la région sous-claviculaire gauche jusqu'au bord droit du sternum, silence absolu à l'auscultation; bien qu'il n'y eut pas de tympanisme, je fis le diagnostic de pneumothorax, en me fondant sur le refoulement manifeste du cœur. Je n'ai pas revu le malade.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 6 février 1895.

Présidence de M. Colrat.

Rachitisme tardif.

M. A. Pollosson présente une enfant de 13 ans atteinte de rachitisme tardif ayant débuté il y a 10 mois, caractérisé par un développement de l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras et un chapelet costal typique Cette enfant présente comme vestiges de rachitisme de la première enfance un genu valgum et les genoux gros.

En parlant de rachitisme tardif, tantôt on veut dire des cas semblables à celui-là, tantôt on doit trancher la question qui rattache au rachitisme soit le genu valgum, soit la scoliose. Mais les cas semblables à celui-ci sont rares. Il n'en a vu que deux cas outre ceux de rachitisme et de scoliose.

M. Bérard, interne des hôpitaux, présente des pièces anatomiques provenant du service de M. le docteur Poncet, et se rapportant à un cas d'*actinomycose* péri-laryngo-œsophagienne dont l'observation avait été détaillée (avec examen du malade) à la séance du 26 décembre 1894. Ce cas rentre dans la série communiquée par M. le docteur Poncet à l'Académie de Médecine en janvier 1895.

La mort survint le 8 février et l'autopsie, pratiquée vingt-quatre heures après, permit de constater :

A l'ouverture du thorax épanchement séro-fibrineux, sans grains ni éléments actinomycosiques, dans la plèvre droite; poumon correspondant fortement rétracté vers le hile, totalement infiltré de lésions inflammatoires chroniques avec deux cavernes, déjà vieilles, au niveau du bord antérieur du lobe supérieur et du lobe moyen. Le reste du poumon n'offrant aucune trace de tuberculose, l'examen histologique des parois de ces cavernes sera pratiqué et permettra de

déterminer si l'on a affaire à une lésion tuberculeuse ou autre; à gauche œdème du poumon avec foyers épars de broncho-pneumonie et écoulement assez abondant de pus par l'orifice de section des grosses bronches.

Péricardite sèche sans altération caractéristique de la séreuse.

Rien du côté de la portion thoracique et abdominale du tube digestif. Rate un peu grosse et sclérosée. Les deux reins sont altérés par l'inflammation chronique : coloration pâle, légère augmentation de volume, atténuation des striations vasculaires de la substance corticale, mais, là encore, rien qui rappelle l'actinomycose.

L'examen des lésions cervicales est resté forcément incomplet, car on a dû faire l'ablation du larynx et des organes adjacents par l'orifice supérieur du thorax, le corps étant réclamé.

Néanmoins on peut se rendre encore mieux compte que pendant la vie de la diminution de l'empâtement superficiel ; la pression en divers points fait à peine sourdre par les fistules cutanées quelques goutelettes de liquide séro purulent sans grains jaunes. La tuméfaction sous-occipitale a presque disparu.

Le larynx, le pharynx inférieur et la portion supérieure de l'œsophage sont englobés avec les deux paquets vasculo-nerveux du cou, dans une masse de tissu lardacé inflammatoire semée d'amas de substance putrilagineuse jaunâtre, sans grain d'actinomycose. Ce tissu inflammatoire accole solidement, surtout à droite, les vaisseaux aux organes voisins, mais il ne les comprime pas au point d'oblitérer leur lumière ; pendant la vie, d'ailleurs, on n'avait relevé aucun signe de gêne de la circulation cérébrale. Les deux lobes du corps thyroïde, totalement infiltrés par le même tissu, font corps avec le larynx, et c'est la pression de cet ensemble qui déterminait la sténose pharyngo-œsophagienne traduite sur le vivant par la dysphagie et par l'impossibilité de passer les grosses olives du cathéter : il n'y a aucun rétrécissement organique du conduit alimentaire dont la muqueuse est seulement perforée par un étroit orifice fistuleux en communication avec les foyers de la loge cervicale moyenne.

De même, intégrité de la muqueuse laryngée, mais infiltration et gonflement notable de toutes les zones doublées de tissu cellulaire lâche : replis ary-épiglottiques, cordes vocales supérieures, ventricules. Cet œdème chronique rend compte des accidents congestifs revenant par crises brusques, et qui avaient rendu la trachéotomie imminente. Pas de déformations de l'appareil cartilagineux.

Intégrité des mâchoires, autant du moins qu'on en juge par l'aspect extérieur; jamais le malade n'avait attiré l'attention de ce côté.

En somme, il semble résulter de ces constatations : que les lésions d'actinomycose, premières en date et cause originelle des accidents, aient notablement rétrocédé par le traitement ioduré, et que la terminaison fatale soit due aux complications pleuro-pulmonaires. Par quel mécanisme ces complications sont-elles survenues ?

Peut-être en partie par infection secondaire spécifique (actinomycose) de l'arbre aérien ; mais, en grande partie aussi, par infection secondaire banale, à travers l'orifice glottique altéré dans les tissus de ses parois et dans ses fonctions (à rapprocher des pneumonies de déglutition), ou à travers les fistules externes cervicales.

M. Vallas, à propos du traitement, cite le cas d'un actinomycosique de la face (région temporo-massétérienne), entré dans son service. Ce malade a été mis au traitement par l'iodure de potassium, jusqu'à 9 grammes par jour. Le gonflement a presque disparu et il n'y a pas eu de suppurations.

M. Poncet. — Ces pièces anatomiques montrent que les lésions actinomycosiques de la région cervicale étaient en voie de guérison. Ce résultat me paraît devoir être attribué au traitement ioduré auquel le malade avait été soumis.

Sur les sept sujets de mon service qui vous ont été présentés atteints d'actinomycose, trois ont donc succombé. Dans le cas actuel, quel qu'ait été le mécanisme de la mort, quels que soient les renseignements fournis par l'examen histologique sur certaines altérations viscérales révélées par l'autopsie, un fait n'est pas douteux : la cachexie actinomycosique ayant certainement favorisé l'apparition de complications mortelles.

Dans ma communication à l'Académie de médecine, où je signalais deux morts, j'avais indiqué ce malade comme devant bientôt succomber.

Varice ampullaire de la saphène.

M. A. Bert, interne des hôpitaux, présente une pièce anatomique provenant d'une malade opérée dans le service de M. A. Pollosson. Il s'agit d'une dilatation ampullaire de la veine fémorale au niveau du triangle de Scarpa, en ayant imposé pour une hernie étranglée, ou tout au moins pour une épiplocèle enflammée.

Il s'agit d'une femme de 67 ans, admise d'urgence à l'Hôtel-Dieu avec le diagnostic de hernie étranglée, se disant porteur d'une hernie depuis plus de 14 ans. Trois jours auparavant la hernie, primitivement molle et réductible, serait devenue brusquement dure, irréductible, douloureuse.

Les signes fournis par la palpation ainsi que l'absence de phénomènes généraux, font penser à une épiplocèle enflammée. La malade est mise en observation.

Elle e t opérée trois jours après et on tombe sur une dilatation ampullaire de la veine fémorale pleine de caillots sanguins.

Cette observation est intéressante à différents points de vue :

1° Rareté des dilatations variqueuses de la veine fémorale.

2° Difficulté du diagnostic, en cas de coagulation sanguine à l'intérieur du vaisseau.

En effet, si tous les classiques considèrent le diagnostic de la dilatation veineuse comme facile, il n'en est pas de même lorsque celle-ci devient dure par l'accumulation de caillots à son intérieur.

Dans ces cas, excessivement rares, le diagnostic devient impossible, surtout s'il y a, en même temps, des phénomènes d'étranglement.

3° Etablissement graduel de la circulation veineuse par la voie collatérale postérieure dû au port d'un bandage herniaire comprimant la veine fémorale pendant plusieurs années.

Le seul fait qui aurait pu éveiller quelques soupçons était la présence de varices aux deux jambes.

M. A. Pollosson. — La tumeur était du volume d'une noix. Elle ne présente point de signes différentiels de ceux de l'épiplocèle. Peut-être cependant la sensation du cordon thrombosé peut-elle être un indice qui peut la faire soupçonner.

M. Poncet. — Je ne crois pas que, dans des cas de ce genre, on dispose de signes cliniques suffisants pour établir le diagnostic anatomique. Il importe peu, du reste, au point de vue du traitement qui reste le même, l'indication chirurgicale à remplir étant des plus nettes.

Gastro-duodénostomie.

M. Tixier, interne des hôpitaux, présente, au nom de MM. Jaboulay et Villard, quelques considérations sur un cas de gastro-duodénostomie.

L'opération fut pratiquée, à la fin du mois d'octobre 1894, par M. Jaboulay, sur un chien adulte de forte taille. On se servit du bouton de Murphy, modifié par M. Villard. Les suites opératoires furent très simples; rapidement la guérison complète fut obtenue.

D'ailleurs, au mois de décembre, M. Villard présenta à la Société l'animal complètement guéri.

Depuis, les fonctions digestives avaient continué à se faire très normalement, le chien digérait bien et mangeait beaucoup. Aussi M. Villard voulut-il se débarrasser de cette bouche inutile. Il y a quelques jours, il envoya l'animal au laboratoire de physiologie. Là, une opération de physiologie pure eut bientôt raison de celui qu'avait respecté la chirurgie.

L'autopsie fut faite le lundi 11 février.

M. Tixier montre la pièce anatomique, siège de l'anastomose, entre le duodénum et l'estomac. Il faut remarquer combien est parfaite l'union des surfaces mises en présence, tant du côté de la séreuse que du côté de la muqueuse et, à première vue, il est presque impossible de différencier le nouvel orifice du véritable pylore.

Cette observation est intéressante à un double point de vue : d'abord, elle montre que la gastro-duodénostomie est possible,

puis elle fait ressortir l'excellence de la suture par le procédé du bouton de M. Villard.

En effet, la pièce que l'on a sous les yeux n'est que la reproduction d'un dessin que M. Jaboulay a fait paraître dans les *Archives provinciales de chirurgie* (t. I, n° 6, 1892, p. 551). représentant la gastro-duodénostomie telle qu'elle ressortait de ses idées purement théoriques. Il faut dire que, chez le chien, cette opération est rendue plus facile par le fait que le duodénum est très mobile, beaucoup plus que chez l'homme. Cette opération n'amène aucun trouble dans la marche des aliments et des sucs intestinaux d'origine hépatique ou pancréatique. En effet, chez le chien en observation, on n'a noté aucun trouble digestif.

Puis, la pièce montre l'adaptation parfaite des tissus mis en présence par le bouton et prouve que ce procédé n'amène pas la production d'un *rétrécissement secondaire*, tel qu'on l'a prétendu.

En effet, voilà quatre mois que l'opération a été faite et le calibre de la nouvelle bouche stomacale est le même que celui qui lui fut donné par le bouton anastomotique. Et cependant, dans ce cas, le pylore étant absolument sain, les parcelles alimentaires ne devaient pas avoir une tendance marquée pour suivre la nouvelle voie, comme cela se présente dans les cas pathologiques de rétrécissement du pylore. Il manquait, par conséquent, cette dilatation certaine que doit produire le passage des aliments dans les conditions ordinaires de rétrécissements pyloriques. Or, sur cette pièce, c'est le véritable pylore qui semble s'être retréci par suite de la disparition de sa fonction physiologique.

Enfin, un dernier détail digne d'être mentionné, c'est que les quelques fils de soie, qui ont été placés comme fils de sûreté, persistent encore, durs et résistants, après quatre mois de séjour dans la cavité abdominale.

Séance du 20 *février* 1895.

Amputation de cuisse.

M. Rioblanc (armée). — J'ai l'honneur de présenter à la Société un jeune soldat à qui j'ai fait subir une amputation de cuisse par le procédé ostéoplastique de Gritti. Depuis l'entrée de ce malade à l'hôpital Desgenettes, le 12 janvier 1894, à la suite d'une fracture compliquée du tibia droit par coup de pied de cheval, infectée au moment même de sa production, mes collègues, MM. Hassler et Sieur, avaient tenté la conservation et pratiqué, à six reprises différentes, trépanations, extractions de séquestres, drainages, sans tarir la suppuration. La consolidation, un instant ébauchée, s'était détruite; l'état général périclitait. Le 8 août, jugeant impossibles, en raison de l'étendue du foyer d'ostéite et de l'état des parties molles, soit une résection, soit une désarticulation du genou, j'ai pratiqué l'amputation au-dessus des condyles avec conservation de la rotule et suture de cet os à l'extrémité du fémur. Suites apyrétiques; réunion par première intention, sauf aux points d'émergence des drains. Le résultat définitif, je vous le présente aujourd'hui: c'est un moignon bien arrondi, à cicatrice postérieure, où la rotule, parfaitement fixée à l'extrémité du fémur, se montre insensible à la pression. L'opéré marche sur son moignon.

Cet excellent résultat est celui que peut et doit donner aujourd'hui l'amputation de Gritti. Aux jugements trop sévères portés sur ce procédé, depuis son apparition, en 1857, l'antisepsie a fait perdre toute valeur et, sans vouloir en aucune façon opposer cette opération à la désarticulation du genou qui n'en est plus à faire ses preuves, j'estime qu'on aurait tort aujourd'hui de la rejeter de parti pris. Quand l'absence de parties molles suffisantes empêche de recourir à la désarticulation, l'opération de Gritti doit être employée de préférence à l'amputation ordinaire de la cuisse, à laquelle elle est supérieure au triple point de vue *de la moindre gravité opératoire, de la forme du moignon et de son utilisation.*

L'opération peut être pratiquée à l'aide des différents procédés employés pour la désarticulation du genou en remontant les tracés; je me suis servi du procédé elliptique de Beaudens. L'important, à mon avis, pour assurer la perfection du résultat, c'est : 1° de sectionner haut le fémur (à six ou sept centimètres de l'interligne articulaire);

2° De suturer la rotule au fémur, et les ailerons à l'aponévrose et aux muscles postérieurs;

3° D'immobiliser complètement le moignon pendant cinq ou six semaines;

4° D'observer sévèrement les règles de l'asepsie, car l'ostéomyélite et la nécrose du fémur sont les causes presque exclusives du déplacement de la rotule.

M. Poncet. — Ce moignon, après l'opération de Gritti, est excellent. Il est bien matelassé, complètement indolent et, par conséquent, très capable de supporter le poids du corps. Sa longueur le rapproche de celui d'une désarticulation du genou et, à ce titre, comme bras de levier étendu, il rendra les mêmes services fonctionnels qu'un moignon après cette dernière opération dont j'ai maintes fois signalé les avantages.

Chez plusieurs désarticulés du genou de mon service (Poncet, Jaboulay, Vallas) le résultat fonctionnel a été très bon. Ces anciens opérés ne prenaient leur point d'appui que sur le moignon.

Il y a quelques années, j'ai amputé de la cuisse, pour une dégénérescence cancroïdale de son moignon, un malade âgé de 53 ans, à qui Gensoul avait pratiqué, 35 ans auparavant, une désarticulation du genou droit.

Ce malade avait été opéré à l'âge de 18 ans et il me raconta que, pendant ces 35 ans, il avait vécu comme s'il avait eu ses deux membres inférieurs.

Il se servait d'un simple pilon, bien entendu, sans appui ischiatique et, gentilhomme campagnard, il avait marché, chassé, etc., sans plus de fatigue, disait-il, qu'avec ses deux jambes.

Le procédé de Gritti, qui rapproche le moignon de celui d'une désarticulation du genou, me paraît donc, depuis les méthodes antiseptiques, un bon procédé, ainsi que le démontre, du reste, l'opéré de M. Rioblanc.

Dans les cas où il est applicable, et particulièrement dans les cas traumatiques, on le préférera à l'amputation simple de la cuisse au tiers inférieur, de même que l'on aura recours à la désarticulation du genou toutes les fois qu'elle sera possible.

M. Vallas demande à M. Rioblanc s'il a avivé la surface postérieure de la rotule.

M. Rioblanc. — Avant de suturer la rotule, j'avais abrasé à la scie toute la surface cartilagineuse de cet os saisi entre les mors d'un davier de Farabeuf.

Je tiens à répéter encore que mon opéré peut marcher exclusivement sur son moignon. Le point d'appui ischiatique ménagé sur l'appareil de prothèse est un point d'appui auxiliaire que l'opéré utiliserait, au besoin, en diminuant l'épaisseur du coussin sous-jacent à son moignon, mais dont il peut se passer.

M. Jaboulay a fait une opération de Gritti, il y a deux ans, chez un malade du service de M. le professeur Poncet. Il avait simplement cloué la rotule et il avait obtenu un excellent résultat.

Ophthalmies du nouveau-né.

M. Grandclément donne les conclusions suivantes :

1° En présence d'une ophthalmie chez le nouveau-né, la première chose à faire, c'est de pratiquer l'examen bactériologique ;

2° S'il n'y a pas de gonocoque, bien qu'elle soit purulente, elle guérira fort bien par des lavages fréquents et bien faits avec des liquides antiseptiques non caustiques; il faut même éviter les solutions caustiques de nitrate d'argent et de sublimé qui, employées souvent et pendant plusieurs semaines, produisent des opacités indélébiles de la cornée ;

3° Si l'ophthalmie est gonorrhéique, le plus souvent encore elle sera bénigne et guérira fort bien par le même traitement, mais plus à la longue ;

4° Il ne faut recourir au traitement classique des cautérisations que dans les cas exceptionnellement graves, et encore avec modération, en faisant jouir le principal rôle aux lavages antiseptiques bien faits.

Lorsqu'on se trouve en présence d'une ophthalmie gonorrhéique chez un nouveau-né, on éprouve le désir bien naturel

de remonter à la source du mal et de rechercher si la blennorrhagie existe ou a existé chez les générateurs de l'enfant, surtout chez le père.

Le plus souvent, on ne trouve rien, tout au moins d'aigu ou d'apparent, chez le père du moins, et l'on serait tenté de croire à la *génération spontanée*; pourtant il n'en est rien; quand on interroge bien on trouve une ancienne et très lointaine blennorrhagie, dix et même vingt ans auparavant.

Or beaucoup de ces anciennes blennorrhagies conservent, ainsi que le constate souvent le Dr Eraud, dans les profondeurs de leur canal, de vieux gonocoques, endormis il est vrai, mais parfaitement viables et qui ne demandent qu'une occasion favorable pour se revivifier et produire l'ophthalmie gonorrhéique du nouveau-né.

C'est dans le dépôt filamenteux du premier jet urinaire que l'on trouve ces gonocoques latents.

Tel est certainement le secret de beaucoup d'ophthalmies purulentes des nouveau-nés, qui paraissent inexplicables sans ces notions.

M. Fochier proteste, au nom de la clinique, contre la communication de M. Grandclément, qui n'apporte que des idées qui peuvent induire en erreur. Il y a, en clinique, des ophthalmies légères et des graves. Dans ce dernier cas, que fait la recherche du gonocoque? Qu'il existe ou non, il faut employer la cautérisation avec le nitrate d'argent au 50e, sans s'attarder aux lavages répétés et aux attouchements avec la solution au 100e, et attendre que le nouveau-né devienne un aveugle parce que son ophthalmie n'est pas gonococcienne.

M. Grandclément insiste sur l'importance de l'examen bactériologique. Si l'ophthalmie n'est pas gonococcienne, on peut être tranquille, l'enfant guérira; dans le cas contraire, il faut être inquiet et employer le traitement classique.

M. Fochier n'a pas besoin de microscope pour juger de la gravité de l'ophthalmie. Les ophthalmologistes ont compliqué, comme à plaisir, le traitement de l'ophthalmie, et leur méthode, consistant en injections répétées, en collyres variés, appliqués à heures fixes, contribue à crever beaucoup d'yeux. Ce qu'il faut apprendre aux élèves, c'est à soigner les ophthalmies graves.

M. Grandclément affirme que le nitrate d'argent employé sans méthode a plus produit de cécités que l'ophthalmie elle-même.

De la fixation de l'épiploon dans les opérations abdominales.

M. Laroyenne. — Byron Robinson a fait connaître, sur des animaux, la *fonction* qu'on peut appeler *chirurgicale* de l'épiploon, c'est-à-dire:

1° La barrière qu'il oppose à l'infection en se greffant autour des dénudations traumatiques de l'intestin, de la paroi abdominale, des trompes ou de l'appendice.

2° Son interposition entre la paroi abdominale et les intestins pour en empêcher l'adhérence.

J'ai pensé qu'on devait tenir compte de ses nombreuses expériences sur 200 chiens laparotomisés et les utiliser dans la technique chirurgicale.

Tous ceux qui ont pratiqué des laparotomies ont eu d'instinct la pensée qu'il serait à souhaiter que l'intestin fût, autant que possible, recouvert par une surface épiploïque avant la fermeture de la cavité abdominale.

D'autre part, on a nettement l'impression que ce tablier épiploïque étalé sur la masse viscérale a la plus grande tendance à remonter, emporté par les mouvements intestinaux vers son insertion, c'est-à dire vers l'estomac; dès lors les organes qui étaient recouverts ou qu'on vient de recouvrir ne le sont pas ou ne doivent plus l'être avant même qu'on ait achevé de refermer l'abdomen.

Pour obvier à ce retrait de l'épiploon, je suture son bord inférieur, en l'étalant sans le distendre et par un ou deux points de suture de catgut fin, au péritoine pariétal au niveau de l'arcade fémorale.

On peut encore, si l'épiploon est assez long, passer ces fils non plus au niveau de son bord inférieur, mais à 8 ou 10 centimètres au-dessus, de façon à laisser libre dans le petit bassin sa portion inférieure, pour recouvrir les surfaces dénudées.

Ces fils, après s'être résorbés, laisseront-ils ou ne laisseront-ils pas une faible adhérence entre l'épiploon et la paroi? L'important est qu'ils aient maintenu l'épiploon pendant quelques jours après l'opération sur les organes qu'il doit recouvrir. Cette fixation ne gêne d'ailleurs en rien un drainage, s'il est jugé nécessaire.

M. A. Pollosson s'est rendu compte que l'opération proposée par M. le professeur Laroyenne est, dans certains cas, une opération de nécessité. Il présente un fibrome du volume d'une tête de fœtus, qui n'a pu être extrait sans faire l'incision circulaire et la décortication.

M. Fochier reproche théoriquement à l'opération proposée par M. Laroyenne d'éviter seulement l'infection péritonéale, mais non l'infection musculaire qui sont toutes deux à craindre.

Quant à la fixation de l'épiploon, ce serait réalisable, si on ne s'exposait pas ainsi aux étranglements.

M. Laroyenne. — Il ne faut pas mettre en parallèle l'infection péritonéale et celle, possible, du tissu utérin. Du reste, ces observations témoignent en faveur de l'opération qu'il propose.

L'épiploon appliqué sur le ligament de Fallope, par un ou deux fils, ne forme qu'une toile d'araignée qui rend illusoire la crainte de ces étranglements. Cette fixation est destinée à exister pendant que la maladie cause des accidents, il ne veut pas dire qu'elle est définitive.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 13 févier 1895.

Hydropisie rénale.

M. Sénator a commencé par critiquer les diverses hypothèses relatives à l'origine de l'hydropisie rénale. Une des théories les plus anciennes consiste à attribuer les hydropisies dans le mal de Bright à la déperdition d'albumine et à l'hydrémie qui en est la conséquence. Cette théorie n'est pourtant pas soutenable, car on sait aujourd'hui que les hydropisies peuvent apparaître avant l'albuminurie et s'observer dans les néphrites sans albuminurie. Il en est de même de la théorie qui attribue l'anasarque à la pléthore hydrémique, puisqu'on peut observer de l'anurie sans hydropisie. Cohnheim admettait une modification des vaisseaux de la peau et des membranes séreuses comme cause essentielle de l'anasarque. Mais depuis qu'on a pris l'habitude d'examiner méthodiquement l'urine de tous les malades, on sait aujourd'hui que la néphrite aiguë est bien plus fréquente que l'anasarque.

L'anasarque s'observe le plus souvent dans la néphrite scarlatineuse, dans la néphrite *a frigore* et dans la néphrite des femmes enceintes. Dans toutes les autres formes de néphrite, l'anasarque est rare. L'explication de ce fait réside peut-être en ce que dans les trois premières formes de néphrite la lésion frappe principalement les glomérules, tandis que les autres néphrites relèvent d'une inflammation parenchymateuse. La fréquence de l'anasarque dans les néphrites chroniques, à l'exception de la néphrite caractérisée par le petit rein contracté, est due à ce que dans ces cas la lésion envahit non seulement l'épithélium, mais encore les glomérules.

On peut donc admettre que l'hydropisie rénale est la conséquence d'une lésion des vaisseaux du rein; mais s'il est exact de dire que la glomérulite précède toujours l'hydropisie, il ne faudrait pas en conclure que la glomérulite soit toujours suivie d'une hydropisie.

Au point de vue pratique, cette nouvelle théorie de l'anasarque n'introduit pas de modifications dans le traitement, qui reste le même: diurétiques, ponctions pour évacuer le liquide, mais avant tout repos au lit.

M. Hansemann pense que, dans la glomérulo-néphrite, les lésions occupent non pas les vaisseaux, mais l'épithélium qui tapisse le glomérule. Les anses des glomérules sont en effet recouvertes d'une couche de cellules épithéliales provenant des canalicules urinifères; cette couche cellulaire pénètre encore entre les anses vasculaires et les comprime de façon à les rendre moins perméables.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE HEIDELBERG

Séance du 22 janvier 1895.

Maladie de Friedreich.

M. Hoffmann. — Il s'agit d'un homme de 23 ans, sans antécédents héréditaires, qui, vers l'âge de 14 ans, fut pris d'une série de symptômes qui ont consisté principalement en sensations douloureuses dans les jambes après un long repos, en parésie des membres inférieurs avec marche incertaine. Plus tard il survint une incertitude dans les mouvements des bras et, vers l'âge de 18 ans, une incurvation de la colonne vertébrale, et des troubles manifestes de la parole.

Actuellement le malade présente les symptômes suivants : parole embarrassée, bégayante. Agitation des muscles de la face et agitation moins accusée des muscles de tout le corps. Ataxie locomotrice et statique des membres; léger nystagmus statique. Quand le malade ferme les yeux, il vacille, mais le vrai signe de Romberg fait défaut. Cypho-scoliose de la colonne vertébrale; pied creux; absence de tous les réflexes tendineux. Pas de troubles oculaires; la sensibilité est normale, les sphincters fonctionnent bien.

Bien que le malade ne présente aucune hérédité névropathologique, M. Hoffmann, en prenant en considération l'apparition précoce des symptômes, n'hésite pas à le considérer comme un cas de maladie de Friedreich

L'autopsie des cas analogues a montré que le substratum anatomique de l'affection est constitué par la petitesse, l'hypoplasie de la moelle et du bulbe et par la dégénérescence des cordons postérieurs et latéraux. Si l'on fait abstraction des modifications des voies motrices, dont l'apparition tardive coïncide avec celle des troubles paralytiques, la lésion se trouve constituée par la dégénérescence des cordons de Goll, de Burdach, de Gowers et des faisceaux cérébelleux dont les rapports avec le cervelet sont définitivement établis pour quelques-uns et très probables pour d'autres. Il est donc possible que dans la maladie de Friedreich on trouve des symptômes cérébelleux dus à l'affection des cordons et faisceaux en question, et sans qu'il existe une atrophie du cervelet. Cette atrophie n'a pas, en effet, été trouvée dans les cas non compliqués de maladie de Friedreich.

Injections intraveineuses de sublimé.

M. Dinkler a essayé à son tour les injections intra-veineuses de sublimé dans le traitement de la syphilis. Il a dû limiter ce traitement à un certain groupe d'individus, car, chez les femmes et les hommes gras, la ponction de la veine présente des difficultés considérables.

Les injections ont été faites dans les veines du bras et de l'avant-bras. La dose injectée chaque fois variait de 1 milligramme à 1 centigramme de sublimé, et la dose injectée pendant la cure de 7 à 31 centigrammes.

Dans aucun cas ces injections n'ont provoqué de phénomènes généraux; mais localement on avait toujours à compter avec des thromboses.

Au point de vue thérapeutique, ces injections exerçaient sur les manifestations syphilitiques une action sûre et rapide, mais de courte durée, en ce sens que chez 3 des 9 malades, la récidive est survenue déjà au bout de un à deux mois.

D'une façon générale, ces injections ne peuvent remplacer les méthodes courantes que dans les syphilis graves de la peau, des muqueuses et du système nerveux central, exigeant une intervention rapide, et dans ces cas encore les injections doivent être employées concurremment avec les frictions.

Diphthérie suivie d'ataxie héréditaire avec démence.

M. Hoffmann. — Il s'agit d'un garçon de 10 ans sans antécédents héréditaires. A l'âge de quatre ans, il eut une diphtérie grave avec paralysie du voile du palais, et resta au lit pendant plus d'un mois. Lorsqu'il se leva pour la première fois, on trouva déjà au complet le complexus symptomatique qu'il présente actuellement, sauf l'épilepsie et un certain degré de démence survenus ces années dernières.

Enfant solidement bâti. Ataxie locomotrice et statique des membres inférieurs et supérieurs. Démarche ataxique vacillante avec agitation choréiforme de tous les muscles du corps; troubles d'articulation de la parole et absence des réflexes tendineux. De temps en temps l'enfant est sujet à des accès épileptiformes. Abaissement considérable des facultés intellectuelles, touchant à la démence. De plus, diminution de l'acuité visuelle, avec, au fond de l'œil normal, un léger degré de scoliose; et pas d'aplatissement de l'occiput.

Ce malade présente le complexus symptomatique de la maladie de Friedreich compliquée d'épilepsie et de démence. Ce qui est particulièrement intéressant dans ce cas, c'est le développement de la maladie après la diphthérie. La maladie infectieuse n'est probablement intervenue qu'à titre de cause occasionnelle pour exercer son action sur un terrain préparé par quelques anomalies du système nerveux.

AUTRICHE

COLLÈGE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 18 février 1895.

Tuberculose du tissu cellulaire péri-prostatique et péri-vésical.

M. Englisch. — Dans les processus tuberculeux qui se développent autour de la prostate, on trouve ordinairement une infiltration qui s'étend jusqu'aux parois latérales du bassin et arrive jusqu'à la base des vésicules séminales. Lorsque les parties infiltrées s'abcèdent et se nécrosent, elles s'ouvrent ordinairement dans le rectum, plus rarement dans l'urèthre ou bien au devant de l'anus.

L'infiltration tuberculeuse du tissu cellulaire qui se trouve autour des vésicules séminales, s'observe relativement souvent chez les adultes, et la dégénérescence tuberculeuse envahit le plus souvent les produits inflammatoires qui se sont développés autour des vésicules séminales. Cette tuberculose péri-vésiculaire s'observe donc chez les individus ayant des antécédents tuberculeux et ayant eu la gonorrhée.

A l'examen on trouve une tumeur qui par sa configuration rappelle encore les contours des vésicules séminales, douloureuse au toucher. La dégénérescence caséeuse est tardive et se complique rarement de péritonite. Le processus a une tendance à se porter en bas, et ordinairement la collection s'ouvre du côté du rectum ou du périnée.

Les infiltrations du tissu cellulaire péri-vésical sont extrêmement rares, et M. Englisch n'en a observé personnellement que deux cas. La symptomatologie est constituée principalement par des troubles de miction et des phénomènes inflammatoires et de compression du côté du rectum.

Quand ces processus se déclarent chez des individus simplement entachés d'hérédité tuberculeuse, ils présentent une marche lente, torpide; s'ils se déclarent chez des tuberculeux patents, ils peuvent prendre une allure très rapide.

Le traitement est général et local. Dans les formes lentes on peut essayer localement la glace, les bains, etc. Si la collection pointe du côté du rectum, il vaut mieux attendre la perforation spontanée. Mais si la collection menace de s'ouvrir dans la vessie ou le péritoine, il faut intervenir pour drainer convenablement la collection.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT
PUBLIÉ PAR
LA GAZETTE HEBDOMADAIRE
DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction
Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 11 au 16 mars 1895.

Mercredi 13. — M. Glantenay. Contribution à l'étude de la chirurgie de l'uretère. — M. Moreau. Des adhérences des petites lèvres.

Clinique des maladies des enfants. — M. le professeur Grancher commencera le cours le mardi 12 mars 1895, à 4 heures de l'après-midi Hôpital des Enfants-Malades).

Clinique chirurgicale. — M. le professeur Berger commencera le cours le lundi 18 mars 1895, à 9 heures et demie du matin (Hôpital de la Pitié.

Cours de pathologie et thérapeutique générales. — M. le professeur Bouchard commencera le cours le jeudi 7 mars 1895, à cinq heures de l'après-midi (Petit mphithéâtre).

Agrégation de chirurgie. — Ordre de passage pour l'épreuve de trois quarts d'heure :

1re séance. — Chirurgiens : 1. Villemin, Rieffel; 2. Rivière, Nové Josserand; 3. Gaudier, Péraire; 4. Hartmann, Tellier; 5. Lagoutte, Rochard; 6. Vallas, Broca; 7. Leguen, Beurnier; 8. Chaput, Vallas; 9. Braguhaye, Lyot; 10. Lassalle, Mauclaire; 11. Frœlich, Aldibert; 12. Dor, Thiéry; 13. Curtillet, Clado; 14. Adenot, Bauby; 15. Binaud, Dumoulin; 16. Adam, Walther; 17. Gervais de Rouville, Albertin, 18. Faure.

Accoucheurs : 1. Trépant, Oui; 2. Lavergne, Basset; 3. Schuhl, Lepage; 4. Bué, Puech; 5. Demelin, Potocki; 6. Bonnaire, Vallois.

Les séances ont lieu tous les jours, sauf le samedi, à 5 heures du soir. La première a eu lieu hier mardi.

Question : Plaies du larynx et de la trachée.

VARIÉTÉS

Ecole de médecine de Tours. — M. Lenormand est nommé professeur de pharmacie.

Hôpitaux de Lille. — M. Phocas, agrégé, est nommé chirurgien des hôpitaux, en remplacement de M. Demon, décédé.

Bureau central en chirurgie. — Le jury se compose provisoirement de MM. Routier, de Saint-Germain, Duplan, Bazy, Reynier, Prengruber, A. Petit,

Corps de santé de la marine. — Ont été promus :

Au grade de médecin de 1re classe: MM. Désrobert et Villette, médecin de deuxième classe.

Transport par la poste des fausses-membranes diphthéritiques. — L'Administration des postes et télégraphes a été saisie de la question de savoir si les flacons renfermant des fausses membranes diphthéritiques que les médecins et chirurgiens adressent à l'Institut Pasteur, à Paris, pouvaient être admis à circuler dans le service des postes au tarif des échantillons.

Il a été décidé que les envois de fausses membranes diphthériques pourraient être reçus dans le service aux conditions suivantes :

1° Le flacon contenant les membranes devra être en verre épais, fortement bouché et cacheté à la cire;

2° Il sera inséré dans une boîte en métal solide, après avoir été entouré d'une couche d'ouate suffisamment épaisse;

3° Cette boîte métallique sera elle-même dans une deuxième boîte en bois parfaitement close;

4° Chaque envoi devra porter, d'une manière apparente, du côté de l'adresse, les mots : « Fausses-membranes diphthéritiques »;

5° Enfin les envois de cette nature ne pourront être adressés qu'à l'Institut Pasteur, à Paris, ou à des laboratoires notoirement connus dans les départements (*Revue de police sanitaire*.)

Concours de l'internat (Epreuve orale). — Nous donnons entre parenthèses le total des points.

1° *Tubes urinifères. Cancer du rein.* — Bernard 17 (45), Weill 13 (40), Clément 13 (40), Sauvage 14 (40), Morély 11 (36), Pedeprade 14 (39), Castaigne 14 (38), Nathan 12 (36).

2° *Capsules surrénales. Maladie d'Addison.* — Lutsgarten 13 (37), Barusby 14 42), Hamant 14 (37), Mettetal 15 (40), Larieux 15 (40), Gaudy 16 (42), Mauger 10 (33), Imbert 17 (46), Bocaloghu 18 (38), Monod 14 (39).

3° *Artères coronaires. Angine de poitrine.* — Discazal 16 (42), Luys 16 (40), Cottet 17 (43), Dupuy-Dutemps 13 (38), Oppenot 15 (40), Grosjean 13 (39), Ombredanne 19 (46), Canuet 15 (41), Thiénot 14 (37), Guillemin 15 (41), Bernheim 12 (37).

4° *Creux poplité. Anévrysme poplité.* — Ghika 14 (39), Cochemé 15 (40), Veau 13 (39), Masbrenier 12 (36), Dujarier 18 (44), Le Dard 15 (40), Poulain 14 (38), Ladok 13 (37), Garnier 18 (43), Dardel 13 (39), Audréan 14 (39).

Concours de l'externat — Questions de pathologie :

10. S. et D. Du cancer de l'estomac.
20. Examen clinique des urines.
30. Signes et complications de la rougeole.
40. Signes et diagnostic de la coxalgie.
50. Vaccine et vaccination.
60. Signes et complications du rhumatisme articulaire aigu.

Corps de santé militaire. — M. le médecin principal de 1re classe Pierrot est nommé sous-directeur de l'Ecole de Lyon.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Effets comparés des boissons alcooliques chez l'homme, et leur influence prédisposante sur la tuberculose. Progrès croissants de la consommation des boissons avec essences et nécessité d'en interdire le débit, par M. Lancereaux.

En présence des progrès toujours croissants, parmi la population parisienne, de la consommation des boissons avec essences, le devoir de chacun de nous est, non seulement de montrer le danger qui nous menace, mais encore de chercher le remède au mal, c'est là ce qui m'amène à cette tribune.

Après avoir confondu les effets produits par les différentes boissons alcooliques, je parvins peu à peu à séparer ces effets, et dès l'année 1877, je communiquai à cette Académie un mémoire pour signaler les manifestations morbides spéciales engendrées par les boissons avec essences, généralement connues sous le nom d'*amers*, d'*apéritifs*, etc... Quelques années plus tard, il me fut possible d'établir définitivement les caractères des désordres produits par l'abus du vin et des alcools, en sorte que diagnostiquer les effets de chacune de ces substances sur l'organisme humain n'est plus qu'un jeu, et que le dernier de nos élèves, au bout de quelques semaines, en sait sur ce sujet tout autant que nous.

Les intoxications aiguës par ces produits divers, n'étant que des accidents passagers, seront passées sous silence et notre communicaton portera uniquement sur les intoxications chroniques. Or, si ces dernières offrent des caractères communs, tels que pituites matinales, rêves terrifiants, insomnies, etc., elles ont aussi des caractères propres qui permettent peu de les confondre, non seulement chez des individus différents, mais encore chez un même individu où il nous arrive de les constater, par malheur, trop souvent. Ces caractères sont fournis, surtout, par l'examen de la sensibilité et par l'exploration des viscères abdominaux.

Si la sensibilité tactile et d'ailleurs la sensibilité thermique sont peu modifiées par les excès de boissons, par contre la sensibilité douloureuse, objective ou subjective, est notablement troublée; mais tandis que les boissons avec essences l'exagèrent, le vin et l'alcool la diminuent ou l'abolissent, du moins aux extrémités inférieures. Ce dernier, pas plus que les apéritifs, ne modifie le volume du foie, tandis que l'abus du vin l'exagère toujours au bout de quelques années.

L'absinthe et les boissons similaires exagèrent le réflexe plantaire au point que le plus léger chatouillement est péniblement supporté, et le moindre pincement au niveau des jambes, des cuisses et de l'abdomen provoque une douleur véritablement insupportable. Ces désordres, toujours symétriques, existent encore aux membres supérieurs où ils sont moins accusés. La plus légère pression à la région antérieure de l'abdomen, particulièrement pénible, détermine une contraction des muscles avec renversement de la tête en arrière et projection du tronc en avant, phénomènes assez semblables à ce que présentent les hystériques dont on comprime la région des ovaires.

Ces troubles, qui vont en diminuant des parties inférieures vers les parties supérieures, se rencontrent quelquefois avec les mêmes caractères à la région postérieure du tronc, et sont d'autant moins intenses que l'on s'élève plus haut. Rien de semblable n'existe chez les buveurs de vin et d'alcool où la sensibilité à la douleur, diminuée aux extrémités inférieures jusqu'à une hauteur variable et d'une façon toujours symétrique, présente ensuite une zone d'hyperalgésie d'une étendue de quelques centimètres, après quoi elle redevient normale.

Les désordres caractéristiques de la sensibilité subjective chez les buveurs d'absinthe consistent en des sensations douloureuses de fourmillements, de picotements et d'élancements, qui se produisent surtout le soir, sous l'influence de la chaleur du lit, et ont pour siège les extrémités des membres inférieurs et aussi le voisinage des articulations.

Ces désordres, assez intenses, dans certains cas, pour arracher des plaintes et même des cris aux patients et leur enlever tout repos, sont quelquefois suivis, principalement chez les jeunes femmes, de névrites avec paralysie des nerfs des membres, de ceux surtout qui se distribuent aux muscles extenseurs, et même d'autres nerfs, particulièrement les nerfs optiques et pneumogastriques.

Ces paralysies, toujours plus accentuées aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs, commencent aux extrémités, pour s'étendre ensuite vers le tronc; elles sont absolument symétriques et, lorsqu'elles n'affectent que les membres, elles disparaissent habituellement en partie, sinon en totalité, après une ou plusieurs années. Or, ces désordres ne se rencontrant ni chez les buveurs d'alcool, ni chez les buveurs de vin, sont manifestement l'effet des huiles essentielles qui servent à la confection des amers et des apéritifs.

Ces différences symptomatiques, soit de la sensibilité subjective, soit de la sensibilité objective, sont autant de réactions de l'organisme vivant, déterminées par la boisson. Ces réactions, aussi constantes que celles qui résultent, en chimie et en physique, de l'action de deux corps l'un sur l'autre, ne permettent pas au praticien de se tromper dans son diagnostic. Aussi la médecine, suivant nous, est-elle une science positive et certaine, qui repose sur les mêmes principes que ces dernières et avec laquelle, contrairement à ce que nous voyons chaque jour, la statistique n'a rien à faire.

Les facultés mentales sont moins fréquemment troublées qu'on ne le croit généralement, et si le buveur de vin et d'alcool est exposé au délire aigu, le buveur de boissons avec des essences tombe plutôt dans la démence et dans l'abrutissement.

Tous ces désordres, effets directs de l'abus des boissons alcooliques, ne sont pas les plus redoutables, il en est d'autres plus effrayants encore, car ils se terminent presque fatalement par la mort, je veux parler de ceux que fait naître la tuberculose.

Sans nier que la tuberculose soit le résultat de l'action d'un microbe particulier sur l'économie vivante, je suis de plus en plus convaincu que cette action, semblable à celle d'autres agents, le parasite du muguet, par exemple, ne s'exerce jamais que sur un organisme prédisposé. Or, aucune circonstance n'est plus apte à favoriser cette prédisposition que les excès de boissons, ceux surtout de boissons avec essences, du moins si j'en juge d'après les nombreuses observations que je possède sur la matière. Déjà, au siècle dernier, quelques praticiens avaient observé que la phthisie, dans les campagnes, se rencontrait plus particulièrement chez les individus adonnés à des excès de boissons. Depuis trente-deux ans, je soutiens que ces excès sont une des principales causes prédisposantes de la tuberculose, et, bien des fois, j'ai eu l'occasion d'émettre ici cette opinion avec preuves à l'appui. Plusieurs de nos élèves ont consacré leur thèse inaugurale à la démontrer, et cependant, j'ai le regret de constater qu'elle n'a pas encore suffisamment frappé l'attention du corps médical et des pouvoirs publics.

L'influence des boissons alcooliques sur la tuberculose repose sur deux ordres de preuves : les phénomènes de

cette maladie chez les buveurrs, et sa fréquence chez ces mêmes individus. La phthisie du buveur offre, en effet, des caractères propres, tant par sa localisation que par son évolution. Contrairement aux données classiques qui fixent cette localisation au sommet gauche et en avant, ce qui est exact pour la phthisie qui résulte d'une aération ou d'une alimentation insuffisantes, la tuberculose du buveur se fixe au sommet droit et en arrière, sous forme de granulations produisant une diminution de l'élasticité à la percussion. Le mal se ralentit généralement à la suite d'une première poussée, accompagnée parfois d'hémoptysies, et si le buveur avait le bon esprit de cesser ses mauvaises habitudes et de s'alimenter d'une façon convenable, il guérirait le plus souvent. Par malheur, il en est rarement ainsi, une seconde, puis une troisième poussée surviennent et la maladie, d'abord peu inquiétante, prend tout à coup une gravité des plus grandes par l'extension et la dissémination des tubercules.

Dans quelques cas, ceux-ci se généralisent d'emblée, et même alors il n'est pas impossible qu'ils s'arrêtent dans leur évolution, comme nous l'a démontré l'examen de sujets morts de pneumonie ou de cirrhose hépatique, dont les poumons renfermaient des granulations disséminées et pigmentées, en voie de rétrocession. Chez quelques buveurs, la tuberculose envahit concurremment les poumons, le péritoine, les méninges et tue avec rapidité, principalement les porteurs aux halles, les tonneliers et les camionneurs. Dans tous les cas, les alcools et les essences, d'une part, en diminuant les combustions organiques, d'autre part, en s'éliminant par les poumons, créent tout à la fois une prédisposition générale et une prédisposition locale qui fournissent au bacille de la tuberculose un terrain propre à son développement.

Ces prédispositions, dont le rôle est si important dans la genèse et l'évolution tuberculeuses, ne sauraient trop attirer notre attention. Certes, je suis loin de nier l'utilité de l'inspection des viandes et des aliments, en général, la nécessité de faire bouillir le lait, dans quelques circonstances, et, pourtant, il me faut reconnaître que ces moyens prophylactiques sont bien peu de chose comparés aux effets que produiraient une sérieuse inspection des boissons alcooliques et des efforts constants pour en diminuer la consommation C'est là ce qui depuis longtemps m'a conduit à dire que la prophylaxie de la tuberculose devait se faire au Corps législatif. Notre législation, en effet, est impuissante à ce point de vue, puisque la consommation des boissons alcooliques, celle des boissons avec essences en particulier, s'accroît dans des proportions tellement considérables qu'il y a lieu, aujourd'hui, d'avoir des craintes sérieuses pour l'avenir, non seulement de notre cité, mais même de notre pays.

Ayant remarqué, depuis plusieurs années, dans mon service hospitalier, une augmentation notable des cas d'absinthisme chronique, tandis que l'alcoolisme restait stationnaire, je priai M. le Directeur des contributions indirectes de vouloir bien me faire savoir si les statistiques de son administration confirmaient mon observation. Avec une obligeance dont je ne puis trop le remercier, M. Catusse me fit parvenir, en 1890, un premier tableau qui a été inséré dans nos *Leçons cliniques* (Paris, 1891) et, tout dernièrement, il m'a envoyé, sur la demande que je lui avais faite à nouveau, un second tableau statistique des plus inquiétants.

Ce tableau démontre, avec netteté, que la consommation de l'absinthe et des boissons similaires progresse chaque année dans des proportions considérables, car, au lieu de 57,732 hectolitres frappés d'octroi en 1885, nous trouvons 129,678 hectolitres en 1892 Par conséquent, la consommation de l'absinthe, dans la ville de Paris, a plus que doublé dans l'espace de sept années et ce qu'il y a de plus effrayant, c'est de voir que l'élévation du taux de la consommation, qui jusqu'à ces derniers temps était d'environ 10,000 hectolitres par année, est montée depuis deux ans à 20,000, en sorte qu'aujourd'hui cette consommation doit dépasser 165,000 hectolitres. Vous ne serez donc pas surpris, si, dans de semblables circonstances, je me demande où va notre population, ce qu'elle peut devenir, quand sur vingt malades admis dans notre service hospitalier, il y avait environ dix intoxications, dont cinq par le vin et l'alcool et cinq par l'absinthe et similaires.

Les débitants, d'ailleurs, avouent sans ambage que l'absinthe (qui l'aurait cru!) devient une boisson à la mode, que sa consommation augmente dans une forte proportion, surtout parmi les femmes, qui, par goût, s'y trouvent naturellement portées, et chez lesquelles le besoin ne tarde pas à se faire sentir et à devenir impérieux.

Les conséquences de cette situation sont faciles à comprendre : l'absinthe n'est pas seulement la ruine de la santé, elle est encore la ruine des économies et, lorsqu'elle devient une habitude chez les deux principaux membres de la famille, celle-ci se désagrège bien vite, si elle ne s'éteint par la continuation des excès. L'extinction définitive de la famille n'est que trop souvent, en effet, la triste suite de l'abus des alcooliques, car l'observation nous a appris que le besoin contracté par un buveur se transmet presque fatalement à ses descendants, qui, tôt ou tard, succomberont aux mêmes excès. De là, ruine du travail, diminution de la richesse, de la population et, en un mot, de la puissance de la nation.

Ces funestes résultats ne seront jamais trop médités par les hommes de gouvernement auxquels incombe le devoir de veiller à la grandeur de la patrie, comme à nous médecins, celui d'être les protecteurs de la santé publique. C'est pourquoi nous venons leur demander de remédier à cet état de choses sur lequel nous ne pouvons agir qu'en donnant à nos malades des conseils trop rarement suivis.

Il m'avait semblé jusqu'à ces derniers temps que la suppression d'un certain nombre de cabarets et une élévation de l'impôt sur les boissons alcooliques pouvaient suffire à arrêter les progrès de l'alcoolisme, mais depuis que je connais mieux les effets pernicieux causés par les excès de boissons avec essences, j'en juge autrement. Ces boissons étant de beaucoup les plus funestes, à cause des huiles essentielles qui les composent, l'unique moyen d'éviter le danger est de défendre l'addition de ces huiles aux alcools, sinon d'interdire la consommation, ou, si vous préférez, la fabrication des absinthes. Cette mesure est d'autant plus importante que chaque jour, pour ainsi dire, voit naître une nouvelle liqueur avec essences que son inventeur ne manque pas de faire afficher sur les murs des villes et dans les gares de chemins de fer. Si toutes ces inventions n'ont pas un succès assuré et n'enrichissent pas leurs auteurs, un grand nombre de fortunes ne sont pas moins dues à la consommation de ces substances qui entraîne une mortalité plus grande que les plus dangereuses épidémies; et partant, à quoi bon chercher à éviter ces dernières, si, chaque jour, des fléaux plus graves naissent sous nos yeux indifférents?

Mais, j'entends dire : le moyen que vous proposez est par trop radical, car vous demandez la suppression de grandes industries qui enrichissent le pays. Non, ces industries n'enrichissent pas le pays, elles l'appauvrissent et le ruinent, car elles diminuent sa population dans une proportion incalculable. Etudiez, mes chers collègues, cette grave question avec toute l'attention qu'elle mérite cherchez à vous rendre compte du besoin rapidement

créé par l'usage des boissons avec essences, suivez le flot montant de l'absinthisme et je ne doute pas que vous ne soyez de mon avis. Alors, vous donnerez à ma faible voix un appui dont elle a grand besoin pour apporter dans l'esprit de nos hommes d Etat une conviction qui les mette à même de réaliser une grande réforme.

Le remède doit être à la hauteur du danger, et, à cet égard, nous ne pouvons rester en arrière; il y a quelque temps j'apprenais qu'une société industrielle, frappée de la non-utilisation d'un très grand nombre de plants d'absinthe, en Roumanie, s'adressa au gouvernement de ce pays, pour lui demander l'autorisation de fonder une usine pour la fabrication d'apéritifs, et ce gouvernement, avec un bon sens qu'on ne peut trop louer, refusa l'autorisation demandée.

Un confrère de la République de l'Equateur, qui a suivi nos leçons, m'apprenait aussi, il y a quelques jours, que le gouvernement de son pays s'opposait à l'entrée de l'absinthe et boissons similaires. D'autres nations, je le suppose, agissent de la même façon; mais alors, pourquoi ne pas imiter leur exemple, puisqu'il est bon? Notre intérêt et notre avenir l'exigent, telle est du moins la conviction à laquelle je suis arrivé après une étude approfondie de la question des boissons alcooliques.

Aussi, je n'hésite pas, en terminant, à formuler sous forme de vœux les propositions suivantes :

1° Réduire dans une forte proportion le nombre des cabarets.

2° Rendre aussi faible que possible l'impôt sur le cidre et la bière, sans se désintéresser entièrement de la qualité de ces boissons.

3° Imposer le vin d'une façon modérée et s'opposer aux falsifications qui peuvent le rendre nuisible.

4° Surélever l'impôt sur l'alcool de boisson et livrer à la consommation ce produit, débarrassé, autant que possible, de toutes ses impuretés.

5° Interdire la consommation des boissons généralement connues sous le nom d'amers, d'apéritifs, etc., car les huiles essentielles qu'elles renferment ont une action pernicieuse sur l'organisme humain, et comptent dès maintenant parmi les principales causes de dépopulation et d'appauvrissement dans notre pays.

NOUVELLES

Faculté des sciences. — Enseignement préparatoire au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles (n° 1, rue Rataud).

Physique. — M. P. Janet, professeur à la Faculté des sciences de Grenoble, chargé du cours, continuera ce cours le vendredi 1er mars. Il traitera, les lundis, mercredis et vendredis, de neuf à dix heures: optique, hydrostatique, pneumatique, physique moléculaire, chaleur (excepté la calorimétrie et la thermodynamique), météorologie.

M. Krouchkoll, chef des travaux pratiques, dirigera les manipulations de physique tous les jours, sauf le samedi, de une heure et demie à quatre heures et demie.

Chimie. — M. Joannis, professeur à la Faculté des sciences de Bordeaux, chargé du cours, continuera ce cours le samedi 2 mars. Il traitera, les mardis, jeudis et samedis, de neuf heures à dix heures, des métaux (suite), de la chimie organique et de la chimie analytique, analyses volumétriques, analyse organique.

M. Péchard, chef des travaux pratiques, dirigera les manipulations de chimie, les mardis, mercredis, vendredis et samedis, de une heure et demie à quatre heures et demie.

Zoologie. — M. Rémy Perrier, chargé du cours, continuera ce cours le mercredi 6 mars. Il traitera les mercredis, de dix heures et demie à onze heures et demie, de l'organisation et de la classification des vers, des mollusques et des vertébrés.

M. Fischer, chef des travaux pratiques, dirigera les manipulations de zoologie les jeudis, vendredis et samedis, de une heure et demie à quatre heures et demie.

Botanique. — M. Daguillon, maître de conférences, continuera ce cours le vendredi 1er mars. Il traitera, les lundis et vendredis, de dix heures et demie à onze heures et demie, de l'anatomie et de la physiologie végétales et de la classification des plantes vasculaires.

M. Matruchot, chef des travaux pratiques, dirigera les manipulations de botanique les lundis, mardis et mercredis, de une heure et demie à quatre heures et demie.

— MM. les docteurs Levraud, Lourties, A.-J. Martin, du Mesnil et J. Rochard sont nommés membres du conseil supérieur des habitations à bon marché institué auprès du ministère du commerce et de l'industrie.

Congrès de la Société allemande de gynécologie en 1895. — Le sixième Congrès de la Société allemande de gynécologie se tiendra à Vienne du 5 au 7 juin prochain.

Questions à l'ordre du jour :

1° La rupture de l'utérus;

2° L'endométrite.

Prophylaxie des maladies contagieuses dans les chemins de fer russes. — Sur la ligne des chemins de fer du midi de la Russie, tout individu suspecté par les voyageurs ou le personnel d'une maladie contagieuse, est immédiatement signalé au chef de train, qui est tenu d'en avertir par dépêche le médecin le plus proche. Celui-ci, après examen du malade, doit, ou bien lui faire interrompre son voyage, ou bien l'isoler dans un compartiment ou un wagon spécial que l'on désinfecte à l'arrivée.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 mars 1895.

Présidence de M. Empis.

Commissions de prix pour 1895.

Prix.	MM.
Académie	Marey, d'Arsonval, François-Franck.
Alvarenga	Sée (Marc), Hayem, Hanriot.
Barbier	Le Roy de Méricourt, Besnier, Weber.
Buignet	Riche, Schützenberger, Moissan.
Bourceret	Nocard, Nicaise, Malassez.
Buisson	Magitot, Trasbot, Laveran.
Capuron	Tarnier, Budin, Porak.
Civrieux	Mesnet, Magnan, Motet.
Chevillon	Guéniot, Potain, Périer.
Daudet	Hérard, Worms, Landouzy.
Desportes	C. Paul, Dumontpallier, Blanchard.
Godard	Verneuil, Chauvel, Berger.
Huguier	Hervieux, Péan, Le Dentu.
Hygiène de l'enfance	Lagneau, Cadet de Gassicourt, Charpentier.
Laborie	Rochard, Lannelongue, Lucas Championnière.
Laënnec	Laboulbène, Lancereaux, Straus.
Laval	Brouardel, Dieulafoy, Pinard.
Louis	Chatin Joannès, Debove, Hallopeau.
Mège	Jaccoud, Bucquoy, Duguet.
Meynot	Panas, Gariel, Javal.
Monbinne	Tillaux, Bouchard, Mégnin.
Nativelle	Planchon, Jungfleisch, Prunier.
Perron	Polaillon, Marty, Robin.
Portal	Leblanc, Cornil, Grancher.
Pourat	Duval, Laborde, Chauveau.
Ricord	Fournier, Colin Léon, Duplay.
Vernois	Proust, Vallin, Lereboullet.

Encéphalopathie grippale.

MM. Cornil et **Durante** rapportent trois observations d'accidents cérébraux curables dus à la grippe qu'ils viennent d'observer à l'Hôtel-Dieu. Les deux premières semblent calquées l'une sur l'autre, à cette exception près que la paralysie motrice siège chez l'une à droite et s'accompagne

d'aphasie, tandis qu'elle siège à gauche et sans aphasie dans la seconde. A part cette différence, mêmes symptômes: début par une céphalée intense de longue durée, puis tout d'un coup perte de connaissance, coma incomplet avec stertor qui dure trois semaines chez l'une, quatre jours seulement chez l'autre, avec hémiparésie, conservation de la sensibilité, paralysie faciale, troubles de la vision, inégalité des pupilles, paralysie des sphincters, conservation des réflexes tendineux.

Au début on pouvait se croire en présence d'une méningite aiguë, plus tard en face d'une lésion (encéphalite ou petits foyers hémorrhagiques) portant sur les centres moteurs d'un hémisphère cérébral. Il est probable, en effet, que les méninges ont été enflammées et que l'écorce du cerveau a été touchée dans ses zones motrices. Mais la guérison, lente dans le premier cas, rapide dans le second, distingue absolument ces lésions de la méningite aiguë classique ou de la méningo-encéphalite qui sont presque continuellement mortelles. La conservation de la sensibilité, la paralysie faciale, la paralysie des sphincters et les troubles profonds de l'œil distinguent ces deux premiers faits de l'hémiplégie hystérique.

Dans la troisième observation, il s'agissait d'un hystérique et l'hémiplégie s'accompagne d'hémianesthésie; mais là encore on note la paralysie faciale, l'inégalité pupillaire et une aphasie bien distincte du mutisme nerveux, en sorte que, malgré le terrain hystérique, l'encéphalopathie se distingue de celle de l'hystérie.

M. L. Colin. — Au moment où se manifeste dans notre armée la méningite cérébro-spinale dont chacun voulait trouver l'explication dans une modification de la forme des maladies coexistantes, certains observateurs, et notamment Michel Lévy, signalèrent la connexité de cette redoutable affection avec la grippe. A la gravité près, les faits signalés par M. Cornil, notamment les deux premiers, pourraient justifier cette opinion.

Tractions de la langue et insufflation.

M. Laborde répond aux objections présentées par M. Tarnier, à l'avant-dernière séance, contre l'emploi des tractions rhythmées de la langue dans l'asphyxie des nouveau-nés. Ce n'est pas moi, dit-il, qui ai discrédité le procédé de l'insufflation laryngée ; il se manifeste lui-même ; mais ce qu'il importait, c'est de montrer la supériorité des procédés d'excitation directe, déduits à la fois des données physiologiques expérimentales et de la consécration clinique.

Contrairement à l'observation de M. Tarnier, il montre que l'air expiré par l'insufflateur, du début à la fin, renferme toujours de l'acide carbonique, si bien que la présence de celui-ci, ainsi que la disparition et l'absence de l'oxygène constituent bien un danger relatif dans les conditions asphyxiques, déjà confirmées, dont il s'agit.

L'avantage des tractions rhythmées de la langue, avantage que les faits démontrent en nombre de plus en plus grand, réside surtout dans le rappel du réflexe respiratoire et de la fonction qu'il constitue; il convient de ne pas oublier que, quel que soit l'état apparent du nouveau-né en cours d'asphyxie, on peut le ranimer même un temps incomparablement plus long que celui au bout duquel l'insufflation ne peut plus donner de résultats.

M. Richelot fait une lecture sur un procédé d'hystérectomie abdominale totale.

M. Lancereaux. — (Voyez p. 109).

M. Tarnier rappelle que M. Touvenain, malgré la persistance des tractions pendant 20 minutes, n'a pu réussir à ranimer des nouveau-nés.

M. Pinard ajoute que, malgré tous ses efforts depuis deux ans, il n'a pu parvenir à obtenir un seul succès avec ce procédé, tandis que l'insufflation lui a toujours réussi. Il eût fallu que M. Laborde fit d'abord des expériences comparatives sur les animaux.

M. Guéniot ne nie pas que les tractions rhythmées ne puissent donner de bons résultats chez les nouveau-nés, mais seulement lorsque, ce qui est malheureusement trop fréquent, les médecins ne peuvent faire l'insufflation ou n'ont pas les instruments nécessaires.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 1er *mars* 1895.

Présidence de M. Broca.

Mal de Pott. Tubercules cérébraux.

M. Bouchacourt rapporte l'observation d'un enfant de 12 ans qui, au cours d'un mal de Pott lombaire, fut pris de céphalée, de parésie des membres inférieurs et de troubles de la vision. L'examen ophthalmoscopique permit de constater une double névrite optique.

A l'autopsie, on constata un mal de Pott, avec gros abcès par congestion, au niveau de la région lombaire ; l'aorte était comprimée et présentait des inflexions multiples ; les troubles circulatoires qui en résultaient expliquent peut-être les phénomènes paralytiques observés ; phénomènes que l'on ne peut rattacher à la compression de la moelle qui semblait saine. Les troubles de la vision étaient dus à la présence dans la partie antérieure des couches optiques de tubercules multiples ; il n'y avait pas de tubercules dans l'écorce du lobe occipital et pas de méningite de la base.

Anévrysme du cœur.

M. Gouget montre un volumineux anévrysme du cœur, trouvé à l'autopsie d'une femme de 60 ans, qui n'avait présenté pendant la vie ni arhythmie, ni bruit de souffle; la dyspnée et la cyanose pouvaient seules faire penser à une lésion cardiaque. M. Gouget rappelle qu'il a déjà présenté à la Société, il y a deux ans, un observation d'anévrysme du cœur ; dans ce cas, bien que le cœur présentât quelques adhérences avec le péricarde, en raison de l'athérome des coronaires qui était très manifeste, il avait attribué l'anévrysme a cette dernière cause. Dans le cas présent, il n'y avait pas d'athérome des coronaires, mais endocardite ancienne et surtout péricardite, ayant déterminé des adhérences avec le myocarde précisement au point ou siégeait l'anévrysme. Il semble donc que les adhérences péricardiques puissent jouer un rôle aussi bien que l'athérome des coronaires dans la genèse des anévrysmes du cœur.

Fernand Bezançon.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 *février* 1895.

M. le président donne lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Alph. Guérin, président de la Société, et la séance est levée, après que M. Albarran a présenté une malade à laquelle il a pratiqué la laparotomie pour plaie abdominale avec lésion viscérale (rapporteur M. Pozzi).

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 23 *mars* 1895.

Présidence de M. Chauveau.

La période d'incubation dans l'empoisonnement par les toxines.

MM. Guinard et **Arthaud** ont fait des recherches sur la période latente de l'empoisonnement consécutif à l'injection intra-veineuse des toxines du pneumo bacillus liquefians bovis. Ils ont constaté que les animaux présentent immédiatement après l'injection de l'affaiblissement et de l'accélération du cœur, de l'abaissement de la tension sanguine, une exagération du péristaltisme intestinal. Tous ces phénomènes dont l'intensité fait craindre la mort de l'animal s'apaisent au bout de quelque temps, et quelques heures quand l'animal parait complètement rétabli, apparaissent les phénomènes d'empoisonnement qui peuvent amener la mort.

Urée dans le sang.

M. Kauffmann après avoir constaté que le procédé de dosage de l'urée du sang, indiqué par Grehant, présente

toutes les garanties désirables, a étudié le sang des animaux auxquels il avait coupé le bulbe de la moelle épinière. Dans les deux cas il a pu constater une accumulation de l'urée dans le sang. La quantité d'urée est plus grande dans le sang des animaux auxquels on avait coupé le bulbe que chez ceux qui avaient subi la section de la moelle. Cette accumulation est due à l'arrêt d'élimination de l'urée par les reins, l'urée continuant à être fabriquée par l'organisme après la section de la moelle.

Dans une seconde série d'expériences M. Kauffmann a voulu voir si le muscle fabrique ou non de l'urée pendant le travail. A cet effet, il a examiné chez le cheval en train de manger, le sang qui entre dans le muscle masséter et le sang qui en sort. L'examen montra que la quantité d'urée était sensiblement égale dans le sang artériel et dans le sang veineux. M. Kauffmann en conclut que le muscle en travail ne fabrique pas d'urée.

Morphologie du sang dans la cyanose chronique.

M. Vaquez. — J'ai rapporté il y a deux ans à la Société de biologie des faits relatifs à l'augmentation du nombre des globules rouges dans la cyanose chronique. Des observations publiées dans ces derniers temps par MM. Marie, Hayem, Variot et Richardière et par Bauholzer montrent que, comme je l'avais annoncé après Krehl, l'hyperglobulie est un phénomène habituel de la cyanose chronique.

J'ai recueilli moi-même huit faits nouveaux qui viennent en confirmer la réalité. Dans l'un deux, observé à plusieurs années de distance, j'ai pu me convaincre que l'hyperglobulie était progressive, le chiffre des globules ayant monté en quatre ans de 5.800.000 à 6.300.000 (1).

D'autre part, on a noté aussi la richesse exagérée du sang en hémoglobine, l'augmentation de la densité et de l'alcalinité du sang, mais on n'a pas signalé un phénomène spécial sur lequel je veux appeler l'attention : c'est l'augmentation progressive du diamètre globulaire. Dans les cyanoses chroniques, liées aux affections congénitales du cœur, les seules que j'aie en vue aujourd'hui, le diamètre globulaire moyen augmente progressivement pour présenter, chez les malades âgés, une exagération manifeste et constante.

Si l'on emploie pour ces évaluations le procédé indiqué par M. Malassez et qui est seul capable de nous donner des résultats exacts et comparables, on voit que la moyenne du diamètre globulaire atteint 8 μ, 8 μ 20, 8 μ 50.

Les auteurs qui ont comparé l'augmentation du nombre des globules chez les cyanotiques à celle constatée chez les sujets qui montent dans les hautes régions, ne nous ont pas renseignés sur le diamètre globulaire de ces derniers. Il est intéressant de voir que l'organisme possède des moyens multiples de se défendre contre les phénomènes qui résultent de la cyanose chronique.

L'hyperglobulie en est un, l'augmentation du volume globulaire en est un autre, et non moins efficace. Elle contribue à augmenter, dans de notables proportions, la surface de la masse sanguine et à faciliter les échanges gazeux entravés d'autre part.

L'augmentation du diamètre des globules peut aussi nous rendre compte d'une anomalie non encore expliquée. Lorsqu'on évalue par la méthode colorimétrique le taux de l'hémoglobine, on trouve que celui-ci a subi un accroissement qui dépasse l'augmentation corrélative du nombre des globules. Il semble y avoir de l'hémoglobine en trop, quel que soit le chiffre de l'hyperglobulie. Cette différence peut s'expliquer, croyons-nous, par cet agrandissement globulaire dont on n'avait pas parlé jusqu'à ce jour et qui doit entrer en ligne de compte dans l'évaluation des résultats.

M. Lapicque. — J'ai examiné dans le service de M. Marie le malade auquel M. Vaquez a fait allusion.

Le chiffre de ses globules était très notablement exagéré, mais je crois qu'il n'atteint pas celui qui a été publié. De nouveaux examens m'ont, en effet, convaincu que le chiffre de 7,900,000 était certainement trop fort.

Le dosage du fer que j'ai pratiqué m'a montré une richesse en hémoglobine exagérée et non en rapport avec l'hyperglobulie. Cette différence s'accroît encore si l'on tient compte de la réserve que je viens de faire relativement au chiffre de globules.

D'autre part, les examens pratiqués avec l'hématocrite montrent une exagération certaine dans le volume globulaire. Ces phénomènes sont donc bien en rapport avec l'altération décrite par M. Vaquez et peuvent parfaitement s'expliquer par elle.

M. Chassevant dépose une note sur l'*influence des métaux sur la fermentation lactique.*

M. Raphaël Dubois envoie une note sur le *sommeil hibernal de la marmotte.*

R. Romme.

(1) Appareil de Malassez.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 1er mars 1895.

Présidence de M. d'Heilly.

Observations sur les modifications de la température et du pouls consécutives aux injections du sérum antidiphthérique.

M. Variot. — Les enfants suspects de diphthérie qui entrent à l'hôpital Trousseau reçoivent à leur entrée une injection de 20 cm. c. de sérum antidiphthérique. Or, différents auteurs ont déjà insisté sur un certain nombre d'accidents qui surviennent à la suite du traitement par le sérum de Roux. On a noté des éruptions, de l'albuminurie, des modifications de la température et du pouls; mais ces symptômes avaient paru difficiles à différencier de ceux qui appartiennent à la diphthérie propre, si bien que certains auteurs les avaient même attribués exclusivement à cette affection. L'observation des jeunes enfants qui ont été inoculés par précaution et qui n'ont jamais présenté de bacille de Lœffler nous a paru convenable pour étudier sur eux les effets dus au sérum. Or dans plus de la moitié des cas la température s'est élevée d'un degré et même plus immédiatement après l'injection; en même temps on observe la rapidité des mouvements du cœur. Souvent le pouls et la température sont dissociés, et le pouls reste accéléré malgré une descente de température. Cette accélération se maintient de 2 à 3 jours.

Je me demande si cette hyperthermie, cette accélération du pouls et cet éréthisme cardiaque ne jouent pas un rôle important dans le mécanisme physiologique de l'action du sérum antidiphthérique. *A priori*, il est permis de supposer que l'antitoxine que nous manions dans le sérum immunisé n'est qu'une toxine transformée; les accidents que l'on observe chez les enfants inoculés ressemblent d'ailleurs à ceux qui avaient été décrits dans la diphthérie même. La chute des membranes correspond à l'élévation thermique et à l'accélération des battements du cœur. Quand la chute des membranes a eu lieu, on constate que la gorge a un aspect livide, turgescent; peut-être l'antitoxine aurait-elle localement une action vaso-dilatatrice qui favoriserait la chute des produits membraneux?

En résumé, nous croyons que les symptômes imputables à l'antitoxine même sont trop sérieux pour que l'on puisse recommander les injections de sérum comme moyen prophylactique.

M. Rendu. — Je ne conteste nullement les observations si probantes de M. Variot, mais je pense toutefois que ses conclusions sont un peu excessives, au moins en ce qui concerne les adultes. J'ai eu pour ma part à traiter trois adultes atteints de diphthérie, et je n'ai pas observé d'élévation de température à la suite des injections; les trois malades ont d'ailleurs guéri.

M. Sevestre. — J'ajouterai seulement à ce qu'a dit M. Variot que les modifications qu'il rapporte peuvent ne se montrer qu'à la seconde injection, ainsi que je viens de l'observer chez un de mes élèves.

M. Achard lit une note de MM. Couton, pharmacien-major de 2e classe, et Gasser, médecin aide-major de 1re classe, sur la recherche et la présence de l'albumine dans les urines des enfants soumis aux injections de sérum antidiphthérique.

A propos de la communication de M. Fernet sur la nature des pleurésies.

M. Catrin. — Je crois devoir m'associer aux réserves faites par M. Netter, à l'occasion de l'intéressante communication de M. Fernet. Les résultats auxquels arrive M. Kelsch s'écartent d'ailleurs sensiblement de ceux de notre collègue de Beaujon. Tandis que, pour M. Kelsch, les 70 à 75 0/0 des pleurésies primitives sont tuberculeuses; pour M. Fernet, 15 0/0 seulement reconnaîtraient cette origine. Dans sa communication de notre dernière séance, l'auteur a pu retrouver le microbe pathogène de la pleurésie dans 70 0/0 des cas; j'avoue avoir été moins heureux; mais d'autre part, il ne faudrait pas conclure du fait d'une inoculation négative chez un animal à ce que le liquide injecté ne contenait pas de bacilles de Koch, car on a vu des inoculations échouer alors que le microscope révélait des microbes de la tuberculose dans le liquide injecté. Néanmoins, nous ne saurions trop féliciter M. Fernet d'avoir remis la question à l'ordre du jour, car, au point de vue médico-légal, la nature des pleurésies est une question fort intéressante pour le médecin militaire qui doit statuer sur la nécessité de réformer un soldat atteint de pleurésie.

Note sur 179 enfants entrés au service d'isolement de diphthérie à l'hôpital Trousseau du 1er au 25 décembre 1894.

MM. Sevestre et Meslay. — Nous venons compléter les statistiques que nous avions commencé de publier il y a quelque temps.

Sur 150 enfants reconnus diphthériques à la suite d'examen bactériologique traités par le sérum antitoxique, nous avons observé 135 guérisons et 15 morts; ce qui fait une mortalité de 10 0/0. Si nous retranchons de ce chiffre le nombre des enfants morts dans les 24 premières heures après leur entrée à l'hôpital, nos décès ne se seront élevés qu'à 6,6 0/0, ce qui est un résultat évidemment fort satisfaisant. Nous l'attribuons en partie à ce que nous avons pu isoler les différentes variétés de diphthérie, et éloigner notamment les diphthéries hypertoxiques des diphthéries simples. Je ne saurais trop insister sur cet isolement, et, ainsi que je l'ai dit plusieurs fois, il serait à souhaiter que l'administration nous procurât le moyen de le faire dans une plus large mesure.

Tout en proclamant bien haut l'excellence du sérum antidiphthérique, nous nous permettrons cependant de faire quelques remarques au sujet de son emploi. Tout d'abord, l'expérience nous a montré que tous les sérums n'avaient pas une valeur antitoxique égale, et nous serions obligés aux préparateurs de l'Institut Pasteur de nous indiquer en livrant le sérum sa valeur antitoxique. Il ne faut pas, au début d'une diphthérie, employer des doses trop fortes. Celles que nous avons injectées oscillaient entre 10 cm. c. et 50 cm. c. comme doses totales. Il faut se régler dans le traitement d'après l'âge des malades, la gravité du cas, la température, l'albuminurie, etc.; toutefois nous tenons à dire que ce dernier symptôme est loin d'être pour nous une contre-indication; nous avons vu des enfants arriver avec de l'albuminurie marquée, et en être débarrassés après quelques jours de traitement.

Nous mettions tout à l'heure en garde contre un emploi intempestif de sérum antitoxique; il arrive en effet qu'après une première injection on voit survenir de la fièvre; il ne faut pas se hâter dans ce cas d'augmenter les doses de sérum; car l'hyperthermie est due souvent à l'injection elle-même; et ce serait évidemment une faute de thérapeutique d'en augmenter les doses.

Nous avons observé très attentivement l'évolution des fausses membranes. Au bout d'un temps variable après l'injection, on voit les membranes passer du gris au blanc lisse; puis elles se recroquevillent sur les bords et sont expulsées; le plus souvent, la détersion se fait dans les 24 ou 36 heures qui ont suivi l'injection, mais quelquefois elle se fait attendre trois ou quatre jours; il n'est pas rare de voir les membranes être ramenées en nappe par les lavages. Les adénopathies disparaissent également d'une façon très rapide. Quand par hasard elles persistent ou se reproduisent, elles sont une indication pour une nouvelle injection; il en est de même de l'augmentation ou du maintien de la température, à la condition de s'être bien assuré que l'hyperthermie ne tient pas à une autre cause qu'à la diphthérie.

Le séjour des enfants à l'hôpital se trouve notablement abrégé; cependant nous devons dire que nous avons été obligé de les renvoyer trop souvent dans leur famille avant que nous l'eussions voulu.

C'est là un fait regrettable auquel nous avons été poussé par l'encombrement.

Quant aux quelques cas de paralysie que nous avons observés, nous avons été frappés de la précocité de leur apparition.

Un mot encore sur la trachéotomie et le tubage. Jusqu'au mois de décembre, nous avions fait exclusivement usage de la trachéotomie, à cause de notre inexpérience du tubage. Mais depuis cette époque nous avons eu recours aux deux procédés. C'est dans les 24 premières heures qui ont suivi l'injection qu'il faut attentivement surveiller les enfants; il est rare que des accidents de suffocation débutent après cette époque. Dans les cas où l'état général du malade est très bas, on ne saurait avoir recours à un autre moyen que la trachéotomie; mais dans toute autre circonstance, le tubage me paraît être au début le procédé de choix, quitte à recourir à la trachéotomie si l'enfant rejette le tube ou que des accidents quelconques empêchent son maintien. Nous rappellerons en terminant que, grâce à l'efficacité de la sérumthérapie, la canule ou le tube peuvent être enlevés très rapidement; les fausses membranes ne se reproduisent pas, et la plaie trachéale se cicatrise rapidement.

M. Variot. — Les statistiques de M. Sevestre sont excellentes, mais il s'agit du mois de décembre; celles des deux derniers mois sont-elles aussi heureuses?

M. Sevestre. — J'avoue que mes résultats ont été moins brillants, mais ces jours-ci ils paraissent redevenir plus favorables.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Séances des 8 et 22 février 1895.

Sérothérapie de la diphthérie.

M. Saint-Philippe parle du service diphthéritique de l'hôpital des Enfants. Depuis le 1er janvier 1895, on a eu à soigner quinze enfants atteints soit d'angine, soit de croup. Jusqu'à l'heure actuelle, on n'a eu à déplorer aucun décès grâce aux injections de sérum antitoxique. Cependant il y a lieu d'émettre un pronostic réservé relativement à des enfants apportés beaucoup trop tard et qui se trouvaient dans un mauvais état de santé.

Quatre des enfants ont dû être trachéotomisés, malgré les injections de sérum, en raison des symptômes d'asphyxie qu'ils présentaient au moment où on les a apportés.

Un enfant a expulsé, sous l'influence de l'injection, un véritable arbre de fausses membranes.

Dans presque tous ces cas, l'examen bactériologique a révélé que le bacille de la diphthérie n'était associé à aucune autre espèce microbienne.

Le traitement de ces enfants par le sérum a présenté quelques particularités, telles qu'érythème, fièvre, complications pulmonaires, etc.

M. Raulin rapporte un cas de guérison de croup par les injections de sérum.

Il s'agit d'un enfant de trente mois, présentant des signes de croup grave. Il y avait du jetage et du tirage, de l'engorgement des ganglions rétromaxillaires; la voix était éteinte et la toux rauque.

La première injection (20 c. c.) de sérum antitoxique du docteur Ferré fut faite à cinq heures du soir, dans la région lombaire gauche. L'ensemencement des tubes de sérum gélatiné fut pratiqué en même temps.

Le lendemain matin (quinze heures après la piqûre), le tirage avait très notablement diminué, l'enfant rendait des fausses membranes longues de cinq à six centimètres. Aucun accident local au niveau de la figure, mais réaction fébrile intense. Le même jour à cinq heures du soir, le tirage avait

complètement disparu. La respiration était facile; l'enfant continuait à expectorer des fausses membranes. L'état général hésitait à s'améliorer franchement. Une nouvelle injection de sérum (10 c. c. seulement) fut faite; elle fut suivie d'une nouvelle réaction fébrile dans la nuit.

Le lendemain l'état général s'était bien détendu et l'on pouvait considérer l'enfant comme hors de danger. La gaieté était revenue. Aucune piqûre ne fut faite ce jour-là; la journée et la nuit furent bonnes. Le surlendemain, une dernière injection de 10 c. c. fut pratiquée à onze heures du matin. La réaction fébrile dura douze heures. Mais elle fut le signal d'une amélioration considérable qui dura jusqu'au sixième jour après la première injection. Ce jour-là apparut une éruption ortiée douloureuse, d'abord localisée aux plis de flexion des membres, puis généralisée à tout le corps : il y eut simultanément de la fièvre. Cette éruption dura quatre jours, puis tout rentra dans l'ordre.

Après une accalmie de trente-six heures, une nouvelle éruption, celle-ci scarlatiniforme, apparut sur les quatre membres. Des membres, elle se porta sur le tronc et la face, où elle prit une grande intensité et s'accompagna d'un anasarque tellement intense que pendant trois jours l'enfant put à peine ouvrir les yeux. Simultanément, il y eut de la fièvre et les urines devinrent très chargées en urates. Une première analyse ne révéla pas de traces d'albumine.

Sous l'influence du régime lacté et de la quinine, les accidents s'apaisèrent et, dix-huit jours après la première injection, l'enfant était complètement guéri. Une deuxième analyse de l'urine a révélé des traces infinitésimales d'albumine.

Traitement thyroïdien du myxœdème congénital.

M. Régis présente à la Société une jeune fille de treize ans, atteinte de myxœdème congénital, qu'il a déjà montrée avant de commencer le traitement par les tablettes de corps thyroïdien.

Après deux mois de ce traitement, consistant en une demi-pastille de 10 centigrammes, cette enfant accuse certains changements : au-dessus de cette dose on a observé de la tachycardie et de l'élévation de température jusqu'à 40°.

La taille a augmenté de 2 cent. 5 et atteint 98 centimètres. Le poids a diminué de 1,650 grammes; la face est moins bouffie: les cheveux sont plus souples; les yeux ne sont plus enfoncés, ni cernés; l'évolution de la dentition a donné lieu à l'apparition de quatre molaires.

Le périmètre abdominal a diminué de plusieurs centimètres, l'ensellure lombaire est moindre et l'ensemble du corps s'est redressé; les jambes et les pieds ont maigri. La marche est plus légère. Elle peut courir.

Les mains sont moins bouffies. Elles ne sont plus cyanosées, mais plus chaudes. La peau n'est plus sèche, ni rugueuse. Le cou n'est plus une masse globuleuse, mais montre des détails anatomiques.

On ne trouve toujours pas de traces du corps thyroïde. La voix est toujours gutturale, mais plus prompte.

L'intelligence s'est réveillée. Elle s'amuse avec d'autres enfants. Elle peut répéter quelques phrases de catéchisme.

Tels sont les progrès réalisés après deux mois de traitement. Il est permis d'assurer qu'ils s'accuseront encore, mais on ne peut préciser l'étendue de ces changements.

M. Arnozan a fait suivre ce traitement à une jeune fille de vingt-deux ans, idiote. Il a constaté certaines modifications à celles signalées par M. Régis :

Diminution du poids de 95 kilos à 88, réveil de l'intelligence, établissement de la menstruation, etc.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 27 *février* 1895.

Imperforation congénitale des points lacrymaux.

M. Lafite-Dupont présente une jeune malade atteinte d'imperforation des points lacrymaux. Du côté gauche, l'absence des points lacrymaux est absolue en haut comme en bas; à droite le point lacrymal existe seul.

Ce fait considéré comme d'origine congénitale paraît être héréditaire, ainsi que le pense M. Lagrange. Sa mère a toujours été larmoyante; le père de celle-ci, durant toute sa vie, a été affecté du même larmoiement.

Un jeune frère de la malade a été opéré pour un kyste congénital du sac lacrymal. Ce fait d'hérédité directe et collatérale est intéressant.

Concrétion calcaire dans la rate.

M. Laroche présente une concrétion calcaire trouvée dans la rate d'un malade mort cardiaque dans son service. Cette pierre était entourée d'une enveloppe fibreuse.

Dans la vésicule biliaire du même individu il a trouvé des calculs biliaires volumineux; la vésicule avait des parois épaisses et ratatinées, elle contenait un liquide clair n'ayant aucun des caractères extérieurs de la bile.

M. Cassaët fait remarquer que c'est la le fait le plus fréquent au cas de calculs biliaires. Dans le cas de cancer de la vésicule, au contraire, celle-ci est fortement distendue et remplie de bile.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MEDICALES DE LYON

Séance du 20 *février* 1895.

Présidence de M. Colrat.

Globules du sang.

MM. Barjon et **Regaud**, internes des hôpitaux, font une communication sur un nouveau procédé pour la numération des globules du sang. Ils ont employé le sérum de Malassez, coloré par le violet de gentiane, suivant les proportions suivantes : sérum de Malassez, 50 cc., solution alcoolique de gentiane à 5 0/0, V gouttes.

Ce procédé, facile à employer, rapide, permet de faire la numération des globules blancs et des globules rouges et d'établir leurs rapports.

Tuberculose aiguë.

M. Josserand présente les pièces macroscopiques d'une femme atteinte de tuberculose aiguë, morte par suite d'endocardite aiguë.

Cette malade était entrée dans son service il y a cinq mois avec un souffle intense au cœur, de la fièvre et de la splénomégalie; il diagnostiqua une endocarte aiguë. Après quelques semaines il trouva des craquements sous la clavicule droite. C'était donc une valvulaire banale qui se tuberculisait.

Elle est morte par suite d'asystolie.

A l'autopsie il trouva une tuberculose aiguë du sommet droit; au cœur une endocardite végétante qui avait sectionné les tendons de la valvule mitrale et celle-ci était appliquée contre l'endocarde de l'oreillette.

Cette autopsie est intéressante à cause de la coexistence, excessivement rare, d'une endocardite vraie et de la tuberculose pulmonaire, et à cause de la longue durée de la maladie. Elle est un argument qui milite contre l'antagonisme établi par Rokistanski entre la tuberculose et les maladies du cœur.

Quant à la nature de la lésion endocardique, il peut affirmer que l'examen bactériologique des pièces fraîches a été négatif. Un examen des pièces durcies et des inoculations seront faits.

De la marsupialisation péri-pédiculaire du moignon des fibromes utérins.

M. Laroyenne. — Dans le traitement des fibromes utérins plus ou moins volumineux et intra-ligamenteux, justiciables de l'hystérectomie abdominale, on se préoccupe à bon droit de la blessure de la vessie et des uretères, des hémorrhagies et de l'infection péritonéale, résultats de la présence d'un moignon pédiculaire. Pour prévenir ce dernier accident, les uns, avec Bardenheuer et Martin, enlèvent l'utérus complètement, y compris sa portion cervicale intra-vaginale, sup-

primant ainsi tout pédicule. Cette opération est, chez quelques malades, des plus laborieuses, elle expose alors à la blessure de la vessie et des uretères.

D'autres, avec Hégar, isolent le pédicule de la cavité péritonéale en suturant la séreuse qui le recouvre à la séreuse pariétale au-dessous de la ligature élastique.

Ce procédé ingénieux n'empêche pas toujours le moignon de descendre profondément en faisant, par son retrait, céder les sutures et disparaître les avantages de la gouttière péripédiculaire, ou bien les sutures résistent et c'est sur la vessie et ces uretères que s'exerce la traction d'un moignon trop court pouvant déterminer des troubles urinaires.

Enfin, dans cette méthode, le pédicule, quoique extérieur à la cavité péritonéale, est en contact immédiat avec une portion de péritoine dont l'inflammation peut se propager profondément. J'ai pensé qu'il était possible de supprimer l'éventualité de ces divers accidents en procédant comme il suit : Incision étendue de la paroi de l'abdomen pour découvrir, sans trop de difficulté, sur les côtés, les ailerons des ligaments larges qui font plus ou moins relief sur la tumeur. Pour mobiliser celle-ci, section à l'ordinaire de ces ailerons entre deux longues pinces.

On pratique alors une incision circulaire superficielle à quatre ou cinq travers de doigt au-dessus de l'insertion du cul-de-sac vésico-utérin, on dissèque et on décolle de haut en bas une couche de tissu utérin sous-péritonéal d'une épaisseur variant entre quelques millimètres et un centimètre, suivant la profondeur à laquelle on découvre un plan de décollement propice. Si ce décollement devait déterminer une trop grande perte de sang, on pourrait y parer par une ligature élastique provisoire à la base de la tumeur et extérieurement.

A ce moment on opère dans une loge extra-péritonéale et on peut décoller en avant, en arrière et sur les côtés, puis sectionner la tumeur après avoir étreint son pédicule avec un lien élastique permanent. Toutes ces manœuvres s'effectuent sans crainte d'intéresser la vessie et les uretères dont on est toujours séparé par une paroi musculaire ou séro-musculaire.

Cette paroi, constituée, comme nous l'avons vu, par la couche la plus externe de la tumeur revêtue de son péritoine pariétal, limitera une véritable poche marsupiale, au fond de laquelle le moignon, son lien élastique, sa surface cruentée seront parfaitement isolés ainsi que, sur son pourtour, les ligaments larges au niveau de leur ligature et de leur section. Il faut, bien entendu, après la réunion de la grande incision abdominale, suturer la poche à l'extrémité inférieure de cette incision pour la constituer définitivement et la séparer en cet endroit de la grande cavité péritonéale. Si, dans le cours de cette opération, la poche avait été trouée, on fermerait l'orifice accidentel par un ou deux points de suture.

A partir de ce moment on n'a plus à s'occuper de la malade ; le moignon et le lien élastique sont éliminés après 15 jours, la plaie cicatrisée au bout d'un mois. On peut à volonté sectionner vers le huitième jour le lien élastique; si on en a l'intention, des mèches de gaze sont disposées tout autour du pédicule pour empêcher les adhérences qui gêneraient la recherche du fil de caoutchouc et sa section.

Tel est le mode opératoire que j'estime inspirer le plus de sécurité pendant et après l'hystérectomie; aucun fil, aucune surface cruentée ne séjourne dans la cavité péritonéale.

Ce procédé n'a pas la prétention d'être toujours applicable; cependant j'ai eu l'occasion de le mettre en usage, six fois pendant ce dernier trimestre, à la Charité, et sans accident.

Séance du 27 *février* 1895.

Douleurs gastriques.

M. Linossier. — On sait combien est remarquable, dans les douleurs symptomatiques de l'hyperchlorhydrie, l'action analgésique du bicarbonate de soude. Quelques cliniciens en ont conclu que le bicarbonate de soude peut être utilisé pour le diagnostic de la nature de certaines manifestations gastriques douloureuses et, au malade, qui éprouve des douleurs se reproduisant régulièrement quelques heures après le repas, ils administrent du bicarbonate de soude à haute dose, et si la sédation se produit, ils concluent que la douleur est attribuable à l'hyperchlorhydrie.

Rien n'est moins justifié que cette conclusion. En réalité, le bicarbonate de soude agit comme un excellent calmant contre la plupart des malaises qui coïncident avec la fin de la digestion stomacale, quel que soit, d'ailleurs, le trouble chimique de la sécrétion.

Les malaises de la période avancée de la digestion peuvent être dus :

1° A l'action irritante du chyme (une muqueuse malade peut réagir douloureusement sous l'influence d'un chyme dont l'acidité ne dépasse pas la normale, et même lui est inférieure). Dans ce cas, le bicarbonate agit par sa double action, chimique et excito-motrice, en saturant le contenu stomacal et en hâtant l'évacuation de l'estomac.

2° A la difficulté de l'évacuation stomacale (atonie, dilatation, dislocation, gastroptose, etc.). L'action excito-motrice du bicarbonate de soude rend compte de ses bons effets dans ce groupe d'affections.

3° A la pneumatose stomacale. Cette cause est très fréquente. Dans ce cas, l'exagération brusque de la tension gazeuse intra-stomacale provoquée par le dégagement d'acide carbonique, peut amener le soulagement, en triomphant de la résistance opposée par le cardia et le pylore à l'issue des gaz.

4° A des phénomènes gastralgiques et, dans ce cas, c'est l'action anesthésique de l'acide carbonique qui semble devoir produire le soulagement.

Il ressort de cette étude une double conclusion :

1° Le fait qu'une crise douloureuse survenant quelques heures après le repas est calmée par une dose élevée de bicarbonate de soude, ne prouve pas que cette crise est attribuable à l'hyperchlorhydrie, ni même à de l'hyperacidité.

C'est pour s'être trop fié à ce caractère que certains auteurs ont exagéré notablement le nombre des hyperchlorhydriques.

2° L'action analgésique du bicarbonate de soude pourra être utilisée dans la plupart des malaises survenant régulièrement quelques heures après le repas, même quand l'ensemble des symptômes ou l'analyse chimique auront fait éliminer le diagnostic d'hyperchlorhydrie.

Parmi ces malaises éloignés du repas, on peut compter l'insomnie de certains dyspeptiques. Mes observations montrent (ce qu'a observé aussi M. Glénard) que cette insomnie est souvent supprimée par une dose assez élevée de bicarbonate de soude prise plusieurs heures après le repas du soir.

On administrera le bicarbonate de soude à des doses variables de 0,50 à 2 grammes, pour le mieux un moment avant l'heure habituelle des malaises, et on donnera une dose un peu plus tard, si les douleurs tendent à reparaître. On suivra, en somme, les mêmes règles que dans le traitement des crises hyperchlorhydriques. Il sera parfois avantageux de faire absorber le médicament avec une infusion très chaude dont l'action excito-motrice accentuera l'effet du sel alcalin. C'est la pratique suivie dans le traitement de l'hyperacidité par un certain nombre de cliniciens (Albert Robin, Renaut).

L'action analgésique du bicarbonate de soude s'épuise assez vite chez certains malades. Chez d'autres, elle est presque indéfiniment utilisable.

M. Glénard. — Les douleurs gastriques qui surviennent longtemps après le repas sont, le plus souvent, le fait d'une insuffisance absolue ou relative de la contraction de l'estomac ; l'efficacité du bicarbonate de soude, lorsque le contenu de l'estomac est acide, s'explique moins par la neutralisation des acides que par l'excitation de la motricité sous l'influence de l'excès brusque de tension provoquée par le dégagement d'acide carbonique.

Le bicarbonate de soude est un remarquable palliatif, mais son efficacité ne tarde pas à s'épuiser si l'on se borne à cette prescription ; il faut alors lui associer la magnésie et le bismuth, ce dernier dont l'action sédative, si frappante, n'a pas encore été parfaitement expliquée. L'efficacité immédiate de ces médicaments est brillante, mais un remède dont le résultat est plus durable, quoique moins instantané, c'est le sulfate de soude qui, donné à la dose de 7 grammes par jour en une fois, soit à jeun le matin, soit à 4 heures du soir, exerce une action remarquable contre les douleurs habituelles des dyspeptiques, trois heures après le repas.

L'épreuve, tirée de l'action immédiate du bicarbonate de soude contre la douleur, ne peut servir pour faire admettre l'acidité du contenu de l'estomac que si, en même temps qu'il y a suppression de la douleur, il y a un fort dégagement gazeux suivi d'éructations. Il restera à déterminer la nature de l'acide. Quant au procédé pour déterminer si le malade

est hyperpeptique ou hypopeptique, c'est celui du repas d'épreuve qui convient.

Contre l'insomnie du milieu de la nuit que M. Glénard rattache aux troubles digestifs, il a obtenu de bons résultats en donnant, au premier réveil, du bicarbonate de soude (2 g.) s'il a lieu avant minuit, du sulfate de soude (7 gr.) s'il a lieu après minuit.

C'est le régime qui est la base du traitement symptomatique des gastropathies. Avant lui viennent les agents médicamenteux qui, par action directe ou substitutive, visent à régulariser la fonction de l'intestin et du foie; en attendant que soit obtenu ce résultat, le palliatif habituel le plus précieux, dans la majorité des cas, est le bicarbonate de soude, lorsque les douleurs du dyspeptique sont dues, comme c'est le cas le plus fréquent, à l'insuffisance motrice de l'estomac. Le traitement ne sera, bien entendu, complet que lorsqu'on aura répondu à l'indication fondamentale, celle tirée de l'étiologie.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 18 février 1895.

Pronostic de l'encéphalite aiguë non suppurée.

M. Fürbringer partage l'opinion de M. Oppenheim (voy. *Mercredi médical*, 6 février) sur le pronostic de l'encéphalite aiguë. Personnellement, il a récemment observé deux cas d'encéphalite aiguë très grave, survenue après une attaque d'influenza : tous les deux ont guéri. Dans les cas où les symptômes d'encéphalite évoluent sans fièvre, il faut toujours penser à la syphilis.

M. A. Frænkel insiste principalement sur les difficultés du diagnostic différentiel. On s'appuie généralement sur l'éclosion brusque et tapageuse des symptômes. Or, il a observé des cas où les symptômes étaient ceux d'une affection chronique, d'une tumeur cérébrale, et où les malades ont guéri après une ponction lombaire qui a fait même disparaître la névrite. Il est évident que dans ces cas il ne pouvait s'agir que d'encéphalite à forme particulière.

L'encéphalite aiguë a été observée par M. Frænkel, aussi bien au cours de l'influenza ou d'autres maladies infectieuses qu'en dehors des affections fébriles. Ainsi, dans un cas, il s'agissait d'un homme de 46 ans qui, après quelques accès de vertige et de céphalalgie, tomba dans le coma. A l'examen, on trouvait une inégalité pupillaire, une exagération des réflexes tendineux, une abolition des réflexes cutanés. On pensa tout d'abord à une tumeur du cervelet, mais le malade sortit peu à peu du coma, parut se rétablir, mais fut repris de convulsions épileptiformes. Pendant un de ces accès, il tomba de nouveau dans le coma, pendant lequel on trouva une paralysie avec abolition des réflexes cutanés et ophthalmoplégie bilatérale externe. Ce malade finit par quitter l'hôpital au bout de six mois, dans un état relativement satisfaisant, en présentant les phénomènes suivants : ataxie des membres inférieurs, exagération des réflexes, force musculaire et sensibilité normales, ophthalmoplégie externe. Il persiste par conséquent chez ce malade une lésion dans la région des tubercules quadrijumeaux.

Dans un autre cas analogue que M. Frænkel a observé, l'affection a été caractérisée par une hémiparésie gauche, par un affaiblissement de la moitié droite du corps avec ophthalmoplégie du même côté. La lésion devait siéger à droite. Le malade, un garçon de 19 ans, finit par guérir.

M. Kœster rapporte l'observation d'un homme de 30 ans traité par Pagenstecher pour une affection oculaire. A l'examen du malade M. Kœster trouva, en 1894, une paralysie faciale d'origine centrale et admit l'existence d'une lésion de la protubérance, d'autant plus qu'à côté de cette paralysie il n'existait qu'une exagération du réflexe rotulien. Peu de temps après le malade fut pris, après un accès de coma, d'une paralysie progressive des membres et de l'hypoglosse du côté droit. Bien qu'il n'y eût pas d'antécédents syphilitiques, on ordonna des frictions mercuriellles sous l'influence desquelles la paralysie faciale parut rétrocéder.

Les antécédents de ce malade étaient assez curieux. On apprit notamment que l'affection actuelle datait de 1887, époque à laquelle le malade fut pris de coryza intense avec érythème noueux. L'éruption revenait tous les quinze jours environ et s'accompagnait de fièvre et de frissons, puis disparaissait au bout de quelques jours. En 1889, l'éruption d'érythème noueux fut suivie d'une irido-kératite, puis de glaucome hémorrhagique ayant nécessité l'énucléation de l'œil gauche. En 1892, première attaque d'encéphalite sous forme d'accès épileptiformes avec surdité du côté droit, anesthésie incomplète de la moitié droite de la face et du bras droit et marche incertaine.

Lorsque Pagenstecher vit le malade, il trouva une irido-kératite de l'œil droit avec atrophie partielle de la rétine.

Le traitement mercuriel ayant échoué, M. Kœster, en prenant en considération le début de l'affection et les poussées périodiques d'érythème noueux, institua le traitement par la quinine, qui sembla agir fort bien. Malheureusement le malade dut retourner dans son pays, en Angleterre, et fut perdu de vue.

M. Treitel fait observer jusqu'à quel point il est souvent difficile de faire le diagnostic différentiel entre l'abcès cérébral d'origine otique et l'encéphalite.

M. Jurgens a fréquemment observé, chez des enfants atteints de pemphigus, des suppurations de la rate, du foie et du cerveau.

Séance du 25 février 1895.

Sténoses et adhérences du pharynx et du larynx d'origine syphilitique.

M. Heymann. — Les rétrécissements du larynx et du pharynx d'origine syphilitique ne sont pas rares à la période tertiaire. Presque toujours les formations fibreuses qu'on trouve dans ces cas se produisent aux dépens de gommes.

Rétrécissement et adhérences peuvent occuper les diverses parties du naso-pharynx et du larynx. Pour ce qui est des adhérences, elles se forment rarement. M. Heymann n'en a observé que sept cas, dont quatre cas avec occlusion complète de ces cavités.

Plus fréquentes sont les adhérences entre les cavités nasales et la cavité bucco-pharyngienne. La forme que l'on rencontre le plus souvent est l'adhérence du voile du palais à la paroi postérieure du pharynx, avec rétraction ultérieure du tissu cicatriciel. Le rétrécissement qui en résulte varie avec l'étendue des adhérences. Dans les dix-sept cas de ce genre observés par M. Heymann, l'occlusion a été complète; seulement dans sept cas les effets de cette occlusion étaient amoindris par des perforations qui ont eu lieu au-dessus des adhérences.

Dans d'autres cas observés par M. Heymann, la soudure du voile du palais à la paroi postérieure du pharynx n'était pas complète : tantôt le pilier postérieur d'une amygdale était seul soudé au pharynx, tantôt il existait en même temps une soudure d'une partie de la luette, etc. Du reste la luette était fréquemment détruite.

Fréquemment les adhérences présentent des épaississements en bride. Dans plusieurs cas les parois du pharynx sont devenues saillantes par la production d'un tissu conjonctif. Presque toujours à côté des brides et des adhérences, on trouve en même temps des ulcérations récentes. Dans cinq cas, M. Heymann a pu suivre la transformation des ulcérations gommeuses en tissu cicatriciel.

Dans un cas M. Heymann a observé la formation, à la partie inférieure du pharynx, d'un véritable diaphragme avec trou central qui dans deux cas laissait à peine passer une grosse sonde.

Les sténoses syphilitiques du larynx sont encore plus compliquées que celles du pharynx. La plupart des rétrécissements cicatriciels se trouvent à la hauteur des cordes vocales. Deux fois M. Heymann a observé un épaississement de l'épi-

glotte, quatre fois des brides membraneuses au-dessous des fausses cordes vocales. Dans huit cas il a pu suivre pas à pas la formation de ces membranes sans arriver à arrêter le processus. Le plus souvent ces membranes présentent un orifice situé vers la paroi postérieure du larynx. Souvent le larynx est tellement déformé que la membrane a une configuration irrégulière, soude les fausses cordes vocales aux vraies ou bien attache l'épiglotte à la paroi latérale du pharynx.

Le traitement spécifique est sans prise sur le processus. Le mieux, c'est d'attendre la formation du tissu cicatriciel et de traiter ensuite la sténose par la dilatation progressive. La dilatation brusque ne peut se faire sans la trachéotomie.

M. Lewin pense que dans tous ces cas il faut établir le diagnostic différentiel entre la syphilis, la tuberculose, scrofulose ou lupus. Dans les cas d'origine syphilitique, les injections sous-cutanées de mercure réussissent souvent à arrêter le processus.

M. Gerhardt insiste également sur les difficultés de diagnostic différentiel, surtout quand il s'agit de distinguer les ulcérations gommeuses des ulcérations syphilitiques.

M. Lublinski établit une distinction très rigoureuse entre les modifications du larynx par infiltration gommeuse et celles produites par une périchondrite qui se manifeste par une tuméfaction œdémateuse pouvant nécessiter la trachéotomie d'urgence. Par contre, les infiltrations gommeuses traitées dès le début cèdent rapidement au mercure et ne sont pas suivies de sténose.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 20 *février* 1895.

Laparotomie vaginale pour grossesse extra-utérine.

M. Dührssen présente une malade à laquelle il a fait, il y a 11 jours, une laparotomie vaginale pour une grossesse ovarique. Le fait seul de la malade pouvant se rendre à la Société 11 jours après l'opération montre suffisamment les avantages de la voie vaginale.

Sur les pièces que M. Dührssen présente en même temps, on voit la trompe présentant dans son milieu un caillot des dimensions d'une noix. L'opération a été faite pour faire cesser les metrorrhagies, qui ont conduit le malade à un état d'anémie très grave.

D'après M. Dührssen, la voie vaginale doit être utilisée dans tous les cas de grossesse extra-utérine au début : on éviterait ainsi le choc que provoque la laparotomie abdominale.

Tuberculose oculaire.

M. Silex présente deux malades atteints de tuberculose oculaire.

Chez le premier malade, une fillette de 14 ans, chez laquelle l'extirpation du globe oculaire n'a pas été faite, on a pu assister au développement de la tuberculose locale qui a présenté exactement la même marche que la tuberculose expérimentale du lapin après l'injection de cultures virulentes dans la chambre antérieure de l'œil.

Le second malade est un garçon qui était atteint d'une tuberculose de l'œil gauche. L'examen bactériologique pratiqué à ce moment permit de trouver des bacilles tuberculeux. Au moment où la tuberculine jouissait de sa vogue, M. Silex envoya le malade au professeur Henoch pour savoir si les injections de tuberculine n'étaient pas à tenter dans ce cas. M. Henoch déconseilla la tuberculine et fut d'avis d'envoyer l'enfant à la campagne, d'instituer un régime tonique et d'agir localement par les lavages d'acide borique. Actuellement le malade est complètement guéri.

M. Liebreich présente plusieurs malades atteints de lupus et améliorés par les injections sous-cutanées de cantharidine.

M. Kutner présente les urines hématuriques d'un malade qui, sans cause connue, fut pris d'hématurie 9 mois après une blennorrhagie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE HEIDELBERG

Séance du 8 *janvier* 1895.

Recherches expérimentales sur le bouton de Murphy.

M. Marwedel a fait avec le bouton de Murphy sur des chiens une série d'expériences qui ont consisté à réséquer une partie de l'intestin et à réunir ensuite les bouts avec le bouton de Murphy. Il a fait ainsi sur huit chiens cinq entéro-anastomoses simples (Maisonneuve), quatre résections de l'intestin avec abouchement latéral (Senn-Braun), trois résections de l'intestin avec abouchement direct, trois cholécystentérostomies et une gastroentérostomie.

Sur les huit chiens, cinq ont succombé. Un chien, le premier sur lequel M. Marwedel a opéré, a succombé à une faute de technique opératoire. Chez le second chien, la mort survint au 3e jour après l'opération, par hémorrhagie secondaire d'une ligature du mésentère. A l'autopsie, on trouva que le bouton tenait bien. Enfin, dans les trois autres cas, on a pu constater que le cylindre central était trop petit, de sorte que, la constriction ayant été insuffisante, il se produisit une issue du contenu intestinal dans le péritoine.

Dans les autres cas, on a pu constater une réunion par première intention et la formation d'une cicatrice linéaire.

Dans deux expériences, le bouton de Murphy ne sortit pas. Dans un cas d'anastomose latérale après résection, il tomba dans un des culs-de-sac; la seconde fois il resta en place, les parties étreintes ayant subi une simple atrophie.

En se basant sur ces expériences et sur les cas cliniques, M. Marwedel soutient que, malgré les grands services que le bouton de Murphy peut rendre, il ne doit pas remplacer toujours et dans tous les cas la suture de Czerny-Lembert. On ne doit l'employer que dans les cas où le malade ne pourra supporter qu'une opération d'une très courte durée, à savoir dans les plaies de l'intestin, la gangrène, l'ileus, etc.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LONDRES

Séance du 25 *février* 1895.

Chirurgie du foie et des voies biliaires.

M. Malcolm. — J'ai vu un certain nombre de malades intéressant le praticien au point de vue de la chirurgie du foie et des voies biliaires. Chez un de ces malades je n'ai pu déterminer exactement la nature de la maladie, mais peu après j'ai vu un autre malade présentant les mêmes symptômes et chez lequel on trouva à l'autopsie un cancer. Chez un autre, une opération exploratrice m'a conduit sur une tumeur maligne de la face inférieure du foie. Chez une malade j'ai pratiqué une ovariotomie et j'ai trouvé un cancer du pancréas et du duodédum ayant amené une obstruction du canal cholédoque. Les malades précédents sont morts par suite des progrès naturels de leur maladie, mais le traitement chirurgical n'a en rien hâté la terminaison fatale. Chez une femme j'ai opéré 3 fois pour de nombreux kystes hydatiques du foie et du péritoine; la malade accoucha entre la 2e et la 3e opération. Dernièrement elle a de nouveau présenté les symptômes d'un kyste en voie de développement. Chez un enfant de 5 ans j'ai enlevé deux kystes hydatiques du foie. Chez un autre malade j'ai enlevé 789 calculs de la vésicule biliaire. M. Doran avait opéré un malade et lui avait ouvert un abcès au-dessus du canal hépatique; plus tard je lui ai extrait 134 calculs; plus tard encore M. Doran dut extraire 3 nouveaux calculs, puis la plaie guérit. Enfin j'ai, dans un autre cas, enlevé 4 calculs de la vésicule biliaire, du canal cystique, du canal hépatique et du canal cholédoque. Dans tous ces cas le diagnostic est difficile ; quand les calculs causent des troubles sérieux, il faut toujours opérer.

M. Arbuthnot Lane. — J'ai opéré beaucoup de cas dans lesquels les symptômes étaient dus directement ou indirectement à des calculs biliaires. J'ai trouvé qu'en général, le

diagnostic était relativement facile ; les résultats sont bons si on n'opère pas trop tard. Dans quatre cas, l'opération a été suivie d'une terminaison fatale. J'ai opéré le premier de ces cas il y a quatre ans ; il s'agissait d'une femme ayant un gros calcul enclavé dans le canal cholédoque ; j'ai incisé ce dernier, j'ai extrait le calcul, puis j'ai cherché à refermer l'incision faite dans le canal cholédoque, ce que je n'ai pu faire qu'imparfaitement. La malade mourut au bout de trois ou quatre jours, probablement de péritonite. J'aurais pu vraisemblablement éviter cet accident en faisant un tamponnement avec de la gaze. Le deuxième cas est celui d'une femme qui, pendant 15 ans, avait eu de la jaunisse avec exacerbations occasionnelles accompagnées de fièvre et de prostration. J'ai trouvé la vésicule et les conduits biliaires bourrés de calculs ; l'état de la malade ne permettait pas une opération prolongée et comme il y avait une assez notable quantité de bile dans la vésicule, j'établis une communication entre ce viscère et le duodénum à l'aide d'un bouton de Murphy. La malade mourut au bout de 2 mois ; on trouva une petite perforation due à un ulcère du duodénum siégeant au voisinage de l'ouverture artificielle. De plus, les conduits biliaires intra-hépatiques étaient pleins de calculs. Le troisième cas est celui d'une femme qui entra à l'hôpital très affaiblie et présentant du délire ; depuis 4 ans elle avait de l'ictère. On trouva le côlon adhérent à la vésicule biliaire, et dans le canal cholédoque il y avait plusieurs calculs qu'on enleva. Le délire et la prostration n'en continuèrent pas moins et la malade mourut. Le quatrième cas est celui d'une femme ayant la jaunisse depuis cinq mois. En faisant un effort de défécation, elle ressentit une douleur très vive dans la région de la vésicule biliaire et une tumeur apparut à ce niveau. La malade entra à l'hôpital dans un état désespéré ; on trouva la vésicule distendue par un caillot ; elle était rompue et la déchirure se prolongeait dans le tissu du foie. La malade ne tarda pas à mourir. Dans un très grand nombre d'autres cas j'ai eu des succès.

M. Morris. — J'ai opéré un malade atteint de kystes hydatiques abdominaux multiples ; j'ai opéré trois fois et malgré cela il en restait encore beaucoup. Cependant ces kystes paraissaient gêner fort peu le malade qui, étant boulanger, avait pourtant un métier très dur. Ces cas de kystes multiples ne sont pas favorables pour les interventions chirurgicales. Dans un cas, j'ai opéré un kyste hydatique abdominal qui formait une volumineuse tumeur et simulait un kyste de l'ovaire ; ce kyste était en rapport avec la face inférieure du foie ; j'évacuai un très grand nombre de vésicules filles, j'ai réséqué la plus grande partie du kyste parent, mais j'ai dû laisser en place sa partie supérieure qui était trop adhérente pour pouvoir être enlevée. La malade mourut de choc. On a encore beaucoup à apprendre sur la formation des calculs biliaires ; je crois qu'il faut attacher une grande importance à un obstacle au cours de la bile. Beaucoup de calculs se forment dans le foie lui-même ; d'autres dans la vésicule, et leur formation est en rapport avec les causes de production de la cholestérine ou des acides biliaires, qui sont les dissolvants de la cholestérine. J'ai retiré un grand nombre de calculs de la vésicule d'une femme, et ces calculs étaient aussi serrés les uns contre les autres que le sont entre elles les briques d'un mur. Après avoir vidé la vésicule, j'ai fait un sondage des conduits biliaires, mais je n'y ai trouvé aucun calcul. Quelque temps après, la malade rendit quelques pierres ; j'ai alors pu enlever de la fistule, qui avait persisté, onze calculs ; puis la fistule guérit complètement. Quand des calculs sont empaquetés dans le canal cholédoque, s'il y a depuis longtemps une jaunisse et si la vésicule est contractée et revenue sur elle-même, le pronostic est défavorable et la convalescence, à la suite de l'opération, est toujours longue ; il y a des hémorrhagies graves et la mort survient par choc ou péritonite. L'opération est plus favorable dans les cas où la vésicule biliaire est distendue par du liquide, de façon à former une tumeur.

M. Godlee. — J'ai ouvert chez un malade un abcès du foie des pays chauds et j'y ai trouvé de petits calculs à facettes. Il y a quelque temps j'ai opéré une femme d'une tumeur mal déterminée siégeant dans la région lombaire droite. J'ai trouvé le côlon transverse adhérent et il y avait une tumeur dans la vésicule biliaire et une autre dans le foie. Je considérai le pronostic comme très sombre. Deux an après la malade rendit un gros calcul.

Crâniectomie.

MM. Ord et **Cotterell.** — Une petite fille de 19 mois, dont la naissance s'étaient opérée d'une façon absolument normale, s'était bien portée jusqu'à l'âge de 13 mois ; elle eut alors l'influenza suivie d'une fièvre gastrique. A l'âge de 16 mois, elle fut brusquement prise de convulsions généralisées s'accompagnant d'un degré extrême d'opisthotonos. Elle eut 60 crises en cinq jours. Ces crises disparurent, puis l'enfant maigrit ; elle s'affaiblit considérablement. Actuellement le crâne est très petit et ses rapports de volume avec la face sont inverses de ce qu'ils devraient être ; il n'y a pas trace de fontanelles. L'enfant est morne, abattue, à peu près indifférente à tout ce qui l'entoure. On ne trouve pas de lésion au fond des yeux. On fit la crâniectomie linéaire en quatre séances, les 9 août, 23 août, 4 septembre et 13 septembre 1893. L'amélioration commença après la deuxième opération ; elle continua régulièrement et l'enfant arriva à être absolument analogue aux autres enfants de son âge.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Séance du 26 février 1895.

Affections du système nerveux survenant dans les premières périodes de la syphilis.

M. Hutchinson. — On doit entendre par cette expression de première période de la syphilis les deux premières années. Ces affections nerveuses de la première période de la syphilis sont très différentes de celles qui surviennent dans la dernière période. Fournier a insisté sur la diminution de la sensibilité générale accompagnant l'exanthème syphilitique. Dans la période secondaire de la syphilis, on voit certains cas de parésies généralisées, motrices et sensitives, et disparaissant ensuite complètement. Dans la syphilis on voit survenir de bonne heure des lésions artérielles qui peuvent retentir secondairement sur le système nerveux, le cerveau ou la moelle. Il n'est pas exceptionnel de voir survenir au début de la syphilis des paraplégies à développement rapide, quelquefois complètes, et guérissant ensuite partiellement. On voit quelquefois survenir des paralysies cantonnées dans le territoire d'un seul nerf. La syphilis produit souvent des herpes à récidives. On peut établir un parallélisme entre certaines maladies du cerveau et de la moelle survenant dans la syphilis secondaire, et les inflammations aiguës de l'oreille survenant pendant la même période. On peut aussi établir un parallélisme entre les affections syphilitiques du système nerveux et celles qui surviennent à la suite des exanthèmes aigus. Quelquefois on voit apparaître certaines formes d'anesthésie partielle. Ces affections du système nerveux survenant pendant les premières périodes de la syphilis ne tendent pas à se reproduire, quand on les a fait disparaître. Il est absolument indispensable de recourir en plein au traitement mercuriel. En somme, de mes études sur ces questions, j'ai tiré les conclusions suivantes : 1° Le système nerveux peut être envahi de diverses manières pendant la période secondaire de la syphilis et il est fort important de reconnaître ces complications, car elles évoluent d'une manière aiguë et s'accompagnent de lésions destructives si on n'y porte un prompt remède. 2° Il est tout à fait exceptionnel qu'une maladie du système nerveux se déclare avant le sixième mois de la syphilis. 3° Beaucoup, et peut-être la plupart, des affections du système nerveux de la période secondaire de la syphilis sont dues à des lésions vasculaires. Parmi ces dernières il faut placer les lésions des capillaires de la pie-mère, du cerveau et de la moelle. 4° Parmi les affections qui frappent primitivement le système nerveux, il faut placer les affections aiguës de l'œil et de l'oreille, des polynévrites aiguës ordinairement symétriques et transitoires, une forme très particulière et très bien définie de paraplégie due à une myélite transverse ; certaines formes particulières, et rares, d'hémianesthésie. 5° On ne peut nier qu'à des périodes plus avancées de la syphilis, des affections absolument semblables aux précédentes peuvent survenir. Mais alors elles s'établissent plus lentement, elles sont moins

accentuées, elles ont une allure plus chronique et elles cèdent moins facilement au traitement spécifique. 6° Les complications nerveuses de la première période comportent un pronostic assez bénin, si elles sont traitées assez tôt. 7° Ces complications précoces se montrent presque invariablement chez les syphilitiques qui ont été mal soignés au début.

M. Gowers. — Cette question des complications nerveuses de la syphilis secondaire est fort obscure. Mon expérience personnelle ne m'a appris à connaître que les lésions syphilitiques des grosses artères du cerveau. Je ne connais aucune lésion des artères de la moelle pouvant être dite syphilitique. Une observation de Barlow prouve qu'il peut y avoir des lésions syphilitiques des petites artérioles du cerveau. Les lésions des grosses artères s'établissent généralement pendant les sept ou huit premières années de la syphilis. Ces lésions sont identiques pendant toute la durée de l'affection; elles portent de préférence sur la cérébrale moyenne et les artères de la base. On ne peut ni à l'œil nu, ni au microscope distinguer ces lésions suivant qu'elles appartiennent à la période secondaire ou tertiaire; l'aspect est cependant changé quand le malade a été soumis à un traitement antisyphilitique. J'ai remarqué que la dose ordinaire d'iodure de potassium cesse d'agir sur ces lésions au bout de deux ou trois mois et la maladie prend de nouveau une allure progressive. Bien que le microbe de la syphilis n'ait pas été découvert, on est obligé de croire à l'origine microbienne de l'affection. Outre les lésions artérielles, il y a les gommes, certainement moins fréquentes que les artérites pendant les douze premières années; pour une observation de gomme on a trois ou quatre obvervations d'artérites syphilitiques. Les gommes prennent toujours leur origine dans les membranes et jamais dans la substance cérébrale ou médullaire: quand on trouve une gomme dans la substance cérébrale, on peut toujours démontrer qu'elle provient de quelque repli des méningites. Il est probable que c'est une inflammation semblable des méninges qui est l'origine de la forme indurée de pachyméningite qu'on trouve quelquefois dans la moelle. De petites productions gommeuses peuvent aussi se rencontrer au niveau des nerfs. Bien que l'ataxie locomotrice soit consécutive à la syphilis dans un si grand nombre de cas qu'on doive relier ces deux maladies par des rapports de cause à effet, cependant l'ataxie ne peut être guérie par le traitement antisyphilitique. On peut comparer l'ataxie locomotrice à l'effet que produisent sur les nerfs l'alcool et certains autres poisons, tels que celui de la diphthérie; dans ce cas l'ataxie serait due à un produit toxique de la syphilis. L'inflammation peut s'accompagner de la formation de gommes; plus l'affection est aiguë, plus les phénomènes inflammatoires sont prédominants. Dans les cas de méningite cérébrale aiguë, qu'enraye quelquefois le mercure, l'inflammation est très aiguë, il n'y a que peu ou point de temps pour la production du tissu gommeux caractéristique. Je me demande actuellement, et cela plus que je ne l'ai fait en 1880 lors de la publication de mon travail sur « le diagnostic des maladies de la moelle », — si l'artérite syphilitique joue véritablement un rôle dans la production de la myélite aiguë. Depuis longtemps on admet que la myélite transverse aiguë est surtout fréquente chez les syphilitiques; mais il faut tenir compte aussi de ce fait, important dans tous les cas où l'inflammation l'emporte sur la production néoplasique, que rarement le traitement antisyphilitique a prise sur ces maladies. Les myélites transverses aiguës survenant chez des syphilitiques suivent absolument la même marche que les myélites transverses aiguës des sujets manifestement indemnes de syphilis.

AUTRICHE

CLUB MÉDICAL DE VIENNE

Séance du 20 *février* 1895.

Tétanos.

M. Foges rapporte l'observation d'une femme de 47 ans qui, sans cause connue, sans traumatisme, fut prise de trismus violent, suivi de tétanos. Le traitement par l'hydrate de chloral et les bains chauds n'ayant amené aucune amélioration, on injecta 0,25 centigrammes d'antitoxine de Tizzoni. Sous l'influence de ces injections répétées, les phénomènes commencèrent à rétrocéder : le trismus s'améliora, l'opisthotonos devint moins accusé. Mais comme l'alimentation de la malade par la voie rectale devenait de plus en plus difficile et insuffisante, on fit l'œsophagotomie interne, afin de pouvoir nourrir la malade avec la sonde œsophagienne. Très rapidement après l'opération, la malade fut prise de dyspnée et ne tarda pas à succomber. A l'autopsie on trouva une bronchopneumonie suppurée.

La porte d'entrée de l'infection tétanique a dû être la gorge, car, peu de temps avant l'éclosion du tétanos, la malade a eu une angine. Les injections de toxines n'ont été commencées qu'au douzième jour et l'on a injecté en tout 2 gr. 40 d'antitoxine.

Arthrite syphilitique.

M. Weiss montre un malade qui présente une tuméfaction du genou droit avec ballottement de la rotule; du côté du genou gauche, simple tuméfaction sans ballottement. Les tibias sont rugueux. Gomme de l'extrémité inférieure du triceps gauche au-dessous de l'olécrane.

Le malade a eu la syphilis en 1883. Huit ans plus tard, syphilides ulcéreuses des pieds. En 1894, exostoses du frontal, enfin, en janvier 1895, arthrites multiples ayant revêtu la forme de rhumatisme articulaire aigu. La nature des arthrites n'est donc pas douteuse et a été démontrée par l'efficacité du traitement antisyphilitique.

Séance du 27 *février* 1895.

Syphilis héréditaire et albuminurie.

M. Hock présente un enfant, syphilitique héréditaire, sujet depuis plusieurs semaines à une albuminurie assez forte. Dès le début le malade a été soumis au traitement mercuriel qui a donné de fort beaux résultats. L'état général s'est bien relevé malgré la persistance de quelques manifestations syphilitiques, telles que le coryza, une péri-oxyxite. Dans la première semaine qui suivit le traitement l'enfant a engraissé de 300 grammes.

Néanmoins l'albuminurie persiste à un taux élevé et devient encore plus élevée quand on interrompt le traitement. Il s'agit donc bien dans ce cas d'une néphrite syphilitique dont la nature est relativement bénigne.

Hémiatrophie de la langue chez un tabétique.

M. Obersteiner présente les préparations microscopiques provenant d'un individu qui était atteint d'ataxie locomotrice avec phénomènes bulbaires, entre autres, une hémiatrophie de la langue. Ce malade a succombé à la phthisie pulmonaire.

Sur les coupes transversales les fibres musculaires de la langue, colorées d'après la méthode de Marchi, présentent des granulations colorées en noir, lesquelles granulations forment, sur les coupes longitudinales, des stries noires. Ces granulations se trouvent situées entre les fibrilles musculaires.

On admet généralement que l'atrophie de la langue est d'origine centrale dans le tabes. Or chez ce malade le noyau de l'hypoglosse fut trouvé normal. Par contre, dans les nerfs de la langue plusieurs faisceaux nerveux étaient dégénérés. On peut donc admettre que dans ce cas l'atrophie de la langue était due à une névrite périphérique de l'hypoglosse.

M. Biedl fait observer que dans le tabes on rencontre quelquefois la dégénérescence de la branche ascendante de la racine du trijumeau. Comme dans ces cas-là la dégénérescence est plus accusée à la périphérie que vers le centre, on peut la considérer comme une expression de la névrite et de l'envahissement de la racine par le processus tabétique.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.



Les CAPSULES DARTOIS contiennent chacune 0,05 CRÉOSOTE DE HÊTRE *redistillée et titrée* et 0,20 huile de foie de morue.
C'est le meilleur remède contre
BRONCHITES
CATARRHES
PHTISIE
TUBERCULOSE
3 ou 4 à chaque repas.
Le flacon, 3 fr.
405, rue de Rennes, Paris et les pharmacies, en exigeant le timbre de l'Etat français.



VIN DE VIAL

au Quina, Suc de Viande et Lacto-Phosphate de Chaux

ALIMENT PHYSIOLOGIQUE COMPLET

Le **VIN DE VIAL** réunit tous les principes actifs du ***phosphate de chaux***, du ***quina*** et de la ***viande crue***. Ces trois substances constituent par leur reunion le plus rationel et le plus complet des toniques.

A la dose d'un verre à liqueur avant chaque repas il complete la nutrition insuffisante des malades et des convalescents.

J. VIAL, Pharmacien, Ex-préparateur à l'Ecole de Médecine et de Pharmacie. Rue Victor-Hugo, 14, LYON.

Décret d'intérêt public. Approb. de l'Acad. de Médecine

ROYAT

EAU MINÉRALE NATURELLE
St-MART, Goutte, Rhumatisme, Gravelle.
St-VICTOR, Anémie, Chlorose, Voies respiratoires.
(FERRO ARSENIO^e)
CÉSAR, Dyspepsies, Gastralgies, Flatulences
MÊMES EFFETS QU'AUX SOURCES
Caisses de 30 à 50 bout. 20 fr. et 30 fr. *franco* Gare ROYAT
Notice et Renseignements, 5, rue Drouot, PARIS

COALTAR SAPONINÉ LEBEUF ANTISEPTIQUE

nullement irritant antidiphthérique, cicatrisant les plaies, admis dans les *Hôpitaux de Paris* et les *hôpitaux de la Marine militaire*. — Dans toutes les **PHARMACIES**

ANGINES de POITRINE, AORTITES
ATHÉROME ARTÉRIEL, ASTHME, GOUTTE, SYPHILIS
SIROP BOISSY
à l'**IODURE DE SODIUM**
(50 centigr. par cuillerée à bouche).
L'IODURE de SODIUM, à la dose de 50 centigr. par jour, est prescrit par le Prof^r POTAIN, pour le traitement des ANEVRISMES AORTIQUES.
Flacon : 5 fr. Dépôt à PARIS, 2, Place Vendôme, 2.

Apiol des Drs Joret & Homolle

L'Aménorrhée, la Dysménorrhée et la Métrorrhagie cèdent rapidement si l'on emploie les Capsules d'*APIOL* de *JORET* et *HOMOLLE*.
Ce médicament, *vrai régulateur de la menstruation,* ne présente aucun danger, même en *cas de grossesse.*

PARIS, PHARMACIE BRIANT ET TOUTES PHARMACIES.

QUINA ✻ FER
Chlorose, Anémie
Vins Titrés d'Ossian Henry
Membre de l'ACADEMIE de MEDECINE
Professeur à l'Ecole de Pharmacie.
BAIN & FOURNIER
43, Rue d'Amsterdam, Paris

ANOREXIE

Chez nombre de malades pour qui l'alimentation est une condition indispensable à la guérison, le manque d'appétit est absolu. Tous leurs efforts pour suivre les prescriptions des médecins à cet égard se heurtent à une répugnance presque invincible et quand ils parviennent à la vaincre, les aliments pris digèrent mal, sont souvent rejetés très rarement assimilés.

Plus de vingt années de succès ont démontré que l'Elixir Alimentaire Ducro triomphe constamment de la répugnance des malades pour les aliments. Il est pris avec plaisir, toujours digéré sans aucune fatigue par l'estomac, et comme sa propriété fondamentale est d'être alimentaire, c'est le médicament-laiment par excellence des phthisiques, anémiques, cancéreux, etc... Préparé avec la viande crue, l'alcool et les écorces d'oranges amères, l'Elixir Alimentaire Ducro est tout à la fois apéritif et nutritif. L'alcool qui lui sert de véhieule lui communique ses qualités d'antidéperditeur et aussi fait de l'Elixir Ducro une préparation de viande crue exempte de tout danger des vers intestinaux.

CŒUR

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Anévrismes Hydropisies guéries par
DRAGÉES
TONI-CARDIAQUES LE BRUN
(CAFÉINE IODOFORMÉE ET STROPHANTUS)
Médaille d'Or — *Hâvre 1887*
Dépôt gén^l : PHARMACIE CENTRALE, Faub^g Montmartre, 52, PARIS

LYSOL

LE SEUL ANTISEPTIQUE DÉRIVÉ DU GOUDRON
ENTIÈREMENT SOLUBLE DANS L'EAU
FLACON D'ÉCHANTILLON
franco, à MM. les médecins qui en font la demande.
Société française du LYSOL, 24, place Vendôme, PARIS

FER QUEVENNE PASTILLES de Chocolat au POUDRE et DRAGÉES de **FER QUEVENNE** — Seul fer réduit approuvé par l'*ACADEMIE de MEDECINE* 14, r. Beaux-Arts, Paris.

PHOSPHO-GLYCÉRATE DE CHAUX PUR

NEUROSINE PRUNIER

Reconstituant général du système nerveux, Neurasthénie, Phosphaturie.

1° NEUROSINE – SIROP
2° NEUROSINE – GRANULÉE
3° NEUROSINE – CACHETS

Débilité générale, Migraines, Névralgies, Dépression du système nerveux

Dépôt général : CHASSAING & Cie, Paris, 6, Avenue Victoria.

N° 11 — 13 MARS 1895 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 18 au 23 mars 1895.

Mardi 19. — M. Patay. De la scoliose au point de vue obstétrical. — M. Champdemerle. Contribution au traitement chirurgical du prolapsus génital. (Opération de Freumd.) — M. Fornari. De la fièvre bilieuse hématurique. — M. Lelièvre. Etude critique sur la pneumo-paludisme et la pneumonie dans l'impaludisme. — M. Gaffié. Diagnostic de la tuberculose pulmonaire infantile par les Injections de tuberculine. — M. Chaillou. La sérumthérapie et le tubage du larynx dans les croups diphthériques. — M. Louis. Recherches sur la percussion métallique combinée à l'auscultation de l'appareil respiratoire, à l'état normal et dans quelques états pathologiques. — M. Glorget. Contribution à l'étude de l'embarras gastrique.

Mercredi 20. — M. Delabost. Souffles cardio-pulmonaires chez les enfants. — Mme Feit. Traitement de la période algide du choléra à l'hôpital Saints-Pierre-et-Paul de Saint-Pétersbourg pendant l'épidémie de 1892. — Mlle Porojniakow. Contribution à l'étude des palpitations liées aux affections gastriques. — M. Lesueur. Grossesse et variole. Influence de cette maladie sur la mère et l'enfant. Les suites de couches. — M. Sifflet. Du pronostic dans la présentation du sommet, l'enfant étant viable. — M. Reymond. Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique et à la bactériologie des salpingo-ovarites. — M. Lacaze. Réfrigération dans les maladies infectieuses chez les enfants.

— Le Conseil de la Faculté de médecine de Lille, dans sa dernière séance, a accepté une dotation de cent mille francs faite en une propriété à la Faculté par M. le Dr Philippart, de Roubaix.

Le revenu de cette dotation sera ultérieurement affecté, pour la plus grande partie, à des prix et à des bourses d'étude.

Un concours s'ouvrira le 11 novembre 1895 devant la Faculté mixte de Bordeaux pour l'emploi de suppl. des chaires d'anat. et de physiol. à l'Ecole prép. de médecine de Limoges.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Faculté de médecine de Toulouse. — M. Castaing est nommé, pour l'année scolaire 1894-1895, prép. de chimie, en rempl. de M. Nougué.

Ecole de médecine d'Amiens. — M. Dougny est nommé chef de clin. méd. en rempl. de M. Lavoine.

VARIÉTÉS

Légion d'honneur. — MM. les médecins de deuxième classe de la marine Thoulon et Emily, ont été nommés chevaliers.

Bureau Central en chirurgie. — Le jury se compose de MM. Routier, de Saint-Germain, Bazy, Regnier, Jalaguier, A. Petit.

Concours du Bureau Central (médecine) Notes pour la composition écrite (suite). — Coussade 15, Souques 17, Berbez 14, Enriquez 16, Dupré 16, L. Guinan 18, Blocq 14, Wurrz 19, Bruhl 19, Dubief 16, Florand 14, Capitan 15, Gallois 16, Thérèse 12, Hudelo 17, Barbier 19, Coste 5, Achalme 15, Critzmann 10, Triboulet 16, Claisse 15 Hallion 13.

— Sont désignés, pour faire partie du corps expéditionnaire de Madagascar, les médecins militaires dont les noms suivent :

MM. les médecins-majors de première classe Dantin, Morne, Mareschal, Bourdon, Malinas, Pitot et Fabre.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Bischoff, Villedary, Courtot, de Schuttelaere, Laffille, Prieur, Hürstel, Bernard (J.-A.-P.), Béchard, Debrie, Soula, Sabatier, Delahousse, Castelli.

MM. les médecins-aides-majors de première classe Watrin, Lejeune (R.-R.), Julia, Viguier, Chabrut, Friant, Pichon, Darricarrère, Vielle, Ferrand, Pouy, Sendral, Moutet, Thooris, Jacob, Cros, Dettling, Le Mitouard, Bronner, Malaval, Fourniol, Mac-Auliffe, Raynaud, de Libessard.

M. le pharmacien-major de première classe Chambard.

MM. les pharmaciens-majors de deuxième classe Durand et Pauleau.

M. le pharmacien aide-major Courtot.

Le ministre de la Guerre a décidé que les médecins militaires feraient désormais usage, dans la tenue de campagne, à l'exclusion de l'épée, du sabre avec dragonne du cuir et porte-sabre à la selle; le sabre sera celui du modèle général en usage dans l'infanterie.

Conférences de gynécologie. — Le docteur Auvard commencera à sa clinique, 15, rue Malebranche, une série d'entretiens cliniques sur la gynécologie, le mardi 19 mars à 2 heures et les continuera les samedi et mardi à la même heure. — Pour les renseignements et pour se faire inscrire s'adresser, 15, rue Malebranche.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Lésions de l'intestin par coup de pied de cheval; drainage pelvien chez l'homme, par le Dr R. Frœlich, chef de clinique chirurgicale de la Faculté de Nancy.

Notre travail se compose de deux parties. Dans la première nous relatons une observation de perforation de l'intestin par coup de pied de cheval. Nous pratiquâmes la laparotomie et la suture de l'intestin 3 jours pleins après l'accident. L'opéré succomba au bout de 3 semaines, à la septicémie. Une pyo-stercorale s'était développée dans le petit bassin, sur les côtés du rectum. Cette poche existait déjà au moment de l'opération, elle contenait une partie de l'épanchement stercoral; malgré un drainage de Mickulicz elle se vidait incomplètement; de là les accidents de septicémie, qui enlevèrent le malade. C'est pour des cas analogues que nous proposons et que nous avons étudié une intervention nouvelle, le *drainage pelvien chez l'homme.* L'exposé du manuel opératoire et des indications de cette opération constituera la deuxième partie de notre travail.

Observation. — Un petit garçon de 12 ans reçoit, le 9 mars 1894, un coup de pied de cheval dans le ventre. — Chute et état comateux pendant deux heures, puis ballonnement du ventre et vomissement.

Le lendemain un médecin prescrit une application de sangsues sur l'abdomen; les vomissements avaient cessé; urines sanguinolentes, et selles teintées de sang.

Le 11 mars, même état.

Le 12 mars, la péritonite se déclare franchement, vomissements verts, ballonnement du ventre, douleurs intenses, température à 40°.

C'est alors seulement, trois jours entiers après le traumatisme, que l'enfant est transporté à l'hôpital civil dans le service de M. le professeur Heydenreich, où nous le voyons.

Etat actuel: Enfant chétif, faciès péritonéal, yeux encavés. Température à 40°, pouls filiforme à 120, ventre modérément ballonné. Douleurs à la pression généralisées à tout l'abdomen; mais plus vives et plus intenses en un point bien localisé, toujours le même, et situé au milieu d'une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure; vomissements verts; extrémités froides. Depuis le 10, plus de selles ni de gaz.

Le diagnostic était évident: il s'agissait d'une péritonite par perforation; le diagnostic du siège de la perforation était probable également; elle devait siéger en arrière du point qui présentait à la pression cette douleur intense, si vive.

Opération. — Immédiatement, nous nous décidons à faire la laparotomie, et à rechercher la lésion intestinale.

Incision sur la ligne médiane depuis le pubis jusqu'à une hauteur de 10 centimètres. Dès que le péritoine est ouvert il s'en écoule une grande quantité de matières fécales et de gaz. Dès que l'écoulement eut diminué, il me fut facile de voir les intestins refoulés et agglutinés dans la profondeur, sauf vers la partie supérieure de mon incision où la grande cavité, séreuse, encore relativement saine, était ouverte.

Les matières fécales arrivaient à flot du côté droit du ventre, par un trajet limité en avant par le péritoine pariétal, en arrière par les anses intestinales agglutinées et refoulées. Pour découvrir l'anse perforée sans rompre les adhérences des autres anses, je fis une incision transversale de la paroi abdominale, parallèlement au trajet suivi par les matières fécales. L'ensemble de l'incision pariétale avait donc la forme d'un T renversé.

Après avoir ouvert ainsi largement l'abdomen, je pus voir que la poche stercorale avait une forme générale en fer à cheval avec deux renflements aux extrémités libres du fer: une des branches du fer se trouvait située immédiatement en arrière de la paroi abdominale, limitée en avant par le péritoine pariétal, en arrière par les anses intestinales agglutinées.

L'autre branche de fer à cheval était parallèle à la première, mais située dans le petit bassin, elle formait là une cavité limitée en arrière par la concavité du sacrum et le rectum, en avant par les anses intestinales agglutinées et refoulées. Enfin les deux cavités communiquaient par un trajet (la partie courbe du fer à cheval) situé sur les parties latérales droites de l'abdomen et limité latéralement par les parois pelviennes, en dedans par les anses intestinales agglutinées. Il y avait en somme deux épanchements stercoraux, un dans le petit bassin, l'autre en arrière de la paroi abdominale antérieure, les deux communiquant largement par un trajet situé sur le côté droit de l'abdomen.

Le point rupturé de l'intestin se voyait nettement: il était situé au niveau du trajet qui faisait communiquer les deux épanchements, en un endroit placé exactement en arrière du maximum de la douleur à la pression de la paroi.

Je mis une pince à forcipressure sur la perforation intestinale, puis je détergeai à l'eau bouillie les cavités de l'épanchement stercoral. Quand cette désinfection fut terminée, je fermai la perforation par 5 points de Lembert. La paroi était friable, et à côté du point que je suturai se trouvait une ecchymose de la largeur d'une pièce de 50 centimes.

Des lanières de gaze iodoformée furent placées dans la cavité stercorale pelvienne, dans la poche superficielle et dans le trajet qui les faisait communiquer. Je ramenai l'anse suturée derrière la paroi abdominale et je l'y fixai. Enfin je fermai les incisions de la paroi, gardant un orifice pour le passage des lanières de gaze iodoformée.

L'opération avait duré 40 minutes.

Après l'opération l'enfant est excessivement faible; injections de caféine. Les vomissements ne se reproduisirent plus; la température le lendemain était tombée à 38°4; le surlendemain à 37°5. La péritonite était enrayée.

Le quatrième jour après l'intervention, pansement, enlèvement des lanières iodoformées. Une perforation nouvelle s'était produite à côté du point ecchymosique signalé précédemment; une certaine quantité de matières intestinales liquides avait fusé le long de la gaze iodoformée jusque dans la poche pelvienne. Cette poche se vidait lorsque l'opéré se couchait sur le côté gauche. Cette position lui fut imposée. Dans les jours qui suivirent et malgré la fistule stercorale, il y eut des selles par l'anus.

Mais à partir du dixième jour après l'opération, l'état général qui s'était relevé, redescendit. La température montra des oscillations de 37,6 à 39 le soir; l'alimentation devint insuffisante. Des phénomènes pulmonaires apparurent. L'enfant était en pleine septicémie; il succomba vingt et un jours après l'opération.

A l'autopsie, je trouvai l'abdomen dans l'état dans lequel je l'avais rencontré pendant l'opération, sauf que la poche stercorale située derrière la paroi abdominale était réduite à un simple trajet, tandis que celle qui remplissait le petit bassin, avait largement le volume du poing et contenait des matières stercorales liquides et du pus.

Il n'existait qu'une seule perforation intestinale, elle était située à côté du point suturé, et distante de 1 m. 50 du cæcum. Le rein droit présentait une large ecchymose sous-capsulaire.

Cette observation me semble présenter un certain nombre de détails qui méritent de fixer l'attention, d'une part, au point de vue de la *pathogénie des accidents*, d'autre part, au sujet du *diagnostic de la perforation et de son siège*, enfin des *causes de la mort*.

Pathogénie des accidents. — Comment se fait-il qu'une perforation suivie d'un épanchement énorme de matières stercorales, ait pu s'enkyster de façon à protéger la grande cavité péritonéale, et à n'envahir cette dernière qu'après trois jours pleins?

Il est difficile de répondre à cette question d'une façon satisfaisante. L'épanchement a dû se produire au moment du coup de pied de cheval; l'intestin étant paralysé par le traumatisme a permis aux matières de s'enkyster, aucune nouvelle quantité de contenu intestinal ne venant troubler ce processus. Puis au bout de trois jours, la paralysie cessant, de nouvelles masses de matières stercorales ont pénétré dans les poches déjà formées, en ont forcé les barrières fragiles, et provoqué des phénomènes

de péritonite généralisée que l'opération a arrêtée. Faut-il en outre invoquer une virulence moindre de l'épanchement, ou bien une force d'absorption minime du péritoine? Ce ne sont là que des hypothèses. Le fait d'un enkystement aussi complet de l'épanchement n'en reste pas moins intéressant.

Diagnostic. — Le diagnostic de la perforation était-il possible dès le jour de l'accident? Cela est probable, l'opération eût dans tous les cas été indiquée dès ce moment. Quand je vis le malade, il n'y avait plus le moindre doute sur l'existence de la perforation, non seulement sur son existence, mais sur son siège. Tous les auteurs qui se sont occupés de cette question signalent cette douleur spéciale, atroce, à la pression en un point toujours le même, en arrière duquel se trouve la perforation. Quant au nombre des lésions intestinales, notre observation confirme les expériences et les observations de Moty, de Chavasse, Heschl, etc. Il n'existe le plus souvent qu'une seule perforation.

Causes de la mort. — La cause de la mort ne peut être douteuse un instant. Notre opéré est mort de septicémie, provoquée par les résorptions qui se faisaient dans la cavité stercoro-purulente qui occupait l'excavation pelvienne. Pour éviter ce dénouement funeste, la position donnée au malade pour assurer l'écoulement des matières, le drainage à la Mickulicz étaient insuffisants, il eût fallu drainer largement la cavité pelvienne par une opération que nous allons étudier dans les lignes qui suivent:

Drainage pelvien chez l'homme. — Lorsque le sujet est couché dans le décubitus dorsal, le point le plus déclive de la cavité pelvienne est situé sur le côté droit de la concavité du sacrum. La concavité du sacrum, dans sa partie médiane, est occupée par la saillie du rectum, ce dernier fait une courbe, plus ou moins accentuée suivant les individus, du côté gauche. Le côté gauche et la partie moyenne de la cuvette pelvienne se trouvent donc surélevés par la présence de l'intestin rectum; le côté droit, au contraire, forme la partie la plus profonde et la plus déclive de cette cuvette.

C'est en ce point qu'il faut établir le drainage de la cavité pelvienne chez l'homme. Si l'on traverse, au moyen du stylet d'un trocart, le fond de cette cuvette, on voit que les tissus qui ont été perforés sont les suivants, en procédant de l'intérieur vers l'extérieur : le péritoine, une couche de tissu cellulaire pelvien, les insertions du pyramidal dans sa moitié inférieure ou le bord inférieur de ce muscle, enfin le muscle grand fessier, près de ses insertions, surtout si le trocart a été dirigé de dehors en dedans. Enfin, en dernier lieu, le tissu sous-cutané et la peau : celle-ci se laisse difficilement traverser, et il est nécessaire d'aider le trocart en faisant de l'extérieur une boutonnière sur la saillie de l'instrument.

Parmi les organes importants de la région, l'artère fessière est située sur un plan beaucoup plus élevé que le point où la perforation a été faite; elle passe au-dessus du muscle pyramidal.

L'artère ischiatique en est plus rapprochée et sort du bassin au-dessous du muscle pyramidal, par conséquent sur le même plan que la perforation; l'artère honteuse interne en est le plus près, mais elle est éloignée de deux à trois centimètres du bord du sacrum que doit raser le trocart. Quant au nerf sciatique, il est beaucoup plus éloigné du point perforé que l'artère honteuse et l'ischiatique, mais sur le même plan.

La perforation, au point le plus déclive, est située exactement sur le bord même du sacrum, entre le 3e et le 4e trou sacré, plus près de ce dernier, au-dessus du petit ligament sacro-sciatique.

Ces données anatomiques établies, comment sera-t-il possible d'établir, au point le plus déclive, le drainage de la cavité pelvienne chez l'homme?

Deux procédés peuvent être employés pour arriver à ce résultat.

Le drainage peut être établi de dehors en dedans, ou de dedans en dehors.

Dans le premier cas, il s'agit d'une opération à temps réglés qui ressemble comme incision à celle de l'opération de Kraske; une sonde étant introduite dans le rectum pour servir de point de repère, une incision de 6 à 7 centimètres est faite à droite sur le milieu d'une ligne allant de l'épine iliaque postéro-supérieure à la partie la plus saillante de la tubérosité ischiatique. On sectionne la peau, le tissu cellulaire, les insertions du grand fessier, puis on prend comme guide le petit ligament sacro-sciatique; au-dessus de lui, on rencontre les fibres du pyramidal que l'on traverse ou que l'on récline par en haut. L'artère honteuse interne, l'ischiatique et le nerf sciatique sont situés plus bas et plus en dehors. On introdui le doigt dans la cavité pelvienne, on sent le rectum, on attire le péritoine immédiatement en dehors de lui avec une pince à griffe et l'on y pratique une boutonnière à travers laquelle un gros drain pourra être introdui dans la cavité pelvienne au point le plus déclive.

Sur des cadavres amaigris, j'ai pu attirer le péritoin jusqu'au contact de la section cutanée. Ce fait a son importance, car il montre la possibilité d'invaginer la peau jusqu'au contact de la séreuse, et d'empêcher ains les infiltrations dans le tissu cellulaire.

Dans le deuxième procédé, le manuel opératoire es beaucoup plus simple : il est le seul de mise lorsqu'au cours d'une laparotomie on trouve, comme dans mon observation précédente, une poche purulente ou stercoral dans la cavité pelvienne, poche qu'il est impossible de désinfecter complètement, et dangereux, comme mon cas personnel le prouve, de drainer uniquement à la Mickulicz.

Dans ce cas, on suit avec l'index le bord droit du sacrum que l'on sent facilement à travers le péritoine Arrivé au niveau du petit ligament sacro-sciatique, on s trouve sur le point le plus déclive de la cavité pel vienne, c'est là qu'il faudra placer le tube à drainage. Pou cela, avec une pince de Wœlfler (pince effilée à son extré mité pour passer, en gynécologie, les drains par trans fixion, voir Pozzi (*Gynécologie*, p. 75) armée d'un drai terminé en croix, on perfore les tissus au dessus du peti ligament sacro-sciatique, en se dirigeant en dedans et e bas, et en rasant exactement le sacrum. La pointe de l pince armée du drain affleure la peau au niveau d milieu de la ligne que nous avons déterminée pour l procédé précédent. On aide, s'il est nécessaire, la sorti de la pince en créant avec le bistouri une boutonnièr cutanée. Il ne reste plus qu'à attirer le tube et à retire la pince. Le tube reste fixé dans la cavité pelvienne pa son extrémité en croix.

Malgré nos recherches bibliographiques, il nous a ét impossible de trouver des indications sur cette opératio chez l'homme. Même chez la femme, le drainage instan tané de dedans en dehors par l'espace parasacré n' jamais été pratiqué, on le remplace par la perforation d cul-de-sac de Douglas.

L'incision para-sacrée de dehors en dedans au contrair a été étudiée par Wœlfler et par Zukerkandl; elle servi à extirper l'utérus et ses annexes.

P. Delbet, dans son *Traité des suppurations pelvienn chez la femme*, consacre également une mention à c qu'il appelle la laparotomie postérieure. Mais les dél brements que créent ces auteurs, incision et section d ligaments sacro-sciatiques, lésion de l'artère honteu

interne, et fréquemment, comme complément, résection partielle du coccyx et du sacrum, font différer complètement leurs opérations de l'*incision para-sacrée* uniquement destinée au drainage, comme nous l'avons étudiée et décrite.

Hégar cependant (*in Deutsche Gesellschaft für Gynækologie*, 1890, p. 235) a ouvert par la voie ischio-sacrée des abcès pelviens intra-péritonéaux, mais il a, en outre, réséqué le coccyx.

Saxtorph, dans un cas de phlegmon dû à une périmétrosalpingite et dans un fait d'hématocèle rétro-utérine, a pratiqué une large ouverture para-sacrée en traversant les ligaments sacro-sciatiques et en prolongeant son incision jusqu'au coccyx. L'évacuation du pus a été très facile et les malades ont guéri en 24 jours. (*in Hospital Stid.* 1890 n° 51, et 1891, n° 4.). Chez l'homme le drainage pelvien, soit de dehors en dedans, soit de dedans en dehors, en limitant les délabrements aux sections que j'ai étudiées, mérite dans quelques cas rares, je le reconnais, d'entrer dans la pratique. Et certainement, si notre attention avait été appelée sur la facilité de son exécution pendant l'opération qui a été le point de départ de ce travail, nous l'aurions employé. Nous aurions ainsi assuré un drainage soigné et une désinfection facile de la poche purulente, dont la persistance et les résorptions septiques dont elle était le siège ont causé la mort de notre opéré.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Un cas d'exothyropexie pour un goître suffocant par H. Hartmann.

L'exothyropexie, préconisée à Lyon par MM. Poncet et Jaboulay, n'ayant guère été pratiquée jusqu'ici à Paris, nous croyons intéressant de relater l'histoire d'une malade que nous avons opérée en octobre dernier à l'hôpital Lariboisière, dans le service de notre maître M. Périer. Malgré la mort ultérieure de notre opérée, nous croyons, comme on pourra le voir à la lecture de l'observation, que ce fait plaide nettement en faveur de la nouvelle opération préconisée par le professeur de Lyon. Voici les détails de l'observation, tels qu'ils nous ont été remis par notre ami M. du Bouchet, interne du service.

La malade, âgée de 56 ans, se présente le 22 octobre 1894 à 11 heures du matin à la consultation externe de l'hôpital Lariboisière pour une dyspnée épouvantable ; son état est des plus pénibles; oppressée au plus haut degré, incapable même de parler autrement que d'une voix tout à fait entrecoupée et à peine intelligible, elle ne peut marcher sans être soutenue. On entend même à distance un cornage marqué. Quand elle a été assise quelques instants la dyspnée s'amende légèrement et il lui est possible de donner quelques explications.

Ce qui frappe tout d'abord quand on examine cette malade, c'est l'existence chez elle d'un goître très volumineux qui occupe toute la face antérieure du cou, depuis le menton jusqu'à la fourchette sternale, empiétant largement sur le côté droit et atteignant dans son ensemble un volume certainement supérieur à celui des deux poings d'un adulte. Le palper permet d'analyser la constitution de cette masse énorme et de reconnaître qu'elle est formée de deux parties principales : l'une, la plus volumineuse, bilobée, recouvre la face antérieure de la trachée par un de ses lobes, tandis que l'autre s'enfonce à droite et en arrière de l'arbre aérien où elle se perd dans la profondeur; elle refoule fortement à gauche le larynx que l'on retrouve sur la face gauche du cou très en dehors de sa position normale. La deuxième partie du goître est constituée par un lobe du volume d'une mandarine, aplati, de consistance ferme, ayant la forme d'un galet et glissé entre le sterno-cléido-mastoïdien et la trachée. On le refoule d'ailleurs facilement en dedans du muscle. La tumeur principale est également bridée par le sterno-mastoïdien, qui passe par-dessus elle comme une sangle; sa consistance est élastique, résistante plutôt que franchement fluctuante. En bas, la tumeur s'enfonce derrière la fourchette stomacale.

Antécédents. — Née à Montigny-les-Metz, pays où il n'y a pas de goîtreux, elle ne présente pas d'antécédents héréditaires.

Réglée pour la première fois à 17 ans, elle s'aperçut à ce moment de l'existence d'une petite grosseur sur le côté droit du cou; cette grosseur augmenta graduellement et continuellement de volume, présentant des poussées manifestes au moment des règles. Celles-ci furent toujours normales depuis leur apparition jusqu'à la ménopause qui survint à 45 ans.

La malade eut sept enfants et trois fausses couches sans jamais avoir eu d'accidents au moment de ses couches; ce n'est qu'il y a une dizaine d'années que la dyspnée fit son apparition; depuis lors, elle a toujours été en augmentant. Jamais aucune difficulté de la déglutition, même pour les aliments solides.

Il y a 10 ans, la malade eut une pleurésie et il y a quelques semaines elle aurait eu une congestion pulmonaire dont elle fut soignée dans le service de M. Landrieux, à l'hôpital Lariboisière.

A diverses reprises elle a été traitée dans le service de M. Duguet par des injections interstitielles.

Actuellement, on a affaire à une malade qui n'est pas goîtreuse par son corps thyroïde seulement.

Tirage sus et sous-sternal des plus marqués, matité à la base droite, frottements pleurétiques du même côté, abondants râles de bronchite des deux côtés et surtout cornage intense, nettement perceptible à droite et en arrière, le long de la colonne vertébrale.

La dyspnée est un peu calmée une fois que la malade est dans son lit; elle persiste cependant encore à tel point que la malade ne peut se coucher. Elle reste haletante, penchée en avant, les yeux hagards et répond difficilement aux questions qu'on lui pose.

La malade a une apparence absolument cachectique et porte un début d'eschare au niveau du sacrum.

Les conditions de situation et de volume de la tumeur rendent une simple trachéotomie impossible, ou tout au moins très difficile, aussi envoyons-nous chercher le chirurgien de garde.

Opération. — M. Hartmann, après avoir fait donner quelques bouffées de chloroforme à la malade, fait une longue incision sur la ligne médiane antérieure du cou et, insinuant l'index immédiatement au contact du goître, le décolle rapidement des parties environnantes et le luxe avec la plus grande facilité au dehors. De la gaze iodoformée est placée sur le goître, une couche d'ouate et une bande complètent le pansement.

Suites. — Cessation immédiate du cornage dès que le goître est luxé.

La malade reportée dans son lit, on lui fait une injection de sérum et des injections de caféine.

Contre la bronchite chronique on donna de la terpine, on lui fit pratiquer des lavages fréquents de la bouche à l'eau boriquée, en même temps qu'on lui donnait de l'alcool et qu'on cherchait à lui faire prendre le plus de nourriture possible.

Tout alla bien les premiers jours; la dyspnée avait presque complètement disparu, il n'y avait pas de température et la vaste plaie ne présentait pas la moindre sécrétion; la toux seule persistait avec des crachats épais de bronchite chronique qui ne diminuait guère.

Mais le 2 novembre nous trouvâmes la malade avec une dyspnée intense, la langue rôtie et l'auscultation nous montra un foyer de pneumonie à la base droite avec congestion du reste du poumon et du poumon gauche.

Mort dans la soirée.

Autopsie. — Poumon : bronchite chronique ; les bronches sont pleines de pus.

Congestion des deux poumons, mais ce n'est qu'à la base droite que l'on trouve des morceaux allant au fond de l'eau.

Le Foie pèse 850 gr.; il descend à cinq travers de doigt au-dessous de l'ombilic, basculé qu'il est en avant.

Goître et arbre respiratoire. — Les pièces sont enlevées en bloc avec le cœur et le péricarde pour qu'on puisse les disséquer à loisir.

Le volume du goître a diminué d'un quart environ; il est à présent beaucoup moins tendu, nettement fluctuant; il enserre complètement la trachée en avant, à droite et en arrière, se prolongea en effet jusqu'en ce point. Cette compression a eu pour effet de donner à la trachée une forme grossièrement comparable à celle d'un fourreau de sabre.

Les récurrents ne peuvent être trouvés au premier abord et ce n'est que par une dissection lente et minutieuse qu'on peut les suivre jusqu'à leur entrée dans le larynx; pour cela on les prend à leur origine et l'on constate alors, en les suivant par en haut, que dès qu'ils sont arrivés au niveau du goître ils se fusionnent complètement avec sa paroi, ou pour mieux dire qu'ils disparaissent en lui; il faut véritablement les dégager aux ciseaux et par place d'une très épaisse gangue de tissu fibreux, avec lequel ils sont complètement fusionnés. Celui du côté droit paraît manifestement atrophié, mais il n'a malheureusement pas été fait d'examen histologique.

Ces nerfs récurrents, fusionnés avec le goître, s'incurvent en avant; ils risquaient fortement d'être lésés dans une extirpation même partielle du goître et auraient certainement été pris dans une ligature placée sur la base de la tumeur amenée au-dehors.

Dans ce cas, la trachéotomie eût été une opération pénible, difficile, que nous n'aurions peut-être pu mener à bien. L'exothyropexie, faite rapidement et facilement, en amenant la disparition immédiate des accidents de suffocation, nous a dispensé d'y recourir. L'intervention a été de ce fait notablement abrégée et simplifiée. Aussi n'hésiterons-nous pas, en pareille circonstance, à recourir de nouveau à l'exothyropexie qui nous semble aujourd'hui l'opération indiquée dans le goître suffocant.

L'autopsie de la malade, morte ultérieurement par suite de la continuation des accidents pulmonaires antérieurs à l'opération, nous montra une particularité qu'on ne pouvait guère prévoir et qui aurait notablement aggravé les risques d'une thyroïdectomie; celle-ci, même partielle, aurait exposé à une lésion des nerfs récurrents déviés de leur situation normale.

Certes, dans les cas de goîtres limités, encapsulés, *à fortiori* dans les kystes, l'énucléation intra-glandulaire, qu'a préconisée le professeur Tillaux il y a bien longtemps et qu'ont plus récemment vulgarisée les chirurgiens étrangers, Socin de Bâle en particulier, reste pour nous l'opération de choix, vu la rapidité de la guérison. Mais dans les goîtres diffus, dans ceux qu'ont modifiés des injections interstitielles antérieures, l'exothyropexie, malgré la durée plus grande du traitement, doit, comme dans les goîtres suffocants, prendre le pas sur l'ablation, vu sa simplicité et sa beaucoup moins grande gravité.

NOUVELLES

Concours d'agrégation en chirurgie. — Leçon de 3/4 d'heure (suite) :

Des fibromes de la paroi abdominale.
Abcès froids des parois thoraciques.
Epilepsie traumatique.
Luxations congénitales de la hanche.

L'Assurance-Maladie. — L'Association médicale mutuelle, fondée par le regretté Lagoguey, du département de la Seine, a tenu son assemblée générale annuelle, dimanche 24 février, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. le Dr Descouts, en l'absence du Dr Rondeau, président, empêché par la maladie.

Après les discours d'usage, le trésorier a communiqué son rapport financier qui accuse un capital réserve de 128,524 fr. 45.

L'Association a payé à ses membres malades, durant l'année 1894, la somme de 20,610 fr. représentant 2,061 journées de maladie; elle a pu, néanmoins, augmenter sa réserve de 17,000 fr.

Deux associés ont touché chacun 3,650 fr., un a touché 3,580 francs, un autre 2 150 fr., un cinquième 770 fr., vingt-cinq autres se sont partagé la somme de 6,770 fr.

Actuellement, l'Association compte 320 membres. Rappelons que pour en faire partie il faut habiter le département de la Seine, être bien portant au moment de l'admission, et être âgé de moins de quarante ans; moyennant une cotisation mensuelle de dix francs, tout membre malade touche une indemnité quotidienne de dix francs, quelles que soient la nature et la durée de la maladie.

L'assemblée a procédé à la revision de ses statuts et voté tout particulièrement l'abaissement de la limite d'âge, pour l'admission, à quarante ans (elle était fixée antérieurement à quarante-cinq ans au plus).

Ont été élus membres du conseil : *Président* : Dr Rondeau; *Vice-Présidents* : Drs Descouts et Letulle; *Secrétaire général*: Dr Signez; *Secrétaires* : Drs Malbec et Thoumas; *Trésoriers*: Drs Fissiaux et Hennocque.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 mars 1895.

PRÉSIDENCE DE M. EMPIS.

Phosphorisme.

M. Magitot. — Les ouvriers employés à la fabrication des allumettes au phosphore blanc sont susceptibles d'absorber par les voies respiratoires des vapeurs phosphorées qui, pénétrant dans le sang et dans les tissus, se traduisent par un état d'intoxication lente ou de cachexie chimique, qui doit porter le nom de *phosphorisme*. Tous y paraissent voués, sans exception, avec une intensité variable suivant les individus, la nature et la durée du travail, suivant les aménagements et l'état d'insalubrité des usines et des ateliers. C'est ainsi que presque toutes les manufactures de France sont autant de foyers d'empoisonnement

Le phosphorisme dû à la pénétration de l'économie, soit par le phosphore en nature, soit par ses oxydes gazeux, se manifeste par un certain nombre de phénomènes dont quelques-uns sont généraux, c'est-à-dire communs à tous les ouvriers, et d'autres particuliers à tels ou tels individus plus spécialement prédisposés.

Les accidents généraux à tous les ouvriers sont : l'état cachectique, la teinte sub-ictérique de la peau, l'odeur alliacée de l'haleine, la présence du phosphore dans l'urine et dans la salive, des signes évidents d'anémie surtout chez les femmes, un degré très marqué dans la mortalité infantile et enfin une déchéance de la nutrition générale reconnaissable à la présence fréquente de l'albumine dans l'urine, à l'abaissement des oxydations azotées et à l'accroissement considérable de la *déminéralisation* de l'organisme (A. Robin). Cette dernière particularité produit dans le tissu osseux des modifications de constitution chimique qui impriment un degré inusité de gravité aux accidents qui peuvent l'atteindre.

Les signes particuliers du phosphorisme dépendant de prédispositions individuelles sont : l'entérite chronique avec diarrhées rebelles, la néphrite et la cystite, la bronchite, la fragilité des os d'où fréquence des fractures et consolidation très lente et souvent difforme de celles-ci, la facilité des ruptures musculaires et enfin la production d'une nécrose spéciale des mâchoires, dite *nécrose phosphorée* ou *mal chimique*, le plus grave assurément des accidents, car il entraîne presque inévitablement la mutilation ou la mort des malades.

Cet état de phosphorisme est d'une persistance et d'une ténacité extrêmes. Il se trouve longtemps après qu'un ouvrier a quitté l'usine, et donne ainsi l'explication de l'apparition tardive des accidents, et en particulier de la nécrose. Le phosphorisme seul ne saurait expliquer ni provoquer celle-ci; il faut pour sa genèse un second facteur, une lésion préalable des

mâchoires, porte d'entrée du mal. Toute intervention chirurgicale portant sur le squelette en général, et plus particulièrement sur la bouche, peut, dans l'état de phosphorisme, entraîner les complications les plus graves et provoquer l'apparition d'une nécrose.

La thérapeutique doit tendre à l'élimination complète du phosphore dont l'économie est imprégnée. Elle repose sur l'emploi prolongé du lait (régime lacté absolu), de l'oxygène ou de l'air ozonisé, l'exercice soutenu, les préparations à base d'essence de térébenthine, etc., c'est-à-dire de tous agents propres à provoquer l'oxydation et l'élimination du toxique. La durée de ce traitement ne peut être fixée; elle sera longue et pourra toujours être appréciée par l'analyse uroscopique et l'indication du *coefficient de déminéralisation.*

Tant que dure l'état de phosphorisme, les opérations qui se pratiquent sur la bouche, en vue de la résection des os nécrosés, sont presque toujours suivies de récidive et le chirurgien assiste, impuissant, à l'envahissement progressif du mal. On ne doit donc intervenir chirurgicalement que lorsque l'état de phosphorisme a entièrement disparu. Enfin, le remède radical à un tel état de choses est celui qui a été maintes fois réclamé, c'est-à-dire l'interdiction légale de l'emploi du phosphore blanc dans la fabrication des allumettes.

Aussi importe-t-il que l'Académie veuille bien renouveler le vœu qu'elle a adressé déjà à plusieurs reprises aux pouvoirs publics, à savoir l'interdiction légale de l'emploi du phosphore blanc dans la fabrication des allumettes, et qu'elle désigne une commission chargée de rechercher les voies et moyens capables, à titre provisoire, de conjurer et d'atténuer dans la mesure du possible les dangers sans cesse croissants de nombre et de gravité dont est menacé un groupe important de notre population ouvrière.

Grossesse extra-utérine tubaire gémellaire.

M. Folet (Lille) lit une observation de grossesse extra-utérine tubaire gémellaire. L'un des fœtus était mort à 2 ou 3 mois, mais l'autre était parvenu à terme, fait extrêmement rare dans les grossesses tubaires (on n'en connaît que six ou sept observations). Pendant quinze années le sac fœtal contenant ces deux fœtus resta dans le ventre sans produire aucun accident. Depuis un an, de petites poussées de péritonite ayant amené des douleurs assez vives, la femme entra à l'hôpital pour être débarrassée de sa tumeur.

Malgré de nombreuses adhérences du sac fœtal à l'intestin, il put être extirpé en presque totalité, sauf le fond du sac trop adhérent et qui fut suturé en collerette à la partie inférieure de la plaie. Guérison en six semaines.

Le fœtus n'est pas un lithopédion; ses tissus souples, non calcifiés mais présentant une densification qui leur donne la consistance du lard cuit, ont conservé, sauf quelques modifications, leur structure reconnaissable à l'œil nu et au microscope.

Empyème du sinus maxillaire.

M. Panas communique un cas d'empyème du sinus maxillaire compliqué d'ostéo-périostite orbitaire, avec perforation de la voûte, abcès du lobe frontal et atrophie du nerf optique. La mort est survenue au bout de six semaines à partir de l'entrée à l'hôpital.

Le malade a tout d'abord souffert d'une carie dentaire suivie quelque temps après d'un phlegmon du sinus maxillaire; ultérieurement se produisit une perforation de la voûte de ce sinus, puis transmission à l'orbite et enfin perforation de la voûte orbitaire au niveau de la petite aile du sphénoïde et pénétration du pus dans le cerveau.

L'autopsie a permis de suivre les progrès du mal dans ses étapes, depuis le globe oculaire jusqu'aux tubercules quadrijumeaux; d'où l'explication des phénomènes successivement observés, notamment de l'amaurose, de la paralysie des nerfs moteurs du globe et du trijumeau.

M. Cazeneuve (Lyon) fait une communication sur un nouveau procédé de stérilisation du lait par la chaleur à 100°, à l'abri du contact de l'air; ce procédé aurait surtout une influence sur la conservation prolongée de cet aliment.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 25 février 1895.

Nouvelles recherches sur les variations corrélatives de l'intensité de la thermogenèse et des échanges respiratoires.

M. Laulanié. — Ces recherches font suite à celles que j'ai entreprises depuis plusieurs années sur ce sujet et dont j'ai déjà fait connaître les résultats. Elles ont, en outre, ce caractère qu'elles reposent sur une méthode différente de celle à laquelle j'ai eu précédemment recours. J'ai procédé, comme antérieurement, à la mesure simultanée de la respiration et de la calorification, mais comme je suis encore resté fidèle aux calorimètres à rayonnement, dont les indications ne valent qu'à l'instant où elles sont fournies, j'ai cru devoir instituer une méthode parallèle d'exploration chimique qui me donnât pour le même instant la mesure correspondante des échanges respiratoires.

Les faits que j'ai constatés me conduisent aux conclusions suivantes: 1° l'acide carbonique n'est qu'un témoin éloigné et incertain de la thermogenèse; cela tient à ce que ce gaz ne procède pas toujours de l'oxydation, au moins chez les herbivores alimentés; 2° si, comme mes recherches tendent à l'établir, il existe un rapport constant entre la quantité d'oxygène consommé et la quantité de chaleur produite, l'oxygène devient le témoin fidèle et la mesure exacte de l'énergie mise en œuvre dans l'organisme; 3° les phénomènes d'oxydation, étant liés par un rapport constant à l'énergie transformée par les animaux, constituent très vraisemblablement la source exclusive de cette énergie. On peut présumer tout au moins que les phénomènes anaérobies n'interviennent dans l'énergétique des animaux supérieurs que pour une part tout à fait inappréciable et qu'on doit les négliger. D'un côté, ils n'ont pas de témoins pondérables dans les excreta et, d'autre part, les produits d'oxydation complète ou incomplète qui forment les excreta rendent compte de tout l'oxygène consommé et le restituent entièrement.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 8 mars 1895.

Grossesse extra-utérine.

M. Delaunay rapporte l'observation d'une femme âgée de 31 ans présentant comme symptômes des douleurs vives dans l'abdomen depuis deux mois; l'examen avait révélé la présence d'une tumeur mobile sur l'utérus. La laparotomie fut faite pour enlever les annexes malades; dans la trompe, il existait un gros caillot dont on fera l'examen histologique, mais qui semble déjà révéler qu'on avait affaire à une grossesse tubaire.

Lymphadénome généralisé.

MM. Tapret et **Macaigne** présentent les pièces anatomiques d'un malade mort avec les symptômes d'urémie; l'autopsie démontra qu'il existait des ganglions dégénérés tout le long de la colonne vertébrale, au cou, au médiastin, au mésentère. On trouva un épanchement hémorrhagique dans les plèvres et dans le péricarde; le foie volumineux pesait 3 kilogr. 200, la rate 600 grammes, la substance rénale était transformée en une masse blanchâtre. On inocula dans le ventre d'un cobaye du sang pris dans une veine du bras; en 24 heures l'animal devint triste et présenta un œdème sous-cutané généralisé, de l'ascite trouble; à la surface du foie on voyait quelques grains blancs, infiltrations embryonnaires dans les espaces portes. Cette lésion du foie ressemble à celle qu'on observa sur le tissu hépatique du malade; les liquides pris sur le cobaye comme sur le malade étaient stériles, l'examen microscopique du sang montra qu'il existait un peu de leucémie caractérisée par de petits globules blancs et des globules rouges à noyaux.

Anévrysme du cœur.

M. Gesland, faisant l'autopsie d'un malade mort subite-

ment dans un service de chirurgie, a trouvé un cœur fortement hypertrophié. Les parois de ce cœur étaient amincies vers la pointe où il y avait symphyse péricardique; là, existait une poche contenant un caillot sanguin relativement récent du volume d'une petite orange. En un point de l'artère coronaire il existait un noyau athéromateux qui oblitérait le vaisseau; il y avait dégénérescence des fibres musculaires au territoire de cette artère. Ce malade présentait en plus de la gangrène limitée au gros orteil, mas on ne trouva pas d'hathérome sur les vaisseaux du membre inférieur.

Leucocythémie.

M. Kahn a observé dans le service de M. Talamon depuis quelques mois une femme de 23 ans qui présentait tous les symptômes de l'anémie; l'examen démontra la présence d'une rate énorme et d'un foie hypertrophié; il y avait augmentation du nombre des globules blancs. La malade, qui mourut d'une pneumonie droite de la base, présenta dans les derniers temps une diarrhée incoercible et des urines rares et albumineuses. A l'autopsie on vit que la rate, recouverte d'un peu de périsplénite, pesait 1,950 grammes et adhérait au lobe gauche du foie. Les veines spléniques et gastro-épiploïques gauches étaient fortement dilatées et contenaient du sang rouge et même rose par place, indiquant qu'il existait des thromboses formées par accumulation des globules blancs. Le foie pesait 2,800 grammmes. Deux plaques de Peyer étaient hypertrophiées. Sur les reins il existait deux petites tumeurs lymphadéniques.

G. Dagron.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 9 mars 1895.

Présidence de M. Perier.

Glycogène dans le sang normal et dans le sang des diabétiques.

M. Kauffmann a constaté par une série d'expériences que le sang des animaux (cheval, bœuf, chien) renferme toujours, à l'état normal, une petite quantité de glycogène variant de 10 à 25 milligrammes par litre. Chez les diabétiques la porportion de glycogène augmente considérablement pour varier entre 200 et 500 milligrammes par litre.

Ces faits sont donc favorables à l'opinion de Claude Bernard qui admettait que le sucre dérivait du glycogène et que pour former du sucre les substances albuminoïdes devaient passer par la phase de glycogène. Le foie fabrique donc du sucre qui est consommé et du glycogène qui est déposé dans les muscles.

D'un autre côté ces faits expliquent l'accumulation, chez les diabétiques, du glycogène dans des organes qui à l'état normal n'en referment pas (cerveau, reins).

M. Dastre a également trouvé la présence du glycogène dans la lymphe. Seulement il a pu constater que le glycogène se trouve seulement dans le dépôt cellulaire et fait défaut dans le plasma du liquide. Le glycogène est donc engagé dans les éléments cellulaires de la lymphe comme il l'est dans la cellule hépatique.

Syringomyélie avec hémiatrophie de la face.

M. Déjerine présente une femme de 52 ans présentant à côté des phénomènes classiques de la syringomyélie presque unilatérale, une hémiatrophie gauche de la face avec symptômes relevant d'une paralysie du grand sympathique cervical : myosis, enfoncement du globe oculaire, diminution de l'orifice palpébral et de l'ouverture de la narine, absence de sécrétions nasales du côté gauche, absence de transpiration du même côté. Il y a un seul fait qui ne concorde pas avec les symptômes de la paralysie du sympathique : c'est l'abaissement de la température de la moitié gauche de la face.

Cette hémiatrophie présente encore ceci de particulier qu'elle porte plus sur le squelette que sur les parties molles de la face. M. Déjerine demande donc si la section du grand sympathique peut, à la longue, être suivie d'hypothermie et d'atrophie.

M. Féré demande si cette hémiatrophie n'est pas d'origine congénitale.

M. Déjerine répond que la malade est très affirmative à cet égard; l'atrophie de la face a débuté à l'âge de 28 ans.

M. Chauveau fait observer que chez les animaux chez lesquels on sectionne le grand sympathique les phénomènes vasculaires, c'est-à-dire ceux de la vaso-dilatation, s'atténuent à la longue.

M. Laborde a pu faire la même constatation, tandis que les phénomènes musculaires consécutifs à la section du grand sympathique vont en augmentant, les phénomènes vaso-dilatateurs diminuent considérablement.

Quant à l'existence des phénomènes trophiques, M. Laborde fait observer que la malade a une affection de la moelle et que l'anesthésie de la peau et de la muqueuse du côté gauche montre la participation du trijumeau. Les deux faits suffisent peut-être pour expliquer l'atrophie.

M. Dastre croit que le trijumeau intervient ici comme à titre de nerf sympathique de la tête et de nerf cérébro-spinal.

M. Dupuy a pu constater que chez les animaux jeunes la section du sympathique est suivie d'un défaut de développement. Chez les animaux adultes on n'observe rien de pareil.

M. Dastre fait une communication sur la digestion de la fibrine dans les solutions salines faibles.

M. Chauveau lit une note de **M. Tissot** sur la signification du dégagement de l'acide carbonique et de l'absorption de l'oxygène par le muscle séparé du corps.

R. Romme.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 mars 1895.

Rupture du biceps.

M. Bazy lit une observation de rupture de la longue portion du biceps. La partie clinique n'offre rien de spécial. Après incision longitudinale, M. Bazy vit le tendon de la longue portion rompu à son insertion supérieure et replié en une anse à concavité inférieure. Il le réséqua et sutura son corps charnu à celui de la courte portion. Bon résultat.

Luxations irréductibles.

M. Picqué lit un rapport sur trois observations adressées par M. Civel (de Brest).

1° Femme de 22 ans, vue au dix-neuvième jour d'une luxation du coude en arrière et en dehors. Après échec des tentatives de réduction, M. Civel fit l'arthrotomie par incision transversale au-dessus de l'olécrâne, et il réussit, mais très laborieusement. M. Picqué se demande si dans les cas de ce genre, où l'irréductibilité est avérée, il ne vaut pas mieux recourir d'emblée à la résection, bien plus simple que l'arthrotomie dans les cas où il y a épaississement fibreux rapidement considérable. M. Picqué a obtenu de la sorte un bon résultat, dans un cas datant de six semaines.

2° Luxation intra-coracoïdienne de l'épaule de 5 mois 1/2 chez un homme de 28 ans. L'arthrotomie, faite le 3 mars 1894, a conduit sur des adhérences très solides; dans les manœuvres de mobilisation la petite tubérosité a été arrachée et à ce moment la réduction a été possible, Mais finalement le résultat a été nul. M. Picqué — qui fait des réserves sur la possibilité d'une luxation pathologique, car le commémoratif du trauma est très vague — croit qu'il aurait mieux valu faire la résection.

3° Luxation de l'épaule par cause directe. Après échec des manœuvres d'un rebouteur, le malade consulta au neuvième jour un médecin qui échoua également. M. Civel, appelé au douzième jour, fit l'arthrotomie, débrida la lèvre postérieure de la déchirure capsulaire et vit alors la tête rentrer d'elle-même pour ainsi dire. Le résultat fut bon. Mais d'après ces données anatomo-pathologiques, M. Picqué pense que les manœuvres de douceur bien réglées auraient probablement réussi.

M Lucas-Championnière croit que pour les luxations

anciennes la résection est en principe bien préférable à l'arthrotomie : elle est plus facile et donne des résultats fonctionnels bien meilleurs. Pour le coude en particulier, il faut faire la résection totale, en ne respectant que la tête radiale ; les résections partielles sont très médiocres. Cela est encore plus vrai pour l'épaule et le résultat mauvais fourni à M. Civel par l'arthrotomie vient à l'appui de cette assertion. Quant aux tractions par les moufles, elles sont plus dangereuses que la résection : M. Championnière a vu un malade y succomber. La dernière observation de M. Civel ne plaide pas contre la résection, car c'était un cas où on aurait probablement dû réussir par les manœuvres de douceur.

MM. Monod et **Marchand** insistent sur ce dernier point : il est tout à fait exceptionnel qu'on doive recourir à la méthode sanglante pour une luxation de l'épaule au douzième jour.

M. Quénu proteste contre cette opinion. Quand on a constaté l'irréductibilité primitive, il faut opérer tout de suite, et ne pas attendre que la luxation devienne ancienne. Certainement, la réduction par manœuvres externes réussit même dans des cas anciens, mais l'irréductibilité primitive existe.

M. Marchand. — Nous n'avons jamais dit le contraire : nous pensons seulement que dans le cas de M. Civel les constatations anatomiques empêchent de penser que l'irréductibilité primitive ait été réelle.

M. Ricard pense qu'il ne faut pas ainsi condamner l'arthrotomie en principe. Entre elle et la résection, le choix dépend de l'ancienneté et de la nature des lésions. Pour les luxations primitivement irréductibles c'est à l'arthrotomie qu'il faut avoir recours. Mais la résection s'impose pour les luxations anciennes avec rétractions fibreuses et déformations osseuses.

M. Félizet admet avec M. Championnière, que la résection est supérieure à l'arthrotomie. Mais il ne saurait lui concéder que chez l'enfant la résection partielle, limitée à l'humérus, soit une mauvaise opération : elle lui a fourni d'excellents résultats. La résection totale, au contraire, donne des membres flottants.

M. Kirmisson, après s'être associé aux réserves des orateurs précédents sur la possibilité de succès des méthodes de douceur chez le troisième malade de M. Civel, adopte les indications générales formulées par M. Ricard et confirme l'opinion de M. Félizet sur les bons résultats de la résection partielle chez l'enfant. Mais il conteste que chez l'enfant la résection totale du coude laisse après elle un membre flottant : le périoste travaille fort bien à cet âge et donne des jointures solides.

M. Championnière, qui n'a voulu parler que de ce qui se passe chez l'adulte, croit volontiers que chez l'enfant la résection partielle du coude doit être bonne, mais il nie, d'après son expérience personnelle, que la résection totale soit suivie de membre flottant.

Fistule recto-vaginale.

M. Segond. — Une jeune fille de 15 ans et une de ses contemporaines s'introduisirent réciproquement dans le vagin, pour se distraire, un pot de pommade long de 4 cm. sur 2 de large. La compagne en mourut de péritonite, et ma malade souffrit d'accidents sérieux. Elle se rétablit pourtant, se maria à 19 ans, avec son pot de pommade, et une tolérance s'établit entre elle, son habitant et son mari. Mais à la fin de 1894, étant de passage à Blois, la malade fut prise de péritonite ; M. Ferrand, appelé, voulut pratiquer un examen local, qui fut refusé. Enfin, comme les accidents s'aggravaient, le mari se décida à faire à M. Ferrand la confession de sa femme, et M. Ferrand pratiqua, non sans peine, l'extraction du corps étranger. Mais avec le pot de pommade, vinrent des matières fécales : il y avait une énorme fistule recto-vaginale, que je fut convié à combler. Le périnée était splendide et robuste, et la perforation transversale occupait le fond du cul-de-sac postérieur, dont elle occupait toute la largeur : deux arguments pour ne pas agir par la périnéotomie. La fistule était trop haut pour être opérable par le procédé de Quénu, de Félizet ; elle était entourée de trop de tissu cicatriciel pour que le procédé de Le Dentu fût applicable, d'autant plus que l'utérus n'était pas abaissable. Je me rappelai alors que dans les extirpations du rectum, on peut, sans ouvrir le péritoine, attirer au dehors une longueur considérable de l'intestin, par décollement. Je dilatai donc l'anus, je fis à la paroi rectale au-dessus du sphincter une incision circulaire, et j'attirai l'intestin en agissant à peu près exclusivement sur la paroi antérieure. J'arrivai ainsi jusqu'à la fistule, j'y dédoublai rectum et vagin, je laissai ce dernier remonter en place, y mettant par surcroît de précaution trois points de suture, et je suturai le bord rectal de la fistule au sphincter, sacrifiant tout le fragment intermédiaire. J'avais donc tiré au-devant de la fenêtre, située au premier étage, un store que j'ai fixé au rez-de-chaussée. Le résultat fut excellent, et je signale ce procédé qui dans quelques cas pourra rendre des services.

M. Le Dentu a vu un pot de vaseline oublié pendant 2 ans dans le vagin ulcérer la vessie et se remplir d'un calcul. Il insiste sur l'impossibilité de traiter toutes les fistules recto-vaginales par un seul procédé, et conclut que le procédé de de M. Segond dérive du sien.

M. Monod montre une passoire de porcelaine qui a séjourné pendant 8 ans dans le vagin.

A. Broca.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 mars 1895.

Présidence de M. d'Heilly.

Coqueluche à l'hôpital Trousseau.

M. Comby. — Quand j'ai pris la succession du Dr Legroux à l'hôpital Trousseau, j'ai remarqué que tous les coquelucheux de mon service étaient gravement atteints. Tous les traitements employés sont restés inactifs en face des quintes nombreuses, de la fièvre, des complications pulmonaires. Sur 16 malades en effet, 14 ont été touchés d'infection nosocomiale (fièvre, congestion pulmonaire, broncho-pneumonie), 5 enfants ont succombé, ce qui fait une mortalité de 31, 25 0/0. En présence de ces accidents je me suis empressé, d'évacuer le service. Tous ces enfants étaient entrés pour une coqueluche simple. C'est donc l'hôpital qu'il faut rendre responsable des accidents. Ce qui le prouve encore c'est que les enfants traités à domicile se comportent beaucoup mieux que ceux qui sont hospitalisés. Une expérience de 11 ans comme médecin d'un dispensaire à la Villette m'a donné dans mes statistiques une mortalité de 1 0/0 ; on voit que dans ces conditions l'hospitalisation pourrait être qualifiée d'infanticide. J'ai pensé utile de le dire et de réclamer impérieusement un isolement mieux compris des coquelucheux et des enfants atteints de broncho-pneumonie. Il faut à cet usage des pavillons parfaitement séparés et très aérés.

M. Legendre. — Pendant ma suppléance à l'hôpital Trousseau, j'ai eu malheureusement les mêmes remarques à faire que M. Comby. Toutes les fois que j'ai constaté un cas de broncho-pneumonie, j'ai fait évacuer et désinfecter la salle, et j'ai vu la complication disparaître jusqu'à ce qu'un nouveau cas de broncho-pneumonie fût importé dans la salle.

M. du Cazal. — En ce qui concerne la broncho-pneumonie les dangers d'encombrement sont beaucoup plus précoces que pour toute autre affection ; et on peut dire que dans bien des cas où il n'y aurait pas de dangers d'encombrement pour d'autres affections, il y en a déjà pour la broncho-pneumonie.

Cystite grippale.

M. Comby. — J'ai observé l'année dernière chez un cocher de 55 ans une cystite au décours d'une grippe. Je viens d'observer le même accident chez un jeune enfant de mon service à l'hôpital Trousseau. On voit que la grippe peut toucher tous les organes, ce qui nous engage encore à améliorer les conditions d'isolement.

M. Rendu. — Je me permets de faire quelque réserve sur la seconde observation de M. Comby. Il ne suffit pas qu'un malade ait des symptômes fébriles et de la courbature pour que l'on fasse le diagnostic de grippe. Y-a-t-il eu chez

le jeune enfant en question des lésions locales de nature grippale? Il faut se garder de faire le diagnostic de grippe en se basant seulement sur l'existence d'une épidémie de cette nature.

M. Comby. — Le malade avait une courbature généralisée, la langue blanche, étalée. L'existence contemporaine de l'épidémie de grippe suffit avec ces symptômes pour faire penser à cette affection.

M. Legendre. — Pour répondre à l'objection de M. Rendu je citerai une observation de cystite grippale dont le diagnostic ne saurait faire de doute. Un homme très robuste a été atteint de grippe à forme broncho-pneumonique en 1890. Or cette année il est pris subitement de douleurs lombaires avec hématurie en même temps que des symptômes absolument analogues à ceux qu'il ressentit en 1890 (bronchite etc). Le malade est aujourd'hui rétabli. Il me semble que, dans ce cas, le diagnostic ne saurait faire de doute.

Traitement électrique des vomissements de la grossesse.

M. Champetier de Ribes. — Les vomissements de la grossesse, par leur fréquence et leur persistance ont toujours vivement préoccupé les médecins et les accoucheurs; cependant aucun des traitements appliqués jusqu'à ce jour n'a été infaillible. Je désire vous parler aujourd'hui d'un nouveau mode de traitement préconisé par M. le Dr Gautier qui m'a donné d'excellents résultats dans tous les cas où on l'a employé; il s'agit de la voltaïsation continue et descendante du pneumogastrique droit à faible intensité et à longue durée.

La technique employée par MM. Gautier et Larot est la suivante. On place l'électrode positive recouverte d'amadou entre les insertions claviculaires du sterno-mastoïdien, puis l'électrode négative, large de 10 centimètres, au niveau de l'ombilic. Chaque séance dure d'un quart d'heure à une demi-heure, en ayant soin d'ouvrir et de fermer le courant avec beaucoup de précaution afin d'éviter toute excitation. Ayant été appelé au commencement de 1893 pour soigner une malade qui portait une grossesse extra-utérine accompagnée de vomissements abondants et très fatigants, j'épuisai en vain tous les traitements mis en usage contre cette complication. Puis j'appris un jour qu'elle se faisait soigner par M. Gautier, leur médecin et ami, et je fus surpris des excellents résultats obtenus. Ayant été appelé en 1894 pour une grossesse de deux mois occasionnant des vomissements modérés, j'eus recours à M. Gautier qui les fit disparaître complètement en quelques jours.

Quelque temps après, Me Henry m'ayant consulté pour une de ses malades présentant des vomissements fréquents avec fétidité de l'haleine et ayant occasionné un grand abattement, je la confie au Dr Gautier. Aussitôt la première séance, la malade peut garder une tasse de bouillon; une semaine après le traitement, guérison complète.

Enfin, tout récemment, j'ai vu avec M. le Dr Teissier, une multipare âgée de 30 ans. Malgré d'excellentes grossesses antérieures, elle est prise subitement de vomissements à la 3e semaine d'une grossesse; ces accidents occasionnèrent des troubles si graves que M. Teissier me consulta afin de voir s'il y avait lieu d'interrompre le cours de la grossesse. J'eus immédiatement recours à l'électrisation, et dès la première séance, elle put garder une tasse de bouillon. Aujourd'hui, la malade mange très bien, les joues sont revenues et la guérison s'est maintenue.

Des accidents produits par le chloralose.

M. Rendu. — Ayant eu à traiter une tuberculeuse qui me demandait avec insistance de lui procurer un peu de sommeil, j'essayai successivement, mais en vain, l'opium, la codéine, la morphine, le chloral. Je me décidai enfin à lui donner du chloralose recommandé par MM. Landouzy et Richet. Je lui fis prendre un cachet de 0,25 centigrammes le soir à minuit. Or, vers deux heures du matin, on vint me chercher à la hâte et je constatai, à mon arrivée, des symptômes des plus alarmants.

La malade était dans le coma le plus complet, son visage couvert de sueurs, les pupilles dilatées. Les muscles de la face étaient secoués par des convulsions spasmodiques incessantes. Les membres étaient le siège de convulsions cloniques plus ou moins intenses ressemblant à du petit mal épileptique.

Les symptômes les plus alarmants étaient l'extrême fréquence et la faiblesse du pouls et des battements cardiaques qui étaient au nombre de plus de 200 à la minute. Ils étaient mal frappés comme à la période agonique des maladies du cœur. La respiration fréquente et irrégulière était cependant moins troublée que le cœur.

Ces symptômes étaient accompagnés d'hypothermie. En présence de cet état, je fis, coup sur coup, à un quart d'heure d'intervalle, deux piqûres d'éther; le pouls parut se relever un peu, mais les convulsions persistèrent. Sachant que la morphine agissait plutôt comme excitant chez cette malade, je lui fis vers quatre heures du matin une piqûre d'un quart de centigramme de morphine, et je pus quitter vers 5 heures la malade qui paraissait aller mieux. Le soir tout danger parut conjuré. Je ferai remarquer, d'ailleurs, que ma malade n'était ni nerveuse, ni exceptionnellement sensible aux médicaments.

Vous savez que le chloralose a été considéré comme un hypnotique sans danger et qu'on le prescrit à la dose *minima* de 0,25 centigrammes, quelquefois de 0,50 à 0,75 centigr. Il est certain qu'à cette dose ma malade eût succombé et il m'a paru intéressant de vous relater le fait.

M. Fernet. — M. Landouzy dit que l'on ne peut avoir d'accident qu'au-dessus de 0 gr. 50 centigr. Il est évident que cette posélogie est à revoir.

SOCIÉTÉ D'OPHTHALMOLOGIE

Séance du 5 mars 1895.

Myopie et verres convexes.

M. Despagnet, revenant sur la communication de M. Masselon relative à la correction de la myopie par les verres convexes pour la vue à distance, déclare n'avoir pu obtenir de bons résultats de cette méthode après s'être rendu artificiellement myope. Chez un fort myope de 22 dioptries il a pu, en le faisant se servir d'une large loupe de 8 dioptries, relever l'acuité visuelle sur l'échelle typographique jusque 7/10, mais la lecture du nom des rues, des numéros de maison lorsqu'ils comportaient plus de trois chiffres restait impossible.

Injections dans le canal nasal.

M. Valude, à propos d'un cas de méningite mortelle consécutive à une injection dans les voies lacrymales rapporté antérieurement par M. Leplat, rapporte qu'il a observé un homme âgé de 60 ans chez lequel le débridement et la canalisation du même conduit furent suivis dans les deux jours de gonflement et d'ecchymose et au septième jour d'amblyopie. L'ophthalmoscope ne décelait rien, la pupille restait sans réaction, la malade accusait seulement la perception lumineuse. Bientôt on nota un peu d'exorbitis et de tuméfaction palpébrale avec douleurs orbitaires vagues, la pupille prit une teinte rouge sombre et finalement s'atrophia. Dans ce cas, on peut admettre que la déchirure de la muqueuse du canal nasal a été suivie d'une cellulite orbitaire qui s'est propagée à la gaîne du nerf optique.

M. Despagnet, pour éviter de pareils accidents, recommande de ne jamais pousser une injection après le passage de la sonde, mais d'attendre deux jours. Il reconnait du reste que l'injection seule dans le cas d'obstruction complète du canal peut être suivie de déchirure de la muqueuse, ce qui se traduit par un œdème immédiat de la paupière inférieure.

M. Vignes n'a jamais vu d'accidents survenir après les injections poussées aussitôt après le cathétérisme.

M. de Wecker, par contre, lui aussi redoute les accidents infectieux qui peuvent résulter de la pénétration dans les tissus des germes normalement contenus dans les voies lacrymales et cependant il se sert pour les injections d'une solution fortement antiseptique de cyanure de mercure au centième.

M. Sauvineau, afin de se mettre à l'abri de ces accidents,

commence par laver le sac lacrymal avec une solution phéniquée au centième, puis sans crainte il cathétérise et injecte.

Kératite sympathique.

M. Jocqs, dans les premiers jours de janvier, fut consulté par une femme de la campagne, très robuste, sans antécédents, laquelle avait cependant perdu l'œil gauche dans l'enfance, mais ignorait sous quelle influence. L'œil droit qui n'avait jamais rien présenté de particulier était devenu rouge, larmoyant, craignant la lumière, cela quelques heures après que le moignon gauche fut sans cause connue devenu douloureux. Bientôt la malade ne voyait plus qu'au travers d'un brouillard et trois semaines après la vision était nulle. A ce moment, M. Jocqs constate que les trois quarts supérieurs de la cornée, tout à fait opaques, paraissent constituer la sclérotique, que le quart inférieur de la membrane est infiltré de traînées grisâtres derrière lesquelles on devine l'iris. L'épithélium est intact, l'infiltration est interstitielle, le cercle péri-kératique peu développé envoie deux ou trois rameaux dans la périphérie de la cornée. Le tissu de l'œil est normal, la douleur à peine sensible à droite est seulement réveillée par la pression à gauche.

Tout d'abord on pratique une péritomie, le lendemain on enlève le moignon de l'œil gauche où l'on trouve une ossification de la choroïde, les jours suivants on eut recours à des massages de la cornée avec la pommade au précipité jaune. Le cinquième jour du traitement le malade accusait de l'amélioration et progressivement, en effet, la cornée s'éclaircit et la vision se releva au point que la malade peut actuellement enfiler une aiguille.

M. Jocqs croit que chez cette femme il s'agit d'une kératite sympathique et adopte pour l'expliquer la théorie de l'irritation des nerfs ciliaires.

Amblyopie réflexe.

M. de Wecker, revenant sur la communication de M. Trousseau relative à un cas d'amblyopie réflexe faite dans la dernière séance, déclare que, pour lui, il s'agissait d'un cas de simulation.

M. Abadie reconnaît qu'il existe une amblyopie hystérique dont rend bien compte la théorie nouvelle du neurone et qui se caractérise cliniquement par le phénomène du transfert.

M. Parinaud, lui aussi, ne croit pas à l'amblyopie réflexe et comme cause d'amblyopie vraie a souvent appelé l'attention sur l'hystéro-traumatisme.

Lésions de la cornée dans le choléra.

M. Gorecki fait un rapport sur quelques observations de M. Garninski qui a relevé chez les cholériques des ulcérations cornéennes. Cet auteur ne les attribue pas au seul dessèchement de la membrane consécutif aux abondantes évacuations claires, il en fait plutôt une manifestation des troubles trophiques.

Faux lenticône.

M. Javal fait un rapport sur un travail de M. Demicheri, lequel a observé qu'au début de la cataracte la réfraction du noyau pouvait augmenter au point qu'à son niveau l'on constatait une myopie élevée tandis que la périphérie du cristallin restait hypermétrope, d'où à l'examen l'image kératoscopique du kératocone. L'examen des courbures de la cornée et de la surface antérieure du cristallin seul permet de reconnaître ce faux lenticône.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance de février 1895.

Présidence de M. Maygrier.

Présentation du siège.

MM. Bar et **Tissier** présentent un enfant âgé de deux ans qui naquit en présentant le siège et chez qui l'un d'eux fit une application de lacs. L'extraction de l'enfant fut pénible et on constata à la naissance une section de la peau qui guérit sans complication. Aujourd'hui l'enfant boite et on peut s'assurer que la boiterie est due à un raccourcissement du fémur portant spécialement sur son extrémité supérieure. Ils présentent en outre un moulage montrant combien peuvent être étendues et profondes les lésions produites par les lacs.

M. Charpentier ne croit pas à l'innocuité des lacs dans le traitement de la présentation du siège, il a observé dans un cas de présentation du siège la fracture du fémur. Il pense que dans le cas de M. Bar, il s'est bien agi d'une fracture du fémur. Il préfère l'extraction manuelle.

M. Porak croit aussi au danger des lacs, mais on est bien obligé d'y avoir recours dans le plus grand nombre des cas. Il ne pense pas que dans le cas de M. Bar, il se soit agi d'une fracture. Lorsque cet accident est le résultat d'un traumatisme portant sur un os sain, le cal est énorme et les fragments de l'os sont comme perdus au milieu de lui. Ce n'est que dans le cas où il y a une dystrophie osseuse, comme dans le cas de syphilis, que le cal est négligeable. Certainement, le gros cal observé dans ces cas n'aurait pas passé inaperçu de M. Bar.

M. Guéniot croit aussi au danger des lacs. Il introduit profondément la main dans la concavité du sacrum. Cette manœuvre a pour résultat de provoquer la contraction utérine et de permettre d'exercer une traction moindre sur les lacs ou sur les crochets.

M. Budin reconnaît que dans le cas de M. Bar, il existe bien une atrophie du fémur, mais il en ignore l'étiologie. Il recommande dans l'extraction du siège d'exercer la traction sur les lacs seulement pendant la contraction utérine et en exerçant l'expression utérine.

M. Porak est tellement de l'avis de M. Budin qu'il administre le seigle ergoté pour renforcer la contraction utérine. Il applique un lacs sur l'aine antérieure et lorsque le passage du lacs sur l'aine postérieure est difficile, il applique le crochet de Delore sur l'aine postérieure. Les pressions réparties sur les deux aines sont d'autant moins fortes sur chacune d'elles. L'expression utérine doit aussi être employée, mais son importance devient surtout grande au moment du dégagement de la tête.

M. Doléris pense que le raccourcissement du membre dû à l'atrophie du fémur, est dû à des troubles trophiques consécutifs à l'attrition des nerfs et en particulier du circonflexe.

M. Maygrier recommande de n'appliquer les lacs que dans les sacro-antérieures et de se servir suivant le conseil de Tarnier de la mèche des fumeurs.

M. Olivier recommande d'engager les lacs dans un tube de caoutchouc dont la pression est moins brutale.

M. Guéniot. — Ce n'est pas la nature des lacs qui est importante à considérer, mais la nature des tractions exercées qu'il faut modérer autant que possible.

M. Bar insiste sur ce fait que le cal dans les décollements épiphysaires est peu volumineux et qu'il peut échapper aux investigations les plus minutieuses.

Dermatite polymorphe prurigineuse récidivante de la grossesse.

MM. Bar et **Tissier** présentent une malade atteinte de dermatite polymorphe prurigineuse récidivante de la grossesse (herpès gestationis). Elle vient d'accoucher pour la septième fois. Chez elle, la maladie n'a débuté qu'après le cinquième accouchement, et a récidivé aux deux grossesses qui ont suivi. Chaque atteinte a été plus intense que la précédente.

Ils montrent des photographies représentant les lésions cutanées observées aux différents stades de la maladie, et ils signalent les idées actuellement régnantes sur la genèse de cette maladie; ils insistent sur l'hypoazoturie qui a marqué chacune des poussées de dermatite qu'ils ont observées.

Oblitération du duodénum.

M. Brindeau. — Il relate l'histoire d'un enfant atteint

de faiblesse congénitale, de gros ventre et de sclérème, qui a succombé quelques jours après sa naissance. Il vomissait des matières fécales. On diagnostiqua une oblitération intestinale. En effet, à l'autopsie, on constata que le duodénum était très distendu et qu'il était oblitéré. Toute la partie de l'intestin située au-dessous est très amincie et rétractée.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 4 mars 1895.

Présidence de M. Coyne.

Paralysie du plexus brachial droit.

M. Guérin présente un malade entré dans le service de M. le professeur agrégé Cassaët pour une paralysie du plexus brachial qui s'est produite au mois d'août, immédiatement après une fracture de la clavicule droite. Actuellement, sept mois après l'accident, on constate la paralysie du membre, l'anesthésie qui remonte beaucoup plus haut dans la région externe que dans l'interne et enfin la réaction de dégénérescence des muscles explorés par l'électricité. Cette réaction est constatée aussi pour les muscles de l'épaule; le trapèze et le sus-épineux seuls sont épargnés. Pas de troubles oculo-pupillaires et par conséquent, pas de paralysie radiculaire du plexus brachial. Une intervention chirurgicale sur la clavicule est indiquée chez ce malade.

Arrêt de développement du diaphragme.

M. Verdelet montre un fœtus mort quelques instants après sa naissance. L'absence de toute la portion gauche du diaphragme avait permis à la rate, à l'estomac, à l'intestin grêle, de remplir la moitié gauche du thorax. Les poumons et le cœur se trouvent à droite; pendant l'accouchement et quelques instants après, on avait pu constater les battements du cœur à droite.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 27 février 1895.

Présidence de M. Colrat.

Trépanation pour aliénation mentale.

MM. Binet et **Rebatel** relatent l'observation d'un officier blessé au siège de Metz d'un éclat d'obus à la région occipitale, qui eut des accidents méningitiques, maladie dont il guérit. Dix-huit ans après il fut pris de mélancolie, alternant avec des périodes d'excitation; il eut même un accès épileptiforme. Ces accidents cérébraux présentèrent de longues périodes de rémission. Comme le dernier accès avait une durée inusitée, qu'il ne cédait devant aucun traitement, ils le firent trépaner sur la région antérieure médiane par M. Chandelux et le malade, qui n'avait aucune lésion macroscopique et qui n'était pas un hystérique, n'a présenté, depuis ce moment, aucun accident.

En conséquence, les auteurs le considèrent guéri.

M. Poncet. — Je crois qu'il faut faire des réserves sur l'avenir de ce malade, quoiqu'après une trépanation qui date de vingt-deux mois, il ait recouvré une santé à peu près parfaite. On nous a dit, en effet, qu'il éprouvait parfois, de temps à autre, pendant quelques secondes, quelques minutes, certains malaises, des battements, dans la région opérée. Ces réserves sont justifiées, d'autre part, par son histoire.

Blessé à la tête en 1870, il aurait eu, pendant quelque temps, des accidents cérébraux bizarres qui ont guéri et c'est 18 ans après, en 1888, après cette très longue accalmie, qu'il a présenté des phénomènes nerveux inquiétants.

Ces derniers, accompagnés de quelques crises épileptiformes, avaient encore disparu, lorsqu'une deuxième rechute, plus grave, a fourni l'indication de la trépanation.

En principe, je suis partisan de cette intervention dans bon ombre de troubles cérébraux, d'origine traumatique, mais l'expérience m'a appris qu'il fallait être très réservé sur le résultats définitifs. On obtient des améliorations pendant une durée plus ou moins longue, pendant des mois, des années, mais, le plus souvent, ce ne sont pas de véritables guérisons.

Seuls les cas où l'on trouve une cause anatomique bien déterminée sont susceptibles d'une guérison complète; les autres cas s'améliorent, se modifient heureusement pendant un temps plus ou moins long, mais il faut craindre des rechutes et, en ce qui me concerne, j'ai dû, maintes fois, chez cette dernière catégorie de sujets, recourir à de nouvelles trépanations plus ou moins éloignées les unes des autres.

M. Colrat demande pourquoi la trépanation n'a pas été faite au niveau de la fracture du crâne.

M. Chandelux. — Aucun signe n'indiquait le choix de ce point. C'est pourquoi il a fait la trépanation au lieu d'élection. Le malade a eu quelques malaises absolument transitoires, depuis son opération, des battements dans la cicatrice opératoire.

En raison du long espace de temps écoulé depuis l'opération, on peut avoir des garanties, sans pouvoir cependant rien affirmer pour l'avenir.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 4 mars 1895.

Peptonurie.

M. Senator expose les diverses phases par lesquelles a passé la question de la peptonurie. Ce sont Gerhardt, Schulgen et Ries qui ont montré la présence dans l'urine d'une substance albuminoïde qui n'était pas précipitée par la chaleur, et indiqué les maladies dans lesquelles on trouvait de la peptonurie. Les travaux sur cette question se sont singulièrement multipliés depuis que Hofmeister a indiqué la méthode à l'aide de laquelle il est facile de déceler les peptones dans l'urine. On a ainsi appris que la peptonurie se rencontrait dans les suppurations quand, après la décomposition du pus, les peptones devenant libres sont résorbées et en passant par le sang apparaissent dans l'urine : c'était la peptonurie pyogène. La peptonurie qui apparaissait dans certaines maladies du foie était connue sous le nom de peptonurie; on admettait également l'existence d'une peptonurie interogène survenant dans les affections de l'intestin, de même d'une peptonurie histogène résultant de la destruction des tissus ou des humeurs organiques, etc.

En 1880, Kuhn a montré que la substance qu'on trouvait dans l'urine n'était pas un produit de digestion des substances albuminoïdes, mais un produit intermédiaire, une pro-peptone ou albumose. Ces recherches furent confirmées par Ltadelmann et ses élèves qui ont montré que la vraie peptonurie n'existait jamais et que ce qu'on désignait sous ce nom n'était qu'une élimination par le rein des albumoses ou des propeptones.

Robitschek, enfin, en laissant complètement de côté la nature exacte du corps qui s'éliminait avec les urines, montra que la peptonurie se rencontrait dans certaines maladies et pouvait servir au besoin de moyen diagnostique.

Ce sont ces recherches que M. Senator a récemment reprises en se servant exclusivement du réactif de Salkoroski. Il a pu ainsi constater que la peptonurie s'observait régulièrement dans la pneumonie croupale, la méningite suppurée, la péritonite, l'empyème et, d'une façon moins régulière, dans le rhumatisme articulaire aigu. La peptonurie fait régulièrement défaut dans la leucémie.

M. Sénaton pense donc que la recherche de la peptonurie peut être utilisée pour le diagnostic de certains cas difficiles. C'est ainsi que dans un cas où tout semblait indiquer l'exis-

tence d'une méningite, ce diagnostic ne fut pas fait quand on avait constaté l'absence de peptonurie, plus tard, on reconnut que le malade avait un cholistéatome de l'oreille.

Quant à la nature exacte du crops qu'on trouve dans l'urine, M. Sénaton a pu constater que ce corps n'était pas de la peptone, mais une pro-albumose. Il serait donc indiqué de changer le terme de peptonurie contre celui de pro-peptonurie.

M. Stadelmann fait observer qu'avec les méthodes actuelles l'albumine contenue dans l'urine a pu fort bien être transformée artificiellement en peptones ou pro-peptones, puisqu'on considère l'urine comme dépourvue de substances albuminoïdes quand l'examen fait avec l'acide acétique et le féro-cyanure de potassium donne des résultats négatifs. Or, malgré ces résultats négatifs, l'albumine peut se trouver dans l'urine et se transformer en peptone ou pro-peptone.

Bains de sable chaud.

M. Grawitz a essayé à la clinique du professeur Gerhardt les bains de sable chaud à 50°, soit comme bain local, soit comme bain général.

Ces bains ont donné des résultats tout à fait remarquables chez les rhumatisants et principalement dans l'arthrite déformante. C'est ainsi que deux femmes atteintes d'arthrite déformante des doigts, des poignets et des genoux et condamnées à une immobilité presque absolue, ont pu reprendre leur travail dans une fabrique. De même les rhumatisants chroniques et les individus atteints de sciatiques ont été les uns complètement guéris, les autres considérablement améliorés.

Le sable chaud a encore agi d'une façon très favorable sur la résorption des exsudats, sur les œdèmes des brightiques ou des cardiaques atteints de lésions valvulaires.

Quand on met un malade dans un bain de sable chaud, la température monte ordinairement d'un degré jusqu'au moment de l'apparition d'une transpiration abondante qui, dans l'espace de 30 minutes à 1 heure, fait perdre au malade 1 kilogramme à 1 kilogr. 1/2 de sueur.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 6 *mars* 1895.

Tumeurs de la vessie.

M. Nitze fait tout d'abord remarquer que les tumeurs de la vessie ne sont pas aussi rares qu'on le dit. Personnellement, il a observé et opéré ces années dernières 85 cas de tumeurs de la vessie.

Les tumeurs revêtent un aspect variable. Les tumeurs villeuses sont les plus fréquentes, mais elles sont loin d'être toujours malignes. Ainsi, sur 52 cas de tumeurs villeuses, il s'agissait seulement 16 fois des cancers.

Le diagnostic des tumeurs de la vessie est ordinairement facile, mais en règle générale, il doit être confirmé par l'examen endoscopique qui seul permet d'éviter les erreurs possibles quand le diagnostic s'appuie sur les symptômes cliniques.

Pour l'ablation des tumeurs, on se sert ordinairement de la voie hypogastrique. M. Nitze l'a utilisée dans 31 cas avec une mortalité de 17 1/2 0/0. Dans 10 autres cas, M. Nitze eut recours à l'ablation endo-vésicale de la tumeur à l'aide d'un cystoscope spécial pourvu d'une anse qui permet de sectionner la tumeur à sa base, et d'une autre qui sert à cautériser la surface de section. Ce procédé est applicable aux tumeurs ne dépassant pas les dimensions d'un œuf de poule. La tumeur est ensuite retirée avec des pinces appropriées à travers l'urèthre. Quelques jours après l'opération, la vessie est de nouveau examinée à l'endoscope et si l'on trouve encore des parcelles de tumeur on les retire avec des pinces.

Jusqu'à présent, M. Nitze a opéré de cette façon 2 femmes et 8 hommes âgés de 20 à 75 ans. Une des opérées succomba peu de temps après l'intervention à des hémoptysies. Les 9 autres, opérés depuis 6 à 7 mois, ne présentent pas encore de récidive. Les dimensions des tumeurs enlevées ont varié de celles d'une noix à celles d'une pomme. L'hémorrhagie n'a jamais été inquiétante, mais s'il se formait des caillots volumineux on aura toujours le temps de faire la taille hypogastrique.

Pityriasis rubra pilaire.

M. Lewin présente un malade atteint d'une affection singulière de la peau qui a débuté, il y a un an, sous forme de plaques épidermiques au niveau de la paume des mains. Plus tard, les mêmes plaques apparurent sur le cuir chevelu, en même temps que la face devint le siège d'un pityriasis dont on voit encore aujourd'hui la trace.

La lésion est particulièrement nette au niveau du tronc et des membres. La peau a tout à fait l'aspect de la chair de poule. Au début, il s'y est formé de petits nodules sphériques portant au centre un poil. Ces nodules se sont ensuite multipliés, se sont rapprochés et ont fini par donner à la peau l'aspect et la consistance caractéristiques de l'ichtyose. Au bout de quelque temps les nodules disparurent par places et la peau se recouvrit de squames produits de l'hypertrophie de la couche cornée. Il se produisit en même temps une hyperhémie des capillaires avec prolifération des papilles, de sorte que quand on enlève les squames, la lésion saigne facilement.

Dans d'autres points, il existe actuellement un épaississement de la peau sans altération de la couche cornée : la peau paraît rouge, couverte de squames comme dans le pityriasis rubra.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ PATHOLOGIQUE DE LONDRES

Séance du 5 *mars* 1895.

Traitement antitoxique des maladies infectieuses et notamment de la diphthérie.

M. Hunt. — La période scientifique de ces questions commence avec Pasteur qui a montré qu'une immunisation artificielle pouvait être obtenue par des virus mitigés; Koch a aussi contribué à cette découverte. En 1887, Salmon et Smith ont montré que, non seulement les microbes atténués, mais encore leurs produits peuvent conférer l'immunité. Sewall a montré qu'on peut immuniser des animaux contre le poison de Cobra; Fodor a fait voir que le sang peut détruire les bacilles. En 1891, Behring a vu que si on confère à des animaux l'immunité contre le tétanos ou la diphthérie, le sang ou le sérum de ces animaux non seulement protège d'autres animaux contre les bacilles ou leurs produits solubles, mais même peut les guérir si on les injecte assez tôt. Une mixture du sérum et de la toxine *in vitro* pouvant être injectée impunément aux animaux, Behring a appelé ce sérum antitoxique et la substance inconnue qui agit dans le sérum, antitoxine. En 1891, Ehrlich a publié un livre sur l'immunité conférée aux animaux contre des poisons végétaux.

En somme, il y a deux méthodes pour protéger les animaux contre les maladies infectieuses : 1° la méthode de Pasteur, donnant une immunité active plus ou moins permanente par les virus atténués; l'injection de ces derniers entraîne une maladie légère et, après la guérison, le sujet est vacciné contre un virus très actif ; 2° La deuxième méthode est celle de Behring, dite de l'immunité passive ; elle consiste à introduire dans l'organisme des bactéries atténuées ou leurs produits; elle entraine aussi une légère maladie suivie de guérison et de protection contre les cultures virulentes ou leurs toxines; on transfère ainsi cette immunité, ainsi obtenue, à un autre animal par injection à ce dernier de sang ou de sérum provenant de l'animal préalablement immunisé. Dans la méthode de Pasteur, l'animal se fabrique lui-même une antitoxine; dans la méthode de Behring, l'antitoxine est d'abord formée chez un autre animal et on se sert de cette antitoxine comme d'un agent thérapeutique.

Roux et Yersin ont remarqué que si on fournit au bouillon de culture une certaine quantité d'oxygène, on augmente la

virulence de la toxine, laquelle paraissait dépendre principalement de l'alcalinité du milieu. L'action de l'oxygène sur les bacilles est extrêmement importante. Les bacilles virulents rendent leurs milieux de culture acides en 24 ou 48 heures; on ne trouve la toxine que dans des cultures alcalines et cette toxine n'est soluble que dans des alcalins. L'oxygène, à ce que je crois, agit en maintenant cette alcalinité des cultures. L'accès de l'oxygène dans les cultures favorise par conséquent les pullulations microbiennes et amène une formation rapide de toxine, ce qui permet de penser que le poison spécifique des bactéries fait partie intégrante du protoplasma de ces bactéries. On crut d'abord que ces poisons étaient des ptomaïnes. Brieger et Frænkel ont décrit un poison protéique qu'ils ont appelé toxalbumine. Buchner a cultivé des bacilles tétaniques dans une solution d'asparagine et a obtenu par précipitation une toxine très virulente. Les expériences ont montré que la toxine n'est pas élaborée dans le milieu de culture mais dans le protoplasma des bactéries : on voit en effet se former un poison albuminoïde dans des milieux ne contenant pas de substances albuminoïdes et de plus la production des poisons bactériens est due à des phénomènes de synthèse et non pas à des phénomènes de fermentation. On peut ainsi définir la toxine de la diphthérie, un poison protéique spécifique. Mais il faut considérer que ce n'est pas la substance protéique qui est le poison, mais que c'est plutôt ce qu'on pourrait appeler sa disposition, sa qualité active et spécifique. Ces matières protéiques actives ont été appelées protéides vivantes et, si cela est vrai, la qualité toxique de ces substances doit être définie comme la vie des protéides. La substance protéique qui présente cette qualité toxique est probablement la myco-nucléo-albumine décrite par Gamaleia, laquelle est soluble seulement en milieu alcalin. Cette production de toxine a certainement un rôle dans les phénomènes de nutrition et d'excrétion des bactéries; mais c'est aussi pour les bactéries une arme offensive et défensive dans la lutte pour la vie. Dans toute cellule vivante, le protoplasme a cette fonction vitale. Il faut considérer un organisme animal comme une collection de cultures pures de cellules de différentes sortes vivant ensemble dans un état d'harmonie et de compatibilité chimique complètes. Ce complexus organique ressent les intrusions des substances étrangères mortes ou vivantes et est pourvu de moyens de défense d'ordre chimique. En somme, en appliquant à ces questions la théorie de Darwin, on peut dire que le combat qui s'engage entre les cellules et les bactéries est une lutte pour l'existence.

Behring a établi un certain nombre de lois qu'il faut bien observer pour obtenir l'immunisation : 1° Il faut absolument attendre que l'animal soit complètement guéri d'une première injection avant de lui en faire une nouvelle ; 2° La qualité antiseptique du sang atteint un maximum au moment de ce retour à la santé parfaite, puis elle tombe à un niveau inférieur qui persiste ensuite et reste constant pendant un temps plus ou moins long ; 3° Toute nouvelle injection de toxine doit justement être faite quand la valeur antitoxique est à son maximum ; 4° Plus l'animal est susceptible, plus est grand le degré d'immunité qu'on atteint finalement et plus est grand le pouvoir antitoxique de son sang. Behring avait choisi le mouton, mais son immunisation est longue. Aranson et Roux ont utilisé le cheval. L'antitoxine qu'ils ont ainsi obtenue est tout à fait inoffensive et elle confère une immunité immédiate. Buchner, Behring ont montré que l'antitoxine et la toxine ne se neutralisent ni *in vitro* ni dans les organismes, mais que ces deux substances subsistent côte à côte sans se détruire. L'antitoxine n'agit qu'en stimulant les cellules de l'organisme. Si, en effet, ces cellules, pour une raison ou pour une autre, sont trop affaiblies, l'antitoxine ne donne plus l'immunité. L'immunité conférée par l'antitoxine diphthérique est presque immédiate. Buchner a cru que l'antitoxine pouvait être obtenue directement au protoplasme des bactéries ; mais je considère l'antitoxine comme étant un produit direct ou indirect des cellules animales, une sécrétion ou une excrétion. Bruhner a cherché à comparer la substance bactéricide présente dans le sérum et nommée alexine, laquelle est un produit direct des cellules animales à la prétendue antitoxine. L'alexine, disait-il, peut détruire les bactéries, est très instable et varie suivant les espèces animales. L'antitoxine n'a pas d'action bactéricide, elle peut résister à une température de 70° à 80° C., à la lumière solaire, à la putréfaction et ne varie aucunement suivant les espèces animales, mais elle varie avec les diverses bactéries. L'antitoxine tétanique guérit le tétanos, mais ne peut guérir la diphthérie et *vice versa*. Des expériences plus récentes de Pfeiffer plaident fortement contre l'hypothèse d'après laquelle l'antitoxine est un produit direct des cellules. Si l'antitoxine n'était qu'une toxine atténuée excrétée par les cellules, comment expliquerait-on son action excitante sur les cellules ?

M. Hayward. — Ce liquide de l'hydrocèle forme un excellent milieu de culture pour le bacille de la diphtérie ; on fait coaguler ce liquide et le bacille se développe très bien sur ce milieu, qui est très bon pour cet usage, car beaucoup de microbes souvent associés à ceux de la diphtérie ne peuvent se développer sur ce même milieu.

M. White. — Les avantages de ce liquide de l'hydrocèle sont considérables. On a là un milieu facile à se procurer, parfaitement transparent et très bon pour obtenir isolément le bacille de la diphtérie.

M. Kanttsadk. — Chez un sujet mort de broncho-pneumonie diphtérique, j'ai trouvé des bacilles de la diphtérie dans les alvéoles pulmonaires ; or il est rare qu'on trouve des bacilles diphtéritiques aussi bas ; généralement on ne trouve dans les alvéoles que des streptocoques.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 8 *mars* 1895.

Maladie de Raynaud.

M. Narath présente une femme de 54 ans atteinte d'une forme particulière de gangrène récidivante et de maladie de Raynaud. L'affection aurait débuté, il y a 7 ans, à la suite d'un refroidissement.

A l'examen, on constate une cyanose des orteils. Les doigts sont déformés à la suite d'une gangrène des phalangettes. La peau est dure, les plis digitaux effacés, les ongles atteints de troubles trophiques. La peau du front est cyanosée et œdématiée. Les réflexes sont exagérées. Pas d'atrophie musculaire ni d'anesthésie.

Il existe donc, dans ce cas, une affection du vaso-moteur présentant ceci de particulier qu'elle est symétrique.

M. Schlesinger a observé 5 cas de maladie de Raynaud où il existait en même temps une autre affection. Dans un cas, la maladie de Raynaud était compliquée d'érythromélalgie. A l'autopsie, on trouve un sarcome des racines postérieures avec compression de la moelle. Les vaisseaux périphériques étaient intacts. Dans le second cas où on trouvait les mêmes symptômes que précédemment, il existait une spondylite tuberculeuse.

La forme idiopathique de la maladie de Raynaud se distingue de la forme symptomatique par la localisation de la gangrène, la participation des membres supérieurs et la prédominance du panaris.

M. Drasche fait observer que le syndrome de la maladie de Raynaud survient quelquefois après l'influenza.

Livres déposés.

La variabilité des microbes, par A. Rodet, agrégé à la Faculté de médecine de Lyon. Paris, librairie de J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, 1895. 1 vol. gr. in-8° de 216 pages, 6 fr.

L'art de donner les soins et d'administrer les médicaments aux enfants malades, par le Dr Caradec, médecin de l'hôpital civil de Brest, directeur du journal *la Mère et l'Enfant*, etc. 1 vol. in-12 de 145 pages. Prix : broché, 2 francs; cartonné, 2 fr. 50. Paris, 1895. O. Doin, éditeur.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 25 au 30 mars 1895.

Mercredi 27. — M. Lorenzi. Des difficultés du diagnostic différentiel entre l'ulcère rond et le cancer de l'estomac. — M. Blacque. Traitement des anévrysmes de la crosse de l'aorte par la ligature simultanée de la carotide primitive et de la sous-clavière droites. — M. Flandrin. De la perforation de l'utérus au cours de l'irrigation continue. — M. Canova. Recherches sur l'ichthyol dans le traitement de la blennhorragie. — Mme Rechtsamer. Contribution à l'étude de la pseudo-hypertrophie cardiaque de croissance.

Jeudi 28. — M. Pauchet. Du traitement des furoncles du conduit auditif. — M. Costes. Recherches anatomo-pathologiques sur l'évolution des fibro-myomes de l'utérus et de ses annexes. — M. Texier. Sur un nouveau mode d'administration du bromure d'éthyle au rhino-laryngologie. — Contribution à l'étude physiologique de cet anesthérique. — M. Paillard. Etude sur la forme ganglionnaire et l'épithélioma latent du pharynx et de l'extrémité supérieure de l'œsophage. — M. Husson. De l'anémie grave dans la grossesse. — M. Levillain. Contribution à l'étude de la méningite par le bacille d'Eberth. — M. Souza Leite. Des polypes de l'oreille et de leur traitement. — M. Lefèvre (Victor). Traitement chirurgical et emploi du sublimé dans la dacryosistite. — M. Beaumont. Des polypes muqueux des fosses nasales. Etiologie. Traitement. — M. Bernard. Epithelioma primitif du vagin.

Concours d'agrégation chirurgie et accouchements. — Questions de 3/4 d'heure : 1° Plaie du larynx et de la trachée; 2° Des fibromes de la paroi abdominale; 3° Abcès froids de la paroi thoracique; 4° De l'épilepsie traumatique; 5° Luxation congénitale de la hanche; 6° Prolapsus du rectum; 7° Abcès de la mamelle; 8° Corps étrangers de la vessie; 9° Diagnostic et traitement des kystes hydatiques du foie; 10° Corps étrangers de l'oreille.

Ecole de médecine de Tours. — Deux concours s'ouvriront le 16 septembre 1895, pour les emplois de chef des travaux physiologiques et de chef des travaux de médecine opératoire.

VARIÉTÉS

Médecins des bureaux de bienfaisance. Un concours aux places de médecin des bureaux de bienfaisance (traitement à domicile et consultations) s'ouvrira le 4 juin prochain. Se faire inscrire avant le 4 mai. Un exemplaire du règlement du concours sera remis aux candidats lors de leur inscription.

Les candidats doivent justifier qu'ils sont Français, âgés de vingt-cinq ans au moins, munis d'un diplôme de docteur d'une des Facultés de médecine de l'Etat, et prendre l'engagement de résider, aussitôt après leur institution, dans l'arrondissement où ils doivent exercer leurs fonctions ou dans un quartier limitrophe.

Concours de l'internat. — Séances d'oral (suite). Les chiffres entre parenthèses indiquent le total pour les deux épreuves.

Muqueuse vésicale. Rétention d'urine. Son traitement. — Zimman 14 (40), Clamouse 16 (40), Moret 15 (39), Bobier 13 (37), Roger (J.) 17 (40), Leclerc 15 (39), Vast 15 (40), Chaillous 16 (43).

Sinus de la dure-mère. Fracture de la base. — Piatot 15 (41), Got 16 (41), Blanc 16 (42), Théohari 14 (39), Lévi (A) 14 (39), Auclair 16 (42), Rist 17 (45), Claisse 17 (44), Millienère 15 (38), Lefournier 14 (37).

Col utérin. Diagnostic et traitement des hémorrhagies de la délivrance. — Grisel 13 (39), Bertherand 17 (42), Nimier 15 (40), Véron 14 (40), Druault 16 (40), Jousset 14 (38), Tissier 15 (39), Comte 14 (42), Levrey 17 (41), Riffé 14 (39).

Artère sylvienne Des aphasies. — Gaullieur 13 (39), Cestan 16 (41), Rastouil 15 (40), Milian 18 (44), Mercier (R) 14 (38), Rudaux 16 (39), Constensoux 15 (40), Leroy 16 (41), Gibert 15 (39).

Veine cave inférieure. S. et formes cliniques de lurémie. — Deguy 16 (41), Olgiati 15 (39), Bourguignon 14 (38), Hérard 16 (40), Terrien 18 (46), Estrabaut 16 (44), Bize 18 (42), Laugier 13 (36), Fontoynont 13 (37), Pascal 14 (42).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La confusion mentale primitive, stupidité, démence aiguë, stupeur primitive, par le Dr Ph. Chaslin, médecin adjoint de l'hospice de Bicêtre, membre de la Société médicale des hôpitaux, de la Société médico-psychologique, associé de la Société de médecine mentale de Belgique, 1 vol. in-18 de 264 pages, prix 3 fr. 50, Paris, Asselin et Houzeau, éditeurs.

La médecine des âmes, par le Dr Emile Laurent. Première méditation. — Pour les gens du monde. Comment il faut choisir son médecin. Deuxième méditation. — Pour les médecins. La médecine spirituelle. Troisième méditation. — Pour les prêtres. La prière au point de vue thérapeutique. Un élégant volume in-32, caractères elzéviriens, tirage en deux couleurs. Rel. pl. tête dorée, prix 2 fr. 50, Paris, A. Maloine, éditeur.

Technique du traitement manuel suédois (gymnastique médicale suédoise), par le Dr Ardin Kellgren, docteur en médecine de l'Université d'Edimbourg, chevalier de l'ordre impérial autrichien de la couronne de fer de 3e classe. Traduit sur la 2e édition augmenté par le Dr P. Garnault, docteur ès-sciences naturelles, spécialiste pour les maladies de la gorge, des oreilles et du nez, 1 vol. in-8, prix 6 fr., Paris, A. Maloine, éditeur.

Supplément à l'étude de l'hématologie, par le Dr Joseph Wernicki (de Lemberg). Première partie anatomie et physiologie du sang normal, avec planches gravées et coloriées, Lemberg 1895, imprimerie Winiaiz.

La Neurasthénie et son traitement, Vade mecum du médecin-praticien, par le Dr Emile Laurent, 1 vol. in-18 cartonné, 1895, prix 2 fr. 50, Paris, A. Maloine, éditeur.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Gastro-entérostomie au moyen du bouton de Murphy, par M. Ch. Monod.

Il s'agit d'un homme de 46 ans, D..., typographe, entré dans le courant de novembre 1894 à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service du Dr Letulle : qui, après examen, a confié son malade à M. Monod.

Cet homme ne présente point d'antécédents ni héréditaires, ni diathésiques. Depuis plusieurs années, on avait constaté chez lui l'existence d'une dilatation de l'estomac, s'accompagnant d'une constipation opiniâtre.

Ce n'est cependant que depuis dix-huit mois que sa santé est réellement troublée, les digestions devenaient de plus en plus pénibles, donnant lieu journellement à des vomissements de matières liquides, qui survenaient en général quatre heures après les deux principaux repas et qui étaient toujours précédés d'une violente douleur au creux épigastrique.

En janvier dernier, on lui fit des lavages de l'estomac. Vers la fin de février, environ quinze jours après le dernier lavage, hématémèse abondante (3/4 de litre) de sang noir, suivie de syncope.

A la suite, les accidents gastriques se sont accentués, et les vomissements, précédemment liquides, sont devenus alimentaires; d'autre part, ils n'avaient plus lieu que la nuit. Ils étaient toujours précédés d'une violente douleur à l'épigastre.

Le malade, dès ce moment, a commencé à maigrir dans des proportions considérables. Il présente actuellement un aspect cachectique; il est pâle, anémié, et d'une extrême faiblesse.

Localement, on constate par la palpation, dans la région de la vésicule biliaire, la présence d'une tuméfaction dure, douloureuse, immobile et légèrement bosselée.

L'estomac est dilaté, il semble descendre à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic; transversalement il s'étend d'un flanc à l'autre.

Le malade se nourrit exclusivement de lait qu'il conserve à peine; toutes les nuits il est pris de vomissements abondants, dans lesquels on retrouve la presque totalité du lait ingéré.

L'anastomose gastro-intestinale proposée au malade, qui est intelligent et se rend compte de son état, est acceptée par lui avec empressement.

Opération le 8 décembre (anesthésie à l'éther).

1er *temps*. Incision médiane de l'appence xyphoïde à l'ombilic, prolongée plus tard un peu au delà.

2e *temps*: *Recherches et examen de l'estomac*. — Il est moins dilaté dans le sens vertical qu'on ne l'avait pensé. L'extrémité pylorique est placée sous le foie; elle est le siège d'une tumeur dure, irrégulière, du volume d'un œuf environ.

3e *temps* : *Recherche de l'anse initiale du jéjunum*. — Le grand épiploon étant relevé avec le côlon transverse, on reconnaît le mésocôlon transverse et le ligament de Treitz. Immédiatement à gauche de celui-ci, on découvre profondément une anse d'intestin grêle qui doit être le jéjunum. Cette anse est attirée et orientée de telle sorte qu'elle décrive une courbe de gauche à droite, d'après le procédé de Rockwitz, dont M. Doyen a fait ressortir l'importance (v. fig. 2). Suivant le conseil de ce dernier, deux fils sont passés dans le mésentère, l'un en aval, l'autre en amont du point où sera faite l'anastomose, fils dont l'un est muni d'une pince et l'autre simplement noué; ils servent de points de repère et permettront de conserver à l'anse la direction voulue au moment où l'on établira l'anastomose.

4e *temps*: *Rétrofixation du grand épiploon et colopexie* (d'après le procédé de M. Doyen). — A travers une perforation faite dans l'épiploon gastro-colique, on refoule le grand épiploon dans l'arrière cavité des épiploons, puis l'on fixe par cinq points de suture séro-séreux à la soie fine le côlon transverse à la grande courbure de l'estomac (1). Cette suture comprend presque toute l'épaisseur des parois des deux organes, la muqueuse exceptée.

(1) Pour le détail de ce temps opératoire (voy. Doyen, *Traitement chirurgical des maladies de l'estomac*, p. 283 et suiv.).

5e *temps* : *Anastomose de l'estomac et de l'intestin*. — Autour d'un sou, maintenue en bonne place à la face antérieure de l'estomac, très près de la grande courbure, et près de l'antre du pylore, on faufile une soie fine qui limite un espace circulaire, à côté duquel sera placé une des moitiés du bouton de Murphy (modèle 21 millimètres).

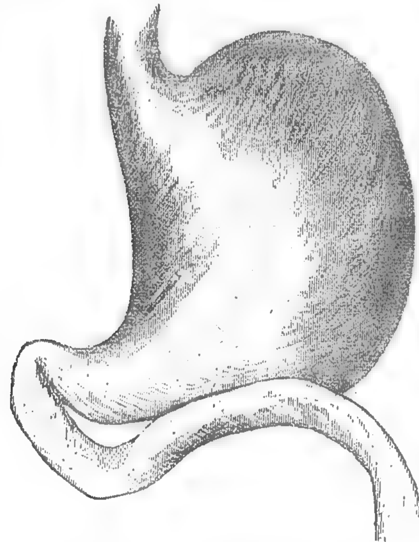


Fig. 1. — Procédé ordinaire.

Pour éviter toute issue de matières stomacales, la partie ainsi limitée est circonscrite elle-même par des pinces clamp, à mors garnis de caoutchouc, et modérément serrées.

Alors seulement l'estomac est incisé et l'une des moitiés du bouton introduite dans l'ouverture.



Fig. 2. — Procédé de Rockwitz (renversement de l'anse).

Le fil de soie faufilé à l'avance est serré, il rapproche en bourse les lèvres de l'ouverture et les accole à la base de la tige du bouton ; on a soin, avec un instrument mousse de bien enfoncer la muqueuse débordante dans la rainure qui règne à la base de la tige, de façon qu'aucune partie ne remonte le long de cette tige.

Même manœuvre exactement reproduite sur l'intestin.

Les deux moitiés du bouton sont alors rapprochées et serrées à fond.

6e *temps* : *Fixation complémentaire du bout supérieur de*

l'anse intestinale. — Pour éviter la formation d'un éperon résultant de la fixation de l'intestin à l'estomac sur une étendue trop limitée (fig. 3), pour faciliter par conséquent le passage du contenu stomacal dans le bout périphérique de l'intestin, l'anse jéjunale, dans la partie qui est située à gauche et par conséquent en amont de l'anastomose, est fixée à l'estomac sur une longueur de 5 à 6 centimètres par cinq points

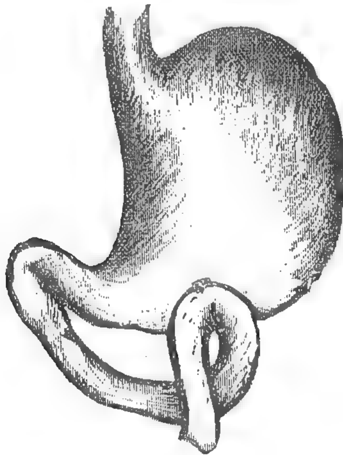


Fig. 3.

de suture à la soie fine, comprenant toute l'épaisseur des tuniques, la muqueuse exceptée. Le bout périphérique de l'anse, situé en aval de l'anastomose, est au contraire laissé pendant et se trouve par conséquent sur le prolongement de l'axe de l'estomac, circonstance favorable à la circulation des matières (*fig.* 4).

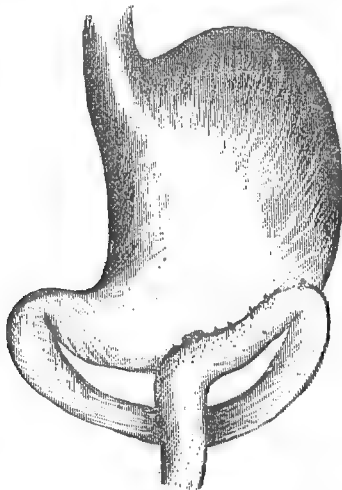


Fig. 4.

7e *temps : Suture de la paroi en deux plans.* — Premier plan au catgut, péritoine et muscles; deuxième plan au crin de Florence, peau. Pansement; gaze iodoformée et ouate.

Durée. — L'opération a duré en tout quarante-cinq minutes. Il faut noter cependant, que, par suite d'un incident, la suture de la paroi a pris, à elle seule, plus de dix minutes, ce qui laisse trente-cinq minutes seulement pour l'opération proprement dite, y compris la colopexie et la fixation complémentaire du jéjunum.

Suites. — Les suites de l'opération ont été des plus simples. Aucune douleur, aucune réaction; le 9, c'est-à-dire le deuxième jour, au soir, la température est montée à 39° sans que l'on ait pu découvrir la cause de cette ascension; dès le lendemain matin, elle était revenue à la normale et s'y est dès lors maintenue.

Pas un seul vomissement depuis l'opération; pas même de nausées attribuables à l'anesthésie.

Le premier pansement a été fait le dixième jour; les fils ont été enlevés : la réunion était parfaite.

Depuis le quinzième jour le malade se lève.

Les deux premiers jours, il ne buvait que quelques verres de lait, très bien supportés du reste. A partir du troisième jour, il en prenait un litre, puis bientôt deux et trois litres. L'alimentation solide (pain et viande) n'a été autorisée qu'à partir du quinzième jour.

L'aspect général du malade s'est profondément modifié; il se sent plus vigoureux et a déjà manifestement engraissé.

Le bouton a été retrouvé dans les selles le 20 décembre, c'est-à-dire le douzième jour.

Réflexions. — Je n'hésite pas à rapporter à l'emploi du bouton de Murphy le bon résultat obtenu.

Je n'avais jusqu'ici pratiqué que deux gastro-entérostomies (1); celle-ci est la troisième.

Mes deux premiers opérés ont succombé, le premier, le lendemain de l'opération, le second, le troisième jour. La mort, attribuable, dans le premier cas, tant à la longue durée de l'acte opératoire qu'au mauvais fonctionnement de la bouche stomacale, a été, dans le second, exclusivement due à cette dernière cause.

Or, à ce double point de vue, le bouton de Murphy nous a cette fois rendu service.

La durée de l'opération n'a été que de 45 minutes au lieu de deux heures dans notre premier cas et de une heure et demie dans le second. Avec un peu plus d'habitude, et sans l'incident qui a prolongé le temps de la suture de la paroi, elle n'eût guère duré plus de 30 à 35 minutes, malgré la prolongation résultant de la rétrofixation du grand épiploon, de la colopexie et de la fixation complémentaire de l'anse jéjunale en amont de l'anastomose.

Il est certain, d'autre part, que le bouton présente l'avantage d'offrir immédiatement, au passage des matières, un canal rigide et de traversée facile. L'orifice obtenu par la suture, quelque étendu qu'on le suppose, est à bords flasques; il se peut que sa béance, au moins pendant les premiers jours, ne soit pas absolument assurée.

Dans le même ordre d'idées, il est certain que le renversement de l'anse jéjunale, et surtout la précaution que j'ai prise de fixer le long de l'estomac la portion d'intestin qui est en amont de l'anastomose, en laissant pendante la partie située en aval, ne peut que favoriser aussi la circulation des matières.

On peut craindre, en effet, surtout lorsque l'on se sert du bouton, que l'anse fixée à l'estomac sur une étendue en somme assez petite, y demeure comme suspendue, comme le serait un ruban fixé par un clou à un plafond. Les deux bouts de l'anse, s'ils sont entraînés par leur poids, aborderont le viscère à la façon de deux canons de fusils, d'où résulte la formation d'un éperon, pouvant s'opposer, sinon immédiatement, du moins plus tard, au libre déversement du contenu stomacal dans l'intestin; rien ne s'opposerait du moins à ce que les liquides de l'estomac ne pénétrassent dans le bout duodénal, plutôt que dans le bout périphérique. Si, au contraire, on redresse le bout duodénal et si on le fixe en cette situation par quelques points de suture tandis qu'on laisse le bout périphérique en position déclive, il est clair, étant donnée la situation verticale de l'estomac, que les matières contenues dans ce dernier se précipiteront pour ainsi dire d'elles-mêmes dans le bout périphérique de l'anse fixée.

Un coup d'œil jeté sur les figures 3 et 4, reproduites plus haut, justifiera la proposition qui précède.

Pour ce qui est du bon fonctionnement ultérieur de la

(1) *Bull. de la Soc, anat.*, 1893, p. 81 et 524 (Observations recueillies par M. Jayle).

bouche stomacale, je crois de réelle utilité la petite manœuvre conseillée par M. Doyen, consistant à refouler le grand épiploon dans l'arrière-cavité des épiploons et à fixer le côlon transverse le long de la grande courbure de l'estomac.

Comme notre confrère l'a rappelé, le principal inconvénient de la gastro-entérostomie antérieure résulte de ce que le côlon et l'épiploon agissent par leur poids sur l'anse jéjunale qu'il a fallu faire passer en avant d'eux pour la fixer à l'estomac. De là résulte une tendance à l'étranglement de l'anse jéjunale au niveau du nouveau pylore, et, réciproquement, une compression du côlon transverse bridé par l'intestin anastomosé à l'estomac.

On évite cet inconvénient d'abord en se débarrassant du grand épiploon refoulé derrière l'estomac à travers une perforation faite au méso-côlon gastro-colique, puis en fixant le côlon transverse à l'estomac. Il est à remarquer d'ailleurs que le côlon, suivant le mouvement du grand épiploon, a été entraîné en arrière et a subi une rotation sur son axe qui favorise sa fixation en bonne position. Les figures 144 à 147 du livre de M. Doyen (p. 282 et suiv.) rendent bien compte de ces diverses particularités.

L'avenir montrera la valeur réelle de cette pratique. Elle me paraît *a priori* aussi rationnelle qu'ingénieuse.

NOUVELLES

Nous tenons de la source la plus autorisée que le ministre de la guerre a décidé d'augmenter très prochainement le nombre des médecins militaires.

D'autre part, nous croyons savoir que le gouvernement serait à peu près décidé à proposer que les étudiants en médecine ne fissent leur service militaire qu'après leurs études médicales terminées, l'âge de vingt-sept ans étant pris comme limite extrême.

Si, comme nous avons lieu de l'espérer, ce résultat attendu depuis si longtemps est enfin obtenu, on le devra en grande partie aux efforts incessants de nos confrères des Chambres et, en particulier, de MM. Cornil, Labbé et Lannelongue.

Concours d'agrégation de médecine. *Nominations.* — Paris. — MM. Gilles de la Tourette, Achard, Thoinot, Widal, Wurtz.

Bordeaux. — MM. Sabrazès, Le Dantec.
Lyon. — MM. Collet, Boyer.
Montpellier. — M. Bosc.
Nancy. — MM. Etienne, Zilgien.
Lille. — MM. Charmeil, Ausset.
Toulouse. — MM. Morel, Rispal.

Diplômes conférés par la Faculté de médecine et de pharmacie de Lille en 1893-1894.

Docteurs en médecine	46
Officiers de santé	11
Pharmaciens de 1re classe	14
— de 2e classe	15
Sages-femmes de 1re classe	23
— de 2e classe	3
Herboristes de 1re classe	3
— de 2e classe	0
	115

Bains et microbes. — Un bactériologiste allemand, Max Edel, a cherché à préciser le nombre de microbes que renferme l'eau d'une baignoire après un bain. Il a trouvé 5 milliards 850 millions de germes après un bain pris par lui-même. Le bain d'un seul pied en a fourni 180 millions.

Les étudiants en médecine aux Etats-Unis. — Le des étudiants en médecine aux Etats-Unis s'accroît dans d'énormes proportions. D'après une statistique empruntée au *Journal of the American Association* on comptait, en 1892, 15,330 étudiants dans les 98 collèges officiels et 18,000 environ dans les 117 collèges officiels et particuliers. En 1894, on en comptait 17,701 pour les collèges officiels et 21,186 pour le total.

En Angleterre, en 1894, on ne comptait qu'environ 7,000 étudiants en médecine.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 *mars* 1895.

Présidence de M. Empis.

Phosphorisme.

M. Péan. — Depuis longtemps j'ai insisté sur les troubles de la nutrition dus à l'intoxication phosphorique. Ce n'est pas seulement un acide organique faible, comme l'acide lactique, qui modifie la nutrition des organes, mais un acide minéral fort, l'acide phosphorique.

Au point de vue de l'intervention chirurgicale dans la nécrose des maxillaires, je pense, avec M. Magitot, qu'il ne faut intervenir que lorsque les moyens médicaux ont été impuissants à enrayer la marche de la maladie. Toutefois, lorsqu'on se trouve en présence d'une nécrose ou d'une suppuration étendue des maxillaires, il faut se hâter de faire disparaître la plus complètement possible les portions de squelette envahis.

L'Académie adopte le vœu déposé à la dernière séance par M. Magitot, et tendant à réclamer l'interdiction légale de l'emploi du phosphore blanc dans la fabrication des allumettes.

Une commission, composée de MM. Proust, Magitot, Riche, Albert Robin et Moisson, est, en outre, « chargée de rechercher les voies et moyens capables, à titre provisoire, de conjurer ou d'atténuer, dans la mesure du possible, les dangers sans cesse croissants de nombre et de gravité dont est menacé un groupe important de notre population ouvrière ».

Gastropexie.

M. Le Dentu lit un rapport sur ce sujet, à l'occasion d'un mémoire de M. le Dr Duret (de Lille).

La gastropexie a été imaginée par celui-ci afin de remédier à la chute de l'estomac ou gastroptose. Comme dans toutes les opérations de même ordre il faut considérer deux points : 1° la fixation est-elle effective et se maintient-elle? 2° a-t-elle une efficacité réelle, directe ou indirecte sur les symptômes locaux ou éloignés?

L'anatomie pathologique, après l'expérimentation, s'est chargée de résoudre la première question. En ce qui concerne le rein en particulier, la persistance des nouveaux rapports de l'organe suspendu est incontestable.

Sur le second point il est, au contraire, certain que les symptômes proches ou éloignés dépendant de la mobilité ou de la ptose d'un organe ne sont pas toujours supprimés par l'opération, surtout lorsqu'il s'agit d'un organe creux, comme l'estomac ou l'intestin. D'autre part, la gastroptose est rarement indépendante; elle coïncide le plus souvent avec de l'entéroptose, avec de l'ectasie gastrique, etc. Dans ces cas la gastropexie est évidemment insuffisante. Cette opération est du reste susceptible de deux autres objections.

La première, c'est qu'en fixant l'extrémité pylorique dans la région épigastrique, on doit forcer l'organe à se courber sur lui-même ; la seconde, c'est que la formation d'adhérences entre l'estomac et la paroi abdominale peut ne pas être sans inconvénient. Ne voit-on pas, en effet, la suppression d'adhérences établies en dehors de toute opération mettre fin à des accidents causés par ces adhérences? Comment ne pas craindre que les conditions nouvelles créées par la gastropexie n'entretiennent la dyspepsie en substituant simplement une cause de troubles fonctionnels à une autre?

Pour que la gastropexie présente des chances sérieuses de

succès, il faut donc que l'organe soit simplement déplacé. En ce cas encore, il est permis de douter que cette opération devienne courante, c'est déjà quelque chose qu'elle représente une dernière ressource pour toute une classe de dyspeptiques sur lesquels la thérapeutique est sans prise.

Néphrolithotomie et néphrotomie dans les calculs ramifiés du rein.

M. Le Dentu lit un rapport sur un mémoire de M. le Dr Duret (de Lille) relatif à ce sujet; en voici le résumé :

D'après M. Le Dentu, lorsqu'il n'existe pas de suppuration du bassinet, la néphrotomie peut suffire à condition que la pierre ne soit pas assez volumineuse pour avoir sérieusement porté atteinte à l'intégrité du tissu rénal, ce qui a lieu à peu près infailliblement lorsque les dimensions du corps étranger atteignent 5 à 6 centimètres dans le sens longitudinal ou dépassent cette limite. Du reste, les dimensions médiocres d'un calcul n'impliquent pas toujours l'intégrité relativement grande du tissu rénal; on rencontre parfois un rein réduit à une coque fibreuse enveloppant un calcul de 3 à 4 centimètres de long. En outre, la facilité relative d'une extraction ne doit pas trop inviter à conserver quand même le rein; dans le doute, il faut conseiller la néphrotomie des reins ou portion de reins douteux au point de vue fonctionnel.

Si la pierre est non seulement volumineuse mais ramifiée et compliquée d'une pyonéphrose ancienne, la néphrotomie d'emblée sera impossible. Il faut alors procéder à l'opération par temps successifs, comme l'a fait M. Duret. Ces différents temps sont : l'incision large du bord convexe, le broiement *in situ* de la pierre, la néphrotomie terminale. Toutefois, si la nécessité de tout enlever, calcul et rein, s'impose d'emblée, la conduite à tenir doit être dictée : 1° par les dimensions du calcul et du rein formant tumeur; 2° par les rapports de ce dernier avec les parties voisines ; 3° par l'état du parenchyme et du bassinet.

S'il y a suppuration, il est avantageux de vider et de désinfecter le foyer avant de passer outre. Si le rein peut être facilement séparé des parties environnantes, on gagne du temps en l'enlevant tout d'abord avec le corps étranger qu'il contient. Si la substance rénale est adhérente au tissu adipeux, il faut s'occuper d'abord de l'extraction du calcul par le broiement et se comporter suivant les circonstances à l'égard du rein. La néphrotomie aussi complète que possible donnera toute satisfaction. La néphrotomie s'imposera parfois seulement comme seule possible.

Coup de chaleur.

M. Vallin, revenant sur l'opinion formulée par M. Kelsch concernant le coup de chaleur, estime qu'il n'est pas exact de dire que les mêmes accidents peuvent être causés indifféremment par le surmenage et par l'exposition aux hautes températures. Quand on voit en quelques heures tomber le long des routes, au grand soleil, des dizaines et parfois des centaines de jeunes gens qui chantaient joyeusement plusieurs heures auparavant, on ne peut s'empêcher de penser que le coup de chaleur existe réellement, qu'il a une pathogénie propre, que la chaleur agit, comme le froid, comme la privation d'air et d'oxygène, par une sorte de traumatisme, par un désordre brusque des tissus ou des fonctions, que l'expérimentation seule est capable de nous révéler. MM. Laveran et Regnard l'ont parfaitement compris, ils sont dans la bonne voie. La saison n'est pas opportune pour étudier dans les laboratoires le mécanisme des accidents causés par la chaleur. Laissons venir l'été, et au lieu de continuer une discussion morcelée, traînante, qui ne peut aboutir, préparons un nouveau programme de recherches pour donner une base anatomique et physiologique à la pathogénie du véritable et très réel coup de chaleur.

Comité secret.

Sur le rapport de M. Polaillon, l'Académie fixe comme suit la liste de présentation au titre de correspondant étranger dans la division de chirurgie : 1° M. Morisani (de Naples) ; 2° M. Julliard (de Genève); 3° M. Esmarch (de Kiel); 3° *ex æquo* MM. Durante (de Rome), Demosthène (de Bucharest) et Zoucarol (d'Alexandrie, Egypte).

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 15 *mars* 1895.

Présidence de M. Cornil.

Phlébites des sinus à pneumocoques.

M. Claude rapporte un cas de thrombose des sinus cérébraux, survenue chez une enfant âgée de 2 ans, au cours d'une pneumonie du sommet. A l'autopsie, outre la phlébite des veines du cerveau, on trouva dans le lobe frontal gauche un gros foyer de ramollissement et un caillot volumineux; l'examen des coupes des veines malades permit d'y déceler du pneumocoque.

Ulcération du larynx.

M. Claude signale un cas d'ulcération laryngée siégeant au-dessous des cordes vocales. Cette ulcération peut être attribuée au tubage du larynx qu'on avait dû pratiquer pour parer à des crises de dyspnée intense présentées par l'enfant et déterminées par la présence de ganglions tuberculeux volumineux comprimant les récurrents.

Adénome du rein.

MM. Ch. Lévy et **Claude** montrent un adénome du rein enlevé par M. Tuffier. L'examen histologique prouve que malgré la bénignité de l'évolution clinique de la tumeur, il s'agit en réalité d'épithélioma.

Rupture du myocarde.

M. Péron rapporte un cas de mort subite due à une rupture du cœur. La rupture siégeait le long de la cloison interventriculaire, et avait été déterminée par la formation à ce niveau d'un infarctus que l'on doit rattacher à une ablitération de l'artère coronaire antérieure.

Endocardite infectieuse.

M. Péron montre un cœur présentant une double endocardite infectieuse. Bien que pendant la vie on ait trouvé des signes manifestes d'insuffisance mitrale et d'insuffisance aortique, l'examen du cœur montre que la valvule mitrale est saine; le bruit systolique de la pointe constaté était dû à l'existence, au niveau de la valvule tricuspide d'un anévrysme valvulaire; les signes d'insuffisance aortique étaient bien dus à une végétation siégeant sur la valve droite de la valvule aortique. M. Péron fait remarquer que la végétation aortique et l'anévrysme valvulaire tricuspidien ne sont séparés que par une très mince lame de tissu; un pertuis fait d'ailleurs communiquer les deux cœurs au niveau des deux lésions d'endocardite.

Fernand Bezançon.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 16 *mars* 1895.

Présidence de M. Féré.

Atrophie musculaire progressive à type Aran-Duchenne par polyomyélite chronique simple.

M. Déjerine a eu l'occasion de faire l'autopsie dans deux cas d'atrophie musculaire progressive à type Aran-Duchenne, ayant duré 18 ans dans le premier cas et 10 ans dans le second.

Dans le premier cas, où l'atrophie était limitée aux membres supérieurs, on trouva une disparition des cellules des cornes antérieures au niveau de la région cervicale. Au niveau du renflement lombaire, les lésions cellulaires étaient beaucoup moins accusées. Les faisceaux blancs ne présentaient dans toute la hauteur de la moelle aucune lésion apparente. Les vaisseaux enfin n'étaient pas épaissis, et les méninges. Quant aux lésions des nerfs musculaires, elles étaient proportionnelles à celles des racines antérieures.

Dans le second cas où l'atrophie avait frappé les muscles

des quatre membres et du thorax, les lésions identiques à celles du cas précédent étaient encore plus accusées, et les racines antérieures réduites à l'état de filaments.

Dans les deux cas, on ne trouva pas de lésions des cordons latéraux. La polyomyélite chronique telle qu'elle a été décrite par Charcot et Vulpian, se trouve donc entièrement réalisée dans les deux cas.

Action thérapeutique des courants à haute fréquence.

MM. Apostoli et **Berlioz**. — M. le professeur d'Arsonval a introduit en électrothérapie des procédés nouveaux d'électrisation basés sur l'emploi des courants à haute fréquence.

MM. Apostoli et Berlioz ont expérimenté, depuis un an, une de ses méthodes (l'auto conduction) sur soixante-quinze malades. Voici les conclusions cliniques sommaires de ces auteurs qui viennent confirmer pleinement les découvertes physiologiques du professeur d'Arsonval sur le même sujet :

Ces courants, lorsqu'ils enveloppent complètement le malade et agissent par auto-conduction, restent inefficaces et impuissants contre la plupart des troubles hystériques et contre certaines névralgies localisées, ainsi que les névrites qui ne paraissent pas directement justiciables de leur action à distance; mais ces mêmes courants exercent une influence manifeste et puissante sur l'activité nutritive, qu'ont démontrée 267 analyses d'urine, et qui se traduit par une suractivité constante des combustions organiques : diminution du chiffre de l'acide urique, — élévation jusqu'à la normale du taux de l'urée, — tendance au rapprochement vers leur rapport respectif moyen de 1/40e.

Aussi, ces courants exercent-ils une action modificatrice considérable contre les troubles provoqués par un ralentissement ou une perversion de la nutrition, et ils manifestent rapidement leur action bienfaisante par une restauration des forces et de l'énergie musculaire, le réveil de l'appétit, meilleur sommeil, etc..., toutes modifications qui précèdent les améliorations locales qui s'opèrent ultérieurement dans les troubles locaux trophiques ou douloureux.

En résumé, MM. Apostoli et Berlioz viennent apporter la preuve clinique qui démontre que les courants à haute fréquence sont destinés à devenir une médication puissante dans les maladies dites par ralentissement de la nutrition (arthritisme, rhumatisme, goutte) et très probablement aussi dans la glycosurie, conformément à ce qu'avait annoncé M. d'Arsonval.

Du processus de curabilité dans la tuberculose aspergillaire.

M. Rénon. — Le tubercule aspergillaire peut passer à l'état fibreux : c'est un fait bien mis en lumière dès 1890 par MM. Dieulafoy, Chantemesse et Widal. Nous l'avons observé en 1892 chez des pigeons : nous venons de l'observer d'une façon beaucoup plus manifeste chez un lapin atteint de tuberculose aspergillaire chronique expérimentale.

Ce lapin sacrifié 5 mois 1/2 après le début de l'infection, alors qu'il paraissait complètement guéri, présentait un rein couturé de cicatrices, véritable rein ficelé, parsemé en plus çà et là de petites dépressions cupuliformes, vestiges d'anciens tubercules. A la coupe, après fixation par le sublimé acétique, il s'agissait d'un tissu de sclérose en pleine évolution avec éléments embryonnaires et éléments conjonctifs adultes, plongés au milieu d'un tissu rénal relativement sain. Les coupes colorées par la méthode de Gram et par la thionine (excellent moyen de déceler les productions mycosiques dans les organes), permirent de trouver dans un tubercule fibreux des corps rayonnés semblables à ceux déjà observés par nous en 1892 dans le poumon d'un lapin atteint de tuberculose aspergillaire chronique. En dehors de quelques filaments colorés par la thionine, c'était le seul vestige du champignon. La nature aspergillaire de l'affection ne pouvait être mise en doute : elle fut d'ailleurs établie d'une manière indiscutable par l'ensemencement d'un gros tubercule hépatique dans le liquide de Raulin, ayant donné au bout de 3 jours une culture d'aspergillus fumigatus.

Le processus de sclérose paraît donc curateur de la tuberculose aspergillaire comme de la tuberculose bacillaire de Koch : dans la première, il semble coïncider avec une phase de vitalité moins grande du champignon aboutissant à la production de ces formes rayonnées actinomycosiques déjà bien vues chez les animaux par Laulanié, Ribbert et Lichteim, et chez l'homme par Robert Boyer.

De l'absorption de l'acide salicylique par la peau.

MM. Linossier et **Lannois** (Lyon). — Nous avons démontré par une expérience concluante(1) que le gaïacol est absorbé par la peau à l'état de vapeurs. Nous nous sommes demandé si le même mécanisme ne pouvait être invoqué pour d'autres corps, que l'on sait capables de pénétrer dans l'organisme par le tégument externe, et notamment pour l'acide salicylique.

Nous avons recherché d'abord si l'acide salicylique émet des vapeurs à basse température. Nos expériences nous ont permis de constater une volatilité nulle ou insignifiante à la température ordinaire, mais très facile à mettre en évidence vers 35°, c'est-à-dire à la température de la peau. Les vapeurs émises sont lourdes et très peu diffusibles.

Cette première constatation faite, nous avons fait l'expérience suivante, calquée sur notre expérience relative au gaïacol.

Nous enfermons l'avant-bras d'un sujet dans un double manchon de toile métallique. Les deux cylindres qui le constituent sont distants de un centimètre. Autour du cylindre extérieur, nous appliquons des bandes de toile sur lesquelles nous répartissons de l'acide salicylique en solution alcoolique ou en pommade. Le médicament se trouve ainsi, en tous points, distant de la peau d'au moins un centimètre. L'ensemble est ensuite enveloppé d'un sac de caoutchouc lié autour du bras. L'appareil est laissé en place vingt-quatre heures, le sujet étant couché, et le bras maintenu sous les couvertures. La recherche de l'acide salicylique dans l'urine permet d'en constater très nettement des traces.

L'absorption dans cette expérience n'a pu porter que sur les vapeurs de l'acide, puisque ce dernier n'était pas en contact direct avec la peau. Dans le cas d'une application directe, l'absorption se fait elle aussi exclusivement à l'état de vapeurs, ou faut-il admettre de plus que l'acide salicylique, dont l'action kératolytique est connue, altère suffisamment la barrière épithéliale pour la rendre perméable aux corps qu'elle arrête normalement? Les expériences que nous avons faites à ce sujet ne nous ont fourni aucun résultat décisif. Nous nous contentons d'annoncer aujourd'hui ce fait, que l'acide salicylique déposé en pommade sur la peau est absorbé, en partie du moins, à l'état de vapeurs.

Désinfection à l'aide d'un mélange d'acide carbonique et d'acide sulfureux.

MM. d'Arsonval et **Charrin** ont fait une série d'expériences avec un mélange gazeux composé de 4 0/0 d'acide carbonique et de 96 0/0 d'acide sulfureux, qui d'après Pictet, posséderait des propriétés désinfectantes tout à fait remarquables. Ce mélange possède un pouvoir diffusif 1,200 fois plus considérable que celui de l'hydrogène, et jouit de la propriété de traverser très rapidement les corps colloïdes (caoutchouc).

Quant à son pouvoir désinfectant, MM. d'Arsonval et Charrin ont pu constater qu'il tue au bout d'une heure les cultures les plus résistantes, malgré l'enfouissement de ces dernières dans des corps mauvais conducteurs (coton, plusieurs couches de papiers, chiffons, etc). Le mélange a encore ceci de particulier qu'il ne détériore pas les objets sur lesquels il agit.

M. Wertheimer envoie une note relative à l'influence sur le sang du fœtus, des injections intra-veineuses de peptones faites à la mère. Les expériences faites par M. Wertheimer ont montré que dans ces conditions, le sang du fœtus reste coagulable.

M. Mangin fait une communication sur un bacille de la betterave.

M. Richer montre une série de photographies reproduisant les modifications de la forme extérieure du membre pendant les contractions musculaires.

(1) *Soc. de biologie*, 1894.

Imprégnation des cellules nerveuses et coloration de la moelle.

M. Berdal. — J'emploie pour imprégner rapidement les cellules du cerveau et du cervelet une solution saturée de bichromate de potasse contenant 25 grammes de sulfate de cuivre par litre maintenue à l'étuve à une température de 35° à 38°. La réaction se fait encore d'une façon irrégulière, mais il espère avec certains artifices de préparation, la régulariser et empêcher la formation de précipités. L'imprégnation se produit également à froid, mais avec une grande lenteur.

Pour colorer les cellules et les cylindres, on fait agir sur les coupes une solution alcoolique d'hématoxyline ou de campêche. Le carmin donne également de bons résultats. Pour colorer les gaines, il faut, avant de traiter la coupe par la solution d'hématoxyline, la passer rapidement dans l'alcool, l'huile d'aniline puis de nouveau dans l'alcool.

R. Romme.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 *mars* 1895.

Présidence de M. Théophile Anger.

Traitement des luxations irréductibles.

M. Reboul (Nimes), qui a traité une luxation sous-coracoïdienne de l'épaule droite par l'arthrotomie, cinquante-cinq jours après l'accident.

Il avait épuisé d'abord tous les autres moyens de réduction, et il insiste, en second lieu, sur ce fait qu'il a dû libérer la tête des trousseaux fibreux qui empêchaient la réduction, et, particulièrement, qu'il a dû se débarrasser d'une bride fibreuse falciforme située à la partie postérieure de la capsule, bride plaquée contre la cavité glénoïde. L'opération a eu lieu il y a dix mois; depuis ce temps, la guérison est demeurée parfaite; les mouvements sont recouvrés, il n'y a qu'un peu de gêne en avant et en haut.

M. Berger. — Il me semble que l'on ne doit pas mettre sur le même pied les luxations de l'épaule et les luxations du coude. Tout le monde sait qu'il est facile de réduire les luxations de l'épaule longtemps après l'accident. On est, au contraire, loin de jouir des mêmes facilités dans la réduction des luxations du coude. Pour ces luxations, l'arthrotomie est médiocre. Ainsi j'ai vu au 50° jour un jeune garçon atteint d'une luxation irréductible du coude en arrière et en dehors. Tous les mouvements du coude étaient normaux, sauf l'extension et la flexion, dont l'angle était légèrement diminué. Le père demandait une opération pour que l'enfant ne fût pas réformé au service militaire. La réduction ayant échoué, j'ai fait l'arthrotomie. J'ai vu alors que la réduction était empêchée par un cal vicieux d'une fracture de l'apophyse coronoïde. Je la réséquai et j'immobilisai le membre le moins longtemps possible. Néanmoins, les mouvements restèrent moins étendus qu'avant l'opération. Donc, les résultats immédiats de mon intervention ont été défectueux. Quels seront-ils plus tard? Je n'en sais rien. Mais je crois pouvoir affirmer que j'aurais mieux fait de ne pas intervenir, même par une résection. Peut-être serai-je obligé de la faire plus tard. Quoi qu'il en soit, je vous tiendrai au courant des événements et je suis convaincu qu'ils répondront à mes prévisions.

M. Picqué. — Je suis de l'avis de M. Quénu, et je crois que la notion de temps doit disparaître devant celle de l'irréductibilité. Le tout est de savoir si une luxation est irréductible ou non. Néanmoins, il me semble que la dénomination de luxation ancienne a droit à être conservée, non pas qu'il faille encore adopter les doctrines longtemps classiques de Lafaurie, mais parce que Farabeuf et Charles Nélaton ont démontré qu'avec le temps certaines dispositions ligamenteuses rendent la réduction de quelques luxations tout à fait impossible. Je crois aussi que M. Monod a bien fait de s'élever contre des opérateurs trop hâtifs.

Mais, à quelle sorte d'opération devrons-nous avoir recours? M. Lucas-Championnière est un chaud partisan de la résection. MM. Richard et Kirmisson plaident en faveur de l'arthrotomie, réservant la résection pour plus tard, si c'est nécessaire. La résection me semble une opération de choix, indispensable dans les cas anciens; mais, cependant, je crois que, quelquefois, l'arthrotomie est indiquée. Ce serait là ma ligne de conduite pour les luxations anciennes irréductibles.

Quant aux luxations anciennes réductibles, si nous nous rappelons l'exemple précité de M. Lucas-Championnière, nous inclinerons également vers l'intervention sanglante. Dans ces conditions, faut-il faire la résection partielle ou totale? Je suis partisan de la résection totale, car il est incontestable que les résultats sont d'autant meilleurs que la résection aura été plus complète.

Attitude du membre dans la coxalgie.

M. Kirmisson fait un rapport sur une note de M. Vincent (de Lyon) relative à l'attitude du membre dans la coxalgie. M. Vincent rappelle que la position du membre est le plus souvent, au début, la flexion jointe à l'abduction et à la rotation en dehors. Mais, s'il y a, dit-il, flexion avec adduction et rotation en dedans cela tient à une lésion primitive de la cavité cotyloïde. M. Vincent dit, de plus, que si dans la coxalgie les abcès ne se sont pas ouverts à l'extérieur, on observe le membre dans la première position. Au contraire, on l'observe dans la seconde position, si les abcès se sont créés une ouverture.

M. Kirmisson fait deux objections à cette communication : *a.* la loi posée par M. Vincent paraît trop exclusive; *b.* l'explication donnée par lui semble sujette à caution. Est-il vrai de dire que si le membre, dans la coxalgie, occupe une position de flexion avec adduction et rotation en dedans, c'est parce que les lésions sont prépondérantes du côté de la cavité cotyloïde? Est-il vrai que cette position diminue la pression de la tête fémorale sur la cavité cotyloïde? C'est plutôt le contraire qui a lieu. Et tout le monde voit bien le membre prendre une attitude moyenne, qui seule diminue les points de contact des surfaces malades, dès qu'une articulation est atteinte. A l'appui de son dire, M. Vincent dit qu'il possède douze observations, mais il ne les a pas envoyées. On peut donc accepter ce qu'il en dit, mais reste à savoir à quelle date de la coxalgie ses observations ont été prises. La coxalgie était-elle récente ou ancienne et dans cette dernière hypothèse, M. Vincent sait-il si, au début de l'affection, le membre occupait bien la position de flexion, rotation en dedans et adduction? Ce sont là des points sur lesquels il serait bon d'être fixé. Tout en admettant la possibilité du symptôme que M. Vincent décrit, il faudrait posséder des renseignements plus circonstanciés à ce sujet.

Phlegmon du médiastin postérieur.

M. Ziembiecki (de Lemberg). — A propos d'un cas très rare de phlegmon du médiastin postérieur, l'auteur insiste tout d'abord sur la nécessité qu'il y a, contrairement aux tendances des anatomistes allemands, à maintenir les dénominations de médiastin antérieur et de médiastin postérieur. Puis, il décrit le cas de l'une de ses malades, qui présentait tous les signes d'un phlegmon du médiastin postérieur et chez laquelle, par l'incision de l'œsophagotomie externe, il a retiré une grande quantité de pus.

Succès remarquable au premier abord, amené surtout par l'écoulement du pus à l'aide du procédé du siphon, comme pour les pleurésies purulentes; mais succès qui ne dura malheureusement que trois mois. La malade sort de l'hôpital pour y rentrer bientôt et y mourir sur le refus d'une opération plus compliquée. A l'autopsie, on trouva de la septicémie généralisée avec pleurésie purulente et vaste collection purulente dans le médiastin postérieur, à droite de la colonne vertébrale. Il aurait donc fallu, dans ce cas, aborder, dès l'abord, le médiastin postérieur, selon les procédés déjà décrits. A ce sujet, M. Ziembiecki, tout en reconnaissant le mérite de MM. Quénu et Hartmann sur le procédé opératoire dans ce genre d'intervention, tient à relever la priorité en faveur de M. Nosiloff, dont le mémoire, paru en 1888, contient la technique complète de l'œsophagotomie postérieure.

De plus, M. Quénu dit que, pour les raisons anatomiques que tout le monde connaît, il faut atteindre le médiastin postérieur à gauche et non à droite de la ligne médiane. Dans le cas dont il s'agit, la collection purulente avait dévié du

côté droit. Pour aller droit au but M. Ziembicki n'aurait pas hésité à ne pas tenir compte des dispositions rétro-œsophagiennes de la plèvre, quitte à obtenir ensuite l'écoulement du pus pleural par un empyème secondaire.

En terminant, l'auteur fait remarquer enfin que, s'il est facile de décoller la plèvre de la paroi dans l'œsophagotomie postérieure, en temps ordinaire, quand on opère sur le cadavre, il surgit de grandes difficultés, au contraire, dans les cas de collections purulentes, alors que le pus a créé des adhérences et d'autres empêchements. C'est un fait que l'auteur a vérifié lui-même sur le cadavre de sa malade.

A. Broca.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 *mars* 1895.

Présidence de M. d'Heilly.

Le trional.

M. Galliard. — Découvert par Baumann et Kost, le trional occupe un rang très important dans la thérapeutique, surtout en Allemagne.

J'ai prescrit le trional à 40 adultes atteints d'insomnie, et sauf un seul cas par voie gastrique à la dose de un gramme en une seule prise. Cinq malades seulement ont été réfractaires. Il ne faut voir dans le trional ni un anti-périodique, ni un anti-pyrétique, ni un analgésique, c'est uniquement un hypnotique. Il produit le sommeil sans troubler l'action des autres médicaments employés, et sans accidents sérieux. Le sommeil est paisible, le réveil agréable. Je n'ai pas observé de désordres circulatoires, ni de troubles respiratoires.

Il n'y a pas non plus de perturbations marquées dans les urines. Une analyse d'urine faite par M. Boymond chez une malade soignée pendant cinq semaines avec du trional a fait découvrir un corps réducteur lévogyre que M. Boymond suppose être un produit de transformation du trional.

En somme, le trional est un bon hynotique sans danger et qui procure plus vite le sommeil que le chloral.

M. Marie. — Je suis de l'avis de M. Gaillard. Je préfère le trional au sulfonal; quant au chloralose, si on ne veut pas avoir d'accidents, il faut rester dans les limites de 10 centigrammes.

M. Rendu. — La dose de 25 centigrammes que j'ai administrée ne me paraissait pas dangereuse d'après l'avis des médecins. La conclusion est qu'il ne faut pas dépasser 0 gr 10 centigrammes. Voici d'ailleurs une lettre que nous communique notre collègue M. Muselier :

« Une cardiaque de 68 ans, qui se plaignait d'insomnie et à laquelle j'avais donné 20 centigrammes de chloralose pour remplacer le chloral et la morphine qui paraissaient peu agir, fut prise d'accidents de collapsus et succomba. M. Richet dit bien que le chloralose a donné de bons résultats chez les animaux, mais je ne suis pas convaincu. »

Paralysie du grand dentelé datant de l'enfance.

MM. Galliard et **Rabé.** — Nous avons l'honneur de présenter à la Société la malade R..., 32 ans, entrée au mois de janvier à l'hôpital Tenon pour une tuberculose pulmonaire au second degré du sommet gauche avec les signes d'une paralysie du grand dentelé gauche.

Au repos l'omoplate est rejetée en dehors et en arrière; son bord spinal fait une saillie considérable. L'angle inférieur a subi une ascension de 2 cent. 1/2; l'angle supérieur soulève visiblement la peau du cou. Entre le bord spinal de l'omoplate et la ligne des apophyses épineuses de la colonne vertébrale on mesure à gauche 8 cent., à droite 6 centim. seulement; la direction de ce bord est oblique de bas en haut et de dedans en dehors. A la jonction, deux segments cervical et dorsal de la colonne vertébrale, légère scoliose à convexité droite avec saillie des apophyses épineuses des 7e cervicale et 1re dorsale; il y a consécutivement une légère courbure de compensation au niveau de l'espace inter-scapulaire.

L'épaule est déjetée en avant; il existe une dépression très nette du creux sous-claviculaire. Cette dépression est d'ailleurs accentuée par l'atrophie du grand pectoral. La saillie deltoïdienne est moins accentuée que du côté sain.

L'élévation du membre au-dessus de l'horizon est impossible, l'abduction et la projection en avant ne sont possibles que jusqu'à l'horizontale. La position vicieuse du bord spinal atteint son maximum de développement quand on porte le bras directement en avant du corps. L'examen électrique montre que le grand dentelé ne répond pas à l'excitation; l'omoplate ne bouge pas. La partie inférieure du trapèze reste insensible au courant. Le deltoïde répond bien. Les fibres sternales du grand pectoral répondent mal.

L'activité du membre supérieur est fort limitée; il y a une sensation rapide de fatigue ; il est incapable de soulever un objet pesant.

Le diagnostic de la paralysie du grand dentelé est évident; mais existe-t-il une paralysie simultanée de la portion inférieure du trapèze? D'après Duchenne, Weber, Lewinsky, quand il y a situation anormale du scapulum pendant le repos c'est que cette paralysie n'est pas isolée. Dans notre cas, l'examen électrique parle en faveur de l'opinion défendue par Duchenne. Cette paralysie date de l'enfance; il n'y a ici ni symptôme aigu, ni fièvre. Il est rationnel de voir dans cette lésion une détermination insolite de la paralysie spinale infantile. On peut se demander si la gêne apportée au fonctionnement des muscles respirateurs du côté gauche n'a pas contribué à la localisation spéciale du bacille tuberculeux à ce niveau.

M. Rendu. — En examinant cette malade on voit que que tout un groupe de muscle appartenant aux vertèbres cervicales a été touché, cela nous explique pourquoi la malade n'a pas tout à fait l'attitude décrite par Duchenne. Je connais un jeune enfant ayant eu un accès de fièvre violent et une paralysie du grand dentelé. Peut-être pareil accident est-il arrivé au malade de M. Galliard.

Les effets des injections sous-cutanées chez les enfants tuberculeux.

M. Hutinel. — Il est parfois fort difficile de diagnostiquer chez les enfants des lésions de tuberculose viscérale; c'est ce qui m'a engagé à chercher si des injections sous-cutanées ne pouvaient nous donner, par la réaction qu'elles provoquent, des données certaines pour le diagnostic. Nos recherches ont d'abord porté sur la tuberculine. Les injections étaient faites à la dose de 1/20 à 1/10 de milligramme de tuberculine, nous avons toujours obtenu une réaction très nette chez les enfants tuberculeux (élévation de température, accélération du pouls, fluxion au pourtour des lésions); jamais nous n'avons eu à déplorer aucun accident. La température s'élevait à environ 39°, puis au bout de 48 heures la défervescence était complète. Si l'action provoquée par la tuberculine est caractéristique chez les tuberculeux, d'autres agents employés à des doses suffisamment élevées peuvent provoquer aussi des poussées fébriles et fluxionnaires analogues et comparables par plus d'un point. Or, quand on injecte à des enfants un sérum artificiel composé de chlorure de sodium à 7 pour 1000 parties d'eau stérilisée, on n'observe aucune réaction chez certains enfants alors que chez d'autres il se produit une série de phénomènes absolument analogues à ceux qui se produisent à la suite d'injection de tuberculine. Nous nous sommes demandé si ces injections inoffensives ne pourraient pas servir de moyen de diagnostic dans la tuberculose; mais l'expérience nous a montré qu'il fallait renoncer à cette prétention. D'abord on peut voir survenir des accidents. Chez une femme qui portait un ancien foyer tuberculeux considéré comme guéri nous avons vu se déclarer des accidents congestifs qui ne disparurent qu'après plusieurs semaines. Chez un enfant de quatre ans, trois injections de 10 centimètres cubes provoquèrent une élévation de température, et l'éclosion d'une méningite qui se termina par la mort.

La réaction n'est d'ailleurs pas plus spécifique qu'innocente, car nous l'avons vu manquer chez une fillette atteinte de lupus. Me basant sur des injections d'eau salée faites sur 176 enfants, je crois que faites à dose suffisante, elles peuvent provoquer de la fièvre chez des individus non tuberculeux.

Il n'y a pas que l'eau salée qui produise cette réaction. Dernièrement, Max Matthes a injecté, sous la peau d'hommes

sains et atteints de lupus, des solutions de deutéro-albumose, d'hétéro-albumoses et de peptones. A la dose de un centigramme de deutéro-albumose, l'injection ne produit rien chez l'animal sain, et une élévation thermique de 2 à 3° chez l'animal tuberculeux. A la dose de 30 centigrammes à 1 gr., l'animal sain avait une température allant de 39 à 40° et l'animal présentait une hypothermie allant jusqu'à 35° et à la mort.

Chez l'homme sain, 5 centigrammes de deutéro-albumose déterminent une ascension légère de température; chez trois individus atteints de lupus, l'injection de deutéro-albumose a occasionné une élévation de température, et une injection du lupus. On en conclut que les produits d'hydratation des substances albuminoïdes agissent à la façon de la tuberculine, et cela d'une façon d'autant plus active qu'ils se rapprochent davantage des peptones. Peut-être les injections salées n'agissent-elles qu'en modifiant les albuminoïdes du sang et en leur faisant subir une sorte de peptonisation?

Les sérums d'animaux produisent aussi une réaction; cette dernière est redoutable quand l'individu est tuberculeux. On sait que chez les tuberculeux le sérum antitoxique produit de mauvais effets; les injections faites journellement dans un but thérapeutique ne doivent être faites qu'avec prudence.

M. Legendre. — J'ai observé un enfant atteint de coxalgie et de diphtérie, chez qui l'injection de sérum antitoxique n'a produit qu'une réaction insignifiante.

M. Sevestre. — L'injection de sérum m'a paru quelquefois donner une poussée à la tuberculose. Chez plusieurs enfants atteints de bronchite et de broncho-pneumonie, j'ai cru remarquer que l'injection avait eu des effets défavorables.

Colique hépatique, phénomènes d'obstruction sans obstacle mécanique.

M. A. Siredey. — Parmi les complications de la lithiase biliaire, je ne sache pas que l'on ait rapporté des accidents analogues à ceux qui vont faire le sujet de cette communication. Il s'agit d'une femme âgée de 28 ans, sujette, depuis quelques années, à des coliques hépatiques qui durent deux ou trois jours. Il y a un an, ayant eu une crise plus longue et plus aiguë que les autres, elle entra à l'hôpital dans le service de M. Letulle; à cette époque, ainsi que cela arrivait en général à toutes ses crises, elle avait de l'ictère. Depuis cette époque, elle eut presque toutes les semaines de petites crises. Le jeudi matin 7 mars, elle est prise de vives douleurs à droite de l'épigastre, qui s'irradient dans l'hypochondre droit et l'épaule du même côté. Les douleurs s'accompagnent de phénomènes d'étouffement. Dès le début de la douleur, elle est prise de vomissements d'abord muqueux, puis franchement bilieux. Un médecin appelé le 9 mars constata que le ventre augmentait de volume et se ballonnait, en même temps que la respiration devenait de plus en plus gênée.

Le 11 mars, à son entrée à l'hôpital, la douleur a à peu près disparu, mais le météorisme et la dyspnée augmentent toujours, en même temps que les vomissements deviennent nettement fécaloïdes. La malade n'a pas été à la selle depuis 6 jours. Depuis le début de la crise, elle n'a pas rendu de gaz par l'anus. Ses urines rares n'offrent pas de pigment biliaire; les téguments n'ont pas la teinte ictérique, non plus que la muqueuse sublinguale ou conjonctivale. L'haleine est fétide; il n'y a rien au cœur; aucune complication pulmonaire.

L'examen de l'abdomen montre que les anses intestinales distendues ne sont le siège d'aucune contraction. Le pouls est régulier et bat 124 environ. Température rectale 38° 4.

On hésita à ce moment entre le diagnostic de péritonite ou d'occlusion; mais l'absence de douleurs vives, de hoquets, plaidait peu en faveur de la première hypothèse, tandis que l'arrêt des matières et des gaz étaient au contraire en faveur de la seconde. Deux lavements électriques restèrent sans résultat; et le lendemain, la malade ayant eu des vomissements fécaloïdes, on se décida à la laparotomie.

L'examen de tout l'intestin jusqu'à l'anus ne révéla aucune lésion, ni occlusion, ni perforation, ni trace de péritonite, de sorte qu'il fallut attribuer les accidents à une paralysie de l'intestin. La malade succombe le 13 mars. A l'autopsie, on trouve les anses intestinales distendues par des gaz; la séreuse lisse et transparente; deux anses d'intestin grêle seulement, et qui siègent au niveau de l'incision, sont congestionnées. On trouve des matières fécales moulées dans tout l'intestin, qui circulent librement, sous la moindre pression des doigts. L'estomac et l'œsophage contiennent des matières fécaloïdes. Le canal cholédoque contient un gros calcul de 1 centimètre de côté, et présentant la forme d'un dé à jouer. En arrière de ce calcul, s'en trouve un second, dont le volume est le tiers environ; enfin, plus loin, se trouvent encore de nombreux petits calculs, tout le long du canal cholédoque, jusque dans la vésicule.

Etant donnée l'absence de lésion péritonéale, il me semble rationnel d'imputer à l'irritation de la muqueuse du cholédoque par les calculs biliaires les phénomènes d'exhibition qui ont amené la paralysie de l'intestin et la mort de la malade. Il est impossible de méconnaître la part prépondérante du système nerveux et, en présence d'un cas semblable, je n'hésiterai pas à soumettre un malade à un traitement opiacé.

M. Hutinel. — J'ai vu plusieurs fois des accidents du même genre notamment chez un médecin; dans ce cas le lavement électrique amena une guérison complète.

M. Hanot. — On a invoqué l'influence du spasme; je crois bien plutôt à des phénomènes de paralysie.

M. Ferrand. — On aurait pu essayer la glycérine en lavement qui produit, on le sait, une sécrétion intense de la muqueuse intestinale: l'emploi des hypnotiques en dehors de la belladone ne me paraît pas recommandable.

M. Siredey. — L'idée de l'opium n'est pas de moi. Lefort l'a recommandé dans les accidents intestinaux de ce genre.

M. Albert Mathieu. — J'ai vu des accidents d'occlusion disparaître avec l'emploi d'injections de morphine. Je crois donc que la conduite à tenir est d'essayer d'un purgatif puis du lavement électrique, enfin des piqûres de morphine et en cas d'insuccès de livrer la malade au chirurgien avant de l'avoir fatiguée par une intervention trop énergique.

M. Marie. — Je regrette de ne pouvoir partager l'opinion de M. Ferrand; j'ai constaté avec M. Thibierge les excellents effets de l'opium dans les accidents de ce genre.

M. Siredey. — Je pense que dans mon cas les vomissements ont été provoqués par les contractions du diaphragme.

M. Du Castel. — Le chirurgien n'aurait-il pu agir sur la vésicule ou les voies biliaires puisque les accidents venaient de ces lieux.

M. Siredey. — Je ne sais ce qui s'est passé pendant l'opération.

M. Ferrand. — Je persiste à croire que quand il faut faire progresser les matières il faut s'adresser à la belladone contre la douleur et à la glycérine pour agir sur l'intestin.

M. Hanot. — L'usage des opiacés peut être forcé quand les accidents sont dus à la douleur.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE DE PARIS

Séance du 11 *mars* 1895.

Présidence de M. P. Bénard, vice-président.

Essai de chimie biologique sur les Eaux de la Bourboule.

M. Cathelineau lit un travail dont voici les conclusions:

1° Sous forme de bains, l'eau de la Bourboule augmente tous les éléments de l'urine, sauf l'acide phosphorique.

2° Administrée en boisson, elle diminue tous les éléments de l'urine, sauf les chlorures et l'acide urique.

La première déduction qui se dégage de ces points, est que tous les malades qui viennent à la Bourboule ne devraient pas être soumis indifféremment ou simultanément au traitement interne et au traitement externe; d'où les conclusions suivantes:

1° Les eaux de la Bourboule sous forme de bains seront administrées dans tous les cas où il y aura ralentissement de

la nutrition. Elles conviendront aux malades chez lesquels il y a lieu d'activer les échanges nutritifs et d'augmenter les oxydations, par exemple aux lymphatiques, aux scrofuleux, aux arthritiques, et enfin à une certaine catégorie d'anémiques.

Elles seront contre-indiquées chez les uricémiques.

2° Les eaux de la Bourboule devront être administrées en boissons dans tous les cas où il y aura dénutrition ou suractivité des échanges, car elles agissent comme eau arsénicale en modérant la nutrition.

Elles seront indiquées chez certains tuberculeux chez lesquels on constate une dénutrition azotée et phosphatée intense; chez les diabétiques azoturiques et chez certains anémiques différents de ceux dont nous avons parlé plus haut.

3° Les eaux de la Bourboule prises sous forme de bains ou en boissons diminuent dans les deux cas l'acide phosphorique. Elles exercent donc une action d'épargne sur les tissus riches en phosphores.

Le traitement hydrominéral de la Bourboule trouvera donc son indication dans les maladies destructives du système osseux, et chez les malades dont le système nerveux est affaibli à la suite de déperditions exagérées.

Etude sur le climat et les eaux de la Bourboule.

M. Labat. — Plusieurs visites de 1856-1893 m'ont permis de constater les progrès de cette ville d'eaux; bourgade misérable, elle est devenue une station de premier ordre.

Cette étude a été complétée dans la saison de 1893; elle a porté sur la topographie, le sol, le climat, la constitution chimique des sources anciennes et nouvelles, l'installation, l'action physiologique et thérapeutique.

La situation centrale de la Bourboule la rend aisément accessible; ses nombreux hôtels et villas, ses casinos en ont fait un séjour agréable.

Climat de montagne (altitude 850 m.), vallée de l'est à l'ouest abritée du nord; chaleur estivale modérée; fraîcheur du matin et du soir, beaucoup moins de pluie que dans les Alpes.

Sol à fond granitique, recouvert de tufs épais argilo-siliceux; produits volcaniques de la période miocène, basaltes trachytes, phonolites donnant un cachet au paysage.

Sources définitivement captées, la compagnie propriétaire ayant mis fin à la guerre des puits. La principale est *Choussy-Perrière* sortant du granite comme l'a montré le forage de 75 m. à travers le tuf, température 55 et 60 au fond.

Sa constitution se rapporte au type des eaux d'Auvergne alcalines mixtes; minéralisation totale de 6 à 7 gr. dont la moitié environ en chlorures, la moitié en bicarbonates, alcalins et terreux; arsenic 0,007, c'est notre eau la plus arsénicale.

Les sources de Fenestre et les nouvelles sources, froides ou tièdes, présentent une constitution analogue, moins minéralisées.

Des trois établissements les nouveaux thermes le plus important est un modèle du genre, sauf quelques légères critiques.

Action physiologique: reconstituante. Les incidents de la cure imputables à l'arsenic sont rares.

Parmi les indications:

Spéciales pour le lymphatisme et la scrofule (enfants nombreux); pour les maladies des voies respiratoires, même phthisie; pour les maladies de la peau.

Secondaires pour les états chloro-anémiques, l'arthritisme, la syphilis, les fièvres (vieille tradition), les maladies utérines, le diabète, etc.

Concurrente au Mont-Dore pour la phthisie; mais la Bourboule réclame avant tout la phthisie à marche lente.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 4 mars 1895.

Présidence de M. Coyne.

Anomalie de la carotide primitive.

M. Mage a préparé une pièce où l'on voit une carotide primitive droite donnant naissance à une artère thyroïdienne supplémentaire. Cette nouvelle branche se trouve très bas, au-dessous de deux thyroïdiennes normales; en réalité, on se trouve en présence d'une deuxième thyroïdienne inférieure. Cette anomalie est importante, car dans les opérations sur la région, en voyant une hémorrhagie à ce niveau, on pourrait croire à une blessure de la carotide primitive et être tenté fort inutilement de la lier.

Syphilis et grossesse.

M. Lefour a observé une famille dans laquelle l'époux après avoir eu un chancre en 1880, cinq ans avant son mariage, a infecté sa femme après quelques semaines. Il s'était soigné et le mariage avait été autorisé par un médecin.

La femme a eu plusieurs grossesses terminées par l'expulsion de fœtus macérés ou la naissance d'enfants qui ne vivaient que quelques jours; le traitement spécial avait pourtant été suivi, mais de temps en temps.

M. Lefour consulté défend tout rapport pendant deux ans, fait suivre un traitement régulier et, au mois de novembre, assiste à la naissance d'une petite fille en très bon état. L'enfant avait un gros orteil supplémentaire bifide à son extrémité qui a été enlevé ces jours derniers; cette opération n'a amené aucun trouble dans la santé qui est toujours très bonne.

Migration d'une aiguille.

M. Brindel montre une aiguille qui, après avoir pénétré à la face antérieure du poignet a été trouvée et extraite sur la face dorsale de la main près des phalanges. Cette migration n'avait produit aucune douleur.

Séance du 11 mars 1895.

I. — Gomme syphilitique de 2e circonvolution frontale droite. Epilepsie Jacksonnienne. Hemiplégie gauche. Trépanation. Mort.

MM. Faguet et **Lowitz** présentait l'hémisphère cérébral droit d'une malade morte dans le service de M. le professeur Lanelongue. Les antécédents héréditaires de cette malade sont les suivants: mère nerveuse, père alcoolique. Comme antécédents personnels crises de nerfs apparaissant vers l'âge de 16 ans, disparaissant assez rapidement. Quelques années plus tard elle est atteinte de syphilis, d'osteite syphilitique des tibias. Il y a un an environ elle eut une attaque de nerfs avec perte de connaissance suivie d'une autre à bref délai. Entrée à l'hôpital et soumise au traitement spécifique elle guérit rapidement, mais voilà qu'en février dernier elle est portée dans le service de M. le professeur Pitres avec 60 attaques d'épilepsie jacksonnienne par jour. On lui administre des frictions mercurielles et de l'iodure à haute dose sans notable amélioration et le 18 février elle a 129 attaques débutant toutes par le bras, gagnant la face puis le membre inférieur gauche.

Le 19 le côté droit commence à participer aux convulsions. Devant ces phénomènes M. Lanelongue décide la trépanation.

Le 6 mars chloroformisation. Scissure de Rolando déterminée par le procédé de Lucas Championnière. A la région pariétale 2 couronnes de trépan qui sont agrandies et réunies de façon à constituer une fenêtre quadrilatère s'étendant du pied de la pariétale ascendante au niveau du pli courbe. L'os est notablement épaissi à mesure que l'on va vers la partie postérieure de façon à constituer une véritable hyperostose. La malade a 6 crises pendant l'opération, deux pendant le pansement et jusqu'au lendemain 80 crises, puis elles disparaissent et juqu'à sa mort, le 7 mars, persiste une hémiplégie gauche. Il faut ajouter qu'elle était atteinte d'eschare sacrée plus étendue à gauche qu'à droite.

A l'autopsie on ne trouva rien au niveau des circonvolutions motrices ni épaississement des parois du crâne, ni méningite, quelques points de pachyméningite disséminés et rare vers la connexité. Par contre en avant de l'hémisphère droite, on découvre une masse ramollie présentant tous les caractères d'une gomme syphilitique située sur la seconde frontale en avant du pli de passage qui la sépare de la frontale ascendante. A son niveau, méninges épaissies et pie-mère fortement adhérente. Sur des coupes on a cons-

tαté que cette gomme était presque totalement corticale et n'avait pas lésé le centre ovale.

M. Cassaët. — Il y a plusieurs points très intéressants dans cette communication. Tout d'abord le peu d'action du traitement, de l'iodure administré jusqu'à 15 grammes par jour, puis l'apparition d'épilepsie jacksonienne et d'hémiplégie ayant atteint des membres dont les zones corticales sont intactes. Ces faits ne peuvent guère s'expliquer que par des excitations parties suivant des rayons, de la gomme, ayant atteint d'abord les zones les plus rapprochées, celles du membre supérieur, de la face et en troisième lieu du membre inférieur. L'eschare sacrée est due à une névrite ou à une lésion médullaire, cette dernière peu probable la moelle paraissant macroscopiquement saine.

Particularité de l'organe de Corti.

M. Cannieu présente des coupes microscopiques relatives à une particularité dans la situation de l'organe de Corti. Normalement, cet organe est fixé sur la face de la membrane basilaire qui est tournée vers le sommet du limaçon. Dans le cas particulier, à l'endroit où le limaçon communique avec le vestibule, l'organe de Corti est inséré sur la face inférieure de cette membrane.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 6 *mars* 1895.

Présidence de M. Colrat.

Epithélioma de cicatrice.

M. Bérard présente un vieillard de 69 ans, qui à l'âge de 2 ans est tombé dans un foyer de cheminée et s'est brûlé une assez large surface de la calotte crânienne, ainsi que trois doigts de la main droite aujourd'hui encore déformés.

La plaie du cuir chevelu ne s'est jamais cicatrisée complètement et, pendant toute sa vie, le malade présenta à ce niveau une ulcération, de la largeur de deux pièces de cinq francs, recouverte de croûtes, qu'il se gardait bien, dit-il, de jamais écorcher. Il se contentait de pratiquer des lotions émollientes à ce niveau. A part quelques phénomènes vaso-moteurs avec céphalalgie fugace observés surtout pendant l'adolescence, l'ulcère ne détermina aucun accident notable jusqu'à l'année dernière.

Au mois d'août 1894, en se peignant avec un démêloir en fer dont il se servait pour ramener des mèches de cheveux par dessus sa cicatrice, le malade enleva d'un coup brusque la croûte et détermina ainsi une hémorrhagie assez abondante.

Depuis, la surface ulcérée resta bourgeonnante, elle s'étendit peu à peu excentriquement, saignant facilement et laissant écouler un suintement fétide. Un premier médecin consulté prescrivit des topiques, probablement irritants, car leur application détermina de vives douleurs et la marche envahissante de l'ulcère en fut accélérée; le malade éprouva en même temps quelques bourdonnements d'oreilles, des élancements douloureux dans la moitié correspondante de la tête, mais aucun phénomène cérébro-méningé net.

Actuellement on constate: sur le sommet de la région fronto-pariétale une large plaque ulcérée à bords découpés en feuille de trèfle, de 10 centimètres de côté. Les bords sont surélevés, très bourgeonnants, indurés; le fond inégal, raviné en certains points, mamelonné en d'autres, est tapissé de bourgeons plus mous saignant facilement, avec un ichor très fétide dans les interstices.

Au point d'attache de la foliole droite du trèfle est une surface de 2 centimètres de côté environ, plus évidée que les portions voisines et soulevée par des battements synchrones à ceux du pouls. L'exploration à ce niveau avec le stylet permet de pénétrer entre les bourgeons à une profondeur de 1 cm. 1/2 environ sans que l'on rencontre de surface osseuse; cette investigation ne provoque aucun phénomène particulier: on n'insiste pas.

L'ensemble de la tumeur, fixé sur les plans profonds se continue par des tissus cicatriciels mobilisables sur les parois du crâne.

Il y a peu de ganglions envahis: le ganglion pré-auriculaire et quelques ganglions parotidiens gauches sont seuls volumineux, durs, indolores.

L'état général laisse à désirer, le malade, très anémié, accuse un amaigrissement assez considérable depuis trois mois avec perte des forces.

M. Rollet a tenu à faire présenter ce cas *d'épithéliome du cuir chevelu greffé sur vieille cicatrice et ayant perforé la voûte crânienne* pour les raisons suivantes:

1° *La rareté relative des tumeurs épithéliales d'origine épidermique dans les portions de la calotte crânienne recouvertes de cheveux.* Mises à part les dégénérescences épithéliales des loupes (V. Th. de Poret inspirée par M. le professeur Poncet, Lyon 1893), transformation maligne de l'athérôme des Allemands, l'épithéliome pavimenteux lobulé de cette région occupe surtout le voisinage de l'arcade sourcilière et les portions glabres de la région temporale (Bottey-Paris, 1882). Il faut reconnaître, d'ailleurs, que le terrain présentait ici des caractères particuliers, ayant été modifié considérablement par un vieil ulcère; c'est donc un épithéliome sur ancienne cicatrice et non une tumeur primitive du cuir chevelu.

2° *La rareté encore plus grande de la perforation de la voûte crânienne par ces néoplasmes externes et la bénignité apparente des symptômes qui l'ont accompagnée dans ce cas.* Depuis le mémoire de Louis à l'Académie, dans lequel ce chirurgien rapportait tous les néoplasmes perforants de la voûte à des fongus originels de la dure-mère, plusieurs observations ont montré sans doute la réalité de la perforation externe, mais dans les rares cas publiés (4 ou 5 dans les thèses de Bottey et Poret), il s'agissait surtout encore d'épithéliomes sébacés. On ne doit pas considérer en effet, comme des perforations par destruction, mais plutôt comme des anomalies congénitales, l'envahissement des espaces intra-crâniens par les kystes dermoïdes fontanellaires dont M. Lannelongue dans son traité, rapporte huit cas avec prolongement intra-crânien.

Ce qui enfin explique que ce malade n'ait présenté aucun phénomène de compression cérébrale ou d'inflammation méningo-encéphalique, c'est la date très probablement récente de la perforation et l'intégrité probable de la dure-mère qui offre au stylet explorateur une résistance nette.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 13 *mars* 1895.

La première inspiration.

MM. Zuntz et **Strassmann** reviennent à la question du mécanisme de la première inspiration soulevée il y a quelque temps par M. Olshausen. M. Olshausen admettait que la première inspiration est produite essentiellement par l'état dyspnéique du sang, et en second lieu par l'hyperémie du crâne et la compression du thorax au moment de son passage à travers le canal quintal. Cette compression du thorax pendant l'accouchement et sa dilatation une fois que l'enfant est sorti, agiraient d'après M. Olshausen à la façon de la respiration artificielle.

MM. Zuntz et Strassmann ne croient pas que la compression du thorax puisse agir à la façon de la respiration artificielle. Le jeu du soufflet thoracique n'est possible que si les poumons du fœtus renfermaient de l'air; or il n'en est rien, et la compression ne peut agir qu'en chassant un peu de sang de la cavité thoracique ou en déplaçant les organes contenus dans le thorax. La non-pénétration d'air dans les poumons du fœtus à la suite de la compression du thorax a été du reste établi expérimentalement par MM. Zuntz et Strassmann dans une série d'expériences ayant consisté à faire passer à travers un mannequin en caoutchouc des fœtus morts dont la trachée était reliée à un manomètre.

Une autre question étudiée par MM. Zuntz et Strassmann a été celle du rappel à la vie des enfants nés en état de mort apparente. Ils distinguent l'asphyxie à forme apoplectique et l'asphyxie à forme anémique. Dans la première, l'excitabilité réflexe du centre respiratoire persiste, et pour provoquer la respiration, il suffit souvent d'une excitation cutanée. Dans la seconde, l'excitation réflexe du centre respiratoire est éteinte et l'enfant ne peut être ranimé que par la respiration artificielle. Dans la majorité de cas, le procédé de Schultze suffit ; au besoin, on peut avoir recours à l'insufflation.

M. Olshausen ne pense pas qu'on ait démontré que le thorax du fœtus dont les poumons ne contiennent pas d'air, ne puisse pas aspirer de l'air, puisque les enfants nés en état de mort apparente sont quelquefois ranimés par la simple compression momentanée du thorax.

Œsophagoscopie.

M. Rosenheim donne la description des modifications qu'il a introduites dans l'ancien œsophagoscope de Mikulicz et que facilite beaucoup l'œsophagoscopie. En se servant de son instrument, M. Rosenheim est arrivé à diagnostiquer un cancer de l'œsophage au début, avant la période de rétrécissement. On peut également avec cet œsophagoscope différencier les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes de l'œsophage.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE LONDRES

Séance du 8 *mars* 1895.

Tumeur cérébrale consécutive à un traumatisme.

M. Handford. — Un homme de 43 ans tomba sur la tête du haut d'une charrette. Pendant les quinze premiers jours, il ne présenta aucun symptôme spécial; puis son état mental baissa et sa force musculaire diminua graduellement. Quatre mois après l'accident, il y avait un affaiblissement musculaire général des plus marqués, une paralysie des sphincters et une hébétude très accentuée. Bientôt apparut une paralysie complète du côté gauche de la face, du bras et de la jambe correspondants, en même temps que se développa une névrite optique intense. On fit le diagnostic de tumeur, de nature probablement sarcomateuse, développée dans les tissus irrités par le traumatisme, et située du côté droit, au voisinage de l'aire motrice. On trépana, mais on ne trouva pas de tumeur. Le malade mourut peu après et, à l'autopsie, on trouva une tumeur située en arrière et en dehors du corps strié; c'était un sarcome vasculaire contenant quelques cellules en fuseau et, par places, un réseau rempli d'hématies. La relation de cause à effet entre le traumatisme et la tumeur me paraît indiscutable.

M. Spencer. — J'ai lu l'observation d'un homme qui reçut un coup sur le côté gauche de la région frontale; aussitôt après l'accident, il y eut une déviation des yeux et une parésie de l'épaule; puis ces accidents disparurent. Six mois après, ces symptômes reparurent, et une tumeur cérébrale se développa; c'est là un cas de formation d'une tumeur maligne dans une cicatrice, et cela peut peut-être contribuer à confirmer les vues de Hunter, d'après lequel les tumeurs se développent quelquefois dans un caillot.

M. Lane. — M. Pitt et moi avons rapporté, il y a quelques années, un cas très intéressant. Un homme se frappa violemment le sommet de la tête sur le coin d'une table; plus tard, il s'aperçut que cette région devenait molle. On diagnostiqua une tumeur maligne de la dure-mère, et on procéda à son ablation. Jusqu'à présent, il n'y a pas eu de récidive.

M. White. — J'ai vu récemment un homme ayant une tumeur du cervelet, qui se développa à la suite d'un coup. Les tumeurs cérébrales sont plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes, et on a dit que cela tenait à ce que les premiers étaient plus exposés aux traumatismes. Mais chez les enfants au-dessous de 5 ans, on peut constater la même différence entre les deux sexes au point de vue des tumeurs cérébrales ; on ne peut, dans ce cas, invoquer le traumatisme.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LONDRES

Séance du 11 *mars* 1895.

Surdité hystérique.

M. Mackenzie. — Quelques auteurs ne croient pas à la surdité hystérique; j'en ai pourtant observé un cas incontestable. Politzer, Gruber, Hartmann, Briquet s'accordent à dire que la surdité hystérique existe, mais qu'elle est rare; qu'elle est généralement unilatérale, qu'elle s'accompagne d'hémianesthésie, qu'on peut par le transfert la changer de côté. Jolly est presque seul à admettre que la surdité hystérique peut être bilatérale. Dans le cas que j'ai observé la surdité était bilatérale. La transmission du son par les parois osseuses a une grande importance pour le diagnostic : Hartmann et Walton ont observé que la transmission par les parois osseuses était plus souvent entravée que la transmission par l'air. Dans le cas que j'ai observé la transmission par l'air et la transmission osseuse étaient l'une et l'autre entravées dans la même proportion. Un cas publié par Ousperesky (Moscou) semble prouver que quelquefois la transmission par les os n'est pas atteinte. Pour le diagnostic il faut se baser sur les points suffisants : 1° association de la surdité avec des symptômes non douteux d'hystérie; 2° l'apparition brusque de la surdité à la suite d'un trouble moral, d'un choc ou d'un traumatisme; 3° l'absence de toutes les causes ordinaires de la surdité, absence révélée par un examen minutieux de l'ouïe ; l'entravement de la conduction osseuse et de la conduction aérienne au même degré ; 5° la coïncidence fréquente de l'anesthésie du méat auditif externe. Le cas que j'ai observé est le suivant : Une jeune fille de 16 ans eut une angine en novembre 1891; à la fin de janvier 1892 elle eut une attaque légère d'influenza, à la suite de laquelle elle souffrit de l'oreille; on lui fit dans l'oreille une douche de Politzer, ce qui la fit beaucoup souffrir et à partir de ce moment elle devint complètement sourde. Pendant quelques jours l'oreille gauche donna un écoulement purulent verdâtre; le tympan avait été perforé, mais cette perforation guérit rapidement. Puis se développa une anesthésie totale, sauf sur la tête et le cou; il y eut aussi une grande faiblesse dans les bras et les jambes. Pendant 6 mois on traita la malade par le massage et l'électrité; peu à peu la sensibilité et la force revinrent un peu au niveau des bras, mais les jambes restèrent paralysées pendant assez longtemps. Enfin elles recouvrèrent aussi leurs mouvements. La surdité était complète du côté droit; du côté gauche la malade pouvait entendre quelque peu, on ne constatait absolument rien d'anormal dans les oreilles. La conduction osseuse manquait complètement à droite et était très faible à gauche. A cette époque la surdité datait de deux ans. On eut alors recours à une méthode qu'avait préconisée M. Gilles dans le *Marseille médical*, méthode qui consiste à refaire l'éducation du sens de l'ouïe. On invita la malade à s'efforcer d'écouter le tic-tac d'une pendule à des distances graduellement croissantes, à écouter et à chercher à répéter des mots et des phrases prononcés d'abord au voisinage même de l'oreille, puis à des distances croissantes. Le traitement fut commencé le 21 décembre 1893; dans la première séance la malade ne put pas compter les battements d'une pendule touchant presque son oreille; peu à peu elle y arriva et on plaça la pendule de plus en plus loin. L'ouïe s'améliora en même temps dans les deux oreilles. Bientôt l'acuité de l'ouïe devint normale et en même temps se produisit une grande amélioration dans l'état mental de la malade. Depuis un an la guérison s'est parfaitement maintenue.

M. Hill. — Dans le cas qu'on vient de nous rapporter, l'angine du début était peut-être diphthérique et la surdité pouvait n'être qu'une paralysie diphthérique. De plus, la manœuvre du premier médecin avait provoqué un traumatisme indubitable puisqu'elle avait amené une perforation du tympan; il est possible qu'il y ait eu un traumatisme du labyrinthe suivi d'une anesthésie temporaire du nerf auditif. Il faut aussi savoir qu'on a pu éduquer le sens de l'ouïe même

chez des sourds-muets qui présentaient des lésions organiques de l'oreille.

M. Turney. — Je crois plutôt que, dans ce cas, il s'agissait bien d'une surdité hystérique, car la paralysie généralisée qu'a présentée le sujet ne ressemble pas aux paralysies diphthériques. C'est un cas typique de paralysie générale fonctionnelle. De plus, l'éducation a réussi pour guérir cette paralysie générale et elle a réussi de même pour guérir la surdité. La guérison a été trop rapide pour qu'on puisse croire à des troubles autres que des troubles fonctionnels.

M. Mackenzie. — Je ne crois pas que ma malade ait eu une diphthérie. De plus, le traumatisme est une cause fréquente de complications hystériques. Il n'est guère admissible qu'un simple froissement du labyrinthe ait pu amener une paralysie qui, ayant duré deux ans, ait cédé aussi rapidement au traitement.

SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Séance du 12 *mars* 1895.

Discussion sur les affections du système nerveux survenant dans la période secondaire de la syphilis.

M. Hutchinson. — M. Lamy, de Paris, a publié récemment plusieurs observations de paraplégie aiguë survenant dans les premières périodes de la syphilis. Il a vu un homme de 50 ans entrer à l'hôpital avec une paraplégie durant depuis 15 jours ; le malade présentait encore sur le corps une éruption syphilitique et il avait contracté sa syphilis un an auparavant. La faiblesse des jambes survint subitement et 14 jours après la paraplégie était complète ; les sphincters rectal et vésical étaient paralysés et des eschares se développèrent assez vite. Le malade mourut subitement. On examina la moelle ; les membranes paraissaient saines à l'œil nu ; il y avait des masses colloïdes dans la substance grise, au niveau des espaces péri-vasculaires autour des plus gros vaisseaux. De plus, dans de petites régions peu étendues, il y avait de la dégénérescence ; ces aires de dégénérescence étaient placées radiairemement dans la moelle. Le réseau vasculaire de la pie-mère était infiltré par des cellules inflammatoires ; les artères étaient malades. Les veines surtout étaient malades et étaient entourées d'une grande quantité de cellules inflammatoires ; l'une de ces veines était thrombosée. M. Lamy a trouvé ces lésions dans toute la hauteur de la moelle. J'ai moi-même réuni plusieurs cas analogues où la complication nerveuse est survenue dans la première année qui a suivi l'infection syphilitique.

M. Althaus. — J'ai vu survenir une hémiplégie huit mois après l'infection syphilitique. On crut d'abord à une hémiplégie hystérique parce que l'opinion d'après laquelle les lésions nerveuses de la syphilis ne peuvent survenir qu'au bout de 4 ou 5 ans est beaucoup trop répandue. J'ai vu un malade présenter, trois mois après une infection syphilitique, une céphalée caractéristique suivie de crises épileptiformes et d'hémiplégie. Dans un autre cas j'ai vu des lésions étendues des artères cérébrales avec ramollissement du tissu nerveux et autres lésions nerveuses caractéristiques, et cela trois mois après l'infection. J'ai souvent observé de l'analgésie dans la période secondaire de la syphilis. La parésie accompagnée d'anesthésie qu'on observe dans la période secondaire est évidemment due souvent à des polynévrites ; à cette même période on peut aussi voir se développer de l'encéphalite aiguë, de la myélite ascendante, de la poliomyélite. J'ai vu se développer d'une façon aiguë un tabes 7 mois après l'infection ; le malade guérit très bien sous l'influence du traitement spécifique. Les névrites isolées survenant d'une façon précoce ne sont pas rares ; le facial peut fréquemment être atteint dans ces conditions ; la 3e paire est au contraire plus fréquemment atteinte dans la période tertiaire. J'ai vu des névrites de la 6e paire et du nerf cubital survenir 6 mois après l'infection. Les deux causes prédisposantes de ces complications précoces sont le jeune âge du sujet atteint et les traumatismes de la tête antérieurs ou consécutifs à l'infection. Les autres causes prédisposantes sont l'hérédité nerveuse, les excès sexuels et alcooliques, le surmenage intellectuel. La différence qu'il y a entre les complications nerveuses syphilitiques précoces et les tardives ne réside point dans la nature des lésions, car l'artérite et le syphilome surviennent dans les deux formes, ni dans leur siège. Les complications précoces sont plus rapides dans leur apparition et plus justiciables du traitement ; les complications tertiaires sont plus insidieuses et ont une tendance à aboutir à la phase paralytique. Dans ces complications nerveuses syphilitiques précoces, il faut recourir au traitement par le mercure et je donne la préférence aux injections hypodermiques de bichlorure de mercure.

M. Ferrier. — L'épilepsie jacksonienne est souvent d'origine syphilitique ; il en est de même de l'hémiplégie, de l'hémianesthésie, de la paralysie faciale, des maladies de la moelle. Il n'y a aucun signe pathognomonique qui permette d'affirmer que, chez un sujet donné, ces affections sont ou non d'origine syphilitique.

AUTRICHE

CLUB MÉDICAL DE VIENNE

Séance du 13 *mars* 1895.

Tabes au début.

M. Pincus a eu l'occasion de faire l'autopsie d'un individu qui présentait les symptômes initiaux du tabes et a succombé à une maladie intercurrente.

A l'examen de la moelle on trouva une localisation du processus à la portion sacrée de la moelle. Dans cette partie les fibres cérébelleuses, à l'exception de la zone radiculaire antérieure et de la radiculaire médiane de Flechrig, étaient dégénérées. Comme les parties épargnées par la dégénérescence subissent ordinairement une dégénérescence descendante et n'ont par conséquent aucun rapport avec les racines postérieures, il s'ensuit que dans la portion sacrée de la moelle, la dégénérescence a frappé toutes les fibres qui se trouvent en rapport avec les racines postérieures.

Dans la portion lombaire de la moelle, les parties externes des cordons postérieurs présentaient un aspect normal et la zone de dégénérescence était repoussée vers la ligne médiane. Dans la moelle dorsale la zone marginale de Lissanauer, les colonnes de Clarke et la zone radiculaire étaient rétractées, la zone périphérique postérieure et la zone médiane paraissaient un peu atrophiées.

Le tableau anatomique était donc celui d'une dégénérescence ascendante des racines sacrées postérieures, comme on en trouve dans un cas de tumeur de la queue du cheval. Il montre également que dans la sclerose des cordons postérieurs le processus suit les racines postérieures.

Malformation congénitale du thorax.

M. Kock a observé un enfant chez lequel la poignée du sternum fait défaut et les côtes s'unissent au corps de l'os par des bandes fibreuses. Le poumon qui fait hernie au-dessus du corps du sternum, est recouvert par la peau.

Livres déposés.

Hygiène alimentaire des enfants durant la santé, les maladies et la convalescence, par le Dr PÉRIER. Un vol. de la bibliothèque médicale Charcot-Debove, peau pleine, souple, tête dorée. 3 fr. 50. Paris, Rueff et Cie, éditeurs.

Les centres moteurs chez l'homme, par J.-M. CHARCOT-DEBOVE et A. PITRES. Un volume de la bibliothèque Charcot-Debove, avec 57 figures dans le texte, dont 51 en couleurs. 3 fr. 50. Paris, Rueff et Cie, éditeurs.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON 12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.



Seule liqueur concentrée
BALSAMIQUE
ANTISEPTIQUE
donnant instantanément *l'eau de goudron du Codex*
(Deux cuillerées par litre)
MALADIES DE LA PEAU !
Voies respiratoires
Voies urinaires
Diathèse furonculeuse
ÉPIDÉMIES
Le flac. **1** fr. **50**, rue de Rennes, 105,
PARIS *et dans les pharmacies.*

Apiol des Drs Joret & Homolle

L'Aménorrhée, la Dysménorrhée et la Métrorrhagie cèdent rapidement si l'on emploie les Capsules d'*APIOL* de *JORET* et *HOMOLLE.*
Ce médicament, *vrai régulateur de la menstruation,* ne présente aucun danger, même en *cas de grossesse.*

PARIS, PHARMACIE BRIANT ET TOUTES PHARMACIES.

CHATEL-GUYON
SOURCE GUBLER

Constipation — Dyspepsie — Obésité
Engorgements du Foie
Affections des Reins et de la Vessie
Gastro-Entérite — Congestions
Notices et Renseignements : **5, rue Drouot, Paris**



VIN DE VIAL

au Quina, Suc de Viande et Lacto-Phosphate de Chaux

ALIMENT PHYSIOLOGIQUE COMPLET

Le **VIN DE VIAL** réunit tous les principes actifs du ***phosphate de chaux***, du ***quina*** et de la ***viande crue***. Ces trois substances constituent par leur réunion le plus rationel et le plus complet des toniques.

A la dose d'un verre à liqueur avant chaque repas il complète la nutrition insuffisante des malades et des convalescents.

J. VIAL, Pharmacien, Ex-préparateur à l'Ecole de Médecine et de Pharmacie, Rue Victor-Hugo, 14, **LYON.**

SAVONS MÉDICINAUX de Ao MOLLARD

JOUBERT, *Pharmacien de 1re Classe, Successeur*
PARIS, 8, Rue des Lombards — USINE à St-Denis (Seine) la douz.
SAVON *Phéniqué*... à 5 % de Ao MOLLARD **12f**
SAVON *Boraté*..... à 10 % de Ao MOLLARD **12f**
SAVON au *Thymol*.. à 5 % de Ao MOLLARD **12f**
SAVON à l'*Ichthyol*. à 10 % de Ao MOLLARD **24f**
SAVON *Boriqué*.... à 5 % de Ao MOLLARD **12f**
SAVON au *Salol*..... à 5 % de Ao MOLLARD **12f**
SAVON au *Sublimé* à 1 % ou 10 % de Ao MOLLARD **18f** ou **24f**
SAVON *Iodé* (KI — 10 %).. de Ao MOLLARD **24f**
SAVON *Sulfureux* hygiénique de Ao MOLLARD **12f** ou **24f**
SAVON au *Goudron* de Norwège de Ao MOLLARD **12f**
SAVON *Glycérine*...... de Ao MOLLARD **12f**
ILS SE VENDENT EN BOITE DE 1/4 ET DE 1/2 DOUZAINE AVEC **35 % à MM. les Docteurs et Pharmaciens.**

ANOREXIE

Chez nombre de malades pour qui l'alimentation est une condition indispensable à la guérison, le manque d'appétit est absolu. Tous leurs efforts pour suivre les prescriptions des médecins à cet égard se heurtent à une répugnance presque invincible et quand ils parviennent à la vaincre, les aliments pris digèrent mal, sont souvent rejetés très rarement assimilés.

Plus de vingt années de succès ont démontré que l'Elixir Alimentaire Ducro triomphe constamment de la répugnance des malades pour les aliments. Il est pris avec plaisir, toujours digéré sans aucune fatigue par l'estomac, et comme sa propriété fondamentale est d'être alimentaire, c'est le médicament-laiment par excellence des phthisiques, anémiques, cancéreux, etc... Préparé avec la viande crue, l'alcool et les écorces d'oranges amères, l'Elixir Alimentaire Ducro est tout à la fois apéritif et nutritif. L'alcool qui lui sert de véhicule lui communique ses qualités d'antidéperditeur et aussi fait de l'Elixir Ducro une préparation de viande crue exempte de tout danger les vers intestinaux.

EAU
Minérale naturelle Purgative de
RUBINAT
Source du Docteur **LLORACH**

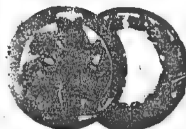
*La seule approuvée par l'***Académie de Médecine de Paris.**
L'analyse officielle démontre que cette eau contient 103g814 de substances fixes dont :
SULFATE DE SOUDE **96g265** — SULFATE DE MAGNÉSIE **3g268**

CETTE EAU PURGE RAPIDEMENT ET SANS IRRITATION
ELLE N'EXIGE AUCUN RÉGIME
DOSE NORMALE UN VERRE A BORDEAUX

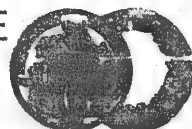
Prière à MM. les Docteurs de bien spécifier sur leurs Ordonnances
Rubinat Source *Llorach*

DIGESTIF COMPLET

ELIXIR EUPEPTIQUE TISY



A BASE DE PANCRÉATINE DIASTASE & PEPSINE
CORRESPONDANT A LA DIGESTION DES
CORPS GRAS FÉCULENTS ET AZOTÉS
MENTION HONORABLE A L'EXPOSITION DE 1878



La réunion des trois ferments eupeptiques assure à cet élixir son efficacité dans toutes les dyspepsies. La composition du véhicule lui donne une saveur agréable, et surtout une **stabilité** absolue, qui manque le plus souvent aux préparations ayant pour base des matières animales.— 10 centigr. de diastase, 10 centigr. de pepsine et 10 centigr. de pancréatine par cuillerée à bouche

Gros et Détail : Maison BAUDON, 12, rue Charles V (Bastille), Paris.

PHOSPHO-GLYCÉRATE DE CHAUX PUR

NEUROSINE PRUNIER

Reconstituant général du système nerveux, Neurasthénie, Phosphaturie.

1° NEUROSINE - SIROP
2° NEUROSINE - GRANULÉE
3° NEUROSINE - CACHETS

Débilité générale, Migraines, Névralgies, Dépression du système nerveux

Dépôt général : CHASSAING & Cie, *Paris, 6, Avenue Victoria.*

N° 13 — 27 MARS 1895 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES DES FACULTÉS DE MÉDECINE

PARIS

Thèses du 1er au 6 avril 1895.

Mercredi 3. — M. Brodier. Répartition des épanchements séro-fibrineux dans la cavité pleurale. — M. Chatel. Essai critique sur le traitement des diarrhées infantiles — M. Biet. Contribution à l'étude des affections consécutives à la grippe. — M. Ducros. Imperforations et rétrécissements congénitaux de l'intestin grêle. — Mlle Bruyant. Des principales causes d'élévation de température chez les accouchées. — M. Duvivier. Contribution à l'étude de la gastro-entérostomie avec le bouton de Murphy.

Jeudi 4. — M. Legendre. Essai sur le rôle de la chirurgie dans le diabète sucré. — M. Bigaignon. Contribution à l'étude du péristaltisme stomacal dans les sténoses rapides du pylore. — Mademoiselle Scheinziss. Essai sur les conditions des femmes et des enfants dans les fabriques russes. — M. de Miranda. Traitement des cystites rebelles chez l'homme par le curettage vésical et le drainage périnéal. — M. Bernard. Tentatives chirurgicales dans le traitement de la méningite tuberculeuse. — M. Nordmann. Le cœur des tabétiques (lésions cardio-aortiques et angine de poitrine). — M. Besançon. Contribution à l'étude de la rate dans les maladies infectieuses. — Mlle Guttelson. De la valeur nutritive de la farine de Néré. — Mlle Protopopoff. De la cécité en Russie. Etude étiologique. — M. Poumeau. Les exostoses de développement considérées dans leurs rapports avec la tuberculose. — M. Boutin. La grippe chez les opérés.

Vendredi 5. — M. Blanc. Contribution à l'étude de l'administration de la créosote par la voie intestinale (Suppositoires créosotés). — M. Cubertafon. Des polyarthrites pelviennes dans la puerpéralité. — M. Mazet. Sur l'empyème du sac lacrymal. Etude bactériologique et clinique.

Concours d'agrégation. — *Chirurgie et accouchement.* — Questions (suite).

1. Corps étrangers de l'oreille. — 2. Arthrite blennorrhagique. — 3. Exostose de croissance. — 4. Spina bifida. — 5. Kyste du corps thyroïde.

VARIÉTÉS

Concours du bureau central (médecine). — Sont admissibles à la seconde épreuve : MM. Toupet, de Gennes, Lenoir, Tissier. Jeanselme, Launois, Jacquet, Legry, Klippel, Souques, Enriquez, Dupré, Guinon, Wurtz, Brühl, Dubief, Capitan, Gallois, Hudelo, Barbier, Triboulet, G.-R. Lyon, Charrier, Vaquez, Soupault, Rénon, Dalché, de Saint-Germain, Courtois-Suffit, Thiroloix.

Ont passé la 2e épreuve (épreuve clinique) : MM. Launois 16, Dalché 18, Tissier 17, Enriquez 11, Klippel 15, Gallois 18, Dupré 15, Souques 18, Bruhl 19.

Concours de l'internat. — Oral (suite).

Appareil lacrymal. Ophthalmie purulente des nouveau-nés. — Legay 13 (37), Coville 16 (42), Termet 14 (42), Maréchal 13 (37), Dessaux 14 (41), Mauger 12 (36), Dilmont-Bebet 15 (41), Martin 18 (43), Bigeard 15 (41), Menier 14 (41).

Muqueuse linguale. Ulcérations de la langue. — Cunéo 18 (47), Bonamy 15 (41), Gaudefroy 14 (38), Sainton 14 (41), Brin 18 (44), Tissot 13 (40) Durrieux 14 (39), Heresco 16 (41), Crochet 13 (37).

Glandes de la peau. Variété hémorrhagique. — Bresset 14 (39), Shæfer 14 (41), Daumy 15 (38), Vouzelle 15 (41), Dalestre 14 (40), Lombard 13 (41).

Corps de santé de la marine. — Dans le corps de santé de la marine ont été promus au grade de médecin principal : M. Cognes, médecin de 1re classe ; au grade de médecin de 1re classe : M. Labadens, médecin de 2e classe.

Corps de santé des colonies. — Ont été promus et nommés au grade de médecin de 2e classe : MM. Gaide, Bresson, Létinois, Pasquet, Kérest, Séguin, Ortholan, Lowitz, Brunati, De Crévoisier de Vomécourt.

Le Conseil général des Facultés vient d'être soumis au renouvellement. Tous les membres sortants ont été réélus, à l'exception de MM. Grancher (médecine), Duclos (sciences) et Martha (lettres), qui ne se sont pas présentés et qui ont été remplacés par MM. Potain (médecine), Troost (sciences) et Croiset (lettres).

Le recteur de l'Académie est président de droit; les doyens des Facultés et le directeur de l'Ecole de pharmacie sont membres de droit. Chaque Faculté et l'Ecole de pharmacie sont, en outre, représentées par deux membres élus.

Voici la composition complète du conseil : M. Gréard, président; Faculté de théologie protestante, MM. Lichtenberger, doyen, Sabatier et Bonet-Maury; Faculté de droit, MM. Colmet de Santerre, doyen, Bufnoir et Beudant; Faculté de médecine, MM. Brouardel, doyen, Lannelongue et Potain; Faculté des sciences, MM. Darboux, doyen, Friedel et Troost; Faculté des lettres, MM. Himly, doyen, Lavisse et Croiset; Ecole de pharmacie, MM. Planchon, directeur de l'Ecole de pharmacie, Milne-Edwards et Moissan.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès Médical. Bibliothèque d'Education spéciale. Rapport et Mémoires sur l'Education des enfants normaux et anormaux par L. Seguin. Préface par Bourneville, volume in-8° de XLVIII, 380 pages, Prix 5 fr.

De la puberté dans l'Hémiplégie spasmodique infantile. Notes et observations par le Dr H. Leblais, volume in-8° de 83 pages. Prix 2 fr. 50

Memento-Annuaire de la médecine et de la pharmacie, contenant les adresses de MM. les docteurs, médecins, chirurgiens, vétérinaires, et pharmaciens de toute la France et des colonies, les renseignements ayant rapport à la médecine à la chirurgie, aux produits pharmaceutiques et à toutes les industries qui s'y rattachent, année 1895. Paris, Rugin et Cie, éditeurs, 1 fort volume de plus de 1500 pages 6 francs.

CLINIQUE MÉDICALE

Gangrène des lèvres dans la convalescence d'une fièvre typhoïde; septicémie staphylococcique consécutive, par P. Spillmann, professseur à la Faculté de médecine de Nancy, et G. Etienne, chef de clinique à la même Faculté.

Les accidents gangréneux qui se produisent au cours de la fièvre typhoïde ont des sièges et des origines variés. On connaît les gangrènes des membres causées par des artérites ou par des thromboses veineuses (phlébites microbiennes), les eschares provoquées par le décubitus, les gangrènes génitales. C'est en général à la faveur d'une érosion, d'une plaie, d'une ulcération d'origine vénérienne que l'infection se produit.

On a décrit (Hoffmann, épidémie de Bâle) des ulcérations gangréneuses de la cavité buccale (amygdales, piliers du voile du palais). Quant aux lèvres, on sait que dans les formes adynamiques elles se dessèchent, se fendillent, se recouvrent de croûtes brunâtres, saignantes. Quand les gencives sont tuméfiées et recouvertes de fuliginosités, les lèvres elles-mêmes peuvent s'œdématier. On n'a pas signalé cependant de gangrène de ces organes. Nous venons d'en observer un cas à la fin de la convalescence chez un homme de 49 ans. Cette gangrène, née au niveau d'ulcérations labiales profondes, devint elle-même la porte d'entrée d'une septicémie staphylococcique à évolution suraiguë.

Le nommé Fig. Antoine, âgé de 49 ans, cordonnier, sans antécédents héréditaires ou personnels notables, a contracté en septembre 1894, une fièvre continue bénigne, traitée à domicile. La convalescence se fait normalement jusqu'au 25 octobre. A ce moment, survient un gonflement dur, diffus des deux lèvres, principalement au niveau de la commissure gauche, puis la lésion s'érode, se recouvre de croûtes, et le 7 novembre, le malade se présente à la consultation externe annexée à la Clinique. Il a pu faire à pied le trajet assez long séparant son domicile de l'hôpital civil.

État actuel. — 7 novembre. — Constitution primitivement bonne, actuellement débilitée; tempérament arthritique.

Un peu en dedans de la commissure gauche des lèvres existent deux vastes ulcérations, se superposant quand le malade ferme la bouche, l'ulcération supérieure intéressant le bord externe de la lèvre, l'inférieure surtout le bord interne. Le fond est très irrégulier, haché. La partie antérieure est recouverte de croûtes noirâtres. L'angle même de la commissure est également très déchiré.

Au niveau de la commissure droite, au bord interne de la lèvre inférieure, existe une ulcération profonde en partie cicatrisée; ulcération également très profonde à la partie interne de la lèvre supérieure.

Autour de ces lésions, les lèvres sont épaissies, infiltrées, indurées.

Sur la langue, à la partie antérieure, se trouvent plusieurs dépressions assez superficielles; sur le bord gauche, est une ulcération arrondie, ayant les dimensions d'un pois, très profonde, s'enfonçant en forme de cône.

Il est facile de constater que toutes ces lésions sont manifestement en rapport avec des *dents* cariées, branlantes, en très mauvais état, et s'incrustant dans les ulcérations.

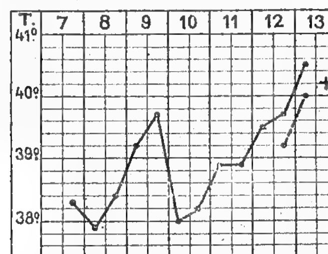
Pas de ganglions sous-maxillaires, pré-auriculaires ou cervicaux.

Anorexie, cependant, le malade digère ce qu'il prend. Selles régulières.

Le foie déborde légèrement le rebord des fausses côtes. La zone de matité splénique est augmentée en hauteur et en largeur.

Rien de particulier sur l'*appareil respiratoire*. Du côté de l'*appareil circulatoire*, léger éclat diastolique à la base ; les artères sont très dures. Pouls régulier, égal, dur. T. 38°3. Urines en quantité normale, pas d'albuminurie.

Système nerveux. — Le réflexe patellaire est très diminué, surtout à droite. Pas d'incoordination des mouvements ; légère hésitation dans les mouvements des bras ; quelques mouvements spastiques surtout au bras droit. Sensibilités normales.



8 novembre. — Même état. Température, matin 37°9; soir 38°4.

9. — Extraction des dents cariées irritant continuellement les régions sphacélées; hémorrhagie assez abondante; on cherche à obtenir l'antisepsie de la cavité buccale. Température, matin 39°2 ; soir 39°7.

10. — Un peu de délire nocturne ; tranquille. Température matin, 38° ; soir, 38°2. La gangrène qui a suivi une marche envahissante, a amené la destruction presque totale de la lèvre inférieure et d'une bonne partie de la lèvre supérieure.

11. — Température, matin 38°9 ; soir 38°9. Diagnostic : septicémie. Le malade s'affaisse rapidement.

12. — Température, matin 39°5 ; soir 39°7. Pulvérisations phéniquées.

13. — Température, matin 40°5; soir 40°7. Mort dans la nuit.

Autopsie pratiquée quelques heures seulement après la mort.

Plèvres. — Pas d'épanchement dans la cavité pleurale; quelques adhérences au côté droit ; ecchymose sous-pleurale correspondant à un noyau d'infarctus.

Poumons. — A droite, partie postérieure œdématiée, congestionnée ; œdème au sommet ; infarctus de la grosseur d'une mandarine dans le lobe moyen. A gauche, congestion, œdème ; lobe inférieur emphysémateux.

Cœur. — Epanchement péricardique. Myocarde mou, friable, décoloré. Pas d'endocardite, pas de lésions valvulaires.

Reins augmentés de volume, blancs, décolorés ; épaississement de la substance corticale ; la surface est parsemée de petits infarctus. Décortication facile.

Rate. — Hypertrophie peu marquée.

Foie. — Légèrement hypertrophié, gros, friable.

Intestins. — Sur les intestins, surtout autour du cæcum, on observe des arborisations vasculaires assez marquées et des traces d'ulcérations encore pigmentées, à peu près complètement cicatrisées.

Examen histologique. — *Coupe au niveau des ulcérations labiales*. — L'épithélium pavimenteux stratifié qui tapisse la muqueuse labiale, s'arrête brusquement au niveau de la partie ulcérée ; les couches superficielles de cet épithélium disparaissent les premières et sont remplacées par des cellules rondes. La couche des cellules cylindriques se poursuit encore, mais on voit que ces cellules renferment pour la plupart deux et même trois noyaux ; enfin, cette couche disparaît elle-même au milieu des cellules embryonnaires.

Au niveau même de l'ulcération, on trouve en allant de la surface externe vers la profondeur :

1° Une couche uniformément colorée par le carmin et l'hématoxyline dans laquelle on trouve des fibres conjonctives ondulées, des fibres élastiques, des granulations noirâtres, mais on ne reconnaît aucun élément cellulaire reconnaissable à la coloration élective.

2° Au-dessous de cette couche, est un amas de cellules embryonnaires tassées les unes contre les autres; et s'avançant jusqu'au niveau des fibres striées du muscle orbiculaire des lèvres.

3° Les fibres les plus superficielles de ce muscle sont elles-mêmes atteintes de myosite, les cellules embryonnaires s'infiltrant entre elles; la striation transversale des fibres disparaît, et au centre de quelques-unes d'elles, on voit des noyaux. En coupes transversales, on voit les noyaux des cellules embryonnaires occuper la place du sarcolemne qui n'est plus reconnaissable, la substance musculaire finement grenue et les noyaux placés les uns à la périphérie de la fibre, les autres au centre.

4° Puis, les cellules embryonnaires diminuent peu à peu et les couches profondes reprennent leur aspect normal.

Reins. — Lésions de néphrite parenchymateuse.

Examen bactériologique. — L'ensemencement, pratiqué sur les milieux habituels, et très peu de temps après la mort, avec le suc du foie, de la rate et des reins, nous a donné des cultures pures de *staphylocoques dorés*.

Dans le cas particulier, nous trouvons réalisées toutes les conditions capables de déterminer la gangrène: d'abord une gingivite et une périostite alvéolo-dentaire expulsive ancienne, accompagnée de caries dentaires multiples; ces dents déviées avaient provoqué des ulcérations remarquablement profondes dans les tissus voisins: joues, lèvres et langue. Puis survient une fièvre typhoïde, qui, au niveau des lésions antérieures, agit par l'intervention de facteurs multiples: artérites, phlébites, lésions nerveuses, action locale des toxines, bref, diminution de la vitalité des tissus. D'autre part, pendant la durée de la maladie, les microbes pathogènes et saprogènes de la cavité buccale, n'étant plus soumis à l'action antiseptique d'une salive *normale*, n'étant plus à chaque instant mécaniquement balayés par le bol alimentaire, ont pullulé, ont repris de la virulence, et ont trouvé un terrain tout préparé à subir leur action; d'où l'apparition d'abord de la gangrène, affection locale, puis bientôt d'une septicémie à laquelle les plaques gangréneuses ont servi de porte d'entrée.

En un mot, nous avons une lésion antérieure, *locus minoris resistentiæ;* une *maladie infectieuse* achevant la préparation du terrain; les *éléments microbiens*, cause efficiente de la gangrène d'abord, de l'infection générale ensuite; c'est bien la pathogénie indiquée par les auteurs, Jeannel, Roger.

En outre, l'alcoolisme a dû constituer également chez ce malade un terrain favorable à la marche des accidents.

On ne saurait donc trop recommander, et c'est une conséquence pratique qui ressort de cette observation, d'insister sur l'antisepsie minutieuse de la cavité buccale, non seulement dans le cours de la fièvre typhoïde, mais encore pendant la convalescence.

Contribution à l'étude des fonctions de la glande thyroïde. Pathogénie de la maladie de Basedow,

Communication à la Société médico-chirurgicale de Liège, par le Dr Canter, membre titulaire.

Dans une communication antérieure (1), j'ai attribué à l'hypersécrétion thyroïdienne tout le syndrome de la maladie de Basedow. Depuis lors, j'ai entrepris au laboratoire de thérapeutique de l'Université de Liège des études expérimentales sur des chiens, dans le but de déterminer les fonctions encore si mal connues de la glande thyroïdienne. Ces expériences, je compte les poursuivre; mais, dès à présent, je crois utile de publier quelques faits d'un grand intérêt.

Nous sommes déjà loin de cette conception empirique qui considère cette glande comme simple organe de protection physique du larynx. La sécrétion interne de cette glande joue, j'en ai la conviction, un rôle considérable dans la désassimilation de certains tissus et surtout, cela paraît probable, dans la destruction de la substance fondamentale du tissu conjonctif. Elle semble en outre agir, comme nous le verrons plus tard, sur la substance nerveuse.

(1) V. *Annales de la Société méd.-chirurgic.*, janvier 1894.

L'absence de cette sécrétion provoque dans l'économie des troubles profonds et crée l'état qui caractérise le myxœdème.

L'hyperthyroïdation aboutit aux troubles nerveux, trophiques et vasomoteurs de la maladie de Basedow.

Voici par quel mécanisme:

La sécrétion exagérée de la glande thyroïde amène rapidement l'accélération des battements du cœur, probablement par irritation des centres nerveux. Il y a trouble des vasomoteurs et dilatation des vaisseaux artérie's, surtout ceux du cou et de la tête. La glande thyroïde mieux irriguée secrète davantage : de là, création graduelle d'une intoxication thyroïdienne qui produit à un moment donné une atteinte passagère ou permanente du système nerveux central, spécialement des centres de la moelle allongée et des corps restiformes.

Cette irritation passagère, ou cette altération durable suivant les cas, crée le syndrome basedowien, tachycardie excessive, exophthalmie, les paralysies dans le domaine de certains nerfs crâniens, et enfin les troubles moteurs périphériques, et la polyurie, etc.

Dans mes recherches, j'ai voulu reproduire ce cercle vicieux en augmentant graduellement la dose de corps thyroïde de mouton ingérée par voie stomacale.

Voici quelques résultats obtenus sur une jeune chienne mise en équilibre de nutrition à partir du 8 novembre. Cet animal prenait une quantité de nourriture telle que son poids restait sensiblement le même.

Il a pris d'abord, et cela pendant une dizaine de jours, de doses faibles, 2 gr. à 6 gr., et j'ai pu suivre de jour en jour les modifications de la nutrition qui se traduisent par des modifications correspondantes dans la composition des urines.

Urines.

Quantité	Urée	Chlorures	Phosphates	Observation
231 gr.	5 gr. 136	1 gr. 049	0 gr. 414	Moyennes obtenues par l'examen des urines des 5 jours qui ont précédé l'expérience.
303 gr.	6 gr. 169	1 gr. 242	0 gr. 364	Moyennes obtenues par l'examen des urines émises pendant les 10 jours de l'expérience.

Ce tableau montre pour l'urée une augmentation de 20 0/0.

L'animal en expérience a maigri; son poids est tombé de 4 kilogr. 850 gr. à 4 kilogr. 450 gr., soit une perte de poids de 400 gr. pour 10 jours.

Le pouls est plus fréquent, mais la contraction du muscle cardiaque ne semble pas modifiée. Cette accélération suit de 36 à 48 heures l'administration de la glande.

Un fait très intéressant observé pendant cette série d'expériences, c'est une véritable *accoutumance*, soit que l'animal élimine plus vite cette quantité relativement faible de thyroïdine ingérée, soit que son organisme résiste davantage à la destruction de ses éléments constitutifs.

Il résulte de cette *accoutumance* que les battements du cœur se font plus rares que les jours précédents, tout en étant supérieurs au nombre normal.

La quantité d'urée ne se maintient pas au taux élevé des premiers jours de l'expérience, l'amaigrissement s'arrête; ce qui explique l'observation de Charrin, lorsqu'il constate l'arrêt des effets de la cure thyroïdienne dans l'adipose (1).

Ces doses faibles n'influencent guère la température.

L'élimination du produit semble également être très rapide.

Ainsi le 30 novembre, après une série de dix jours de doses faibles, j'administre une dose plus forte, 20 grammes; le pouls, qui ce jour-là était à 156 pulsations à la minute, monte au bout de 24 heures à 172. Ce jour même et le lendemain, impossible de me procurer des glandes; le pouls retombe à 112 pulsations à la minute, 48 heures seulement après l'acmé produite par l'administration des 20 grammes.

Des doses moyennes d'environ 20 grammes produisent des symptômes analogues à ceux cités précédemment, les modifications dans les échanges nutritifs se traduisent de la façon suivante :

Urines acides, pas d'albumine

Quantité	Urée	Chlorures	Phosphastes.	
230 gr.	5 gr. 136	1 gr. 049	0 gr. 414	Moyennes obtenues avant l'expérience.
347 gr.	7 gr. 704	1 gr. 587	0 gr. 545	Meyennes obtenues pendant l'expérience.

(1) V. *Semaine médicale*, janvier 1895, p. 6.

Ici, donc la désassimilation des substances azotées s'accentue encore, l'urée augmente de 50 0/0, les chlorures de 30 0/0, et les phosphates, qui dans la première série avaient plutôt diminué, sont également éliminés en plus grande quantité (20 0/0).

Le pouls monte graduellement de 120 pulsations à la minute jusque 192. La température s'élève de 38,5 à 39 degrés et au delà.

L'animal déjà très amaigri a encore perdu en dix jours 680 grammes de son poids. Les selles deviennent molles.

Ici, l'accoutumance ne semble pas influencer les effets de la médication, probablement parce que la quantité de thyroïdine ingérée dépasse le pouvoir d'élimination de l'animal. Il se produit au contraire une augmentation dans l'élimination de l'urée; les cinq derniers jours portent une quantité plus grande d'urée que les cinq premiers.

Jusqu'ici nous n'avons à constater que les perturbations produites chez un animal qui semble encore en bonne santé.

Si maintenant on continue l'administration des doses moyennes au delà d'une dizaine de jours, ou bien si l'on administre les doses plus fortes (30 à 40 grammes *pro die*) pendant quelques jours, il se produit une véritable intoxication qui rappelle par ses symptômes l'état des Basedowiens: un amaigrissement extraordinairement rapide de l'animal, de la diarrhée (selles souvent sanglantes), des vomissements, de la paraplégie et chez un des animaux observés, un frémissement comparable au tremblement de P. Marie.

La tachycardie est excessive.

Le pouls est au delà de 160 à la minute, jusque 208, et, ce qu'il y a de particulier, c'est que les contractions du muscle cardiaque sont modifiées, la palpation perçoit cette impression spéciale que donne le choc du cœur des Basedowiens.

Ici également la paroi thoracique est soulevée.

L'étude des échanges nutritifs a démontré encore une augmentation de la désassimilation.

Lorsqu'enfin l'intoxication est à son maximum, le pouls devient difficile à compter (jusque 256 pulsations à la minute d'après le cardiographe).

La polyurie est considérable; 600 grammes d'urine d'une densité de 1015 sont émis par un animal qui pèse à peine 3 kil. et demi. Il y a environ 11 grammes d'urée, mais le fait le plus marquant de cette période est une *élimination considérable de phosphates*: diminuée par l'administration des doses faibles, à peine augmentée par les doses moyennes, cette élimination monte de 0 gr. 312 milligr. à 0 gr. 765 pour atteindre à 1 gr. 147 milligr.

Dans une autre série, elle monte graduellement à 848 milligrammes et arrive à 1 gr. 096 milligr., c'est-à-dire que la quantité de phosphates émise dans les 24 heures a plus que triplé et cela au moment où les troubles nerveux apparaissent.

Il est donc probable, et j'essayerai de le démontrer dans la suite, que la thyroïdine amène une altération des centres nerveux, et spécialement de ces centres qui président au tonus cardiaque et musculaire, à la sécrétion urinaire, et enfin du centre vasomoteur.

Les quelques faits énoncés démontrent le rôle considérable que joue la sécrétion de la glande thyroïde dans l'économie animale.

La thérapeutique a déjà voulu tirer profit de cette puissante action encore si mystérieuse de la thyroïdine.

Il n'est pas inutile, je pense, de constater que l'homme semble beaucoup plus sensible à cette action que le chien. De plus, l'intoxication thyroïdienne présente un grand danger et n'est pas facile à prévoir, car ses symptômes éclatent brusquement, surtout évidemment après l'administration de doses fortes. J'ai pu voir ainsi le pouls bondir de 128 pulsations à la minute à 200 pulsations et plus, et cela dans l'espace de 24 heures.

Il faut encore ici tenir compte d'une impressionnabilité variable suivant les individus.

Je ne suis pas parvenu à produire de l'exophtalmie qui du reste est un épiphénomène et n'apparaît généralement qu'un temps plus ou moins long après la tachycardie.

Du reste, le chien, possédant un muscle supplémentaire qui fixe l'œil dans l'orbite, est peu favorable à l'étude de ce symptôme.

En résumé, par ces expériences, je veux surtout attirer l'attention sur l'action importante des doses de thyroïdine et sur la désassimilation considérable du système nerveux dès les premiers stades de l'intoxication.

Janvier 1895.

NOUVELLES

Le registre des inscriptions du troisième trimestre de l'année scolaire 1894-1895, ouvert le mercredi 27 mars, sera clos le samedi 4 mai, à trois heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures :

1° Inscriptions de première et deuxième années de doctorat et de deuxième année d'officiat, les 27, 28, 29, 30 mars, 3, 4, 5 et 6 avril;

2° Inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, de troisième et quatrième années d'officiat, les 24, 25, 26, 27 avril, 1er, 2, 3 et 4 mai.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours et heures ci-dessus désignés. L'inscription trimestrielle ne sera accordée, en dehors de ces dates, que pour des motifs sérieux et appréciés par le Conseil de la Faculté. Ils doivent déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté ; en échange il leur sera remis un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription trimestrielle.

MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, devront joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le deuxième trimestre 1894-1895. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché.

Ces formalités sont de rigueur: les inscriptions seront refusées aux internes et externes qui négligeraient de les remplir.

Règlement relatif au classement des stagiaires. — Les stagiaires seront répartis par année (art. 3 et 9 du décret du 30 novembre 1893), et d'après la note obtenue au dernier examen, ou la moyenne des notes obtenues, si cet examen est composé de deux parties, ou s'il y a eu échec ; pour une même note, dans l'ordre de la prise des inscriptions.

Les élèves en cours irrégulier d'études seront classés les derniers.

C'est dans le même ordre que les stagiaires seront appelés à choisir les services dans lesquels ils désireront faire le stage.

Aucune exception à cette règle ne sera admise.

Une lettre de convocation individuelle sera adressée aux stagiaires.

Les titulaires d'enseignement devront s'abstenir de réclamer des stagiaires, la répartition de ceux-ci devant se faire en dehors de toute espèce d'intervention du chargé de l'enseignement.

Le choix des services aura lieu dans la première quinzaine de novembre, pour le trimestre de décembre à février inclus, et dans la première quinzaine de février, pour le trimestre de mars à mi-juin.

Les listes des stagiaires seront arrêtées le 15 novembre et le 15 février, pour être immédiatement transmises au Directeur de l'Assistance publique.

Ceux qui n'y seraient pas inscrits ne pourraient pas prendre d'inscriptions.

L'inscription de janvier sera délivrée au stagiaire qui aura été régulièrement inscrit et classé; l'inscription d'avril ne sera délivrée que si les notes du professeur sont satisfaisantes, pour le trimestre de décembre à février inclus; l'inscription de juillet ne sera délivrée que si les notes du professeur sont satisfaisantes, pour le trimestre de mars à mi-juin.

L'enseignement devant durer du 1er décembre au 15 juin (art. 7) le stage recommencera irrévocablement le 1er décembre pour se continuer, sans interruption, jusqu'au 15 juin.

Avis aux étudiants, aspirants à l'officiat. — En vertu des règlements intervenus entre la Faculté et l'Assistance publique, MM. les étudiants en médecine, aspirants à l'officiat, ne sont pas compris dans le classement officiel des stagiaires.

Ces étudiants se feront inscrire au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique (avenue Victoria), sur la production d'un certificat de scolarité ou sur la présentation de leur feuille d'inscriptions. Une carte leur sera délivrée pour des services autres que ceux qui sont réservés aux stagiaires réguliers.

Faculté de médecine de Lyon. — M. le docteur Durand est institué chef de clinique chirurgicale en remplacement de M. Nové-Josserand, démissionnaire.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. le professeur Carrieu est nommé assesseur du doyen de la Faculté.

Ecole de médecine d'Alger. — M. le docteur Moreau est nommé professeur d'hygiène et médecine légale en remplacement de M. Sézarie, décédé.

Ecole de médecine de Nantes. — M. le professeur Chartier est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique médicale, en remplacement de M. Trastour, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

M. le docteur Pérochaud est nommé professeur de thérapeutique, en remplacement de M. Chartier, appelé à d'autres fonctions.

Ecole de médecine de Nantes. — Un concours s'ouvrira le 11 novembre 1895 devant la Faculté de médecine de Paris, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole de médecine de Nantes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 mars 1895.

Présidence de M. Empis.

MM. Morisani (de Naples) et **Julliard** (de Genève), sont élus correspondants étrangers dans la deuxième division (chirurgie).

Greffe de l'uretère dans la vessie pour remédier à une blessure de ce canal au cours d'une laparotomie. Guérison. Résultats éloignés.

M. S. Pozzi. — Pendant une extirpation laborieuse d'un kyste du ligament large adhérent de toutes parts et ayant dû être disséqué de ses connexions profondes, on constata que l'uretère gauche avait été sectionné près de son insertion vésicale. M. Pozzi fit alors une boutonnière à la vessie, au niveau de la partie supérieure et y inséra le bout de l'uretère à l'aide de deux rangs de suture, l'une muco-muqueuse, l'autre séro-séreuse. Guérison complète et rapide datant de neuf mois actuellement. Dans une nouvelle laparotomie faite récemment pour enlever les annexes droites atteintes d'hydrosalpinx, M. Pozzi a constaté que l'uretère était un peu dilaté et qu'il n'y avait aucune autre lésion.

Surpeuplement de l'habitation.

M. G. Lagneau rend compte d'un intéressant mémoire de M. Jacques Bertillon, directeur de la statistique municipale, sur le *surpeuplement de l'habitation.*

Depuis longtemps, on a remarqué qu'en général la morbidité et la mortalité s'accroissent dans les arrondissements ou quartiers où la population est dense, où la population spécifique est élevée. Dans l'arrondissement du Temple, il y a 764 habitants par hectare; la mortalité annuelle est de 21 décès sur 1,000 habitants. Dans l'arrondissement de l'Elysée où la population spécifique n'est que de 280 habitants par hectare, la mortalité annuelle n'est que de 13 décès sur 1,000 habitants.

Si l'encombrement humain de l'arrondissement ou du quartier est morbigène, l'encombrement humain de l'habitation est également redoutable. Au dernier recensement, M. Bertillon fit relever d'une part le nombre de d'habitants occupant chaque logement, d'autre part, le nombre de pièces composant ce logement. Considérant comme étant surpeuplé tout logement dont le nombre d'habitants se trouve supérieur au double du nombre de pièces, le chef de la statistique municipale met à même de reconnaître que certains arrondissements, quoique ayant une population spécifique peu élevée, mais ayant un grand nombre de logements surpeuplés, présentent une haute mortalité. Dans l'arrondissement de Ménilmontant qui n'a que 269 habitants par hectare, mais dont sur 1,000 habitants, 227 sont plus de 2 par pièce de logement, la mortalité annuelle s'élève à 31 décès généraux, et à 55 décès phthisiques en particulier, tandis que dans l'arrondissement de l'Elysée, dont la population spécifique de 280 habitants par hectare diffère peu de celle de Ménilmontant, mais dont sur 1,000 habitants, 40 seulement sont plus de 2 par pièce de logement, la mortalité générale annuelle n'est que de 13, et la mortalité phthisique de 1,7.

Sur la glycosurie alimentaire chez les sujets sains.

MM. Linossier et Roque (de Lyon). — L'épreuve de la glycosurie alimentaire, introduite en séméiologie par Colrat en 1875, a été considérée d'abord comme un moyen de diagnostiquer l'oblitération de la veine porte. Plus tard, on a cru pouvoir conclure, du passage du sucre ingéré dans l'urine, à l'insuffisance de la cellule hépatique détruite, ou du moins profondément altérée. Des recherches plus récentes ont montré qu'une altération transitoire des fonctions du foie suffit à provoquer la glycosurie alimentaire, et qu'on la rencontre même dans un grand nombre de maladies, dans lesquelles le foie ne semble pas du tout intéressé. Bien plus, dans les lésions cérébrales diffuses, elle paraît, d'après les derniers travaux de Von Jacksch, Bloch, Strasser, beaucoup plus fréquente que dans les affections du foie.

La glycosurie alimentaire ne peut donc être considérée actuellement comme le symptôme constant d'aucune lésion; elle se rencontre plus ou moins fréquemment dans une foule d'affections différentes, et le clinicien ne sait guère quelle conclusion tirer de la présence ou de l'absence de ce signe.

MM. Linossier et Roque ont entrepris de préciser sa signification, et ils ont commencé par étudier la glycosurie alimentaire chez l'homme sain.

Leurs expériences ont porté sur dix-neuf sujets, la plupart assistant ou élèves de la clinique médicale de la Faculté de Lyon, les autres, malades de la clinique présentant, avec un bon état général, des affections ne paraissant pas de nature à modifier les conditions d'assimilation du sucre (arthrites blennorrhagiques, sciatiques, névrite périphérique professionnelle, etc...).

La plupart des expériences ont été faites avec le sucre de cannes, d'autres avec le glucose et le lactose.

Après l'usage du sucre de cannes, on peut constater soit de la saccharosurie, soit de la glycosurie. La saccharosurie (qu'on met en évidence en traitant par la liqueur de Fehling 5 cent. cubes d'urine portés préalablement à l'ébullition avec une goutte d'acide chlorhydrique) existe chez tous les sujets mais la dose qui la provoque est très variable. Avec 50 grammes de sucre ingéré, on la trouve dans 29 0/0 des cas; aucun sujet n'a résisté à 350 grammes. Une petite quantité de glucose accompagne presque toujours le saccharose dans les urines, aussi une forte élimination de saccharose est-elle toujours associée à une glycosurie légère, dont la signification n'est pas autre que celle de la saccharosurie à laquelle elle est liée. Chez certains sujets, au contraire, le glucose constitue toujours une notable fraction du sucre total éliminé (jusqu'à 83 0/0); la dose minima du sucre qui provoque la saccharosurie provoque en même temps de la glycosurie. Cette glycosurie alimentaire se manifeste généralement après l'ingestion de petites quantités de sucre de cannes (50 à 100 grammes), on l'a observée chez 16 0/0 des sujets. Elle semble bien correspondre à une manière d'être spéciale de l'organisme, sans qu'on puisse lui découvrir une cause précise. Elle paraît se rencontrer de préférence chez les arthritiques.

Des trois sucres, qui ont été soumis à l'expérimentation, le

saccharose est celui qui passe le plus facilement dans l'urine, puis viennent le glucose et le lactose. Après ingestion de 100 gr. de sucre, on en a trouvé chez un même sujet 1 gr.96 avec le saccharose, 0 gr. 39 avec le glucose, 0 gr. 28 avec le lactose.

L'élimitation ne commence activement qu'une heure après l'ingestion. Elle a son maximum de la deuxième à la quatrième heure; elle est généralement terminée après la huitième. L'alcool ne modifie pas l'élimination.

MM. Linossier et Roque ne reconnaissent pas l'existence d'une « limite d'assimilation » des sucres, admise par Hofmeister, limite au-dessous laquelle tout le sucre serait assimilé, au-dessus de laquelle il déborderait l'organisme, comme de l'eau déborde un vase plein. Ils admettent qu'il existe pour chaque personne, et pour chaque espèce de sucre, un « coefficient d'utilisation » individuel, croissant dans des limites restreintes avec la quantité de sucre ingéré, toujours très élevé (minimum observé pour le saccharose 97,2 0/0).

Au point de vue des recherches cliniques, le fait que la glycosurie alimentaire peut s'observer, à la suite de l'ingestion de 100 gr. de saccharose, chez 16 0/0 des sujets sains, impose une grande réserve dans l'interprétation de ce phénomène. Il est impossible de leconsidérer comme l'indice d'une lésion grave de la cellule hépathique.

Comité secret.

Sur le rapport de M. Gariel, l'Académie fixe comme suit la liste de présentation à une place de correspondant national dans la quatrième division (physique et chimie médicales, pharmacie) : 1° M. Bleicher (de Nancy); 2° *ex æquo* et par ordre alphabétique MM. Carles (de Bordeaux), Denyès (de Bordeaux), Imbert (de Montpellier), Eymard-Lacour, pharmacien militaire, et Leduc (de Nantes).

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 23 *mars* 1895.

Présidence de M. Féré.

Influence du traumatisme sur les localisations des substances solubles.

M. Meyer. — On sait que les recherches récentes de MM. Bouchard et Charrin ont montré que la naphtaline administrée pendant un temps un peu long avait le pouvoir de provoquer chez les animaux l'apparition de la cataracte. D'un autre côté, MM. Charrin et Carnot ont trouvé que les tissus altérés avaient la propriété de fixer certains sels, les sels de plomb ingérés par les animaux.

M. Meyer s'est inspiré de ses recherches pour faire au laboratoire du professeur Bouchard des expériences destinées à mettre en évidence l'influence du traumatisme sur les localisations des substances solubles. Les expériences étaient faites sur des lapins qui étaient soumis à l'ingestion de naphtaline et auxquels on traumatisait l'œil droit. Ordinairement au bout de huit jours la cataracte apparaissait déjà dans l'œil droit, tandis que dans l'œil gauche le fond de l'œil devenait seulement nuageux.

M. Meyer rapproche ces expériences des faits relatifs à l'influence du traumatisme sur les manifestations d'une diathèse. On sait notamment que chez les goutteux un traumatisme articulaire peut provoquer une localisation de goutte avec dépôt de tophus dans l'article.

La proportion d'oxyhémoglobine dans le sang des myxœdémateux.

M. Masoin a eu l'occasion d'examiner le sang de deux myxœdémateux guéris. La proportion d'oxyhémoglobine était de 8,5 0/0 chez le premier et de 10 0/0 chez le second. D'un autre côté les mêmes recherches faites avec les mêmes méthodes chez un enfant myxœdémateux âgé de 12 ans ont montré que chez lui le taux d'oxyhémoglobine était de 6,5 0/0, chiffre analogue à ceux signalés par d'autres auteurs.

La quantité d'hémoglobine s'abaisse donc considérablement dans le myxœdème; chez les sujets guéris de l'état myxœdémateux, le taux de l'hémoglobine se relève mais demeure sensiblement inférieur au chiffre normal.

Thyroïdectomie incomplète et modifications des glandules thyroïdiennes.

M. Gley. — Lorsqu'on fait la thyroïdectomie incomplète, en laissant intactes les glandules thyroïdiennes, celles-ci s'hypertrophient. Si l'on examine les modifications qu'elles subissent, on trouve que ces modifications sont moins d'ordre structural que de nature épithéliale. En effet, dans la masse de cellules épithélioïdes dont se composent les glandules on voit se former un cordon de cellules dont le protoplasma et le noyau se colorent mieux que les cellules voisines. De plus, il existe une prolifération de cellules et de noyaux, sur le compte de laquelle il faut mettre en partie l'hypertrophie de ces glandules.

Action de l'antipyrine sur les centres nerveux.

M. Langlois a fait une série d'expériences sur l'action de l'antipyrine sur les centres nerveux chez des animaux ayant subi la section de la moelle à hauteur de la 3e cervicale. Cette action varie avec la dose.

A la dose de 0.27 centigr. par kilogr. d'animal on voit paraître des convulsions toniques dans la face et la tête. Avec 0.54 centigr. par kilogr. d'animal on provoque des convulsions cloniques dans les muscles de la face et des convulsions toniques dans ceux du tronc. Quand on élève encore la dose, le tronc devient aussi le siège des convulsions cloniques, mais celles-ci sont d'ordre réflexe et s'expliquent par l'hyperesthésie de la moelle. Enfin quand on donne 1 gr. 80 par kilogr. d'animal, les réflexes palpébral, oculaire et mentonnier sont abolis, tandis que les réflexes des membres persistent.

R. Romme.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 4 *mars* 1895.

Sur la diffusion des parfums.

M. Jacques Passy. — Lorsqu'on dispose, dans une enceinte fermée, des corps différents, tels que de l'eau, des résines, des huiles, des fragments de papier ou de métaux, et qu'on y introduit un corps odorant, tel qu'un papier trempé dans une solution de musc ou de vanilline, on constate qu'au bout d'un certain temps tous les corps ont contracté l'odeur caractéristique du musc ou de la vanilline. On peut démontrer que cette odeur est bien due à la diffusion dans l'atmosphère, et à la fixation, par les différents milieux, du parfum primitif. C'est ainsi qu'un tissu qui a contracté le parfum de la vanilline résistera à l'action des lavages répétés, tandis que l'action des bisulfites alcalins détruira l'odeur immédiatement. Les quantités fixées sont fort différentes pour les différents milieux; mais le rapport des quantités fixées par ces différents milieux reste le même d'une expérience à l'autre. Il semble que le parfum fixé par les corps solides s'y trouve à l'état de dissolution. Les raisons qu'on peut invoquer sont les mêmes que celles qu'on a données pour expliquer les phénomènes de teinture.

De même que la fuchsine cristallisée est verdâtre, à reflets métalliques, et ne manifeste sa couleur pourpre caractéristique qu'en dissolution, de même la coumarine, par exemple, ne présente pas à l'état cristallisé l'odeur caractéristique de cette substance, et il est permis de supposer que les tissus parfumés la contiennent en dissolution.

En résumé, comme cela paraît certain *a priori*, toute production d'odeur s'accompagne de la diffusion dans l'atmosphère et de l'apport à la muqueuse olfactive d'une substance odorante, dont la présence peut être décelée par l'emploi d'un agent chimique approprié, qui, détruisant cet individu chimique, détruit en même temps l'odeur correspondante.

Séance du 11 *mars* 1895.

Sur la signification du dégagement d'acide carbonique par des muscles isolés du corps, comparée à celle de l'absorption de l'oxygène.

M. J. Tissot. — D'après Valentin, Matteucci, les muscles de la grenouille, isolés du corps et placés dans l'air, absor-

bent plus d'oxygène qu'ils n'en rendent à l'état d'acide carbonique. D'après Hermann, il faudrait voir, dans l'absorption d'oxygène d'une part, dans la production d'acide carbonique d'autre part, deux phénomènes absolument distincts, sans rapport l'un avec l'autre ni avec les phénomènes d'activité du muscle.

Des expériences instituées par M. J. Tissot en vue d'élucider cette question l'ont conduit aux résultats suivants :

1° La quantité totale d'acide carbonique dégagée par un muscle placé dans l'air n'a aucun rapport avec les phénomènes d'activité physiologique dont le muscle isolé est encore le siège;

2° Seule, la quantité d'oxygène absorbée est en relation avec les phénomènes physiologiques du muscle.

Structure et affinités des microsporon.

M. P. Villemin. — A la suite d'une étude approfondie du genre *microsporon* créé en 1843 par Gruby, pour un organisme habitant la peau humaine et caractérisé par un corps arrondi, muni ou non d'une excroissance gemmiforme, j'ai constaté : 1° que le *microsporon vulgare* s'éloigne des *saccharomyces* dont il n'a pas même les bourgeons, et qu'il ressemble aux algues du groupe des cénobiées; 2° que ce *microsporon* n'est pas un parasite nécessaire.

Conservé *in vitro* sur des squames épidermiques maintenues humides, il était, au bout de trois mois, parfaitement vivant, muni de noyaux en pleine division. On le trouve en abondance sur l'épiderme sain. Cependant, on n'observe pas de prolifération plus active ni de colonies plus populeuses qu'au contact des cellules nucléées, dans l'épiderme des taches naissantes du pytiriasis simple. Doué d'une structure presque animale, muni de pseudopodes comparables à des suçoirs, le *microsporon* peut s'insinuer activement entre les cellules vivantes, les rançonner, en altérer le contenu. Sa puissance irritante est tout autre que celle d'une poudre inerte de granulations infimes. Les *microsporon* sont donc armés pour le parasitisme : c'est là une donnée nouvelle destinée à éclairer leur rôle pathogène.

Analyse des coquilles d'huîtres.

MM. A. Chattin et **A. Muntz.** — Avec l'exact Vauquelin, reprenant des observations sommaires auxquelles s'était associé Fourcroy, nous avons reconnu dans les écailles d'huîtres la présence du carbonate de chaux qui en forme la base, de la magnésie, du fer et du phosphate de chaux, composés que nous avons appréciés, non plus seulement par des aperçus qualificatifs, mais par la balance.

Nous avons, en outre, isolé et dosé les corps suivants : azote, soufre d'origines diverses (sulfates, sulfures, matières animales), silice, manganèse, fluor, brome, iode.

Les proportions, si notablement différentes entre elles, du fluor, du brome et de l'iode, sont d'ailleurs en rapport avec le degré de fixité, très différent aussi, des composés calciques et magnésiques de ces corps, les iodures de calcium et de magnésium, de tous les plus instables, étant même facilement décomposés par le faible acide carbonique, ce qui, soit dit en passant, donne l'explication des hypothèses erronées de Bouchardat et du Dr Grange, attribuant le développement du goître, le premier, aux eaux séléniteuses (puits du Soissonnais, etc.) ; le second aux eaux magnésiennes (Villars-le-Goitreux, etc.); la vérité étant qu'eaux séléniteuses et magnésiennes ne retiennent que peu ou point d'iode.

Acide carbonique. — Complémentaire de la chaux et de la magnésie, il entre dans les coquilles 45/100 à 48/100.

Acide phosphorique. — Sa proportion, comprise entre 0 gr. 03 et 0 gr. 04 dans les huîtres communes (*Ostrea edutis*) des provenances les plus diverses, ayant été trouvée de 0 gr. 075 chez une huître portugaise (*Gryphea angulata*) d'Arcachon, il nous parut nécessaire de contrôler un fait qui pouvait n'être qu'accidentellement exceptionnel.

Certains des résultats analytiques donnent, au moins dans quelque mesure, l'explication de l'emploi des écailles d'huîtres en agriculture et dans l'ancienne thérapeutique.

Relativement à d'anciennes pratiques médicales, la présence de l'iode, de l'acide phosphorique et du brome n'est pas sans jeter sur plusieurs d'entre elles quelque jour.

La proportion de l'iode, supérieure à celle qui existe dans certaines eaux minérales reconnues efficaces pour la cure du goître, justifie l'emploi fait des coquilles d'huîtres calcinées, par divers médecins, et notamment par le praticien Gendrin contre cette affection. Gendrin supposait, et nos analyses donnent raison à ses prévisions, que les coquilles d'huîtres contiennent de l'iode.

L'emploi de ces coquilles par la vieille médecine, dans le rachitisme, trouve aussi sa raison d'être dans l'iode, et surtout dans le phosphore, peut-être aussi dans le fluor, élément des os.

Ambroise Paré faisait appliquer la poudre des écailles d'huîtres sur les bubons pestilentiels, et Paul d'Egine la recommandait contre les mauvais ulcères. Ne peut-on rapporter à l'iode les bons effets de ces pratiques?

A noter encore que les coquilles d'huîtres calcinées qui entrent dans tous les remèdes des empiriques contre la rage (guérisseurs de Viroflay, etc.) renferment à la fois du brome, antinerveux de premier ordre, et de l'iode, énergique microbicide.

Quant au fluor, il sollicite l'expérimentation des physiologistes.

Séance du 18 *mars* 1895.

Fibrinolyse dans le sang et dans les solutions salines faibles.

M. A. Dastre. — Les solutions concentrées d'un grand nombre de sels neutres exercent sur les substances albuminoïdes fraîches une action transformatrice remarquable en ce qu'elle est analogue à une véritable digestion gastrique dans presque toutes ses phases. Mais ces solutions concentrées ne se rencontrent pas dans l'organisme, et le fait de leur action sur les albuminoïdes restait sans application directe à l'être vivant.

Il n'en est plus de même pour les solutions salines faibles : celles-ci existent partout dans l'organisme, dans le sang, la lymphe, la plupart des sécrétions ; l'étude de leur action sur les albuminoïdes frais des tissus est donc pleine de conséquences possibles. J'ai examiné d'abord celles de ces substances qui sont solubles dans les liqueurs salines : c'est le cas des globulines. Celles-ci ne sauraient être conservées indéfiniment dans leurs solutions salines faibles ; elles y éprouvent des changements qui se traduisent sur leur propriété de solubilité, de précipitation, de coagulabilité, c'est-à-dire précisément sur l'ensemble des caractères qui servent à les spécifier. Mais j'ai surtout porté mon attention sur la fibrine fraîche. J'ai fait agir sur cette substance des solutions de sels dans les proportions mêmes où ils existent dans les humeurs de l'organisme; je me suis servi, par exemple, de chlorures alcalins en solution de 6 à 20 °/oo. J'ai étudié de même les phénomènes qui se passent en présence des iodures, des sels d'ammonium, des fluorures.

La condition essentielle de ces expériences, c'est d'éviter l'action des microorganismes et des ferments solubles : ces agents, en effet, exercent une action altérante énergique sur la fibrine fraîche, et il faut des précautions spéciales pour les écarter. La description de ces précautions ne saurait trouver place dans cette note, mais quelles qu'elles soient, il est indispensable de vérifier dans chaque cas leur efficacité. Aussi, dans chaque expérience, avons-nous pratiqué un examen direct avec les colorants microbiens, une culture sur gélatine, une culture sur gélose sensibilisée, et une culture en bouillon. Ce n'est que lorsque toutes ces épreuves ont été négatives, qu'elles n'ont révélé l'existence d'aucun microbe, que l'expérience a été retenue comme valable.

Dans ces conditions on constate que la fibrine fraîche a été transformée comme elle l'est en présence des solutions fortes, c'est-à-dire qu'elle est changée en *fibro globuline* α, *fibroglobuline* β et propeptones avec traces de peptones vraies. L'action est lente ; la température optima est voisine de 40°. Quant aux proportions relatives de ces produits, elles dépendent des quantités mises en présence et de la durée de l'expérience.

Ces faits expliquent un phénomène que j'avais, autrefois, signalé sans en fournir l'explication. Au cours de mes expériences sur l'influence des saignées répétées chez les animaux j'avais constaté ce fait curieux, à savoir que *la fibrine laissée en contact avec son sang générateur, y disparaît dans des*

proportions souvent considerables (de 8 % en moyenne en vingt-quatre heures). J'ai donné à ce fait le nom de *fibrinolyse*, qui éveille l'idée d'une analogie plus ou moins lointaine avec la *glycolyse*, signalée par Cl. Bernard et étudiée par Lépine, et qui consiste dans la disparition successive du glycose du sang. Ici, c'est une disparition de la fibrine. J'ai constaté qu'elle s'accompagnait de l'apparition de propeptones dans le sang. La fibrinolyse dans le sang est donc un cas particulier de la fibrinolyse dans les solutions salines faibles.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 *mars* 1895.

Contusions de l'abdomen.

M. Michaux. — Après avoir rappelé les travaux publiés sur l'utilité de la laparotomie dans les contusions de l'abdomen, l'auteur rapporte onze observations personnelles qu'il a recueillies de 1891 à 1895 et qui démontrent la nécessité de l'intervention précoce. 1er cas : Un charretier, en descendant un tonneau dans une cave, se trouve brusquement pris entre le tonneau et la paroi de l'escalier et reçoit un choc violent au niveau de l'abdomen. Apporté à l'hôpital, il reste deux jours dans un état assez bon; le troisième jour, l'état s'aggrave. La laparotomie montre l'existence d'une péritonite produite par une perforation intestinale. Mort. — 2e cas : Un homme reçoit un coup violent sur l'abdomen. Laparotomie immédiate qui fait découvrir un épanchement de 1 litre 1/2 de sang et une perforation siégeant à l'union du côlon transverse et du côlon ascendant. Guérison. — 3e cas : Un homme fait une chute de la hauteur du 2e étage. Laparotomie à la fin du second jour : on trouve un épanchement de 200 à 300 grammes de sang. Guérison. — 4e cas. Un charretier tombe de voiture et la roue de son char lui passe sur la base du thorax et sur l'abdomen. Durant quinze jours, phénomènes pulmonaires intenses qui masquent en partie les phénomènes péritonéaux; ceux-ci se développent ensuite et commandent une intervention. Laparotomie qui permet d'évacuer un vaste épanchement de bile dont la cause n'est d'ailleurs pas reconnue. Guérison. — 5e cas : Un homme de trente ans est tamponné entre deux wagons. Laparotomie douze heures après l'accident : épanchement de 2 litres de sang et large déchirure du mésentère qui est suturé. Guérison. — 6e cas : Homme de trente-neuf ans, fait une chute et tombe sur l'angle d'une table de marbre. Quatre heures après l'accident, laparotomie qui fait constater un épanchement sanguin de 200 grammes environ sous le lobe gauche du foie et une déchirure de cet organe. Tamponnement et guérison. — 7e cas : Un homme présente une forte contusion thoraco-abdominale produite par le passage d'une roue de voiture. Intervention le troisième jour : épanchement sanguin. Guérison. — 8e cas : Un palfrenier reçoit un violent coup de pied de cheval dans l'abdomen. Laparotomie qui reste exploratrice et ne permet de constater aucune lésion. Guérison. — 9e cas : Un charretier tombe sous sa voiture dont la roue lui passe sur le corps. En présence du bon état du malade, la laparotomie est différée jusqu'à la vingt-troisième heure. Sur la portion terminale de l'iléon, on trouve une anse, de couleur verte, complètement détachée du mésentère. Résection et anus contre nature. Mort au bout de deux jours. — 10e cas : Fracture des os du bassin et double déchirure extra-péritonéale de la vessie. Résection du fragment pubien et suture de deux perforations de la vessie. Guérison. — 11e cas : Un homme est tamponné entre deux wagons. Laparotomie qui permet de constater une petite déchirure du mésentère et une hémorrhagie consécutive.

Rapprochant ses observations des faits, au nombre de sept, rapportés en octobre 1894, par Gross, de Nancy, M. Michaux conclut que dans plus de la moitié de ces cas les lésions étaient très graves et capables d'entraîner la mort. Aussi conclut-il à la laparotomie précoce, dès qu'il existe le moindre signe clinique d'irritation péritonéale. Malheureusement, les symptômes sont peu nets et nullement en rapport avec l'étendue des lésions, ainsi que le montre le neuvième cas, par exemple. De plus, l'intensité du traumatisme n'est pas non plus en rapport direct avec la gravité des lésions. Le diagnostic précis devient ainsi fort difficile. On peut simplement dire, en thèse générale, que les malades, atteints de contusion violente de l'abdomen, passent par deux périodes : une première, de choc; une seconde, réactionnelle, caractérisée par des troubles variés qui dicteront la conduite à suivre. Quant au manuel opératoire, il est des plus simples et consiste dans l'ouverture du ventre et l'examen attentif de tous les organes. L'éviscération n'est pas nécessaire en principe.

Rétroversion utérine.

M. Le Dentu recommande pour faire le diagnostic de la rétroversion dans les cas difficiles, de chercher la crête postérieure de l'utérus. Il suffit de porter le doigt au fond du cul-de-sac postérieur pour sentir, s'il y a rétroversion, une arête plus ou moins vive que l'on peut suivre sur une étendue de quelques centimètres. Cette crête est surtout accentuée dans la rétroflexion.

Récemment Sænger a décrit une crête antérieure qu'il regarde comme caractéristique de la rétroversion congénitale.

Enfin, M. Le Dentu étudie également la signification d'une crête antérieure qu'il a constatée daas l'antéflexion.

Luxation ancienne de l'épaule.

M. Delorme présente un malade auquel il a pratiqué la résection de la tête humérale pour une luxation scapulo-humérale sous-épineuse compliquée de fracture du col. L'intervention a été faite le vingt-sixième jour après l'échec des manœuvres de réduction qui avaient simplement transformé la luxation de sous-épineuse en sous-acromiale, mais n'avaient pas permis de réintégrer la tête à sa place. Le résultat est excellent.

Tumeur cérébrale.

M. Schwartz présente une tumeur cérébrale de 5 centimètres de long sur 2 de large qu'il a enlevée après avoir trépané suivant la méthode de Horsley, c'est-à-dire en deux temps. La tumeur était située à 1 centimètre au-dessous de la surface externe du cerveau; à son niveau il n'y avait pas de battements. Le malade qui en était porteur présentait des accidents depuis cinq ans : attaques épileptiformes, hémiplégie, etc. Actuellement l'intervention remonte seulement à huit jours et on constate déjà une amélioration sensible.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 *mars* 1895.

Présidence de M. Hayem.

A propos de la cystite grippale.

M. A. Comby. — J'ai l'honneur de déposer sur le bureau de la Société un travail de notre collègue M. Bazy, intitulé *des cystites par infection descendante.* Dans ce travail, on trouvera plusieurs observations de cystite survenues à la la suite de lésions éloignées telles que abcès dentaire, bronchite, etc., et qui démontrent que des microbes peuvent passer par le rein sans y déterminer de lésions, et attaquer ensuite la vessie. C'est d'ailleurs de cette façon que l'on doit expliquer les cystites *a frigore*, rhumatismales, etc.

Observation de paralysie alcoolique limitée à un membre atteint d'atrophie.

M. du Cazal. — Cette observation se rapporte à un homme soldat depuis trois mois; son père est atteint de paralysie agitante; un frère est épileptique. Notre malade est atteint lui-même d'une atrophie du membre inférieur gauche remontant à sa première enfance, et paraissant due à une paralysie infantile. Cette homme qui tient garnison à Granville obtient il y a quelque temps, une permission de 48 heures pour venir à Paris. Il fait ce voyage la nuit par une température très basse, et est trouvé sans connaissance le matin dans son compartiment. Transporté au Val-de-Grâce, il est dans le coma le plus complet. Son haleine exhalant une forte odeur alcoolique, je fais le diagnostic de congestion cérébrale due à l'action du froid combinée à celle de l'alcool. Le malade revient à lui dans la journée, et raconte qu'un voya-

geur lui avait offert de l'eau-de-vie de cidre et qu'il avait perdu ensuite connaissance.

Il n'y a pas de troubles de sensibilité, les réflexes rotuliens sont abolis des deux côtés. De plus, cet homme présente une paralysie limitée au membre inférieur gauche, laissant le droit absolument intact. Cette paralysie atteignit d'emblée son acmé; et guérit au bout d'une dizaine de jours. Voici donc une intoxication aiguë qui a frappé des éléments déjà attaqués par une paralysie ancienne, alors quelle a laissé intacts les éléments de l'organisme qui étaient en bon état; c'est à ce titre que cette observation nous a paru intéressante.

Ce cas nous paraît encore démontrer que la paralysie alcoolique est d'origine centrale, il n'est pas la conséquence d'une névrite périphérique, car d'abord, il n'y a pas eu de troubles de sensibilité qui accompagnent d'ordinaire les névrites périphériques; et ensuite l'alcool ayant porté son action sur les éléments *minoris resistentiæ* a dû agir sur les grandes cellules des cornes antérieures de la moelle correspondant au membre inférieur gauche.

Pseudo-lipome sur un membre atteint d'arthropathie tabétique.

M. Albert Mathieu. — Une femme atteinte de tabes dorsal a le membre inférieur droit plus court et plus volumineux que le gauche. Mais cette augmentation de volume est inégalement répartie, et il existe deux saillies principales qui sont constituées par de véritables pseudo-lipomes; l'une d'elles est située au-dessus du genou; l'autre à la partie supérieure de la face externe de la cuisse. L'augmentation générale du membre est due en grande partie à l'épaississement du tissu cellulaire sous-cutané comme cela se voit dans le pseudo-éléphantiasis. MM. Marie et Brissaud avaient déjà signalé des cas de pseudo-éléphantiasis survenus chez des tabétiques. Notre observation montre les rapports qui existent entre les pseudo-lipomes et cette déformation des membres tabétiques due à l'hyperthrophie du tissu cellulaire sous-cutané.

Elle prouve encore l'origine neuropathique du pseudo-lipome. Il est curieux de remarquer que dans le tabes ces productions hypodermiques se rencontrent surtout en même temps que les arthropathies, ce qui paraît confirmer l'opinion de ceux qui prétendent que certains pseudo-lipomes sont d'origine neuro-arthritique.

La cystite causée par l'ingestion des alcalins à haute dose.

M. Albert Mathieu. — Les alcalins à haute dose qui rendent de si bons services dans les maladies de l'estomac ne sont cependant pas sans inconvénients; parmi eux, il faut signaler la cystite du col. L'eau de Vichy, surtout la source de l'Hôpital, paraît occasionner quelquefois cet accident.

Je voudrais faire aujourd'hui quelques remarques à ce sujet. Je traite l'ulcère de l'estomac en faisant prendre au malade par demi cuillerée à café la préparation suivante :

Magnésie calcinée..................	5 grammes.
Bicarbonate de soude..............	20 grammes.
pour un paquet.	

Or quelques malades se sont plaints de douleurs à la fin de la miction en même temps que de pollakiurie.

Récemment ayant ordonné à une hyperchlorhydrique un mélange de 12 gr. de bicarbonate de soude et de 3 gr. de magnésie calcinée par doses espacées d'heure en heure, je vis survenir une hématurie avec douleurs vésicales intenses; ces accidents disparurent avec le traitement; mais comme les douleurs reparurent et que j'attribuai la cystite au bicarbonate de soude, je lui ordonnai 4 grammes de magnésie et 6 gr. de craie préparée. La nuit, nouvelle crise; ce n'est donc pas uniquement le bicarbonate de soude qui produit les accidents vésicaux mais les alcalins en général et j'ai cru utile d'en prévenir les médecins.

M. Hayem. — Les accidents arrivent surtout chez les sujets atteints préalablement de troubles vésicaux ou prostatiques. D'ailleurs l'emploi du bicarbonate de soude n'est pas très recommandable; je préfère le bismuth. Enfin il faut toujours se rendre compte de l'alcalinité de l'urine, on sait que l'infection urinaire se produit surtout alors; c'est pour cela que le professeur Guyon se méfie des alcalins chez les urinaires.

M. Mathieu. — J'ai vu des phénomènes de cystite légère chez des enfants n'ayant jamais eus d'accidents urinaires.

Le bismuth à dose élevée ne m'a pas donné de bons résultats, mais en présence de l'éloge qu'en fait M. Hayem, je l'essayerai de nouveau.

Contribution à l'étude de la nature de la pleurésie séro-fibrineuse.

M. G.-H. Lemoine. — Dans une des dernières séances, M. Fernet a soulevé de nouveau la question de nature de la pleurésie séro-fibrineuse. On sait que d'après l'opinion de MM. Landouzy, Netter, Kelsch et Vaillard, la plupart des pleurésies séro-fibrineuses primitives seraient d'origine tuberculeuse, ce qui en assombrirait fort le pronostic. Or, M. Fernet dans un remarquable mémoire vient d'exprimer une opinion qui tendrait au contraire à diminuer le taux des infections tuberculeuses au profit des infections par le pneumocoque et le streptocoque, etc. D'autre part, MM. Catrin et Talamon n'ont obtenu par des cultures faites avec du liquide pleurétique que peu de résultats positifs; pour ma part je suis arrivé à des résultats analogues; mais il n'y a là qu'une contradiction apparente avec ceux de M. Fernet qui a obtenu des résultats positifs dans la majorité des cas Les observateurs se sont sans doute placés dans des conditions différentes d'observation. M. Fernet s'est trouvé le plus souvent en présence de pleurésies *consécutives* à des affections pulmonaires passées inaperçues, mais cela ne prouve pas à mon avis qu'il faille considérer la pleurésie séro-fibrineuse comme étant le plus souvent le résultat d'infection secondaire.

Sur 32 observations de pleurésie fibrineuse dont les liquides ont été ensemencés, nous n'avons pu obtenir que quatre résultats positifs qui nous ont donné un staphylocoque blanc.

L'observation clinique nous a cependant prouvé qu'il s'agissait dans la majorité des cas de pleurésies tuberculeuses. En effet, sur les 28 pleurésies séro-fibrineuses dont le liquide de ponction n'a donné lieu au développement d'aucun micro-organisme, 15 ont été le point de départ d'une infection tuberculeuse. Sept autres malades sont sortis de l'hôpital présentant l'ensemble de symptômes sur lesquels M. Grancher a attiré l'attention comme se rapportant au début de la tuberculose. Les 5 derniers cas semblaient avoir été suivis d'une guérison complète. Ces observations viennent confirmer l'opinion de M. Netter d'après laquelle une pleurésie séro-fibrineuse dont le liquide de culture ne donne lieu au développement d'aucun micro-organisme doit être par cela même soupçonnée comme étant de nature tuberculeuse. Nous avons observé un cas bien remarquable qui montre qu'il serait bien imprudent de conclure d'un échec d'ensemencement à l'absence de tubercules. Un malade vigoureux est atteint de pleurésie, j'inocule à deux reprises dans le péritoine d'un même cobaye du liquide pleurétique et n'obtiens aucun résultat. Le malade meurt subitement dans le cours de la convalescence de la pleurésie, et je constate à l'autopsie une tuberculose pulmonaire généralisée. M. Fernet nous a appris que l'on trouvait souvent des tubercules dans des caillots fibrineux provenant de pleurétiques; peut-être aurons-nous là un moyen de contrôle plus fidèle que dans les ensemencements.

Des élévations de température produites par des injections sous-cutanées de sérum artificiel.

M. Debove. — Les récentes communications de M. Variot sur les accidents fébriles survenus à la suite d'injections de sérum anti-diphtérique et de M. Hutinel sur les élévations thermiques observées chez des enfants tuberculeux ou suspects de tuberculose, nous engagent à dire quelques mots de nos recherches sur les injections sous-cutanées de sérum artificiel. On se rappelle que primitivement ces injections étaient intra-veineuses et avaient pour but de faire un véritable lavage de l'organisme. Nous les avons faites dans le tissu cellulaire suivant en cela l'exemple de Sahli. Dans la plupart des cas, le liquide dont nous nous servions avait la composition suivante :

Eau................ 1000 grammes
Chlorure de sodium.. } ââ 5 grammes
Sulfade de soude... }

La dose moyenne était de 300 cm. c.

Or à la suite de ces injectiont nous avons toujours observé une élévation thermique incontestable atteignant parfois 3°, on note des phénomènes généraux pénibles et même des symptômes d'embarras gastrique. Il semble qu'il n'y ait pas de rapport direct entre la quantité de solution injectée et la réaction fébrile, car cette dernière a été considérable dans un cas où nous n'avions injecté que 50 cm. c. Après un certain nombre d'injections, il ne tarde pas à s'établir une certaine accoutumance, mais nous pensons néanmoins que les injections de sérum artificiel ne sont pas sans danger.

Evolution singulière d'une adénopathie susclaviculaire gauche dans un cas de cancer duodénal.

M. F. Lalesque. — Une malade présentant les symptômes d'un cancer du duodénum présentait un adénite des ganglions susclaviculaires dont l'un avait le volume d'une amande; à la suite du traitement par le chlorate de soude, cette adénite a complètement rétrocédé. C'est là un phénomène assez curieux pour que nous ayions cru devoir le signaler.

M. Albert Mathieu. — J'ai observé une femme ayant des vomissements noirs et un ganglion entre les deux chefs du sterno-mastoïdien. A l'autopsie on trouve un cancer de l'utérus et pas de cancer d'estomac. Il est curieux de signaler cette coïncidence d'adénopathie susclaviculaire et de vomissements noirs chez cette femme.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 14 mars 1895.

Fracture obstétricale de l'humérus.

M. Loviot rapporte un cas de paralysie du bras, survenue chez un nouveau-né à la suite d'une fracture de l'humérus qui se produisit, lors de l'accouchement, au moment où on dégageait les épaules. On appliqua immédiatement un appareil plâtré; on constata les jours suivants l'apparition d'un cal volumineux, suivi bientôt de l'impotence du membre. Au bout de quelques jours, le cal diminua et le membre reprit ses fonctions. M. Loviot attribue cette paralysie à la compression par le cal du nerf musculo-cutané.

M. Budin se demande si cette paralysie n'est pas due à la compression produite par l'appareil plâtré.

M. Charpentier fait remarquer que ce retour de la motilité, sans traitement, est exceptionnel. Ce qu'on observe généralement, au contraire, c'est l'atrophie des muscles paralysés.

Vomissements de la grossesse.

M. Loviot relate l'observation d'une femme chez laquelle des vomissements incoercibles, survenus dans le cours du troisième mois de la grossesse, nécessitèrent un accouchement provoqué à 7 mois 1/2. Les vomissements cessèrent comme par enchantement immédiatement après l'évacuation de l'utérus.

Kyste papillomateux de l'ovaire gauche. Ascite considérable.

M. Touvenaint. — Il s'agit d'une femme de 50 ans, chez laquelle, au mois de juin 1894, on pouvait sentir par le palper une masse mobile remontant assez haut dans le ventre, sur le côté gauche de l'utérus, avec lequel elle semblait être en connexion intime. Au mois de décembre, la présence d'une grande quantité de liquide ascitique empêchait toute palpation; le toucher ne donnait plus que des renseignements fort vagues. M. Touvenaint pratiqua la laparotomie, évacua une quinzaine de litres de liquide, et enleva une tumeur végétante de l'ovaire gauche, insérée par un pédicule assez large sur la corne utérine gauche. Suites opératoires excellentes.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE DE PARIS

Séance du 4 février 1895.

Présidence de M. P. Bénard, vice-président.

M. Schlemmer soutient la thèse de la latence de la tuberculose et cite des exemples de malades guéris en apparence retombés au bout de 8 ou 10 ans et sans qu'on puisse incriminer une nouvelle contagion.

Il y a bien latence dans le cas de bacilles trouvés dans des cavernes guéries.

M. de Ranse dit que les deux hypothèses: la latence et la réinoculation peuvent se soutenir.

M. Leudet croit qu'avec cette théorie de la latence il n'est plus possible de croire à la guérison du tuberculeux qui devient un paria.

Séance du 18 février 1895.

M. Labat lit un travail sur les Eaux de la Bourboule.

M. Leudet pense que les accidents gastro-intestinaux observés à la Bourboule, sont bien dus à l'action des Eaux et non au climat, et que les hémoptysies ne sont dues qu'au *traitement intensif.*

M. Cazaux nie que la diarrhée soit due à l'eau. — Il pense que la question d'altitude n'est pas tout au point de vue microbien, mais que la pureté de l'air joue un grand rôle. — A la Bourboule on ne fait pas du humage mais de l'inhalation.

Séance du 3 mars 1895.

M. le Président rappelle à propos de la mort de M. Dujardin-Beaumetz qu'il était membre honoraire de la Société et s'en occupait d'une façon active.

M. Labat présente un travail de M. Lafon sur l'hématologie au cours d'un traitement à la Bourboule.

M. Raymond Durand Fardel, lit son rapport sur la candidature de Donadieu-Lavit (de Lamalou) au titre de membre correspondant.

M. Sénac-Lagrange, présente un travail intitulé : Intervention du physiologisme dans les maladies cardio-vasculaires.

M. De Ranse pense que les douches sulfureuses n'agissent que par leur température.

M. Bonnier pense qu'avec les cardiaques on doit être très sobre de traitement hydrothérapique.

M. Duhourcau soutient que les eaux sulfureuses exercent une action tonique sur le cœur.

M. Leudet fait remarquer que les Espagnols ne sont pas les seuls à envoyer les cardiaques aux eaux. Il y a dans les annales de la Société un travail de Vidal qui indique Aix-les-Bains pour les endocardites.

De plus, les eaux sulfureuses n'excitent pas au début comme le croit M. Labat, et les Eaux Bonnes ont au contraire une action sédative remarquable sur la circulation.

M. Veyrières est nommé membre titulaire.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 11 mars 1895.

Un cas de cuiller avalée accidentellement et enlevée avec succès de l'estomac

MM. Donnadière et **Capdepon** présentent une cuiller à café que M. le Dr Gervais a retiré de l'estomac d'un individu. Cette cuiller, avalée accidentellement, a été retirée par ouverture de la paroi antérieure de l'estomac, après être restée plusieurs jours dans cet organe sans y déterminer de phénomènes graves. Le malade a été rapidement remis de son opération.

M. Coyne rappelle à ce sujet l'homme à la fourchette de Labbé. Ce dernier n'était intervenu que lorsque la pression de l'épigastre déterminait une douleur vive. Il sutura tout d'abord l'estomac à la paroi avant de l'ouvrir, ce qui donne plus de sécurité.

M. Arnozan demande comment il se fait que la sonde introduite dans l'œsophage n'ait pu rencontrer le corps étranger.

M. Capdepon. — L'introduction de la moindre sonde olivaire déterminant des nausées et des vomissements, cette exploration n'a pu être faite.

M. Villar. — La fourchette de Labbé comme la cuiller que viennent de présenter MM. Donnadière et Capdepon siégeaient dans la grosse tubérosité. Une sonde passant par l'œsophage a pu ne pas les rencontrer, car vu la direction même de l'estomac elle tendait à suivre la petite courbure et à gagner le pylore.

Kyste dermoïde du vagin.

M. Villar présente des coupes microscopiques relatives à un kyste dermoïde de la paroi antérieure du vagin, enlevé chez une jeune fille de 17 ans. Ce kyste, du volume d'une mandarine, pourvu d'un pédicule allant s'insérer près du col, fut enlevé par une incision ovale. Les lèvres de la plaie suturées, la guérison fut rapide. L'examen histologique fait par M. Rivière montre une paroi muqueuse avec papilles, vaisseaux vides et îlots musculaires.

Ces kystes ne sont pas très rares, mais leur pathogénie a été discutée. On s'arrête aujourd'hui à leur origine embryogénique.

Tuberculose vertébrale.

MM. Volpillac et **Vitrac** présentent des pièces provenant d'un malade atteint d'un mal de Pott siégeant au niveau des dernières vertèbres dorsales et des premières lombaires. Les reins contiennent par place des tubercules. Quant aux poumons, ils étaient tous deux absolument farcis de tubercules crus du sommet à la base et, particularité intéressante, c'est à peine si le malade crachait.

Cancer primitif du pylore.

M. Volpillac présente les pièces provenant d'un malade mort avec les signes d'un cancer du pylore. A l'autopsie, on trouva un cancer oblitérant à peu près l'orifice du pylore, avec une vaste dilatation stomacale et des noyaux cancéreux très abondants dans le foie, au niveau duquel ils avaient évolué avec une très grande rapidité ; ce n'est que dans ses derniers jours que le malade présenta une teinte subictérique.

Injections des voies lacrymales.

M. Mage présente une pièce sèche représentant une injection à la cire des voies lacrymales. Cette injection a été faite par l'orifice inférieur du canal nasal (procédé de Laforest). Comme presque toujours, pour pénétrer dans ce canal par les voies supérieures, on est obligé d'inciser les conduits lacrymaux, on pourrait employer plus souvent le procédé de Laforest. Comme l'orifice inférieur ne se présente pas facilement au stylet et qu'il faut le chercher, on pourrait sur le vivant insensibiliser à la cocaïne la partie antérieure de la muqueuse nasale et chercher par tâtonnements l'orifice inférieur où le stylet peut être enfoncé lorsqu'on ne rencontre plus de résistance. L'auteur profite de cette pièce pour faire quelques considérations physiologiques sur l'excrétion des larmes par le canal et les conduits lacrymaux. Après avoir rappelé les théories de Tillaux, Sédillot, Richet et celle de la capillarité, il pense que le rôle principal doit être attribué au muscle orbiculaire qui, ramenant les larmes de dehors en dedans, les comprimerait de plus d'avant en arrière et les forcerait à passer par les conduits lacrymaux dont les orifices sont dilatés et appliqués par le muscle de Horner contre le globe oculaire. Lorsque les larmes ont atteint de la sorte le sac, la pesanteur se chargerait de leur faire parcourir le canal nasal.

M. Cabannes. — La théorie émise par M. Mage au point de vue du cathétérisme par l'orifice inférieur du canal nasal n'est pas acceptable. Tous les auteurs, les rhinologistes eux-mêmes, s'accordent à reconnaître que le sondage par la voie inférieure est pratiquement impossible et loin d'offrir les commodités que présente le cathétérisme par les conduits lacrymaux, comme il se fait d'habitude. Quant au rôle qu'il attribue à l'orbiculaire, il y a déjà longtemps qu'on a reconnu que ce muscle est insuffisant et qu'on accorde le principal rôle à la capillarité d'une part et à l'action de l'inspiration et de l'expiration d'autre part. Il faut ajouter de plus que le muscle de Horner ne fait qu'appliquer contre le globe oculaire les points lacrymaux sans les dilater, dilatation qui rend impossible la structure nettement fibreuse de ces orifices.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 6 *mars* 1895.

Présidence de M. Colrat.

Traitement du diabète par le ferment glycolytique.

M. Lépine comunique à la Société l'observation d'une femme diabétique, entrée à l'hôpital au mois de septembre 1894 pour des névralgies diabétiques intenses et traitée, depuis ce moment jusqu'à la fin de décembre, par le Dr Lannois. M. Lépine a commencé son traitement le 25 janvier et il ne l'a soumise à *aucun régime* anti-diabétique mais seulement à l'ingestion de ferment glycolytique. Ce dernier obtenu aux dépens d'amylase, a été administré jusqu'au 3 février, puis le traitement a été interrompu et repris, le 16 février, avec du ferment obtenu au moyen de pancréas de bœuf. Ce dernier traitement n'a été continué que cinq jours, puis nouvelle période de repos; puis la malade, se trouvant fort améliorée, bien qu'elle conservât la même quantité de sucre qu'à son entrée, a quitté l'hôpital. Les névralgies avaient, en effet, disparu, la malade avait repris des forces et avait gagné du poids.

Voici les quantités de sucre éliminé par 24 heures pendant le séjour de la malade à l'hôpital. Ces quantités sont en rapport assez régulier avec la proportion centésimale de sucre, la quantité d'urine ayant peu varié (de 1900 cc. à 2400 cc. par jour).

DATES				Quant. de sucre en g. par 24 h.	Rapport du suc. à 100 gr. d'urée
Septembre.		pas de traitement	(moyenne)	150	730
Oct.—Nov.		traitements variés	id.	90	230
Janv. 1 au	25	pas de traitement	id.	125	500
	27	ferment	id.	108	221
	30	id.	id.	76	227
	31	id.	id.	70	225
Février	1	id.	id.	80	221
	3	id.	id.	57	154
	4	pas de traitement			
	6	id.	id.	90	250
	7	id.	id.	89	260
	10	id.	id.	125	266
	11	id.	id.	131	368
	12	id.	id.	131	423
	13	id.	id.	129	391
	14	id.	id.	161	439
	16	ferment	id.	122	317
	17	id.	id.	115	294
	19	id.	id.	98	227
	20	id.	id.	75	192
	21	suspens. du traitement			
	25 27		(moyenne)	144	356

Il est évident d'après les chiffres précédents que l'administration du ferment a été, dans ce cas, utile, comme aidant à la consommation du sucre, mais que ses effets ont été temporaires.

M. Icard connaît plusieurs observations de diabétiques, depuis 10 à 12 ans, chez qui le sucre a complètement disparu.

Quelle est la raison de ce changement ?

M. Colrat. — Quel est le temps pendant lequel le sucre a diminué?

M. Dufour demande quelle quantité de ferment glycolitique était employée et si l'on pouvait le donner aux malades par la voie hypodermique ?

M. Lépine. — Il n'y a aucun avantage à se servir des injections sous-cutanées, parce que les malades ont soif, il est donc inutile de donner un petit volume au médicament.

La solution est composée de 5 gr. d'amylas, traitée par l'acide sulfurique, étendu dans un litre d'eau.

L'effet apparaît au bout d'un jour et persiste un jour après la cessation de la médication.

Le diabète, dont la nature n'est pas une, peut se terminer par la guérison, mais cette occurence n'est pas commune.

M. Dufour demande à M. Lépine s'il a vu, chez les diabétiques chez qui le sucre disparaît, le cancer ou la cirrhose apparaître quelque temps après.

M. Lépine ne prétend pas guérir le diabète, mais il veut prouver que le ferment glycolitique, même ingéré par la bouche, peut être utile pour améliorer le diabète.

Il ne préjuge en rien de l'importance pratique à accorder à ce procédé.

Séance du 13 *mars* 1895.

Absorption cutanée.

M. Destot fait une communication sur l'absorption des médicaments par la peau. Il s'est servi de l'acide salicylique, et a remarqué des différences considérables entre les malades, différences dues à l'état spécial de la peau. La quantité de médicament absorbé ne tient pas à la qualité de la pommade, mais à celle de la peau.

L'acide salicylique, volatil à la température ambiante, est absorbé *in situ.*

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 18 *mars* 1895.

Atrophie jaune aiguë du foie d'origine syphilitique.

M. Huber. — Il s'agit d'une femme soignée à l'hôpital, il y a 2 ans et demi, pour un ictère dont elle guérit assez rapidement.

Le 6 mars elle se présenta de nouveau à l'hôpital pour un ictère datant de 15 jours et très appréciable au niveau de la peau et des muqueuses, malgré l'existence d'une roséole syphilitique typique. A part l'ictère et la roséole on ne trouva rien d'anormal.

Le 10 mars au soir la malade a été prise brusquement de douleurs dans la région hépatique, et dans la nuit du 11 au 12 mars il survint des vomissements en même temps que la température monta à 39°1. Le foie devint encore plus douloureux et par la percussion il fut facile de constater que la hauteur de la zone de matité du foie avait diminué de deux travers de doigt. Le lendemain les phénomènes allèrent en s'aggravant et la femme mourut dans la soirée. L'examen de l'urine fait ce jour permit de constater une diminution de la quantité d'urée.

A l'autopsie on trouva une atrophie du foie. Le lobe gauche avait une couleur jaune, le lobe droit rouge mais taché par place de jaune. Le cœur était flasque et atteint de myocardite parenchymateuse. Les reins présentaient les lésions de la néphrite et renfermaient du sang dans les bassinets. Des ecchymoses se trouvaient encore dans le médiastin et sur les plèvres.

L'examen microscopique du foie permet de constater l'existence d'une dégénérescence graisseuse des cellules hépatiques.

D'après M. Huber l'atrophie du foie était produite par la syphilis. Il en conclut que le pronostic de l'ictère apparaissant à la période secondaire de la syphilis doit être plus réservé qu'il ne l'est aujourd'hui.

L'urine et les dissolvants de l'acide urique.

M. Mendelsohn a fait une série d'expériences avec la lysidine, une nouvelle substance qui possède le pouvoir de dissoudre l'acide urique. Il a pu ainsi constater que tandis qu'une faible solution de lysidine dissolvait très facilement *in vitu* certaines quantités d'acide urique, de fortes quantités de lysidine étaient incapables d'amener la dissolution de l'acide urique se trouvant dans l'urine. Ce fait montrait donc que la dissolution de l'acide urique dans l'organisme tenait à des circonstances multiples et autrement complexes qu'on ne l'admettait et que, d'un autre côté, l'urine renfermait des corps qui empêchaient l'action spéciale de la lysidine de se manifester.

Dans une autre série d'expériences M. Mendelsohn a encore constaté que si l'on ajoute de l'urine à une solution d'acide urique dans la lysidine, l'acide urique est immédiatement précipité de la solution. Il s'en suit donc que chez les goutteux avec tendance à la lithiase rénale l'administration de la piperazine ou de la lysidine ou d'autres dissolvants qui tous se comportent de la même façon envers l'acide urique de l'urine, loin d'être utile peut devenir nuisible en favorisant le dépôt d'acide urique.

On devait se demander quelles sont les substances de l'urine qui empêchent le pouvoir dissolvant de la lysidine. Les expériences conduites dans cette direction ont montré que ce n'étaient ni la substance colorante de l'urine, ni l'urée, ni les produits organiques, mais que les substances en question étaient les combinaisons inorganiques qui se trouvent dans l'urine. C'est ainsi qu'une simple solution de chlorure de sodium suffirait pour arrêter l'action dissolvante de la lysidine.

Les expériences faites par le serum et le sang en nature ont montré que la lysidine n'agissait pas dans le serum. Quand on faisait agir de l'urine sanguinolente sur une solution d'acide urique dans la lysidine, l'acide était précipité sous forme d'urate de soude.

Toutes ces expériences montrent donc que l'état de solution sous lequel l'acide urique se trouve dans le sang et l'urine dépend des conditions multiples et complexes. On peut admettre que le faible degré de concentration des sels dans le sang n'arrête pas l'action de certaines substances dissolvantes de l'acide urique, mais que cette action disparaît dans l'urine où les sels se trouvent à un degré de concentration plus grand que dans le sang.

Quant à l'action de certaines eaux minérales jouissant de la propriété de dissoudre l'acide urique, il faut admettre qu'elle s'exerce sur les facteurs grâce auxquels l'acide urique se trouve en dissolution dans l'urine.

Trichocéphale dispar.

M. Boas présente un homme de 71 ans, terrassier, obligé de travailler dans l'eau. En août il fut pris de perte d'appétit avec diarrhée incoercible. A la longue il se cachectisa, et vint à l'hôpital où l'on trouva à côté de la gastro-entérite, une sensibilité générale de l'abdomen avec douleurs dans la fosse iliaque droite. L'examen microscopique des selles montra la présence de trichocéphales. Malgré le traitement, le malade n'est pas encore entièrement débarrassé de ses parasites.

En tous les cas, l'observation montre que le trichocéphale peut provoquer quelquefois des troubles sérieux.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ PATHOLOGIQUE DE LONDRES

Séance du 19 *mars* 1895.

Diphthérie.

M. Robertson. — Les chevaux qu'on emploie pour la préparation du sérum antidiphthéritique doivent d'abord être essayés à la malléine et à la tuberculine. On commence alors à leur faire des inoculations en avant de l'épaule ; on a soin de stériliser la peau en ce point et on se sert d'une seringue stérilisée. D'abord, on n'injecte que de petites doses de toxine (un cent. cube). La première inoculation est suivie d'une réaction locale assez marquée : il y a un gonflement diffus peu douloureux et atteignant son maximum au bout de six

ou sept heures; il persiste pendant deux ou trois jours. La température suit la même marche et revient à la normale en même temps que disparaît le gonflement. Tout étant revenu à l'état normal, on reprend les inoculations qu'on fait de plus en plus fortes, si elles ne reproduisent que peu de réaction locale et générale; au bout de sept semaines, on arrive ainsi à inoculer 5 cent. cubes de toxine. Pendant quinze jours, on inocule cette dose trois fois par semaine et s'il ne se produit aucune réaction on élève la dose à 100 cent. cubes qu'on répète aussi trois fois par semaine pendant 15 jours; puis on arrive à la dose de 200 cent. cubes qu'on prolonge pendant le même temps. Les chevaux sont très variables au point de vue de leur résistance à la toxine. Je n'ai cependant jamais vu un cheval être atteint d'inappétence, même quand la fièvre est forte et qu'il y a eu des frissons. Je n'ai vu se produire la nécrose des tissus que quatre fois sur plusieurs centaines de cas. Quand le cheval paraît suffisamment immunisé, on lui accorde une semaine de repos avant de le saigner. Pour saigner le cheval, on s'adresse à la veine jugulaire; on n'y introduit plus directement la canule, mais on se sert de l'appareil de Kitasato. La quantité de sang qu'on peut obtenir sans danger varie avec la taille de l'animal; en moyenne cette quantité s'élève à 10 litres; si on retire une plus grande quantité, les dernières portions obtenues se coagulent mal et le sérum est rosé. Après la saignée, on suture la plaie et on fait un pansement antiseptique. Après la coagulation, les récipients qui contiennent le sang sont portés dans une cave fraîche et au bout de 24 heures on a une grande quantité de sérum. On transvase le sérum dans des récipients qu'on ferme à la lampe. En moyenne, le sang fournit 50 pour 100 de sérum.

M. Washbourn. — D'après les observations de Hunt, qui confirment celles de Roux, la présence de l'oxygène favorise la production de sérum. Hunt considère l'alcalinité des cultures comme un facteur essentiel, or, l'oxygène ne fait précisément qu'empêcher la formation d'acide. Cette hypothèse a besoin d'être confirmée par des faits. La diminution rapide de la toxicité des cultures au bout de quatorze jours constitue un point fort important. Au bout de neuf jours, les cultures meurent sous l'influence de l'arrivée de l'oxygène quand on emploie du bleu de méthylène; mais il se pourrait que cette dernière substance eût sur les cultures une action délétère indépendante de l'arrivée de l'oxygène. On sait qu'une culture qui fournit une toxine très énergique ne contient pas nécessairement des bacilles très virulents. La toxine est un poison albuminoïde spécifique; mais ce n'est pas nécessairement la substance protéique qui est le poison, il s'agit peut-être là simplement d'une disposition, d'une qualité active et spécifique de cette substance. Il faut se garder de dire qu'un animal est immunisé simplement parce qu'il survit à une inoculation: l'immunité réelle consiste dans ce fait que l'animal ne présente aucune réaction locale ou générale à la suite de l'inoculation. On sait que des bacilles peuvent persister dans la gorge, longtemps après que les symptômes ont disparu. On peut se demander si ces bacilles sécrètent encore des toxines, et, à supposer qu'il en soit ainsi, si les effets de ces toxines se trouvent continuellement neutralisés. La majorité des cas de diphthérie dits toxiques sont, je crois, dus à une intoxication directe par les toxines diphthériques, et je pense qu'on a beaucoup exagéré l'influence des streptocoques associés.

M. Woodhead. — J'ai été frappé des différences qu'on observe dans la quantité et l'activité des toxines produites par le bacille de la diphthérie dans différents bouillons de culture, et cela même lorsqu'on part d'une même culture. Il semble qu'il y a deux conditions bien distinctes: 1° une augmentation de la quantité d'oxygène agissant sur les bacilles eux-mêmes; 2° l'action d'une quantité considérable d'oxygène agissant sur la production des bacilles. Si on pouvait limiter l'action de l'oxygène aux bacilles eux-mêmes sans le faire agir sur les toxines, on se trouverait dans les meilleures conditions possibles. La formation du poison par les bacilles peut être tout à fait différente de leur virulence. L'oxygène n'agit pas seulement en maintenant l'alcalinité, car si on alcalinise avec de la soude, on obtient de moins bons résultats. Roux et Viard, tout en affirmant que l'antitoxine résulte de l'action de la toxine sur les cellules, ont vu cette action se produire extrêmement rapidement. Sur 50 autopsies de diphthériques, je n'ai trouvé que 5 fois le bacille diphthérique dans les poumons. Le bacille de la diphthérie est beaucoup plus protéiforme qu'on ne le croit. On rencontre constamment les formes courtes de ce bacille chez les convalescents.

AUTRICHE

CLUB MÉDICAL DE VIENNE

Séance du 6 *mars* 1895.

Arthropathies secondaires.

M. Kolisko présente une série de préparations microscopiques relatives aux diverses variétés des arthropathies secondaires.

Pour ce qui est des arthropathies syphilitiques, M. Kolisko distingue entre les arthrites de la période secondaire et celles de la période tertiaire. Les premières surviennent ordinairement pendant la roséole et présentent une évolution rapide, mais nullement caractéristique. Les secondes ont une allure chronique, surviennent pendant la période tertiaire et sont caractérisées anatomiquement par l'infiltration ou la transformation fibreuse de la synoviale, l'épaississement, la sclérose et l'ostéoparose des extrémités articulaires, les gommes des parties molles et des os.

Dans un cas de coxite tabétique M. Kolisko trouva une distension considérable de la capsule, une prolifération de la synoviale, une atrophie totale des extrémités osseuses avec tête du fémur libre dans la cavité cotyloïde. Dans un autre cas d'arthropathie tabétique du genou à forme hypertrophique, M. Kolisko trouva une distension de la capsule articulaire qui était en partie ossifiée et couverte de concrétions calcaires; les surfaces articulaires étaient par place couvertes d'exostoses.

Ce qui d'après M. Kolisko caractérise les arthrites névropathiques c'est: 1° la dilatation considérable de la capsule qui se remplit de liquide; 2° la prolifération de la synoviale qui acquiert une consistance tantôt fibreuse, tantôt cartilagineuse, tantôt osseuse; 3° la distension et le décollement des parties intra articulaires; 4° l'atrophie des surfaces articulaires qui paraissent uniformément lisses; 5° les exostoses au niveau du bord dans les arthropathies hypertrophiques.

Quant à la pathogénie de ces arthrites, il faut compter avec l'élément trophique et l'élément inflammatoire mais d'origine traumatique. La distension de la capsule et des ligaments articulaires que l'on trouve chez presque tous les tabétiques n'a rien à voir avec l'arthrite, mais exerce une influence sur l'évolution de l'arthrite quand celle-ci apparaît. Chez les tabétiques, il faut en premier lieu, avec l'anesthésie de l'articulation, laquelle anesthésie fait que l'article se trouve exposé à des irritations incessantes et que le processus chronique peut ainsi atteindre un développement considérable. Pour ce qui est des fractures spontanées, M. Kolisko ne les attribue pas exclusivement à l'ostéoporose, mais aussi à l'irrégularité des contractions musculaires et aux troubles de coordination des mouvements.

L'arthrite des vagabonds, arthritis pauperum, est caractérisée, d'après M. Kolisko, par l'intensité des douleurs, par le siège de prédilection au niveau de petites articulations et par la misère profonde dans laquelle se trouvent les malades. Anatomiquement, ces arthrites seraient caractérisées par la formation des exostoses aboutissant à des subluxations et des ankyloses de petites articulations.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON 12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

ANOREXIE

Chez nombre de malades pour qui l'alimentation est une condition indispensable à la guérison, le manque d'appétit est absolu. Tous leurs efforts pour suivre les prescriptions des médecins à cet égard se heurtent à une répugnance presque invincible et quand ils parviennent à la vaincre, les aliments pris digèrent mal, sont souvent rejetés très rarement assimilés.

Plus de vingt années de succès ont démontré que l'Elixir Alimentaire Ducro triomphe constamment de la répugnance des malades pour les aliments. Il est pris avec plaisir, toujours digéré sans aucune fatigue par l'estomac, et comme sa propriété fondamentale est d'être alimentaire, c'est le médicament-laiment par excellence des phthisiques, anémiques, cancéreux, etc... Préparé avec la viande crue, l'alcool et les écorces d'oranges amères, l'Elixir Alimentaire Ducro est tout à la fois apéritif et nutritif. L'alcool qui lui sert de véhicule lui communique ses qualités d'antidéperditeur et aussi fait de l'Elixir Ducro une préparation de viande crue exempte de tout danger des vers intestinaux.

N° 14 — 3 AVRIL 1895 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

VARIÉTÉS

Concours de l'internat. — Oral (suite).

...anglions trachéo-bronchiques. Adénopathie ...chéo-bronchique. — Keim 12 (38), Fays 14 (39), ...ux 15 (40), Branca (I. P) 17 (41), Haury 15 (42), ...sson 13 (37), Nobécourt 17 (46), Salmon (I. P.) ...41), Ferron 13 (40), Chopin 15 (40), Le Fur ...P.) 15 (41).

...ancréas. Complications nerveuses du dia...e sucré. — Guéry 13 (37), Veuillot (I. P.) 14 (40), ...vasse 17 (42), Jeanne (I. P.) 13 (36), Zamfi...co 12 (36), Martinet 16 (41), Pelisse 15 (40), ...iffon (I. P.) 13 (40), Darzens 12 (30), Poix ...P.) 15 (45).

...illosités intestinales. Entérite tuberculeuse. ...Fosse 12 (35), Lévy 14 (38) Tissier 16 (41), ...lon 13 (36), Sicard 16 (45) Faure 16 (42), Vil...euve 15 (40), Guilé 15 (41), Hepp 18 (45), ...lbaud 15 (40).

...ours d'ophthalmologie. — MM. les doc...rs Rochon-Duvignaud et A. Ferson recom...enceront, le mardi 23 avril, à 5 heures, à l'Hô-tel-Dieu, un cours pratique d'ophthalmologie qui comprendra :

1° Examen fonctionnel de l'œil. Ophthalmoscopie et réfraction avec malades.

2° Anatomie normale et pathologique. Bactériologie clinique de l'œil et des annexes. Pièces histologiques et notions de technique spéciale.

3° Médecine opératoire avec exercices.

Les cours auront lieu, tous les jours, à cinq heures et dureront 6 semaines.

S'inscrire d'avance, à la clinique ophthalmologique de l'Hôtel-Dieu, tous les matins.

Concours d'agrégation. — *Chirurgie et accouchements.* — Questions (suite).

Des froidures. Hernies de la ligne blanche. Les accidents liés à l'évolution de la dent de sagesse. Contusion et plaies du rein. Symptômes, marche et traitement de la grossesse tubaire. Dystocie et malformations fœtales dans le cas de grossesse simple. De l'asepsie et de l'antisepsie des organes génitaux pendant la grossesse et le travail de l'accouchement.

Corps de santé militaire. — Ont été promus aux grades de :

Médecin principal de 1re classe, MM. Lenoir, Oberlin, Richard.

Médecin principal de 2e classe, MM. Linon, Chavasse, Mangenot.

Médecin-major de 1re classe, MM. Cahier, Cassan, Jarry, Duval, Pierron, Cauchy, Orion, Dorange, Couderc, Vuillemin, Souris, Blanchet, Vignol, Godart.

Médecin-major de 2e classe, MM. Ferrand, Lafforgue, Batut, Chevassu-Périgné, Wenzinger, Leymarie, Campos-Huguenet, Masson, Leclerc, Arnaud, Apard, Fuzerot, Courtois, Jouet. Goulon, Benoit, Bardot.

Concours de l'externat. — Dernières questions posées aux nouveaux :

Erysipèles de la face. S. et D. de la scarlatine. Péritonite aiguë généralisée.

Questions posées aux vétérans :

Insuffisance aortique. Etranglements herniaires. Délivrance.

Epreuve supplémentaire pour les candidats ayant obtenu 37 points :

S. et D. de la méningite tuberculeuse.

Questions restées dans l'urne :

S. et D. du cancer du rectum. S. et D du pneumothorax.

A la suite de cette épreuve, le classement des 4 premiers a été :

Lereboullet 19, Lenormant 18, Pétron 17, Goujon n'a pas concouru.

Nous donnons la liste complète dans le corps du numéro.

Bureau central en chirurgie pour l'épreuve écrite :

Arrou 26, Chevalier 28, Faure 26, Legueu 29, Morestin 20, Reblaud 20, Rieffel 27, Thiéry 26, Cazin 20, Clado 24, Demoulin 29, Guillemain 26, Lyot 27, Mauclair 25, Peraire 19, Regnauld 24, Sébileau 28, Villemin 26.

Examen d'un malade : Arrou 19, Guillemain 12, Reblaub 16.

Bureau central en médecine. — Nous donnerons dans notre prochain numéro la suite des résultats de l'épreuve clinique. La semaine dernière nous avons attribué par erreur à M. Launois 16 au lieu de 19.

ALIÉNÉS

L'asile privé de Leyme, faisant fonction d'asile public pour le Lot et la Dordogne, offre une situation de médecin en chef. Entrée en fonctions le 1er juillet 1895. Le traitement de 6,000 fr. au début s'élèvera graduellement à 8,000 fr. Pension de retraite après 30 ans d'exercice.

Adresser les demandes avec titres à l'appui à M. Miret, directeur de l'asile à Leyme (Lot).

G. MASSON, éditeur

0, Boulevard Saint-Germain

VIENT DE PARAITRE :

Les parasites des habitations humaines et des denrées alimentaires ou commerciales, par le Dr TROUESSART, membre de la Société entomologique de France. 1 vol. petit in-8° de l'*Encyclopédie scientifique des Aide-Memoire*. Broché, 2 fr. 50, cartonné, 3 fr.

La première partie de cet ouvrage passe en revue ces parasites en indiquant leurs mœurs et la nature de leurs ravages, et en insistant sur la nécessité de distinguer les insectes réellement nuisibles de ceux que l'on doit considérer comme des auxiliaires, puisqu'ils dévorent les précédents.

La seconde partie indique les moyens de défense, c'est-à-dire les meilleurs insecticides et les moyens prophylactiques qui sont souvent, de beaucoup, les plus efficaces. Un dernier chapitre fait connaître l'organisation des *Laboratoires d'Entomologie pratique* dont les spécialistes mettent gratuitement leur savoir à la disposition du public.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les aortites, par le Dr M. BUREAU, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin suppléant des hôpitaux de Nantes. Paris, Rueff et Cie, éditeurs. 1 volume de la bibliothèque médicale Charcot-Debove, dirigée par M. G. M. Debove, 3 fr. 50.

Les dégénérés (Etat mental et syndromes épisodiques), par le Dr MAGNAN, médecin en chef à l'asile Sainte-Anne, membre de l'Académie de médecine, et le Dr LEGRAIN, médecin en chef à l'asile de Ville-Evrard, membre de la Société médico-psychologique. 1 volume de la bibliothèque médicale Charcot-Debove, dirigée par M. G. M. Debove, 3 fr. 50. Paris, Rueff et Cie, éditeurs.

Les ophthalmies du nouveau-né, par E. VALUDE, médecin de la clinique nationale ophthalmologique des Quinze-Vingts. Paris, Rueff et Cie, éditeurs. 1 volume de la bibliothèque médicale Charcot-Debove, dirigée par M. G. M. Debove. 3 fr. 50.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Traitement par la suture osseuse de la mobilité pubienne consécutive à la symphyséotomie, par J. W. Binaud, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.

Dans ses études sur l'anatomie et la physiologie des articulations sacro-iliaques avant et après la symphyséotomie, M. le professeur Farabeuf (1) a magistralement démontré la nécessité de rapprocher les pubis, l'accouchement une fois terminé : « Gardez-vous bien, a-t-il dit, de desserrer ainsi les articulations sacro-iliaques. Si vous avez l'imagination inventive, pensez plutôt à les consolider par un léger raccourcissement des pubis, des jantes de l'arc pelvien antérieur, à l'imitation du charron qui châtre une vieille roue ». La béance antérieure, ajoute M. Pinard (2), imposée aux jointures sacro-iliaques désagrège les surfaces articulaires; la nutation, c'est-à-dire la chute de l'angle sacro-vertébral, n'est plus centrée, elle est folle, extrêmement étendue; toute solidité est perdue.

L'observation suivante qui vient d'être l'objet d'un rapport de M. Quénu à la Société de chirurgie est la consécration clinique de ces recherches anatomiques et expérimentales. La voici résumée :

Une femme de 26 ans à bassin vicié, en travail depuis dix heures, est amenée le 15 janvier 1893, à la clinique obstétricale de l'hôpital Saint-André de Bordeaux ; une application de forceps est faite au détroit supérieur, mais la tête ne descend pas dans l'excavation; alors on pratique la symphyséotomie, hémorrhagie abondante produite par la section des veines rétro-pubiennes. Application d'un appareil plâtré que la malade ne peut supporter. Suppuration du foyer opératoire et fistule consécutive avec légère mobilité de la symphyse pubienne.

Trois mois après la symphyséotomie, la malade entre dans le service de mon maître le professeur Demons : mise à nu des trajets fistuleux; curettage de ces trajets et ablation d'une lamelle cartilagineuse nécrosée. La plaie guérit et la malade rentre chez elle.

Mais dans les premiers jours qui suivirent sa sortie de l'hôpital elle éprouva les plus grandes difficultés pour marcher : elle nous raconte qu'après avoir parcouru une courte distance elle devait s'arrêter et se reposer, tant elle souffrait. Sa démarche était un véritable dandinement et il lui semblait que ses os *du pubis ballottaient* l'un contre l'autre. Cette sensation de ballottement, s'accentuait surtout lorsque son pied venait à rencontrer un caillou, ou lorsqu'elle montait et descendait les marches d'un escalier.

Enfin les membres inférieurs étaient légèrement œdématiés le soir, et les mictions fréquentes et peu abondantes.

Toutefois ces petites infirmités s'amendèrent vers le milieu du mois de juin suivant et la malade put reprendre son travail dans une fabrique de conserves alimentaires. A part une douleur continue mais légère au niveau de la cicatrice pubienne l'état général était satisfaisant, l'appétit bien conservé et les fonctions digestives s'accomplissaient normalement.

La malade est demeurée dans cet état jusqu'au 1er juillet 1893. Vers cette époque elle fut prise après une longue marche d'une fièvre vive et de douleurs lancinantes dans le bas-ventre et à la partie supérieure du vagin. Elle dut s'aliter et s'appliquer des cataplasmes sur la région hypogastrique. Bientôt après, elle vit se développer à la partie inférieure de la cicatrice opératoire une petite tuméfaction du volume d'un grain de maïs qui s'ulcéra rapidement et donna issue à un liquide jaunâtre, puriforme : la fièvre cessa aussitôt, mais la marche devint impossible.

A la suite de ce nouvel accident la malade se décida à entrer à l'hôpital Saint-André et elle fut admise à la salle 9, lit 18, le 4 juillet.

Voici le résultat de son examen à son arrivée.

Etat général très satisfaisant, apyrexie complète, selles régulières, miction normale.

A la partie inférieure de la cicatrice pubienne existe un orifice fistuleux par où s'écoule une légère quantité de liquide puriforme.

Un stylet introduit au niveau de cet orifice s'enfonce obliquement de haut en bas et d'avant en arrière sur une profondeur de 3 c. 1/2; il pénètre au fond d'un trajet fongueux dont la direction est paralèlle à la symphyse pubienne; celle-ci paraît manifestement désunie dans sa partie antéro-supérieure et il est possible par la pression sur les os iliaques d'obtenir une certaine mobilité.

La malade demande avec insistance une opération qui est pratiquée le 6 juillet 1893.

Une sonde cannelée est introduite au niveau de l'orifice fistuleux et permet de contrôler les renseignements fournis par la première exploration. Me servant de cette sonde cannelée comme guide, je sectionne ensuite au bistouri les différentes couches de tissus qui la séparent de son extrémité profonde et je puis me rendre compte aisément que la symphyse n'existe plus que dans sa partie profonde. En avant, les deux os des pubis demeurent séparés superficiellement par des fongosités nombreuses qui sont enlevées avec soin au moyen de la curette de Volkmann; plus profondément se trouvent des tractus fibreux reliant chacun des deux os dans l'interstice desquels existent encore des fongosités qui sont également grattées. La plaie pubienne bien détergée représente alors une sorte de sinus à ouverture antérieure et dont l'angle correspondrait au point où persistent encore les vestiges de la symphyse.

J'eus un instant la pensée de laisser les choses en l'état, comptant que la plaie se recouvrirait de bourgeons et se réunirait par seconde intention mais le résultat absolument négatif d'un premier curettage du trajet me donnait peu de confiance sur l'avenir de cette manière de faire et je ne m'y arrêtai pas plus longtemps. L'idée me vint alors de sectionner à nouveau la symphyse pubienne ; de faire en somme une symphyséotomie secondaire, d'aviver les deux surfaces pubiennes et de les réunir par une double suture perdue au fil d'argent. Je sectionnai donc au bistouri la partie profonde de la symphyse à petits coups, prudemment et je m'assurai que les deux pubis étaient complètement désunis.

L'écartement compris entre les deux os était de 1 cent. environ, mais il était facile en comprimant vigoureusement les parties latérales du bassin de le réduire à néant et d'amener une coaptation parfaite. La vessie qui tend à faire hernie entre les deux os pubis est maintenue éloignée au moyen d'un gros écarteur mousse. L'hémorrhagie en nappe qui résulte de l'action du bistouri est assez abondante et n'est arrêtée que par un énergique tamponnement fait avec les compresses éponges antiseptiques. Je procède après hémostase parfaite à la suture osseuse. Sur la face antérieure des deux pubis et de chaque côté de la ligne médiaire les téguments sont détachés au bistouri sur une étendue de 5 à 6 millimètres. A cette distance et de chaque côté deux trous sont forés avec la tréphine la plus mince; et par ce double trajet je passe en deux temps et au moyen de la grande aiguille courbe d'Emmet un fil d'argent de volume moyen. Chaque anse de fil est maintenue dans les mors d'une pince à forcipressure. Deux aides pressent alors sur les fosses iliaques externes, les deux pubis se rapprochent ; quand je me suis assuré que leur coaptation est parfaite, je pratique rapidement la torsion des fils d'argent. Pendant ce temps opératoire la malade mal endormie fait un mouvement brusque du bassin qui détermine la rupture des deux fils ; il est heureusement possible d'en pratiquer rapidement une nouvelle torsion; un pareil retour offensif est prévenu par l'anesthésie plus complète. Contention du bassin par deux aides qui demeurent à leur poste jusqu'à la fin de l'opération.

Suture en surjet et au catgut sur toutes les parties molles sous lesquelles j'invagine l'extrémité des fils d'argent. Suture de la peau au crin de Florence. Un petit drain est placé à l'extrémité inférieure de la plaie.

Pansement à la gaze iodoformée et au coton hydrophile.

(1) P. Farabeuf, *Les Bienfaits de la symphyséotomie*, Paris 1893.
(2) A. Pinard, *De l'agrandissement momentané du bassin*. Rapport fait au Congrès de Rome, 1894.

Un bandage de corps maintient et le bassin et le pansement.

Les membres inférieurs sont maintenus rapprochés par un double lien.

Une sonde de caoutchouc est mise à demeure dans la vessie.

Les suites opératoires furent simples, malgré la suppuration du foyer et l'apparition d'une cystite assez intense qui céda à quelques lavages de la vessie.

La malade quitta le service au commencement du mois d'août et voici le résultat de mon examen lorsque je la revis dans le courant du mois d'octobre suivant :

L'état général est excellent, toutes les fonctions s'accomplissent normalement et le poids a augmenté de 2 k. 500.

La miction est normale; la malade n'a plus comme auparavant d'incontinence d'urine lorsqu'elle a fait une longue marche. La cystite a complètement disparu. La cathétérisme de la vessie n'est pas douloureux. La cicatrice opératoire est blanche, très résistante mais nullement adhérente aux parties profondes. Au-dessous d'elle, on sent une induration due à la suture des parties molles ; on ne retrouve pas la trace des fils d'argent, mais la palpation de la région réveille une sensation douloureuse quand elle est faite un peu vigoureusement au niveau des points où ils se trouvent.

La pression sur les parties latérales du bassin n'est pas sensible; enfin, si on appuie fortement sur chacun des os du pubis on sent que la symphyse est maintenant très solide et qu'il n'y a plus trace de chevauchement.

La malade marche sans fatigue, sans hésitation, sans claudication aucune et il faut qu'elle ait fait une très longue course pour ressentir une vague douleur au niveau de la symphyse ; il en est de même lorsque, après être demeurée longtemps assise, elle se lève pour se mettre en marche ou lorsqu'elle soulève un très lourd fardeau.

Elle a pu reprendre ses occupations 10 à 12 jours après sa sortie de l'hôpital et ne s'est point arrêtée depuis; les selles sont régulières; enfin les règles, qui, au moment où la malade a quitté le service, n'avaient pas reparu depuis son accouchement, sont venues de nouveau le 7 octobre; elles ont duré deux jours comme auparavant et n'ont pas été douloureuses.

Un nouvel examen pratiqué dans le courant de janvier 1894 a montré que la soudure de la symphyse pubienne demeurait toujours parfaite.

Je ne veux retenir dans l'histoire de cette malade que la partie chirurgicale proprement dite et je laisse de côté tout ce qui a trait au côté obstétrical.

Il s'agissait, comme je l'ai dit, d'une femme qui avait été symphyséotomisée six mois auparavant et qui présentait des troubles de la marche dus à l'incomplète réunion de sa symphyse pubienne. De plus, cette symphyse était le siège d'un trajet fistuleux qui avait été déjà longuement traité par des injections antiseptiques et qui persistait encore malgré un curettage soigné fait trois mois après la première intervention.

Il s'agissait en un mot d'une disjonction pubienne rebelle. Quel parti devais-je prendre ? M. Farabeuf a proposé, pour rapprocher les pubis après la symphyséotomie, d'employer non la suture osseuse « qu'un accoucheur fatigué aurait de la peine à bien faire, mais la simple suture fibreuse à fils perdus ».

Cette technique doit être excellente quand il s'agit de souder une symphyse momentanément désunie : ordinairement alors, « la couche fibro-tendineuse qui couvre la face cutanée de la symphyse permet d'appliquer plusieurs points de suture et de les serrer autant qu'on veut ».

Mais, chez ma malade, il était loin d'en être ainsi, les tissus n'étaient plus normaux et les nombreuses fongosités qui infiltraient le segment antéro-supérieur de cette symphyse rendaient bien illusoires les résultats de la suture fibreuse.

Je me décidai donc à faire la suture osseuse avec deux fils d'argent.

La ceinture plâtrée qui comprime les crêtes iliaques eût été dans l'espèce un bon adjuvant pour soulager les fils de suture, mais comme la malade m'avait appris qu'elle n'avait pu supporter un semblable appareil lors de sa première symphyséotomie, je me contentai d'appliquer un bandage de corps très serré.

L'histoire clinique de cette malade, les résultats heureux que j'ai obtenus par la suture osseuse m'invitent donc à dire en manière de conclusions, si le mot n'est pas trop prétentieux :

1° Lorsque après la symphyséotomie la soudure ne s'est pas produite et qu'elle s'accompagne de troubles de la marche, il faut pratiquer la suture de la symphyse.

2° Cette suture doit être osseuse et suivie de l'application d'une ceinture plâtrée ou de tout autre appareil contentif destiné à soulager les fils de suture.

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes, classées par ordre de mérite :

1. MM. Lereboullet, Lenormant, Pétron, Goujon, Barbarin, Prudhomme, Viau-Grand-Marais, Brécy, Mesnard, Aubert.

11. Durand-Viel, Castaigne, Arloing, Boucher, Bernard (H.), Robic, Herrenschmidt, Jully, Cistrier, Santiard.

21. Souvestre, Pagniez, Linard, Camus, Silhol, Roux (M.), Miot, Masselon, Vauwtberghe, Bisch.

31. Del Pozo, Ribierre, Oppenheim, Coudert (Emile), Véron, Constensoux, Bourguignon, Armand-Delille, Mauban, Rudaux.

41. Griffon, Luys, Levrey, Marchais, Mesley, Leh, Jalabert, Leuret, Couvelaire, Hentgen.

51. Masson, Auffret, Sudaka, Teisseire, Maurage, Durrieux, Hérard, Martin (A.), Laroche, Grosjean.

61. Le Fournier, Ferron, Ghéorgiu, Bonnet, Bournigault, Mettey, Courcoux, Ball, Quiserne, Français.

71. Laffitte, Rémoussenard, Sentex, Richard (Louis), Pitance, Poulard, Lalande, Maucotel, Cahen, Mme Servant.

81. Latruffe, Termet, Vouzelle, Pascal, Touillon, Jacowski, Netter, Furet, Gasne, Tuefferd.

91. Delabost, Savignat, Signeux, Bufnoir, Foulon, Thiollier, Roché, Robert (L.), Lelong (André), Petit (Paul).

101. Léri, Vaslet de Fontaubert, Bruyère, Pelisse, Héresco, Dardel, Lustgarten, Jeanne, Martirené, Pierreson.

111. Dartigues, Turner, Legroux, Duvernoy, Ramond, Thouvenet, Lecornu, Margnat, Prat, Langevin.

121. Baup, Crouzon, Ombredanne, Noisette, Gimbal, Leduc, Calmels, Pestemalzoglu, Aoustin, Parmentier.

131. Nicolas, Briais, Mercier, Résibois, Marchand, Malterre, Marty, Gourrichon, Bernard (J.), Druault.

141. Gaullieur-l'Hardy, Rastouil, Khorassandgi, Iguard, Goin, Wegbécher, Fraissinet, Letourneur, Ertzbischoff, Montignac.

151. Caubet, Bertier, Godineau, Strohéker, Audard, Leclerc, Dumas, Gentin, Besse, Lefas.

161. Peyre, Berlin, Mircousch, Matza, Salmon, Wildenstein, Milanoff, Perietzeanu, Meyer (R.), Saurel.

171. Roger (P.), Gibert, Ghika, Costinesco, Plancke, Deroyer, Mauger, Piatot, Fays, Chastanet.

181. Geoffroy-Saint-Hilaire, Dutar, Vergely, Coudert (Raoul), Baron, Ambrosi, Braye, Caillard, Langlois, Guériteau.

191. Salles, Fougères, Bizet, Goubeau, Lebard, Glin, Héron de Villefosse, Bonnemaison, Cassin, Attal.

201. Jacovidès, Ardouin, Bardou, Baugrand, Ferrand, Lemesle, Mihailesco, Chéruy, Kassaboff, Levesque.

211. Roux (Ch.), Abram, Cotard, Weill (André), Anselin, Manceau, Morin, Eloy, Lortat (Jacob), Cathala.

221. Monod, Barasch, Guyotte, Pamard, Goizet, Mathé, Lemaître, Millien, Herpain, Gabory.

231. Léo, Querneau, Athanasiu, Legros, Macaud, Vassaux, Bandelot, Fonvielle, Gouffier, Lainé.

241. Armandin, Bernard (Paul), Clément, de Lacombe, Dupuy, Gloppe, Palas, Petresco, Raymond, Brunel.

251. Hémet, Loisel, Manuel, Rivalta, Sorre, Zacchiri, Monier, Camiade, Dolbeau, Lévis.

261. Lourdin, Poirson, Vigier, Huguet, Mouille, Chevalier (Paul), Ozanne, Mahu, Mlle Tabalowsky, Gerboud.

271. Latron, Bourgain, de Freslon, Baqué, Faure, Guyot, Constantinesco, de Maio, Gaultier (R.), Silvie.

281. Audiganne, Bentz, Bouchard, Boury, Dufour-la-Bastide, Fié, Girard, Housquains, Stini, Vallat.

291. Houdé, Macrycostas, Millot, Montais, Watelet, Briens, Moret, Larrieu, Costin, Lachouille.

301. Boulay (J.), Leroy (Eug.), Zadoc, Dieupart, Cholet, May, Touchard, Bourcau, Gleize, Nazare-Aga.
311. Tassigny, Delgrange, Hulleu, Degris, Léger, Vass r, Mlle Akimoff, Cabrol, Halberchtadt, Morille.
321. Richard (Alex.), Brousse, Champion, Sicard, Asselineau, Campos, Charvilhat, de Milly, Dériaud, Férouelle.
331. Lebel, Magnan, Girod, Lippmann, Faivre, d'Avellar, Vast, Delthil, Blottière, Lourier.
341. Fouquet, Jaisson, Dufour, Morlet, Guénard, Riou, Lelong (Georges), Robert (J.), Sturdza, Friaque.
351. Valle-Castillo, Heulin, Veeck, Feurtet, Lévy-Valency, Wibault, Fontoynont, Argeliès, Devillas, Ferrarida, Grado.
361. Gamet, Boissier, Druelle, Lévy (Edmond), Jouneau, Schwob, Balencie, Mouthon, Audistère, Fraleu.
371. Rivet, Arnoux, Barrault, Gosslin, Mützner, Ferry, Chardin, Alivizatos.

Epidémie d'ergotisme à la prison de Nanterre. — Dans le courant de janvier est apparue dans la prison de Nanterre une maladie bizarre, aux symptômes suivants : vertige, sensation d'ivresse, engourdissement et fourmillement des extrémités, tétanie, troubles gastro-intestinaux, troubles sensoriels de la vue ou de l'ouïe, petite quantité d'albumine dans les urines.

Du 1er janvier au 13 mars, 26 malades ont été atteints de cette affection ; depuis le 13 mars on a compté 25 cas nouveaux.

En février un homme meurt subitement dans les salles de valides avec des symptômes d'asphyxie. A l'autopsie, on constate que les doigts et les mains ont conservé la position tétanique caractéristique ; l'examen minutieux de tous les organes n'a montré que les lésions de l'asphyxie, imputable à la contracture des muscles respirateurs.

Tous les malades étaient hospitalisés depuis au moins six mois dans la maison ; tous provenaient des sections de valides, où le pain de seigle est la principale nourriture. Les sections où l'on ne fait usage que de pain relativement blanc, n'ont fourni aucun de ces malades.

En présence de symptômes, M. le Dr Sapelier, dans le service duquel tous ces malades étaient placés, rattacha de bonne heure ces accidents à une intoxication d'origine alimentaire, et signala le fait le 23 février dans le rapport adressé au directeur, à la suite de l'autopsie de l'homme mort subitement.

Cependant des animaux, rats, souris, cobayes nourris exclusivement avec le pain de seigle moururent en l'état de contracture et sans présenter de lésions à l'autopsie. A la suite de ces expériences, M. le Dr Sapelier, dans un rapport adressé le 13 mars à M. le préfet de police, affirma de par la clinique que l'épidémie observée était de l'ergotisme provoqué par l'usage du pain de seigle.

Il nous semble cependant qu'il doit exister un fonctionnaire, chargé par l'administration de surveiller les fournitures faites par les adjudicataires, et, dans ce cas, sa responsabilité serait fortement engagée.

Du reste, la prison de Nanterre est une ressource précieuse pour l'étude des épidémies. En 1892, on y observa le choléra, en 1893 le typhus, et en 1895 l'ergotisme.

Le massage par les aveugles. — Au Japon, le massage est pratiqué à peu près exclusivement par des aveugles que la délicatesse de leur toucher rend particulièrement aptes à cet emploi et que leur infirmité même fait accepter plus volontiers par la clientèle.

On commence à les employer à Saint-Pétersbourg où il existe une grande école de massage, dont le professeur est aveugle. Dans l'espoir de créer un débouché pour ses pensionnaires qu'elle trouve difficilement à placer, la direction de l'Asile des aveugles d'Edimbourg annonce aujourd'hui qu'elle est en état de procurer des masseuses parfaitement au courant du métier. Malheureusement, les masseurs et masseuses sont probablement, à l'heure actuelle, aussi nombreux que les clients et clientes à masser.

Concours pour une place de médecin des hôpitaux de Lyon. — Le jury de ce concours, qui s'est ouvert à l'Hôtel-Dieu lundi 1er avril, est composé de MM. Bard, Bondet, Bouveret, Chappet (V.), Clément, Gangolphe, Mollière, Rabot, Renaut, Rochet, Soulier, Vincent.

Réformes du concours de l'Internat. — La Commission nommée pour étudier les modifications qu'il y avait à introduire dans le mode de concours pour l'Internat et composée de MM. Brouardel, Périer, Millard, Peyrot, Championnière, Le Dentu, Bucquoy, Hanot, Beclère et Feulard, a adopté, dans sa séance du 23 mars 1895, le principe du projet présenté par l'Association des internes et anciens internes. Ce projet, adopté en février par le Comité de l'Association, était d'ailleurs analogue à ceux de MM. Périer et Brun.

Le concours reste soumis à deux épreuves : l'une écrite et l'autre orale, comme il en est actuellement.

Le jury sera composé de 10 membres : quatre médecins, quatre chirurgiens et deux accoucheurs. Il se dédoublera en deux sections pour entendre la question écrite : une section jugera l'anatomie et l'autre la pathologie. Il se reconstituera ensuite pour juger l'épreuve orale.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 avril 1895.

PRÉSIDENCE DE M. EMPIS.

Election.

M. Bleicher (de Nancy) est élu correspondant national dans la quatrième division par 51 voix sur 59 votants, contre 3 à M. Carles (de Bordeaux), 1 à M. Imbert (de Montpellier) plus un bulletin blanc.

Epispadias.

M. P. Berger lit un rapport à l'occasion d'un cas d'épispadias communiqué à l'Académie par M. Pozzi. Le procédé auquel celui-ci a eu recours, avec succès, pour reconstituer le canal de l'urèthre de son malade est celui de Thiersch. Il a rétabli d'abord la portion balanique et la portion pénienne du canal et ce n'est que deux mois après sa première opération qu'il a procédé à l'oblitération de l'orifice sous-pubien et à l'abouchement de la portion pénienne reconstituée du canal avec la portion profonde de ce conduit.

Si ingénieux que soit ce procédé il n'est pas actuellement seul employé, il en est un autre exécuté par Duplay, Krœnlein, Israël, mais qui n'est applicable que si (comme dans le cas de M. Pozzi) la gouttière qui représente le canal n'a que 6 ou 7 millimètres de large ; car la réunion de ses bords ne donnerait pas un canal d'un calibre suffisant.

M. Le Dentu. — Le procédé de Duplay, que M. Berger traite trop sévèrement, a l'avantage d'être d'une exécution facile et dans plusieurs cas il m'a permis de reconstituer complètement le canal de l'urèthre, surtout chez les sujets présentant un certain développement. Malheureusement, pas plus que le procédé de Thienot, il ne permet pas le rétablissement de la miction volontaire.

Uranostaphylorrhaphie.

M. Le Dentu. — Dans le cas de division palatine et de division complète de l'arcade alvéolaire compliquée de saillie du promontoire, il faut restaurer le bond alvéolaire par l'ostéotomie palatine combinée à celle de la cloison nasale.

L'opération du bec-de-lièvre doit être faite dans la même séance, sauf motifs spéciaux d'y surseoir.

Quoique le danger des hémorrhagies soit léger, il est prudent de ne pas entreprendre cette opération avant l'âge de 18 mois à 2 ans, et de choisir un moment où il n'y aurait pas à craindre des accidents se rattachant à l'évolution dentaire.

C'est au plus tôt six mois après qu'on fera l'uranostaphylorrhaphie.

Si l'on avait à traiter un sujet chez lequel un autre chirurgien aurait fait tout d'abord l'uranostaphylorrhaphie partielle, on pourrait peut-être faire dans une même séance la section du maxillaire et de la cloison, l'uranoplastie et l'opé-

ration du bec-de-lièvre. Cela ne serait tenté que chez des sujets ayant au moins 4 à 5 ans.

Hermaphrodisme féminin.

M. Péan ne croit pas que par le seul examen des organes extérieurs on puisse faire le diagnostic du sexe d'un hermaphrodite. Il a opéré un sujet qui, déclaré comme fille à la naissance, fut plus tard rectifié comme garçon en raison de ses attributs extérieurs. Puis survinrent, à intervalles assez réguliers, des douleurs abdominales sérieuses. M. Péan, croyant à une cryptorchidie, fit l'incision inguinale pour aller à la recherche du testicule, et il amena ovaire et trompe. Il fit alors un vagin artificiel, puis, dans une dernière opération, il traita par la laparotomie et la castration les lésions annexielles qui causaient des douleurs abdominales et, vu l'absence de vagin, menaçaient de lésions graves.

Traitement médical des végétations adénoïdes.

M. Marage. — Malgré des symptômes alarmants, l'opération doit être ajournée, soit à cause d'une maladie concomitante, soit à cause de l'hémophilie, ou par suite de la pusillanimité des parents et des malades. Depuis 1891, j'ai appliqué 54 fois avec succès et sans récidive la méthode suivante :

Les végétations sont touchées à l'aide de coton hydrophile imbibé d'une solution aqueuse à 100 0/0 de résorcine (métadihydroxybenzine), soit en passant derrière le voile du palais, soit en faisant rétracter les cornets avec une solution de cocaïne, et l'on suit la voie nasale pour pénétrer dans le pharynx : les parties touchées se recouvrent d'une couche blanchâtre. La douleur est nulle : la réaction inflammatoire n'existe pas; le malade peut manger ou boire immédiatement après, et il n'y a aucune précaution à prendre. Six à dix séances au plus, faites tous les deux ou trois jours, suffisent pour obtenir des guérisons; parfois, à la quatrième ou cinquième fois, apparaît une sorte de pharyngite catarrhale tout à fait passagère.

Pyodermites de la grippe.

M. Leloir (Lille) rapporte plusieurs cas de pyodermites et d'éruptions acnéiques et séborrhéiques, ayant coïncidé avec des manifestations grippales. Il attribue ces accidents à l'élimination par la peau des microbes pyogènes circulant dans le sang des personnes atteintes de grippe.

M. Tarnier. — Je viens d'observer chez une nourrice atteinte récemment de grippe, une abondante éruption d'herpès au pourtour des lèvres. Est-ce une éruption critique ou est-elle en rapport avec la grippe?

M. Leloir. — J'ai observé des cas du même genre, notamment des angines herpétiques, multiples et même du zona.

M. Le Roy de Méricourt. — N'a-t-on pas trop de tendance à attribuer à la grippe toutes les manifestations inflammatoires, de quelque nature qu'elles soient, qui surviennent au moment des épidémies de cette maladie, très ancienne, bien qu'on lui ait donné depuis 1742 tant de noms divers.

M. Hallopeau. — Il n'est pas douteux que la caractéristique principale des épidémies de grippe est la tendance à la suppuration de toute les inflammations viscérales, comme s'il s'y créait un milieu favorable pour le développement des microbes pyogènes. Les faits rapportés par M. Leloir montrent que la peau participe aussi à cette invasion pyogénique rapide.

M. L. Colin. — C'est ce que j'ai eu l'occasion de remarquer à Dijon récemment dans une épidémie de régiment où les pleurésies observés sont devenues très rapidement purulentes; pareils faits ont été également remarqués depuis longtemps, même pour les méningites.

M. Laborde communique un nouveau fait de rappel à la vie par les tractions rhytnmées de la langue dans un cas de goitre suffocant observé par M. Camus, médecin militaire à Dijon.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 18 *février* 1895.

Modification du sang à la Bourboule.

M. Lafon. — Dans le présent travail, je me propose de signaler les résultats analytiques du sang, constatés durant trois saisons consécutives à la Bourboule : en 1891, 1892 et 1893.

Je ne signale que les observations des malades qui ont été examinés au commencement et à la fin du traitement. Les résultats obtenus me semblent dignes de l'attention de l'Académie, car, à ma connaissance, les analyses complètes du sang n'ont été, d'une manière suivie, encore effectuées dans aucune station thermale.

En général, le traitement à la Bourboule comporte une durée de 21 à 25 jours. L'eau Choussy-Perrière est employée en boisson, bain, douches, inhalations, pulvérisations, suivant les circonstances, et les médecins règlent et modifient le traitement selon les cas et d'après les résultats constatés.

Dans chacune de mes observations, j'ai dosé les globules rouges, les globules blancs et l'oxyhémoglobine ou matière colorante du sang. Pour le comptage des globules rouges et blancs, j'ai utilisé l'hématimètre de Nachet et Hayem. Pour l'évaluation de l'oxyhémoglobine, j'ai eu recours à l'hématoscope si pratique et si exact du docteur Hénocque, dont j'ai appris l'usage et la sûreté de la méthode, grâce à la bienveillante direction de ce savant maître.

On voit que la moyenne du sang normal est la suivante :

Globules rouges....	4 à 6.000.000 par millim. cube de sang.
Globules blancs....	4 à 6.000 —
Oxyhémoglobine...	12 à 14 0/0.

Après avoir donné le résultat de ses analyses complètes, exécutées avant et après le traitement, M. Lafon tire de l'ensemble de ses recherches les conclusions suivantes :

« 1° Dans le cas de chloro-anémie, due à une diminution plus ou moins prononcée des globules rouges et de l'oxyhémoglobine ou matière colorante du sang, on voit généralement une augmentation notable des globules rouges et de l'oxyhémoglobine ;

« 2° Dans les cas de leucocytémie où le sang renferme un excès de globules blancs, nous avons toujours constaté une diminution importante de ces éléments.

« Presque dans tous les cas, un sang très défectueux dans ses éléments constitutifs est notablement amélioré et le plus souvent devient normal. »

———

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 29 *mars* 1895.

Présidence de M. Hartmann.

Innervation des muscles releveur et sphincter de l'anus.

MM. Hartmann et **Caboche** précisent quelques points d'anatomie relativement à l'innervation du releveur de l'anus et du sphincter anal. Ces différents muscles reçoivent des filets nerveux provenant des 2e, 3e, 4e et 5e nerfs sacrés.

Tumeur parotidienne.

M. Hartmann présente une tumeur parotidienne. Cette tumeur datait de quatre ans, et a pris un accroissement subit, il y a un mois, à la suite d'un traumatisme. Outre cette tumeur le malade présentait un ganglion dans l'aisselle gauche et un paquet ganglionnaire dans l'aine. M. Hartmann pense, par le fait même de la multiplicité de ces tumeurs ganglionnaires, que l'on est en présence d'une tumeur parotidienne d'origine lymphatique.

M. Marie fait remarquer que la tumeur parotidienne par son évolution rappelle tout à fait les tumeurs mixtes de cette région. Il n'explique pas la présence des ganglions axillaires et cruraux. Du reste l'examen microscopique lèvera tous les doutes.

Salpingite blennorrhagique.

M. **Hartmann** présente des pièces de salpingite à gonocoques. L'examen bactériologique a montré la présence indubitable de ces microorganismes. Il insiste surtout sur la disposition du pavillon. Dans un cas le pavillon de la trompe était libre et plongeait dans une petite poche purulente. De plus en pressant sur la trompe on faisait sourdre facilement par l'orifice du pavillon quelques gouttes de pus. Ce fait et plusieurs autres qu'il rapporte vont à l'encontre de l'idée que l'on se faisait des salpingites blennorrhagiques où l'on prétendait que ce pavillon était toujours fermé.

Neurômes.

M. **Marinesco** présente de très belles photographies destinées à démontrer l'importance des neurômes en anatomie pathologique. Il présente des coupes de moelles de différentes affections (poliomyélite antérieure aiguë de l'enfance, poliomyélite antér. chronique de l'adulte, sclérose latérale amyotrophique et syringomyélie) et montre les lésions des cellules des cornes suivies de dégénérescence des fibres nerveuses qui en partent et qui se distribuent soit dans le cordon antéro-latéral soit dans le cordon postérieur.

Rupture du pancréas.

M. **Villière** montre une rupture complète du pancréas, survenue à la suite d'un traumatisme de l'abdomen. La mort est survenue par hémorrhagie, occasionnée probablement par la rupture de la veine splénique ou de l'artère.

M. **Chaput** rappelle une observation identique qu'il a présentée la veille à la Société de chirurgie.

Néphrite aiguë.

MM. **Caussade** et **Lebon** présentent une pièce de néphrite aiguë. Au cours des symptômes de néphrite présentés par le malade il se déclare une pneumonie qui détermina la mort. Les reins présentaient tous les caractères de la néphrite aiguë. De plus on y a retrouvé des pneumocoques. Les vaisseaux en étaient remplis, les glomerules en présentaient à peine quelques-uns, les *tubuli contorti* et la portion ascendante de l'anse de Henle en présentaient un grand nombre. M. Caussade tire de ce fait des conclusions au sujet du traumatisme direct des cellules par les microbes, sans l'intervention de produits solubles.

MM. **Bensaude** et **Claisse** présentent un cas de petitesse extrême des organes. Il s'agissait d'une femme de 25 ans, 1 m. 60 de hauteur, poids 50 livres, morte de tuberculose. Le cœur, extrêmement petit, pesait 110 grammes, l'aorte avait 4 centimètres de circonférence.

Lymphadénome du grand épiploon.

MM. **Bensaude** et **Parmentier** présentent une belle pièce de lymphadénome à marche suraiguë. Le malade avait présenté des phénomènes péritonéaux rappelant un peu la péritonite tuberculeuse. On ponctionne, on retire un liquide franchement teinté de sang ; le malade meurt d'hémorrhagie. A l'autopsie, on trouve une énorme tumeur de l'épiploon du poids de 7 livres, avec quelques noyaux secondaires dans les plèvres et le péricarde. L'examen microscopique a fait porter le diagnostic de lymphadénome. La durée avait été de sept à huit semaines.

Salpingite.

M. **Jayle** présente une pièce de salpingite. A deux reprises différentes on avait pratiqué le curettage pour des métrorrhagies abondantes. Finalement on enlève les annexes et l'on se trouve en présence d'une grosse salpingite. M. Jayle tire la conclusion que le curettage ne vide pas les salpingites comme on le prétend trop souvent. C'est du reste l'avis de MM. Hartmann et Chaput.

Microbiologie des suppurations pelviennes.

M. **Jayle** communique les résultats de l'examen bactériologique pratiqué dans 30 cas de suppurations pelviennes. Voici les principales conclusions :

1° Il est impossible de diagnostiquer d'une façon absolue la présence ou l'absence de microbes dans le pus, soit d'après les signes cliniques, soit d'après le siège de la suppuration.

2° Cependant, dans les cas de pus à microbes pyogènes et surtout à streptocoques, on est le plus souvent en présence d'état général infectieux ; ces cas reconnaissent pour cause soit des accidents puerpéraux, soit une intervention chirurgicale (curettage), soit une métrite chronique.

3° Dans les cas à pus stérile, la marche des accidents est chronique et l'on n'a guère comme symptômes que des crises douloureuses.

Fernand Besançon.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 30 mars 1895.

Présidence de M. Chauveau.

Sérum antistreptococcique.

M. **Roger** qui a signalé récemment (*v. Mercredi Médical* n° 9, p. 102) un cas d'infection puerpérale guérie par les injections de sérum antistreptococcique, apporte aujourd'hui trois nouvelles observations à l'appui de l'action presque spécifique de son sérum.

La première observation est relative à une femme accouchée en ville le 18 mars et qui entre à la clinique, le 23, avec tous les signes d'une infection puerpérale et une température de 39°4. Le lendemain la température descend à 38°4, mais les lochies restant fétides, on fait le soir une injection de 26 cm. cubes de sérum. Malgré une euphorie manifeste, la température se maintient à 39°, de sorte que le 24 on fait une nouvelle injection de 20 cm. c. L'état général devient meilleur, mais la fièvre ne tombe définitivement qu'après deux autres injections qu'on fait le 25.

Ce qui était particulièrement frappant chez cette malade c'était la rapidité avec laquelle un sentiment de bien-être survenait après chaque injection.

Le second cas où M. Roger employa son sérum est celui d'un érysipèle chez un nouveau-né. L'injection de 5 cm. cubes de sérum antistreptococcique faite 48 heures après le début des accidents avait suffi pour amener la guérison. Ce résultat est d'autant plus remarquable que l'érysipèle des nouveaux-nés est presque fatalement mortel.

La troisième observation se rapporte à une femme qui huit jours après son accouchement fut prise d'angine à streptocoques, avec température oscillant entre 39°7 et 40°3. Une seule injection de 20 cm. cubes de sérum antistreptococcique, faite après l'échec de la quinine, a suffi pour amener rapidement la guérison.

M. Roger fait observer que ces observations sont d'autant plus intéressantes à rapprocher les unes des autres qu'il s'agit d'affections diverses produites par le streptocoque. Si ces observations ne permettent pas encore d'affirmer la valeur spécifique du sérum, elles démontrent toujours son innocuité parfaite.

M. **Marmorek** qui a préparé à l'Institut Pasteur un sérum antistreptococcique très actif (*v. Mercredi Médical* n° 9, p. 102) l'a essayé dans le service de M. Chantemesse sur 46 érysipélateux. Tous ces malades ont guéri, sauf une femme de 65 ans qui a succombé à une pneumonie concomittante. L'examen montra que la pneumonie était produite par le pneumocoque.

Le sérum, dont la dose minima est de 10 cm. cubes, agit sur la lésion locale et les phénomènes généraux. La fièvre tombe ordinairement au bout de 24 heures, et l'albuminurie disparaît rapidement.

M. Marmorek ajoute que pour avoir un sérum actif il se sert d'un streptocoque dont il est arrivé à exagérer d'une façon extraordinaire la toxicité et la virulence.

Des effets de la section des nerfs du foie chez les animaux normaux ou rendus diabétiques par l'extirpation du pancréas.

M. **Thiroloix** croit pouvoir tirer de ses expériences, les conclusions suivantes :

La section des nerfs du foie, tout en amenant une diminu-

ion remarquable de volume de cet organe, n'amène pas de grands troubles dans la santé des animaux du moins pendant les deux ou trois mois qui suivent l'opération. Il en est de même du pancréas qui après énervation continue à fournir sa double sécrétion externe digestive et interne glycogénique. La section des nerfs du foie pratiquée en même temps, avant ou après, que l'extirpation totale du pancréas n'empêche nullement l'apparition de la glycosurie Cette glycosurie toutefois paraît être plus tardive et plus grave que chez les chiens dont le foie possède un appareil d'énervation intact.

Enfin, l'établissement de la greffe pancréatique jointe à la section des nerfs hépatiques, permet de créer une glycosurie normale et une glycosurie hépatopancréatique d'ordre cellulaire. La sécrétion interne du pancréas paraît donc influencer les cellules hépatiques directement par l'intermédiaire du sang veineux porte ou artériel.

Sur les atrophies tertiaires d'origine centripète.

M. G. Marinesco qui a eu l'occasion d'examiner quatre moelles d'amputés a trouvé une hemi-atrophie portant sur la substance grise et sur la substance blanche du côté de l'amputation. Cette lésion constante diminue de bas en haut quand il s'agit du membre inférieur et de haut en bas quand il s'agit d'amputation du membre supérieur ou d'un de ses segments.

Dans le premier cas, elle a son maximum dans le renflement lombaire et porte particulièrement sur le renflement cervical dans le second.

Pour ce qui est de l'atrophie des fibres exogènes des cordons postérieurs, il s'est appliqué à démontrer que cette atrophie se produit par un mécanisme réflexe. C'est ainsi qu'après la section d'un nerf mixte, ces fibres ne transmettent plus au centre trophique (le ganglion spinal) la somme d'excitation normale nécessaire pour maintenir l'intégrité des fibres issues du ganglion. A cette opinion se sont ralliés Goldscheider et Lenhossek.

D'autre part MM. Leyden et Brissaud l'ont appliquée à l'interprétation de certains phénomènes tabétiques.

M. Marinesco pense qu'il y a lieu d'invoquer le même mécanisme pour expliquer l'atrophie des fibres endogènes des cordons postérieurs et latéral par l'intermédiaire de leur centre trophique.

Cette atrophie expliquerait l'hémi-atrophie de la moelle. En effet, les recherches de Ramon y Cajal, Kœlliker, Lenhossek, etc., ont démontré que dans la substance grise postérieure sont disséminées un certain nombre de cellules nerveuses dont le cylindre-axe par sa division en branches ascendante et descendante, contribue à former les faisceaux fondamentaux de la substance blanche postérieure et antéro-latérale. Ce sont les cellules des cordons, dont le type le mieux groupé est représenté par les cellules de la colonne de Clarke.

Or, les cellules de la colonne de Clarke et certaines cellules de la corne postérieure du côté de l'amputation sont atrophiées et disparues. Cette atrophie est la suite de la perturbation fonctionnelle des excitations périphériques qui leur arrivent par les fibres exogènes. On pourrait admettre à la rigueur une propagation directe du processus d'atrophie des fibres exogènes des cordons postérieurs aux cellules du cordon; mais même, dans cette dernière hypothèse, l'altération des fibres endogènes est sous la dépendance de leur centre trophique.

L'atrophie des fibres exogènes des cordons postérieurs est une atrophie *secondaire* consécutive aux troubles nutritifs des ganglions spinaux tandis que l'atrophie des fibres endogènes est une atrophie *tertiaire* produite indirectement par la perturbation dans la somme des excitations périphériques apportées par les fibres exogènes.

En utilisant le langage actuel des histologistes, on pourrait dire que la première est une atrophie *neurale*, directe ou primaire, tandis que la deuxième serait une atrophie *indirecte* ou *secondaire*.

M. Lapicque fait une communication sur l'élimination par les reins du fer injecté dans le sang. Par des recherches très précises, M. Lapicque montre que le fer s'élimine par les reins en quantité minime, indépendamment de la voie sanguine, choisie pour l'injection.

M. Dastre expose ses recherches sur la présence du glycogène dans la lymphe. Ces recherches montrent que le glycogène fait défaut dans le plasma et se trouve enfermé presque exclusivement dans les éléments cellulaires du liquide.

M. Gley dépose une note de **MM. Férré** et **Burquet** (Bordeaux) sur l'action physiologique d'un poison des flèches du Soudan français. Le poison en question arrêterait le cœur en systole et serait une sorte de strophantus.

M. Déjerine fait une communication sur les rapports entre le noyau rouge et les fibres de la corticalité.

M. Miraillée a constaté que les aphasiques moteurs incapables d'écrire sous la dictée ou spontanément ne peuvent pas composer des mots avec des cubes, par contre les aphasiques moteurs non agraphiques composent fort bien des mots avec des cubes. Il en conclut que le centre graphique n'existe pas.

R. Romme.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 *mars* 1895.

Laparotomie dans les contusions de l'abdomen.

M. Delorme. — Ayant été attaché à un régiment de cavalerie, j'ai vu nombre de contusions par coups de pied de cheval, je ne suis jamais intervenu et je n'ai pas eu de mort. Ces derniers temps, j'ai recueilli neuf observations de contusion violente de l'abdomen : sept fois je ne suis pas intervenu et les malades ont guéri, deux fois j'ai opéré et les malades sont morts; ces derniers ont été, malgré moi, opérés trop tard et ont succombé rapidement après l'intervention.

Tout en étant partisan des laparotomies précoces, je crois qu'il ne faut pas intervenir quand même dans tous les cas de contusion abdominale. Il ne faut pas oublier que mes sept malades non opérés ont guéri; si je les avais opérés, j'aurais donc pratiqué sept laparotomies inutiles. A mon sens, sans attendre des signes précis de péritonite ou d'hémorrhagie interne, il est sage de ne proposer l'intervention que s'il existe des signes rationnels de lésions internes. En surveillant de très près le malade, d'heure en d'heure, on opérera à temps.

M. Quénu. — La règle proposée par M. Michaux est excessive, et les observations de M. Michaux prouvent elles-mêmes l'exagération des conclusions qu'il en a tirées. En les parcourant, on voit, en effet, que dans la plupart des cas, il s'agit de lésions qui auraient pu être suivies de guérison spontanée. J'observe fréquemment des malades qui ont reçu des coups de pied dans le ventre et ne me crois pas en droit de les laparotomiser. Il faut donc établir une division entre les contusions : les graves et les non graves. Mais, en pratique, où commence une contusion grave? Le meilleur, c'est de tenir compte de l'importance de la violence et des phénomènes immédiats présentés par le malade, sans ériger de règle absolue. On interviendra dès lors sagement.

Enfin, dans les contusions des voies biliaires, je crois qu'il est très difficile de savoir ce qu'il faut faire, car il est malaisé de découvrir le siège de la lésion. Si je trouvais de la bile dans le ventre, je drainerais simplement et j'attendrais une oblitération spontanée des voies biliaires.

M. Chaput. — Je me rallie complètement à la règle proposée par M. Michaux, c'est-à-dire opérer le plus tôt possible et dans tous les cas. L'attente de quelques heures dont parle M. Michaux est même de trop et la laparotomie doit être pratiquée dans les quatre ou cinq heures qui suivent le traumatisme. La seule contre-indication est l'état de choc dans lequel peut se trouver l'opéré; si la température est au-dessous de 35°5, le pouls au-dessus de 140, il faut d'abord ranimer le malade et n'opérer qu'ensuite.

J'ai observé huit cas de contusion abdominale. Un seul de mes malades qui avait reçu un coup de pied de cheval, ne fut pas opéré et mourut le septième jour; il avait refusé toute intervention. Dans les sept autres cas, j'ai pratiqué la laparotomie : j'ai eu un succès et six insuccès. Cinq fois je ne pus opérer à temps et dans mon sixième cas, où l'inter-

vention fut pratiquée de bonne heure, il s'agissait d'une rupture du pancréas et de la veine splénique que je ne pus découvrir.

Je pense que le dévidement de l'intestin est inutile, et que l'éviscération n'est qu'exceptionnellement nécessaire. Si l'intestin est contusionné ou perforé, je recommande la résection suivie d'entérorrhaphie de préférence à la simple suture intestinale; celle-ci, en effet, est difficile par suite du gonflement des parois contusionnées et peut être suivie d'échec.

Cystite tuberculeuse.

M. Delagenière (Le Mans) rapporte l'observation d'un homme de cinquante-quatre ans, atteint depuis plusieurs mois d'hématuries qui l'avaient amené à un degré d'affaiblissement extrême et qui résistaient à tout traitement. Le 6 juin 1894, il pratiqua la taille hypogastrique et put exciser la muqueuse vésicale sur presque toute son étendue. Cette muqueuse était rouge et tomenteuse et ne put être enlevée que fort difficilement sur les bords latéraux et sur la face postérieure où elle était particulièrement adhérente. L'examen histologique pratiqué par M. Pilliet a démontré qu'il s'agissait de tuberculose chronique. Les suites opératoires ont été simples et suivies de guérison : les mictions sont redevenues normales à partir de la fin de juin et les hématuries n'ont plus reparu. Malheureusement, le malade eut en octobre 1894 une poussée de tuberculose pulmonaire à laquelle il finit par succomber le 27 décembre suivant.

MM. Routier et **Reynier** font observer que la guérison des cystites tuberculeuses est bien difficile à obtenir, et que l'on n'obtient guère que des améliorations de plus ou moins longue durée.

M. Tuffier à la suite de cystostomie sus-pubienne, a pu cependant obtenir des guérisons qui se maintiennent depuis deux, trois ou quatre ans.

Plaie de l'abdomen par balle de revolver.

M. Pozzi fait un rapport sur l'observation communiquée par M. Albarran. Il s'agit d'une femme qui fut apportée à l'hôpital Cochin pour un coup de revolver dans l'abdomen. M. Albarran fit la laparotomie immédiate, trouva sur une anse plusieurs plaies assez rapprochées pour qu'il dût se résoudre à l'entérectomie avec entérorrhaphie, sutura deux autres perforations intestinales et enfin vit, la malade étant dans la position de Trendelenburg, que l'utérus présentait deux perforations, par une desquelles sortait une anse de cordon ombilical. Après résection de cette anse, les deux perforations furent suturées. La malade avorta deux jours après (grossesse au 4e mois) et guérit.

M. Pozzi approuve absolument cette conduite et se déclare partisan de la laparotomie exploratrice dans les plaies pénétrantes de l'abdomen.

De ce cas, il en rapproche un inédit qui appartient à Billroth : une malade fit une fausse couche de quatre à cinq mois et, à la suite de manœuvres intra-utérines, l'utérus fut perforé et une double anse d'intestin s'engagea sous la cavité utérine et vint pendre à la vulve. Billroth pratiqua la laparotomie, fit une double entérorrhaphie et sutura la plaie utérine. Dans ce cas de Billroth comme dans le cas d'Albarran, il s'est donc agi de plaie d'un utérus gravide, plaie qu'il a suffi de suturer pour obtenir la guérison.

Obstruction intestinale.

M. Routier présente un malade de soixante-dix ans qui fut laparotomisé pour une occlusion intestinale. Cette occlusion était due à une coudure du petit intestin au niveau d'adhérences produites par un vieil épanchement sanguin. L'âge du malade est le point sur lequel M. Routier attire l'attention.

Ulcère de l'estomac : perforation. Laparotomie. Guérison.

M. Hartmann présente un malade qu'il laparotomisa pour des accidents péritonéaux aigus dont la cause était la perforation d'un ulcère stomacal. La perforation siégeait en arrière près de la petite courbure et ne put être suturée. M. Hartmann tamponna avec grand soin et isola de son mieux le restant de la cavité péritonéale. Le malade guérit.

M. Quénu. — Rapport sur une observation de M. Binaud. (Voy. p. 157).

A. Broca.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 29 *mars* 1895.

Présidence de M. Hayem.

Quelques réflexions sur l'hyperthermie consécutive aux injections de sérum anti-diphthérique.

M. Variot. — Je suis bien aise d'être d'accord avec mes deux éminents confrères MM. Hutinel et Debove sur l'hyperthermie consécutive aux injections de sérum. Toutefois ces messieurs pensent que du sérum artificiel composé de simple solution saline peut produire les mêmes effets que du sérum antitoxique, tel n'est pas mon avis. Je ne reviendrai pas sur les accidents particulièrement graves qui surviennent à la suite d'injections faites chez des diphthériques tuberculeux; je me demande simplement si l'issue fatale qui est la règle dans ce cas est due à la simple association des deux affections, ou bien si la présence d'antitoxine ne donne pas un coup de fouet à la maladie?

Quant à l'hyperthermie consécutive aux injections salines, MM. Debove et Hutinel n'ont noté qu'une légère augmentation à la suite d'injections assez considérables, dont les plus faibles ont égalé 50 ccs. Or nous avons noté chez des diphthériques des élévations bien plus considérables alors que l'on n'injectait que des doses minimes, de 5 à 20 ccs. Il est bien difficile de ne pas attribuer cette élévation à l'antitoxine. Le sérum antidiphthérique est d'ailleurs de nature complexe, et il serait fort désirable que les différentes substances qui le composent fussent isolées.

Des réactions thermiques consécutives aux transfusions intra-veineuses de sérum artificiel dans le choléra.

M. L. Galliard. — Dans plusieurs études consacrées au choléra de 1892, j'ai noté les réactions thermiques observées à la suite des transfusions intra-veineuses. Je me contenterai donc de ne parler aujourd'hui que des observations inédites. Les transfusions étaient faites avec du sérum d'Hayem; deux litres pour un adulte.

Je divise mes observations en deux groupes, dans le premier, je range les malades non tuberculeux; dans le second ceux qui étaient atteints de tuberculose. Enfin le premier groupe se divise lui-même en trois catégories : 1° les malades avec algidité périphérique et hypothermie rectale; 2° les malades avec algidité périphérique sans hypothermie rectale; 3° les malades avec algidité périphérique et hyperthermie rectale. Dans tous ces cas la température montait immédiatement après la première transfusion, atteignait son acmé au bout de quelques heures, puis redescendait le lendemain.

Les trois malades tuberculeux formant le second groupe d'observations ont présenté une courbe analogue et ont guéri tous les trois.

M. Hayem. — Chez les cholériques algides, il est souvent difficile de faire le point de départ de l'élévation de température due à la réaction de celle due au procédé thérapeutique. Souvent de petites doses peuvent provoquer des élévations très marquées.

M. Variot. — J'ai remarqué qu'après les injections de sérum artificiel de M. Hayem la réaction générale était bien moins intense qu'après les injections de sérum anti-diphthérique; la solution salée n'est donc pas seule à être incriminée, mais ce sont ces toxines qui doivent être mises surtout en cause.

M. Catrin. — Il peut se faire que les résultats soient différents selon la voie suivie par l'injection, le sérum immunisé étant injecté sous la peau, le sérum de M. Hayem l'ayant été dans les veines.

M. Hayem. — Il est possible en effet que ces différences expliquent les divergences des résultats obtenus.

Les sérums ont des actions toxiques d'une espèce à l'autre. Le sérum de chien est très toxique pour le lapin, mais porté à 56 ou 57°, il devient inoffensif. Ne pourrait-on pas par un procédé analogue diminuer la toxicité du sérum antidiphthérique tout en lui conservant ses propriétés curatives?

Notes sur quelques injections de sérum de cheval non immunisé.

M. Sevestre. — Ayant eu l'année dernière à traiter dans mon service quatre petits malades atteints d'angine blanche non diphthérique, j'ai fait des injections avec du sérum de cheval non immunisé qui m'avait été remis par M. Méry. Je me proposais de voir s'il se produisait des réactions analogues à celles observées avec le sérum de Roux; et comme d'autre part, certains auteurs ont soutenu que le sérum immunisé agissait non par ses toxines, mais simplement en tant que sérum surajouté à l'organisme, je pensai que cette question pourrait être élucidée par le traitement des quatre petits malades en question.

Il résulte de ces observations que les injections de sérum immunisé produisent une élévation thermique et des éruptions analogues à celles du sérum de Roux; et ce fait capital nous permet d'espérer que si on parvenait à isoler la toxine du sérum antidiphthérique, on aurait quelque chance tout en conservant l'effet utile du sérum d'en atténuer les accidents.

M. Variot. — J'ai répondu par anticipation à M. Sevestre. D'ailleurs, le sérum d'Aronson est celui qui contient de l'antitoxine aussi concentrée que possible; par conséquent, si ce que M. Sevestre dit était exact, on ne devrait pas avoir de réaction thermique; or, celle-ci s'observe parfaitement avec le sérum d'Aronson comme avec les autres.

A propos de la médication alcaline.

M. Ferrand. — Le bicarbonate de soude à haute dose paraît avoir des inconvénients sérieux parmi lesquels la cystite et l'hématurie signalées par M. Mathieu. Le bicarbonate de soude est un sel neutre; il ne devient alcalin qu'en abandonnant dans l'économie une partie de son acide carbonique et en se transformant en sous-carbonate alcalin. Or, ce dernier peut saturer les acides de l'organisme, soit dans l'estomac, soit dans le sang, soit jusque dans les sécrétions et en particulier dans la vessie. Quand le bicarbonate de soude est donné à haute dose, la quantité de sous-carbonate peut dépasser les limites utiles et alcaliniser en excès le milieu intérieur et les voies d'excrétion. De là, la cystite et les hématuries signalées par M. Mathieu. M. Hayem a cru parer à ces inconvénients en remplaçant le bicarbonate de soude par le sous-nitrate de bismuth qui n'agit pas par ses propriétés chimiques, mais par ses qualités absorbantes et résorbantes. J'ai cru répondre à cette indication en donnant une dose minime de bicarbonate de soude associée à une dose plus minine encore de sous-carbonate alcalin. C'est ainsi qu'en administrant des doses minimes de 25 à 50 centigrammes, rarement plus, de sous-carbonate de soude, mêlées à un ou deux grammes de bicarbonate, j'ai pu neutraliser des acescences assez opiniâtres et difficiles à vaincre, et cela en échappant à tout danger d'alcalinisation.

M. Albert Mathieu. — Ce n'est pas exclusivement à l'emploi du bicarbonate de soude, mais à l'alcalinisation des milieux organiques et secondairement de l'urine que la cystite doit être attribuée. Un de mes malades a eu une poussée d'hématurie huit jours après la première sous l'influence de 4 grammes de magnésie et 6 grammes de craie préparée. Il faudrait en réalité neutraliser exactement le suc gastrique sans aller plus loin, mais c'est fort difficile en pratique. On ne peut pas se baser sur l'acidité de l'urine, car celle-ci n'est pas en rapport direct avec l'hyperchlorhydrie. A mon avis, le meilleur point de repère est la douleur.

M. Hayem. — Cette question est fort complexe et mérite une étude plus approfondie. Peut-être serait-il indiqué d'en faire un débat presque général.

Etudes cliniques sur la nutrition dans la phthisie pulmonaire chronique.

M. Albert Robin. — L'année dernière j'ai communiqué à la Société médicale des hôpitaux la première partie de mes recherches sur cette question; je voudrais aujourd'hui résumer mes recherches sur les variations des matériaux solides et particulièrement des principes inorganiques de l'urine. Les échanges organiques paraissent avoir chez les phthisiques stationnaires une activité à peu près égale à celle de l'homme sain. Quand l'élimination des matériaux solides de l'urine tombe au-dessous de 30 grammes, on peut considérer les malades comme arrivant à la période de cachexie. Chez les phthisiques au début, une augmentation des matériaux solides urinaires est un signe favorable. Dans les mêmes conditions, une diminution des matériaux solides est également de bon augure quand le poids du malade augmente. Les hémoptisies s'accompagnent généralement d'une diminution des matériaux solides. Les périodes ultimes du troisième degré de la phthisie ne s'accompagnent qu'exceptionnellement d'une augmentation des déchets de l'organisme. L'abaissement subit du taux des matériaux solides peut éveiller l'attention du médecin sur l'entrée en scène d'une complication grave.

Les matériaux inorganiques considérés *en bloc* subisssent des variations trop considérables pour que l'on puisse en tirer des indications définitives. Toutefois, le coefficient des déminéralisations est plus élevé dans la première période et atteint son minimum dans la dernière période de la phthisie.

La diphthérie au pavillon d'isolement de l'hôpital Lariboisière et son traitement par la sérothérapie.

M. A. Gougenheim. — Chargé du service des diphthériques de Lariboisière depuis le départ de notre collègue le professeur Raymond, j'y ai mis en usage le traitement du docteur Roux; je voudrais aujourd'hui, messieurs, vous rendre compte de mes statistiques comparées de l'ancien et du nouveau traitement. Je m'efforcerai de plus dans cette étude de faire ressortir quelques points intéressants qui résultent de l'étude bactériologique soigneuse que nous avons pu faire chez certains malades. La population diphthérique de notre pavillon se composait d'enfants en bas-âge, au sein, et au-dessous de deux ans, accompagnés de leur mère ou de leur nourrice, et de malades adultes hommes et femmes.

Or, avant l'emploi de la sérothérapie, sur 135 adultes nous avions eu 14 décès soit environ 10,37 0/0; et 23 morts sur 40 enfants, c'est-à-dire 57,5 0/0. Depuis l'usage du sérum, nous avons eu 2 décès sur 52 adultes, soit une mortalité de 3,84 0/0; et 9 morts sur 48 enfants, c'est-à-dire une mortalité de 18,75 0/0. Rappelons qu'autrefois, le traitement consistait en frictions par la méthode de Grancher, et en lavages très fréquents à l'eau boriquée et au perchlorure de fer fortement dilué combiné à l'emploi du bichlorure à dose très minime et parfois, dans des cas particulièrement graves, avec l'injection interstitielle de bichlorure à 1 ou 2 p. mille. Les fosses nasales ont toujours été irriguées abondamment avec de l'eau boriquée chaude ou tiède. Après l'application de la nouvelle méthode, nous avons simplement pratiqué des lavages des parties malades, des fosses nasales et de la cavité rhino-pharyngienne avec l'eau boriquée chaude saturée. Lorsque la trachéotomie avait été pratiquée, nous adjoignions au traitement sus-indiqué des pulvérisations de vapeur d'eau contenant soit des bourgeons de sapin, soit de la teinture de benjoin, soit du thymol.

Remarquons avant de passer à l'analyse de nos cas qu'aux deux âges extrêmes de la vie, les modifications apportées par le sérum artificiel sont presque instantanées. D'autre part les associations microbiennes ont été extrêmement fréquentes chez nos malades.

Chez douze enfants, nous n'avons pu constater des bacilles diphthériques; il n'existait que des streptocoques; un seul des enfants est mort après trachéotomie.

Sur 10 cas où nous avons trouvé de la diphthérie pure, 2 ont succombé, 8 ont guéri.

Dans les deux cas mortels la mort est survenue vers le 20e jour par broncho-pneumonie chez l'un deux.

Nous avons observé 16 cas de diphthérie associée au streptocoque, 15 ont guéri, un seul a succombé. Toutefois il est utile de noter que ces cas ont mis plus de temps à guérir que les cas à bacilles de Lœffler purs. Dans un cas nous avons trouvé du bacille coli associé au bacille de Lœffler; l'enfant a guéri. La diphthérie avec associations multiples a été observé 5 fois. Trois de ces malades ont guéri après avoir été gravement malades; deux sont morts l'un par broncho-pneumonie, l'autre à la suite de lésions syphilitiques et avec une température de 38° seulement, ce qui est fort rare dans la diphthérie.

Sur 87 malades adultes 12 présentaient uniquement des streptocoques. Chez tous ces malades, sauf deux jeunes femmes qui eurent des troubles respiratoires inquiétants, la maladie évolua simplement sans éruptions.

Chez les enfants en bas âge, il nous a paru que les doses devaient être moins fortes, aussi avions-nous pris pour principe d'injecter autant de cc. de sérum que l'enfant avait de mois, en ne dépassant jamais 20 cm. c.

Parmi les accidents que nous avons observés, le plus fréquent était des éruptions squameuses coïncidant avec une élévation de température parfois assez grande. Quelquefois nous avons observé des vomissements et de la diarrhée. Ce n'est qu'exceptionnellement que nous avons observé chez l'adulte des petits abcès.

J'ai pratiqué une inoculation chez une malade atteinte de diphthérie apparente, et où le microscope nous donna un résultat négatif. Il me semble que l'on pourrait pratiquer sans inconvénient des inoculations préventives; mais en présence des accidents qui ont été signalés dans ces derniers temps, je n'insisterai pas sur ce point.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE

Séance du 11 *mars* 1894.

Présidence de M. Bénard.

Lettre de candidature de M. Cahen de Vichy.

M. Cathelineau lit un travail intitulé : Essai de chimie biologique sur les eaux minérales de la Bourboule.

M. Labat estime que ce travail porte sur un nombre d'observations trop restreint pour que les conclusions soient valables.

M. Leudet rappelle un travail de Daujoy qui donne des conclusions à peu près identiques à celles de M. Cathelineau.

M. Sénac-Lagrange dit que les bains sont congestifs en général, et que les bains sulfureux augmentent les quantités d'albumine des albuminuriques.

M. Suchard lit un travail qu'il a publié sur la méthode de Kneipp.

MM. Donadieu-Lavit et Dresch sont nommés membres correspondants.

Séance du 18 *mars* 1895.

Lettre de M. Deléage de Vichy qui pose sa candidature au titre de membre titulaire, avec travaux à l'appui.

M. Raymond Durand-Fardel lit au nom de M. Max Durand-Tardel et au sien un travail intitulé : Carlsbad et Vichy.

M. Labat qui connaît Carlsbad pour y être allé à plusieurs reprises dit qu'il y a entre les deux stations plusieurs différences : différence de climat, différence d'origine des eaux, de température, de composition chimique.

Le régime imposé aux malades diffère, de même que les heures de repas : c'est le régime allemand.

Les effets physiologiques ne sont pas les mêmes, Carlsbad est plutôt laxatif et produit une sorte d'ivresse due a la chaleur des eaux et non à l'acide carbonique comme à Vichy.

Carlsbad convient mieux dans les altérations profondes du foie et dans les dyspepsies à forme gastralgique et dans le diabète.

M. Donadieu a pu observer sur lui-même les effets de Vichy, Vittel et Carlsbad : cette dernière station est plutôt indiquée quand il y a atonie complète du tube digestif.

M. Max Durand-Fardel confirme que Carlsbad est supérieur pour les engorgements profonds du foie et plus applicable à la colique hépatique. Vichy a surtout une action préventive contre la formation des calculs. On y traite le lithiase biliaire et non la colique hépatique.

M. Bourdier attache une grande importance à l'effet purgatif obtenu à Carlsbad comme décongestionnant.

M. Durand-Fardel répond que les laxatifs s'emploient à Vichy comme à Carlsbad mais seulement d'une façon contemporaire et seulement quand il y a congestion et imminence de crise.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Séances du 1er *et du* 8 *mars* 1895.

Kyste hydatique de la plèvre.

M. Troquart lit l'observation d'un malade qu'il présente ensuite, chez lequel l'existence d'une très grande oppression, d'une hémoptysie abondante et d'une douleur violente dans la région thoracique gauche avait d'abord fait porter le diagnostic d'hydro-pneumothorax, puis d'apoplexie pulmonaire avec rupture de la plèvre. Une première thoracentèse donna issue à un demi-litre de liquide séro-sanguinolent qui s'était reproduit dix jours après. Une deuxième ponction retira un demi-litre de liquide analogue, et procura un soulagement de quatre jours. Puis la fièvre reprit, et l'on dut faire une troisième ponction qui donna issue à un litre de même liquide. Nouvelle amélioration durant cinq jours. Une quatrième ponction retira un litre de liquide purulent, elle fut suivie d'un lavage de la plèvre avec de l'eau boriquée. Celle-ci ne ressortit pas en totalité.

Quelques jours après il s'était formé un phlegmon de la paroi thoracique au pourtour de la piqûre. L'état du malade était déplorable. A la suite d'une consultation, il fut décidé d'ouvrir le phlegmon et de pratiquer l'opération de l'empyème, dans le huitième espace intercostal gauche. On fit une incision de 10 centimètres de longueur, qui donna issue à deux litres et demi d'un liquide fétide, d'odeur sulfureuse, contenant des débris de fausses membranes en forme de poche. Cette membrane a été examiné par MM. Auché et Ferré qui ont conclu que c'était une membrane de kyste hydatique développé dans la plèvre et ayant refoulé le poumon gauche.

M. Troquart a tenté d'évaluer les dimensions de cette cavité pleuro-pulmonaire. Mais même avec un hystéromètre de 25 centimètres il n'a pu sentir ses parois. En revanche, il a senti battre le cœur.

Cette poche a donné issue pendant de longues semaines à des quantités énormes de pus fétide, plusieurs pansements journaliers étaient nécessaires. Désespérant de voir cette cavité se rétrécir et le trajet fistuleux se fermer complètement, M. Troquart songea à l'opération d'Estlander. Mais elle fut presque impraticable en raison des délabrements énormes à opérer (7 ou 8 côtes paraissant indispensables à reséquer). En désespoir de cause, M. Troquart fit dans la cavité des injections iodées à 25/100. Cette médication amena très rapidement, après quatre ou cinq injections, le rétrécissement et l'occlusion complète de la poche. Actuellement le malade est très bien.

D'après Hearn, qui a recueilli un grand nombre de faits, l'ouverture du kyste dans la plèvre a presque toujours été suivie de mort. Le malade que je viens de vous présenter se porte aujourd'hui aussi bien que jamais, et fait une heureuse exception à la règle posée dans le travail que je viens de citer.

M. Courtin regarde, d'une façon générale, comme inutiles

et dangereuses les injections intra-pleurales. Lorsqu'elles sont pratiquées avec des liquides inoffensifs, comme l'acide borique en solution, elles restent sans grands effets thérapeutiques et peuvent produire des accidents graves et même mortels par compression des gros vaisseaux, si l'orifice par lequel elles sont faites est insuffisant à leur sortie. Lorsqu'elles sont pratiquée avec des solutions irritantes, comme le sublimé, la teinture d'iode, leur action est plus efficace, mais aussi beaucoup plus grand leur danger.

Cette critique des injections intra-pleurales ne s'adresse nullement au cas parculier de M. Troquart, qui a été bien inspiré en ayant recours à la solution iodo-iodurée, puisque en deux jours la cavité intra-thoracique s'est comblée. C'est là assurément un résultat très remarquable, obtenu à peu de frais et qui a dispensé de faire courir au malade les risques d'une opération grave, comme l'opération d'Estlander ou de Delorme.

Relativement à la gravité de l'ouverture des kystes hydatiques dans la plèvre et le poumon, M. Courtin trouve l'opinion de Hearn, citée par Troquart, beaucoup trop pessimiste. Il rappelle que lorsqu'il a sollicité l'honneur de faire partie de la Société, il a envoyé à l'appui de sa candidature un travail ayant pour point de départ une observation de kyste hydatique du foie ouvert à travers le diaphragme, dans la plèvre et les bronches. Le malade, après avoir expulsé le contenu de son kyste par vomique, guérit parfaitement.

Ophthalmie diphthérique.

M. Lagrange communique l'observation d'un enfant de quinze jours atteint d'ophthalmie diphthérique double.

Cet enfant avait les conjonctives palpébrales des deux yeux recouverts par des fausses membranes épaisses, adhérentes au point qu'il était impossible d'en déchirer une petite parcelle. L'ensemencement d'un petit débris sur les tubes de sérum a été pratiqué, et l'examen bactériologique a démontré que l'on avait affaire à de la diphthérie pure, c'est-à-dire non associée. Un deuxième ensemencement a confirmé ce diagnostic.

M. Lagrange fit dans le flanc une première injection de 10 centimètres cubes de sérum de Roux. Le lendemain il n'y avait pas encore d'amélioration. Mais le surlendemain, les fausses membranes se détachaient par fonte. Il n'y avait pas de suppuration, mais écoulement d'un liquide séreux.

M. Lagrange fit dans l'autre flanc une deuxième injection de sérum de 10 centimètres cubes. Elle ne fut suivie d'aucune réaction fébrile, et l'amélioration fut très marquée. A la suite d'une troisième injection, la guérison allait être prochaine. Brusquement apparut de la suppuration, et l'ophthalmie diphthérique devint de l'ophthalmie purulente.

Cette ophthalmie a été soignée et guérie par les instillations de jus de citron et les lavages boriqués.

Grâce à ce traitement mixte, l'enfant a parfaitement guéri sans aucune lésion persistante de l'œil.

En dernier lieu, deux semaines après les injections, il a été pris d'un gonflement du genou gauche, intense au niveau du cul-de-sac sous-tricipital. Une ponction a donné issue à un liquide purulent abondant riche en staphylocoques. Une injection au sublimé a guéri cette complication.

M. Armaignac signale deux cas de paralysie oculaire diphthéritique guéris par Ripples, au moyen d'injections de sérum.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 20 *mars* 1895.

Valeur clinique de la ponction lombaire.

M. Fürbringer a fait dans 86 cas la ponction lombaire en grande partie dans un but diagnostic, souvent pour remédier à certains symptômes présentés par les malades.

On sait que d'après le manuel opératoire établi par Quinke, la ponction est faite entre la 2° et la 3° ou entre la 3° et la 4° vertèbres lombaires, le malade étant couché sur le côté et le tronc légèrement courbé en avant; chez les adultes l'aiguille est enfoncée à 1 cm. de la ligne médiane, sous le bord inférieur de l'apophyse épineuse correspondante, et conduite en haut et en dedans; chez les enfants la ponction peut être faite sur la ligne médiane. L'aiguille doit être assez longue.

M. Fürbringer préfère pratiquer la ponction, le malade étant assis sur une chaise. La quantité de liquide qu'il retirait variait avec chaque cas; dans certains cas elle était de 110 grammes.

En fait d'accidents il a eu une seule fois la blessure d'un nerf sensitif avec troubles passagers de la sensibilité; une fois il a observé des convulsions cloniques dans un membre; une fois l'aiguille pénétra dans l'aorte; quatre fois la ponction a été suivie d'un collapsus mortel : il s'agissait dans ces cas deux fois d'urémie, deux fois de tumeurs cérébrales.

La valeur diagnostique de la ponction est surtout appréciable dans la méningite tuberculeuse. Sur 37 cas de ce genre, on trouva chez 30 des bacilles tuberculeux dans le liquide retiré par la ponction. M. Fürbringer admet donc que dans les cas douteux de méningite tuberculeuse, l'examen bactériologique du liquide céphalo-rachidien peut avoir la même valeur que celle de l'examen des crachats des individus atteints de tuberculose pulmonaire. Cette recherche est facile et ne nécessite pas une centrifugation préalable.

Dans un cas l'examen du pus retiré par la ponction permit d'établir le diagnostic de méningite cérébro-spinale; dans un troisième cas de méningite post-pneumonique, le liquide renfermait des pneumocoques.

La valeur thérapeutique de la ponction est moins que médiocre : elle n'a amené qu'une amélioration passagère dans 3 cas de méningite et dans plusieurs cas de tumeurs cérébrales. Quant aux dangers de la ponction, il est encore difficile de se prononcer sur ce sujet. En tous les cas il n'y a pas de raisons pour que cette opération n'entre pas dans la pratique.

M. A. Frænkel a également trouvé plusieurs fois des bacilles tuberculeux dans le liquide cérébro-spinal retiré par la ponction. Quant à la valeur thérapeutique de l'opération, il a observé un cas de méningite tuberculeuse où la ponction avait amené, du moins en apparence, la guérison du petit malade; dans un cas de tumeur du cerveau elle avait produit une amélioration considérable de tous les symptômes.

M. Heubner a également observé des améliorations passagères après la ponction lombaire qui lui semble indiquée quand les autres traitements échouent en face de certains symptômes très pénibles, comme les convulsions, la céphalalgie, etc.

M. Senator fait remarquer que l'opération est d'une exécution très facile, et deux fois il a pu la faire chez des individus atteints d'opisthotonos. Jamais il n'a trouvé de bacilles tuberculeux dans le liquide.

M. Goldscheider est d'avis de faire l'opération sous le chloroforme. L'aspiration du liquide est inutile et même dangereuse en provoquant une modification trop brusque de la pression intra-crânienne.

M. Freyhan a trouvé du sucre dans le liquide cérébrospinal retiré chez deux diabétiques. Dans les affections inflammatoires la proportion d'albumine du liquide est considérablement augmentée et n'est jamais inférieure à 1 p. 1000 dans la méningite tuberculeuse.

Protozoaires dans une affection chez l'homme.

M. Jurgens. — Il s'agit d'un homme de 66 ans ayant subi 10 ans auparavant une opération sur les yeux. Quelque temps après cette opération il eut une attaque d'apoplexie suivie d'hémiplégie définitive.

Il y a trois mois il entra à l'hôpital de la Charité pour une dermatose. Il y fut soigné pour une bronchite chronique concomitante et un œdème persistant des pieds.

A l'autopsie de cet individu qui a succombé à l'hôpital on trouva des lésions très singulières de la moelle. Il existait une pachyméningite interne circonscrite, une arachitise,

une lésion de la queue de cheval et une carie légère de la colonne vertébrale. La pie-mère médullaire présentait une tumeur de l'épaisseur d'un doigt, dont la couleur et la consistance étaient les mêmes que celles des dépôts qui existaient au niveau de la dure-mère. L'examen microscopique montra les lésions classiques de la pachyméningite.

A côté de cette pachyméningite on trouva une pyélonéphrite; les uretères étaient épaissis, l'atmosphère cellulo-graisseuse du rein indurée et présentant la même coloration jaunâtre que celle du système nerveux central.

Pour se rendre compte de la nature exacte de cette affection, des lapins furent inoculés avec les produits des méninges. Un de ces lapins succomba au bout de 3 mois et à son autopsie on trouva une tumeur volumineuse dans l'œil, et des tumeurs analogues dans les poumons, les reins et le péritoine. Ces tumeurs avaient par place la même composition que les productions des méninges du malade.

L'examen des tumeurs péritonéales montra notamment l'existence, dans l'endothélium, de corps qui furent reconnus pour des organismes parasitaires. C'étaient des corps homogènes, à reflets verdâtres, de dimensions et de contours variables. Quelques-uns ressemblaient à des coccidies; d'autres se présentaient sous forme de cellules entièrement remplies de protoplasma, sans trace de noyaux, les uns et les autres très volumineux, plus gros que les cellules ordinaires. Un troisième groupe de ces organismes était présenté par des corpuscules encapsulés dans une substance fibrillaire et dont le centre était caséeux ou calcifié et entouré d'une masse qui était riche en noyaux et se colorait facilement. Les dimensions de ces corps étaient aussi très variables : quelques-uns étaient déjà appréciables à l'œil nu, d'autres n'étaient perçus qu'à travers une loupe. Ces corpuscules étaient identiques à ceux qu'on trouva dans les productions de la pachyméningite du malade. Ils existaient encore dans la tumeur de l'œil du lapin, de même que dans les tumeurs des reins et des poumons de l'animal.

M. Jurgens pense donc que chez son malade la méningomyélite et la pyélo-néphrite étaient d'origine coccidienne et que les coccidies peuvent se présenter sous des formes très variables : tantôt sous forme de cellules rondes, tantôt sous forme de cellules ovales, coccidies ou oviformes, etc. Les cellules volumineuses constituent probablement la forme définitive des coccidies tandis que les petites sont des formes de développement qui n'arrivent à l'état adulte que lorsqu'elles peuvent se trouver pendant longtemps dans un milieu privé d'oxygène. Il semble que dans ces conditions il se forme des spores fines très nombreuses qui envahissent l'organisme à la façon des bactéries et provoquent dans les tissus un processus de prolifération qui aboutit à la formation des productions sarcomateuses.

M. Jurgens ne saurait dire pourquoi chez son malade on ne trouve pas de tumeurs; peut-être l'opération faite sur l'œil a-t-elle été faite pour une tumeur : mais le fait n'a pu être établi d'une façon certaine.

Ce qui serait en partie contre l'hypothèse d'une affection coccidienne chez le malade en question, c'est que chez lui l'épithélium fût resté partout intact et que dans toutes les lésions qui furent trouvées on trouva une simple prolifération du tissu conjonctif. Quoi qu'il en soit M. Jurgens pense que c'est la coccidie ou un parasite analogue qui peuvent provoquer la néoplasie sarcomateuse chez l'homme.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LONDRES

Séance du 25 *mars* 1895.

Grossesse extra-utérine.

M. Bland Sutton. — Une femme de 35 ans, mère de deux enfants dont le plus jeune avait 5 ans, fut brusquement prise d'une très violente douleur abdominale et ne tarda pas à tomber dans le collapsus. Ses règles n'avaient manqué qu'une fois et c'est neuf jours après l'époque à laquelle elles auraient dû apparaître que survint l'accident précédent. L'abdomen était distendu et il y avait de la matité dans la fosse iliaque gauche. L'utérus était un peu augmenté de volume, le col était mou et son orifice était béant. Je fis le diagnostic de grossesse extra-utérine et je fis la laparotomie; au moment où j'incisai le péritoine un fort jet de sang artériel se fit jour à travers la plaie et je trouvai un sac rompu dans la trompe de Fallope du côté gauche. J'enlevai l'ovaire et la trompe et j'épongeai avec soin le sang et les caillots. L'opérée guérit rapidement. Le sac contenait une môle tubaire de 8 mm. de diamètre et tapissé d'un chorion à villosités. C'est là la plus petite môle tubaire que j'aie observée. Une autre femme de 35 ans, mariée depuis sept mois et se croyant enceinte de trois mois, fut brusquement prise d'une violente douleur abdominale et d'une métrorrhagie. On découvrit une tumeur dans la fosse iliaque gauche; le fond de l'utérus ne pouvait être senti au-dessus des pubis, le col était si abaissé qu'on pouvait le sentir immédiatement en dedans de la vulve; ce col était ramolli et son orifice était béant; il en sortait du sang fétide. La malade était enceinte, mais il était difficile de dire si le fœtus était dans le ligament large ou dans l'utérus; de plus la grossesse paraissait compliquée par la présence d'une tumeur, un myome utérin ou une tumeur ovarienne. Pendant la nuit, une fausse-couche se produisit, le fœtus avait trois mois; il fut alors évident qu'il y avait une tumeur solide dans l'abdomen. Neuf jours après on fit la laparotomie et on enleva un myome pédiculé ayant son point de départ sur le fond de l'utérus; cette tumeur était enflammée; quelques faibles adhérences l'unissaient à l'intestin et à l'épiploon. La malade guérit.

M. Bidwell. — J'ai opéré un cas de grossesse extra-utérine au dixième mois de la grossesse; le fœtus était mort depuis quelque temps et paraissait âgé de sept mois et demi. Le côlon transverse et une partie de l'iléon adhéraient au sac, le premier en fut aisément séparé; le deuxième fut au contraire déchiré; on dut réséquer une partie et suturer les deux bouts par la méthode de Maunsell. La malade guérit parfaitement, bien qu'une petite fistule fécale ait apparu le dixième jour et ait persisté pendant cinq jours.

SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Séance du 26 *mars* 1895.

Symptômes nerveux et lésions médullaires de certaines anémies graves.

M. Taylor. — Lichtheim le premier en 1887 attira l'attention sur l'association de symptômes nerveux et de troubles médullaires avec l'anémie pernicieuse. Lichtheim et son élève Minnich ont ainsi trouvé dans certaines anémies pernicieuses, des symptômes de plaques de sclérose dans la moelle. Les dégénérescences médullaires étaient surtout marquées dans les colonnes postérieures de la moelle; on peut également trouver de ces dégénérescences chez des sujets qui, pendant leur vie n'avaient présenté aucun symptôme. Norden, Eisenlohr, Noune, Boroman ont publié des observations analogues. Putnam de Boston a publié des observations de dégénérescence diffuse de la moelle chez des sujets affaiblis ayant dépassé l'âge moyen de la vie. Stewart, Bullock ont vu des faits semblables. Pour ma part, j'ai des observations du même ordre. La première est celle d'une femme de 50 ans qui entra à l'hôpital avec des symptômes d'ataxie et dans un état d'anémie considérable. Graduellement elle devint plus faible, les mouvements de ses membres devinrent désordonnés, elle eut ses sphincters paralysés et elle mourut d'épuisement. On trouva dans la moelle des aires dégénérées dans tous les cordons blancs; il n'y avait que peu ou point de changement dans la substance grise. La deuxième observation est celle d'un homme de 43 ans qui entra aussi à l'hôpital avec des symptômes d'ataxie locomotrice; il s'affaiblit de plus en plus; des hémorrhagies sous-cutanées et rétiniennes se formèrent et le malade mourut d'épuisement. Là encore, j'ai trouvé une dégénérescence très accentuée de la substance blanche de la moelle, tandis que les cellules de la substance grise étaient intactes. Ces lésions médullaires de l'anémie ont une double origine : d'une part, la sclérose est le résultat de

petites hémorrhagies semblables à celles qui se produisent dans la rétine au cours de cette maladie ; d'autre part, la sclérose est due à un état particulier du sang. On peut comparer à cette sclérose médullaire de l'anémie, la sclérose médullaire postérieure qu'a trouvée Williamson chez certains diabétiques et celle qu'on observe dans certains cas de pellagre.

M. Harley. — Dans les deux cas de M. Taylor, les symptômes nerveux précédèrent l'anémie; dans le deuxième cas, ce n'est qu'un mois avant la mort que l'anémie fut bien prononcée. Il en a été de même dans les autres cas publiés. Dans ces conditions, on peut regarder l'anémie non comme la cause, mais comme le résultat de la maladie. Dans six cas d'anémie pernicieuse que j'ai observés, je n'ai jamais constaté aucun symptôme médullaire; cependant, dans tous ces cas, il y avait des hémorrhagies dans les rétines et les membranes séreuses. Je crois donc que dans les cas précédents il s'agit de pures coïncidences.

M. Gowers. — Les dégénérescences qu'on a observées au cours de l'anémie dans les cordons postérieurs de la moelle, dans les cordons postéro-médians, latéraux ou antérieurs rappellent absolument celle du tabes. Dans le tabes il y a disparition de l'influence trophique des cellules nerveuses du ganglion postérieur; c'est du reste ce qui arrive sous l'influence de tous les poisons comme le virus syphilitique, l'alcool, l'arsenic, le plomb et peut-être le poison diphthérique; les racines postérieures allant de la peau et des muscles aux ganglions postérieurs sont également affectées. Les fibres qui sont sous l'influence trophique des cellules des ganglions rachidiens sont particulièrement sensibles à l'action de la plupart des poisons; les fibres du cordon pyramidal ne sont sensibles qu'à quelques-uns de ces poisons. Dans tous ces cas la sclérose est constituée par une hyperplasie secondaire laquelle se révèle par son absence de coloration dans les coupes qu'on a soumises à notre examen; mais ces régions sclérosées peuvent-être colorées par le carmin. Que, dans les cas qu'on nous a rapportés, il y ait eu intervention d'un agent toxique, c'est ce qu'on ne saurait nier; mais on ne peut pas dire si c'est le même agent toxique qui a provoqué la sclérose et l'anémie pernicieuse. Dans l'anémie pernicieuse, on trouve des lésions des organes hématopoiétiques : la moelle des os, la rate. De pareils troubles peuvent-ils s'établir sans retentir profondément sur les processus chimiques de ces organes hématopoiétiques? Rappelons-nous que le ferment produit par le bacille diphthérique transforme les matières azotées de la rate en un poison qui agit sur les tissus nerveux et qui, entre autres symptômes, entraîne des troubles très analogues à ceux de l'anémie pernicieuse, mais plus aigus. Une perversion des processus de formation des hématies doit amener une perversion correspondante de la constitution chimique des substances protéiques du sang; il en peut résulter la formation d'un agent toxique capable d'agir sur le système nerveux.

M. Hunter. — Les agents toxiques jouent certainement un rôle considérable dans la production de l'anémie pernicieuse. Cependant, dans les cas qu'on nous a rapportés, la relation entre l'anémie et les symptômes nerveux n'est pas évidente; les troubles nerveux paraissent, en effet, avoir précédé l'anémie. J'ai vu un cas d'anémie pernicieuse spécial en ce que, d'une part, il était associé à certains troubles nerveux, et d'autre part il y avait une pigmentation intense de la peau. Les réflexes patellaires avaient disparu; il y avait de l'engourdissement et des soubresauts dans les membres; puis, survint une atrophie des deltoïdes et des extenseurs des cuisses. Les lésions nerveuses pouvaient être dues ou bien à des changements toxiques produits dans le sang ou à des hémorrhagies survenant au cours de la maladie.

M. Buzzard. — Dans la chloro-anémie simple, les troubles médullaires fonctionnels ne sont pas rares et disparaissent quand l'anémie est guérie. On conçoit, par conséquent, qu'un certain état du sang puisse amener des troubles analogues à ceux qu'a cités M. Taylor. J'ai vu une jeune femme qui présentait tous les symptômes d'une paraplégie organique; elle était atteinte d'une chloro-anémie prononcée; elle guérit complètement quand on la traita pour sa chloro-anémie. Une autre jeune femme avait une diminution des réflexes patellaires en même temps qu'une chloro-anémie. Sous l'influence du traitement de Weir-Mitchell, les réflexes patellaires reprirent toute leur force. Une troisième femme, âgée de 33 ans, entra à l'hôpital avec des symptômes de tumeur cérébrale : céphalée intense, vomissements, rétinite double, absence des réflexes patellaires. On essaya inutilement de l'iodure de potassium; on eut recours au fer qui amena une disparition très rapide de tous les symptômes.

M. Mott. — J'ai vu un cas d'anémie pernicieuse dans lequel les hématies étaient tombées au chiffre de 400,000 par millimètre cube; les réflexes patellaires étaient exagérés, mais il n'y avait aucun signe de lésion patellaire. A l'autopsie, on trouva une dégénérescence graisseuse des cellules pyramidales de l'écorce cérébrale; peut-être, si le sujet eût vécu plus longtemps, eût-on trouvé aussi des lésions des faisceaux pyramidaux croisés.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 29 mars 1895.

Le parasitisme dans le cancer.

M. E. Schwarz. — Les recherches sur l'étiologie du cancer ont toujours été conduites en rapport avec les idées dominantes de chaque époque. A la théorie sur l'origine bactérienne du cancer, a succédé la théorie parasitaire. Contre cette dernière on a soutenu : 1° que les cellules étaient elles-mêmes les agents de l'infection générale; 2° que les phénomènes inflammatoires qui existent dans toutes les infections font défaut dans le cancer; 3° que dans tous les cas, l'affection porte sur un épithélium déterminé.

Ces arguments n'ont pas de valeur absolue. Si l'on accepte l'origine parasitaire du cancer, on peut admettre l'existence d'un parasite doué des propriétés toutes particulières. C'est dans cette direction que fut développée la théorie des protozoaires agents du cancer. Thoma fut le premier à incriminer les protozoaires auxquels on substitua plus tard les coccidies et les corpuscules molluscoïdes. Les coccidies décrites jusqu'à présent peuvent être divisées en trois groupes comprenant : 1° les corpuscules de Russel; 2° les cellules métamorphosées; 3° les productions particulières possédant des caractères morphologiques différents de ceux des groupes précédents. En tous les cas, il faut distinguer nettement entre les productions réellement et seulement en apparence intra-cellulaires.

Toutes ces formes peuvent être divisées en productions plasmoïdes, cytoïdes et cystoïdes présentant les trois stades de développement du même parasite. La véritable nature de ces productions ne peut être déterminée que par les cultures et les inoculations qui jusqu'à présent ont toujours échoué. On est ainsi réduit aux études histologiques qui ont montré qu'il s'agissait surtout d'une métamorphose des leucocytes et des mitoses anormales.

M. Paltauf insiste principalement sur l'homologie de tous les carcinomes secondaires, qui est décidément contre la théorie parasitaire du cancer. En tous les cas il est certain que c'est la cellule qui transporte l'infection. Le développement des carcinomes par contact peut s'expliquer également par la simple transplantation. Il faut encore prendre en considération que les cellules cancéreuses transplantées conservent en partie les propriétés biologiques et morphologiques du cancer d'origine.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

PARIS

Mercredi 24. — M. Mazier. Dégénérescence de l'espèce humaine. Ses causes principales. — M. Ricard. De la dilatation du col de l'utérus contre les vomissements incoercibles de la grossesse. — M. Lefaye. Etude de quelques opérations sur l'utérus et les annexes dans leurs rapports avec la grossesse et l'accouchement. — M. Clément. Etude clinique sur le rapport de quelques affections des fosses nasales avec les organes respiratoires inférieurs. — M. Malençon. Contribution à l'étude des lipomes intra-musculaires des muscles de la vie de relation. — M. Malherbe. L'évidement pétro-mastoïdien dans le traitement des suppurations de l'oreille moyenne. — M. Perrin. De la dermatite de Duhring au cours de la grossesse. — M. Langlois. Contribution à l'étude des pleurésies partielles de la pleurésie du sommet.
Jeudi 25. — M. Bournhonet. Contribution à l'étude de la névralgie du moignon. — M. Barre. Sur une variété du phlegmon du cou. — M. Bourdier. Insertion vicieuse du placenta ... tamponnement vaginal. — M. ...

cherches sur les urines à la deuxième période de la paralysie générale. — M. Bietrix. Etude de quelques faits relatifs à la morphologie générale du système circulatoire à propos du réseau branchial des poissons. — M. Barreiro. Contribution à l'étude du muscle grand dentelé. — M. Mercier. L'éther considéré comme agent d'anesthésie générale. — M. Chapt. Contribution à l'étude de la perforation de l'ulcère simple de l'estomac et de son traitement chirurgical. — M. Renaudin. Etude sur quelques complications des varices des membres inférieurs.

VARIÉTÉS

Bureau central de médecine. — « L'ouverture du 2e concours pour la nomination à trois places de médecin du Bureau Central qui avait été fixée au vendredi 26 avril, à midi, est reculée au lundi 20 mai, à la même heure.

» Par suite, la clôture du registre d'inscription des candidats qui devait avoir lieu le lundi 8 avril, est prorogée jusqu'au lundi 29 avril. »

Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux (Prix Dubreuilh). — Ce prix, d'une valeur de 400 francs, sera décerné en 1896 au meilleur mémoire sur la question suivante :

Parallèle entre la symphyséotomie et l'accouchement provoqué dans les bassins viciés de huit centimètres et demi à neuf centimètres et demi.

Les mémoires, écrits très lisiblement en français, doivent être adressés, francs de port, à M. G. Sous, secrétaire général de la Société, 53, rue des Trois-Conils, jusqu'au 31 janvier 1896, limite de rigueur. Les membres associés résidants de la Société ne peuvent pas concourir. Les concurrents sont tenus de ne point se faire connaître. Chaque mémoire doit être désigné par une épigraphe qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant le nom, l'adresse du concurrent ou celle de son correspondant. Si ces conditions ne sont pas remplies, les ouvrages seront exclus du concours.

Conférences d'embryologie. — M. le docteur Dareste commencera les conférences pratiques d'embryologie normale et tératologique, le mardi 23 avril et les continuera les samedi et mardi de chaque semaine.

Laboratoire de tératologie à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine (Bâtiment du musée Dupuytren).

Avis hygiénique concernant les brosses à dents. — Il importe, si l'on veut éviter des accidents avec des brosses à dents, de se servir de brosses dont les soies sont solidement fixées par un fil d'archal et non celles dont les soies ne sont maintenues que par de la colle.

Le fait suivant, publié par un journal de New-York, vient à l'appui de cette nécessité.

En opérant un malade atteint de typhlite, un chirurgien américain n'a pas été peu surpris de découvrir, comme cause de l'inflammation, une soie de brosse à dents, qui s'était engagée dans l'appendice vermiforme.

A cet accident, d'une gravité parfois mortelle, viennent se joindre les désagréments qui peuvent résulter de l'immobilisation des soies entre deux dents ou bien de leur pénétration dans le pharynx ou le larynx...

ALIÉNÉS

L'asile privé de Leyme, faisant fonction d'asile public pour le Lot et la Dordogne, offre une situation de médecin en chef. Entrée en fonctions le 1er juillet 1895. Le traitement de 6,000 fr. au début s'élèvera graduellement à 8,000 fr. Pension de retraite après 30 ans d'exercice.

Adresser les demandes avec titres à l'appui à M. Miret, directeur de l'asile à Leyme (Lot).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La Médecine des âmes, par le Dr E. LAURENT. Paris, A. Maloine, 1894. Un vol. in-32 de 130 p. relié. Prix : 2 fr. 50.

La Neurasthénie et son traitement, par le Dr E. LAURENT. Paris, A. Maloine, 1895. Un vol. in-18 de 83 p., toile. Prix : 2 fr. 50.

Manuel complet des sages-femmes, anatomie, physiologie et pathologie élémentaires, par le Dr C. FOURNIER (préface de M. Maygier). Paris, J. B. Baillière 1895. Un vol. in-18 de 290 p., toile, 3 francs.

L'Art de donner les soins et d'administrer les médicaments aux enfants malades, par le Dr CARADEC. Paris, O. Doin, 1895. Une brochure in-18, 150 p., 2 francs.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Des fistules urétéro-vaginales, communication à la Société de chirurgie, par le Dr Tuffier.

Depuis la vulgarisation de l'hystérectomie vaginale, les communications entre l'uretère et le vagin sont devenues relativement fréquentes. Limitées autrefois à quelques cas rares, débouchement congénital par malformature de l'uretère dans le vagin, elles sont aujourd'hui le plus souvent d'origine opératoire. La néphrectomie semblait d'abord la seule méthode capable de mettre un terme à l'écoulement de l'urine par le vagin, cette opération toujours grave ne doit être au contraire qu'un pis-aller et toutes les opérations récentes tendent au contraire à rétablir par la vessie le cours de l'urine, et les progrès de la chirurgie de l'uretère permettent d'arriver à ce résultat.

J'ai eu l'occasion, dans ces deux dernières années, d'observer, de traiter et de guérir par des procédés différents, *quatre cas* de fistules urétéro-vaginales. Ce sont ces faits joints à ma pratique expérimentale dejà ancienne sur ce sujet, et à la lecture des travaux parus à l'étranger, qui vont me permettre d'établir devant vous des faits qui touchent à trois chapitres de ces fistules, leur étiologie, leur anatomo-pathologie et leur traitement. Voici d'abord nos quatre faits cliniques dont trois ont été observés à l'hôpital Beaujon et un quatrième dans la clientèle privée. Ces quatre fistules sont consécutives à des interventions vaginales, dans trois cas il s'agissait d'une hystérectomie, dans un seul, il y avait eu incision du cul-de-sac postérieur du vagin et l'uretère avait été blessé. Je me hâte d'ajouter que trois de ces faits ont trait à des malades porteurs de fistules qui nous ont été adressées pour être guéries et dont nous ne sommes aucunement responsables.

Ma *première* malade est une femme de 36 ans qui subit en novembre 1893 une hystérectomie vaginale pour cancer utérin. Le dérapement d'une pince, après l'opération, provoque une hémorrhagie qui nécessite une forcipressure à l'aveuglette, l'uretère droit est pincé et une fistule urétéro-vésicale s'établit. Le 12 décembre 1893, le rein correspondant étant volumineux et douloureux, je répare cette fistule par le procédé suivant: La malade étant dans la position de Trendebabay, je pratique une laparotomie en me rapprochant au maximum du pubis. Je vais à la recherche de l'uretère à son passage sur l'artère iliaque, j'hésite quelque temps à le reconnaître, car il ressemble à s'y méprendre à la veine iliaque — il est bleuâtre, du volume de l'index, mou, flexueux parallèle à l'artère — mais ayant fait placer l'index de mes aides dans le vagin, je m'aperçois qu'en exerçant de légères tractions sur ce cordon, j'attire la cicatrice vaginale; j'incise alors cet uretère dilaté au-dessus de son insertion vaginale et je l'abouche à la partie postérieure de la vessie en ayant soin de placer une sonde à demeure dans le bout rénal de l'uretère, sonde qui ressort par l'urèthre. Suture en triangle bi-muqueuse au catgut et bi-séreuse à la soie, sonde à demeure vésicale, guérison. La malade est entrée, de nouveau, dans le service un an après son opération. Je l'ai cystoscopé et j'ai pu voir son nouveau méat. Le rein est normal, elle est donc parfaitement et complètement guérie.

Cette *implantation urétéro-vésicale par voie abdominale*, que j'avais étudiée au point de vue expérimental depuis plusieurs années, que j'ai conseillée dans le traité de chirurgie en 1889, et que je n'ai pas eu l'occasion d'appliquer sur le vivant, a été faite, cette même année 1893, par Noveiro en février, et mon observation n'est que la troisième en date suivie par celle de Rouffart, de Kruy, de Ponrose. J'insiste sur ce seul point qu'il existait un rétrécissement très marqué de la partie inférieure de l'uretère, et ce canal était très dilaté quarante-six jours après, cette dilatation pourrait le faire méconnaître.

J'avais été très satisfait du résultat obtenu, et je me rappelai que, l'année précédente (1892), j'avais vu à l'hôpital une malade atteinte de fistule urétéro-vaginale droite, consécutive à une hystérectomie, dont j'avait pris l'observation; je lui écrivis de suite pour l'examiner et grand fut mon étonnement quand je la trouvai, en janvier 1894, complètement et *spontanément* guérie depuis dix mois. Cette guérison s'est maintenue. Mon diagnostic était exact et j'oserais à peine vous signaler ce fait, si je n'avais trouvé des observations semblables et, entre autres, une malade de MM. Lavissé et Gallet (Bruxelles). Je vais, d'ailleurs, vous donner, dans un instant, l'explication de ces guérisons paradoxales.

Ma *troisième* malade avait subi, en *août 1893*, une incision du cul-de-sac postérieur pour suppuration pelvienne et présentait en septembre, au fond et à droite du vagin, un abouchement de son uretère. La fistule était petite, l'uretère ne paraissait pas détruit dans sa totalité; je fis sur la paroi vaginale, au voisinage de la fistule, plusieurs *cautérisations* profondes au nitrate d'argent, bien décidé à fermer cette fistule par autoplastie vaginale. Cette femme a guéri après ces simples cautérisations. Je reviendrai sur l'explication de ces faits.

Ma *quatrième malade* est plus intéressante. J'ai pratiqué chez elle l'abouchement urétéro-vésical par *voie vaginale*. Il s'agissait d'une religieuse de 47 ans, qui avait subi, en juillet 1894, une hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne, hystérectomie suivie d'une fistule uretère-vaginale. Je vis la malade en janvier 1895; elle était dans un état lamentable. Le 5 janvier, je cherchai à pratiquer chez elle l'abouchement de l'uretère dans la vessie, en passant par l'abdomen. La laparotomie me fit tomber sur un uretère normal comme volume, mais je rencontrai de telles adhérences dans le petit bassin, qu'il me fut impossible de songer un instant à amener l'uretère au contact de la vessie. La malade était cachectique; je ne voulais pas faire une néphrectomie, je ne voulais pas davantage aboucher la partie supérieure de l'uretère dans l'intestin, opération trop longue que n'aurait pas supportée la patiente. Je fis au catgut la ligature de ce conduit. Ma malade guérit de son opération, et l'écoulement d'urine par le vagin fut tari complètement. Mais, au huitième jour, l'urine fait de nouveau irruption par la fistule. Le 5 février 1895, je pratique, par le vagin, le décollement et la dissection de mon uretère; j'étais certain que son orifice n'était pas rétréci, et, après l'avoir incisé dans l'étendue d'environ un centimètre, je l'abouche dans la vessie, suture en triangle bi-muqueux et bi-musculeux, pour n'avoir ni rétrécissement, ni reflux urinaire. L'opération fut longue, minutieuse, laborieuse, mais ma malade guérit complètement et définitivement.

Les quelques considérations pratiques qui découlent de ces faits sont les suivantes: Au point de vue *étiologique*, mes quatre fistules siégeaient à *droite*, ce siège constant m'avait frappé et mes lectures m'ont prouvé qu'il en est ainsi dans 8 cas sur 10. J'en ai cherché en vain une cause anatomique; je crois que c'est la mécanique opératoire qui peut nous en rendre compte. Il suffit d'avoir l'habitude de l'hystérectomie vaginale ou même de l'avoir vu pratiquer pour comprendre ceci: Lorsque la malade est dans le décubitus dorsal en face de l'opérateur, son ligament large droit est à la gauche du chirurgien, et tandis que l'opérateur agit facilement à sa droite, c'est-à-dire sur le ligament large gauche il ma

nœuvre au contraire plus péniblement à sa gauche, c'est-à-dire sur le ligament droit de la femme. Au moment où l'uretère court le plus grand danger, c'est au moment où l'opérateur place sa pince sur le pied du ligament large ou à ce moment la manœuvre sur le côté droit de l'opérateur est facile, le ligament *large gauche placé à droite du chirurgien* est facilement traité. Au contraire le ligament large et l'uretère droit placés à sa gauche courent les plus grands risques, puisque le chirurgien abaissant l'utérus de la main gauche doit croiser la main droite par-dessus la main gauche pour placer sa pince sur le ligament large placé à sa gauche. Il agit ainsi en position croisée des deux mains, position défavorable ainsi que j'ai pu m'en rendre compte en voyant opérer plusieurs de nos collègues et dans mes observations personnelles. (Il ne s'agit ici que des fistules communes, les cas rares sont dus à des hémorrhagies secondaires par dérapement de pinces et alors l'urètre est aussi bien pincé à droite qu'à gauche.)

Au point de vue *anatomo-pathologique*, nous devons distinguer : 1° les *sections* simples ; 2° les *pertes de substances* plus ou moins étendues de ce conduit. Cette distinction est indispensable pour la thérapeutique. La section de l'uretère peut être *complète* ou *incomplète*. Dans le premier cas les deux extrémités de l'uretère sectionné s'écartent ; dans le second la paroi supérieure persiste, relie comme un pont les deux extrémités sectionnées et ce sont ces sections incomplètes qui expliquent les guérisons paradoxales, guérison spontanée, guérison après simple cautérisation des fistules urétro-vaginales.

Dans les pertes de substances il existe à la partie inférieure au niveau de l'orifice urétro-vaginal, un *rétrécissement cicatriciel* de la plus haute importance. Vous savez que tout rétrécissement de l'uretère aboutit à longue échéance à une atrophie rénale, et d'autre part, la moindre infection vésicale peut alors se propager au rein. Ce rétrécissement doit donc être surveillé et traité avant l'opération ; mais au point de vue opératoire, il faut en tenir le plus grand compte sous peine d'aboucher dans la vessie, l'uretère et son rétrécissement. Qu'on agisse par voie abdominale ou par voie vaginale il faut supprimer le point rétréci, l'exciser pour aboucher un uretère capable de fonctionner.

Le chapitre *thérapeutique* de ces fistules prêterait à de longs développements, mais vous savez tous où en est actuellement la question. Avant tout, le traitement des fistules utéro-vaginales doit être préventif. Ne pas blesser l'uretère dans une hystérectomie est un bon conseil, mais qui ne sera jamais complètement suivi. Dès que ce conduit est blessé, son rétablissement immédiat s'impose, c'est la meilleure façon d'éviter une fistule 2 cas de Tauffer. Une suture sur sonde si la plaie est incomplète, une anastomose soit bout à bout, soit par le procédé de Van Hook, ou mieux une anastomose latérale pour éviter tout rétrécissement cicatriciel sont les procédés de choix.

Mais quand la fistule est constituée, il faut d'abord faire un diagnostic exact pour savoir si la section est complète, incomplète avec ou sans rétrécissement, et à cet égard non seulement l'examen de la fistule, mais le cathétérisme rétrograde de l'urètre par la vessie doivent être pratiqués. Je vous ai signalé deux cas où l'*expectation simple*, où la *cautérisation*, ont suffi à guérir des sections incomplètes, toutes les autoplasties vaginales sont alors de mise et la suture directe peut donner de très bons résultats.

Si la fistule est complète avec perte de substance, c'est à l'*implantation urétéro-vésicale par voie vaginale* qu'il faut d'abord avoir recours. C'est la méthode de choix peut-être plus pénible, mais plus inoffensive. Je la crois préférable à la voie extrapéritonéale de Baüm. Si elle est impraticable, la *voie abdominale* par laparotomie est indiquée, mais il faut bien savoir qu'il existe quelquefois des adhérences qui peuvent rendre toute intervention impossible de ce côté.

Quelle que soit la voie employée nous devons tenir le plus grand compte du rétrécissement cicatriciel de l'orifice inférieur de l'urètre qui, s'il n'était pas détruit, rendrait l'opération inutile. L'abouchement lui-même doit être pratiqué par un procédé qui ne donne ni rétrécissement ni reflux (Wintzel).

Si ces méthodes de choix ne sont pas possibles, je donnerais la préférence au *colpocleisis partiel*, sur *l'abouchement de l'uretère dans l'intestin* ou à la peau malgré les récents travaux de Ridigier sur la réfection d'un canal reliant la vessie à l'embouchure cutanée. Ce n'est qu'en désespoir de cause que je me résignerais à faire une *néphrectomie* qui ne devra être pratiquée qu'au moment voulu, c'est-à-dire ne jamais être primitive, mais ne pas être trop tardive, car l'infection grave du rein en rend l'exécution beaucoup plus difficile, le pronostic beaucoup plus sombre.

NOUVELLES

Avis aux candidats ajournés avant le 2 juin 1895.

— MM. les candidats ajournés avant le 2 juin 1895 sont informés que :

1° Les épreuves pratiques seront renouvelées dans la dernière quinzaine de juin (à partir du 16 juin) ;

2° Les épreuves orales seront renouvelées :

A partir du 15 juin, pour les candidats ayant échoué avant le 16 mai ;

A partir du 1er juillet, pour ceux qui ont échoué après le 16 mai et avant le 2 juin.

Les candidats ajournés avant le 16 mai consigneront les 27, 28 mai et 4 juin 1895 inclusivement, dernier délai.

Les candidats ajournés après le 16 mai et avant le 2 juin consigneront les 10, 11, 17 et 18 juin 1895 inclusivement, dernier délai.

Ils sont tenus de déclarer, en consignant, la date exacte de leur échec.

Amphithéâtre d'anatomie. — MM. les internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les cours de médecine opératoire ont commencé le lundi 1er avril 1895.

Des conférences sur l'histologie pathologique continueront à être faites par M. le docteur Lesage, chef du laboratoire.

MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

N. B. — Les microscopes et autres instruments nécessaires à ces divers travaux pratiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'administration de l'Assistance publique.

Les séries seront reconstituées, pour la médecine opératoire, dès que MM. les élèves auront reçu de nouvelles cartes pour l'année scolaire 1895-1896.

Loi votée par la Chambre des députés sur la vente des sérums thérapeutiques. — « Art. 1er — Les virus atténués, sérums thérapeutiques, toxines modifiées et produits analogues pouvant servir à la prophylaxie et à la thérapeutique des maladies contagieuses et les substances injectables d'origine organique non définies chimiquement, appliquées au traitement des affections aiguës ou chroniques, ne pourront être débités à titre gratuit ou onéreux qu'autant qu'ils auront été, au point de vue soit de la fabrication, soit de la provenance, l'objet d'une autorisation du Gouvernement rendue après avis du comité consultatif d'hygiène de France et de l'Académie de médecine.

« Ces produits ne bénéficieront que d'une autorisation

temporaire et révocable. Ils seront soumis à une inspection exercée par une commission nommée par le ministre compétent. »

« Art. 2. — Ces produits seront délivrés au public, par les pharmaciens, sur ordonnances médicales. Chaque bouteille ou récipient portera la marque du lieu d'origine et la date de sa fabrication.

« En cas d'urgence, les médecins sont autorisés à fournir à leur clientèle ces mêmes produits.

« Lorsqu'ils seront destinés à être délivrés à titre gratuit aux indigents, les flacons contenant ces produits porteront dans la pâte du verre les mots : « Assistance publique — gratuit.

« Ils pourront alors être déposés, en dehors des officines de pharmaciens et sous la surveillance d'un médecin, dans des établissements d'assistance désignés par l'administration, qui auront la faculté de se procurer directement ces produits.

« Toutes ces prescriptions ne s'appliquent pas au vaccin jennérien humain ou animal. »

« Art. 3. — La livraison des substances mentionnées à l'article 1er, à quelque titre qu'elle soit faite, sera assimilée à la vente et soumise aux dispositions de l'article 423 du code pénal et de la loi du 27 mars 1871.

« En conséquence, seront punis des peines portées par l'article 423 du code pénal et par la loi du 27 mars 1871 ceux qui auront trompé sur la nature desdites substances qu'ils sauront être falsifiées ou corrompues et ceux qui auront trompé ou tenté de tromper sur la qualité des choses livrées. »

« Art. 4. — Toutes autres infractions aux dispositions de la présente loi seront punies d'une amende de 16 à 1,000 fr. »

Les dangers du foot-ball. — Le foot-ball entre regrettablement dans les habitudes de notre jeunesse. C'est un jeu intéressant, peut-être, mais brutal et souvent dangereux. Il est bon de relater ce que publie à ce sujet le *British médical Journal*, d'après un rapport documenté de l'Académie militaire de West-Point. On y trouve énumérés le nombre des accidents et leur proportion selon la quantité des personnes se livrant aux divers exercices du foot-ball, de l'équitation et du gymnase. Les résultats plaident éloquemment, ainsi que le constate la *Revue scientifique*, contre le foot-ball : parmi les 84 personnes se livrant au foot-ball, il y a eu 54 accidents entraînant une perte de 277 jours; sur 181 hommes fréquentant le manège, il n'y a eu que 17 accidents et une perte de 57 jours; enfin sur 106 hommes travaillant au gymnase, il n'y a eu que 9 accidents, causant une indisponibilité de 11 jours. Non seulement les accidents causés par le foot-ball sont beaucoup plus fréquents, mais ils sont encore plus graves, puisque la perte de journées pour le foot-ball est de 5,1, pour l'équitation 3,3 et pour le gymnase 1,02. Mais ce qui montre encore mieux le danger de ce jeu, c'est le nombre total des jours d'incapacité de travail causé pour chaque homme par les accidents; ces nombre sont les suivants : pour le foot-ball 8,01, pour l'équitation 0,31 et pour le gymnase 0,15. En somme, les chances d'accident sont 18 fois plus grandes si l'on joue au foot-ball que si l'on monte à cheval et 20 fois plus grandes que si l'on fait de la gymnastique; le nombre des jours d'indisponibilité est 26 fois plus grand dans les accidents dus au foot-ball que dans ceux dus à l'équitation et 50 fois supérieur à ceux dus à la gymnastique.

La guerre sino-japonaise. — Pour les blessés et les malades, le docteur Ishiguro constate que leur nombre, depuis le commencement de la campagne, a été relativement peu considérable. La moyenne de la mortalité parmi les blessés a été jusqu'ici de 4 0/0. Par contre, celui des morts par suite de maladies a été plus élevé. Le typhus et la dysenterie ont particulièrement sévi au début de la campagne, surtout en Corée. Etant donnée la similitude climat, de nourriture et de mœurs des Japonais, des Chinois et des Coréens, l'armée du mikado a eu moins à souffrir qu'une armée européenne.

Le personnel médical qui accompagne l'armée est des plus complets : il y a 380 médecins et 970 infirmiers. La Société de la Croix-Rouge entretient pour sa part un personnel de 138 médecins et infirmiers. Le docteur Ishiguro se réjouit des progrès réels accomplis par le Japon dans la science médicale. Il rappelle que, pendant la guerre civile de Satsushima, il y a vingt ans, la moyenne de la mortalité parmi les blessés a été de 107,5 0/00 tandis que dans la campagne actuelle, elle n'a été que de 27,2 0/00.

Prix de médecine navale. — Le ministre de la marine, sur l'avis du Conseil supérieur de santé de la marine, a décidé que le prix de médecine navale pour l'année 1894 sera accordé à M. Le Dantec, médecin de 1re classe de la marine, professeur-répétiteur à l'Ecole de Bordeaux, pour ses travaux intitulés :

Origine tellurgique du poison des flèches des naturels des Nouvelles-Hébrides.

Etude bactériologique sur pied du Madura du Sénégal.

Etude bactériologique de la variole.

Etude bactériologique de la vaccine.

Un témoignage officiel de satisfaction est concédé à M. Fontorbe, médecin principal de la marine de Rochefort ; Drevon, médecin principal des colonies; Fruitet, Mercié et Bohéas, médecins de 1re classe de la marine; Simon, médecin de 1re classe des colonies.

Le docteur Le Dantec recevra une médaille d'or et le complément en espèces, jusqu'à concurrence de 500 fr.

Concours pour une place de médecin des hôpitaux de Lyon. — Ce concours s'est terminé vendredi par la nomination de M. le Dr Lyonnet.

Le Conseil municipal de Paris vient d'allouer une subvention de 1,200 francs à M. le docteur Lancereaux, médecin honoraire des hôpitaux, pour lui créer un laboratoire.

Nomination des internes titulaires, internes provisoires et externes des hôpitaux de Paris. — Les concours de l'internat et de l'externat en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris se sont terminés par la nomination des candidats dont les noms suivent, classés par ordre de mérite.

I. *Internes titulaires.* — 1. Cunéo, Imbert, Terrien, Nobécourt, Ombredanne, Hepp, Lesné, Bernard, Rist, A. Sicard, Estrabaud, Dujarrier, Marchais, Brin, Claisse, Millian, Garnier, A. Martin, Cottet, M. Chaillous.

21. Gardy, Blanc, Bize, Macrez, Comte, Haury, Bertherand, Auclaire, Cavasse, Termet, Pascal, Coville, Barnsby, Descazals, R. Mercier, M. Faure, Heresco, Salmon, Sainton, Levrey.

41. Delamare, Le Für, Desvaux, Branca, Bigeard, Delmont-Bebet, Piatot, Canuet, P. Tissier, Got, Lombard, Bonamy, Guillemin, G. Le Roy, Vouzelle, Scæfer, Decloux, Cestan.

II. *Internes provisoires.* — 1. Deguy, Ménier, Martinet, Rosenthal, Guibé, Hérard, Poix, Veuillot, Mettetal, Roger (Jean), Griffon, Nimier, Guillemot, Le Dard, Luys, Larrieu, Choppin, Jay (Noël), Clamouse, Bonnet (René).

21. Ferron, Druault, Rastouil, Constensoux, Véron, Pélisse, Vast, Zimmern, Sauvage, Tissot, Weill, Delestre, Villeneuve, Cocherné, Guilbaud, Clermont, Roux, Rudaux, Dardel, Riffe.

41. Tissier (Henri), Durrieux, Brosset, Lévy (Armand), Mlle Leclerc, Maugery, Grosjean (Simon), Gilbert, Fays, Ghika, Gaullieur l'Hardy, Moret, Sicard (Gabriel), Pédeprade, Théohari, Andreau, Monod (Fernand), Grisel, Veau, Olgiati.

61. Daumy, Millienne, Castaigne, Deroyer, Bourguignon, Millet (Maurice), Dupuy-Dutemps, Lévy (Jules), Poulain, Bacaloghi, Heim, Gaudefroy, Jousset.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 avril 1895.

Présidence de M. Empis.

La correspondance comprend une lettre de M. le professeur **A. Pinard**, qui prie l'Académie de recevoir en dépôt un pli cacheté (accepté).

Acné hyperthrophique du nez.

M. Lucas Championnière présente un malade atteint d'un nez hypertrophique qu'il a opéré par le procédé d'Ollier. M. Ollier a soutenu cette idée que dans ces cas, il suffirait de faire la décortication du nez sans s'occuper en rien de la réparation qui se faisait toute seule. Le nez se répare aux dépens des parties voisines. Ces dernières généralement malades elles-mêmes guérissent par le fait de la rétraction de la peau. Il ne faut pas toucher à la sous-cloison, c'est ce qui sert de point d'appui à la traction qui se fait sur les parties voisines.

M. M. Sée. — Il y a douze ou quinze ans que j'ai appliqué le même procédé à un grand nombre de nez. Au lieu de décortiquer le nez, je me suis borné à traiter par le thermocautère chacune des boursouflures d'une façon isolée, en laissant intactes les intervalles de peau saine qui pouvaient exister.

M. Lucas Championnière. — Dans les cas où l'hypertrophie du nez est aussi considérable qu'elle l'était chez ce malade, le procédé de M. Ollier me paraît plus rapide et plus complet.

Epidémie de pancardite liée à une épidémie de grippe.

M. Camescasse a observé diverses formes de grippe dans la région où il habite, en particulier des lésions du cœur chez des individus ayant eu ou n'ayant pas eu de la pneumonie.

Le début a toujours été insidieux; il est difficile de savoir depuis quand le cœur est malade. Dans un premier mode on voit s'établir une dyspnée croissante; dans un deuxième mode le cœur est atteint d'une angine de poitrine, et dans trois cas il y a eu mort subite. Il n'y a pas d'œdème. Le pouls était rapide et irrégulier. Quand les accidents tumultueux étaient calmés, il y avait absence complète de bruits pathologiques ou bien des souffles surajoutés. La tachycardie était constante; le pouls atteignait 130, 140. Les lésions valvulaires constituées semblent actuellement entrer dans la période d'organisation. D'autres cas sont caractérisés par une tachycardie paroxystique.

Androgyne.

M. Hallopeau présente l'androgyne dont l'histoire a été publiée en 1892 par M. Guermonprez, la configuration des organes génitaux externes est surtout féminine : leur aspect est celui d'une vulve avec des grandes et des petites lèvres, un petit pénis simulant un gros clitoris et un petit vagin étroit, admettant le petit doigt; la présence d'un testicule dans l'une des grandes lèvres ne laisse pas de doute relativement au sexe de cet individu d'autant plus que l'autre testicule a été enlevé et examiné au point de vue histologique. Dans tout son ensemble ce sujet participe des deux sexes; il a cependant des goûts exclusivement féminins et il nous a fallu l'admettre à l'hôpital dans la salle des femmes; il demande qu'on le débarrasse de son testicule dont la présence dans la grande lève gêne ses rapports sexuel d'ailleurs bien imparfaits. La dénomination classique de pseudo-hermaprodisme mâle appliqués aux faits de cette nature n'indiquant pas suffisamment le caractère mixte de ces sujets, M. Hallopeau propose de leur réserver le nom d'androgynes, le premier radical et le genre grammatical de ανδρος indiquant le sexe réel, le second les attributs surajoutés : on appellerait gynandre les sujets qui présentent les malformations inverses et il n'y aurait plus d'autres hermaphrodites que les sujets réellement bisexués.

M. Debove fait un rapport sur un travail lu à l'Académie par le docteur Clozier (Beauvais) et relatif aux zones hystérogènes et hystéro-clasiques. M. Debove conclut que le docteur Clozier a eu affaire à des cas exceptionnellement favorables.

Le second mémoire de M. Clozier est intitulé : *De l'origine gastro-intestinale des hystéro-névroses.*

Comité secret.

Candidats au titre de correspondant national 1° M. Testut (de Lyon); 2° M. Bertrand (de Cherbourg); 3° ex-æquo MM. Fiessinger (d'Oyennax) et Glénard (de Lyon); 4° ex-æquo MM. Mossé (de Toulouse) et Soulier (de Lyon).

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 1er avril 1895.

De la contractilité des vaisseaux lymphatiques.

M. Gley. — J'ai réussi à appliquer la méthode graphique à l'étude des mouvements de la lymphe, du moins dans la citerne de Pecquet et dans le canal thoracique, chez le chien. Ces recherches ont été faites en collaboration avec M. L. Camus. Nous avons constaté que le nerf splanchnique contient des filets dilatateurs et constricteurs de la citerne et que de semblables filets pour le canal thoracique se trouvent dans le cordon thoracique du sympathique, au-dessous du premier ganglion. Les nerfs dilatateurs de ces vaisseaux lymphatiques sont plus excitables ou plus nombreux que les filets constricteurs. Des excitations sensitives diverses, comme l'excitation d'un nerf de sensibilité générale, peuvent donner lieu à la dilatation du canal thoracique.

Il résulte de ces expériences que la contractilité des principaux canaux lymphatiques est régie par le système nerveux, comme la contractilité artérielle, et par conséquent que cette propriété doit jouer un rôle important dans la circulation de la lymphe.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 5 *avril* 1895.

Rupture traumatique de l'artère poplitée. Thrombose double.

M. Picou rapporte l'histoire clinique d'un homme entré à l'hôpital à la suite d'écrasement du membre inférieur au niveau du genou.

On constate une plaie contuse avec gangrène gazeuse. Malgré de longs débridements l'état général reste mauvais; puis la gangrène envahit totalement le pied et les régions profondes de la jambe. Malgré une longue expectation l sphacèle ne se limitant pas et le mauvais état général persistant, on pratiqua l'amputation de la cuisse au tiers inférieur.

La dissection de l'artère poplitée montra qu'il existait une rupture de ce vaisseau à 25 millim. au-dessus de l'interligne articulaire, n'intéressant que les tuniques interne et moyenne. Juste au-dessous on voyait une thrombose du volume d'un grain de maïs et plus bas un autre plus petit situé exactement au niveau de la bifurcation de l'artère poplitée.

M. Picou montre la feuille de température du malade avec les grandes oscillations qui n'ont cessé qu'après l'amputation, bien qu'il n'y ait eu aucune lésion inflammatoire du côté de l'artère malade.

M. Walther a été appelé d'urgence pour donner ses soins à ce blessé qui présentait, sur tout le membre inférieur, les symptômes de la gangrène gazeuse. Vu l'état de dépression du malade, il ne songea pas à l'amputer immédiatement. Il se contenta de débrider largement et de désinfecter les plaies.

Sarcomatose cutanée.

M. Mermet relate l'observation d'un malade qui présentait à la nuque, au niveau de la 6e vertèbre cervicale, une petite tumeur située dans le plan sous-cutané et roulant sur les plans profonds. Cette tumeur fut enlevée; la réunion se fit par seconde intention, et la tumeur récidiva peu de temps après dans la cicatrice. Une nouvelle intervention fit disparaître cette récidive. Entre temps, le malade avait été vacciné à l'hôpital et dans la cicatrice de la pustule vaccinale se développe une autre petite tumeur. Deux de ces tumeurs sont présentées à la Société. La coupe en est blanchâtre : toute la peau est envahie, sauf l'épiderme. L'aponévrose des muscles sous-jacents commençait à être intéressée.

M. Sourdille présente une tumeur enlevée à la inférieure de la cupule ombilicale simulant assez exacte l'aspect d'une verge d'enfant. L'examen microscopique montra qu'il s'agit d'une tumeur sarcomateuse.

M. Pilliet pense qu'il s'agit dans ce dernier cas d fibro-sarcome d'origine inflammatoire bien différent de néoplasie présentée par M. Mermet.

Cancer colloïde de l'estomac.

M. Durante présente les pièces d'une jeune fille de 20 ans soignée pour ulcère rond de l'estomac et en offrant d'ailleurs tous les symptômes. Quelque temps avant sa mort elle avait eu de la grippe compliquant une grossesse de cinq mois puis un souffle mitral et enfin une hémiplégie avec des symptômes fébriles. A l'autopsie on ne reconnut aucune lésion nettement localisée du côté de l'encéphale. L'estomac très petit avait ses parois fortement épaissies, la muqueuse bourgeonnante et ulcérée par place, présentait du ramollissement colloïde des bourgeons; il existait des ganglions cancéreux le long de la petite courbure et au hile du foie; le pancréas adhérent au grand cul-de-sac était envahi par le cancer. A la valvule mitrale il existait des lésions anciennes et une végétation d'endocardite plus récente; la mort paraît être venue à la suite d'infection généralisée, avec porte d'entrée du côté des ulcérations de l'estomac.

Hernies de la vessie.

M. Walther résume les observations de trois malades qui furent opérés de cure radicale de hernie; dans le sac on trouva la vessie. Dans le premier cas, il s'agissait d'un homme de 59 ans, entré à l'hôpital pour hernie scrotale étranglée, l'intestin se trouvait à la partie supérieure du sac: sa réduction fut facile, mais le sac était rempli; par une sorte de poche kystique, d'aspect séreux sans adhérence aux parois du sac et du collet; son pédicule se distinguait derrière le pubis: une sonde introduite dans l'urèthre montra que c'était un cul-de-sac vésical qui avait élu domicile dans le sac herniaire; c'était donc une hernie dite *par bascule*.

Dans le second cas opéré plus récemment, on trouva dans un sac inguinal gauche une hernie de la vessie, mais elle était en bissac, c'est-à-dire que la partie sous-péritonide de la vessie avait glissé sous le collet du sac, comme une hernie du gros intestin, tandis que la partie intra-péritonéale se présentait au niveau du collet du sac. En tirant sur cette dernière on faisait disparaître la première, et on peut penser que plus tard ce même mécanisme se fût produit spontanément et qu'on eût trouvé la physionomie de la hernie vésicale du premier cas.

Utérus bicorne.

M. Mouchet présente les organes génitaux d'une femme chez laquelle on avait fait un curettage pour métrorrhagie à la suite d'accouchement. — L'examen à l'hystéromètre, la dilatation, l'opération s'étaient faites sans incident. Un jour pourtant on eut de la difficulté à pénétrer dans la cavité utérine.

L'examen de l'utérus fait constater une cloison divisant la cavité de l'utérus, et montre que l'infection de l'organe est à peu près limitée à un seul côté, avec abcès périmétrique, adhérence de l'épiploon, endométrite et salpingite. La cavité du col était unique.

M. Sourdille présente un cancer de l'œsophage avec fistule broncho-ophagienne.

M. Sourdille montre un ulcère de l'estomac avec perforation s'ouvrant dans une poche dont la rupture amena une péritonite suraiguë.

M. Sourdille présente le poumon d'un homme qui reçut un coup de pied de cheval et mourut avec hémoptysie foudroyante au bout de huit jours. On constate en outre de l'épanchement de la plèvre un épanchement sero-sanguinolent, et dans un poumon induré une cavité du volume d'un œuf de dinde avec caillots, dans laquelle s'ouvraient de grosses bronches. Il n'y avait pas de fracture de côtes.

M. Mermet montre les organes génitaux d'une femme morte d'hématocèle retro-utérine avec rupture de la trompe contenant l'embryon.

M. Durante montre l'S iliaque trouvée à une autopsie des petites cavités appendues au bord de ce gros intestin, du volume d'une noisette, pédiculées, communiquant par un trajet fistuleux avec la cavité intestinale et remplies de matières fécales dures.

M. Mouchet montre un col utérin dont la lèvre postérieure fortement hypertrophiée retenait un pessaire qui, étranglant le col, nécessita une hystérectomie partielle.

G. Dagron.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 6 *avril* 1895.

Présidence de M. Chauveau.

La sérothérapie dans la syphilis.

M. Richet, qui a exposé déjà ses recherches sur la sérothérapie dans la syphilis dans une communication faite il y a deux mois (v. *Merc. méd.* 1895, n° 3, p. 31) ajoute aux deux cas qu'il a signalés, un troisième identique. Il s'agit cette fois d'une femme atteinte depuis trois ans et demi de gommes ulcéreuses multiples qui avaient résisté à tout traitement. On fit une injection de sérum antisyphilitique et la malade guérit en quinze jours.

Le sérum provenait d'un âne inoculé 54 jours auparavant avec du sérum d'une syphilitique en pleine période secondaire.

En terminant, M. Richet fait observer que l'action manifeste du sérum pris 54 jours après l'inoculation de l'animal, montre que les substances antitoxiques ne disparaissent pas rapidement du sang.

Syringomyélie avec signe d'Argyll Robertson.

MM. Léopold Lévi et **Sauvineau** ont observé dans le service de M. le professeur Raymond, un cas de syringomyélie (dissociation de la sensibilité, atrophie musculaire des mains et des épaules, paraplégie spasmodique des membres inférieurs, troubles trophiques cutanés, en outre quelques phénomènes tabétiformes; perte de la sensibilité tactile, incoordination des quatre membres). L'examen du larynx a fait reconnaître la paralysie de l'abducteur de la corde vocale inférieure droite. A l'examen oculaire, on constate de l'inégalité pupillaire (myosis à droite, mydriase à gauche) avec une pupille oblique, de la parésie du droit externe, avec spasme du droit interne associé, de la diplopie homonyme avec écartement horizontal, vertical de 15 cm. Le malade présentait enfin le signe d'Argyll Robertson.

Ce signe ne fait pas partie de la symptomatologie habituelle de la syringomyélie. Il peut faire poser un diagnostic délicat avec le tabes, et la question de l'association du tabes et de la syringomyélie comme dans des cas d'Eisenlohr, Nonne, Jegorow, Redlich, Oppenheim, Schlesinger. Mais dans ces cas il s'agit de tabes dont les lésions anatomo-pathologiques tiennent sous leur dépendance la formation des cavités. Or le malade observé ne présentait pas d'autres phénomènes de la série tabétique.

D'ailleurs le signe d'Argyll Robertson s'observe en dehors du tabes et de la paralysie générale; M. Parinaud l'a rencontré unilatéral dans deux cas de pachyméningite cervicale hypertrophique, et bilatéral dans une vingtaine de cas d'hémiopie corticale; M. Raymond dans un cas encore inédit de mal sous-occipital.

Glycogénie.

M. Kauffmann soutient contrairement à M. Dastre pour lequel la glycogénie constitue une fonction générale des tissus de l'organisme, que la glycogénie, du moins chez les animaux supérieurs, est une fonction dévolue au foie.

A l'appui de sa façon de voir M. Kauffmann cite certains faits de physiologie hépatique. D'abord le fait de la solubilité du glycogène, l'absence de formation de glycogène après l'isolement du foie, la possibilité d'obtenir des quantités considérables de glycogène par le lavage du foie avec une solution de chlorure de sodium, expérience qui montre que le foie cède facilement son glycogène.

Quant à l'expérience principale de M. Dastre, d'après laquelle le glycogène serait retenu dans les éléments figurés de la lymphe et n'existerait pas dans le plasma, M. Kauffmann fait observer que l'expérience a été faite une heure au moins après la soustraction de la lymphe, si bien que le gly-

cogène qui se trouvait dans le plasma pouvait fort bien être détruit au bout de ce temps.

M. Dastre fait observer que l'expérience avec le lavage du foie n'est pas démonstrative en ce sens qu'il ne s'agit plus dans ces conditions d'un organe vivant qui cède non seulement le glycogène, mais encore de l'albumine.

Quant à son expérience incriminée, M. Dastre ne se cache pas que les conditions dans lesquelles elle a été faite ne sont pas tout à fait à l'abri de la critique; mais si le glycogène pouvait être détruit dans le plasma, reste à établir pourquoi il est resté intact dans les éléments de lymphe.

M. Bourquelot fait remarquer que dans les expériences de M. Kauffmann, le dosage quantitatif du glycogène du sang n'a pas été fait, et les chiffres qu'il a donnés sont tellement minimes, que l'existence du glycogène découvert d'après les procédés utilisés, peut paraître douteuse.

M. Déjerine fait une communication sur les rapports entre le ruban de Reil et la corticalité.

R. Romme.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 avril 1895.

Fistules urétéro-vaginales.

M. Tuffier. — (Voy. p. 169).

M. Segond. — La fistule urétéro-vaginale est moins fréquente qu'on ne l'a dit. Sur 420 hystérectomies que j'ai pratiquées, je n'ai eu que deux fois une fistule urétéro-vaginale à coup sûr, et peut-être une troisième fois. Dans ce dernier cas, il s'agissait peut-être d'une de ces fistules qui guérissent spontanément, et dont M. Tuffier vient de nous parler. Je crois comme M. Tuffier que la voie vaginale est la meilleure, lorsqu'il s'agit du traitement curatif de ces fistules; mais, c'est sur le traitement préventif que je veux m'étendre ici.

Lorsque le col est sain, l'uretère, après avoir doublé le psoas et être arrivé à la base du ligament large, se dégage de ce dernier pour venir se placer à 2 ou 3 centimètres du col. De plus, dans la base du ligament large, l'uretère est entouré d'un lacis veineux inextricable, provenant des veines utérines. Ces veines forment entre l'uretère et l'utérus une sorte de moyen d'union, qui fait que celui-là suit toujours les mouvements de l'utérus. Il faut se souvenir de ces notions pour pratiquer l'hystérectomie. Aussi le mieux est-il de faire l'hystérectomie en deux temps: enlever d'abord le col, ensuite faire le morcellement du corps. Par ce moyen, on respectera facilement l'uretère. On doit, en effet, éviter de faire basculer l'utérus dans sa totalité; on l'empêchera ainsi d'entraîner avec lui l'uretère qui lui est uni, comme je l'ai dit précédemment. Ceci est tout à fait en contradiction avec ce qu'on a dit sur l'hystérectomie, particulièrement en Allemagne, et me fait donner la préférence à l'hystérectomie en deux temps. Ces faits doivent être d'autant plus pris en considération que lorsque le col est gros, comme il arrive presque toujours quand nous opérons, il se rapproche de l'uretère, et que la blessure de l'uretère est plus à craindre quand l'utérus s'abaisse facilement.

Contusions de l'abdomen.

M. Kirmisson. — Parmi les signes précoces qui peuvent accompagner les ruptures de l'intestin, dans les contusions graves de l'abdomen, je crois qu'il faut attacher une certaine importance à la suppression de l'urine. Il y a une dizaine d'années, j'ai observé dans le service de Le Fort, à l'hôpital Necker, un jeune maçon tombé d'un échafaudage, et atteint dès le lendemain d'accidents péritonitiques graves. Il n'avait pas rendu une seule goutte d'urine depuis son accident, et, comme d'autre part il n'y avait pas eu trace d'uréthrorrhagie, je pensai bien qu'il ne s'agissait pas là d'une rupture de l'urèthre, et je n'hésitai pas à rapporter à une rupture de l'intestin la douleur fixe que le blessé accusait au niveau de la symphyse sacro-iliaque du côté droit. Le cathétérisme ne permit pas, en effet, d'évacuer la moindre goutte d'urine et l'autopsit mit bientôt à même de vérifier l'existence d'une rupture complète de l'intestin.

M. Reynier. — Malgré les résultats heureux obtenus par M. Michaux, il n'en est pas moins vrai qu'une laparotomie n'est pas toujours exempte d'inconvénients et que, s'il est des cas devant lesquels on ne doit pas hésiter à intervenir immédiatement, il en est d'autres dans lesquels l'opération ne serait pas suffisamment justifiée.

Tout récemment j'ai été appelé auprès d'un blessé qui, dans des exercices de gymnastique, était tombé sur une barre de trapèze et avait eu rapidement des vomissements alimentaires avec une tendance syncopale et de vives douleurs dans la région du côlon transverse. Six heures après l'accident, le pouls était petit, le ventre très douloureux et légèrement tympanisé. Malgré ces symptômes initiaux, une amélioration se produisit dès le lendemain et le malade est aujourd'hui tout à fait rétabli.

M. Reclus. — J'ai observé il y a sept mois un homme blessé d'un coup de pied de cheval dans l'abdomen. Par le seul fait de l'intensité du traumatisme, je me serais décidé à intervenir immédiatement. Lorsque je vis le malade, dix-huit heures après l'accident; il existait un léger tympanisme dans la région hépatique, une douleur extrêmement vive au niveau du point traumatisé, avec un pouls fréquent. Je pratiquai donc la laparotomie et je trouvai une déchirure intestinale; je réséquai l'anse lésée, mais mon opéré succomba le troisième jour.

M. Michaux. — Je remercie tous mes collègue qui ont bien voulu apporter leurs observations dans la discussion que j'ai soulevée. MM. Delorme, Quénu et Reynier ne sont pas de mon avis. M. Chaput seul partage mon opinion.

M. Delorme dit que les contusions par coups de pied de cheval guérissent sans le secours de la laparotomie. Je dirai cependant que tous les chirurgiens militaires ne sont pas de l'avis de M. Delorme et les statistiques de M. Chavasse en sont un exemple. M. Delorme a vu neuf cas de contusions de l'abdomen; sept ont guéri d'elles-mêmes; deux autres malades ont succombé faute d'intervention. M. Delorme aurait dû intervenir dans ces deux cas.

M. Quénu dit qu'il n'a vu que des cas légers et dans lesquels la laparotomie n'avait aucune raison d'être. Mais je crois inutile de rappeler que six des cas que j'ai rapportés étaient des contusions graves. Si dans les autres cas plus bénins j'ai fait la laparotomie, je m'empresse de dire que je n'ai pas fait une opération dangereuse et que rien, en somme, ne me prouvait la bénignité des lésions. Evidemment, au début de l'accident, il n'y a pas de différences cliniques bien marquées entre les contusions graves et les contusions légères. Néanmoins, je déclare que je n'ai jamais dirigé mon intervention avec parti pris, et que je n'ai fait la laparotomie qu'après un examen approfondi du malade. Plus vite j'intervenais, plus vite mon malade guérissait. Cela ne suffit-il pas pour expliquer ma ligne de conduite?

M. Quénu. — Je n'ai que deux mots à dire: Si, pour décider l'intervention, M. Michaux dit qu'il faut considérer l'intensité considérable de la contusion, la localisation de la douleur, les caractères cliniques bien déterminés du malade; si, en un mot, M. Michaux ne veut pas être absolu dans ses conclusions, nous serons tous d'accord avec lui. Pour moi, dans la discussion de la dernière séance, je n'ai protesté que contre les conclusions trop absolues de M. Michaux, telles que je les avais lues dans le compte rendu de la *Semaine Médicale*.

M. Delorme. — Si je ne suis pas intervenu dans les deux cas de contusion grave dont je vous ai parlé, c'est parce que certaines circonstances indépendantes de ma volonté m'en ont empêché.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 5 avril 1895.

Présidence de M. Hayem.

Diphthérie de l'adulte.

M. Catrin. — Dans la dernière séance, M. Gougenheim pensait que la diphthérie était plus fréquente chez l'adulte

qu'on le pense généralement. Je ne puis partager cette manière de voir. D'après mes statistiques, la diphthérie est fort rare chez l'adulte et de plus elle est beaucoup plus bénigne que chez l'enfant. Je crois que l'examen bactériologique confirmera ces données, et que dans l'armée, la mortalité déjà si minime des diphthériques sera encore diminuée par l'emploi du sérum.

Chorée récidivante et devenue chronique avec transmission par hérédité similaire.

M. A. Chauffard. — On ne saurait longtemps hésiter sur le diagnostic de la malade que j'ai l'honneur de vous présenter, messieurs; c'est une choréique; mais ce qui fait l'intérêt de cette malade c'est la variété de sa chorée.

La malade, âgée aujourd'hui de 53 ans, n'a aucun antécédent héréditaire. Elle est prise à onze ans d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu se prolongeant pendant un mois. Au cours de la convalescence elle est prise d'une première attaque de chorée très intense qui commence par le membre droit mais ne tarde pas à se généraliser. Elle guérit après un séjour de deux mois à l'hôpital. A 21 ans, elle est pour la seconde fois enceinte et présente dès les premiers mois de cette grossesse une hémichorée droite. Elle accouche à terme d'un enfant qui meurt à 24 ans d'une fièvre paludéenne mais sans jamais avoir présenté de symptômes nerveux. A 22 ans, troisième grossesse normale se terminant par la naissance d'une fille dont nous verrons plus tard l'histoire. A 27 ans, quatrième grossesse normale d'un enfant actuellement bien portant n'ayant jamais eu d'accidents nerveux. A 47 ans, ménopause. A 48 ans, à la nouvelle de la mort de son fils elle a une attaque très forte de chorée débutant par la main droite, puis généralisée. Après trois mois de séjour à l'hôpital elle sort améliorée, mais non guérie; elle conserve une hémichorée droite qu'elle a encore aujourd'hui. Depuis un mois les mouvements choréiques ont augmenté, mais ils semblent rétrocéder depuis que la malade est à l'hôpital. Ajoutons que cette femme n'a jamais eu ni troubles de la sensibilité, ni incoordination dans les mouvements volontaires.

L'histoire de la fille se rapproche fort de celle de la mère. Ayant subi une attaque de rhumatisme à 13 ans, elle a une attaque intense et bilatérale de chorée d'une durée de 3 mois. A 17 ans, à l'occasion d'une nouvelle peur, elle a une seconde attaque de choree. A 19 ans, première grossesse et nouvelle attaque d'hémichorée droite légère. Elle a actuellement 30 ans et présente des signes très nets d'insuffisance aortique avec léger rétrécissement mitral, reliquats de son attaque de rhumatisme articulaire aigu.

Comment intituler maintenant la chorée de la mère ; est-ce une chorée de Sydenham ou d'Huntington? Les symptômes nous font évidemment pencher vers la seconde hypothèse ; on ne peut guère objecter que l'absence de troubles mentaux et le fait que depuis 5 ans, la maladie n'a pas suivi de marche progressive. En somme, la chorée d'Huntington est surtout caractérisée par sa chronicité et la tendance à sa transmission héréditaire; or, ce sont là les deux points les plus importants de l'observation. Les faits de ce genre nous semblent relier les deux variétés de chorée et ne permettent pas de les considérer, comme Osler, comme deux maladies distinctes. Ils nous montrent de plus que la chorée *n'est qu'un mode de réaction motrice pathologique du névraxe cérébro-spinal vis-à-vis d'excitants morbigènes très variables.*

M. Gilles de la Tourette. — La chorée d'Huntington a cependant des caractères spéciaux tels que l'aliénation mentale ; or, la malade de M. Chauffard a aujourd'hui un état mental satisfaisant; cela persistera-t-il?

M. Chauffard. — La chorée des enfants s'accompagne aussi de troubles délirants, c'est une question de plus ou de moins.

M. Gilles de la Tourette. — Il ne me paraît pas que l'on puisse comparer le délire de la chorée des enfants à la vésanie de la chorée de Huntington; ce sont deux choses différentes.

Sur un cas de névrose traumatique.

M. Debove. — Le malade que j'ai l'honneur de vous présenter est âgé de 56 ans; il n'est ni alcoolique ni syphilitique et a toujours joui d'une bonne santé jusqu'au 12 décembre dernier. Ce jour-là il fait une chute dans l'escalier, il se fait une plaie qui saigne abondamment et est transporté à Saint-Louis sans connaissance. Quand il revient à lui, il est paralysé des quatre membres ; mais peu à peu les mouvements reviennent et au bout d'une dizaine de jours il put manger seul; les phénomènes paralytiques ont toujours été en s'amendant. Aujourd'hui le malade ne présente aucune lésion viscérale en dehors de celles de son système nerveux. Il existe un affaiblissement des quatre membres plus marqué à gauche, ce qui fait notre malade hémiplégique. Les réflexes sont exagérés aux quatre membres, surtout à gauche. il y a de plus une légère contracture des quatre membres, Leur coloration est très variable suivant l'attitude du membre. Le malade est de plus un peu larmoyant; il présente un haut degré de dermographisme. Tous ces troubles ont été manifestement produits par la chute du 12 décembre; c'est donc à une névrose traumatique que nous avons affaire.

M. Gilles de la Tourette. — En Allemagne on a voulu faire de la névrose traumatique une entité morbide. Mais Charcot n'a pas eu de peine à montrer que les symptômes indiqués étaient très dissemblables et que dans les observations publiées, les unes se rapportaient à l'hystérie, d'autres à la neurasthénie, d'autres enfin à de véritables lésions matérielles. Chez un malade venant des ateliers de M. Eiffel, j'ai cru être en présence d'une névrose traumatique. A la suite d'une contusion légère du coude, il avait eu une paralysie de la main avec œdème bleu. Aucun signe d'hystérie à ce moment. Mais, six mois plus tard, l'hystérie se développait au grand complet. Il faut donc observer les malades assez longtemps avant d'affirmer qu'ils ne sont pas hystériques.

M. Rendu. — L'hypothèse d'une lésion centrale me paraît fort défendable. Cet homme, présente à la suite d'une chute amenant une large plaie du cuir chevelu, une paralysie qui est actuellement encore très réelle ; ne peut-on pas supposer des lésions telles que congestion, hémorrhagies capillaires, œdème interstitiel, localisées soit dans des régions symétriques du cerveau soit dans le bulbe?

Typhlite et appendicite.

M. Lereboullet fait un rapport sur la candidature de M. Feltz, et ajoute à ce sujet les réflexions suivantes :

M. Feltz présente deux séries d'observations : la première a pour titre *Appendicite compliquée d'abcès aréolaires du foie.* Elles confirment ce qu'a si bien dit notre collègue M. Achard, en montrant la difficulté du diagnostic de ces abcès et de l'interprétation des conditions pathogéniques qui peuvent leur donner naissance.

Les sept autres observations communiquées par M. Feltz ont trait à des cas de *pérityphlite.* Sous cette dénomination, notre confrère confond les accidents dus aux appendicites et les lésions déterminées par les engorgements stercoraux du cæcum ou par les inflammations consécutives aux antérocolites chroniques. Son but nous paraît d'avoir voulu prouver que des pérityphlites à début brusque pouvaient guérir sans opération; mais c'est là une question qui ne paraît avoir aujourd'hui qu'un intérêt secondaire. Il eût été plus intéressant de montrer les relations qui existent entre les lésions appendiculaires et les symptômes de typhlite ou de pérityphlite. M. Millard a rappelé en effet combien était difficile le diagnostic entre une pérityphlite consécutive à un catarrhe intestinal et l'appendicite. Je voudrais à cette occasion rappeler deux faits cliniques qui resteront à jamais gravés dans mes souvenirs.

Je fus appelé un jour auprès d'un malade jouissant ordinairement d'une bonne santé : cet homme qui était un dilaté se plaignait de temps à autre de constipation qui cédait à un laxatif. Ce jour-là, il avait pris une purge restée sans effet, il se sentait mal entrain. En palpant l'abdomen, je provoquai une douleur si forte dans la région cæcale que le malade eut une syncope. Je demandai immédiatement une consultation chirurgicale; mais ne pouvant déterminer aucune tumeur, aucun empâtement, on conclut à l'abstention. Dans la nuit qui suivit une rupture brusque de l'appendice détermina une péritonite suraiguë. Le malade fut opéré et succomba quelques jours après. Remarquez que le jour qui précéda l'opération, la région

cæcale était indolente, ce qui prouve que l'appendice même enflammé et distendu par des corps étrangers peut rester indolent quand il se cache derrière des anses intestinales distendues par des gaz.

La seconde observation a trait à un jeune homme arthritique, souffrant souvent de constipation et de ballonnement. Il fut atteint de catarrhe intestinal chronique qui détermina une paralysie momentanée de l'intestin que rien ne put faire céder. Le malade à bout de forces se sentant dépérir, sollicita une intervention. M. le docteur Bouilly réséqua un appendice rempli de matières stercorales, et le malade guérit complètement. Ce cas montre encore combien le diagnostic de la pérityphlite et l'appendicite est parfois difficile.

Contribution à l'étude de la pathogénie de l'ulcère de l'estomac.

M. Hayem. — Quand on est en présence d'un ancien ulcère, l'examen anatomo-pathologique n'apprend pas grand'chose sur le mode de formation de l'ulcère, mais il n'en est pas de même quand on est en présence d'une lésion plus récente. Chez un malade mort dans mon service, j'ai noté que la région peptique était le siège d'une gastrite parenchymateuse absolument pure; cette lésion n'a pas encore dépassé la première phase de son évolution. Les glandes sont remplies d'éléments en voie de prolifération; la multiplication porte surtout sur les cellules principales des culs-de-sac glandulaires.

Dans la région du pylore, siège une gastrite mixte avec nappe d'éléments fermes et lymphoïdes assez étendus par places. Dans un grand nombre de culs-de-sac, on voit des cellules peptiques à côté d'épithéliums pyloriques plus ou moins altérés.

Autour de l'ulcère, le microscope révèle que la muqueuse, présente un épaississement considérable. Au niveau de l'ulcère, la celluleuse est très hypertrophiée. L'hypertrophie de la couche glandulaire est due à une infiltration œdémateuse. C'est dans ce tissu œdémateux qu'est taillé l'ulcère. Au microscope, ce tissu est constitué par des grappes de vésicules arrondies, tapissées d'épithélium pavimenteux à noyau basal et reproduisant le type des glandes de Brünner. Le tissu œdémateux paraît s'être développé dans la couche profonde de la muqueuse au niveau de la *muscularis mucosæ*.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Séances du 1er et du 8 mars 1895.

Lymphangite gangréneuse de la verge.

M. Pousson rapporte une observation de lymphangite gangréneuse cutanée des organes génitaux de l'homme. Cette affection est très rare. Car on n'en compte que quinze cas dans la science. Elle a été décrite par Fournier et Jalaguier sous le nom de gangrène foudroyante des organes génitaux externes. Cette dénomination est inexacte dans le cas de M. Pousson.

Il s'agit, ici, d'un militaire de quarante-trois ans, alcoolique, qui eut une ulcération sur le prépuce. A la suite de l'application de certaines poudres, il en survint deux à trois petites. En dernier lieu, sous l'influence d'une pommade à la résorcine, toute la peau de la verge et le prépuce furent sphacélés. La perte de substance gagna même la partie antérieure des bourses et le pénis; en sorte, que l'ensemble des organes génitaux ressemblait à une préparation anatomique. Ce processus fut accompagné pendant dix jours d'accidents généraux et douloureux très violents.

M. Pousson fit supprimer tous les pansements irritants, y compris l'iodoforme, et les remplaça par une pommade à l'aristol. A partir de ce moment, la maladie qui durait depuis plus de trois mois, marcha rapidement vers la guérison. Un mois après, il ne restait plus qu'une plaie à l'hypogastre. Jamais la miction n'a été troublée, il n'y a pas eu de fistule urinaire. La verge est raccourcie et mesure 4 centimètres, mais elle est souple. Le malade n'a pas d'érection.

Cette affection, bien soignée, guérit généralement en un à deux mois. Existe-t-il des microbes? Lallemand et Ducros ont trouvé un microcoque analogue à celui du bouton de Biskra.

MM. Davezac et **Rousseau Saint-Philippe** signalent deux cas de lymphangites bien moins graves, constatés chez un varioleux et chez un syphilitique.

M. Courtin. — En 1884, j'étais appelé auprès d'un homme de quarante-six ans, maître tailleur, à qui j'avais donné des soins antérieurs pour des hémorrhoïdes fluentes et douloureuses qu'entretenait une constipation opiniâtre. Il se plaignait d'une douleur vive, lancinante, s'étendant au périnée, au scrotum et à la partie inférieure de la verge.

L'état général était mauvais, le malade avait eu un frisson d'une longue durée, quelques heures avant ma visite, son pouls était rapide, sa température élevée, la langue était saburrale, la soif vive, la peau sèche, le teint pâle, en un mot, il présentait les symptômes généraux d'un empoisonnement microbien récent.

La peau du périnée, du scrotum et de la partie inférieure de la verge était pâle et refroidie; elle avait perdu sa sensibilité et, par le palper, on percevait des bulles gazeuses dans les parties profondes.

Le malade accusait une douleur vague dans toute la région.

Mon premier soin fut d'explorer le canal de l'urèthre, pensant qu'il pouvait y avoir une infiltration d'urine; cet examen révéla que le calibre de l'urèthre était normal et que l'urination se faisait dans de bonnes conditions.

Le lendemain matin, je trouvai un œdème du périnée, des bourses et de la verge et de larges plaques noirâtres rappelant la teinte de la peau de banane mûre, suivant la très heureuse comparaison du professeur Leloir, de Lille. En dehors et sur la limite de ces parties sphacélées, la peau présentait une teinte rouge, violacée, comme dans certains érysipèles.

Les ganglions inguinaux étaient tuméfiés et douloureux; je ne trouvai en aucun point des taches de purpura comme on en observe assez couramment en pareils cas.

La sensibilité était absolument abolie. Le soir, la peau de ces différentes régions était complètement noire, gangrenée. Vingt-quatre heures avaient suffi pour déterminer la lésion; on observait sur les régions voisines des phlyctènes emplies de sérosité, et l'état général restait grave avec température élevée, insomnie, inappéten e et soif intense.

Au moyen du thermo-cautère, je pratiquai des incisions multiples dans les tissus gangrenés et je donnai ainsi issue à des coulées de suppuration desquelles s'échappaient des bulles d'air et une sanie infecte; et après avoir largement ouvert et aseptisé avec le fer rouge tous ces foyers, je fis un pansement humide avec de la gaze phéniquée. L'élimination totale des lambeaux de sphacèle se fit dans une dizaine de jours, le derme et l'hypoderme furent éliminés, la plaie bourgeonna dans d'excellentes conditions, et la guérison définitive se fit au bout d'une cinquantaine de jours.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 18 mars 1895.

Anévrymes miliaires de l'œsophage.

M. Vitrac présente des coupes microscopiques relatives à des anévrysmes miliaires découverts dans la paroi de l'œsophage d'une femme morte cardiaque dans le service de M. Arnozan. Les anévrysmes fréquents dans le cerveau et d'autre organes sont rares à ce niveau. La thèse de Liouville est intéressante à ce sujet.

Epithélioma pavimenteux lobulé du larynx.

M. Brindel présente des coupes microscopiques faites sur un épithélioma pavimenteux lobulé du larynx apparu sur la bande ventriculaire droite en un point où il existe de l'épithélium cylindrique normalement.

M. Coyne. — Il existe à ce niveau beaucoup de glandes et il est possible que la tumeur soit un adénome.

Chondro-myxo-sarcome du tibia.

MM. Delmas et **Cannieu** présentent les coupes microscopiques d'un chondro-myxo-sarcome du tibia survenu chez un malade opéré par M. le professeur Lanelongue.

L'amputation de la cuisse proposée au malade ayant été refusée, il a fallu intervenir moins radicalement.

M. Villar. — L'amputation est le procédé de choix et le seul qui dans quelques cas s'oppose aux récidives.

M. Coyne rapporte deux faits tendant à montrer que souvent l'amputation et la désarticulation ne sont pas radicales.

Autopsie d'un utérus fraîchement curetté.

M. Bousquet présente comme rareté un utérus fraîchement cureté enlevé à l'autopsie d'une femme morte malgré l'intervention d'accidents puerpéraux. On constate, fait déjà signalé par les auteurs, que la corne droite est mieux curetée que la gauche.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 20 *mars* 1895.

Présidence de M. Colrat.

Chancre de la cuisse.

M. Gallois, interne des hôpitaux, présente un malade entré depuis quinze jours dans le service de M. Augagneur, pour une ulcération syphilitique de la face antérieure de la cuisse, dont l'apparition remontait à trois semaines.

Le diagnostic de chancre syphilitique a été porté de suite par M. Augagneur en raison des caractères même de l'ulcération, dont les bords n'étaient ni décollés ni anfractueux et dont le fond présentait une teinte rouge sombre.

L'induration très nette des bords et la sensation parcheminée, produite par le palper de la partie centrale, la présence d'un gros ganglion indolent au niveau du triangle de Scarpa et de plusieurs ganglions plus petits dans l'aine venaient à l'appui de cette manière de voir.

Le larynx, le voile et les piliers présentaient une teinte rougeâtre sans caractère précis.

D'ailleurs une irruption maculeuse et une plaque sur le bord du pilier droit, sont venus depuis confirmer le diagnostic.

Le cas est intéressant à cause de la rareté des chancres du membre inférieur, notamment de la cuisse.

Chez ce malade, il est impossible d'en trouver l'origine : il n'a pas eu de coït depuis octobre 1894 et il n'y avait aucune ulcération antérieure au point où le chancre s'est développé.

Complications nerveuses de la grippe.

M. Paviot relate l'observation avec autopsie d'un malade qui a succombé dans la clinique de M. le professeur Bondet.

Comme histoire clinique, ce malade avait été atteint de grippe, il avait présenté des signes de névrites périphériques dans les deux membres inférieurs. Pas d'albumine. Au moment où ces névrites commençaient à céder, on vit apparaître une paralysie des deux moteurs oculaires externes, avec nystagmus. Puis peu après, paralysie des deux moteurs oculaires communs. Enfin, le malade fut pris de vomissements sans efforts, avec céphalée intense, sans élévation de température; on institue le traitement antiphlogistique de la méningite. Au bout de deux jours les phénomènes de paralysie oculaire avaient disparu ainsi que le subdélire et les vomissements. Assez brusquement la température monta, en trois jours, aux environs de 40° et le malade mourut ayant présenté, la veille de sa mort, une cyanose brusque et intense de la face sans phénomène stéthoscopique pulmonaire, avec une grande accélération du pouls. Le tout ayant duré 68 jours.

A l'autopsie, absolument aucune lésion cérébrale ou méningée, rien aux poumons, mais un caillot dans l'oreillette droite, caillot blanc, sans adhérence, légèrement étendue dans la veine cave supérieure, en somme, caillot agonique et non *post mortem*.

Ce fait paraît confirmer l'absence de toute lésion apparente dans certaines localisations méningées ou cérébrales de la grippe. Le malade est-il mort de cette coagulation intracardiaque ou de l'imprégnation toxique d'un nerf ou d'un centre important ? Le fait est difficile à juger, mais l'autopsie qui n'a fait constater aucun processus visible macroscopiquement sur les centres est un fait négatif utile à rapprocher des faits de guérison sur lesquels M. le professeur Cornil a insisté à l'Académie de Médecine du 6 mars 1895, et de ceux communiqués, depuis 1891, à la Société de Médecine de Berlin, enfin des dix-huit cas de guérison consignés dans la thèse de M. Lestra, inspirée par M. Teissier (1894).

Traitement du mal du Pott et de la coxalgie.

M. Tixier présente un appareil à l'aide duquel M. Levrat obtient l'immobilisation dans les cas du mal de Pott, de coxalgie.

Comme on peut s'en rendre compte, cet appareil est très simple : quatre traverses de bois forment un rectangle allongé, entre les traverses sont disposées des sangles qui, les unes sont destinées à soutenir le poids du corps, les autres à fixer l'enfant; les supérieures forment une ceinture autour du thorax, les moyennes entourent le bassin, les inférieures fixent les jambes.

De cette façon l'enfant est parfaitement immobilisé et, qui plus est, mobilisable. Un infirmier, une femme même peut très facilement soulever le petit malade soit pour le mettre sur le bassin, soit pour refaire sa couche. En effet, l'appareil est très léger et il n'est pas besoin de mouffles pour soulever l'enfant comme pour les gouttières de Bonnet. Cet appareil, en plus, est très facile à construire et est d'un prix de revient très minime : c'est la gouttière des pauvres.

Il est très facile de le tenir propre : un coup de pinceau sur les traverses, laver les sangles et l'appareil est remis à neuf.

Voici les avantages, quels sont les inconvénients ? Au niveau du bassin, il peut s'établir une dépression qui favorise la formation de l'ensellure si fréquente dans le cas de coxalgie. Il suffit de mettre une sangle au niveau même des fesses pour empêcher l'apparition de cet accident.

De plus, dans les cas de coxalgie, le membre inférieur ayant si souvent une tendance à se mettre en adduction, il était difficile d'établir la traction, de manière à s'opposer à cette position vicieuse. Mais, par une légère modification de l'appareil, on peut rendre mobilisable à l'aide de charnières très simples, la partie qui enserre les membres inférieurs. Et alors on peut placer en abduction plus ou moins prononcée l'un ou l'autre des membres inférieurs.

Malgré cette modification, l'appareil conserve toutes ses qualités : facilité de construction, légèreté, modicité de prix.

De l'absorption de l'acide salicylique par la peau.

MM. G. Linossier et **Lannois.** — Dans une séance de février, M. Linossier vous a entretenu de la volatilité de l'acide salicylique qui n'avait pas encore été étudiée pour les températures basses.

On savait seulement que ce corps se sublime à 100° et est entraîné par la vapeur d'eau. Si on abandonne sous une cloche, à la température ordinaire, de l'acide salicylique au-dessus d'une solution alcaline, on ne peut trouver d'acide dans cette solution au bout de plusieurs heures; si, au contraire, on met la cloche dans une étuve à 35°, il suffit de quelques heures pour constater la présence de l'acide salicylique dans la solution. Dans cette dernière condition, un papier imprégné de perchlorure de fer, placé au-dessus de l'acide salicylique perd la coloration violette caractéristique.

L'expérience réussit que l'acide salicylique soit solide, dissous dans l'eau ou l'alcool, incorporé à de l'axonge, du glycérolé d'amidon, de la vaseline.

Cette volatilité de l'acide salicylique à la température de la peau étant démontrée, nous nous sommes demandé, si dans l'absorption cutanée de l'acide salicylique aujourd'hui bien démontrée (Unna, Richl, Ritter, Bourget, etc.) il ne fallait pas faire jouer un rôle au passage à l'état de vapeurs, de ce corps à travers la peau. Pour le savoir nous avons fait l'expérience suivante calquée sur celle qui nous avait permis d'affirmer l'absorption cutanée des vapeurs de gaïacol.

Expérience I. — Homme de 40 ans, un peu obèse, brun, à système pileux peu développé, en convalescence à l'asile de Longchêne pour une insuffisance aortique d'origine rhumatismale. Le malade se lève et va dans les couloirs et prome-

noirs. Le 29 janvier, par une température extérieure très froide, on enferme l'avant-bras gauche du malade dans le double manchon en toile métallique que nous avons déjà décrit, après avoir versé sur les bandes de toile extérieure, 50 cent. cubes d'une solution alcoolique saturée d'acide salicylique. Le médicament se trouve ainsi, en tous points, distant de la peau d'au moins un centimètre. L'ensemble est enveloppé d'un sac de caoutchouc serré au niveau du bras, recouvert de toile de gutta imperméable et laissé en place vingt-quatre heures. La recherche de l'acide salicylique dans l'urine donne un résultat négatif.

Expérience II. — La volatilité de l'acide salicylique ne se manifestant nettement qu'à une température de 35°, nous supposons que le résultat négatif de cette expérience est dû à ce que nous n'avons pris aucune précaution pour maintenir l'acide salicylique à cette température et pour protéger le manchon contre le refroidissement extérieur. L'expérience est recommencée exactement dans les mêmes conditions, sauf que les 50 cent. cubes de la solution alcoolique d'acide salicylique sont additionnés d'une égale quantité d'alcool, chez un homme de 20 ans, blond, à peau fine et blanche, également atteint d'insuffisance aortique. Mais, comme cet homme a des douleurs rhumatismales pour lesquelles il garde le lit, le manchon est maintenu pendant vingt-quatre heures sous les couvertures. La recherche de l'acide salicylique dans l'urine permet d'en constater, après extraction par l'éther, des traces très manifestes.

Expérience III. — Chez le malade précédent, on refait la même expérience en remplaçant la solution alcoolique par une pommade renfermant 10 grammes d'acide salicylique pour 40 grammes de vaseline. L'analyse permet de trouver encore des traces d'acide salicylique, moindres toutefois que dans l'expérience précédente.

Il est donc bien établi que la volatilité de l'acide salicylique suffit à expliquer son passage à travers la peau saine. Nous n'en avons trouvé, il est vrai, qu'une faible quantité dans l'urine ; mais, étant donné que ces vapeurs sont peu diffusibles, la peau, dans nos expériences, est loin d'être au contact d'une atmosphère saturée, comme lorsque l'acide est déposé au contact même du tégument.

Est-ce à dire que l'absorption se fasse exclusivement à l'état de vapeurs ? C'est peu probable, étant donnée l'action kératolytique bien connue de l'acide salicylique qui permet de supposer qu'il attire suffisamment la barrière épithéliale pour la rendre franchissable aux corps en dissolution.

Nous avons fait quelques recherches en ce sens avec le chlorure de lithium, mais nos expériences sont encore peu nombreuses et un peu contradictoires.

Nous nous contenterons d'annoncer aujourd'hui ce fait que l'acide salicylique déposé en pommade sur la peau est absorbé, au moins en partie, à l'état de vapeurs.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

XIII° CONGRÈS DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Munich du 2 au 5 avril 1895.

Le sérum anti-dipthérique

M. Heubner base son rapport sur la morbidité et la mortalité de diphthérie, à Berlin, pour les années 1894 et 1895, avant et après la sérothérapie. Les résultats sont manifestement en faveur du nouveau mode de traitement.

En 1894, avant l'intervention de la sérothérapie on a eu 571 décès sur 1332 cas, soit une mortalité de 39 0/0; avec la sérothérapie, la mortalité tombe à 21 0/0 sur un total de 1390 cas.

L'influence de la sérothérapie sur la marche clinique de la diphthérie ne peut être déterminée que si l'on a un type de diphthérie normale que M. Heubner a essayé d'établir en superposant un grand nombre d'observations de diphthérie non compliquée. En comparant ensuite à ce type d'évolution de la diphtérie traitée par le sérum, il a pu marquer les modifications que le traitement antitoxique imprévu au tableau clinique.

Ainsi dans la diphtérie normale il existe au début une période fébrile de deux jours, suivie d'un abaissement, puis d'une élévation de la température au cinquième jour. Cette ascension chronique seondaire fait défaut dans la diphtérie traitée par le sérum. Les symptômes locaux atteignent leur maximum au 8° jour dans la diphtérie traitée par les moyens pharmaceutiques, au 6° jour chez les diphtériques traités par le sérum.

L'albuminurie, si fréquente dans la diphtérie, est influencée par la sérothérapie en rapport avec le jour auquel le traitement spécifique est commencé. Elle fait défaut dans les cinq sixièmes des cas traités dès le premier jour, dans les deux tiers des cas traités au deuxième jour, dans la moitié des cas traités au troisième jour.

L'envahissement des muqueuses voisines n'a pas lieu dans les cas traités par la sérothérapie, et sur les 181 cas où cet envahissement existait chez 16 déjà avant le traitement spécifique, celui-ci a 7 fois arrêté le processus. Sur ces 181 cas soumis au traitement spécifique, 9 ont présenté de l'asthénie cardiaque, 12 de la paralysie.

La mortalité variait avec le moment auquel le traitement a été commencé. Elle a été de 0 0/0 chez les malades traités dès le premier jour, de 4, 6 0/0 chez les malades chez lesquels le traitement a été commencé du 2° au 4° jour, de 16 0/0 chez les malades chez lesquels le traitement a été commencé à partir du 4° jour et au delà.

Les injections préventives ont été faites à 16 enfants. Deux contractèrent la diphtérie au bout de 6 jours et l'un d'eux y succomba.

En fait de complications, on nota sur les 181 cas 31 fois de l'exanthème dont 9 compliqués d'hyperthermie et 2 d'athralgie.

En résumé, pour M. Heubner, la sérothérapie rend de grands services et a toujours à son actif deux avantages : atténuation de la fièvre et rapidité de la résolution locale en tant que phénomènes cliniques ; et diminution manifeste de la mortalité.

M. Baginsky (Berlin), qui depuis 4 ans 1/2 dirige le service de diphtérie à l'hôpital Kaiser-und Kaiserin Friedrich, se déclare partisan convaincu de la sérothérapie. Dans son hôpital la mortalité a été pendant les 4 ans avant la sérothérapie de 50 0/0, 33 0/0, 36 0/0, 42 0/0 ; en 1894 encore, immédiatement avant la sérothérapie elle était de 48, 2 0/0, et monta à 52 0/0 quelques jours pendant lesquels, au début, on manqua de sérum. Il est donc impossible de soutenir que les bons effets, de la sérothérapie coïncident avec une épidémie bénigne de diphthérie.

Actuellement M. Baginsky possède une statistique de 525 cas traités par le sérum, la mortalité moyenne a été de 15 0/0. Elle varie pourtant avec l'âge des enfants. En tous les cas, le sérum a donné une diminution de la mortalité pour chaque groupe d'âges. Ainsi,

elle est tombée	de 52 0/0 à 17 0/0	chez des enfants	de 2 à 4 ans
—	— 37 0/0 à 17 0/0	—	4 à 6 —
—	— 27 0/0 à 11 0/0	—	6 à 8 —
—	— 19 0/0 à 5 0/0	—	8 à 10 —
—	— 19 0/0 à 4 10/0	—	10 à 12 —
elle est restée	de 13 0/0		de 10 à 14 —

L'action bienfaisante du sérum se fait sentir aussi bien sur l'état général que sur l'état local. Le changement manifeste de l'état général ne survient ordinairement que 2 ou 3 jours après l'injection. Par contre l'amélioration de l'état local et l'abaissement de la température se manifestent très rapidement après l'injection, ce qui est particulièrement remarquable c'est qu'après l'injection le processus semble complètement arrêté et n'a aucune tendance à envahir les muqueuses voisines.

Avant la sérothérapie, la statistique de M. Baginsky donne sur un total de 1258 cas, 418 trachéotomie avec une mortalité de 64 0/0 et 113 intubations avec une mortalité de 59 0/0. Après la sérothérapie on a fait 51 trachéotomies et 54 intubations avec une mortalité de 38 0/0. Sans parler d'une diminution de la mortalité la sérothérapie permet donc de faire plus souvent l'intubation de la trachéotomie.

Le sérum semble agir d'une façon favorable sur les complications cardiaques. Ainsi avant le sérum on avait dans 26 0/0 des cas des modifications du rythme cardiaque, dans 32 0/0 des cas de la dilatation du cœur, dans 10 0/0 des cas de la mort par syncope cardique. A l'autopsie des modifications anatomiques du cœur furent notées dans 37 0/0 des cas. Avec le sérum la mort par paralysie cardiaque n'a été observée que dans 0,6 0/0 des cas.

Les recherches spéciales sur l'action du sérum sur le rein permettent d'affirmer que l'albuminurie n'est pas plus fréquente avec le sérum qu'avec les autres modes de traitement. Il en est de même des paralysies post-diphtériques.

La mortalité chez les injectés varie avec le jour où le traitement est commencé. Cette mortalité est de 2,5 0/0 chez les malades traités dès le premier jour, de 10 0/0 chez les malades traités dès le second jour, de 14 0/0 quand les injections sont faites le 3e jour, de 23 0/0 quand les injections sont faites au 4e jour, de 35 0/0 quand les injections sont faites au 5e jour.

Comme complications on a noté 7 fois des abcès au point d'inoculation, 13 fois avec l'exanthème polymorphe grave avec arthralgie du 11e au 13e jour après la première injection.

Les injections prophylactiques ont été faites à 124 enfants qui se trouvaient dans des conditions à contracter la diphtérie, aucun d'eux ne tomba malade.

M. Widerhofer (Vienne) a traité avec le sérum depuis le mois d'octobre 1894 jusqu'au mois de janvier 1895, 300 enfants diphtériques. La mortalité a été de 23 0/0; mais si on en défalque les cas qui ont succombé 24 heures après l'injection, on a une mortalité de 14,3 0/0. Or la mortalité par diphtérie traitée autrement a été de 50,6 0/0 en 1889-1890, de 45 0/0 en 1890-1891, de 40,8 0/0 en 1891-1892, de 49 0/0 en 1892-1893, de 50 0/0 1893-1894. On voit par conséquent que la sérothérapie a notablement diminué la mortalité par diphtérie.

Il faut encore noter que dans plus de la moitié des cas, le traitement ne fut commencé qu'au troisième jour, que chez 77 enfants il existait au moment de leur entrée une albuminurie qui était vraisemblablement grave chez 20 ; et qu'enfin 15 enfants sont entrés avec des symptômes de septicémie grave. En outre un grand nombre de ces enfants présentaient la sténose laryngée qui chez 22 fut manifestement arrêtée par le sérum.

Sur 130 enfants, frères et sœurs de diphtériques, inoculés préventivement un seul contracta ultérieurement la diphtérie. Mais d'après une statistique de plusieurs autres villes d'Autriche, les inoculations ont échoué 19 fois sur les 188 cas où elles ont été faites.

M. Ranke (Munich) a traité depuis le 24 septembre 1884 au 27 mars 1895, 130 cas de diphtérie. Six ne furent pas injectés, faute de sérum; les 124 autres furent traités par le sérum, on a eu 26 morts soit une mortalité de 22.40/0. Si l'on ne compte que les cas de diphtérie pure, non compliquée, on a eu sur 102 cas de ce genre 19 morts, soit une mortalité de 19.7 0/0. Or depuis les 8 dernières années, la mortalité par diphtérie ne tomba, à Munich, qu'une seule fois à 42 0/0, et toute les autres années elle a été supérieure à ce chiffre. On voit par là que grâce à la sérothérapie la mortalité par diphtérie a diminué de plus de moitié.

Sur les 96 cas de diphtérie primitive, 63 sont amenés à la clinique avec des phénomènes de laryngosténose. Chez 21 c'est-à-dire dans 33 0/0 des cas ces phénomènes ont disparu après l'injection de sérum ; or avant la sérothérapie la disparition spontanée de la laryngosténose n'était constatée que dans 5 0/0 au plus des cas.

42 de ces enfants ont été intubés : 13 d'entre eux ont succombé, soit une mortalité de 30.9 0/0, chiffre minime si on le compare à celui de 69.1 0/0 que l'intubation donnait en 1887, à celui de 62.5 0/0 en 1888, à celui de 60.4 0/0 en 1890, à celui de 59.5 0/0 en 1891, à celui de 61.9 0/0 en 1892, et surtout à celui de 75.4 0/0 pendant l'année qui a précédé l'introduction de la sérothérapie.

Un autre avantage de la sérothérapie c'est que les intubés gardent le tube moins longtemps. De plus depuis la sérothérapie aucun intubé n'a succombé au croup descendant et aucun n'a été secondairement trachéotomisé, comme c'était fréquemment le cas avec les autres modes de traitement.

Dans aucun cas on n'a observé d'action nuisible de sérum sur le cœur, les reins ou un autre organe. Cinq fois il est survenu des exanthèmes compliqués une fois d'arthralgie.

M. Kohts (Strasbourg) qui n'a à sa disposition qu'une statistique peu fournie n'est pas enthousiasme de la sérothérapie. Celle-ci a donné une mortalité de 29.41 0/0 chez les trachéotomisés, mortalité de 7.6 0/0 chez les non-trachéotomisés, chiffres à peu près identiques à ceux qu'ont donnés les autres modes de traitement.

Il n'a pas constaté d'action spéciale des injections sur l'état général. Par contre l'état local est favorablement influencé, bien que plusieurs fois on a constaté la reproduction des fausses membranes après ces injections et dans un cas envahissement du larynx.

M. Seitz (Munich) qui a traité par le sérum 140 diphtériques, envisage principalement la question des complications qu'on tend d'attribuer au sérum.

L'albuminurie qui, d'après les statistiques, s'observe avec les traitements ordinaires, dans une proportion de 21 0/0 des cas, a été notée chez ces 140 diphthériques 47 fois; mais chez 24 enfants, l'albuminurie a déjà existé avant les injections. Le sort ultérieur des 20 enfants devenus albuminuriques après l'injection a été le suivant :

Dix ont guéri complètement en 5 jours; sur 10 autres avec néphrite grave, 6 ont guéri en 8 jours; 2 dont les urines renfermaient des streptocoques en trois semaines; 2 qui avaient les urines noires en 15 jours. Il ne peut donc être question d'action nuisible du sérum sur les reins. Il en est de même de l'action sur le cœur.

Les paralysies ont été observées 8 fois, et 4 fois il s'agissait de paralysie précoce du voile du palais.

La tuméfaction de la rate a été notée 5 fois. Chez 3 enfants, elle existait avant les injections et disparut après; 2 fois elle survint après la première injection. Or, d'après les statistiques de Hoppe-Seyler et Unterholzer, la tuméfaction de la rate s'observe dans 12 à 25 0/0 des cas de diphthérie.

Les exanthèmes sont plus fréquents et ont été notés 28 fois : 8 fois au niveau de la piqûre, 10 fois généralisés avec fièvre et phénomènes généraux, 3 fois avec convulsions, 1 fois avec de l'hypothermie.

Les injections exercent une action particulièrement favorable quand la diphthérie se développe au cours d'une autre maladie, pneumonie, coqueluche, tuberculose, suppuration osseuse. Dans tous les cas, on note une convalescence rapide.

M. Stintzing (Iéna) a traité par le sérum 59 diphthériques. En les comparant aux 59 autres cas de l'année précédente, et traités par les procédés ordinaires, il trouve bien que la sérothérapie donne de meilleurs résultats, mais toutefois pas assez marqués pour pouvoir en conclure à la supériorité incontestable de la nouvelle méthode.

Ainsi les 59 diphthériques traités par le sérum ont fourni une mortalité de 20 0/0; 16 ont été trachéotomisés et ont donné une mortalité de 43,8 0/0.

Les 59 diphthériques de l'année précédente ont fourni une mortalité de 26 0/0; 27 ont été trachéotomisés et ont donné une mortalité de 48,7 0/0.

M. Rehn (Francfort-sur-Mein), en s'appuyant sur une pratique personnelle et celle de ses collègues, se prononce en faveur du sérum. Avec la sérothérapie la durée de la diphthérie est abrégée et est descendue de 14 jours à 6 ou 8 jours. Dans les cas qu'il a observés, il n'a jamais vu le sérum exercer une action nuisible sur l'économie. Dans un cas de diphthérie traité par les moyens ordinaires, il a observé un exanthème avec arthralgie.

M. Rauchfuss (Saint-Pétersbourg) a pu constater que le sérum a abaissé de 21 0/0 la mortalité de diphthérie, et les résultats seraient encore davantage en faveur de la sérothérapie si la méthode n'était appliquée qu'à des cas de diphthérie pure.

L'amélioration de l'état général et surtout l'amélioration de l'état local sont telles que l'action du sérum peut être considérée comme véritablement spécifique.

M. Treupel (Fribourg-en-Brisgau) a fait à des chiens et à des cobayes sains des injections de sérum antitoxique. Dans aucun cas il n'a été observé de fièvre ni de retentissement

sur l'état général. En revanche, les urines des animaux renferment presque toujours des traces d'albumine que M. Treupel attribue non pas à une néphrite mais à l'albumosurie ou à la peptonurie consécutive à la destruction des leucocytes par le sérum.

M. von Noorden (Francfort-sur-Mein) a traité par le sérum 81 malades avec une mortalité de 23 0/0. Chez ces malades les injections ont été faites à partir du quatrième jour après le début de la diphthérie. Or, dans les mêmes conditions les autres traitements de la diphthérie donnent une mortalité de 45 0/0.

L'albuminurie a été constatée dans 78 0/0 des cas, chiffre qu'on trouve avec les autres traitements,

M. von Mehring (Halle) a eu 4 morts sur 74 diphthéritiques traités par le sérum. La mortalité qui était avant de 28 0/0 est donc descendue à 5 0/0.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ PATHOLOGIQUE DE LONDRES

Séance du 2 avril 1895.

Carcinome primitif de l'uretère.

M. Vœlcker. — Un homme de 68 ans entra à l'hôpital le 7 décembre 1894. La seule maladie qu'il ait eue fut l'influenza en 1892. Quatre mois avant son entrée à l'hôpital il constata que ses urines étaient décolorées. Puis survinrent des douleurs au niveau des reins, des nausées, une inappétence complète. Le foie était hypertrophié, bosselé; en palpant la fosse iliaque gauche on y sentait un corps résistant; l'urine était acide et contenait des caillots. Le malade avait beaucoup maigri. Quinze jours après son entrée il eut une hématurie abondante; il y eut des douleurs dans la région du foie. Le malade mourut le 20 janvier 1895; il y avait de l'œdème des jambes, surtout marqué à gauche. Il y avait un peu d'ictère. A l'autopsie on trouva le péricarde un peu adhérent; le ventricule gauche était hypertrophié et il y avait de l'athérome de l'aorte. Le foie était très hypertrophié; le lobe gauche était presque entièrement remplacé par une néo-formation constituée par un tissu mou, pâle; dans le lobe droit il y avait de nombreux nodules formés d'un tissu semblable. Ces nodules n'étaient pas ombiliqués. La vésicule biliaire était normale. Le rein droit était sain; le gauche était réduit au tiers de son volume normal et il y avait de ce côté une hydronéphrose. L'uretère gauche était dilaté; la partie inférieure de cet uretère était le siège d'une tumeur hérissée de villosités qui faisaient saillie dans le canal de l'uretère. La vessie était saine. Les ganglions lombaires gauches étaient infiltrés ainsi que les ganglions pelviens voisins de l'extrémité inférieure de l'uretère. Il y avait un petit nodule dans le lobe supérieur du poumon droit. L'examen microscopique de la tumeur de l'uretère montra qu'il s'agissait d'un papillo-carcinome de l'uretère. Les tumeurs hépatiques avaient la même structure.

Oblitération congénitale du canal cholédoque.

M. Hawkins. — J'ai observé un cas d'oblitération congénitale du canal cholédoque : ce canal était réduit à un simple fil un peu avant d'aboutir au duodénum. Tout le reste des voies biliaires était normal. Le foie était hypertrophié, verdâtre; sur sa surface, un peu irrégulière, on voyait des bandes fibreuses. Les vaisseaux sanguins étaient normaux; le canal pancréatique était aussi normal. Un examen microscopique du foie montra qu'il était cirrhotique. Il y avait une hernie inguinale droite comprenant le cæcum et l'appendice. Il y avait aussi un petit empyème localisé à la base du poumon gauche. L'enfant qui présentait ces lésions avait vécu 4 semaines et 2 mois; il avait présenté de la jaunisse 8 jours après sa naissance; les selles étaient décolorées. L'enfant eut deux hématémèses et une épistaxis.

Sarcome du sein.

M. Clarke. — J'ai étudié un sarcome lobulé du sein enlevé par M. Edmund Owen chez une femme arrivée à la période moyenne de la vie. C'était un sarcome alvéolaire typique non ulcéré. La plupart des cellules de cette tumeur contenaient des corpuscules intra-nucléaires qu'on ne trouve pas dans les noyaux des cellules normales. Ces corpuscules se sont colorés en jaune rougeâtre par l'hématoxiline éosine et en brun rouge par la méthode de Bioudi. Ils paraissaient présenter des vacuoles; la plupart avaient leur périphérie hérissée de petits prolongements raides se terminant par une petite masse arrondie. Quelques-uns des corpuscules intranucléaires étaient attachés par un pédicule à la membrane nucléaire. Plus on trouvait de ces corps intra-nucléaires, moins on trouvait de chromatine dans le noyau. Quelques-uns des plus gros corpuscules s'échappaient des noyaux et se répandaient dans le cytoplasme ou les espaces intra-cellulaires. Lorsque ces corpuscules étaient sortis du noyau, ils augmentaient de volume et généralement de la chromatine apparaissait à leur intérieur; ainsi se constituait une série de formes passant insensiblement aux cellules géantes avec figures mitosiques. Ces dernières cellules correspondent absolument aux corpuscules que j'ai décrits, dans l'épithélioma squameux et dans les sarcomes, comme étant des parasites, à cela près que ces corpuscules présentent 2 particularités ; en effet outre les formes de spores précédemment décrites on y peut rencontrer des zoospores ciliées et des embryons acinétiens. On rapporte généralement ces formes aux sporozoaire; on pourrait aussi justement les rapporter aux protophytes. J'ai étudié les psorospermies de l'uretère et j'ai pu les rapporter aux protozoaires en raison de leur ectosarque, de leurs formes nucléaires et de leur mode de sporulation. En l'absence des caractères spéciaux qui auraient pu les faire rapporter aux protozoaires suceurs (masses ciliées de spores et formes d'acinétiens), jai dû logiquement en faire des sporozoaires, ce qu'à confirmé depuis Kahlden. Dans le cancer et le sarcome, beaucoup des parasites ont des formes identiques à celles des psorospermies de l'uretère et comme, malgré de patientes recherches, je n'avais jamais pu y découvrir des spores ciliées ou des formes embryonnaires d'acinétiens, il était donc logique d'en faire des sporozoaires. Maintenant en présence de ces formes ciliées et pourvues de tentacules il est nécessaire de modifier l'opinion précédente et il faut considérer ces parasites comme étant des protozoaires suceurs; peut-être qu'après tout il ne s'agit pas là d'une modification très profonde; il est possible que les protozoaires suceurs ne soient qu'un terme de transition entre les sporozoaires et les ciliés. Il faut noter que les parasites de la variole et de la vaccine sont identiques à beaucoup de ceux que j'ai trouvés dans le cas de sarcome que je viens d'étudier. La syphilis forme aussi un terme de transition entre les processus infectieux et les néoplasmes malins. Doehle a vu des flagellates dans le sang de sujets atteints de syphilis primaire. Quant à moi j'ai vu dans la syphilis des parasites semblables à ceux de la variole, du cancer et du sarcome. D'après un observations de Hitchens rapportée par Hutchinson, un molluscum contagiosum, aurait été communiqué à un homme par un chien. M. Malcolm Morris m'a donné un molluscum dont j'ai placé des parcelles dans une chambre humide. Au bout de 5 jours, j'ai trouvé de nombreux flagellates très actifs qui, je crois, provenaient des corpuscules du molluscum.

M. Kanthack. — Klein et Copeman n'ont pu trouver de protozoaires dans la cornée de lapins après vaccination. Deux autres auteurs et moi-même nous nous sommes appliqué sur nous-mêmes des vésicatoires à la cantharide et dans les tissus ainsi irrités nous avons trouvé beaucoup de corpuscules identiques à ceux qu'on prétend être des protozoaires.

Livres déposés.

La stérilisation alimentaire, par le Dr Jules Arnould. Un volume de la bibliothèque médicale Charcot-Debove, peau pleine, souple, tête dorée, reliure d'amateur, 3 fr. 50. Paris, Rueff et Cie, éditeurs.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON 12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

CŒUR

Médaille d'Or — Hâvre 1887

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Anévrismes Hydropisies guéries par

DRAGÉES TONI-CARDIAQUES LE BRUN

(CAFEINE IODOFORMÉE ET STROPHANTUS)

Dépôt génl : PHARMACIE CENTRALE, Faubg Montmartre, 52, PARIS

Crayons intra-utérins

BOUGIES uréthrales

Suppositoires

BALLES RECTALES contre la constipation

OVULES MÉDICAMENTEUX PASSEMARD-VIGIER

Pharmacie, 12, boulevard Bonne-Nouvelle.

ANÉMIE, HERPÉTISME, DIABÈTE, ASTHME

GRANULES de FOWLER

(1 MILLIG. D'ARSÉNITE DE POTASSE PAR GRANULE)

INAPPÉTENCE, AFFECTIONS D'ESTOMAC

GRANULES de BAUMÉ

DU DOCTEUR LEGROS & Cie

LICENCIÉ ÈS-SCIENCES, LAURÉAT DES HÔPITAUX

(Chaque Granule correspond à 2 gouttes de teinture).

PHARMACIE FRANÇAISE, 1 & 3, Place de la République, Paris.



Farine lactée Nestlé

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** *est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.*

En outre, pour les **adultes convalescents** *ou* **valétudinaires,** *cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.*

A. CHRISTEN, 16, rue Parc-Royal, PARIS, et DANS TOUTES LES PHARMACIES.

MM. les Docteurs sont priés de vouloir bien SPÉCIFIER le nom NESTLÉ sur leurs ordonnances.

Médailles aux Expositions: Vienne, Philadelphie, Paris, Sydney.

FOUGÈRE MALE ET CALOMEL

TÆNIFUGE Préparé par LIMOUSIN

Le flacon de 16 Capsules, dosées selon la formule du Dr Créquy, suffit pour expulser le **Ver solitaire.** *(Envoi par poste.)*

PHie LIMOUSIN ✻, 2bis, RUE BLANCHE, PARIS. — **Prix 6 francs.**

SUPPOSITOIRES LUCIUS

à la Glycérine et Savon dialysé contre la **CONSTIPATION**

Grâce au Savon, on a : **Commodité et Rapidité d'action.**

PRIX DE LA BOITE : 2 fr. — N° 1 pour *Enfants* — N° 2 pour *Adultes.*

Paris, PHARMACIE de la MADELEINE, 10, *Rue de l'Arcade*, et toutes Pharmacies.

ANÉMIE, CHLOROSE

AMÉNORRHÉE

DYSMÉNORRHÉE, SCROFULES, ETC.

Pilules

à l'Iodure ferreux inaltérable

DE

BLANCARD

Solution et Comprimés

BLANCARD

à l'Exalgine

NÉVRALGIES MUSCULAIRES, DENTAIRES, CARDIALGIES, RHUMATISMES, etc., etc.

Le plus actif, le plus inoffensif et le plus puissant médicament

CONTRE LA DOULEUR

VENTE EN GROS : **BLANCARD & Cie**, 40, Rue Bonaparte, PARIS.

COALTAR SAPONINÉ LEBEUF ANTISEPTIQUE

nullement irritant antidiphthérique, cicatrisant les plaies, admis dans les *Hôpitaux de Paris* et les *hôpitaux de la Marine militaire.* — Dans toutes les PHARMACIES

L'APIOL DES Drs JORET & HOMOLLE régularise les ÉPOQUES.

ANOREXIE

Chez nombre de malades pour qui l'alimentation est une condition indispensable à la guérison, le manque d'appétit est absolu. Tous leurs efforts pour suivre les prescriptions des médecins à cet égard se heurtent à une répugnance presque invincible et quand ils parviennent à la vaincre, les aliments pris digèrent mal, sont souvent rejetés très rarement assimilés.

Plus de vingt années de succès ont démontré que l'Elixir Alimentaire Ducro triomphe constamment de la répugnance des malades pour les aliments. Il est pris avec plaisir, toujours digéré sans aucune fatigue par l'estomac, et comme sa propriété fondamentale est d'être alimentaire, c'est le médicament-laiment par excellence des phthisiques, anémiques, cancéreux, etc... Préparé avec la viande crue, l'alcool et les écorces d'oranges amères, l'Elixir Alimentaire Ducro est tout à la fois apéritif et nutritif. L'alcool qui lui sert de véhicule lui communique ses qualités d'antidéperditeur et aussi fait de l'Elixir Ducro une préparation de viande crue exempte de tout danger des vers intestinaux.

Le SACCHAROLÉ de QUINQUINA CHARLARD-VIGIER

Renferme les principes toniques et tous les alcaloïdes de l'écorce et remplace avantageusement les autres préparations de ce médicament. — VIGIER, Pharmacien, 12, Boulr Bonne-Nouvelle, PARIS.

N° 16 — 17 AVRIL 1895 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES DES FACULTÉS DE MÉDECINE

BORDEAUX

(Année scolaire 1894-1895).

55. Mercier. Les différents moyens de provoquer l'accouchement prématuré et en particulier d'un nouveau ballon. — 56. Sage. Des tumeurs liquides de la grande lèvre. — 57. Lagahuzère. Contribution à l'étude de l'herpès du larynx.

58. Favre. Des amnésies et en particulier de l'amnésie temporaire à la suite des tentatives de suicide par pendaison. — 59. Daureillan. Du hoquet dans le cours de la fièvre typhoïde. — 60. Dubourg. Du traitement de la bronchite chronique par les injections de Gaïacol iodoformé.

61. Bonnans. Contribution à l'étude du pouvoir réducteur des sucres physiologiques (travail fait au Laboratoire des travaux pratiques de chimie médicale). — 62. Badin. Des déviations latérales du rachis dans le mal de Pott et de leur valeur symptomatique. — 63. Teynac. De la cystotomie préliminaire appliquée au traitement de certaines fistules vésico-génitales.

LYON

(Année scolaire 1894-1895).

1223. Siraud (Marius). Recherches anatomiques sur les artères des os longs (humérus, cubitus et radius, fémur, tibia et péroné). — Guérin (Louis). Du rôle de l'auto-intoxication dans la genèse des attaques apoplectiformes et épileptiformes de la paralysie générale. — Planat (Xavier). Du syndrome de Ménière chez les jeunes sujets. — Gautrand (Ulysse). Du chimisme salivaire (étude critique). — Augarde (Louis). Des blessures de l'abdomen sans lésion apparente des parois.

1028. Gauthier (Arthur). De l'interposition musculaire dans la constitution des pseudarthroses (utilité d'un diagnostic précoce, possibilité d'un traitement préventif). — Forissier (Jean). Contribution à l'étude de la paraplégie dans le mal de Pott. — Joyeux (Alphonse). Du traitement des prolapsus génitaux par l'hystéropexie abdominale antérieure. — Duquaire (Maurice). De l'hystéropexie abdominale antérieure comme traitement de certaines salpingites. — Non soutenue.

1033. — Chabert (Paul). Du mode d'action du bicarbonate de soude sur l'estomac. — Giroudon (Auguste). Contribution à l'étude des caractères du délire dans leurs rapports avec l'intelligence du délirant. — Couturier (Léon). Des kystes de l'ovaire à grand développement adhérents au péritoine pariétal. — Durbesson (Eloi-Ph.). De la désarticulation tibio-tarsienne à lambeau plantaire et externe; procédé de nécessité. — Goujon (Lazare). De l'atrophie des goîtres par la mise à l'air et parallèle entre les opérations extra-thyroïdiennes et les interventions intra-thyroïdiennes.

1038. — Neyraud (Joseph). Etude comparative sur l'éther et le chloroforme dans l'anesthésie générale d'aprèsles travaux récents. — Gallois (Joseph). De la périnéorrhaphie immédiate par la méthode des sutures interstitielles (procédé de M. le prof. Fochier). Métras (Emile). De l'hémostase dans l'hystérectomie vaginale.

(A suivre.)

VARIÉTÉS

Maladies du larynx, du nez et des oreilles. — Le Dr Castex, ancien prosecteur et chef de clinique chirurgicale de la Faculté, reprendra à sa clinique, 21, rue Guénégaud, son cours public et gratuit sur les maladies du larynx, du nez et des oreilles, le mardi 30 avril à 3 heures, et le continuera les jeudis, samedis et mardis à la même heure.

Examen des malades et opérations, à partir de 3 h. 1/2.

On s'inscrit pour les exercices pratiques les mêmes jours de 3 h. à 5 h.

L'alcoolisme en Algérie. — D'après le docteur Rouby, à quelques exceptions près les Arabes ne boivent que de l'eau, et les colons européens boivent tous de l'absinthe et de l'alcool. Le nombre d'aliénés que le département d'Alger a envoyés du 1er janvier au 1er août 1894 à l'Asile d'Aix-en-Provence témoigne en faveur de cette assertion. Il est entré dans cet Asile 2 Arabes alcooliques et 14 colons pour une population, de 1.459.000 habitants, dont 1.258.000 Arabes et 133.000 Français.

Ainsi avec une population 9 fois moindre, les colons français ont fourni 7 fois plus d'aliénés. M. Rouby estime que dans le département d'Alger la proportion des alcooliques non aliénés est la suivante : 2.000 Arabes ivrognes contre 44.000 colons alcooliques à divers degrés. Voilà une constatation inquiétante pour l'avenir de notre colonie. L'Algérie pourrait revenir à ses anciens maîtres, les vainqueurs disparaissant plus rapidement par l'alcoolisme que par les coups de fusil.

L'alcoolisme en Belgique. — Dans une récente séance du Sénat belge, le ministre de la justice, M. Lejeune, a fait, en termes très énergiques, le procès de l'alcoolisme en Belgique et demandé des mesures protectrices contre ce fléau grandissant. Il a rappelé, à cette occasion, que, dans les vingt dernières années, la Belgique avait consommé pour 2 milliards 600 millions d'alcool.

Inutile de faire remarquer que l'alcool de bonne qualité n'entre que pour des quantités insignifiantes dans la consommation totale. C'est l'alcool à 25 centimes la bouteille, a dit le ministre, qui est l'alcool de l'ouvrier — et du nègre.

ALIÉNÉS

L'asile privé de Leyme, faisant fonction d'asile public pour le Lot et la Dordogne, offre une situation de médecin en chef. Entrée en fonctions le 1er juillet 1895. Le traitement de 6,000 fr. au début s'élèvera graduellement à 8,000 fr. Pension de retraite après 30 ans d'exercice.

Adresser les demandes avec titres à l'appui à M. Miret, directeur de l'asile à Leyme (Lot).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'Education physique de la jeunesse, par A. Mosso, traduit par J. B. Bahar. Paris, F. Alcan, 1895. Un vol. in-18, cartonné, 4 francs.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Pied-bot. — Varus grave invétéré, compliqué d'arthrites suppurées. — Tarsectomie. — Redressement. — Guérison, par le Dr Adenot, de Lyon.

Dans quelques cas, le traitement des pieds-bots nous paraît nécessiter absolument l'extirpation des os du tarse. Nous n'avons pas l'intention de faire ici un parallèle entre l'ostéoclasie et la tarsectomie dans le traitement de cette difformité, nous tenons simplement à publier un cas très compliqué de pied-bot congénital et que nous avons très amélioré par la tarsectomie.

M. le Dr Vincent écrivait dernièrement dans les *Archives provinciales de chirurgie* (1) : « La tarsectomie » doit être considérée comme une opération absolument » exceptionnelle et non comme une opération de choix » dans le traitement des pieds-bots, je dirais presque » qu'elle doit en être rejetée ».

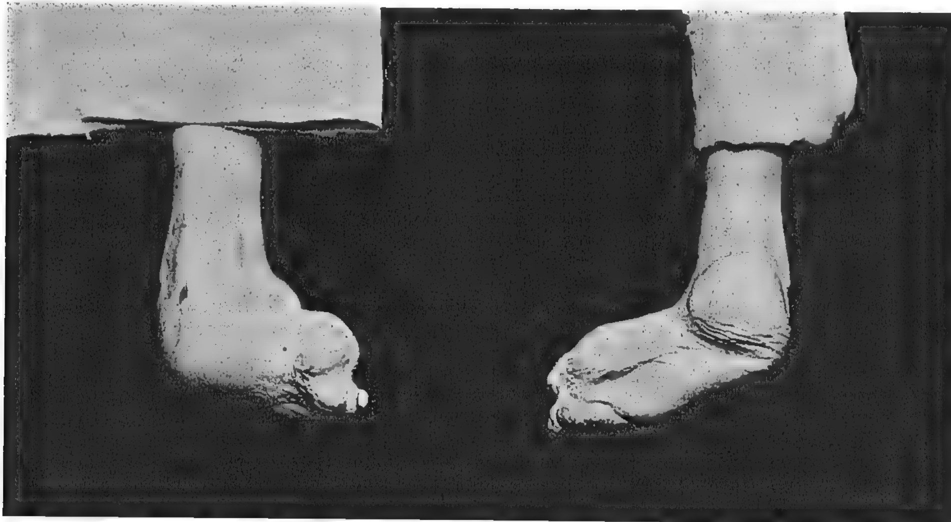
Nous espérons que M. Vincent jugera qu'il était impossible d'adopter chez notre malade une autre ligne de conduite que celle que nous avons suivie et qui s'adressait d'ailleurs à un cas exceptionnel.

Observation. — Le nommé C. J..., âgé de 46 ans, entre le 9 août 1893 à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Pollosson, que nous remplacions à cette époque.

Né à Bourgoin, ce malade habite Lyon depuis fort longtemps et y exerce la profession de cordonnier. Il se présente à l'hôpital, souffrant beaucoup au niveau d'un pied-bot congénital et le médecin qui l'y envoie pensait qu'il subirait l'amputation de la jambe ou la désarticulation totale du pied.

Ce pied-bot (côté droit) remonte à la naissance. Le malade ne peut donner aucun renseignement précis à ce sujet, il se rappelle simplement n'avoir jamais marché que sur le dos du pied.

Il fut réformé du service militaire. Malgré cette malformation congénitale il marchait facilement. Il n'était, dit-il, nullement gêné, mais il se fatiguait un peu plus vite que ses camarades quand il faisait de longues courses. Jusqu'à l'âge de 35 ans il n'éprouva aucune douleur dans le pied, mais à cette époque il se développa un durillon très douloureux sur le dos du pied au point qui appuyait sur le sol pendant la marche.



La difformité, en effet, avait toujours été très accentuée et le membre se trouvait enroulé sur lui-même comme dans les formes les plus avancées de pied-bot congénital. Dès 1882, la marche devenait de plus en plus difficile et douloureuse et bientôt les chaussures ne pouvaient même plus être supportées.

Depuis 1886, et surtout 1887, le malade ne marchait presque plus; le durillon du dos du pied devenait de plus en plus douloureux et s'entourait d'une zone d'inflammation chronique très pénible.

Depuis deux ans environ il a même renoncé à se livrer à aucun travail. Cordonnier, l'obligation de maintenir le pied appuyé sur le sol même étant assis est très pénible et lorsqu'il essaye de marcher il se traîne en souffrant de violentes douleurs dans tout le pied,

Il se décide enfin, sur les conseils répétés de son médecin, à entrer à l'Hôtel-Dieu pour se faire amputer, opération à laquelle il est presque résigné.

Cependant, au moment de l'examen du membre malade, me voyant hésiter à prendre cette détermination un peu radicale, il m'avoua que le sacrifice de son membre lui était très pénible car « un cordonnier qui ne pourrait plus se chausser, disait-il, ne pouvait être un bon cordonnier ». Cette réflexion me décida à tenter la conservation de ce pied qui cependant me paraissait très compromis. Voici, en effet, quel était son état.

Etat au moment de l'opération. — Le pied tout entier était le siège d'un œdème dur qui se prolongeait à la partie inférieure de la pointe.

Le dos du pied présentait en outre une série de fistules dont la plus importante se trouvait correspondre au centre du durillon indiqué. De cet orifice s'écoulait un peu de pus mélangé de sérosité roussâtre. Avec un stylet je reconnus facilement une poche du volume d'une noix à parois décollées, affaissées et limitées par un bourrelet rougeâtre et saillant à la région supérieure principalement. Il s'agissait évidemment d'une bourse séreuse accidentelle qui avait suppuré, d'un véritable hygroma suppuré ouvert spontanément à l'extérieur mais qui était accompagné de phénomènes douloureux très violents et très vivaces. Le malade du reste, très intelligent, explique parfaitement les complications qu'il a vues évoluer sans vouloir pendant longtemps se faire soigner dans la crainte qu'on ne voulût lui couper la jambe.

Le stylet me conduisit ensuite profondément dans l'intérieur des articulations du tarse, dans l'interligne de Chopart qui était ouvert et envahi aussi par le pus. L'écoulement de ce dernier s'effectuait d'ailleurs passablement par les orifices en pomme d'arrosoir et il existait dans ces points un véritable clapier fistuleux, infractueux. De temps en temps, après une période prolongée de repos les accidents aigus s'amendaient, l'inflammation s'atténuait, le malade souffrant un peu moins recommençait à marcher ou plutôt à se traîner, bientôt cloué de nouveau sur son lit. Il voyait alors l'écoulement du pus augmenter pendant quelque temps. Bref il existait une suppuration chronique qui avait altéré considérablement son état général.

(1) *Arch, prov. de chir.*, 1894, 1er mars.

Malgré cela il n'avait pas de fièvre.

La jambe très atrophiée ne présentait, sauf un peu d'œdème, aucune lésion importante.

Les mouvements communiqués à l'articulation tibio-tarsienne n'étaient pas douloureux.

Opération. — Après application de la bande d'Esmarch et nettoyage des plus soignés de tout le pied avec désinfection aussi complète que possible de la cavité de la bourse séreuse je pratique sur cette région convexe du pied une incision de 6 à 7 centimètres, au niveau du bord antérieur du péroné, seconde incision analogue en avant du tibia. Ces deux incisions répondent en définitive à celles de l'extirpation de l'astragale mais, plus antérieures, internes principalement.

Avec le détache-tendon je procède soigneusement à la décortication de l'astragale. Ce dernier offre une certaine difficulté surtout à la partie interne. Il est enclavé comme un coin à sommet interne très aigu. La tête très atrophiée et déviée s'insinue profondement en dedans.

Je procède à la décortication sous-périostée afin de conserver le plus possible de tissus fibreux capables de résister et de fournir ultérieurement une cicatrice solide.

J'enlève de même le cuboïde qui est très altéré de forme et de consistance.

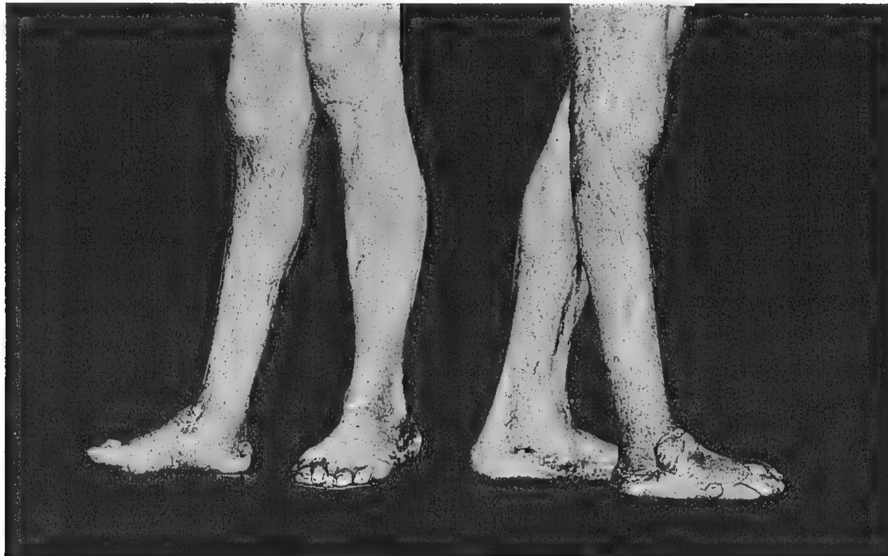
Le redressement du pied étant encore impossible je résèque le scaphoïde de la même manière.

Section sous-cutanée du tendon d'Achille et des muscles plantaires internes en cherchant à sectionner les ligaments plantaires très résistants. Pour y arriver je pratique alors une section transversale de la peau au niveau de la voûte du pied et je cherche à conserver le mieux possible les vaisseaux et filets nerveux de la région. Par des tractions forcées je romps quelques brides fibreuses et musculaires internes. Ayant cherché alors à redresser le pied j'y parviens en grande partie, mais je préfère modérer le redressement primitif afin d'éviter les tiraillements et les compressions exagérées des vaisseaux et nerfs plantaires internes. Suture des plans profonds au niveau de la brèche externe.

Drainage soigné. Suture partielle de la peau au fil métallique.

Avant de fermer la plaie j'avais eu soin avec le thermocautère de détruire le plus possible les vestiges de l'arthrite chronique antérieure. Cette cautérisation fut même poussée assez minutieusement comme s'il se fût agi d'aller détruire des fongosités infectieuses.

Pansement. — Attelle plâtrée pour maintenir le redressement presque complètement.



Le soir je vins visiter le malade qui souffrait beaucoup.

Les orteils étaient livides, glacés et je m'empressai de desserrer le plâtre de chaque côté afin de laisser au pied à peu près toute sa liberté si bien qu'il était presque flottant. Sans doute les vaisseaux se trouvaient tiraillés et la circulation avait souffert.

Le lendemain, l'état local étant satisfaisant, je plaçais une nouvelle attelle plâtrée qui maintenait seulement un très léger redressement. Celui-ci fut augmenté progressivement les jours suivants par des attelles successives.

Les suites de l'opération furent très simples.

25 septembre. Un mois 1/2 environ après l'opération le redressement du pied étant completé et maintenu depuis quelque temps, je remarquai au moment d'un pansement que le pied s'était déformé de la manière suivante.

Par suite de la saillie de l'extrémité postérieure du 5e métatarsien, qui venait buter contre la grosse épophyse du calcaneun, il s'était produit un déplacement transversal de tout l'avant pied. L'extrémité du 5e métatarsien glissant de dedans en dehors sur le bord externe du calcaneum avait entraîné avec lui l'avant-pied. Il en était résulté une déformation en baïonnette indispensable à redresser.

Je pratiquai donc sous anesthésie une opération complémentaire : décortication sous-périostée et section de l'extrémité postérieure du 5e métatarsien. Résection également de la portion la plus antérieure de la grosse apophyse du calcanéum de manière à dépouiller celui-ci de son revêtement cartilagineux qui avait persisté en s'altérant.

Les cunéiformes déformés furent laissés intacts. Le redressement du pied en bonne position s'effectuait du reste facilement. Pansement. Attelle plâtrée.

Pendant toute une année, le malade fut tenu en observation. Il fit des séjours alternatifs à l'Hôtel-Dieu et à Longchêne. Son état général très altéré au moment de son entrée à l'Hôtel-Dieu s'améliora peu à peu. Au bout de trois mois, je pus supprimer tous les drains, mais je maintins le pied dans des gouttières plâtrées pendant 7 à 8 mois. Les derniers temps, le malade quittait la gouttière de temps en temps et commença à marcher. Il replaçait l'appareil en se remettant dans son lit. Quelques bandages silicatés lui permirent aussi de combiner la marche avec une contention suffisante du pied en bonne position.

Ce traitement orthopédique fut en outre complété par des frictions locales, des bains répétés et des séances d'électricité faradique.

Je revois le malade de temps en temps.

Il a repris ses occupations et sa profession de cordonnier et se trouve très satisfait de son état actuel.

Janvier 1895. — Un an et demi après l'opération, voici l'état de la jambe et du pied.

Les deux genoux sont sur la même ligne.

Longueur des deux pointes jusqu'à la face plantaire, côté malade 39; côté sain 43.

Longueur des deux pieds :

Côté malade 20 c.; côté sain 26 c.

Circonférence du membre :

A la racine de la jambe près du genou, côté malade, 25,5 ; côté sain 26,5.

A la racine de la jambe près du mollet, côté malade 23 ; côté sain 31.

A 25 cent. au-dessous du genou, côté malade 17 ; côté sain 20,5.

J'ai mesuré aussi le côté malade un an et demi après l'opération et comparativement sur un moule pris avant l'intervention chirurgicale. J'ai trouvé une différence d'un demi à un centimètre en plus depuis l'opération. Il semble donc que la jambe reprend de la force sous l'influence de l'exercice et des séances de massage et d'électricité. Le malade affirme aussi que son membre grossit et devient de plus en plus solide. L'atrophie du reste persistera toujours plus ou moins marquée, elle est elle-même congénitale.

Le pied effectue des mouvements très sensibles de flexion et extension légères sur la jambe. En outre, il se passe des mouvements un peu plus étendus au niveau de l'avant-pied. Les orteils sont mobiles. Les mouvements communiqués ou spontanés ne sont pas douloureux.

A la face interne du pied, il existe une anesthésie partielle. La sensibilité est diminuée à ce niveau. La température locale se trouve de même très sensiblement abaissé. La transpiration est plus abondante du côté opéré. Tous ces malaises sont d'ailleurs bien tolérés. Le malade ne s'en inquiète nullement d'autant plus qu'il marche facilement et sans douleur.

La fonction en effet est actuellement des plus satisfaisantes. Le malade est venu chez moi à pied, faisant environ trois kilomètres. Il s'aide d'une simple canne et marche allègrement en boîtant peu. Il peut marcher plus d'une heure sans fatigue. Le soir, lorsqu'il a marché un peu trop, le pied enfle légèrement et devient un peu sensible. Ces symptômes du reste se dissipent pendant la nuit.

Depuis deux mois surtout les progrès et l'amélioration sont considérables. Le malade porte des chaussures ordinaires à forme identique aux deux pieds.

On jugera par les photographies ci-jointes de l'état du pied avant et après l'opération.

Avant, un moule seul a été pris. Le malade ne pouvait se soutenir et le plus simple a été de mouler le pied. Les orteils apparaissent déformés, cela provient d'un accident ; le moule étant tombé les orteils se sont brisés en partie.

Sur le côté externe et supérieur du pied on voit un gros bourrelet de peau assez disgracieux. Nous aurions pu supprimer lors de l'opération cette partie exubérante. Nous avons préféré conserver le plus possible de ces téguments déformés, atrophiés, en partie altérés par la suppuration prolongée et les fistules. La peau ne s'est pas en somme rétractée autant que nous le supposions et que nous le craignions. Ce bourrelet cutané est d'ailleurs un minime inconvénient. Il protège même le cou de pied et la chaussure grossière que porte le malade ne le blesse nullement. En outre la nutrition et la vascularisation du pied sont bien mieux assurés par un excès que par un défaut de téguments.

Nous croyons que toute autre intervention était impossible. L'extirpation d'une portion du tarse en permettant le redressement assurait en même temps le drainage des foyers anciens de suppuration suivant les conseils indiqués par M. Ollier.

Le redressement forcé au moyen de l'ostéoclaste était impossible en raison de la suppuration. Il est évident que toute tentative de ce genre eût exposé le malade à des accidents fatals.

En outre son âge relativement avancé n'était guère favorable à des tentatives de ce genre ; nous ne connaissons d'ailleurs pas de faits de pied-bot redressé par l'ostéoplastie après 25 ans, soit par M. Mollière, soit par M. Vincent (1).

Quant au massage suivant le procédé et avec l'appareil de M. Delor, il était certainement impossible à tenter non seulement à cause des complications d'inflammation chronique du pied mais encore en raison de l'âge. M. Delor qui l'avait examiné nous avait encouragé d'ailleurs lui-même à pratiquer la tarsectomie, comme seule applicable.

Sans doute le résultat que nous avons obtenu n'est pas parfait. Le pied se trouve légèrement raccourci et sa forme laisse un peu à désirer, modifications de forme et de longueur sur lesquelles M. Ollier (1) et M. Poncet (2) ont insisté à propos de la tarsectomie. Tel qu'il est cependant ce résultat nous semble relativement très bon vu l'état antérieur du malade. Quant à notre intervention nous la considérons dans ce cas comme une opération de nécessité.

(1) *Arch. Prov. de chir.*, 1893, etc.

(1) *Revue d'orthopédie*, 1er Juillet 1892 et *Lyon Médical* 1889.
(2) *Traité des Résections*.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

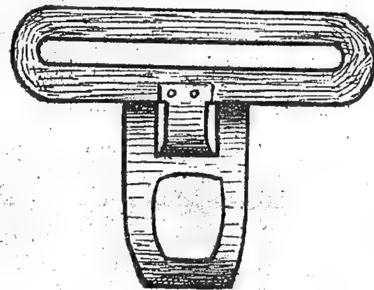
Sur une méthode nouvelle d'oblitération des plaies de l'intestin, Communication à la Société anatomique, le 12 avril 1895, par le Dr Faure, prosecteur des hôpitaux.

Cette méthode nouvelle est due à une collaboration avec le Dr Suarez d'Angers. Nous l'avons étudiée ensemble à l'amphithéâtre de Clamart.

Elle est d'une simplicité extrême, tellement simple que je suis véritablement stupéfait qu'elle n'ait pas été employé depuis longtemps. Elle doit conduire, je l'espère, à supprimer complètement les sutures dans l'immense majorité des cas de plaies et de perforations intestinales.

C'est tout simplement l'introduction dans la cavité intestinale *à travers la perforation*, d'une pince à ressort appropriée, conforme aux modèles dont je donne ici le dessin, dont les mors, en affrontant les lèvres de la plaie l'oblitèrent complètement, et qu'on abandonne ensuite dans la lumière de l'intestin.

C'est, en un mot, l'application, aux sections partielles de l'intestin, du procédé que Murphy a inventé pour les sections totales.



Pince à mors droit. Echelle 2/1.

Voici, très brièvement résumée quelle est la technique opératoire :

Il faut avoir plusieurs modèles de pinces et en prendre une dont les mors soient un peu plus longs que la plaie. En raison de cette particularité, il faut l'introduire *par la perforation* dans l'intérieur de l'intestin, mais de champ suivant sa largeur. L'introduction est ainsi rendue très facile.

Quand la pince est dans l'intestin, les mors dirigés parallèlement à la plaie, on l'ouvre en pressant, *à travers les parois de l'intestin*, sur l'arc flexible qui supporte les mors. Puis, avec une pince à disséquer, on introduit ou on fait introduire par un aide, entre les mors béants, les lèvres de la plaie qui viennent s'appliquer par leur muqueuse contre la face interne des mors et s'adossent l'une à l'autre par leur séreuse.

On interrompt alors la pression des doigts. La pince se referme et les deux surfaces séreuses se trouvent parfaitement adossées. La plaie est complètement oblétirée, et la pince reste suspendue à la paroi, dans l'intérieur de l'intestin, d'où elle sera éliminée plus tard après sphacèle des tissus serrés entre les mors.

Si l'adossement semble imparfait, rien n'est plus facile que de rouvrir la pince en pressant sur son arc flexible, toujours à travers la paroi intestinale et de remettre en bonne place les lèvres de la plaie.

Il est nécessaire d'avoir plusieurs modèles de pinces :

1° Pinces à mors droits pour les plaies parallèles à l'axe de l'intestin.

2° Pinces à mors courbés, en éventail, pour les plaies transversales.

3° Pinces à moindre courbure pour les plaies obliques.

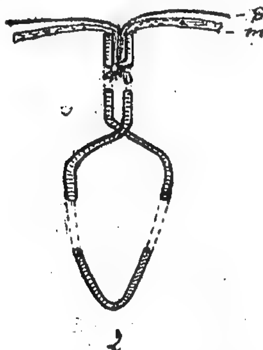
Enfin, ces diverses pinces auront des mors plus ou moins longs suivant la longueur de la plaie. Les mors devant avoir environ 5 milimètres de plus que la plaie qu'ils sont destinés à oblitérer.

Les avantages de la méthode sont les suivants :

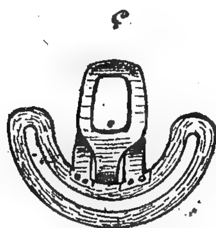
1° Grande facilité d'exécution.

2° Grande rapidité. J'estime qu'on peut aller au moins quatre ou cinq fois plus vite qu'en employant la suture ordinaire à la soie.

Une plaie de trois centimètres, par exemple, étant reconnue,



La même en place. S. Séreux, M. muqueuse. Echelle 2/1.



Pince à mors. Courbure pour plaie transversale. grandeur naturelle.

il ne faut pas plus de deux ou trois minutes au maximum pour l'oblitérer.

3° Affrontement des séreuses beaucoup plus parfait que par les procédés de suture les plus perfectionnés.

Quant aux inconvénients je n'en vois pas. Grâce au très faible volume de la pince, l'obstruction intestinale n'est pas à craindre et l'élimination de la pince sera faite. Cette question est jugée par ce qui passe avec le bouton de Murphy, infiniment plus encombrant et plus volumineux.

On ne peut craindre que deux accidents : section trop rapide des tissus compris ente les mors, ou au contraire, dérapage de la pince.

Rien ne sera plus facile que d'avoir des pinces qui ne serrent pas trop fort et qui, grâce à des dents convenablement placées, ne puissent pas déraper.

Je n'ai encore eu le temps que de faire une seule expérience. Encore a-t-elle été faite dans des conditions très défectueuses, avec une simple pince à cravate ayant tous les défauts, trop grosse, trop forte, avec des dents mal placées, etc. Malgré ces conditions désastreuses l'opération a parfaitement réussi. Une perforation a été faite sur le gros intestin, l'intestin grêle étant trop petit pour contenir la pince. La pince introduite, la plaie a été oblitérée par le procédé indiqué plus haut. 75 heures après la pince a été rendue et les suites ont été d'une extrême bénignité.

Je compte pouvoir bientôt donner les résultats d'expériences plus nombreuses et faites dans de meilleures conditions, avec de bons instruments.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Le traitement de la pneumonie. Communication à la Société médico-chirurgicale de Liège, par le Dr Gabriel Corin, membre titulaire.

Il est peu d'affections dont le traitement ait été soumis à autant de variations que la pneumonie. Les doctrines les plus bizarres se sont exercées tour à tour à son propos et, même aujourd'hui, que nous avons banni de la thérapeutique les exagérations de Broussais et de Rasori, l'accord est loin d'être fait sur la manière de traiter cette maladie.

La bactériologie, en nous enseignant sa nature infectieuse, ne nous en a pas donné le traitement spécifique. Nous ne parlons pas de la désinfection du poumon, de la désinfection interne, de la désinfection de l'air respiré que d'aucuns ont essayée sans succès, comme on a tenté sans grand succès la désinfection de l'intestin ; la vaccination de la pneumonie n'a pu être, jusqu'à présent, réalisée et ne le sera probablement pas de sitôt.

En réalité, pour le moment, nous ne faisons dans la pneumonie qu'un traitement symptomatique ; nous essayons de calmer la douleur du point de côté, de diminuer la fièvre, de faciliter l'expectoration, de soutenir le cœur et, quand le malade guérit, nous sommes convaincus que nous avons rempli toutes ces indications. Ce que l'on ne dit pas assez, c'est que, malgré ce traitement, excellent en lui-même, il est des cas trop nombreux encore, où le malade succombe quels que soient les efforts que nous tentions; on se paie alors d'une dénomination plus ou moins ronflante, on cache derrière les mots d'asphyxie, d'adynamie, d'infectiosité, l'insuffisance lamentable de nos procédés.

Je ne parle pas des cas, trop nombreux, hélas ! où le médecin, par crainte de l'adynamie pneumonique, accumule dans un organisme malade les excitants les plus divers, sans s'inquiéter de l'effet ultime, sans se demander si l'huile camphrée, l'éther, la caféine, le strophantus, la digitale, l'alcool, le champagne, dont on gorge le patient, ne vont pas, réunis à doses quelquefois considérables, produire juste le contraire de ce qu'on en attendait.

Il est des cas où cette médication tonifiante, appliquée d'une façon intelligente, échoue sans qu'on puisse accuser le médecin d'imprudence ou d'impéritie. A quoi tiennent ces échecs et quel est le moyen de les éviter ? C'est à l'examen de ces deux questions que je voudrais consacrer ces quelques lignes.

Mais il faut, avant de les entamer, nous faire une idée exacte de la pathogénie des lésions pneumoniques. Nul ne conteste aujourd'hui que ces dernières soient sous la dépendance d'une infection microbienne et que, dans l'immense majorité des cas, le pneumocoque soit en jeu ; cette idée nouvelle ne nous empêche pas d'admettre, comme cause prédisposante, le froid dont les anciens faisaient la cause efficiente ; on peut même affirmer que les deux causes sont à peu près inséparables, puisque le pneumocoque est un hôte normal de l'organisme ; et tout porte à croire que si le froid, agissant sur les téguments externes, provoque à leur niveau une vaso-constriction et, dans les organes profonds, particulièrement dans les poumons, une congestion, une stase compensatrice, c'est grâce à cette gêne de la circulation pulmonaire que le pneumocoque trouve dans les alvéoles un terrain favorable à son développement. La nécessité du froid comme agent prédisposant explique pourquoi l'infection pneumonique expérimentale ne réussit pas toujours et la nécessité du pneumocoque comme cause efficiente montre pourquoi toutes les congestions pulmonaires ne sont pas suivies de pneumonie.

Mais comment cette stase pulmonaire peut-elle favoriser le développement du pneumocoque? Il est certain qu'elle a comme conséquence le déversement d'un exsudat dans les alvéoles, exsudat qui, comme le sérum des tubes à ensemencement, est un excellent milieu de culture. Le microbe s'y développe donc, y élabore des produits toxiques que l'organisme résorbe en partie et dont la présence irrite les parois alvéolaires et les force à secréter de nouveau. Au cours de recherches que mon ami Henrijean et moi avons faites sur l'action thérapeutique des iodures, nous nous sommes convaincus, en effet, que l'irritation même légère de la muqueuse respiratoire provoque une sécrétion abondante au niveau de cette muqueuse, sécrétion tellement active qu'elle peut diminuer considérablement l'élimination de certains principes par d'autres émonctoires. C'est le cas particulièrement pour les chlorures et l'on sait que la quantité absolue des chlorures urinaires s'abaisse beaucoup dans la pneumonie. Il n'y a pas de doute pour nous que cette diminurion tienne à une sécrétion continuelle des parois pulmonaires. Il est probable que c'est à la faveur de cette sécrétion continue que le pneumocoque peut se développer dans les alvéoles et que, si l'on parvenait à arrêter cette sécrétion, l'affection serait enrayée du coup. Mais il n'est pas impossible non plus qu'une autre cause intervienne pour favoriser le développement ; nous vou-

lons parler de la résorption par les capillaires pulmonaires des produits de désassimilation du microbe.

Tant que les produits ne sont pas en grande quantité, cette résorption suffit à en débarrasser le microorganisme ; mais, quand leur accumulation est trop considérable, le microbe est, en quelque sorte, empoisonné par eux. Nous ne savons pas jusqu'à quel point cette pathogénie est conforme à la réalité ; mais elle suffit à expliquer, dans l'état actuel de nos connaissances, le décours habituel de la pneumonie : envahissement des alvéoles par un exsudat produisant les phénomènes locaux, résorption de matériaux fournis par le pneumocoque produisant les symptômes généraux, mort ou atténuation du pneumocoque se traduisant par la crise et la guérison. Il est possible cependant que cette dernière soit le résultat non seulement de la mort du pneumocoque empoisonné par ses produits, mais aussi d'une vaccination réelle de l'organisme qui, à force de résorber quotidiennement ces produits, se trouve à un moment donné en état de lutter avantageusement contre l'ennemi qui l'a envahi. La chute brusque de température qui marque la fin de la pneumonie rappelle jusqu'à un certain point la crise qui signale l'efficacité du sérum de Roux dans la diphthérie. Il y a longtemps déjà que Henrijean a considéré la crise de certaines maladies infectieuses comme le symptôme extérieur d'une vaccination produite par la résorption continue de produits toxiques rendus plus actifs encore par la température élevée du corps pendant la maladie.

Mais que l'altération s'étende à une très grande étendue du parenchyme pulmonaire, que le pneumocoque franchisse les barrières de la circulation pour être transporté par le sang et aller végéter dans d'autres organes, qu'il s'associe d'autres microbes déterminant des infections secondaires locales ou générales, ou que l'organisme débilité qui l'héberge ne puisse résister à l'intoxication par les produits de désassimilation du pneumocoque, nous sommes alors en présence de complications redoutables : le malade est exposé à l'asphyxie, à la méningite, à l'abcession, à la gangrène, à l'adynamie.

C'est à ce moment qu'interviennent d'habitude les ressources les plus héroïques de notre art ; c'est à ce moment aussi, faut-il le dire, que nous sommes le plus exposés à commettre des fautes irréparables, à pécher par excès de zèle, dans l'espèce, par excès de thérapeutique.

Faut-il ajouter qu'il est difficile de prescrire des règles sûres dans ces circonstances, de donner des doses appropriées à tous les cas particuliers, de ne pas dépasser la mesure et que le malade peut devenir la victime de l'obscurité qui plane encore sur la pathogénie de certains phénomènes redoutables. Pour ne parler que de l'accélération considérable du pouls que l'on remarque dans certaines pneumonies dites infectieuses, combien d'entre nous ne sont pas parvenus à la diminuer malgré l'emploi des moyens appropriés. Je me rappelle un cas dans lequel la digitoxine administrée à la dose de 2 milligr. 1/2 dans les vingt-quatre heures n'eut pas le moindre effet sur un pouls de 150 à la minute. Il est certain pour moi, comme pour tous les médecins, je pense, qu'il est des cas où l'intoxication pneumonique atteint particulièrement l'appareil nerveux du cœur et l'étude de cette intoxication promet à celui qui l'entreprendra des résultats d'une importance considérable pour la pathologie et, espérons-le, pour la thérapeutique.

L'étude sommaire des dangers qui menacent la vie d'un pneumonique montre bien que la thérapeutique idéale est ici de juguler le mal. Il arrive tous les jours à des médecins d'affirmer qu'ils n'ont jamais perdu de pneumonique, les uns avec la médication expectante, les autres avec la médication tonique. Je pense que ces confrères ont eu la chance de tomber sur des séries heureuses ou sur des cas heureux de séries mauvaises. Je pense que, dans bien des cas, la médication tonique elle-même, systématiquement appliquée, celle que je tiens en ce moment pour la meilleure, échoue comme toutes les autres ; et cela parce qu'elle ne s'adresse qu'à une espèce de symptômes, parce qu'elle ne vise qu'un accident, la paralysie du cœur, et qu'elle n'est pas efficace dans tous les cas de paralysie du cœur.

Mais comment juguler l'affection ? Comment, dès son début, l'empêcher de se développer ? Nous avons vu combien peu il fallait compter sur les antiseptiques internes et externes ; nous avons montré qu'il était permis de croire à une vaccination spontanée de l'organisme dans la pneumonie ; mais de là à une vaccination préventive ou curative il y a loin. Ne pouvons-nous trouver dans notre arsenal pharmaceutique de quoi rendre l'organisme plus résistant, puisque nous sommes impuissants contre le virus ? Et quand nous disons l'organisme plus résistant, il est bien évident qu'il n'y a au début de la pneumonie qu'un point à fortifier, le poumon. C'est là que siège la congestion à la faveur de laquelle se développe le pneumocoque ; c'est cette congestion qu'il faut empêcher pour couper les vivres au microbe. C'est la circulation pulmonaire qu'il faut ranimer, accélérer pour éviter la transsudation continuelle du plasma dans les alvéoles.

C'est donc en stimulant énergiquement dès le début le myocarde que l'on pourra espérer empêcher le développement du pneumocoque. C'est dire qu'il ne faut pas compter sur l'émétique à dose contre-stimulante d'après la méthode de Rasori ; c'est dire que le procédé des saignées coup sur coup est inefficace et dangereux, comme tout ce qui tend à diminuer la résistance de l'organisme et l'énergie de la circulation. Je ne puis cependant adresser le même reproche à la saignée du début, et tout étrange qu'il puisse paraître de me voir rompre une lance en faveur de cette pratique si négligée aujourd'hui, je dois avouer que je ne la considère nullement comme irrationnelle. Tous les physiologistes qui ont vu combien une légère saignée peut relever la pression sanguine chez l'animal normal seront certainement de mon avis. A plus forte raison sera-t-elle efficace quand le cœur droit, comme c'est le cas dans la congestion pulmonaire du début, est pris entre la résistance que lui oppose l'inertie du poumon et la stase dont est le siège le système veineux général. La contraction vasculaire qui suit de près la saignée et qui est une des raisons de l'augmentation de pression consécutive est elle-même une circonstance éminemment favorable à la jugulation du mal. Inutile d'insister sur ce point ; si l'on pouvait maintenir l'effet de la saignée sur la pression sanguine et sur le calibre des vaisseaux, il ne paraît pas douteux que l'on ferait avorter bien des pneumonies.

Mais si ces deux facteurs sont si importants, s'il faut essayer de stimuler le cœur, d'accélérer la circulation pulmonaire, de rétrécir les vaisseaux, c'est à des médicaments qui produisent ces effets d'une façon plus permanente que la saignée qu'il faut nous adresser. Ce n'est pas aux excitants dits diffusibles dont l'action est trop éphémère, c'est à la digitale que nous devons recourir.

Malheureusement la digitale demande un certain temps pour agir ; il n'est pas rare d'attendre son effet 36 et 48 heures et pendant ce temps le pneumocoque a trouvé toutes les conditions nécessaires à son développement ; l'action se produit trop tard.

Toutes les digitalines administrées en granules sont passibles du même reproche. Le mérite d'avoir fourni à la thérapeutique un dérivé de la digitale agissant vite et sûrement revient tout entier à M. Van Aubel. C'est lui qui nous a montré comment la digitoxine, un médicament que son insolubilité et son extrême activité avaient fait rejeter jusqu'à ce jour, pouvait être mise en solution, agir sur le cœur en quelques heures sans provoquer d'accident, et sans que l'on eût à redouter l'action cumulative pour elle plus que pour la digitale. Les études cliniques de M. Masius ont confirmé les expériences que M. Van Aubel avait fondées sur la digitoxine. Elles ont montré l'efficacité de la digitoxine aussi grande et plus sûre que celle des infusions à hautes doses recommandées par Petrescu dans le traitement de la pneumonie. Il est prouvé que la digitoxine est l'antipyrétique de choix dans cette affection et je crois avoir exposé assez longuement la pathogénie pour que l'on comprenne cette action antipyrétique. Ce n'est pas certainement, comme Ackermann l'a prétendu, à cause d'une activité plus grande de la circulation favorisant le refroidissement du sang à la périphérie qu'elle se produit, mais à cause de cette activité plus grande de la circulation qui diminue la stase pulmonaire et par conséquent la pénétration des produits de désassimilation du pneumocoque dans les vaisseaux pulmonaires.

Mais supposez qu'au lieu de donner la digitoxine quand la pneumonie occupe le poumon depuis quelques jours déjà, nous l'administrions dès le début ; grâce à la rapidité de son action nous pouvons espérer voir disparaître la congestion pulmonaire et créer au pneumocoque des conditions d'exis-

tence tellement précaires que la culture s'affaiblisse et meure même ; nous pouvons, en somme, espérer juguler la pneumonie. Il n'y a pas là qu'une simple vue de l'esprit, une spéculation scientifique. Si l'interprétation que je donne des beaux résultats de M. Masius est exacte, on doit admettre qu'au début la digitoxine peut faire avorter l'affection.

Mon frère, le Dr Jos. Corin (Seraing), qui, depuis longtemps, emploie la digitoxine dans toutes les affections qui en relèvent, a obtenu de superbes résultats de son administration au stade initial de la pneumonie. Je ne veux pas les signaler tous ; il les réserve pour une publication ultérieure. Il me permettra seulement d'en rapporter brièvement un seul dans lequel il n'y avait pas le moindre doute sur la nature de la maladie. Il s'agissait d'un adulte chez lequel s'était produit la veille au soir un grand frisson accompagné d'un violent point de côté. Le lendemain matin, mon frère appelé constate une dyspnée extrême (42 respirations à la minute), une expectoration rouillée, visqueuse, adhérente, un pouls très accéléré (142 à la minute). Matité, augmentation des vibrations thoraciques, souffle et râles crépitants nombreux dans la fosse sus-épineuse, sous l'aisselle et sous la clavicule droite ; langue saburrale ; température 40°5. A midi l'état restait le même. Mon frère prescrit 3 milligr. de digitoxine dissous, d'après la formule de M. Van Aubel, dans un peu de chloroforme et d'alcool et dans l'eau à prendre en trois fois. Le malade a pris son dernier milligramme de digitoxine à 2 heures du matin. Le lendemain, à 11 heures du matin, la température est tombée à 36°5, le pouls à 72, fort, résistant, présentant une intermittence environ par minute, la respiration est de 36 à la minute ; le point de côté a disparu de même que le souffle ; on entend de gros râles muqueux ; par-ci par-là un râle de retour ; la matité est transformée en submatité. Le lendemain l'amélioration persiste, les symptômes locaux ont pour ainsi dire complètement rétrocédé ; le malade est guéri et la guérison s'est maintenue.

Ce cas, et ce n'est pas le seul, est, me semble-t-il, assez probant pour que l'on puisse admettre l'action jugulante de la digitoxine. Je ne doute pas que ce médicament, manié convenablement, ne donne aux mains d'autres praticiens, les résultats qu'il a fournis à mon frère, au moins dans bien des cas. La médication n'est pas plus dangereuse à appliquer au début de la pneumonie que dans la pneumonie confirmée. Je m'en servirais, pour ma part, si j'étais appelé en temps utile, avec la confiance que l'on a dans une méthode scientifique, basée sur une connaissance exacte de la pathogénie d'une affection et de l'action d'un médicament.

NOUVELLES

Comment est rémunérée la médecine publique — M. le Dr Good, de la Mothe-Saint-Héraye, a dressé un tableau intéressant des résultats qu'il a obtenus en faisant un service d'inspecteur des nourrices pendant l'année 1894 ;

M. Good a fait 131 visites à 16 enfants. Ces 131 visites ont nécessité 69 voyages avec un parcours total de 916 kilom. Il a reçu pour cela : 131 fr., c'est-à-dire une rémunération inférieure à celle que recevrait pour un tel trajet le moindre facteur rural.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 *avril* 1895.

Présidence de M. Empis.

Election.

MM. Testu (Lyon) et **Bertrand** (Cherbourg) sont élus correspondants nationaux dans la division de médecin.

Hermaphrodisme.

M. Lagneau présente les dessins de deux hermaphrodites, tous deux inscrits comme filles lors de leur naissance. La fente vulvaire est chez eux intermédiaire à deux lèvres ou lobes d'un scrotum bifide. L'un est un hypospade cryptorchide ; l'autre présente un testicule dans la grande lèvre. Ces cas sont loin d'être rares. D'ailleurs, en général les vices de conformation des organes génito-urinaires s'observent assez fréquemment, environ 5 fois sur 1000 individus.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 6 *avril* 1895.

(*Fin*).

Présidence de M. Chauveau.

Influence de la tension artérielle sur l'élimination

J. Noé. — Dans une précédente séance, j'ai montré l'influence de la perméabilité rénale sur le rapport qui existe entre le début de l'élimination salivaire et celui de l'élimination urinaire.

Dans la note d'aujourd'hui, j'examine l'influence de la tension artérielle sur la valeur de ce rapport ainsi que sur la durée de l'élimination totale, et sur ce que j'ai appelé la *période des traces*.

Avant l'apparition et après la cessation dans l'urine de la réaction rose clair, caractéristique de l'iodure de potassium, il se passe une période pendant laquelle on ne constate que des traces infimes. Cette période est d'autant plus longue que l'insuffisance rénale est plus considérable.

Chez des néphrétiques, présentant une grande différence sous le rapport de la vitesse d'élimination, j'ai noté à peu près la même tension artérielle. C'est donc l'état du filtre rénal qui est la condition la plus importante dans l'appréciation de cette vitesse.

Néanmoins, chez un même individu, atteint de néphrite avec oligurie, par exemple, l'hypertension, produite par la digitale, en même temps qu'elle faisait monter la quantité d'urine de 1 litre à 2, et la tension de 18 à 20°, diminuait de durée l'élimination totale, celle de la période des traces, et surtout l'intervalle entre le début de l'élimination salivaire, celui de l'élimination urinire.a

Un tabétique, sujet à des crises urinaires, présenté également, au cours de leurs diverses phases, des variations de la tension artérielle, correspondant à celles de la vitesse d'élimination.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 12 *avril* 1895.

Présidence de M. Pilliet.

Méthode d'oblitération des plaies intestinales.

MM. Faure et **Suarez** proposent une nouvelle méthode d'oblitération des plaies intestinales ; ils remplacent les sutures par une pince à ressort spécial qu'ils abandonnent dans la cavité intestinale. C'est une application du bouton de Murphy.

Monstruosité fœtale.

M. Duloroy rapporte un cas de monstruosité ; il s'agissait de deux fœtus qui étaient accolés l'un à l'autre par l'ombilic et les régions voisines ; ces deux fœtus portaient un bec de lièvre et présentaient de l'imperforation de l'anus. Les membres étaient normaux et les organes abdominaux étaient au complet.

Scissures interlobaires.

M. Walther présente quelques considérations sur la position exacte des scissures interlobaires du poumon. La scissure interlobaire supérieure siégerait en général sous la 4e côte.

Fernand Bezançon.

SOCIÉTÉ D'OPHTHALMOLOGIE

Séance du 2 avril 1895.

Sclérodermie palpébrale.

M. Despagnet présente une jeune fille âgée de 16 ans dont la paupière supérieure gauche est marquée par une tache blanc bleuâtre, un épaississement léger du bord libre et chute des cils à son niveau. Cette affection est survenue sans cause connue et d'après l'avis des médecins de Saint-Louis il s'agit de sclérodermie palpébrale. Traitée par des frictions locales de pommade mercurielle et l'électrisation elle semble en voie d'amélioration.

Troubles trophiques de la cornée.

M. Despagnet présente un homme âgé de 60 ans sans diathèse reconnue, qu'il a une première fois observé en 1890 alors qu'il était atteint de poussées violentes d'injection périkératique sans iritis ni sclérite. N'obtenant pas sa guérison le malade consulta aux Quinze-Vingts où pendant deux ans il fut traité par la lithine à l'intérieur et les cautérisations ignées sur le cercle bilaire. Malgré cela actuellement à l'œil droit on constate une forte injection périkératique, et sur la cornée, occupant son quart périphérique, une zone blanche opaque; sa partie centrale est anesthésique. L'état de l'œil gauche est pire encore, toute la cornée est opaque sauf un point central. M. Despagnet se propose de faire sur l'œil droit une cautérisation linéaire profonde en dedans de la zone opacifiée dans l'espoir que la cicatrice arrêtera le processus morbide et maintiendra la transparence du centre de la membrane.

M. Parent croit qu'il s'agit d'une scléro-kératite de nature arthritique.

M. Valude également avait admis qu'il avait affaire à une scléro-kératite goutteuse lorsqu'il soignait le malade.

Vascularisation de la cristalloïde.

M. Darier revient sur l'observation d'un malade chez lequel il avait constaté une vascularisation légère et localisée de la cristalloïde antérieure d'un œil. Une iridectomie a été suivie d'un ratatinement des petits vaisseaux de nouvelle formation, mais depuis dans l'autre œil la pupille ne se dilate plus et un fin réseau vasculaire se forme sur la cristalloïde.

Ischémie rétinienne.

M. Valude rapporte qu'un homme dont la poitrine fut serrée entre un mur et un timon de voiture, présenta une perte de connaissance prolongée avec syncopes puis arythmie cardiaque. Revenu à lui après plusieurs heures il constata une diminution très notable de la vision, il pouvait seulement compter les doigts de très près. Trois semaines après l'accident seul le trouble visuel persiste et l'examen du fond de l'œil décèle une ischémie rétinienne généralisée avec atrophie de la pupille.

M. Caudron a observé un cas analogue : un brasseur serré dans les mêmes conditions a été atteint d'atrophie des papilles.

Cyclisme et lésions oculaires.

M. Duboys de la Vigerie a été consulté par un coureur de profession âgé de 24 ans, lequel, en février dernier, par une température de 10° monta au vélodrome en bicyclette à 5 heures du soir devant fournir une course de 24 heures. Au bout de 18 h. on dut l'arrêter, après avoir couru 536 kilomètres, il était absolument aveugle; la vision avait commencé à baisser après trois quarts d'heure de course. Les culs-de-sac conjonctivaux étaient remplis de poussière, les cornées n'offraient pas de desquamation épithéliale, mais elles étaient rendues opaques par une infiltration punctiforme; les membranes avaient conservé leur sensibilité, les pupilles réagissaient à la lumière; le malade comptait les doigts à 4 mètres, le change visuel était normal. Il suffit d'une journée de repos et d'applications chaudes pour obtenir la guérison.

Grippe et lésions oculaires.

M. Galezowski a observé deux cas d'hémorrhagie rétinienne qu'il attribue à la grippe. **M. Fage** rapporte une observation analogue. **M. Despagnet** relate un cas de périnévrite franche et **M. Antonelli** deux faits similaires. Enfin **M. Laimand** appelle l'attention sur la névrité rétro-bulbaire grippale qui peut se compliquer d'accidents cérébraux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 avril 1895.

Fibrome de la paroi abdominale.

M. P. Reclus. — Je vous ai présenté, à la fin de la dernière séance, une homme que M. Verneuil avait opéré, il y a douze ans, d'un énorme fibrome de la paroi abdominale. L'observation mérite d'en être racontée avec quelques détails car l'évolution de cette tumeur a essentiellement différé de la marche que ce genre de néoplasme affecterait d'après les classiques et aussi peut-on se demander s'il ne faudrait pas modifier certaines de nos opinions courantes sur son diagnostic et sur son pronostic.

Lorsque le malade entra dans le service de M. Verneuil, le 3 juillet 1883, il y avait quatre mois seulement, lisons-nous dans la thèse de M. Maksond-Cherbetian, que son fibrome était apparu. Il avait senti, juste au-dessus de l'arcade de Fallope gauche, une petit tumeur grosse à peine comme une amande, dure, mobile et roulant sous le doigt, mais tout à coup elle s'était mise à s'accroître presque à vu d'œil, au milieu de crises névralgiques quotidiennes et qui duraient de deux à six heures, assez intenses pour s'opposer à tout travail. Malgré ces souffrances et le développement rapide de la tumeur l'état général restait bon.

Au premier examen on constate au niveau de la fosse iliaque gauche l'existence d'une tumeur bien évidemment incluse dans la paroi abdominale, largement insérée sur la ceinture pelvienne, mais sans adhérence à la peau ; elle s'étend de l'épine du pubis à l'épine iliaque extérieure et supérieure et mesure dans ce sens plus de 12 centimètre ; en haut, elle s'avance vers l'ombilic, sa tare plus profonde plonge dans la fosse iliaque. On porte le diagnostic de fibrome de la paroi abdominale et on le qualifie de « malin » à cause de son volume, de son accroissement rapide et de douleurs dont il est le siège. L'extirpation en est décidée ; elle a lieu le 28 octobre.

Les difficultés furent considérables ; on dut réséquer d'abord une assez grande étendue de la paroi abdominale fusionnée avec la tumeur, une partie de l'aponévrose du grand oblique, du petit oblique, du transverse et libérer ses insertions sur la crête iliaque; le bord externe du droit antérieur. Dans la profondeur on ne put décoller le péritoine dont un large lambeau fut enlevé; le cordon spermatique et l'ouraque furent coupés et on arrive sur le paquet vasculo-nerveux. Les adhérences à la gaine ont été telles qu'il fallut pour éviter l'ouverture de la veine et de l'artère, laisser un morceau de tunique. Déjà pour libérer l'intestin on avait dû faire un pareil abandon d'une couche de néoplasme.

La cicatrisation d'une pareille brèche fut lente et l'opéré n'avait quitté l'hôpital qu'on notait déjà une abondant pullulation du morceau de tumeur laissé dans la fosse iliaque. Le malade changea de service, puis on le perdit de vue et la thèse de M. Maksond-Cherbétian publiée vers la fin de 1883 concluait à la mort probable. Or, au commencement de 1895, 13 ans après l'intervention chirurgicale, il rentrait dans mon service et vous avez pu constater avec moi, à travers l'énorme brèche de son éventration que cette tumeur récidive avait dû s'arrêter, car le débris de tumeur que l'on trouvait sur le vaisseau iliaque ne dépassait pas le volume d'un œuf de poule.

Avec le concours de mon ex-interne M. Launay, nous avons recherché ce que pensent les auteurs de la récidive du néoplasme dans les cas d'ablation incomplète. On y voit d'abord qu'il y a une tendance à diviser ces fibromes en deux catégories : les fibromes purs et les fibro-sarcomes. Je crois cette classification basée plus sur la clinique que sur l'histologie. Le premier s'accroîtrait très lentement et ne provoquerait pas de douleurs, le second aurait une marche envahissante rapide et

s'accompagnerait de souffrances vives. Or, je fis remarquer que le fibrome enlevé par M. Verneuil était histologiquement parlant un fibrome pur; tandis que cliniquement par les crises névralgiques qu'il éveillait et par l'accroissement démesuré qu'il avait pris en moins de quatre mois, ses adhérences au péritoine, à l'épiploon, à l'intestin et au paquet vasculo-nerveux, il rentrait dans la catégorie des fibro-sarcomes.

Eh bien, quel serait d'après eux le pronostic des fibromes de la paroi abdominale? Les auteurs paraissent unanimes sur ce point: la tumeur une fois enlevée ne récidive pas; mais si on laisse une partie du néoplasme, il repullule avec une très grande activité. Telle est l'opinion des classiques, celle de Gross et Rohme dans leur manuel, celle de Peyrot dans les quatre agrégés, celle de Nuthan dans le traité de chirurgie. Mêmes conclusions dans les thèses et mémoires que nous avons consultés: Terrillon dans le Bulletin de thérapeutique de 1886, Nicaise dans la Revue de médecine et de chirurgie de 1878, Labbé et Rémy dans le traité des fibromes et Damalie dans sa thèse de 1886, nous disent en substance ce que soutenait Segond dans une clinique de 1888; « mieux vaut cent fois ne pas opérer que de pratiquer une opération incomplète. »

Nous avons recherché, toujours avec M. Launay, sur quelles observations s'appuyaient les auteurs pour proscrire les opérations incomplètes dans les fibromes de la paroi abdominale et pour ériger en dogme la fatalité de la récidive. Notre surprise a été grande, mais nous n'avons à peu près rien trouvé, et ces affirmations si catégoriques n'ont donné elles que des faits contestables: un cas de Gosselin cité par Bodin dans une thèse de 1861, on pratique une extirpation incomplète pour ménager le péritoine; le noyau qu'on laisse en place augmente de volume; Gosselin y plante des flèches de chlorure de zinc. A la chute de l'escharre, il voit que presque toute cette masse a été détruite; « presque toute » mais pas toute, et cependant le malade revenu au bout d'une année ne présentait pas de récidive.

La deuxième observation n'est guère plus probante. Esmarch opère un fibrome intra-pariétal adhérent au péritoine; il laisse une partie de la tumeur au fond de la plaie. La malade guérit, puis meurt au bout de deux ans des suites de couches. Or, ajoute le narrateur, l'entourage de la malade a remarqué que, pendant la grossesse, la tumeur avait augmenté. » Et c'est là tout ce que nous avons trouvé si nous ajoutons notre cas actuel. A en croire la thèse de Maksond-Charbibian, la portion du fibrome adhérant au paquet vasculo-nerveux avait repullulé avec activité; c'est possible, mais nous avons vu que, sans traitement, sans intervention d'aucune sorte, l'opéré vit encore douze ans après et la tumeur s'est plutôt atrophiée.

D'autre part, M. Laroyaume a publié dans la *Gazette des hôpitaux* de 1869 une observation très remarquable. Il s'agit d'un fibrome kystique de la paroi abdominale qui adhérait intimement au péritoine; pour respecter le mieux on abandonna au fond de la plaie une légère portion de la tumeur. La malade guérit et cinq mois après l'opération, il ne présentait pas de récidive. « Fait très important, dit M. Humbert Mollière, qui publie l'observation. Il semblerait prouver qu'une tumeur renfermant à la fois des éléments des tissus fibreux et des tissus sarcomateux n'expose pas d'une façon certaine à la récidive.

Tels sont les faits que nous avons pu recueillir sur ce sujet et qui nous paraissent modifier les opinions courantes sur les pronostics des phases de la paroi abdominale. Nous n'avons pas trouvé de cas où, malgré qu'on en ait dit, l'ablation incomplète ait été suivie de récidive, car les observations de Gosselin et d'Esmarch sont absolument contestables. Au contraire des faits authentique de Laroyaune et celui que nous publions aujourd'hui prouvent que des ablations notablement incomplètes ont été suivies de guérison durable. Aussi nous sera-t-il permis de conclure par cette courte phrase: Il doit exister des fibres de la paroi abdominale dont la marche rapide rappelle les allures d'une tumeur maligne et dont l'extirpation incomplète n'a cependant pas la récidive comme conséquence fatale.

M. P. Segond. — Il serait dangereux de conclure, après ce qui vient d'être dit, que le premier devoir et la première loi du chirurgien ne sont pas d'enlever entièrement la tumeur, chaque fois qu'on est en présence d'un fibrome de la paroi abdominale. Dans les observations qui ont été citées par M. Reclus, le péritoine a pu limiter l'intervention mais cet obstacle n'a plus aujourd'hui de raison d'être, et l'on doit, au contraire, ouvrir franchement le péritoine et pour éviter une éventration transformer en une plaie ordinaire de laparotomie, par une résection suffisamment large de la paroi, la grande brèche qui résultait autre fois de l'ablation de ces tumeurs.

M. M. Sée. — J'ai opéré, il y a quelques années, une femme atteinte d'une tumeur de la paroi abdominale, qui paraissait simplement sous-cutanée, et que je croyais devoir enlever sans aller profondément; or, je ne pus l'extirper complètement sans ouvrir le péritoine que je suturai ensuite. La malade quitta mon service dans un parfait état de santé, mais, 6 à 8 mois plus tard, elle succomba à une récidive malgré mon ablation totale.

M. Quénu. — J'ai opéré récemment un fibrome de la paroi abdominale dans lequel j'ai observé une disposition anatomique qui aurait pu faire croire à une ablation incomplète alors que l'on aurait tout enlevé. Il s'agissait d'un fibrome développé aux dépens de l'aponévrose antérieure du muscle droit de l'abdomen, et le muscle était lui-même le siège d'une myosite qui créait l'adhérence de la tumeur au péritoine et qu'on aurait pu prendre pour une portion du néoplasme ayant échappé à l'intervention, si l'on avait seulement enlevé le fibrome.

Gastro-entérostomie par le procédé de Murphy.

M. Monod. — J'ai appliqué l'emploi du bouton de Murphy à deux nouvelles opérations de gastro-entérostomie.

Ma première malade a succombé à l'intervention vers la fin du deuxième jour, c'était une femme âgée de 49 ans, atteinte de son cancer depuis dix-huit mois, très cachectique, ne prenant plus d'aliments depuis six semaines, et je l'ai opérée ainsi dans des conditions qui me laissaient vraiment peu d'espoir. On a pu constater à l'autopsie la solidité parfaite de anastomose.

Dans ma seconde observation, il s'agit d'une femme de 32 ans, chez laquelle les accidents gastriques avaient débuté en mars 1894; elle n'était pas très amaigrie et son état général était encore assez satisfaisant, lorsque je l'ai opérée, le 21 février dernier. Les suites opératoires ont été excellentes et ma malade est actuellement bien portante; malheureusement, elle n'a pas rendu son bouton, autant qu'on peut l'affirmer, après avoir fait exercer une surveillance attentive à ce sujet.

Traitement des fistules urétéro-vaginales.

M. Poirier. — Sur 45 hystérectomies vaginales que j'ai pratiquées, dont 36 pour lésions des annexes et 9 pour cancer, une fois seulement, dans un cas de cancer, je crois avoir pincé un uretère, mais la fistule a spontanément guéri au bout de vingt jours.

Je crois que, quand on pince l'uretère, c'est le plus souvent lorsqu'on place une pince supplémentaire sur les veines vésicales qui accompagnent l'uretère à son abouchement dans la vessie et qui peuvent être déchirées lorsqu'on pousse un peu trop le décollement antérieur. Dans d'autres cas les déviations qui se produisent par exemple dans le cancer de l'utérus, peuvent évidemment faciliter le pincement de l'uretère.

M. Quénu. — Je n'ai pas compris l'accusation portée par M. Segond contre le procédé de Doyen, lorsqu'il nous a dit que le pincement de l'uretère devait être plus fréquent avec ce procédé qu'avec le procédé primitif de Péan. Je ne comprends pas en effet, comment la section médiane complète, comme je l'ai faite après Müller, ou l'hémisection antérieure, comme le fait Doyen, peut exposer au pincement de l'uretère plus que la méthode de Péan.

M. Rentier. — J'ai observé une fistule urétéro-vaginale chez une malade que j'avais hystérectomisée pour une pyosalpinx double. Cette fistule se produisit à la suite de la chute d'une eschare, après que la malade était restée 21 jours sans

perdre d'urine par le vagin, et je pense que, dans la plupart des cas, la fistule n'est pas consécutive à un pincement primitif de l'uretère. J'ai fait la néphrectomie et je n'ai pas eu à regretter cette opération, attendu que le rein présentait des infarctus purulents.

M. Bazy. — Je crois que, dans la cure des fistules urétéro-vaginales, la voie abdominale est incontestablement supérieure à la voie vaginale, en permettant de supprimer le rétrécissement et d'empêcher qu'il se reproduise. La bénignité de la voie abdominale est, d'ailleurs, aussi grande que celle de la voie vaginale, puisque toutes les opérations faites par cette voie, à ma connaissance, ont parfaitement guéri.

M. Monod présente un malade opéré d'empyème avec résections cantrales multiples pour effacer le sinus castro-diaphragmatique.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 28 mars 1895.

Présidence de M. Richelot.

Thérapeutique intra-utérine.

M. Dumontpallier a fait l'historique du traitement par le chlorure de zinc, qu'il considère comme le procédé de choix dans la cure de l'endométrite. Quant aux accidents consécutifs à ce traitement, il a montré en 1889, qu'ils n'étaient à craindre que dans 4 à 5 0/0 des cas, chez les femmes qui quittaient trop tôt l'hôpital et qui ne voulaient pas se soumettre au traitement consécutif qu'il a conseillé. Actuellement, M. Dumontpallier n'emploie que des crayons de un gramme, au lieu de deux, et contenant 33 gr. de chlorure de zinc pour 66 gr. de farine de seigle. Il a soin d'entourer de papier d'étain la portion du crayon qui doit être en rapport avec l'isthme. Il pense être, grâce à ces modifications, à l'abri des accidents. Il insiste sur le traitement consécutif : Il faut cathétériser plusieurs fois, pendant les mois suivants, la cavité utérine avec une bougie à bout olivaire de façon à rompre les atrésies celluleuses, s'il vient à s'en produire. Si on trouve une sténose, il suffit de dilater peu à peu la partie rétrécie au moyen de tiges de laminaire. Le curettage a perdu beaucoup de terrain et nombre de chirurgiens le font actuellement suivre de badigeonnages de la cavité du chlorure de zinc, comme antiseptique et comme hémostatique.

M. Pichevin cite le cas d'une femme traitée autrefois par le chlorure de zinc, et qui a eu depuis des crises menstruelles tellement épouvantables, qu'elle a dû être hystérectomisée par M. Le Dentu. Une autre, est sur le point de subir la même opération. On a restreint l'emploi du curettage parce qu'on sait mieux s'en servir, et qu'on le réserve seulement à l'endométrite du corps, appliquant à la métrite cervicale des opérations beaucoup plus radicales.

M. Chapentier insiste sur les sténoses tardives consécutives à l'emploi du clorure de zinc. Ces accidents se produisent au bout de plusieurs mois. Il n'a jamais vu d'atrésie à à la suite du curettage.

M. Doléris. — Le chlorure de zinc produit une plaie, et quoi qu'on fasse chaque fois qu'il y a plaie, il y a cicatrice et par conséquent production de tissu rétractile. L'idéal physiologique, c'est de reproduire la muqueuse. De plus, chez les femmes qui ont des lésions des annexes, il doit se produire des infections secondaires, capables d'aggraver singulièrement ces lésions.

M. Petit. — Dans quelques cas d'atrésie consécutive à l'emploi du chlorure de zinc, il lui est arrivé de rétablir la cavité utérine au moyen de l'électrolyse négative ; dans d'autres il a échoué. Ce qui l'a surtout frappé, c'est l'état quasi-vésanique des malades traitées par ce procédé. Elles avaient gardé un terrible souvenir du traitement par le chlorure de zinc. Il cite l'observation mentionnée par M. Pichevin, d'une personne qui, à la suite de la cautérisation, souffre de dysménorrhée que rien n'a pu calmer, et à laquelle on sera obligé de pratiquer l'hystérectomie.

M. Bonnet a vu trois cas d'atrésie à la suite de l'emploi de la méthode de M. Dumontpallier.

M. Budin rappelle le cas d'une femme traitée par le chlorure de zinc chez laquelle il s'était produit une atrophie telle de l'utérus qu'il n'était plus représenté que par une petite masse comparable à l'extrémité du petit doigt.

M. Dumontpallier fait remarquer qu'il n'a jamais nié les insuccès qu'on lui oppose toujours sans parler des succès qu'on peut compter par centaines. La chlorure de zinc offre des dangers, mais seulement chez les femmes qui n'ont pas été traitées sérieusement. Il ne semble pas discutable qu'il y ait indication formelle d'employer au moins son traitement contre les hémorrhagies de la ménopause et contre l'endométrite des vieilles femmes. Ici, on n'aura rien à craindre. En Allemagne, sa méthode paraît jugée favorablement si on s'en rapporte au jugement récemment porté par Schœffer, de Berlin.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 1er *avril* 1895.

Présidence de M. Coyne.

Langue noire.

M. Villar présente une malade atteinte de cette affection qui est assez rare. La malade, âgée de 33 ans, vient d'avoir l'influenza. Quelques jours avant de remarquer cette coloration la malade avait présenté des symptômes semblant annoncer l'apparition d'un abcès ; gêne de déglutition, douleur, etc. La lésion est en décroissance ; un examen microscopique sera pratiqué.

Calculs de la vessie.

M. Ch. Faguet lit l'observation d'un malade chez lequel on constata la présence de calculs de la vessie. Ce malade était diabétique, il urinait deux litres par jour avec 3 gr. 5 de glucose par litre. Le traitement fit abaisser le sucre à 2 gr. et l'on pratiqua la taille hypogastrique.

L'opération fut terminée par une suture totale de la vessie et des parois abdominales.

Pour la vessie, M. Lanelongue fait un premier plan de sutures en surjet (avec point d'arret), au catgut, qui réunit les deux tranches de la tunique musculeuse en dépassant en haut et en bas les deux extrémités de l'incision vésicale afin d'éviter les filtrations d'urine aux deux angles de la plaie. Chaque fil est enfoncé environ à trois ou quatre millimètres des bords de la plaie et embrasse toute l'épaisseur de la couche musculeuse mais ne perfore pas la couche muqueuse.

Il fait ensuite une deuxième suture en surjet au catgut, à quelques millimètres en dehors du premier plan qui assure l'adossement parfait des parois vésicales.

Pas de drainage abdominal, sonde de Pezzer à demeure. Réunion par première intention ; guérison.

Péricardite.

M. Michiels lit l'observation d'un malade de M. le professeur agrégé Moussous. C'est un enfant âgé de 12 ans qui entre dans le service avec des tuméfactions articulaires et un état typhique.

Une ponction au niveau du poignet permet de retirer du pus qui, cultivé, a donné le staphylocoque blanc.

Les symptômes devinrent de plus en plus graves ; à l'auscultation des poumons on constate un silence presque complet, rien à l'auscultation du cœur. Mort avec chute brusque de température.

A l'autopsie on trouve une péricardite avec un litre de liquide ; des abcès dans le poumon ; quelques infarctus dans les reins ; des abcès intra-musculaires : pas de lésions osseuses notamment au niveau des articulations atteintes.

La porte d'entrée de cette infection échappe, on ne peut incriminer qu'un coryza chronique datant de deux mois.

Note sur les valvules conniventes.

M. Cannieu. — J'ai étudié ces organes sur l'intestin fixé dans la distension; j'ai constaté alors qu'elles avaient la forme d'un croissant tendu d'un côté de la paroi à l'autre. Ces valvules forment de véritables organes de nature permanente et ne sont pas de simples replis intestinaux que la distension fait disparaître.

Chez le chien, le chat, le mouton, le porc, le lapin, le cobaye et le rat on ne constate rien qui puisse être comparé à ces valvules.

Chez le singe seulement j'ai trouvé quelque chose d'analogue. Ce sont des replis sinueux qui disparaissent dans la distension de l'intestin. Ces replis ont la même structure histologique que les valvules de l'homme.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

XIIIe CONGRÈS DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Munich du 2 au 5 avril 1895.

La médication ferrugineuse.

M. Bunge (de Bâle) pour juger convenablement l'emploi de ferrugineux dans la chlorose et les anémies, envisage tout d'abord cette question au point de vue physiologique.

La quantité de fer que renferme notre organisme n'est pas considérable et ne dépasse pas 2 à 3 gr. 1/2 chez l'adulte. Le fer se trouve principalement dans l'hémoglobine. Mais d'où vient l'hémoglobine ? Cette substance n'existe pas dans les aliments des animaux, si ce n'est dans les aliments des carnivores qui se nourrissent de vertébrés. La question de savoir si c'est de cette hémoglobine que vient l'hémoglobine du sang est fort discutable. On ne sait même pas si le fer est assimilable ; en tout cas la plupart des animaux forment l'hémoglobine avec des combinaisons de fer autres que l'hémoglobine.

Quelles sont donc les combinaisons de fer ?

L'hypothèse de la formation synthétique de l'hémoglobine aux dépens du fer, s'appuie principalement sur les bons effets que donne la médication martiale dans le traitement de la chlorose. Mais cette conclusion est, en somme, erronée, puisque les recherches récentes ont montré que le fer n'était presque pas résorbé, du moins le fer dans ses combinaisons inorganiques.

Si cette conclusion, qui découle des travaux de Kletnzislly, de Hamburger, de Schmiedeberg et Marfori est exacte, on doit se demander si les aliments ne renferment pas des combinaisons organiques de fer, combinaisons assimilables, resorbables et représentant les stades antérieures du composé désigné sous le nom d'hémoglobine? Les recherches faites par M. Bunge dans cette direction lui ont révélé la présence, dans le jaune d'œuf d'une combinaison de fer, *l'hématogène*, qui, sous l'influence des sucs digestifs se dedouble en peptone et en fer. Les expériences faites par M. Socén, ont montré que l'hématogène était assimitable et résorbable ; enfin les souris avec des substances ne contenant que du peptogène ont toutes survécu, tandis que d'autres souris soumises à une alimentation insuffisante ont succombé.

La recherche de quantité de peptogène qui se trouve dans les aliments courants a donné les résultats suivants :

100 gr. de matières sèches contiennent en miligr. de fer.

Sérum du sang	0
Blanc d'œuf de poule	traces
Riz	1,8
Lait de vache	2,3
Lait de femme	2,7
Lait de chienne	3,2
Seigle	4,9
Blé	5,5
Pomme de terre	6,4
Pois	6,6
Haricots blancs	8,3
Fraises	8,9
Lentilles	4,5
Pommes	13,2
Viande de bœuf	16,6
Jaune d'œuf	10,4 à 23,9
Epinards	35,9
Sang de porc	226
Hématogène	290
Hémoglobine	340

Ce qui frappe dans ce tableau, c'est la quantité relativement minime de fer contenu dans le lait. Comment fait donc un nourrisson qui pendant de longs jours est réduit à ce seul aliment dont il se trouve du reste si bien ? La contradiction s'explique quand on songe qu'en venant au monde l'animal apporte avec lui, dans les tissus, une provision de fer, aux dépens duquel il s'entretient pendant la durée de l'allaitement. En effet le dosage du tissu du nouveau-né montre que tous les jours cette provision de fer diminue, si bien que, pour n'envisager que le nourrisson, la provision est épuisée quand on commence à remplacer le lait par une autre alimentation végétale ou animale. Le fait de cette provision est si vrai que chez les animaux dont la période d'allaitement est courte, la réserve de fer est petite et que ces animaux, comme le cobaye par exemple, recherchent ensuite une alimentation riche en fer, les épinards, dans le cas particulier.

On comprend dès lors que les nourrissons qui restent trop longtemps au lait peuvent devenir anémiques. On peut également se demander jusqu'à quel point le lait est indiqué chez les anémiques et les chlorotiques.

La provision de fer que le nouveau-né apporte en venant au monde vient de l'organisme maternel. On pourrait même se demander si la préparation de cette réserve n'est pas fonction de la femme encore avant la conception, si elle n'explique pas la chlorose qui survient fréquemment vers l'âge de la puberté chez les jeunes filles.

Pour ce qui est de la thérapeutique de la chlorose, M. Bunge doute que l'organisme puisse utiliser les combinaisons organiques de fer pour la préparation de l'hémoglobine. Ces temps derniers, on a fait beaucoup de bruit autour des préparations organiques de fer, préparations résorbables. Mais, d'après M. Bunge, préparation résorbable ne veut pas encore dire préparation assimilable.

Contrairement aux préparations pharmaceutiques, les combinaisons de fer qui se trouvent dans les aliments sont résorbables et assimilables. Aussi M. Bunge n'a jamais compris pourquoi les médecins envoient chercher le fer à la pharmacie et non pas au marché. On dit que la quantité de fer contenue dans les aliments est contenue en trop petite quantité. Mais il ne faut pas oublier que le sang ne renferme pas que du fer, mais encore d'autres substances, et qu'il ne peut assimiler le fer qu'en assimilant dans une proportion convenable les autres substances.

D'un autre côté, notre nourriture n'est nullement aussi pauvre en fer qu'on le dit, et est certainement capable de pourvoir aux dépenses du fer exigées par l'organisme. Un homme dans les 5 litres de sang de son économie a 500 gr. d'hémoglobine soit 1 gr. 70 de fer. Si anémique qu'on soit, on ne perd jamais plus d'un tiers de la quantité totale du fer du sang, or 1 kilogramme de viande fraîche contient 250 gr. de matières riches dans lesquelles on trouve 4 centigrammes de fer. Quinze kilogrammes de viande contiennent donc une quantité de fer égale au tiers de la quantité totale du sang de l'organisme. En utilisant pour la nourriture 15 kilogr. de viande par mois, ce qui n'a rien d'excessif, on amène à l'organisme une quantité de fer suffisante pour remplacer un tiers de la quantité de fer contenue dans le sang. Avec 500 gr. de viande et 200 gr. de lentilles par jour, on peut dans l'espace d'un mois couvrir une dépense de deux tiers de la quantité de fer du sang de l'organisme. Si l'hémoglobine était assimilable, on aurait pu fournir tout le fer nécessaire en faisant entrer dans le menu des repas des mets préparés avec du sang.

En tous les cas, nos aliments renferment suffisamment de fer, et on est autorisé de douter de l'influence de l'insuffisance du fer dans l'étiologie de l'anémie. Si les fonctions digestives sont normales, le fer des aliments est fort bien assimilé. Aussi

dans la chlorose, il faut rechercher les causes de l'affection au lieu de donner le fer de la façon la plus banale.

On a montré que sous l'influence de la ferratine, le nombre d'hématies et le taux d'hémoglobine subissent une augmentation, mais on n'a pas cherché à voir si dans les mêmes conditions d'hygiène et d'alimentation on n'obtiendrait pas les mêmes résultats sans ferratine. Les médecins qui attribuent à la suggestion les effets de la médication martiale dans la chlorose, n'ont peut-être pas tort. Mais dans ces conditions, si suggestion il y a, il est préférable de donner des préparations non résorbables qui sont rapidement éliminées.

M. Quincke (Kiel) fait tout d'abord observer que le sulfhydrate d'ammonium est un réactif excellent qui permet de constater la présence du fer dans les t ssus. En se servant de ce réactif, M. Quincke a pu retrouver du fer dans la rate, la moelle osseuse, les ganglions lymphatiques et surtout dans le foie qui à l'état normal, renferme 0,8 à 1 0/0 de fer, calculé pour la substance sèche. Dans l'anémie pernicieuse, la proportion de fer dans le foie augmente considérablement, et l'organe renferme alors plusieurs grammes de fer. Si l'hématopoïèse est mise en jeu, le fer disparaît des organes qui viennent d'être nommés.

On peut distinguer trois formes sous lesquelles le fer se trouve dans l'organisme : 1° le fer organique ou intra-cellulaire ; 2° le fer à l'état soluble ou en circulation ; 3° le fer en réserve.

Le fer en circulation qui passe d'une cellule à l'autre pour être éliminé par les reins, est augmenté dans la fièvre, dans l'anémie pernicieuse, dans le choléra et, peut-être, pendant la phase de développement de la chlorose. Il est diminué dans l'anémie d'origine traumatique, pendant la convalescence, et dans la chlorose confirmée.

Au point de vue pharmacologique, l'action des préparations varie avec le mode de leur administration, ce qui explique les contradictions relevées dans les reclus. Les médicaments ferrugineux comprennent six groupes de préparations : 1° les ferrocyanures et les ferricyanures ainsi que leurs composés ; 2° le sang d'un organisme homologue ; 3° l'hémoglobine en solution ; 4° les sels ferrugineux des acides végétaux ; 5° les préparations ferrugineuses insolubles ; 6° les sels d'oxyde de fer.

Les ferrocyanures et les ferricyanures n'ont aucune action. Le sang venant d'un animal de la même espèce peut, une fois qu'il est introduit dans l'organisme, entretenir les fonctions vitales dans l'anémie. L'hémoglobine en solution pénètre rapidement dans la circulation générale, une fois qu'elle est introduite sous la peau. Les sels ferrugineux des acides végétaux ne sont pas des régulateurs de la dépense des substances albuminates. Les sels insolubles se dissolvent dans l'estomac et forment, comme les préparations du 6° groupe, des albuminates de fer qui ne se résorbent qu'en petite partie.

Pour M. Quincke les recherches faites sur l'absorption de fer sont entachés d'erreur en ce sens que les physiologistes ont expérimenté sur des animaux sains, tandis que les cliniciens ont étudié l'organisme malade, des chlorotiques et des anémiques. Mais au point de vue clinique il est absolument démontré que l'administration du fer est suivie d'une augmentation du nombre d'hématies et de la proportion d'hémoglobine. Ce fait ne semble pas démontré aux physiologistes.

Quoiqu'il en soit, il ne faut pourtant pas se contenter dans la chlorose de l'administration de fer : il faut rechercher les causes de la maladie et la traiter en conséquence. Ce qui est certain aussi bien au point de vue clinique que physiologique, c'est que le fer rabsorbé dans l'intestin, se dépose dans le foie, la rate et la moelle osseuse, pour être utilisé au fur et à mesure pour la formation d'hémoglobine.

Quand on veut obtenir avec le fer une action générale, on l'administre par la voie stomacale. Pour protéger la paroi stomacale contre l'action du fer, cette substance est administrée sous forme d'une combinaison avec de la peptone ou du sucre. Il serait plus rationnel pour atteindre le même but d'administrer le fer sous forme de pilules kératinisées dont l'enveloppe ne se dissolverait que dans l'intestin.

Parmi les innombrables préparations de fer, les plus actives ont paru être à Quincke, les pilules Blaud et le lactate acide de fer. Une dose de 0.05 à 0.10 centigr. de fer suffit largement. Pour les injections hypodermiques, en cas de cardialgies on peut avoir recours à une solution de citrate de fer à 5 0/0 dont on injecte tous les jours 0.05 à 0.10

M. Stifler (Steben) proteste contre l'opinion de M. Bunge d'après laquelle les effets du fer dans la chlorose seraient dus à la suggestion. Le fer peut être utilisé par l'organisme avant d'être expulsé en totalité avec les matières fécales. D'un autre côté le fer introduit sous la peau est en partie utilisé et assimilé par certains organes comme le foie.

Au point de vue thérapeutique les doses modérées de fer réussissent mieux dans la chlorose que les doses sucessives, celles-ci pouvant même produire des troubles variés.

M. Heubner (Berlin) recommande depuis de longues années de ne jamais continuer le régime lacté absolu chez des nourissons anémiques et même rachitiques au delà du 9e mois de leur vie. Passé cet âge il faut suppléer au lait par une alimentation végétale.

Quant à remplacer le fer par la viande, comme le recommande M. Bunge, il faudrait donner des quantités trop grandes de viande qui ne seraient peut-être pas utilisées par l'estomac.

M. Immermann (Bâle) fait observer que la chlorose s'observe fort bien chez des individus mangeant de la viande en quantité suffisante pour avoir le fer nécessaire. D'un autre côté quand le chorotique entre à l'hôpital, on observe bien sous la seule influence du régime, une augmentation du nombre d'hematies et du taux d'hemoglobine. Seulement cette augmentation ne dure pas plus de 8 à 15 jours, et ne devient continue que si l'on donne du fer.

La chlorose, en effet, n'est pas produite par un défaut sans rapport du fer, mais par une atonie des organes hématopoétiques lors même que la réserve de fer est considérable. Les préparations ferrugineuses agissent dans ces cas à titre de stimulants.

M. Reinert (Tubingue), qui a étudié l'influence de a diète simple et des médicaments indifférents sur la chlorose, la trouvé que dans ces conditions le taux d'hemoglobine n'augmente que d'une façon insignifiante, et que cette augmentation s'accuse d'une façon considérable aussitôt que l'on donne du fer. La préparation la plus active sous ce rapport, sont les pilules de Blaud.

M. Nothnagel (Vienne) considère également les pilules de Blaud comme la préparation la plus active. Le séjour au lit pendant 4 à 6 semaines est un adjuvant puissant dans le traitement de la chlorose. L'effet du repos est si bien établi que les malades soignés à l'hôpital guérissent plus vite que les malades en ville qui ne s'astreignent pas au repos tout en se trouvant dans d'excellentes conditions hygiéniques.

M. V. Ziemssen (Munich) a essayé sans le moindre succès l'alimentation voire même la suralimentation chez les chlorotiques. Il emploie aussi les pilules de Blaud, auxquelles il ajoute une solution d'albuminate de fer et le repos. En cas de catanter gastrique, mais sans ulcère rond de l'estomac, il ne faut pas hésiter à prescrire le fer.

M. Baumler (Freiburg in Brisgau) donne aussi les pilules de Blaud, à dose élevée et les continue encore longtemps après la disparition de la chlorose. Le mauvais état de l'estomac n'est pas une contre-indication de la médication ferrugineuse.

M. Edlefren (Hambourg) donne de l'acide chlorhydrique dilué à la dose de 5 gouttes avant chaque repas, aux chlorotiques dont l'estomac supporte mal le fer. Comme préparation il utilise les pilules de carbonate de fer qu'il faut continuer longtemps. Le repos au lit est un adjuvant excellent dans le traitement de la chlorose.

M. Ewald (Berlin) croit l'acide chlorhydrique utile seulement chez les chlorotiques hypo-chlorhydriques.

Le régime seul ne guérit jamais la chlorose.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LONDRES

Séance du 8 *avril* 1895.

Corée congénitale.

M. Johnston montre un enfant de 12 ans atteint de chorée congénitale ; il est né à terme, l'accouchement a été normal ; les mouvements se sont continuellement produits depuis la naissance ; ces mouvements se font au niveau de la face, des bras, des jambes ; quelquefois il y a des inspirations tremblées et comme dues à un frisson. Les mouvements se produisent des deux côtés ; mais ils sont surtout marqués à gauche.

M. Garrd. — Je soigne un enfant qui présente les mêmes symptômes ; son développement intellectuel est peu avancé ; cependant ce n'est pas un idiot.

M. Shuttleworth. — Le cas de M. Johnston est intéressant, car outre la chorée, il y a de l'athétose qui permet de penser à une lésion de l'aire rolandique ; cependant il n'y a pas de rigidité spasmodique.

Hémiatrophie faciale droite.

M. Beevor. — Une fille de 20 ans ne présentant aucun antécédent héréditaire important, était atteinte d'hémiatrophie faciale. Il y a deux ans, deux dents de sa mâchoire supérieure se carièrent et se brisèrent ; six mois après, sans autre lésion, apparut sur la joue droite une petite fossette qui a continuellement augmenté de dimensions depuis cette époque. La joue s'est ainsi considérablement amincie et de plus ses dimensions superficielles ont beaucoup diminué. Les muscles sont normaux et réagissent à la faradisation ; la langue, le voile du palais sont normaux. Les os de la face, les cartilages du nez sont intacts. Les sensibilités tactile, douloureuse, calorifique sont conservées. Le goût n'est pas atteint. Cette lésion doit être sous la dépendance d'un trouble des fibres trophiques de la 5e paire.

Maladie de Friedreich.

M. Guthrie. — Voici un enfant de neuf ans qui présente les symptômes de la maladie de Friedreich. Pas d'antécédents héréditaires importants. Les symptômes ont commencé à apparaître vers l'âge de trois ans, époque à laquelle l'enfant se mit à marcher. Ces symptômes consistent en : 1° instabilité quand le malade est debout, instabilité qui augmente quand on ordonne à l'enfant de fermer les yeux et de rapprocher les talons ; 2° marche chancelante ; 3° quelques tremblements rhythmiques de tout le corps, tremblements augmentés par l'exercice ; 4° légère incoordination des mains pour les ouvrages délicats ; 5° absence complète des réflexes patellaires. Sensation partout normale. Sens musculaire intact. Pas de troubles oculaires. La parole et l'intelligence sont intactes ; il en est de même des sphincters ; il n'y a pas de douleurs tabétiques, pas de céphalée, pas de vomissements. Depuis quatre mois que le malade est en observation, les symptômes ont légèrement augmenté.

M. Mackenzie. — J'ai vu un cas semblable chez un enfant dont aucun des membres de la famille n'avait présenté cette affection.

SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Séance du 9 *avril* 1895.

Gros kyste hydatique du bassin traité par l'incision périnéale et le drainage.

M. Harrison. — J'ai eu à soigner un homme de 45 ans, d'une bonne constitution, et qui, il y a 9 ans, commença à avoir des troubles du côté de la vessie et du rectum ; les douleurs devinrent assez fortes pour l'obliger à recourir à la morphine à hautes doses et à cesser tout travail. En 1893, il quitta l'Australie et vint à Londres où je le vis. Je trouvai une volumineuse tumeur occupant le bassin et la partie inférieure de l'abdomen, s'étendant presque jusqu'à l'ombilic ; le malade éprouvait des difficultés excessives pour uriner et aller à la garde-robe. L'examen actuel joint à l'historique fit faire le diagnostic de kyste hydatique unique ou multiple. En octobre 1894, je fis une incision à travers le périnée comme pour une taille latérale, mais sans ouverture de l'urèthre. J'arrivai sur le kyste et j'en retirai une grande quantité de liquide. J'ai lavé et drainé la cavité du kyste ; cette cavité se contracta peu à peu, la plaie guérit et le malade est actuellement en excellente santé. La question qu'on peut toujours se poser est celle de savoir quelle est la meilleure voie pour ouvrir ces kystes ; vaut-il mieux les aborder par la voie abdominale, la voie rectale ou la voie périnéale? C'est cette dernière qui me paraît préférable.

M. Harley. — Dans le 49e volume des Society's Transactions j'ai rapporté 100 observations de kystes hydatiques démontrant combien il est illusoire de compter pour la guérison sur la simple ponction. Dans les St-Thomas Hopital Reports, j'ai réuni 96 autres cas démontrant qu'il fallait pour obtenir la guérison enlever le kyste parent et amener l'oblitération de la cavité qui en résulte.

M. Durham — Les kystes du bassin et de l'abdomen sont fréquents ; il est rare cependant qu'ils prennent l'allure de celui qu'on vient de nous rapporter. Il est rare qu'on en obtienne la guérison. Dans le cas de M. Harrison l'hydatide était fixée dans le tissu fibreux situé entre la vessie et le rectum ; elle n'était pas mobile, comme le sont la plupart des kystes hydatiques abdominaux, à l'exception toutefois de ceux du foie. J'ai vu dans un cas survenir de l'occlusion intestinale ; c'est une incision exploratrice qui montra qu'il s'agissait d'un kyste hydatique du bassin. J'ai ouvert le kyste, je l'ai vidé et j'ai suturé ses parois aux parois abdominales. Le malade mourut 4 jours après, de péritonite aiguë.

M. Haward. — La guérison dépend de l'évacuation plus ou moins complète du kyste. Je crois que dans certains cas le drainage de kystes hydatiques du bassin serait bien difficile par la voie périnéale. Dernièrement j'ai pu faire chez un malade le diagnostic de kyste hydatique du bassin, parce qu'il en existait un autre plus haut dans l'abdomen. La partie inférieure du kyste adhérait intimement à la vessie et au rectum, causant de la rétention d'urine. Quand un kyste hydatique du bassin fait saillie dans l'abdomen, le mieux est d'ouvrir le péritoine et de suturer les parois du kyste aux parois abdominales. On peut ainsi facilement nettoyer la cavité abdominale et faire le drainage.

M. Targett. — Tous ces kystes sont placés originairement entre la tunique musculaire de la vessie et le fascia rétrovesical. Toutes mes dissections m'ont conduit à ce résultat. Les kystes hydatiques qui occupent une telle situation ne sont jamais secondaires.

M. Hutchinson. — Il y a quelques années, j'ai publié plusieurs cas de guérison après la ponction simple. Mais un kyste hydatique du foie qui m'avait ainsi paru guérir par simple ponction, a dû, au bout de quelques années, être traité chirurgicalement. Actuellement je crois qu'il faut procéder à l'évacuation toutes les fois que le kyste est gros ou que les hydatides sont mortes.

Livres déposés.

Traitement des fractures par le massage et la mobilisation, par le Dr Just Lucas-Championnière, chirurgien de l'hôpital Beaujon, membre de l'Académie de médecine, président de la Société de chirurgie. Paris, Rueff et Cie, éditeurs. Volume de 560 pages avec 66 gravures dans le texte, reliure d'amateur, 18 francs.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

CHATEL-GUYON
SOURCE GUBLER

Constipation — Dyspepsie — Obésité
Engorgements du Foie
Affections des Reins et de la Vessie
Gastro-Entérite — Congestions
Notices et Renseignements : **5, rue Drouot, Paris**

PANCRÉATINE DEFRESNE

Adoptée officiellement par la Marine et les Hôpitaux de Paris.
Elle transforme simultanément : 35 gr. albumine; 20 gr. corps gras ; 25 gr. amidon.

Dégoût des Aliments, Digestions difficiles, | *Dyspepsie, Diabète,* | *Gastralgie, Gastrite,* etc., etc.

DOSES { **PANCRÉATINE DEFRESNE** en poudre, 2 à 4 cuillerettes. — **4 fr.**
PILULES DIGESTIVES DEFRESNE 3 à 5 pilules. — **3 fr.** Élixir et Sirop.

Dépôts à **PARIS** : Gros : *4, Quai du Marché-Neuf*; Détail : Phie, 2, Rue des Lombards.
DEFRESNE, Auteur de la Peptone pancréatique.



Seule liqueur concentrée
BALSAMIQUE
ANTISEPTIQUE
donnant instantanément l'*eau de goudron du Codex*
(Deux cuillerées par litre)
MALADIES DE LA PEAU
Voies respiratoires
Voies urinaires
Diathèse furonculeuse
ÉPIDÉMIES
Le flac. **1 fr. 50**, rue de Rennes, 105, PARIS *et dans les pharmacies.*

SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES

CHLOROFORME ADRIAN
SPÉCIALEMENT PRÉPARÉ
POUR L'ANESTHÉSIE

En flacons de 30 et de 60 grammes fermés à la lampe.

ainsi mis à l'abri du contact de l'air
le **CHLOROFORME ADRIAN** est d'une conservation indéfinie
VENTE EN GROS : **9 et 11, Rue de la Perle, PARIS**

SAVONS MÉDICINAUX de Ao MOLLARD

JOUBERT, *Pharmacien de 1re Classe, Successeur*
PARIS, 8, Rue des Lombards — USINE à St-Denis (Seine) la douz.

SAVON *Phéniqué*... à 5 °/o de Ao MOLLARD **12f**
SAVON *Boraté*..... à 10 °/o de Ao MOLLARD **12f**
SAVON au *Thymol*.. à 5 °/o de Ao MOLLARD **12f**
SAVON à l'*Ichthyol*. à 10 °/o de Ao MOLLARD **24f**
SAVON *Boriqué*.... à 5 °/o de Ao MOLLARD **12f**
SAVON au *Salol*..... à 5 °/o de Ao MOLLARD **12f**
SAVON au *Sublimé* à 1 °/o ou 10 °/o de Ao MOLLARD **18f ou 24f**
SAVON *Iodé* (KI — 10 °/o).. de Ao MOLLARD **24f**
SAVON *Sulfureux* hygiénique de Ao MOLLARD **12f ou 24f**
SAVON au *Goudron* de Norwège de Ao MOLLARD **12f**
SAVON *Glycérine*...... de Ao MOLLARD **12f**

ILS SE VENDENT EN BOITE DE 1/4 ET DE 1/2 DOUZAINE AVEC 35 °/o à MM. les Docteurs et Pharmaciens.

ANOREXIE

Chez nombre de malades pour qui l'alimentation est une condition indispensable à la guérison, le manque d'appétit est absolu. Tous leurs efforts pour suivre les prescriptions des médecins à cet égard se heurtent à une répugnance presque invincible et quand ils parviennent à la vaincre, les aliments pris digèrent mal, sont souvent rejetés très rarement assimilés.

Plus de vingt années de succès ont démontré que l'Elixir Alimentaire Ducro triomphe constamment de la répugnance des malades pour les aliments. Il est pris avec plaisir, toujours digéré sans aucune fatigue par l'estomac, et comme sa propriété fondamentale est d'être alimentaire, c'est le médicament-laiment par excellence des phthisiques, anémiques, cancéreux, etc... Préparé avec la viande crue, l'alcool et les écorces d'oranges amères, l'Elixir Alimentaire Ducro est tout à la fois apéritif et nutritif. L'alcool qui lui sert de véhicule lui communique ses qualités d'antidéperditeur et aussi fait de l'Elixir Ducro une préparation de viande crue exempte de tout danger des vers intestinaux.

QUINA ✻ FER
Chlorose, Anémie
Vins Titrés d'Ossian Henry
Membre de l'ACADÉMIE de MÉDECINE
Professeur à l'École de Pharmacie.
BAIN & FOURNIER
43, Rue d'Amsterdam, Paris

LE
VÉRITABLE THAPSIA
doit porter les Signatures

Ch Le Perdriel *Reboulleau*

Les exiger pour éviter les accidents reprochés aux imitations.

TOILE VÉSICANTE
LE PERDRIEL
Action Prompte et Certaine
EXIGER LA COULEUR ROUGE
La plus ancienne. ✻ La seule admise dans les Hôpitaux civils.

LE PERDRIEL et Cie, Paris.

N° 17 — 24 AVRIL 1895 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT
PUBLIÉ PAR
LA GAZETTE HEBDOMADAIRE
DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction
Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Mercredi 1er. — M. Mangoubi. Etude clinique de la splénomégalie grippale de l'adulte. — M. Arnoux. Contribution à l'étude de l'adénopathie bronchique tuberculeuse. (Quelques cas observés aux colonies.) — M. Relle. Essai sur les paralysies obstétricales maternelles. — M. Wintrebert. De l'ablation de l'utérus dans les infections puerpérales.

Jeudi 2. — M. Cougnot. Contribution à l'étude du traitement de la chorée par l'arsenic à hautes doses. — M. Baudron. De la possibilité d'un diagnostic précoce de la paralysie générale progressive. — M. Salva. Des complications inflammatoires de l'orbite dans les sinusites maxillaires. — M. Fraysse. Etude sur l'oxyure vermiculaire. — M. d'Herlinville. La rage dans les pays tropicaux. (Etude de géographie médicale.) — M. Siguier. De l'épilepsie Bravais-jacksonnienne. Considérations cliniques et thérapeutiques. — M. Daleine. Des paralysies faciales otitiques et de leur traitement chirurgical. — Mlle Bouet. Traitement des abcès tuberculeux de la coxotuberculose et du mal de Patt par les injections de naphtol camphré. — M. Jayle. La septicémie péritoniale aiguë, post-opération.

VARIÉTÉS

Bureau central en chirurgie. — Points obtenus à la deuxième épreuve (examen d'un malade) : Morestin 15, Arrou 19, Thiery 17, Clado 15, Rieffel 17, Mauclaire 17, Regnauld 18, Lyot 19, Sebileau 18, Faure 16, Péraire 15, Chevalier 18, Villemin 18, Cazin 18, Demoulin 19, Reblaub 16, Guillemin 12, Legueu 19.

Légion d'honneur. — Ont été promus ou nommés :

Au grade d'officier. — M. Panas, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Au grade de chevalier. — M. Testut, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

Distinctions académiques. — Ont été nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. Arnozan (Bordeaux); Bousquet (Clermont); Cerné (Rouen); Chapoy (Besançon); Charbonnier (Caen); Granel et Hamelin (Montpellier) : Herrmann (Toulouse); Macé (Nancy); Malosse (Alger); Ménier (Nantes); Poirault (Poitiers); Queirel et Villeneuve (Marseille); Tarnier (Dijon); Richaud (Paris).

Officiers d'Académie. — MM. Benet (Marseille); Chabrié (Paris); Colleville (Reims); Denucé et Dubreuilh (Bordeaux); Fournier (Clermont); Gangolphe (Lyon); Gascard (Rouen); Gros (Clermont); Jouteau (Poitiers); Leudet (Rouen); Meyer (Nancy); Moitessier (Montpellier); Moussous (Bordeaux); Ollive (Nantes); Parizot (Dijon); Perrin de la Touche (Rennes); Pozzi (Reims); Rauzier (Montpellier); Roland (Besançon); Surmont (Lille); Vullemin (Nancy).

La Société française d'ophthalmologie tiendra son Congrès de 1895 à l'Hôtel des Sociétés savantes, du lundi 6 mai au jeudi 9 mai, à huit heures du matin. Le mardi 7 mai, séance d'affaires, à onze heures du matin; le mercredi 8 mai, une seconde séance aura lieu à deux heures de l'après-midi.

Corps de santé militaire. — Sont promus :

Au grade de médecin-inspecteur général : M. Dujardin-Beaumetz.

Au grade de médecin-inspecteur : M. Dieu.

ALIÉNÉS

L'asile privé de Leyme, faisant fonction d'asile public pour le Lot et la Dordogne, offre une situation de médecin en chef. Entrée en fonctions le 1er juillet 1895. Le traitement de 6,000 fr. au début s'élèvera graduellement à 8,000 fr. Pension de retraite après 30 ans d'exercice.

Adresser les demandes avec titres à l'appui à M. Miret, directeur de l'asile à Leyme (Lot).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Congrès français de médecine, première session. Lyon, 1894. Président : M. le professeur Potain. Procès-verbaux, mémoires et discussions publiés par le professeur BARD, secrétaire général. Paris, Asselin et Houzeau, éditeurs. 1 vol. gr. in-8° de 930 pages avec 35 fig. dans le texte et 1 pl. en couleurs. 16 francs.

Etudes sur les affections congénitales du cœur, par le Dr E. THÉREMIN, ancien médecin en chef de la maison des Enfants-Trouvés à Saint-Pétersbourg. Paris, Asselin et Houzeau, éditeurs. 1 vol. gr. in-8°, avec figures dans le texte et un atlas de 27 planches tirées en bistre. Prix 15 fr.

Chirurgie de l'urèthre, de la vessie, de la prostate (Indications, Manuel opératoire), par V. ROCHET, chirurgien de l'Antiquaille, professeur agrégé à la Faculté de Lyon. Paris. G. Steinheil, éditeur. 1 vol. in-8° cartonné, 4 francs.

La chirurgie de l'encéphale, par M. Allen STARR, M. D. Ph. D., professeur des maladies mentales et du système nerveux au *Medical Department of Columbia College*, président de la Société neurologique de New-York. Traduction, par le Dr A. Chipault. Préface du professeur S. Duplay. Paris, G. Steinheil, éditeur. 1 vol. in-8° avec 59 figures dans le texte. 5 fr.

Recueil des travaux du comité consultatif d'hygiène publique de France et des actes officiels de l'administration sanitaire, tome XXIII (année 1893). Melun, imprimerie administrative. Un vol. in-8°.

Huitième Congrès français de chirurgie, Lyon, 1894. Procès-verbaux, mémoires et discussions. Paris, F. Alcan, 1895. Un vol. in-8° de 900 p., 20 francs.

L'Hygiène sexuelle, ses conséquences morales, par S. RIBBING. Paris, F. Alcan, 1895. Un vol. in-18 de 272 p., toile, 3 francs.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

La sérothérapie antidiphthérique. Accidents, par le docteur Romniciano, médecin en chef de l'hôpital des enfants, professeur à la Faculté de médecine de Bucarest.

Les différents cas où nous avons pratiqué ces injections peuvent être divisés en :

1° Cas douteux tels que : angine pultacée, folliculaire et laryngite striduleuse.

2° Cas de croup dont l'un a été guéri par trois injections de sérum accompagnées, bien entendu, du traitement antiseptique externe et interne. Les deux premières injections ont été faites à un intervalle de 24 heures chacune et la troisième 48 heures plus tard, sans être suivies d'aucun trouble.

Nous avons employé ces injections dans la laryngite striduleuse ou spasmodique — ainsi dénommée par illiet et Barthez — parce que cette année, de même que vers la fin de l'année dernière, elle a présenté à son début une si grande ressemblance avec le croup, qu'une hésitation pouvait avoir lieu les premiers jours.

L'un de ces cas a débuté par une toux rauque très rare durant les premières 48 heures, après quoi les accès devinrent de plus en plus fréquents avec suffocation et tirage ainsi que dans le croup, quoique la respiration fût précipitée, haletante et l'inspiration sifflante et sonore. Le fond de la gorge présentait une légère rougeur telle qu'on en voit souvent dans la laryngite striduleuse. La peau était sèche et chaude, le thermomètre marquait 38°5.

Ayant vu l'enfant malade le soir vers 8 heures, et redoutant le croup, nous prescrivîmes pour le lendemain matin une injection de sérum en lui administrant d'abord un vomitif (poudre d'ipecacuana) et une potion à l'eau chloroformée, chlorate de potasse et benzo-naphtol. Après avoir recommandé de tenir le cou de l'enfant continuellement enveloppé dans de l'ouate imbibée d'acide borique 4 0/0 à la température de 40°. Nous prescrivîmes aussi de faire bouilir dans la chambre du malade une solution de phénol 5 0/0.

Aussitôt après les vomissements qui eurent lieu très vite, l'enfant soulagé put s'endormir. La toux cependant continuait rauque et fréquente.

Le lendemain matin il toussait moins fréquemment et le tirage n'était plus aussi fort. L'auscultation de la poitrine nous donna quelques râles muqueux et sibilants; la gorge, quoique encore rouge, ne présentait aucune trace de fausse membrane diphthérique; la langue était chargée et la température descendue à 37°8. L'enfant avait eu deux selles liquides.

Nous continuâmes le même traitement en y ajoutant 50 centigrammes de sulfate de quinine — l'enfant avait 6 ans — et nous lui fîmes une première injection de sérum.

La journée qui suivit fut bonne, la toux devint moins fréquente et à peine rauque. Le soir la température était de 37°; l'enfant, qui avait pris quelque nourriture pendant la journée, passa une très bonne nuit et le lendemain aucune trace de toux rauque ni de tirage ou de suffocations. Nous lui administrâmes une infusion de polygala au benzoate de soude et 40 centigrammes de quinine. Le jour suivant (48 heures après l'injection de sérum) dans la matinée l'enfant eut de violents maux d'estomac, des vomissements bilieux fréquents, sur le corps était apparue une forte éruption d'urticaire dont la grosseur variait entre celle d'un pois et celle d'une pièce d'un franc. L'enfant urinait souvent et pas abondamment et l'urine était sanguinolente contenant une grande quantité d'albumine, ce qui manquait complètement jusqu'à ce jour quoique les urines eussent été analysées journellement. La température était de 38°8. La rougeur produite sur la place de la piqûre, aussitôt après l'injection, avait disparu et il n'y restait qu'un petit nodule à peine sensible.

Nous ordonnâmes une potion à l'eau chloroformée, au chlorhydrate de cocaïne et au sirop d'éther, de la quinine en suppositoire et lui fîmes appliquer sur les lombes dix ventouses sèches.

Les vomissements devinrent plus rares, mais les urines furent encore sanguinolentes pendant les deux jours où l'urticaire persista. Durant ces deux jours la température avait oscillé entre 38,8 et 39,2 pour tomber graduellement et arriver à la température normale seulement huit jours après l'injection de sérum quoique l'enfant prît chaque jour — par la bouche — 70 cgr. de chlorhydrate de quinine.

Du côté des autres organes, rien d'anormal n'était survenu durant ces 8 jours.

L'enfant sortit très affaibli des suites de l'injection de sérum.

La laryngite striduleuse peut être confondue avec le croup quand les accès de suffocation sont très violents et surtout lorsque la toux croupale, non seulement existe, mais qu'elle est presque continuelle. La confusion peut avoir lieu dans ces cas, et voici pourquoi :

1° J'ai souvent vu des laryngites striduleuses dans lesquelles les accès de suffocation avec toux croupale ne sont vus du médecin que lorsque la suffocation est déjà devenue alarmante, quoique quelquefois elle puisse éclater subitement avec de violents accès de suffocation, toux croupale, tirage violent et même avec rougeur du fond de la gorge.

2° La confusion peut encore avoir lieu, parce que même dans le croup, les dépôts diphthériques sur les amygdales manquent quelquefois, et parce que l'on ne trouve pas toujours le bacille de Lœffler.

3° L'élévation de la température qui peut survenir à la suite des injections de sérum jointe à la persistance des accès de suffocation et à celle de la toux croupale, peut nous induire en erreur, et facilite la confusion entre la laryngite striduleuse et le croup.

Si à ces causes de confusion nous ajoutons que les élévations de la température chez tous les petits enfants — de 1 à 2 ans — peuvent produire aussi des confusions, je me demande si chez ces derniers le médecin ne doit pratiquer ces injections avec grande prudence. Il est même très nécessaire d'agir prudemment chez les petits enfants, car j'ai souvent vu apparaître, durant la dentition, une laryngite striduleuse, laquelle confondue avec le croup peut être aggravée par les injections de sérum.

Souvent aussi, lorsque la toux croupale est devenue moins fréquente, il faut être bien attentif, vu que l'élévation de la température qui se produit peut nous induire en erreur, ne sachant pas si nous devons l'attribuer aux injections ou à l'apparition d'une broncho-pneumonie, ainsi qu'il en arrive souvent chez les petits enfants à la suite des laryngites striduleuses.

Un second cas plus intéressant encore en ce qui concerne les troubles causés par les injections est le suivant :

Le 2 mars, je vis un garçonnet de 5 ans qui, ainsi que sa mère, une femme très intelligente, me l'a dit, fut pris d'une toux très peu fréquente, mais pareille à celle du croup en même temps que la température était de 37,8, la respiration agitée, les inspirations profondes et sifflantes, un léger tirage laryngo-trachéal par inter-

valles, une petite aphonie et un léger dépôt diphthérique sur les deux amygdales.

Je fis pratiquer une injection au sérum antidiphthérique.

L'examen des membranes diphthériques fait à l'Institut de bactériologie, nous donna le résultat suivant : « Les membranes contenaient de nombreux streptococes, d'abondants cocci et peu de bactéries ressemblant aux diphthériques (Lœffler) ».

Quatre heures après l'injection la température était de 38,8, la toux devenue moins fréquente, l'enfant respirait plus facilement et le tirage n'existait plus.

Bien entendu que nous avons employé en même temps le traitement antiseptique qui consistait dans le : badigeonnage de la gorge à l'acide salicylique suspendu dans la glycérine, la quinine, l'ébullition continuelle du phénol 5/100 dans la chambre du malade et une potion chloroformée au benzo-naphtol, chlorate de potasse avec du sirop simple.

Le lendemain la température était redevenue normale et au bout de 4 jours l'enfant était guéri. Quinze jours après l'injection je fus appelé à la hâte pour revoir mon petit client que j'avais laissé la veille même de ce jour en pleine convalescence et jouant gaîment.

Sa mère me dit que la veille au soir, l'enfant s'était plaint de douleurs dans l'articulation de la hanche gauche qui me sembla enflée, tandis que les mouvements et même la moindre pression de la hanche le faisait crier. Il restait immobile étendu sur le dos et la crainte des douleurs l'empêchait d'uriner. La peau était chaude et humide, la température de 38°.

Croyant y voir un rhumatisme articulaire je lui prescrivis une potion de salicylate de soude 2 grammes et une onction de baume tranquille mêlé à l'huile de jusquiame.

La nuit fut agitée, mais dans la matinée du 18 mars les douleurs s'étaient calmées au point que l'enfant pouvait rester assis pendant l'auscultation. Cependant les mouvements de la hanche le font encore crier. La température était de 37,9.

Je fis continuer le salicylate de soude et constatai le soir même que les douleurs avaient entièrement disparu, mais la température était de 39 et tout le corps couvert de taches d'un rouge vif séparées les unes des autres par des bandes de peau saine. Sur le visage les taches étaient moins nombreuses ; l'enfant toussait rarement et la toux n'était pas en rapport avec la violence de l'éruption cutanée.

Je déclarais aux parents que l'enfant avait la rougeole.

Le 19 mars il avait passé une nuit très agitée avec des nausées et vomissements. Le matin la température de 39, la peau chaude et humide. L'éruption persistait mais la violence n'en était toujours pas en rapport avec la toux peu fréquente. En examinant la bouche je ne trouvais pas sur le palais la violente rougeur comme si le palais eût été percé de mille épingles qui précède l'apparition de l'exantème cutané. Et l'examen minutieux de l'éruption cutanée me fit voir qu'en frottant la peau avec ma main il apparaissait des plaques d'urticaire.

Les urines examinées depuis le début de la maladie n'ont dénoté rien d'anormal, elles étaient rouges tant que la température était élevée, à la suite de cet examen je vis que j'avais affaire non à la rougeole mais bien à des troubles provenus à la suite des injections au sérum.

Je prescrivis un lavement avec une infusion de folie de sené et 15 grammes de sulfate de soude et la potion de Rivière avec de la quinine à administrer par le rectum. Après l'effet du lavement, à midi, le même jour, la température était de 39,4 et de 39,8 à 10 heures et à minuit. L'enfant vomissait plus rarement, l'éruption rubeoliforme persistait, mais les plaques d'urticaire étaient plus nombreuses. Je constatais un symptôme désagréable qui était le tremblement des membres et un léger trismus ; voilà pourquoi je lui prescrivis des antispasmodiques à administrer par le rectum et des frictions sur la peau avec 3 grammes de quinine. Le lendemain matin 20 mars, le tremblement avait disparu ; les vomissements étaient plus rares, l'éruption persistait et les plaques d'urticaire se multipliaient ; température de 39,2 et le soir de 38,5.

Le 21 mars le nuit avait été meilleure, 3 vomissements et une selle ; température 37,9, l'éruption disparue en grande partie, la peau humide et le bout de la langue commençait à devenir rouge.

On continuait les frictions à la quinine et la potion de Rivière. Les douleurs de la hanche n'existaient plus.

Le soir, température de 38,2, l'enfant avait été gai toute la journée sans plus vomir et avait demandé à manger. L'éruption avait complètement disparu et les frictions ne faisaient plus apparaître des plaques d'urticaire comme avant.

22 mars. Très bonne nuit, plus de vomissements, température 37,2, la peau humide, la langue vite nettoyée et l'enfant demandait à manger. L'articulation de la hanche ne sentait plus même les grandes pressions. L'enfant pouvait soulever et maintenir en l'air sans douleurs le membre gauche inférieur. La place où l'injection avait été faite présente encore pendant 2 jours une légère rougeur et aujourd'hui n'est plus qu'un petit point dur et pas douloureux.

Cet état s'est maintenu le 22 et le 23 mars lorsque l'enfant tout à fait remis demanda ses jouets et voulut quitter le lit. Mais il était encore faible et en dormant il avait l'air d'un cadavre ; éveillé il se fatiguait à rester assis et devait se recoucher.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Calcul de l'Amygdale par M. le Docteur Beausoleil.

(Communication faite à la Société d'Ophthalmologie, de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie de Bordeaux.)

J'ai l'honneur de vous présenter un calcul de l'amygdale observé chez un homme de quarante-cinq ans, employé des chemins de fer, qui était venu dans les premiers jours de novembre 1894 à la clinique laryngologique de la Faculté pour une affection aiguë de la gorge.

Ce malade, qui ne présentait rien de particulier comme antécédents héréditaires et personnels, n'avait jamais eu de rhumatisme et n'était pas sujet aux affections de la gorge.

Il raconte que dans ces derniers jours il a été pris, à la suite d'un refroidissement, de violentes douleurs de gorge avec dysphagie, élancements douloureux dans les oreilles, fièvre et courbature générale.

Les deux amygdales sont notablement hypertrophiées, elles sont rouges, luisantes et font saillies entre les piliers. Par place on remarque des cryptes dont quelques-unes sont très profondes et remplies de matières caséeuses extrêmement fétides.

Les piliers et le voile du palais sont aussi très enflammés. Le voile du palais étant très rouge et légèrement soulevé du côté droit je pensais tout d'abord à un petit abcès de l'amygdale. Séance tenante je procédais à l'ouverture de ces cryptes à l'aide du crochet mousse (crochet à discission) que j'enfonçais assez profondément, surtout à la partie supérieure de la glande. Je ne constatais rien d'anormal si ce n'est cependant un écoulement de sang un peu plus abondant que celui que l'on observe habituellement en pareil cas. Pas de plus.

Je prescris un gargarisme : borax, bromure, acide phénique, etc.

Deux jours après le malade revient à la clinique et nous montre un calcul qu'il avait craché la veille en se gargarisant.

A l'examen de l'amygdale on constate que les cryptes sont, en partie, détruites et largement ouvertes. Au sommet de la glande on voit l'ouverture d'une loge paraissant s'enfoncer assez profondément dans l'amygdale et qui, selon toute probabilité, devait contenir le calcul. Avec le crochet je fis de nouveau la discission de toute l'amygdale pour rechercher s'il ne restait pas d'autres calculs dans l'intérieur de la glande. Je n'en trouvais pas d'autres.

L'amygdale étant complètement déchiquetée par la discission, j'enlevais tous les lambeaux à l'aide de pinces coupantes spéciales.

Cette façon de procéder, pour pratiquer l'ablation des amygdales, a l'avantage d'être moins aveugle que toutes les autres et de pouvoir être appliquée à tous les cas. Ce moyen permet, en effet, à l'opérateur de n'enlever que juste les portions d'amygdale voulues. Il a aussi l'avantage de ne jamais léser les piliers tout en permettant d'aller à la recherche de la glande aussi profondément qu'on le désire.

Ainsi qu'on peut le voir, ce calcul est assez volumineux; de forme presque polyedrique, il a à peu près les mêmes dimensions en hauteur, en largeur et en longueur (un centimètre et demi environ).

De couleur blanc grisâtre, sa surface est irrégulière, verruqueuse; sa consistance est assez friable. Il paraît formé de deux parties fondamentales, l'écorce et le noyau. L'écorce semble être constituée par des lamelles concentriques intimement unies.

Sans être très rares, les calculs des amygdales ne se rencontrent cependant pas très fréquemment. Les principaux cas rapportés sont ceux de Denis Pomaret, Schenk, Rivière, Green, Bailheron, Laugier Alderson, Deschamps et enfin Terrillon qui a fait une étude assez complète sur ce sujet dans les *Archives générales de Médecine*, 1886. Au dernier Congrès de Rome, Campeni et Arena en ont aussi rapporté deux autres cas intéressants par leur volume.

D'après les diverses analyses chimiques qui ont été faites, les calculs amygdaliens sont presque toujours composés de matières organiques unies à des phosphates et à des carbonates de chaux.

Leur étiologie est encore assez discutée.

Certains auteurs les considèrent comme étant absolument formés par des éléments minéraux et organiques de la salive, ainsi que cela s'observe pour les calculs salivaires; d'autres, au contraire, admettent que ces calculs sont toujours secondaires, c'est-à-dire qu'ils sont le résultat d'incrustations calcaires faites autour d'un corps étranger quelconque, comme cela se produit pour les rhinolithes.

C'est cette dernière manière de voir que nous adopterions le plus volontiers, mais tout en reconnaissant que c'est à l'examen microscopique et bactériologique qu'il faut demander l'explication de ces productions.

NOUVELLES

Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pœdiatrie (du 12 au 16 août). — Les questions suivantes sont, dès aujourd'hui, portées à l'ordre du jour :

1° Gynécologie; Déviations utérines;

2° Obstétrique; Traitement de la septicémie puerpérale;

3° Pœdiatrie; Malformations du membre inférieur, plus spécialement luxation de la hanche et pied-bot.

Faculté de Montpellier. — M. Vialleton, agrégé près la Faculté de médecine de Lyon, est nommé professeur d'histologie à la Faculté de médecine de Montpellier.

— L'appel des médecins de la réserve et de l'armée territoriale aura lieu, en 1895, dans les conditions suivantes :

Réserve. — 257 médecins seront convoqués, savoir : 25 médecins-majors de deuxième classe; 54 médecins aides-majors de première classe; 178 médecins aides-majors de deuxième classe. Ils seront appelés par moitié en deux séries; la première du lundi 20 mai au dimanche 16 juin; la deuxième du lundi 26 août au dimanche 22 septembre.

Armée territoriale. — 281 médecins seront convoqués, savoir : 50 médecins-majors de deuxième classe; 234 médecins aides-majors de deuxième classe. Ils seront également convoqués par moitié : la première, du lundi 20 mai au dimanche 2 juin : la deuxième du lundi 26 août au dimanche 8 septembre.

L'instruction technique sera donnée à ces médecins d'après le programme arrêté le 8 mars 1890, dans les mêmes places que les années précédentes et en s'inspirant des considérations exposées dans la lettre ministérielle du 13 février 1891.

Les médecins domiciliés sur le territoire de la 19e région seront répartis selon les besoins entre les corps de troupes et les hôpitaux.

Les convocations seront faites par les soins et sur le territoire des commandants de corps d'armée dont relèvent les intéressés par leurs affectations.

Toutefois, les médecins affectés à l'Algérie ou à la Tunisie et résidant en France devront, en principe, être appelés dans la région où ils sont domiciliés.

Les médecins qui désireraient accomplir leur stage sans solde dans un autre centre d'instruction que celui qui leur sera assigné devront, dès la réception de leur ordre d'appel, en rendre compte par la voie hiérarchique, afin que les directeurs du service de santé des corps d'armée puissent établir et faire parvenir au ministre la liste de ces médecins, avec leurs observations.

Aucun sursis d'appel ne pourra être accordé si ce n'est pour des cas de force majeure ou dans l'intérêt des populations.

Les demandes qui seraient formulées à ce sujet devraient être adressées à MM. les généraux commandant les corps d'armée.

Un médecin chef d'expédition à Madagascar. — Les journaux russes annoncent le prochain départ pour Madagascar d'un groupe de volontaires russes désireux de participer à l'expédition militaire française contre les Hovas. Ces volontaires, qui partiront de Saint-Pétersbourg, auront à leur tête M. le Dr Dvoriaschine, médecin militaire connu pour l'ardeur de ses sentiments slavophiles et francophiles.

CONGRÈS DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Intoxication aiguë par la santonine.

M. Combemale (Lille). — Les troubles nerveux, si fréquemment observés chez les enfants, qu'on attribue aux helminthes et que l'on traite sans diagnostic précis par la santonine, s'aggravent, sans paradoxe, dans nombre de cas par l'abus que l'on fait de cette santonine. M. Combemale s'est demandé si par l'expérimentation on ne pourrait pas établir les premiers symptômes de l'empoisonnement léger par la santonine. Dans ce but, il a fait prendre à douze chiens, en vingt-trois expériences, des quantités de santonine variant de 4 milligrammes à 3 décigrammes par kilogramme du poids du corps.

Avec les doses faibles, c'est-à-dire inférieures à 2 centigrammes par kilogramme d'animal, les effets obtenus sont peu apparents; néanmoins, on constate de l'avance dans le moment de la défécation journalière, une diarrhée légère ou la faible sanguinolence des selles, de la soif. C'est donc seulement sur le tube digestif que s'épuise à ces doses l'effet de la santonine.

Aux doses moyennes, c'est-à-dire de 2 à 10 centigrammes par kilogramme d'animal, on constate un fait nouveau, la présence dans l'urine, et pendant un espace de temps en rapport avec la dose, de la santonine ingérée. Les troubles gastro-intestinaux (diarrhée, super-purgation), avec l'amaigrissement rapide qui en dépend, s'aggravent encore et dominent la scène; mais déjà en même temps se montrent, assez intenses pour être remarqués, de l'abattement et de l'affaissement confinant à la dépression nerveuse. La limite de tolérance est évidemment ici dépassée : tube digestif et reins n'éliminent plus assez vite la santonine, qui agit alors

sur les organes splanchniques, et d'abord sur les centres nerveux.

Au-dessus de 10 centigrammes par kilogramme d'animal, se constatent les effets de l'intoxication aiguë par la santonine. Les réactions nerveuses sont alors intenses : à des périodes d'affaissement succèdent subitement des accès de peur dépendant d'hallucinations visuelles et cutanées et aboutissant à des attaques épileptiformes ; pendant plusieurs jours, tant que le filtre rénal n'a pas excrété la santonine ingérée, l'animal reste déprimé ou sujet à ces décharges épileptiques. Le tube digestif est relativement peu atteint : hématémèse, dysenterie ; l'urine charrie toujours de la santonine et les milieux de l'œil en sont imprégnés.

De ces recherches, dont le but bien limité est de connaître le moment précis où la santonine, débordant l'intestin, devient susceptible d'amener les troubles nerveux légers par lesquels elle manifeste sa présence dans la circulation générale, il convient de retenir que, dès que la présence de ce glycoside est constatée dans l'urine, il y a danger de les voir apparaître. Au point de vue clinique, c'est cette notion qu'il convient de substituer à celle de la xanthopsie pour dépister l'empoisonnement santonitique. Si le médecin fait suivre chaque prise de santonine d'un purgatif destiné à évacuer les ascarides, les insuccès seront rares et, par suite, on aura peu de tendance à forcer ou à répéter les doses ; c'est de cette pratique, du reste, que vient tout le mal.

Prophylaxie des maladies de l'oreille.

M. Courtade. — 1° La diminution de l'acuité auditive est plus fréquente qu'on ne pense : chez l'adulte, une personne sur trois n'a pas une audition normale (de Trœltsch) ; un enfant, sur quatre ou cinq, présente une audition assez défectueuse pour nuire à ses études ; très souvent, on met sur le compte de la distraction ou de la nonchalance le défaut de progrès qui n'est dû qu'à une affection de l'oreille.

2° La cause de beaucoup la plus fréquente de la surdité est, en dehors des fièvres éruptives ou des maladies cérébrales, une inflammation aiguë ou chronique de la muqueuse du rhino-pharynx ou la présence de tumeurs adénoïdes.

3° Dans ces cas, le traitement doit être dirigé à la fois contre la lésion auriculaire et contre l'affection primordiale pour obtenir un résultat durable.

4° Dans les fièvres éruptives ou les maladies générales on ne doit point négliger l'examen du rhino-pharynx ; une antisepsie aussi rigoureuse que possible de la région pourra, dans bien des cas, s'opposer aux complications auriculaires.

5° Les sourds par inflammation du rhino pharynx transmettent souvent à leurs descendants cette tendance aux rhino-pharyngites qui peuvent gagner l'oreille moyenne ; aussi doit-on, chez les enfants de sourds, porter toute son attention sur le nez et la gorge, afin de combattre les lésions inflammatoires de ces régions et empêcher la surdité héréditaire de se produire.

Eaux arsenicales.

M. Noir. — La présence de l'arsenic avait été signalée depuis longtemps dans la vapeur des cabinets de bains qu'inhalaient les malades, vapeur et buée produites par le procédé primitif consistant à faire tomber une douche, à la température de 50°, en colonne ou en arrosoir, sur un plateau incliné dans une baignoire à 45°. Mais on faisait observer avec quelque raison que l'arsenic que l'on constatait dans l'eau de la buée condensée dans les appareils provenait des éclats d'eau qui y pénétraient en se répandant sur les parois du cabinet, et non de la vapeur.

L'installation dans les thermes de vasques de 1 mètre de hauteur, dans lesquelles venait se briser la douche et empêchant l'eau de se répandre au dehors, a permis d'opérer avec plus de précision pour constater la présence des sels minéralisateurs dans la buée seule et de calculer la quantité que l'on peut absorber par les bronches dans une séance d'inhalation.

On avait observé sur certains malades, qui ne faisaient qu'inhaler, des accidents arsenicaux cessant dès que le traitement était suspendu, mais l'on n'avait pas encore recherché dans la buée la quantité de principes salins fixes qu'elle pouvait contenir en dissolution.

Cependant les recher hes récentes faites par l'auteur ont démontré les faits suivants :

Après avoir mis la salle d'inhalation des thermes dans les conditions identiques de température (35°) et de saturation d'air où elle se trouve lorsque les malades inhalent, on a placé des cristallisoirs à la hauteur de la tête des malades, c'est-à-dire à 1 m. 20 environ, dans lesquels se condensait la buée aspirée par un vase aspirateur gradué, représentant ainsi le mouvement de la poitrine au moment de l'inspiration, en faisant passer la même quantité d'air chargée de buée, qui pénètre dans les poumons d'un adulte, et pendant le même temps.

Cinq cents grammes d'eau de buée contenaient 2 gr. 170 de résidu salin, tandis que l'eau de la source servant à produire la buée n'en a donné que 2 gr. 150, évaporée dans les mêmes conditions. Cette différence en moins pour l'eau de la source surprend d'abord, mais elle s'explique en observant que la buée, en se condensant, a déjà perdu une partie de sa vapeur, et que sa densité est plus grande en arrivant dans le vase récipient.

Un malade adulte de taille moyenne, aspirant normalement dans la salle d'inhalation, fait passer dans ses voies respiratoires 420 litres d'air saturé, par heure, à la température de 35° à 37°. Ces 420 litres contiennent en moyenne 21 grammes d'eau minéralisée contenant 434 milligrammes de sel fixe absorbable.

On peut donc conclure que la buée d'eau produite par le procédé employé dans certains thermes renferme absolument la même quantité, sinon plus, de principes salins que l'eau minérale prise à la source et que le malade est exposé à absorber par les voies aériennes les sels contenus dans cette eau

Etant donnée la grande puissance absorbante de la muqueuse pulmonaire, on pourrait, chez les malades dont les voies digestives supportent mal l'eau arsenicale, au lieu de la faire prendre en boisson, la faire absorber en inhalations en faisant séjourner dans la salle un temps suffisant pour pouvoir absorber la quantité de sels qui est jugée nécessaire.

La cystostomie suspubienne temporaire appliquée au traitement des rétrécissements urétraux compliqués d'infection.

M. Etienne Rollet. — La cystostomie suspubienne ou opération de Poncet a des indications précises et aujourd'hui bien établies chez les prostatiques.

Cette opération nous paraît également indiquée dans certains rétrécissements compliqués de l'urètre. Chez le prostatique, on doit s'efforcer de créer un urètre contre nature permanent et continent ; chez le rétréci, la cystostomie doit être temporaire. La fistule hypogastrique tend à se fermer naturellement dès que l'obstacle urétral est levé.

Nous avons pratiqué cinq fois le cystostomie suspubienne dans des cas de rétrécissements urétraux graves.

Si le rétrécissement est compliqué d'infection urineuse, c'est le mauvais état général du malade et l'intensité des phénomènes infectieux qui détermineront le chirurgien à pratiquer cette intervention. Malgré le débridement du canal et la sonde à demeure, les malades peuvent succomber. Or, l'intoxication ayant son point de départ et son siège dans la muqueuse vésicale, ouvrir temporairement la vessie c'est s'attaquer à la source d'infection et débarrasser l'organe des produits toxiques qui s'y accumulent. La cystostomie remplit plus parfaitement le rôle demandé à la sonde à demeure, ou même supprime les inconvénients de celle-ci en permettant de s'en passer.

Ainsi la cystostomie doit être faite dans les cas de rétrécissements compliqués d'infection urineuse grave, généralisée ou localisée à l'appareil urétropyélorénal, avec ou sans fièvre ; l'indication est tout à fait comparable à celle qui se rencontre dans la prostatisme. L'opération sera complétée secondairement par l'urétrotomie, l'urétrectomie, l'urétroplastie.

Si le rétrécissement est compliqué d'infiltration urineuse, il faut agir rapidement, donner issue à l'urine infiltrée et rétablir le cours de l'urine. Or pourquoi, dans l'infiltration, débrider les régions périnéale, scrotale, crurale, et ne pas ouvrir la région hypogastrique et la vessie ? Pratiquer la cystostomie alors, ce n'est qu'appliquer au cas particulier les

règles d'une méthode générale, c'est intervenir radicalement.

Nous pensons donc que la cystostomie suspubienne rendra de grands services dans les rétrécissements urétraux graves compliqués d'infection sous toutes ses formes.

Allaitement artificiel aseptique.

M. A. Pannetier, rappelant les observations de H. Fauvel, en 1881, sur les biberons que les lavages ne réussissent pas à débarrasser des germes infectieux, signale combien est vaine la stérilisation seulement limitée au lait et à son récipient.

L'auteur se sert de la tétine ordinaire s'adaptant à tous les systèmes de biberons et permettant de réaliser l'asepsie de tout l'appareil d'allaitement. Les conditions de l'opération telle qu'il la conseille, l'absence des trois catégories (établies par Hueppe) de bacilles de l'altération du lait, autorisent à considérer comme réalisée cette stérilisation générale, dont la vulgarisation restreindra encore le chiffre de la mortalité des nourrissons.

Cause du phosphorisme.

M. Joseph Noé. — La question du phosphorisme étant à l'ordre du jour, il me paraît nécessaire avant d'en chercher les remèdes, d'en connaître la cause.

L'année dernière, j'ai déjà consacré à cette question une note, que j'ai communiquée à la société de biologie (séance du 5 mai).

L'influence de l'état allotropique du phosphore sur ses propriétés biologiques est encore insuffisamment connue; cela tient surtout à ce qu'elle n'a été étudiée que chez les animaux supérieurs, où des réactions complexes viennent masquer le problème initial. Pour la mieux démêler, je me suis adressé à la levûre de bière.

Au broyant à la température ordinaire du phosphore blanc avec de la levûre j'ai constaté un dégagement d'hydrogène phosphoré, qui s'accélère beaucoup à l'étuve.

Ce dégagement fait défaut lorsqu'on remplace le phosphore blanc par le phosphore rouge.

Or, l'intoxication par l'hydrogène phosphoré produit des effets identiques à ceux de l'empoisonnement par le phosphore. D'autre part, le phosphore rouge n'est pas toxique. Donc, la véritable cause de la toxicité du phosphore blanc est la production d'hydrogène phosphoré au contact de la matière vivante.

Du sang et des intestins frais m'ont permis de constater les mêmes faits qu'avec la levûre.

En opérant alors sur des animaux vivants, j'ai pu arriver à déceler dans leur haleine de l'hydrogène phosphoré. Il n'y en avait pas, au contraire, après l'ingestion de phosphore rouge. C'est à la présence de ce gaz, éminemment toxique, qu'il faut attribuer l'odeur alliacée caractéristique de l'haleine.

On explique aujourd'hui l'intoxication phosphorée par l'oxydation du phosphore, qui donne naissance à des acides phosphoreux et phosphoriques corrosifs. Mais pour admettre cette opinion, il faudrait prouver que ces acides sont facilement absorbés, et qu'après leur passage dans le sang, ils ne sont pas neutralisés par ses alcalins.

Ce qui est certain c'est qu'il se dégage au contact du tube digestif et du phosphore blanc, de l'hydrogène phosphoré, qui facilement absorbé, passe dans le sang et y produit, en vertu de ses propriétés réductrices, des troubles qui empêchent l'hématose. Étant donnée cette pathogénie, une nouvelle thérapeutique s'impose. Elle consiste à lutter directement contre la formation et l'absorption de l'hydrogène phosphoré.

Vertige des fumeurs.

M. Kohas. — Les vertiges constituent un groupe morbide dont les éléments sont très différents, sinon par leur expression symptomatique, au moins par les conditions étiologiques et leur signification diagnostic et pronostic.

Le vertige nicotique est un des plus fréquents que l'on observe, mais il a été jusqu'à présent insuffisamment étudié.

Tantôt il s'agit d'un empoisonnement aigu, léger, avec pâleur, salivation, sueurs froides, céphalalgie, vertiges, titubation, ivresse; ces symptômes s'observent chez celui qui fume pour la première fois. Tantôt l'empoisonnement est plus grave, comme le cas de ce paysan qui fuma vingt-cinq pipes pour gagner un pari, et garda pendant plusieurs mois des vertiges.

Les vertiges de l'intoxication chronique par le tabac peuvent s'observer dans deux conditions :

1° Chez les fumeurs, les priseurs et les chiqueurs de tabac;

2° Chez les ouvriers, les ouvrières qui manipulent le tabac dans les manufactures.

Les vertiges dus au tabac sont de deux ordres :

Les uns sont d'origine gastrique; les autres doivent être mis sans aucun doute sur le compte du poison; ces derniers se montrent généralement après ou pendant les excès de tabac provoqués pendant quelques jours ou quelques années.

L'action de la nicotine varie suivant les doses absorbées. Les troubles déterminés dans la vie des cellules par suite de leur contact avec les poisons peuvent être variables.

Depuis huit ans, j'ai rencontré un grand nombre de cas de vertiges des fumeurs en Tunisie, chez les Arabes, et en Angleterre.

Voici le résumé des observations recueillies sur 23 sujets de quinze à soixante-quinze ans : plus de la moitié présentaient en outre des vertiges, des troubles digestifs (dyspepsie tabagique). Un quart de ces malades présentaient des intermittences du pouls et de l'angine de poitrine, etc.

M. le Roy de Méricourt n'a pas observé de vertiges en Bretagne, à Terre-Neuve et en Espagne où il a vécu longtemps, c'est plutôt une tendance à la syncope dépendant des troubles de la circulation consécutifs à l'intoxication par le tabac ordinaire, accidents qui diminuent lorsque l'on emploie du tabac moins fort, tel que le tabac étranger.

M. Philbert, secrétaire général de la société de tempérance, craint qu'il y ait mélange d'alcool et de tabac.

M. Decroix fait observer qu'à Constantinople, où il y a peu de buveurs, on observe le vertige des fumeurs.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 avril 1895.

Présidence de M. Empis.

Androgynes et gynandres.

M. Hallopeau. — La priorité de la distinction entre ces deux mots, d'après leur radical, appartient à M. Pozzi. Ce qui peut surprendre, c'est que cette distinction n'ait pas été faite plus tôt; il est bien probable qu'elle a dû exister à l'origine et que c'est par corruption que les auteurs sont venus à considérer les deux mots comme synonymes; s'il en est ainsi, l'innovation est renouvelée des grecs : il était utile cependant pour finir une bonne nomenclature, et pour la correction du langage, de revenir à ces acceptions depuis longtemps tombées en désuétude.

Hygiène des porcelainiers.

M. Lemaistre (de Limoges). L'air des fabriques de porcelaine est généralement très chargé de poussières (640 millions de grains par mètre cube), dont la nécessité a été depuis longtemps démontré.

D'après nos recherches cliniques, le nombre des affections pulmonaires augmente avec l'âge des ouvriers qui y travaillent, en raison de la sclérose de plus en plus fréquente chez eux au fur et à mesure de la durée du travail. D'où la nécessité de mieux ventiler les ateliers, de reculer l'âge d'entrée à l'atelier, de n'y recevoir que des individus exempts de toute tare physiologique et de leur recommander une hygiène sévère.

M. Rousseau Saint-Philippe (Bordeaux) lit un travail sur les bons effets de l'antipyrine dans certaines diarrhées de l'enfance (sera publié dans le prochain numéro).

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 19 *avril* 1895.

Présidence de M. Cornil.

Hernie intestinale à travers le diaphragme.

M. Legry rapporte un cas de hernie de l'angle gauche du côlon et de l'épiploon à travers l'orifice œsophagien du diaphragme dans la plèvre gauche.

La hernie était survenue chez une femme de 37 ans, enceinte de huit mois, qui était entrée dans le service de M. le Docteur Budin, en présentant des symptômes d'étranglement interne. La malade accoucha quelques jours après dans le service d'un enfant vivant, mais les symptômes d'étranglement persistèrent et la malade mourut dans le collapsus.

A l'autopsie on trouve l'intestin grêle, le cœcum, le côlon ascendant et une partie du transverse distendus, le côlon descendant au contraire est diminué de calibre. Les anses intestinales sont congestionnées, recouvertes d'exsudats fibrineux. Le grand épiploon ne pend pas au devant de l'intestin mais est relevé en haut. L'orifice œsophagien du diaphragme est très élargi et contient outre l'œsophage en arrière et à gauche de celui-ci, la masse épiploïque et une partie du gros intestin qui viennent faire saillie dans la plèvre.

Sarcome du corps thyroïde.

M. Labbé présente les coupes d'un sarcome du corps thyroïde extirpé par M. Lejars.

Ce sarcome s'était développé chez un individu manifestement tuberculeux, et formait une tumeur ayant cliniquement les caractères d'un goître. Peu de temps après l'opération, le malade mourut par suite des progrès de ses lésions tuberculeuses.

A l'autopsie on trouva outre des foyers sarcomateux dans le corps thyroïde, des lésions pulmonaires de deux ordres, des lésions tuberculeuses et d'autre part une généralisation du sarcome au poumon, sous forme de noyaux blanchâtres faisant saillie sous la plèvre.

M. Cornil rappelle à ce sujet qu'il est très fréquent de voir les noyaux de sarcome pulmonaire faire saillie ainsi sous la plèvre et prendre même un aspect presque pédiculé.

Ostéosarcome du fémur.

MM. Guinard et Villière présentent un ostéosarcome du fémur enlevé dans le service de M. le Dr Blum.

La tumeur renfermait de petites concrétions calcaires, et était de nature manifestement sarcomateuse.

Fernand Bezançon.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 *avril* 1895.

Des fistules urétéro-vaginales consécutives à l'hystérectomie vaginale.

M. Richelot. — A entendre M. Tuffier, les fistures urétéro-vaginales seraient assez fréquentes à la suite de l'hystérectomie vaginale. Je crois que notre collègue admet trop facilement les fistules latérales incomplètes de l'uretère, et il se peut que certaines de ces fistules, guérissant spontanément et rapportées à l'uretère, puissent être comprises parmi ces fistules vésicales, qu'on observe, après l'hystérectomie, au moment de la chute des eschares déterminées par la pression des pinces.

Je n'admets pas, en tout cas, l'explication donnée par M. Tuffier, au sujet de la prédominance des fistules du côté droit, qu'il attribue à la gêne dans laquelle on se trouve pour pincer le ligament large de ce côté, la main droite qui porte la pince croisant, nous dit-il, la main gauche qui abaisse l'utérus.

J'ignore quels sont les chirurgiens que M. Tuffier a vu exécuter cette manœuvre, mais je dois dire que, pour ma part, je fais toujours abaisser l'utérus par un aide et garde mes deux mains libres, pour que ma main gauche puisse servir de guide à la pince tenue par la main droite.

J'ai, malgré cela, blessé deux fois l'uretère du côté droit, mais, dans les deux cas, cet accident s'est trouvé en rapport avec les difficultés opératoires qui existaient de ce côté.

M. Segond. — Je n'ai pas une expérience suffisante pour comparer la valeur de la voie vaginale et celle de la voie abdominale, dans le traitement des fistules urétéro-vaginales, mais je crois cependant qu'il n'est pas prouvé par des faits assez nombreux qu'on ait plus à redouter la néphrectomie ultérieure avec la voie vaginale, comme l'a dit M. Bazy.

D'après M. Poirier, on ne peut pas blesser l'uretère en plaçant les pinces cervicales, et cet accident doit se produire plutôt lorsqu'on met une pince sur les veines vésicales qui entourent l'uretère à son abouchement dans la vessie. Pour ma part, je n'ai jamais besoin de placer cette pince dangereuse.

Pour éviter les blessures de l'uretère, la première condition à réaliser est de libérer suffisamment le col utérin, en incisant circulairement et en complétant cette incision circulaire par deux incisions latérales qui donnent une large valve antérieure permettant un décollement facile. Lorsque l'on a placé de chaque côté une pince sur la base des ligaments larges, après avoir bien libéré le col, il n'y a plus moyen de blesser les uretères, et il est donc absolument faux de dire, comme l'ont fait certains auteurs, M. Pichevin notamment, que mon procédé exposait plus que celui de Doyen à la blessure de l'uretère. C'est, au contraire, le procédé de Doyen qui expose davantage à la blessure de l'uretère, pour peu que l'utérus soit volumineux.

M. Schwartz. — On peut, comme règle générale, dire que l'on doit, pour ne pas blesser l'uretère, placer les pinces en se rapprochant toujours le plus possible du col, et cela d'autant plus que l'utérus est plus volumineux.

M. Bazy. — Je n'ai pas dit que la néphrectomie était plus probable à la suite des opérations faites par la voie vaginale qu'à la suite des opérations faites par la voie abdominale. J'ai dit seulement qu'il ne fallait pas se borner à fermer la fistule, à supprimer l'infirmité, mais qu'il fallait assurer l'intégrité du rein en supprimant le rétrécissement dont l'uretère est le siège, et en empêchant ce rétrécissement de se produire; or, c'est par la voie abdominale qu'on arrive le mieux à ce résultat, en employant soit mon procédé, soit celui de Novaro.

M. Michaux. — Je pense comme M. Richelot, que dans les cas de fistules urinaires qui se produisent à la suite de l'hystérectomie vaginale et qui guérissent spontanément, il s'agit le plus souvent de fistules vésicales. J'ai fait à peu près 200 hystérectomies vaginales sans jamais blesser l'uretère, mais j'ai observé plusieurs fois des fistulettes vésicales qui ont guéri spontanément.

Tumeur sacro-coccygienne.

M. Kirmisson. — M. Broca nous a communiqué une intéressante observation, de volumineuse tumeur kystique de la région sacro-coccygienne dont il a pu faire l'ablation, suivie de succès chez une petite fille de 2 mois et demi. Lorsque M. Broca vit l'enfant pour la première fois à l'hôpital Trousseau, c'était quelques jours après sa naissance, et déjà la tumeur présentait un volume considérable repoussant en avant l'anus et le rectum. Notre collègue conseilla aux parents d'attendre quelque temps, et il se décida à intervenir, deux mois plus tard, le 31 octobre 1894. Après avoir fait une section elliptique de la peau, en ménageant une collerette suffisante pour la réunion. M. Broca disséqua soigneusement la tumeur jusqu'à la base du pédicule qui s'insérait sur l'extrémité inférieure du sacrum, puis le sacrum sectionné transversalement, il fit basculer la tumeur et l'enleva complètement. Les suites de l'opération furent des plus simples et l'enfant est actuellement parfaitement guérie.

L'examen histologique de cette tumeur a été fait par M. Cazin, chef du laboratoire de la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, et a permis de distinguer 2 espèces de kystes. Dans la partie antérieure de la tumeur, il existait en effet, un organe canaliculé, dont la structure était identique à celle

de l'intestin et qui ne pouvait être rapportée qu'au segment postanal de l'intestin fœtal; on y distinguait, en dedans d'une tunique musculaire, composée de deux couches perpendiculaires l'une à l'autre, une muqueuse pourvue de glandes en tubes, et tapissée dans toute son étendue de cellules caliciformes, on pouvait même reconnaître les éléments très nets d'une muscularis mucosae. Les kystes nombreux qui affectaient des dimensions très variables et occupaient la partie postérieure de la tumeur étaient au contraire tapissés par un épithélum prismatique bas, à cils vibratiles, mais M. Cazin fait remarquer que cet épithélium ne répond pas tout à fait, par l'aspect et les dimensions de ses cellules, à celui que l'on observe dans le canal médullaire. Il n'en est pas moins permis de se demander si cet épithélium n'a pas subi des modifications profondes tout en provenant de vestiges médullaires.

M. Picqué lit un rapport sur un travail de M. Bayer (de Prague), relatif aux relations de l'hypertrophie du thymus avec les cas de mort subite que l'on peut observer notamment à l'occasion de l'anesthésie chloroformique.

M. Walther communique une observation de fracture esquilleuse, à trois fragments, de l'extrémité inférieure du fémur, traitée par la suture osseuse.

M. Quénu présente un volumineux calcul du cholédoque enlevé par cholédochétomie en 2 temps.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 19 *avril* 1895.

Présidence de M. d'Heilly.

Myocardite typhique; dilatation du cœur droit, bruit de galop droit persistant.

M. Hanot. — Il s'agit d'une malade âgée de 22 ans, entrée dans mon service le 27 novembre 1894. On ne retire de ses antécédents aucun indice d'une affection cardiaque. Mariée depuis 6 semaines, elle entre à l'hôpital pour une lassitude générale et de la céphalalgie. On ne tarde pas à constater les signes d'une fièvre typhoïde. Le 12 décembre une élévation de température annonce une otite gauche suppurée qui cède à des lavages boriqués. Le 1er janvier la température qui avait oscillé entre 39°8 et 39°2 tombe subitement à 37°, en même temps que l'on constate chez la malade un état d'hébétude qui contraste avec son état habituel, ses pupilles sont dilatées, le pouls très rapide et filiforme. Le lendemain une selle sanglante vient expliquer cet ensemble symptomatique, à ce moment le cœur est en défaillance, et fait redouter le collapsus. A cette même époque, 5 janvier, on constate un phénomène nouveau et remarquable dans l'auscultation du cœur, on perçoit très nettement un dédoublement du premier bruit qui constitue un bruit de galop typique. L'aire de la matité cardiaque est augmenté. La convalescence qui avait été retardée par une légère complication, par un abcès crural profond s'annonce enfin le 22 janvier par des urines claires et abondantes et un abaissement définitif de la température; mais le bruit de galop persiste avec ses caractères primitifs. La malade sort le 7 février après un séjour de 72 jours à l'hôpital.

M. le professeur Potain, à qui nous avons envoyé la malade, a porté le diagnostic de « *Bruit de galop dependant d'une notable dilatation du cœur droit, lésion dont la fièvre typhoïde paraît être l'origine, aucune lésion d'orifice* ». Par la percussion au cofet on peut se rendre compte que la matité cardiaque a augmenté dans le sens transversal la limite droite du cœur débordant le bord droit du sternum de 2 centimètres. Le bruit de galop a son maximum au bord droit du sternum et s'étend même à l'épigastre. Enfin la pression artérielle est très faible : c'est à peine si on peut apprécier les pouls radial droit, le bruit de galop n'est ni un bruit de galop brightique ni celui qu'ont signalé MM. Cuffer et Barbillon dans la fièvre typhoïde, car ce dernier est intermittent et disparaît dans la convalescence, il est de plus localisé au cœur gauche. Ce phénomène nous paraît ici être dû à une lésion organique du muscle cardiaque ; cette localisation de la myocardite s'explique d'ailleurs facilement par le fait que le cœur droit recevant le sang venu de l'organisme se trouve directement exposé à l'action nocive des toxines émanées de l'intestin.

Remarques sur le traitement de la chlorose.

M. Georges Hayem. — Dans les leçons que j'ai faites sur la chlorose, j'ai dit que le traitement se composait de trois sortes de moyens ; le repos absolu, le régime et le fer.

Le repos absolu est d'une utilité incontestable, et je suis heureux de constater que nos confrères allemands sont d'accord avec moi sur ce point. Le chloratique a peu de globules rouges dans le sang, et au moindre exercice il en détruit une quantité considérable. Aussi quand on prescrit du fer en même temps que de l'exercice le malade perd en fatigue ce qu'il gagne par son traitement ferrugineux.

Le régime n'est pas moins important. La plupart des chlorotiques sont dyspeptiques, aussi convient-il de soigner leur estomac avant de les mettre au traitement ferrugineux. Au début on se contentera du régime lacté ; plus tard on y ajoutera de la viande crue, quelques œufs mollets; et le pain n'entrera dans l'alimentation que plus tard.

Quand il y a hypopepsie, il sera bon de faire prendre le fer avant le repas, et d'ordonner au malade après le repas quelques gouttes d'acide chlorhydrique.

Quant aux préparations pharmaceutiques de fer, c'est, à mon avis, l'oxalate de protoxyde de fer qui donne les meilleurs résultats ; et il semble qu'en observant ces diverses règles dans le traitement des chlorotiques, on en obtienne d'excellents résultats.

La sérothéraphie de la diphthérie à Marseille.

MM. d'Astros et **Engelhardt** (note lue par M. Hutinel). Une première conclusion de nos recherches serait de démontrer, s'il en était encore besoin, l'examen bactériologique des malades. Ainsi sur 322 malades atteints d'angine nous avons trouvé 194 cas de diphthérie ; les autres faits relevaient d'infections diverses. Nous voudrions insister aussi sur les formes inflammatoires de la diphthérie; dans ces cas, les fausses membranes sont relativement peu étendues et plus grisâtres ; le fond de la gorge est rouge, souvent douloureux, quelquefois tuméfié et peut simuler un phlegmon amygdalien au début.

En ce qui concerne les accidents provoqués par les injections nous dirons peu de chose des érythèmes qui ont affecté la forme ostiée. Nous avons également noté dans quelques cas des arthralgies.

Les élévations de température que M. Sevestre attribuait aux doses trop fortes de sérum ont été observées à la suite d'une simple injection de 20 cmcs. Nos observations nous ont encore montré que les réactions consécutives aux injections du sérum sont inconstantes et variables avec la prédisposition individuelle.

Un des effets les plus curieux du sérum se manifeste sur les périodes menstruelles; celles-ci sont avancées presque constamment de quelques jours, et l'hémorrhagie est également plus forte que de coutume. Il y avait lieu dès lors de se demander si les injections n'auraient pas d'inconvénient chez les femmes enceintes, or, une diphtérique enceinte de 4 mois reçut une dose massive de 30 cmcs, et elle guérit sans que sa grossesse fût le moindrement troublée.

Bien que moins bonnes que les statistiques des hôpitaux de Paris, les nôtres nous ont cependant donné des résultats bien supérieurs à ceux des trois dernières années. Tandis que la mortalité totale était de 50,5 0/0, la mortalité des angines de 30 0/0 et celle des croups 89 0/0; les chiffres sont descendus depuis la sérumthérapie à 23 0/0 pour la mortalité totale, à 16 0/0 pour celle des angines et à 30 0/0 pour celle des croups.

Nous attribuons la mortalité relativement élevée de notre statistique à ce qu'à Marseille les parents gardent les jeunes diphthériques beaucoup plus longtemps chez eux avant de les envoyer à l'hôpital.

Dans ces cas en effet, il n'est pas toujours possible d'arrêter les progrès de l'intoxication. Toutefois dans les cas où il existait déjà de la bronchopneumonie, nous avons vu le sérum avoir une influence favorable, et nous ne pensons pas qu'il faille arrêter ces injections aux premiers symptômes d'une bronchopneumonie.

Infection généralisée par colibacille au cours de la grippe.

M. Siredey. — Un jeune homme entre dans mon service pour une grippe qui dure depuis quinze jours environ. Après une légère amélioration survient une rechute vers le cinquième jour. Le malade a une température de 40 0/0, le pouls monte à 120. Son état général est alarmant bien qu'il ne présente qu'une légère congestion de la base gauche et un léger épanchement pleural. En présence de son état typhoïde, je fais une ponction de la rate qui ne révèle aucune trace de bacille d'Eberth, mais bien un certain nombre de colibacilles; ces derniers se retrouvent dans les urines et l'épanchement pleural. Le malade ayant succombé nous avons constaté l'intégrité des plaques de Pays avec une néphrite intense et un gros infarctus blanc du rein. Ce dernier contenait également des colibacilles.

Kyste hydatique du foie infecté par le pneumocoque.

M. Galliard. — Un homme âgé de 40 ans a éprouvé à plusieurs reprises des douleurs dans l'hypochondre droit s'irradiant dans l'épaule du même côté. Le 22 mars il se plaint d'une violente douleur abdominale et fait appeler un médecin. Le malade n'ayant pas rendu de gaz par l'anus on fait le diagnostic d'occlusion intestinale. Le 24 mars le ventre est ballonné, très sensible à la pression, surtout en un point situé sur le lobe droit du foie ; on peut donc rapporter la douleur à la vésicule hépatique. Lavement, injection de morphine. Le 25 mars, la douleur est encore très vive au foyer cholécystique. Le 26 un lavement donne une selle incolore, et on constate un ictère peu foncé. La douleur abdominale s'amende, et le 30 l'ictère a disparu. Cependant la tuméfaction hépatique persiste. Elle ne saurait être attribuée à une affection cardiaque, car cet organe est sain ; il ne restait donc que deux affections à incriminer : un abcès du lobe droit ou un kyste hydatique. L'abcès n'étant guère probable chez un individu n'ayant jamais eu de lithiase ni de fièvres intermittentes, je diagnostique un kyste hydatique du foie ; et l'opération faite par le Dr Gérard Marchand confirma mon opinion. L'examen bactériologique pratiqué par M. Josué a révélé l'existence de pneumocoques à l'exclusion d'autres microbes. L'origine de cette infection est restée obscure.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 11 avril 1895.

Présidence de M. Maygrie.

Curettage utérin.

M. Pichevin présente une série de préparations microscopiques et de photo-micrographies. Les premières sont des coupes de l'utérus d'une femme morte de pneumonie 13 jours après un curage : On voit dans l'épaisseur de la couche musculaire le fond des culs-de-sac glandulaires qui ont échappé à l'instrument tranchant, et qui doivent servir d'amorce à la reproduction de la muqueuse. Une autre coupe a été faite sur un utérus enlevé cinq mois après le curage, la muqueuse est complètement régénérée. Enfin, sur la troisième série de coupes, qui ont été pratiquées sur l'utérus d'une femme à laquelle on avait appliqué, il y a plusieurs années, le procédé de Dumontpallier, il n'existe pas un seul cul-de-sac glandulaire et à la place de la muqueuse on trouve une épaisse zone scléreuse formée de plusieurs couches d'un tissu fibreux très dur.

Contracture congénitale des membres.

M. Brindeau. — Il s'agit d'un enfant qui se présenta par le siège et dont l'extraction de la tête fut particulièrement difficile. Le lendemain de sa naissance, contracture des quatre membres et du cou, convulsions épileptiformes et mouvements athétosiques des deux mains. Au bout d'une semaine la contracture alla en s'atténuant. Actuellement l'enfant a deux mois, il pèse 3,000 gr. et la contracture a presque complètement disparu. L'auteur range cette affection dans le cadre des diplégies cérébrales dans lequel beaucoup d'auteurs font entrer la maladie de Little.

M. Guéniot pense que la cause de ces contractures doit être rapportée à une lésion intra-crânienne portant sur les hémisphères.

Procédé définitif d'hystérectomie abdominale totale pour fibromes utérins.

M. Richelot. — Le procédé consiste, l'incision abdominale étant faite, à attirer l'utérus hors de la plaie, après avoir énucléé la tumeur si le fibrome remplit l'excavation. On taille un lambeau péritonéal antérieur qu'on refoule dans le petit bassin pour éloigner la vessie et l'urètre. Puis on incise le cul-de-sac antérieur sur le doigt introduit dans le vagin et on coupe l'insertion du vagin au ras du col jusqu'à la base du ligament large, qu'on perce d'un orifice au point où s'arrête la désinsertion vaginale, au-dessous de l'utérine. On introduit alors par le vagin une grande pince de « Richelot ». On présente son mors postérieur au susdit orifice et on la pousse de bas en haut en dehors de la trompe et de l'ovaire, en engageant à fond le bord supérieur du ligament large avant de serrer fortement. On fait de même de l'autre côté, puis on désinsère la partie postérieure du vagin sur la tranche saignante duquel on place quelques pinces longuettes de seize. Une lanière de gaze iodoformée introduite dans le vagin forme le pansement.

M. Fournel reproche à M. Richelot de ne placer qu'une pince sur chaque ligament large, et une pince unique peut toujours déraper. Il craint que ce procédé ne soit dangereux pour les uretères; en effet, au moment où M. Richelot libère les attaches vésicales, les ligaments larges existent encore ; or les auteurs qui ont fait des expériences cadavériques à ce sujet (Guermonprez) ont toujours remarqué que la plus grande résistance à l'élévation de l'utérus était opposée par les ligaments larges. Il est donc à craindre que l'utérus étant très peu soulevé, on ne soit obligé d'aller opérer le décollement de la vessie tout à fait dans les profondeurs du pelvis, et que ce décollement ne soit incomplet, d'où danger de pincer ensuite les uretères.

M. Nitot demande ce que deviennent les pédicules que M. Richelot a pris dans sa longue pince ; en les laissant dans le ventre on s'expose à y emprisonner des eschares qui sont destinées à s'éliminer plus tard. En faisant un trou au ligament large, M. Richelot évite très heureusement le danger de prendre dans la pince une trop grande épaisseur de tissus, qui pourraient ne pas se mortifier d'une façon complète et donner lieu à des hémorrhagies secondaires lors de l'ablation des pinces.

M. Petit se demande s'il est bien prudent de passer alternativement du vagin dans le péritoine et du péritoine dans le vagin, comme le fait M. Richelot, la désinfection absolue de la cavité vaginale étant très difficile à obtenir. Il préférerait des ligatures aux pinces à demeure.

M. Doléris reproche également à ce procédé la nécessité de passer du vagin dans le péritoine, le peu de sûreté que donne une seule pince sur chaque ligament large. Il préférerait aussi des ligatures à la suture du vagin.

M. Pichevin croit qu'il faut tenter l'hystérectomie abdominale totale de préférence à l'hystérectomie avec pédicule externe ou avec pédicule interne. Freund, le premier, décrivit une méthode rationnelle d'hystérectomie abdominale totale, méthode qui a donné de mauvais résultats pour le cancer, mais qui est excellente quand on l'applique aux fibromes. D'une façon générale il croit qu'il est préférable de faire l'hémostase à l'aide de ligatures.

M. Richelot. — L'hémotase est toujours facile et si l'auteur veut une pince unique, c'est qu'il a observé qu'il est plus long et plus difficile d'en mettre deux en étage. L'uretère ne craint rien, car le trou qu'il pratique à la base du ligament large et par où doit passer le mors postérieur de la pince est au ras du col, sous l'utérus et en dedans de l'uretère. Les pinces valent ici ce qu'elles valent dans l'hystérectomie vaginale.

Pathologie utérine et maladie de Basedow.

M. Jouin. — D'après l'auteur, la maladie de Basedow présente avec la ménopause et les états pathologiques de l'utérus les rapports plus intimes.

Dans ces rapports on doit admettre que le goître exophtalmique est la conséquence et non la cause des troubles de la matrice.

M. Jouin le prouve en s'appuyant sur 43 observations personnelles et dans lesquelles on voit la lésion utérine précéder le mal de Basedow. De plus, l'amélioration de l'affection locale est toujours suivie d'un début dans la maladie générale.

L'auteur considère que la coïncidence des deux processus morbides est relativement commune, mais le goître exophtalmique se présente alors, presque toujours, sous des formes cliniques frustes décrites minutieusement au cours du travail. Il demande donc à être séparé, pour ainsi dépisté et recherché en tout cas, avec grand soin.

La ménopause également peut déterminer le mal de Basedow, et l'auteur n'est pas loin d'admettre que le goître exophtalmique joue un rôle considérable dans la pathologie du retour d'âge.

Des déductions thérapeutiques découlent rationnellement de ces prémisses.

M. Dumontpallier a toujours constaté une émotion morale comme cause déterminante du goître exophtalmique.

Ascite chez un fœtus syphilitique monstrueux.

M. Apert, — Le fœtus né à 7 mois, d'une femme atteinte d'accidents de syphilis secondaire, présentait les malformations suivantes ; yeux petits, nez peu saillant, sans ailes. bouche triangulaire à sommet supérieur, cicatrice sur la lèvre inférieure, ankylose des articulations temporo-maxillaires ; os du crâne épais et spongieux, large perte de substance sur le pariétal gauche. Poumons : Pneumonie blanche syphilitique. Pas de péritonite : Au moment de l'accouchement, on ponctionna le péritoine et il s'écoula une grande quantité de liquide jaune.

M. Porak. — L'ascite chez le fœtus est, à mon avis, toujours de nature inflammatoire. Dans le cas actuel l'examen microscopique du péritoine et de l'intestin présentant manifestement une apparence anormale avait peut-être justifié cette seule façon de concevoir la pathogénie de l'ascite congénitale.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 26 *mars* 1895.

Présidence de M. Colrat.

Ulcère du duodénum.

M. Burdet présente les pièces anatomiques d'une malade, du service de M. Audry. Il s'agit d'un ulcère du duodénum, latent pendant l'année, qui s'est traduit par une hémorrhagie intestinale abondante, qui a amené la mort en 12 heures.

A l'autopsie, on a trouvé, à quelques centimètres du pylore, plusieurs ulcérations : l'une avait perforé l'intestin, mais grâce à un bouchon muqueux, n'avait amené aucune hémorrhagie péritonéale, ni péritonite suraiguë ; il n'y avait, dans le péritoine, que du liquide ascitique ; une autre, plus petite, avait été la cause de l'hémorrhagie, on y trouvait encore un piqueté hémorrhagique. A côté de cette ulcération, on voyait la cicatrice d'un ancien ulcère.

M. Delore croit que l'ulcération complète de la paroi intestinale n'existait pas pendant la vie, mais s'est produite après la mort.

Il a indiqué une médication qui, chez les nouveau-nés, empêche les hémorrhagies intestinales. C'est l'emploi de l'eau de Vichy.

M. Pic demande si on a fait l'examen du chymisme stomacal.

M. Coutagne fait remarquer qu'en médecine légale, parmi les causes de mort subite, les ulcérations du duodénum sont des plus fréquentes. Il a six observations et les pièces d'un homme mort subitement après un repas. Le duodénum présente deux ulcérations qui avaient amené une hémorrhagie péritonéale et la mort ; à côté, il existait une cicatrice d'une ancienne ulcération.

Séance du 3 *avril* 1895.

Présidence de M. Coutagne.

Calcul vésical.

M. Bérard présente un malade opéré, dans le service de M. le Dr Poncet, par M. Rollet, pour un calcul volumineux de la vessie avec accidents sérieux d'infection et pour lequel on a pratiqué une *cystostomie sus-pubienne temporaire*.

Les premiers signes de calcul remontaient à deux ans (douleurs et hématuries par les mouvements, fréquence des mictions), et depuis un an le malade avait de la cystite (cathétérismes sans précautions). Lorsqu'il est entré dans le service, le 3 mars dernier, en outre des accidents vésicaux, il se plaignait de malaises généraux, surtout accentués depuis un mois, tels que frissons, sueurs par accès irréguliers, dysphagie buccale et dégoût pour les aliments, — T. 39° le soir. — A l'examen, on trouvait le canal de l'urèthre incrusté, dans sa portion prostatique, de concrétions rugueuses, rétrécissant notablement le calibre et l'on constatait la présence dans la vessie, d'un calcul assez résistant au contact et probablement volumineux.

La prostate, au toucher rectal, se présentait un peu grosse et douloureuse.

Pas de phénomènes rénaux, urines très troubles, mais s'éclaircissant à peu près, dans les couches supérieures, par le repos. — Orchi-épididymite gauche subaiguë remontant à quinze mois, presque au début des phénomènes d'infection vésicale.

La taille hypogastrique était indiquée à cause du volume probable de la pierre et surtout de l'infection de la vessie et du rétrécissement de l'urèthre postérieur.

Mais, pour éviter au malade les ennuis d'un séjour très prolongé au lit et les risques du drainage vésical et de la sonde à demeure ; pour assurer, d'autre part, la facilité de grands lavages vésicaux sans dangers d'infiltration de voisinage, M. Rollet se décida à pratiquer la cystostomie sus-pubienne.

Opération le 9 mars ; elle fut des plus simples, malgré l'adhérence du péritoine à la symphise et un léger degré d'enchatonnement du calcul dont l'ablation détermina une petite hémorrhagie vésicale bientôt tarie spontanément.

Le calcul pesait 75 gr., oblong, formé en moyenne partie d'urates, il était partiellement enrobé dans des dépôts phosphatiques secondaires.

La suture de la muqueuse vésicale à l'orifice cutané fut faite d'après les règles établies par M. Poncet ; mais, tandis qu'on assurait un affrontement exact du côté de la cavité de Retzius, deux points de suture seulement maintenaient en bas les lèvres de la plaie vésicale à la peau. Pas de pansement ni de sonde à demeure.

Les suites furent simples : dès le deuxième jour la température revenait progressivement à la normale ; au troisième jour on commençait de grands lavages vésicaux nécessités par la putridité du contenu du bas fond ; au bout de 8 jours le malade commençait à se lever ; le quinzième jour les urines étaient absolument claires et le méat hypogastrique notablement rétréci. Dès lors, on s'occupa de hâter cette oblitération du méat en assurant l'évacuation de la vessie par l'urèthre à l'aide de cathétérismes méthodiques ; la continence fut ainsi rapidement obtenue d'abord dans la station debout, puis dans le décubitus et, le 3 avril, 25 jours après l'opération, le malade se déclarait en état de reprendre ses occupations ; il pouvait rester levé des heures entières sans mouiller ses vêtements, l'état général était excellent et il n'accusait plus aucun malaise local. Le méat sus-pubien n'admettait plus qu'un stylet de très petit calibre, de jour en jour on pouvait suivre les progrès de la cicatrisation.

Cancer du rectum.

M. Adenot présente un malade atteint de néoplasme du

rectum, opéré trois mois après le début des accidents. L'anus étant sain, il a fait un kraske pur et a enlevé 15 centimètres environ de rectum sans intéresser le cul-de-sac péritonéal. La suture du bout supérieur avec l'anus fut assez facile.

Au début les fonctions intestinales furent parfaites et les douleurs disparurent. Au bout de quelque temps il se fit une fistule sacrée, sans terme de la muqueuse rectale.

M. Vallas s'étonne qu'on puisse enlever 15 centimètres de rectum sans intéresser le cul-de-sac péritonéal.

Tumeur du mésentère.

M. Lathuraz, présente une tumeur mésentérique du poids de 20 kilos enlevée par M. le professeur Laroyenne chez une femme de 42 ans.

Le début de l'affection remontait à trois ans. La tuméfaction produisit des troubles très accentués et un chirurgien fit une laparotomie qui fut simplement exploratrice, il y a 8 mois.

Cette femme entre à la Charité avec un état alarmant : dyspnée, œdème, sans albumine. Le ventre avait 2 mètres de circontérence, était mat partout. Il n'y avait pas sensation de flot.

M. Laroyenne fit le diagnostic de kyste de l'ovaire avec adhérence et se décida à faire l'opération. Après l'ouverture de l'abdomen, il tomba sur des anses intestinales agglutinées au devant de la tumeur et méconnaissables. L'une d'elles fut même sectionnée.

La tumeur se décolla facilement; il n'y avait que des adhérences lâches et pas vasculaires, sauf au niveau du rein gauche et de la fosse iliaque gauche. L'opération fut assez rapide, ne dura pas plus de 35 minutes et l'extraction de la tumeur elle-même pas plus de 6 minutes.

La tumeur est probablement un fibrome du mésentère, elle est peut-être bien complexe. Un examen histologique sera pratiqué. L'opérée ne présente aucun symptôme alarmant.

L'intérêt de cette observation vient de la présence des anses intestinales, au devant de la tumeur, présence qui ne s'est pas traduite par de la sonorité.

M. Rendu croit qu'il est le chirurgien qui a fait la laparotomie exploratrice. Il croyait à un kyste de l'ovaire. Après l'ouverture du ventre, il crut à une tumeur du rein qu'il se réservait d'enlever par la voie lombaire.

M. Vallas demande à M. Rendu s'il a opéré souvent par la voie lombaire des tumeurs du rein de cette nature. La voie transpéritonéale paraissait indiquée.

M. Rendu n'a pas eu l'occasion d'employer cette voie.

Gastro-entérostomie.

M. Villard fait une communication sur le mécanisme du reflux de la bile dans l'estomac, après les gastro-entéro-anastomoses et sur l'accumulation des matières alimentaires dans le bout supérieur.

La distance qui sépare le point du jéjunum anastomosé de l'angle duodéno-jéjunal a la plus grande importance, lorsque l'anastomose est faite sur une anse de l'intestin grêle très voisine de la terminaison du duodénum. En dehors des phénomènes de compression qui peuvent exister du côté du côlon transverse, l'anse jéjunale, tirée par le mésentère, très court en cet endroit, et par l'estomac, se place dans une situation rectiligne, telle qu'elle se dirige perpendiculairement à l'estomac, alors que le bout inférieur, moins tiraillé par le mésentère, qui devient de plus en plus long à mesure que l'on s'éloigne du duodéum, se place parallèlement à la grande courbure. Il suit de là que la bile, arrivant par le bout supérieur, a une tendance toute naturelle à pénétrer dans l'estomac et nullement à cheminer vers le bout inférieur de l'intestin grêle.

Par un mécanisme identique, les aliments contenus dans l'estomac vont de préférence s'accumuler dans le duodénum qui devient, au bout d'un certain temps, un véritable diverticule de la cavité gastrique. On conçoit de là les accidents de rétention et les troubles digestifs graves qui accompagnent cet état de choses.

Si, au contraire, l'anastomose de l'intestin grêle a porté sur une anse distante de 50 à 60 centimètres de l'angle duodéno-jejunal, cette anse, non tiraillée par le mésentère, tend à se mettre tout naturellement dans une direction parallèle à la grande courbure de l'estomac; la bile n'aura alors aucune tendance à se déverser dans l'estomac et les aliments aussi pénétreront librement dans le bout inférieur; ceux qui auront pu, malgré tout, refluer dans le bout supérieur seront ultérieurement expulsés tout naturellement.

M. Villard a confirmé ces données théoriques par l'expérimentation. Il a pratiqué, sur le cadavre, des anastomoses au moyen de son bouton anastomotique, en faisant porter l'intervention sur des anses intestinales plus ou moins rapprochées de l'angle duodéno-jejunal, puis il injectait, dans la portion verticale du duodénum, un liquide coloré. Dans tous les cas où l'anastomose avait porté sur un point de l'intestin grêle voisin de la terminaison du duodénum, il a vu le liquide coloré refluer dans l'estomac alors qu'une quantité excessivement faible passait dans le bout inférieur. Dans les cas, au contraire, où l'anastomose était éloignée de l'angle duodéno-jéjunal et flottante, le liquide passait librement dans le bout inférieur et une faible quantité seulement passait dans la cavité gastrique. Enfin ces recherches expérimentales sont confirmées par deux observations de gastro-entéro-anastomoses faites au moyen du bouton anastomotique. Chez ces deux malades, à aucun moment, il n'a existé de symptômes de reflux de la bile ou d'accumulation des matières dans le bout supérieur et, dans les deux cas, l'anastomose avait été faite loin de l'angle duodéno-jéjunal.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

XIIIe CONGRÈS DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Munich du 2 au 5 avril 1895.

Pathogénie et traitement des typhlites.

M. Sahli (Berne), rapporteur, se limite dans son rapport à la pérityphlite simple, inflammatoire, en laissant de côté les formes qui se rattachent à la tuberculose et à l'actinomycose. Aussi est-il d'avis de réunir sous le nom générique de typhlite, toutes les inflammations d'origine intestinale des parois du cœcum, que l'on désigne sous les noms de typhlite, de pérityphlite, d'appendicite, de paratyphlite. Au point de vue étiologique, toutes ces formes ont une origine commune. La typhlite stercorale, terme généralement employé, n'existe ni cliniquement, ni anatomiquement, et doit être remplacée par l'appendicite et la péri-appendicite.

Les causes des inflammations fréquentes de l'appendice tiennent à la facilité avec laquelle les agents pathogènes y pénètrent et à la difficulté avec laquelle les produits inflammatoires peuvent s'en écouler. Les auteurs anglais ont insisté avec raison sur l'analogie qui existe sous ce rapport entre l'appendice et les amygdales : les deux organes s'y distinguent par une richesse en tissu adénoïde se prêtant avec la plus grande facilité aux infections; les deux sont encore particulièrement exposés à l'envahissement des microorganismes; les deux enfin se présentent sous forme de culs-de-sac. L'appendicite pourrait donc être considérée comme une angine de l'appendice vermiculaire.

Quels sont les éléments qui entrent dans la composition de la tumeur que l'on trouve dans la pérityphlite?

De la négation même de la typhlite stercorale, il résulte que les matières fécales ne contribuent pas à la formation de la tumeur. Dans certains cas, il s'agit indubitablement de collections purulentes; mais il existe une série de cas dans lesquels la tumeur existe en l'absence de toute suppuration, et pour ces cas, on a admis l'existence d'exsudats séro-fibrineux. Mais cette opinion n'est guère soutenable, car dans les nombreuses ponctions exploratrices faites par M. Sahli, on n'a retiré du liquide séreux qu'une seule fois. Les dépôts de fibrine n'existent pas non plus.

Grâce aux nombreuses opérations qui ont été faites ces années dernières, on sait maintenant que la tumeur est due principalement à l'épaississement de la paroi intestinale des feuillets pariétal et viscéral du péritoine, du fascia transversalis par une infiltration œdémateuse ou cellulaire, mais avant

tout à l'épaississement de l'épiploon qui passe comme un tablier au-devant de l'appendice, et en second lieu, à la stagnation des sécrétions. Quant à la question de savoir avec quelle fréquence l'origine de cette tuméfaction tient à la présence d'un abcès, on peut supposer qu'une périityphlite qui aboutit à la formation d'une tumeur a toujours pour point de départ un noyau purulent.

M. Sahli pense donc personnellement que chaque pérityphlite typique a pour point de départ un noyau purulent qui en augmentant aboutit, soit à la transformation de l'appendice en un sac purulent, soit à la perforation suivie d'infection du voisinage. Cette façon de voir s'appuie principalement sur les données des opérations au cours desquelles on a toujours trouvé du pus. M. Sahli en conclut donc que la pérityphlite est toujours une lésion suppurée.

Ce qui semble en désaccord avec cette conception, c'est que bon nombre de cas guérissent sans ouverture de la collection au dehors et sans perforation. Mais il ne faut pas oublier que l'abcès peut être relativement petit, 20 ou 30 fois moins grand que la tumeur elle-même; que le pus peut être simplement infiltré, disposé en nappe entre les diverses couches de tissus; si bien que dans ces conditions, le pus peut être ou résorbé, ou se frayer un passage vers la lumière de l'intestin; et dans ce dernier cas, il s'établit une sorte de drainage avec élimination du pus au milieu des matières fécales.

On peut se demander encore pourquoi l'abcès s'ouvre le plus souvent du côté de l'intestin et d'une façon rare du côté du péritoine?

Ce fait tiendrait à ce que les adhérences qui se forment du côté du péritoine forment un obstacle à la migration du pus et que d'un autre cas, le pus utilise la voie que l'infection s'était frayée. Sous ce rapport, il existe une certaine analogie entre la pérityphlite et la périostite dentaire, où l'abcès s'ouvre du côté d'où est venue l'infection, c'est-à-dire du côté de la cavité buccale. L'analogie se poursuit encore au point de vue thérapeutique, car dans les deux, la guérison ne peut être obtenue que par l'ablation de la dent cariée dans un cas, de l'appendice malade, dans l'autre.

La guérison spontanée existe donc. Dans la statistique de Renvers portant sur 2,000 cas de pérityphlite observés depuis six ans dans l'armée allemande, la guérison spontanée est survenue dans 96 0/0 des cas. En Suisse, une enquête d'ensemble faite par 466 médecins ayant réuni 7,213 cas, il résulte que sur ce nombre 473 seulement ont dû être opérés. Les autres ont donné une mortalité de 8,8 0/0, soit 91,2 0/0 de guérisons spontanées. Sur le nombre total des guéris, la récidive a été notée dans 20,8 0/0 des cas.

En admettant que la pérityphlite comporte toujours une suppuration, on est amené à croire que l'opération doit être faite dans tous les cas en vertu du principe : *ubi pus, ibi evacua*. Cette façon de voir est, en effet, celle d'un grand nombre de médecins même de ceux qui n'admettent pas la nature purulente de toutes les pérityphlites. Pourtant, personnellement, M. Sahli n'est pas partisan de l'intervention à outrance et réserve l'opération à certains cas déterminés. Tout dépend de la migration du pus, de la voie que va suivre l'abcès pour s'ouvrir, et dans bien des cas où l'opération paraissait urgente M. Sahli a vu survenir la guérison spontanée.

Le traitement doit toujours s'inspirer de l'étiologie de la pérityphlite. La typhlite stercorale n'existant en réalité pas, les purgatifs se trouvent par cela même contre-indiqués. Par contre, l'opium agit d'autant mieux qu'il est administré de meilleure heure. Il faut le donner à petites doses de façon à faire disparaître la douleur.

La seconde indication formelle est de proscrire toute alimentation par la bouche et même toute boisson et d'administrer l'eau et les aliments strictement nécessaires par la voie rectale. La saignée locale à l'aide des sangsues est très utile et a été délaissée bien à tort.

L'opération doit avoir pour but d'abaisser la mortalité de 8,8 0/0 que l'on trouve dans la pérityphlite opérée, résultat qui peut être atteint en opérant les cas qui auparavant n'étaient pas opérés. Or, M. Sahli pense que relativement on n'opère pas encore assez et que la faute en est à la légende de l'exsudat séro-fibrineux qui conduit à l'expectation, ce qui fait perdre au malade les avantages d'une opération faite au bon moment. Quand la pérityphlite guérit malgré la persistance de la fièvre pendant des semaines, c'est par hasard. Aussi, M. Sahli considère l'opération indiquée dans tous les cas où au bout de 3 à 8 jours le traitement médical n'amène pas d'amélioration considérable ; si au bout de trois jours de traitement médical l'amélioration est manifeste, on peut temporiser jusqu'au huitième jour et si pendant ces 5 jours la fièvre avait montré une tendance à disparaître, la tumeur à diminuer, le pouls à redevenir normal, on peut renoncer à l'opération. Mais si après trois jours de traitement médical on ne constate aucune amélioration, il faut opérer. Dans tous ces cas l'examen du malade doit être fait aussi complètement que possible et le médecin aura à peser tous les symptômes : l'habitus du malade, l'existence ou l'absence du facies abdominal, la sécheresse de la langue (souvent produite par l'opium à trop forte dose), la cyanose, la dyspnée, la fièvre ou l'hypothermie, l'état du pouls dans ses rapports avec la fièvre, les frissons, les douleurs, les vomissements, les fonctions de la vessie, l'état de l'urine, etc. Tous ces symptômes n'acquièrent de valeur que dans leur ensemble, dans leur succession, dans leur variabilité. Aussi, le malade doit-il être examiné 2 ou 3 fois par jour. De plus, on n'oubliera jamais de pratiquer le toucher rectal ou vaginal qui, dans certains cas, permettent de découvrir l'existence des abcès.

Les symptômes de mauvais augure, indiquant la nécessité d'une intervention sont : 1° la persistance de la fièvre au delà de trois jours, surtout quand elle s'accompagne de frissons; mais il faut savoir, d'un autre côté, que l'absence de fièvre n'est pas toujours un bon signe; 2° l'état stationnaire de la tumeur et d'autres phénomènes morbides au delà du second septenaire; 3° la réapparition de la fièvre et de la douleur après une absence de quelques jours; 4° la diminution de la tumeur, s'accompagnant d'une tuméfaction de l'abdomen; 5° la persistance des phénomènes généraux après l'ouverture de l'abcès au dehors.

La ponction exploratrice avec un trocart mince est sans danger, mais si l'on admet que toutes les périthyphlites sont de nature suppurée, la valeur diagnostique de cette intervention devient très douteuse.

Au point de vue de l'opération, le principal c'est d'ouvrir l'abcès. La résection de l'appendice est désirable, mais non pas indispensable à la guérison, comme le montrent le grand nombre de cas où la guérison est survenue avec un appendice non réséqué. L'opération est une opération d'urgence et tout médecin de campagne doit savoir la faire au même titre que la kéliotomie dans la hernie étranglée.

Quant à la pérityphlite récidivante, l'opération est utile dans les formes graves. Le moment de l'intervention et les indications dépendent de chaque cas en particulier et de la gravité croissante des attaques successives. Naturellement la résection de l'appendice sera faite dans l'intervalle des attaques.

M. Helferich. (Greifswald) admet que dans la majorité des cas l'appendicite débute sous forme d'un catarrhe de la muqueuse. Plus tard l'état catarrhal amène un rétrécissement de l'orifice cæcal avec rétention des produits de sécrétion. Tant que le catarrhe reste simple, il n'y a pas de danger; mais la situation se complique quand, sous l'influence de certaines causes, le catarrhe devient purulent. Parmi ces causes on peut citer les coprolithes dont l'importance a été du reste très exagérée. Il est certain que dans un appendice normal, le coprolithe peut rester longtemps sans produire le moindre trouble; mais il en est tout autrement des coprolithes enclavés dans des appendices catarrhaux; là sous l'influence des bactéries la muqueuse s'ulcère, se gangrène et l'appendice peut se transformer en un sac purulent.

Dans certains cas l'affection reste purement intra-péritoniale; dans d'autres cas l'appendice enflammé provoque une cellulite peri-appendiculaire, un phlegmon péri-appendiculaire ou péri-cœcal.

Au point de vue chirurgical les symptômes suivants ont une importance toute particulière :

1° La tumeur quelquefois assez volumineuse pour remplir toute la fosse iliaque, souvent très petite. Dans les deux cas la palpation doit être faite avec une légèreté et une douceur extrême. La percussion donne rarement des renseignements suffisants.

2° L'état du pouls et de la température qui, comme l'œdème

de la paroi abdominale, sont extrêmement variables, et d'une valeur diagnostique, par conséquent limitée

3° La douleur au point indiqué par Mac Burney, c'est-à-dire entre l'épine iliaque antéro-supérieure et l'ombilic, à 2 pouces environ de l'épine. L'existence de ce point est fort importante pour le diagnostic de l'appendicite. Très importantes également au point de vue diagnostique sont les sueurs profuses. La valeur du désaccord entre le pouls et la température et de l'infiltration en carton de la paroi du cæcum (Roux) est moins grande.

Au point de vue du diagnostic différentiel, M. Helferich fait observer que l'accolement fibrineux des anses peut simuler une tumeur se comportant comme l'exsudat purulent. Souvent l'appendicite a été confondue avec des sarcomes de la région cœcale, avec des tumeurs des annexes de l'utérus, avec des tumeurs solides ou liquides de la vésicule biliaire, etc. Que deviennent les abcès pérityphlitiques? Les abcès secondaires peuvent se résorber, mais cette résorption est relativement rare et, au point de vue clinique, on ne peut guère compter sur elle. En second lieu on peut compter sur la tendance à l'oblitération de l'appendice, qui existe déjà à l'état normal. L'épaississement, la solidification du pus peut avoir lieu; le pus peut certainement devenir stérile, mais dans bon nombre de cas il garde toute sa virulence.

Quand le pus n'est pas résorbé, l'abcès s'accroît et doit être ouvert. Toutefois M. Helferich ne pense pas que cette opération doive être considérée comme une opération d'urgence que tout médecin doit savoir faire! En tous les cas l'ouverture de l'abcès doit être faite de bonne heure soit pour enrayer son accroissement et les dangers qui en résultent, soit pour prévenir la pyhémie.

L'abcès ouvert largement, il est inutile de s'acharner à la recherche de l'appendice.

L'appendicite peut se compliquer de péritonite tantôt septique diffuse, tantôt séro-purulente, moins grave. Lorsque la péritonite existe, il faut opérer sans tarder. Malheureusement le début de la péritonite n'est pas toujours facile à saisir. Sous ce rapport on attribuera une importancee toute particulière à l'ascension rapide du pouls et au facies abdominal.

Pour ce qui est de l'appendicite récidivante, si les accès diminuent ordinairement d'intensité il n'en est pas moins vrai qu'ils peuvent à chaque moment s'aggraver. Il faut donc opérer si les malades ne sont pas absolument bien portants dans l'intervalle des accès. Le massage peut donner des résultats satisfaisants dans l'hydropisie de l'appendicite, mais il demande à être fait avec de grandes précautions.

M. Sonnenburg pense qu'au lieu de confondre sous le nom de pérityphlite l'appendicite catarrhale simple et l'appendicite suppurée perforante, il est tout indiqué de maintenir l'autonomie de ces deux formes qui se distinguent au point de vue clinique et anatomique.

Dans la première ou si l'on veut, dans la pérityphlite simple, il s'agit d'une inflammation simple de l'appendice. M. Sonnenburg a eu l'occasion de faire opérer 12 cas de ce genre sur 120 qu'il a observés. Le diagnostic de cette forme est facile et découle des modifications anatomiques.

Les causes de l'appendicite simple sont la longueur de l'appendice et la brièveté de son mésentère, les modifications dans sa position normale, son enroulement autour du cœcum, ses inflexions qui prédisposent à la stase des sécrétions et à la formation de coprolithes qui à un moment donné peuvent perforer la paroi de l'appendice. Même dans la forme simple, le péritoine participe au processus soit par la formation d'adhérences, soit par la formation d'un exsudat séreux.

Le tableau clinique qui correspond à ces modifications est très variable. Tantôt on trouve la colique appendiculaire à récidives, tantôt une résistance de la région idéo-cœcale, due à la coprostase, tantôt un exsudat séreux dans la fosse iliaque droite, tantôt des phénomènes d'irritation péritonéale (météorisme), tantôt enfin une combinaison de plusieurs de ces symptômes à la fois.

Ce qui est commun à tous ces cas c'est que l'affection ne débute jamais brusquement, que l'état général des malades ne paraît pas alarmant, que le pouls et la température sont à peine modifiés. En second lieu l'affection ne dure pas longtemps. Ces caractères permettront donc de distinguer l'appendicite simple de l'appendicite suppurée perforante, qui débute brusquement avec fièvre et frissons, avec vomissements, prostration des forces, douleurs violentes, etc., en un mot avec tous les symptômes d'une infection grave.

La forme simple guérit presque toujours par le traitement médical, et l'intervention chirurgicale doit être réservée à la forme suppurée dont le diagnostic est toujours possible. Et il faut opérer aussitôt que l'on est sûr de la présence du pus.

M. Baumgartner (Baden-Baden) n'a pas perdu un seul malade depuis 10 ans, depuis qu'il traite chirurgicalement tous les cas de pérityphlite. Le plus souvent il a trouvé des exsudats séro-purulents, quelquefois des exsudats franchement purulents. Il opère aussitôt qu'il constate la présence d'un exsudat.

M. Curschmann (Leipzig). Sur 452 cas de pérityphlite traités médicalement à la Clinique on n'a eu qu'une mortalité de 5,4 0/0. Il ne faut pas croire que l'appendicite est toujours le point de départ de la pérityphlite, car sur les 28 autopsies de pérityphlite, l'appendice a été trouvé sain bon nombre de fois Il est également inexact de dire que la pérityphlite a toujours pour base un noyau purulent.

M. Aufrecht (Magdeburg) fait observer que dans la pérityphlite, l'exsudat est ordinairement extra-péritonéal et que la situation ne devient grave que lorsque l'exsudat devient intra-péritonéal ou qu'une inflammation phlegmonneuse se développe derrière le côlon ascendant. Cette dernière complication se manifeste par une douleur le long du carré des lombes et par une tuméfaction œdémateuse de la paroi abdominale.

La paratyphlite extra-péritonéale simple est la moins grave et est caractérisée par la formation d'un petit abcès autour de l'appendice.

Sur 228 cas traités médicalement la mortalité a été de 5 0/0. Sur 194 cas traités chirurgicalement par Murphy cette mortalité a été de 9.6 0/0.

M. Quincke (Kiel) admet parfaitement l'existence d'une typhlite stercorale. La constipation joue un rôle considérable dans l'évolution de la pérityphlite, en provoquant la parésie intestinale qui est suivie de coprostase.

En tous les cas, dans la pérityphlite déclarée il faut éviter les purgatifs, et régulariser les selles par des lavements. M. Quincke ne croit pas que les boissons puissent nuire au malade et pense qu'elles excitent moins la péristaltisme de l'intestin que les lavements.

M. Angerer (Munich) attire l'attention sur une série de cas à évolution bizarre. Il a notamment rencontré des malades qui arrivent à la clinique avec les phénomènes d'étranglement interne et une douleur localisée à un point du côlon. On fait la laparotomie, et pour toute lésion on trouve une tuméfaction œdémateuse des parois du côlon. Les malades succombent sans qu'on trouve à l'autopsie l'explication de la mort.

M. Stintzing (Iéna) n'admet pas la proposition de M. Sahli, d'après lequel la collection purulente, en cas de pérityphlite, s'ouvrirait le plus souvent dans l'intestin.

La coprostase peut d'après lui favoriser l'éclosion de la pérityphlite. Le traitement médical peut être continué pendant 6 à 8 jours bien qu'il existe des cas où l'opération est indiquée dès le deuxième jour.

M. Heubner (Berlin) a constaté que chez les enfants, l'appendicite ordinairement bénigne, prend quelquefois brusquement une allure grave sans que rien l'ait fait prévoir.

Pour ce qui est du traitement médical, l'opium doit être donné à dose assez élevée.

M. Ewald (Berlin) a observé deux cas de pérityphlite où malgré la bénignité des symptômes, les malades ont succombé brusquement. Il pense qu'il s'agissait là d'une auto-intoxication avec des produits bactériens. Les deux malades ont présenté des symptômes cérébraux.

M. Sonnenburg (de Berlin) a aussi observé des cas de septicémie générale avec modifications minimes de l'appendice. On peut admettre que les produits de décomposition traversent les parois de l'appendice et infectent tout l'organisme. Ces cas sont toujours mortels. (*A suivre.*)

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.



TUBES
DE

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 6 au 11 mai 1895.

Mercredi 8. — M. Niquet. Recherches sur les causes du cancer en Normandie et en Picardie. — M. Lacavalerie. Etude sur le lupus érythémato-tuberculeux.

Jeudi 9. — M. Lapeyre. Anatomie du piedbot varus équin et de son traitement par la tarsectomie. — M. Phulpin. La sciatique. Etude des scolioses homologue et attenante, des troubles de la sensibilité et des réactions électriques. — M. Durand. Contribution à l'étude de la thyroïdectomie partielle dans le goitre exophthalmique. — M. Marchal. Contribution à l'étude des tumeurs malignes primitives de l'oreille moyenne. — M. Bariety. Des hernies de l'appendice cæcal compliquées d'appendicite. — M. Collet. Des tumeurs mixtes des glandes salivaires des lèvres.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Devic, agrégé, est nommé chef des travaux d'anatomie pathologique.

VARIÉTÉS

Corps de santé militaire. — Ont été promus :

Au grade de médecin principal de première classe, MM. Wiligens.

Au grade de médecin principal de deuxième classe, M. Collin.

Au grade de médecin-major de première classe, MM. Trussaint, Virolle, Larue, Deschamps, Mary, Martin (A.-F.), Véron, Surugues, Altemaire.

Au grade de médecin-major de deuxième classe, MM. Collet, Bouchet, Augias, Augry, de Montéty, Guibbaud, Peyret, Pierron, Watrin, Martin (A.-L.-J.), Cuvier, Delaborde, Lévy (M.-P.), Barrière, Barthélémy, Marion.

Collège de France. — *Cours de médecine.* — M. d'Arsonval traitera des *Effets physiologiques et thérapeutiques des courants à haute fréquence*, les mercredis et vendredis, à partir du *Mercredi 1er mai à 4 h. 1/2.*

Corps de santé de la marine. — Ont été promus :

Au grade de médecin en chef, MM. Fontorbe, Danguy des Déserts.

Au grade de médecin principal, MM. Chevalier, Tardif, Couteaud, Guintras, Grisolle.

Au grade de médecin de 1re classe, MM. Vivien, Fossard, Guilloteau, Jouenne, Reboul, Séguy, Mayolle, Santelli, Hagen.

Distinctions académiques. — Ont été nommés :

Officiers de l'Instruction publique, MM. les docteurs Carton, médecin-major au 19e chasseurs et F. Ledé.

Officiers d'Académie, MM. les docteurs Etourneau, médecin des colonies, Gillot (d'Autun); Maclaud, médecin de la marine; Mirande, médecin des colonies.

Un concours pour deux places de chirurgien au Bureau central s'ouvrira le samedi 8 juin 1895, à midi, à l'administration centrale, avenue Victoria, 3.

Le registre d'inscription, ouvert le lundi 6 mai 1895, sera clos le lundi 20 du même mois, à trois heures.

Un concours s'ouvrira le 9 décembre prochain, à huit heures du matin, à l'Ecole du Val-de-Grâce, pour l'admission de docteurs en médecine et de pharmacie, diplômés de première classe civils, aux emplois de médecin et de pharmaciens stagiaires.

Un concours pour une place de chirurgien-adjoint des hôpitaux de Rouen s'ouvrira le jeudi 25 juillet 1895, à l'hospice général de cette ville. Le registre d'inscription sera clos le 9 juillet.

L'influenza et les Compagnies d'assurances. — Une de ces Compagnies, siégeant à Londres, qui tenait cette semaine une assemblée générale, a constaté qu'au cours du dernier exercice une somme de plus de trois millions de francs a été payée à la suite des décès causés par l'influenza.

Le rapport du secrétaire général ajoute que l'influenza a plus coûté aux Compagnies d'assurances sur la vie depuis deux ans que le choléra depuis quarante-trois ans.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel pratique des maladies des fosses nasales et de la cavité naso-pharyngienne, 2e édition, par le Dr J. MOURE. Paris, O. Doin, édit. Un volume in-18 cartonné diamant de 650 pages avec 125 figures dans le texte et 4 planches hors texte. Prix 8 francs.

Premier supplément au dictionnaire de thérapeutique, publié par le Dr DUJARDIN-BEAUMETZ, avec la collaboration de MM. le Dr G. Bardet, secrétaire de la rédaction et Debierre, Egasse, Main et Macquaire. Paris, O. Doin, éditeur. Un volume de 900 pages in-4° à deux colonnes avec de nombreuses figures dans le texte. Prix : broché, 25 francs. Relié maroquin, plats toile, tranches peignes, 30 francs.

☞ G. MASSON, éditeur
120, Boulevard Saint-Germain
VIENT DE PARAITRE :

Le phénol sulforiciné dans la tuberculose laryngée, par le Dr A. RUAULT, médecin de la clinique laryngologique de l'Institution nationale des sourds-muets de Paris. Brochure in-8°. 2 fr. 50.

L'auteur, qui avait signalé dès 1889 l'efficacité des applications locales de ce médicament dans la phthisie laryngée, en fait aujourd'hui l'étude complète et détaillée, aux points de vue pharmacologique, technique et thérapeutique. Les résultats de la médication sur 400 malades traités ainsi, depuis près de six ans, de tuberculose du larynx, du pharynx et des premières voies, établissent nettement que le phénol sulforiciné est très supérieur à l'acide lactique et à tous les autres topiques employés en pareil cas.

Traitement médical des végétations adénoïdes, par le Dr MARAGE, lauréat de la Faculté de médecine de Paris. Brochure in-8° 0 fr. 50

CLINIQUE MÉDICALE

Des bons effets de l'antipyrine dans certaines diarrhées de l'enfance, par le Dr R. Saint-Philippe, médecin de l'hôpital des enfants, agrégé libre à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

On sait quels services rend l'opium dans les diarrhées de l'adulte. Il calme la douleur, le spasme, la sécrétion. C'est une ressource précieuse dont on est presque privé chez les enfants, du moins chez les tout petits qui le supportent positivement mal, quelque soin qu'on prenne de ne le prescrire qu'à dose infime et fractionnée.

J'ai pensé que l'antipyrine, dont les effets physiologiques se rapprochent à certains points de vue de ceux de l'opium, pourrait le remplacer dans les diarrhées infantiles où l'on aurait à utiliser ses avantages et à éviter ses inconvénients.

Dans un travail lu en 1891 devant la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, je crois avoir montré, avec un grand nombre de faits à l'appui, que ce médicament, qui me paraît occuper une place rationnelle à la suite des nervins et sert pour ainsi dire de transition entre ces substances et les agents de même ordre qui réalisent à la fois l'antithermie, l'analgésie, l'antiseptie, que ce médicament répondait en tous points aux espérances qu'on pouvait en l'espèce logiquement fonder sur lui.

Aujourd'hui, après une nouvelle expérience de quatre années et l'apport d'un faisceau de cinq cents observations patiemment recueillies soit dans ma pratique hospitalière et civile propre, soit dans celle de mes collègues de la Gironde qui ont bien voulu essayer de ce traitement, il m'est permis d'affirmer le bien fondé de cette assertion, contrôlée et maintes fois vérifiée, que dans le traitement des diarrhées infantiles l'antipyrine mérite une place à côté de l'acide lactique, de l'acide chlorhydrique, du benzo-naphtol, du salicylate ou du sous nitrate de bismuth, auxquels je n'hésite pas à dire qu'elle est en beaucoup de circonstances bien supérieure. Je puis aussi mieux préciser ses indications, comme aussi ses contre-indications : en un mot, c'est une étude maintenant complète que je soumets à la haute appréciation de l'Académie.

Quand il s'agit d'enfants, il importe toujours, pour bien s'entendre, de limiter le sujet. Il y a enfants et enfants. La diarrhée des petits, d'un jour à deux ans, ne ressemble pas à celle qui atteint l'enfance après cet âge et qui se rapproche singulièrement de celle de l'adulte. Pour les premiers encore, il faudrait distinguer entre les « nourrissons » (au sein ou au biberon) et « les récemment sevrés ». Si l'antipyrine me paraît capable de bien agir contre la diarrhée en général et de tous les âges, c'est surtout contre les diarrhées de la première enfance, avant que toutes les dents ne soient sorties, qu'elle me paraît appelée à donner ses meilleurs résultats. C'est d'ailleurs dans ces cas-là que je l'ai surtout expérimentée.

Il convient également de s'expliquer sur ce mot diarrhée. Les troubles digestifs de la première enfance sont beaucoup plus complexes qu'on ne le pensait autrefois. La diarrhée n'y est le plus souvent qu'un épiphénomène. C'est l'auto-intoxication, l'auto-infection qui y dominent, avec la dégradation organique qui en est la conséquence presque forcée. Dans cette dyspepsie gastro-intestinale, intense ou prolongée, à effets multiples, immédiats ou éloignés, qu'on a bien étudiée dans ces derniers temps et à laquelle j'ai apporté moi-même ma contribution clinique, dans cet empoisonnement, il s'agit de voir bien, juste et loin. Poursuivre la diarrhée est non seulement un leurre, c'est une faute. Enrayée un jour, elle reparaît le lendemain. Il s'agit au contraire de nettoyer, de balayer la place, je veux dire les voies digestives, et c'est aux évacuants qu'il faut surtout demander secours, en ouvrant toutes les voies d'élimination. Ni l'acide lactique, ni le bi-carbonate de soude, ni l'antipyrine, ni surtout le bismuth, qui forme de la pâte intestinale, ne devront être employés en pareille occurrence, sous peine de perdre un temps précieux. Or la maladie n'attend pas toujours, soit qu'elle revête l'allure extraordinairement rapide du choléra infantile, soit qu'elle se présente sous la forme insidieuse mais singulièrement grave aussi de l'entérite infectieuse suraiguë qui emporte les enfants dans quarante-huit heures mais avec de la fièvre violente et des selles modérément fréquentes, à caractères bien tranchés.

En dehors de ces conditions, qui ne se réalisent que trop fréquemment, il existe des diarrhées qui ne sont dues qu'à un trouble fonctionnel, à la déviation de l'acte digestif, au simple flux produit par l'hypercrinie des follicules, avec lesquels coexistent des troubles gastriques tels que régurgitations, vomissements, soif, exhalaison de l'odeur butyrique. Il y a alors comme un conflit anormal entre les substances nutritives et les sucs intestinaux. La réaction acide se substitue à la réaction physiologique. Le mal est plutôt dans l'augmentation d'activité des fermentations normales par alimentation défectueuse que dans la fermentation putride par alimentation malsaine. En un mot, on a devant soi des diarrhées chimiques, si je puis dire, par opposition aux diarrhées toxiques de tout à l'heure. Mais, si l'on n'y prend garde la transformation se fera peu à peu ou brutalement. Les pullulations microbiennes avec leurs sécrétions néfastes surgiront pour constituer la lésion, puis la maladie. Déjà même, si l'on en croit MM. Hayem et Lesage, l'envahissement parasitaire s'est opéré par la porte entr'ouverte de cette dyspepsie passagère, et la couleur verte de la diarrhée qui n'est pas toujours due à l'exagération de la sécrétion biliaire et de sa matière colorante ne serait pas due à autre chose qu'à la toxine sécrétée par le microbe auquel ces auteurs ont donné leur nom.

C'est le moment, pour les régulateurs de la digestion, d'entrer en scène. C'est à ces espèces de diarrhées que convient bien l'antipyrine.

Certes, si l'on s'en tenait à la théorie, pour obvier à cette déséquilibration accidentelle de la fonction gastro-intestinale, il faudrait tout uniment enlever la cause. Les effets disparaîtraient d'eux-mêmes. Ainsi, il semble qu'en régularisant les tétées, en les espaçant convenablement, en dirigeant avec art l'hygiène et l'alimentation de la nourrice ; d'autre part, en perfectionnant le biberon et en stérilisant le lait de vache intelligement administré ; d'autre part encore, en choisissant avec un discernement éclairé les substances alimentaires, le régime de transition à prescrire aux enfants récemment sevrés, on écarterait tout ennui et l'on pourrait se dispenser de médicamenter le sujet. Il n'en va pas malheureusement ainsi ! Quoi qu'on fasse, quelque sagesse qu'on déploie dans cet art si difficile d'élever les enfants, les déboires se montrent vite.

Le lait de la mère offre de temps en temps des vices rédhibitoires impossibles à atteindre. Le lait de la nourrice n'est pas d'âge analogue à celui que l'enfant tirerait du sein maternel, ou bien il n'est pas — on ne sait pas toujours pourquoi — *approprié* aux qualités de l'enfant et sans qu'il y ait raison de s'inquiéter ou de changer de nourrice, il y a lieu d'intervenir pour améliorer l'état des choses, pour les remettre au point. Le lait stérilisé

n'est pas digéré en totalité et donne malgré tout des selles blanches, graisseuses ou, au contraire, très fluides et trop abondantes, tantôt vertes, tantôt d'un jaune intense, rougissant et brûlant les cuisses et les fesses. Enfin, l'alimentation ordinaire, si savamment triée qu'elle soit, donne encore aux enfants de la diarrhée qu'il faut bien arrêter. C'est que ces jeunes organismes sont incomplètement développés et qu'un rien dérange leur fonctionnement. Il faut donc de toute nécessité leur venir en aide pendant qu'on corrige ce qu'il peut y avoir par ailleurs de défectueux dans les ingesta et les circumfusa.

L'antipyrine, administrée aux doses que je vais indiquer, modifie rapidement les troubles de la digestion aussi bien gastrique qu'intestinale des nourrissons, soit au sein, soit au biberon, surtout quand ils s'accompagnent d'une légère réaction fébrile. Chez les sevrés, les phénomènes sont presque toujours plus compliqués. Aussi vaut-il mieux commencer par l'administration du calomel qui déblaie la place; puis une fois institué une diététique sévère ou le régime lacté absolu, on prescrit l'antipyrine, qu'il faut quelquefois alterner avec le benzo-naphtol, un bon médicament aussi, mais qui offre deux inconvénients: c'est qu'il se fait accepter assez difficilement des enfants et qu'il agit un peu trop énergiquement sur la sécrétion urinaire, aux doses où l'on est obligé de le donner.

Le triomphe de l'antipyrine s'obtient surtout aux périodes d'évolution dentaire. Avec tous les médecins d'enfants, j'ai reconnu à la poussée des dents une action troublante incontestable, si elle est d'interprétation malaisée. Il m'a paru qu'elle plaçait l'enfant en état d'opportunité morbide, plutôt qu'elle ne le rendait malade, le prédisposant aux congestions internes ou à d'autres accidents pathologiques, l'embarras gastro-intestinal par exemple, et qu'elle contribuait à exagérer les malaises existants, si elle n'aggravait pas le tableau de la maladie. Voilà, il me semble, comment il faut comprendre l'influence de ce travail physiologique qui devrait *idéalement* passer inaperçu, mais qui dans le fait se complique fréquemment parce qu'il se passe chez des enfants qui n'offrent que bien rarement l'*état normal*.

Quoi qu'il en soit, quand les petits sujets offrent à pareil moment de la diarrhée simple, qu'ils sont agités, qu'ils dorment mal, qu'ils sont tourmentés par de la soif, que leur bouche est chaude et que leur température s'élève d'un degré ou de quelques dixièmes, le médicament que je préconise les calme d'une façon merveilleuse et fait disparaître en quelques jours, parfois en quelques heures, ces petits inconvénients qui, prolongés, finiraient par constituer une vraie maladie. De même, quand la nourrice est réglée. Chacun sait qu'à ce moment, l'enfant souffre, soit dans son sommeil, soit dans sa digestion qui s'accompagne de coliques et de selles vertes ou glaireuses. De même encore chez les enfants porteurs de dermatoses humides, de cet eczéma impétigineux si bizarre et si décourageant qui s'accompagne de selles diarrhéiques ou qui alterne avec elles, et chez lesquels on a quelque raison de soupçonner l'aliment plutôt que la diathèse. De même enfin dans toutes les circonstances où existeront des phénomènes douloureux du ventre avec flux et dans lesquels un examen attentif aura fait reconnaître un accident passager qu'il y a utilité à combattre immédiatement.

Chez les enfants élevés au biberon et qui présentent pendant la période des chaleurs ce que j'appellerai simplement la diarrhée prémonitoire, l'antipyrine administrée à temps peut empêcher le développement ultérieur d'accidents plus graves. L'expérience qui en a été faite dans plusieurs crèches est tout à fait démonstrative à cet égard.

Voilà donc le fait expérimental dans toute sa simplicité.

Est-il possible de trouver dans l'action physiologique de l'antipyrine la raison d'être de l'action thérapeutique spéciale que je lui ai reconnue? Je le crois. Le médicament découvert par Knorr, malgré les lacunes que comporte son histoire toute récente, a été suffisamment étudié dans les laboratoires comme au lit des malades pour que des notions essentielles se soient dégagées de ces recherches multiples. C'est ainsi que, sans parler des modifications qu'il apporte du côté de la sensibilité et de la température et qui sont aujourd'hui si connues et si utilisées en médecine, on le voit ralentir toutes les sécrétions, sauf la sécrétion biliaire, amener un accroissement de tension de la pression générale déterminé très probablement par la vaso-constriction des capillaires profonds, tandis que se produit, au contraire, une vaso-dilatation périphérique qui se traduit par la rougeur des téguments et souvent aussi par des sueurs profuses. A faibles doses, l'antipyrine diminue le pouvoir excito-moteur, réflexe, de la moelle et par conséquent les spasmes divers. Son action coagulante et par conséquent astringente a été démontrée par Hénocque. Enfin, d'après Robin, Caravias et Devaux, l'antipyrine ferait disparaître toute trace d'organismes inférieurs dans les liquides qui les renferment. D'après MM. Brouardel et Loye, elle serait à la fois antifermentescible et germicide, et M. Cazeneuve (de Lyon) a mis en évidence son action toute spéciale sur les microbes de la putréfaction : il a montré qu'elle suspend les phénomènes chimiques occasionnés par les diastases et qu'elle retarde toutes les fermentations d'origine animale.

Faisant application de ces données à l'étude particulière que j'ai entreprise, on peut comprendre que l'antipyrine agisse favorablement sur les diarrhées douloureuses légèrement fébriles:

a. En ralentissant la sécrétion, soit par vaso-constriction de l'appareil gastro-intestinal, soit par révulsion à la peau, soit enfin par son action propre de ralentissement de toutes les sécrétions. La sécrétion biliaire étant respectée, il n'y a pas d'entrave directe apportée au travail de la digestion qui est au contraire régularisée.

b. En ralentissant les contractions spasmodiques exagérées de l'intestin.

c. En calmant la douleur.

d. En abaissant la température et en amenant la sédation générale.

e. Par son action microbicide locale.

L'antipyrine, qui a de grands avantages, a aussi ses inconvénients : comme tous les médicaments actifs. Les accidents dus à l'*antipyrinisme* méritent toute l'attention du médecin. N'y en a-t-il pas à redouter dans la médication que je préconise? Je réponds catégoriquement par la négative.

Les méfaits et les mécomptes signalés à l'actif du médicament dont je m'occupe tiennent à l'emploi des hautes doses, à la poursuite d'effets énormes qui finissent par mettre en jeu les actions malfaisantes, toxiques du remède.

Dans le cas actuel, rien de pareil. Il s'agit de petites doses et les effets sont très vite obtenus. L'effet thérapeutique n'est pas dépassé. Un peu de refroidissement, une très légère somnolence, une très petite diminution de la sécrétion urinaire, voilà tout ce qu'on peut observer. Il est bien facile d'y parer en suspendant le remède, en y adjoignant — si ce n'est pas fait — le régime lacté ou une boisson légèrement diurétique, telle qu'une eau sulfatée calcique faible qu'on édulcore avec un peu de sirop de punch. Je n'ai jamais vu d'éruptions consécutives. Les enfants, on le sait, supportent admirablement la plupart des médicaments, pourvu qu'ils soient bien

adaptés et bien dosés pour eux. Leur cœur et leurs reins sont solides. L'excès seul leur est nuisible.

Voici la dose à peu près invariable à laquelle j'emploie l'antipyrine à qui je donne souvent son nom français d'analgésine, pour ne pas effrayer les parents trop enclins de nos jours, à discuter la valeur des remèdes. Je prescris:

Antipyrine	50 centigrammes.
Sirop simple	} ââ 50 grammes.
Eau distillée de tilleul.........	

et l'on en donne une cuillerée *à café* toutes les deux heures, un peu avant la tetée ou le repas, soit de cinq à huit cuillerées à café par vingt-quatre heures, ce qui fait, dosé à deux centigrammes et demi environ par cuillerée, de 15 à 20 centigrammes par jour au plus. A partir d'un an je double la dose, c'est-à-dire que j'ajoute à la solution cinquante centigrammes de plus par année, la distribution restant la même.

Maniée comme je l'ai dit, dans les conditions que j'ai indiquées, aux doses que voilà, l'antipyrine rendra des services à tous ceux qui voudront l'employer. Bien rarement elle échouera ou réservera des surprises. D'une façon générale, on peut dire qu'elle trouvera son indication là où a été conseillé *l'acide lactique* que les praticiens ont l'habitude d'appliquer un peu à tort et à travers et qui, il faut bien le dire, échoue trop souvent entre leurs mains. Elle présentera de plus l'inappréciable propriété de calmer l'agitation, la fièvre, la douleur: ce que ne font pas les autres remèdes préconisés contre les diarrhées de l'enfance et ce qui véritablement la rend précieuse en pareil cas.

Il ne me reste plus qu'à poser les conclusions suivantes:

1° L'antipyrine est le médicament de choix contre la plupart des diarrhées simples de l'enfance.

2° Elle peut remplacer avantageusement l'opium, dont elle n'a pas les dangers et les inconvénients — et aussi ses succédanés, qui n'ont pas sa complexité d'action.

3° Elle ne convient pas aux maladies graves du tube digestif où dominent l'infection et l'auto-intoxication — du moins dans la première période. Elle est contre-indiquée également dans les formes à hypo ou à hyperthermie.

4° Elle est absorbée et supportée avec la plus grande facilité par les enfants les plus petits.

5° Elle doit être prescrite aux doses compatibles avec le jeune âge des sujets. Il sera toujours prudent d'en surveiller les effets, bien qu'aucun accident sérieux ne soit à redouter.

6° L'antipyrine agit, en pareil cas, par ses propriétés astringentes, calmantes et microbicides.

CONGRÈS DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE

Séance du 18 *avril* 1895.

Sur 60 cas d'accouchement avec bassins rétrécis.

M. Guéniot (Paris). — En présence d'un bassin rétréci, comment convient-il de se comporter? Au précédent Congrès nous avons vu combien les accoucheurs étaient divisés sur cette question. J'ai voulu depuis lors recueillir les faits qui se présentent à la Maternité, et j'ai dressé une statistique comprenant 60 cas soumis à mon observation, du 15 avril 1893 au 15 avril 1894.

Ces 60 rétrécissements ont été constatés parmi les 2,165 femmes accouchées pendant ce laps de temps dans mon service, c'est-à-dire qu'il y a eu 1 bassin rétréci sur 36.

Presque tous ces bassins rétrécis étaient d'origine rachitique, sauf un, dû à l'ostéomalacie, et un autre qui était un bassin oblique ovalaire de Nægele.

Quant au degré de rétrécissement, on a noté : 1 fois, un conjugué de 69 millimètres; 16 fois, de 75 à 82 millimètres; 21 fois, de 84 à 87 millimètres; 21 fois, de 89 à 92 millimètres; 1 fois, de 95 millimètres. Le conjugué était obtenu en déduisant uniformément 13 millimètres du diamètre promonto-sous-pubien.

Enfin, il s'agissait de primipares 24 fois, de secondipares 14 fois, et 22 fois d'autres multipares.

Sur ces 60 femmes, 25 accouchèrent spontanément et 35 eurent besoin d'une intervention.

Ces interventions consistèrent en 14 accouchements provoqués prématurément, 3 accouchements provoqués suivis de symphyséotomie et application de forceps, 4 accouchements provoqués et forceps, 2 versions céphaliques par manœuvres externes et accouchements provoqués, 1 cas de symphyséotomie et forceps, 5 applications de forceps, 1 cas de forceps suivi de version podalique, 2 cas de forceps et basiotripsie, 1 cas de basiotripsie, 1 cas de version podalique par manœuvres internes et 1 extraction laborieuse dans une présentation du siège.

De ces 60 femmes, 59 eurent des suites de couches heureuses, presque sans morbidité; 1 succomba une demi-heure après son entrée à l'hôpital, où on l'avait apportée moribonde.

Quant aux enfants, 51 vinrent au monde vivants (et 47 sortirent bien portants de l'hôpital), 7 succombèrent pendant le travail et 2 naquirent macérés.

Les 23 accouchements prématurés ont été provoqués 22 fois par une bougie en caoutchouc rouge très souple soutenue par un mandrin et 1 fois par le ballon de M. Champetier de Ribes. 14 fois l'accouchement se fit spontanément, 9 fois il fallut encore intervenir comme il est indiqué plus haut.

Sur 23 cas, 1 seul enfant mourut pendant le travail et ce fait est attribuable à ce que l'écarteur de M. Tarnier, si efficace à l'ordinaire, avait à tort été actionné par un caoutchouc découpé dans un drain beaucoup trop puissant. Le résultat fut une sorte de contraction tétanique de l'utérus, mortelle pour le fœtus. 2 autres enfants moururent après la naissance; l'un d'eux ne pesait que 1,900 grammes; le bassin de la mère mesurait 69 millimètres. Dans ce cas, je crois que j'aurais été mieux inspiré en faisant à terme la section symphysienne.

M. Gaulard (Lille). — M. Guéniot a provoqué le travail sur un certain nombre de primipares. Ne convient-il pas, pourtant, de se montrer très réservé quand il n'y a pas encore eu d'enfant? On ne sait pas comme les choses iront sans l'expérience d'accouchements antérieurs. Sans doute, le bassin est toujours le même — nous pouvons l'admettre du moins, — mais les autres facteurs de l'accouchement, entre autres la contraction utérine, nous les ignorons. Or, il y a là une grosse inconnue qui peut entièrement modifier le pronostic. Quand une femme s'est déjà montrée insuffisante à faire passer son fœtus à travers l'anneau pelvien, on est prévenu et l'on doit agir en conséquence. Il ne me semble pas qu'il en soit de même quand l'épreuve n'a pas encore été faite, et, pour ma part, j'hésite et suis assez disposé pour les primipares à l'expectation jusqu'à terme.

M. Guéniot. — Tel n'est pas mon sentiment. Qu'il s'agisse d'une multipare ou d'une primipare, je me guide, pour la détermination de ma conduite, sur le volume de l'enfant, les diamètres et la forme du bassin, et je ne tiens guère compte du voisinage supposé du terme, attendu qu'on a les surprises les plus grandes à cet égard et qu'une femme paraissant devoir accoucher le lendemain peut très bien traîner sa grossesse encore quinze jours à trois semaines.

Quant aux antécédents, je veux les ignorer, les trouvant trompeurs. Combien de multipares, ayant facilement accouché une ou plusieurs fois, nous présentent une dernière fois une dystocie des plus graves.

Sur l'application du forceps au détroit supérieur.

M. Perret (Paris). — L'avantage de l'application du for

ceps au détroit supérieur est actuellement assez contesté pour qu'on doive se demander s'il faut renoncer définitivement à cette pratique ou bien la conserver, et dans quelles conditions on la conservera le plus utilement.

Or, l'étude des statistiques publiées à diverses époques nous montre que l'application haute du forceps peut fournir des résultats très satisfaisants. Par exemple, on lit dans la thèse de M. Lepage que, sur 22 enfants extraits par une application au détroit supérieur, on eut 19 enfants vivants. Dans une autre statistique, publiée par MM. Lepage et Varnier, sur 8 enfants extraits dans les mêmes conditions, un seul succomba.

D'autre part, en dépouillant les registres de la Clinique d'accouchement, depuis le 1er novembre 1888 (date de l'arrivée du professeur Tarnier) jusqu'au 1er avril 1895, on trouve qu'il y eut 46 applications de forceps au détroit supérieur sans une seule mort maternelle, mais avec 15 morts d'enfants, soit 32.6 0/0. De cet ensemble de faits il résulte donc que l'on peut légitimement recourir au forceps, quand la tête n'est pas encore engagée. Mais dans quels cas pourra-t-on le plus avantageusement y avoir recours ?

Si nous divisons la statistique de la clinique en deux périodes, l'une s'étendant du 1er novembre 1888 au 1er janvier 1893 et l'autre allant du 1er janvier 1893 au 1er avril 1895, nous remarquons qu'il y a eu seulement 27 interventions dans les cinquante premiers mois avec une mortalité infantile de 48 0/0, tandis que dans les vingt-sept derniers mois on a fait 19 applications, dites au détroit supérieur, avec 2 décès soit 10 0/0.

Il est facile d'expliquer cette différence en notant que, dans la première période, 4 fois l'écart entre le conjugué rétréci et le diamètre bipariétal du fœtus excédait 1 cent. 5, que 2 fois cet écart dépassait 8 millimètres et que, fréquemment, la disproportion entre le bassin de la mère et la tête fœtale était considérable. Au contraire, dans la deuxième période, il y eut 1 fois 12 millimètres de différence et l'enfant mourut ; mais, dans tous les autres cas, la différence était inférieure à 5 millimètres.

La conclusion s'impose : si l'on veut appliquer le forceps au détroit supérieur avec chances de succès, il faut réserver cette opération aux cas où la disproportion entre le bassin et le diamètre transversal de la tête fœtale n'excède pas 5 millimètres, sinon, mieux vaut s'abstenir et recourir à un autre procédé.

M. Bar (de Paris). — Plus le bassin est rétréci ou plus la tête est grosse par rapport au bassin, plus le passage est laborieux : cette conclusion ne manque pas de justesse. Mais si l'on peut aisément, après la naissance de l'enfant, connaître le rapport exact du bassin de la mère et de la tête fœtale et formuler des conclusions précises, peut-être est-ce moins commode de se décider pendant le travail et surtout pendant la grossesse. Je ne suis pas sûr qu'on puisse apprécier à quelques millimètres près les dimensions transversales d'une tête qu'on saisit au-dessus du détroit supérieur, quelles que soient l'épaisseur et la tension des parois et quelles que soient l'inclinaison, la flexion, l'immobilité et la forme de cette tête.

M. Perret. — Il résulte pourtant des expériences que j'ai consignées dans ma thèse qu'on arrive à mesurer par l'hypogastre le diamètre occipito-frontal. Ce diamètre connu, l'on n'a qu'à retrancher, selon l'âge de la grossesse, 25 à 27 millimètres pour avoir exactement le diamètre bipariétal.

Sur 80 femmes, je suis arrivé 9 fois à une estimation exacte ; 30 fois je différais en trop de 1 millim. 96 et 41 fois de 1 millim. 92 en moins.

M. Budin (de Paris). — M. Perret nous a cité des statistiques, mais il aurait dû rappeler les chiffres publiés par M. Ribemont-Dessaignes, qui tendent à des conclusions contraires aux applications de forceps au dessus du détroit supérieur ou au niveau de ce détroit. Dans un pareil procès, toutes les pièces sont à rassembler. D'autre part, c'est juger trop simplement que de tout rapporter à un diamètre bipariétal plus ou moins débordant par rapport au conjugué rétréci. Le mécanisme de l'accouchement est autrement complexe et, pour entraîner notre conviction, il faudrait nous faire connaître comment surtout on a procédé dans les divers cas, comment la tête s'est engagée, comment surtout on a placé les cuillers eu égard au bassin.

Je n'insiste pas sur la mensuration même ; mais fût-elle facile, ce n'est pas tout d'avoir le diamètre bipariétal. Est-ce donc par son bipariétal que la tête pénètre dans le diamètre promonto-pubien chez les femmes à bassin rétréci? Bien d'autres évolutions sont à considérer et je ne crois pas qu'il s'agisse uniquement d'une mesure et d'un calcul.

M. Gaulard. — La mensuration exacte, malgré les 80 expériences citées, me semble bien difficile à accepter. Autrefois M. Bardin avait déjà fait un travail sur ce sujet ; il n'était plus, vers la fin, très enthousiaste. Comment donc, en effet, mesurer le diamètre occipito-frontal? La racine du nez, la sent-on à travers les parois? Et la pointe de l'occiput? Le rapport est-il toujours le même entre le diamètre occipito-frontal et le diamètre bipariétal, chez les brachycéphales et les dolichocéphales?

M. Perret. — Je prends la tête disposée transversalement au détroit supérieur et mesure le diamètre maximum. Avec ma déduction je suis toujours tombé juste ou à peu près.

Quant à l'importance de la variété d'application du forceps, je ne saurais rien en dire, n'ayant jamais pratiqué d'intervention de cette sorte.

Malléabilité de la tête fœtale.

M. Fochier (Lyon). — On doit tenir, dans l'accouchement, un compte énorme de la malléabilité de la tête, qui permet des modifications de forme considérables.

Chacun sait que le promontoire peut causer une dépression en gouttière qui fait gagner 15 millimètres. En outre, la déformation spéciale de la tête permet d'utiliser certains diamètres qui, autrement, seraient perdus. Enfin, s'il n'y a pas en avant, vis-à-vis l'arc antérieur du bassin, une dépression aussi limitée et aussi nette qu'en arrière au niveau du promontoire, cette dépression ne s'en produit cependant pas moins dans beaucoup de cas, et très utilement ; cela m'autorise à objecter à M. Perret, à propos de ce qu'il soutenait à l'instant, que ce n'est pas seulement la disproportion entre le diamètre promonto-pubien et le diamètre transversal de la tête du fœtus qu'il faut envisager, mais aussi la malléabilité et la dépressibilité de la région antérieure comme de la région postérieure. Elles permettent une déformation parfaitement compatible avec la survie et la santé de l'enfant. Afin que cette dépressibilité s'exerce, il ne faut donc pas protéger les parties médianes antérieures et postérieures avec des attelles métalliques, ce qui veut dire qu'à mon sens les applications de forceps antéro-postérieures ne sont pas les meilleures. De même, si la tête est obliquement prise, il faut savoir que la branche antérieure qui, selon les préceptes classiques, repose sur la région frontale antérieure, gêne par sa présence la dépression antérieure frontale et fait perdre le gain que cette dépression eût donné.

J'ai eu la preuve de ce que j'avance dernièrement à Lyon où j'ai pu voir une déformation telle que le bipariétal ne mesurait plus que 5 centimètres. Il est vrai, que l'enfant, dans ce cas, succomba ; mais on n'en avait pas moins eu, sans fracture, cette déformation excessive.

M. Charpentier (de Paris). — Cette malléabilité est bien connue et bien utile dans l'accouchement. Depuis longtemps Schrœder, Litzmann, Veit, etc., ont signalé les déformations, les enfoncements en rigoles, en gouttières, en cuillers, dus au promontoire. Beaucoup d'autres déformations peuvent être observées selon les variétés de bassin vicié. J'ai vu dans un cas une dépression au niveau du front. Il est regrettable qu'il ne soit pas possible de soupçonner à l'avance la plus ou moins grande dépressibilité du crâne fœtal.

M. Budin. — Il y a des exemples, en effet, de cette malléabilité bien déconcertants. J'ai observé une femme à bassin très étroit, aplati transversalement, à type *bassin de Robert*, que MM. Tarnier et Maygrier ont vue avec moi. Elle eut maints accouchements tous terminés par la mort des enfants ; après avoir pratiqué des accouchements prématurés nous nous crûmes autorisés à recourir à l'avortement. Une dernière fois, cette malheureuse devint enceinte et, pour des

circonstances particulières, négligea de nous consulter et vint en douleurs, à sept mois et demi peut-être, à la Maternité où elle accoucha d'un enfant vivant. Songez que nous l'avions fait avorter! Mais c'est que cette dernière fois, elle avait eu des contractions d'une grande puissance auxquelles par bonheur et l'utérus et l'enfant avaient bien résisté et, d'autre part, la tête fœtal s'était modelée ou moulée sur l'étroitesse du passage.

Est-il possible d'admettre que les trois accoucheurs en question avaient mal examiné leur malade, et n'est-ce pas plutôt qu'il y a des crânes de fœtus de forme instable capables de franchir des détroits resserrés pourvu que les contractions soient puissantes et soutenues?

Si l'on savait quand on pourra compter sur ces deux facteurs, que de fois on n'interviendrait pas!

Dans sa communication, M. Guéniot nous disait que sur 60 accouchements dans les bassins rétrécis, 25 fois tout se passa naturellement sans intervention, et il a insisté pour nous faire connaître les particularités des 35 autres. Mais les 25 premiers auraient été aussi intéressants, tant il est curieux d'analyser les conditions qui ont facilité un accouchement qu'on pouvait à l'avance tenir pour dystocique.

Il faut donc, quand on intervient, s'efforcer au moins de ne pas aller à l'encontre des forces naturelles qui pourront plus tard nous aider.

M. Guéniot nous disait encore qu'il se contentait pour la provocation de l'accouchement, de glisser entre les membranes et la paroi une simple bougie très molle, puis d'appliquer l'écarteur Tarnier: dans 14 cas les douleurs, une fois provoquées, suffirent pour terminer l'accouchement. Aussi, je crois indispensable de ménager du mieux qu'on peut l'utérus et de ne pas empêcher la tête fœtale de venir, sous l'action des contractions, se mouler sur le segment inférieur et sur le pourtour du bassin rétréci.

Paralysie faciale prolongée d'un nouveau-né.

M. Laskine (de Paris). — La paralysie dont je désire vous entretenir survint chez un enfant très volumineux (4,650 grammes), qu'il me fallut extraire avec le forceps. Après le dégagement, l'enfant avait tout le côté gauche de la face paralysé et l'œil gauche grand ouvert. Du même côté, on pouvait voir, en arrière de l'oreille, à la pointe de l'apophyse mastoïde, une érosion cutanée produite par la cuiller de l'instrument.

Je pensais que tout allait se réparer, comme à l'habitude, en quelques jours. Mais, au neuvième jour, l'état était le même qu'au premier, sauf que l'œil se fermait à peu près complètement. Je fis faire des applications de courants continus pendant deux semaines consécutives sans obtenir la moindre amélioration: vingt-cinq jours s'étaient déjà écoulés depuis la naissance. J'adjoignis aux courants continus l'action de courants faradiques sans grand succès. Bref, ce ne fut que deux mois après la naissance que la paralysie retrocéda, puis disparut.

M. Gaulard. — Il y a des exemples de paralysies de cette nature beaucoup plus longues et pouvant même persister indéfiniment.

Mort subite imprévue après l'accouchement.

M. Demelin (Paris). — J'ai pratiqué la symphyséotomie chez une femme scoliotique qui, sans avoir perdu une quantité trop considérable de sang, succomba quatre heures après l'accouchement.

A l'autopsie, je recherchai s'il n'y avait pas trace d'embolie; mais il existait, par le fait de la gibbosité, une plicature et une déformation du cœur qui suffisait pour expliquer la syncope et la mort.

Un second fait a trait à une femme dont l'état général ne paraissait pas trop mauvais, chez laquelle l'auscultation des poumons et du cœur n'avait laissé rien soupçonner et qui fut prise, au moment de la délivrance, d'une hémorrhagie qui se traduisit par une perte de 800 grammes de sang environ. La mort survint, cette fois encore, quatre heures après la délivrance.

L'examen *post mortem* ne révéla rien autre chose qu'une tuberculose miliaire du poumon et de la plèvre phrénique. Ce fut assurément la raison de la syncope respiratoire qui fit mourir inopinément cette femme, en apparence tout à fait bien portante.

De l'effacement du col.

M. Bué (de Lille). — Il existe toujours sur cette question de l'effacement du col un désaccord assez grand. Jadis, Mauriceau pensait que l'effacement commençait vers le sixième mois; puis, Levret, Puzos, Smellie, Baudelocque estimèrent qu'il ne se manifestait qu'au huitième mois. Stolz, en 1826, reporta l'effacement à la dernière quinzaine. Enfin, ces dernières années, Braun, Baudl et Bayer revinrent aux idées de Mauriceau. Tous ces accoucheurs admettent que l'effacement se produit pendant la grossesse, à une époque plus ou moins éloignée de l'accouchement.

D'un autre côté, Verheyen, Taylor, Weitbrecht, Schrœder, Hofmeier, Waldeyer, etc., affirment que le col ne s'efface qu'au moment où le travail de l'accouchement commence.

Les deux opinions sont vraies.

Quand, à la fin de la grossesse, la tension intra-utérine augmente, l'extrémité inférieure de l'œuf et la présentation tendent à se frayer de la place, pressent davantage sur l'orifice interne et provoquent quelques petites contractions, douloureuses chez certaines femmes, à peine senties ou pas senties chez certaines autres.

Chez les femmes dont les réflexes sont vite éveillés, les choses n'en restent pas là: les contractions s'accusent et le travail se déclare.

Chez les autres, plus tolérantes, le col reste forcé dans sa partie supérieure, diminué de longueur, à demi ou aux trois quarts effacé; mais la grossesse poursuit son cours, un instant troublé, pendant deux à trois semaines ou davantage.

Chez les premières, l'effacement ne se fait donc qu' moment de l'accouchement; chez les secondes, l'effacement a lieu dans le dernier mois.

Si cela est vrai, nous considérons que chez les premières l'accouchement est légèrement prématuré, et l'enfant sera de volume inférieur à ce qu'on regarde comme la moyenne; chez les secondes, l'accouchement se fera au plein terme après deux cent soixante-quinze ou deux cent quatre-vingts jours, et l'enfant atteindra et dépassera 3 kilogrammes.

Les recherches que j'ai faites à ce sujet, et qui sont consignées dans la thèse de M. Thibaut, confirment pleinement cette hypothèse.

Glycosurie et grossesse.

M. Stieber (de Toulouse) relate l'observation d'une femme de vingt-sept ans, nerveuse, hystérique, fille d'un père rhumatisant et brightique, qui, atteinte d'une phlegmatia dans le décours d'une grippe, devint enceinte une première fois et avorta.

Une seconde grossesse survint. Dès les premiers mois, la patiente vit sa santé se troubler, se mit à prendre des sucreries en extrême abondance, perdit du sang et faillit avorter. On analysa ses urines, qui contenaient 8 grammes de sucre par litre. Un régime alimentaire sévère modifia ces divers symptômes et abaissa le taux du sucre à 2 grammes par litre. Enfin, au terme l'accouchement fut laborieux, très lent surtout, et nécessita une application de forceps. Plus tard, pendant les suites de couches, il y eut des menaces de phlébite. A la fin, tout s'arrangea et maintenant, ajoute l'orateur, on peut se demander si le diabète persistera ou si cette glycosurie qui dure encore (l'accouchement date d'un mois environ) disparaîtra.

En tout cas, M. Stieber n'hésite guère à attribuer l'état général mauvais du début de la grossesse, les menaces de fausse couche et plus tard la prolongation du travail à la présence du sucre dans les urines.

Hydrocéphalie avec spina bifida.

M. Fochier communique deux curieuses observations d'hydrocéphalie. Dans le premier cas, la malformation était ignorée; la tête se présentait, mais ne descendait pas, quand tout d'un coup, sous l'influence des efforts, on vit du liquide s'écouler au dehors et l'enfant descendre, puis se dégager. On reconnut alors un spina bifida qui s'était rompu et par

l'orifice duquel s'était échappé le liquide qui remplissait la cavité crânienne.

Dans un second cas, analogue au précédent, il y eut également rupture de la tumeur rachidienne, évacuation du liquide hydrocéphalique. M. Fochier s'empressa de réunir par plusieurs plans de suture les bords de la tumeur. Le spina bifida a guéri et l'hydrocéphalie ne s'est pas reproduite.

Il est nécessaire, si l'on ne veut pas avoir de complication méningée, d'agir vite, avec une asepsie parfaite. Les spina bifida à paroi pellucide sont particulièrement favorables.

M. Tissier rappelle que si, dans ce cas heureux, l'ouverture et la réunion du spina bifida ont pu guérir une hydrocéphalie, c'est l'inverse qu'on observe à l'habitude. Après la réunion du spina bifida, dans les jours ou les mois qui suivent, on voit se développer une hydrocéphalie qui va toujours croissant et qui tue les enfants. Ce résultat commun décourage d'opérer. L'orateur a vu un enfant chez lequel MM. Tarnier et Bar tentèrent, il y a deux ans et demi, dès le lendemain de la naissance, la cure d'un spina bifida. La guérison fut obtenue ; mais peu à peu la tête grossit et se développa dans des proportions invraisemblables, puisque la circonférence de cette tête atteignit en quelques mois de telles dimensions qu'on mesurait avec un ruban métrique 63 centimètres d'une oreille à l'autre et 63 centimètres de la racine du nez à la nuque. On comprend sans peine le peu d'enthousiasme qu'un pareil résultat éveilla. Finalement l'enfant succomba.

M. Broca, qui a opéré un grand nombre d'enfants atteints de spina bifida, aboutit à des conclusions analogues (*Gazette*, 1894, p. 504).

M. Guéniot dit avoir opéré plusieurs spina bifida et n'avoir que rarement vu la méningite chronique encéphalique ne pas succéder à l'acte opératoire. Le spina bifida, conséquence de l'hydrorachis, indique une affection des méninges que l'opération ne peut guère amender.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 *avril* 1895.

Présidence de M. Empis.

Tuberculose larvée des trois amygdales.

M. Dieulafoy commence sur ce sujet une importante communication (sera reproduite après son achèvement dans la prochaine séance).

M. Chauveau. — Comme M. Dieulafoy, j'estime que la tuberculose peut maintes fois avoir pour point de départ l'infection des amygdales envahissant de proche en proche les ganglions sous-maxillaires, les ganglions cervicaux et consécutivement, par les voies digestives, le tissu pulmonaire. J'ai, en effet, dès 1867, démontré ce fait par l'expérimentation sur des animaux de l'espèce bovine.

D'autre part, j'ai prouvé, à cette même époque, comme l'avait indiqué Villemin, que les tuberculoses externes peuvent rester très longtemps et peut-être indéfiniment localisées.

Pneumatocèle crânienne.

M. Le Dentu communique l'observation d'un jeune homme ayant fait une chute sur le crâne et présentant des symptômes de contusion cérébrale. Il y a quinze jours, en se mouchant, apparaît sous le crâne une tumeur gazeuse ; peu de temps après, symptômes d'encéphalite suppurée. La trépanation mit à nu un léger foyer ; tamponnement et compression modérée. Telle est la conduite opératoire qui paraît à M. Le Dentu la plus logique pour toutes les pneumatocèles dans lesquelles il est possible de s'attaquer directement à la cavité de laquelle l'air s'échappe.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 26 *avril* 1895.

Présidence de M. Cornil.

Tunique vaginale du testicule.

M. Marion ayant remarqué de la divergence d'opinion dans les descriptions classiques de la tunique vaginale, a repris l'étude du trajet et des rapports de cette enveloppe du testicule ; il a constaté, sur presque toutes les pièces étudiées, que la séreuse ne recouvrait jamais l'épididyme en arrière, et que par conséquent les deux feuillets ne s'accolaient pas l'un à l'autre. Les rapports avec le canal déférent sont beaucoup moins intimes que ne l'indiquent les auteurs : seulement chez l'enfant le cul-de-sac supérieur de la vaginale remonte parfois le long du cordon spermatique.

Fibrosarcome de la paroi abdominale.

M. Mermet présente un fibrosarcome peu volumineux enlevé à la paroi abdominale d'une femme de 30 ans. Cette tumeur s'était développée rapidement et avait atteint le volume d'un œuf en une année, elle était en rapport avec l'épine iliaque antérieure et supérieure, et paraissait s'y rattacher par un pédicule ; elle n'était pas encapsulée ; d'ailleurs, au microscope, on peut suivre les fibres musculaires pénétrant la tumeur et la traversant.

Sarcome du sein avec kyste sanguin.

M. Mermet présente le sein d'une femme de 52 ans, opérée à Saint-Louis pour une tumeur assez volumineuse qui s'était développée très rapidement, surtout à la suite d'un choc violent. Les symptômes cliniques firent diagnostiquer un cysto-sarcome. — L'étude anatomique post-opératoire montra en effet qu'en arrière et en dedans de la tumeur se trouvait un kyste séro-sanguinolent, dont la surface interne était aréolaire, analogue aux cavités cardiaques. On vit au microscope que ce kyste s'était développé par rupture des vaisseaux de la région périphérique de la tumeur ; car on ne trouva pas de dégénérescence en arrière de la poche kystique.

Diabète pancréatique.

M. de Massary rapporte l'observation d'un malade âgé de 39 ans mort de pneumonie dans le service de M. Rendu à l'hôpital Necker. Cet homme était diabétique depuis une attaque de grippe. Deux examens d'urine révélèrent une glycosurie de 335 grammes et de 360 grammes de sucre par jour, ainsi que la présence de 70 grammes d'urée dans les 24 heures.

M. Potier a fait avec soin l'examen des pièces de ce diabétique. Le foie, qui pèse 3 kil. 200 gr. présente de la cirrhose hypertrophique ; la pigmentation existe dans tout le foie (cellules hépathiques, espaces porte, canalicules biliaires, vaisseaux. Le pancréas est gros et ligneux ; les glandes sont dissociées par du tissu fibreux : les cellules pancréatiques sont infiltrées de pigment. Les capsules sacrérieles sont aussi fortement colorées : le pigment siège surtout au-dessous de l'enveloppe, c'est-à-dire dans la région riche en vaisseaux lymphatiques. Le ganglion semi lunaire était normal.

La nature du pigment a été recherchée avec soin : en traitant les différentes coupes par le sulfhydrate d'ammoniaque il s'est produit un sulfure de fer qui les a colorées en noir. Il s'agit donc bien de pigment sanguin, et on doit penser que c'est l'hémoglobine qui fournit la matière pigmentaire, car M. Brault a fait la contre-expérience suivante : en traitant ses pièces de veines hémoglobinuriques par le même réactif, il a obtenu la même coloration.

Cerveau épileptique.

M. Lwoff rapporte l'observation d'une jeune fille morte à 20 ans, gâteuse, après avoir eu des attaques d'épilepsie dès l'âge de 4 ans, une marche difficile, puis de la contracture et de l'hémiplégie dans les quatre dernières années. — L'autopsie montre une atrophie totale de l'hémisphère du côté gauche : il y a 150 grammes de différence entre les deux hémisphères ;

il n'y a pas de sclérose mais de l'atrophie simple portant surtout sur les régions psychomotrices.

Pleurotomie axillaire.

M. Walther propose la pleurotomie axillaire pour aborder la partie supérieure de la plèvre et du poumon. La 4e côte paraît être le centre de la région opératoire; et il faut alors réséquer la 3e et la 4e côte: c'est à ce niveau que siège la scissure interlobaire, surtout quand il y a des adhérences. Grâce à cette incision, on pourra explorer tout le sommet du poumon, aborder, nettoyer et draîner les cavités plevelles et les cavités pulmonaires supérieures, même celles qui siègent en arrière et que ne peut aborder l'incision du 2e espace proposée par M. Poirier.

Lorsqu'il n'y a pas d'adhérences, l'intervention est plus difficile ; cependant on peut se mettre à l'abri d'un pneumothorax en ayant soin de fixer le lobe supérieur du poumon à la lèvre inférieure de l'incision. M. Walther rapporte plusieurs cas en faveur de cette méthode opératoire.

Œdème cérébral.

M. Lévy a fait l'anatomie pathologique de 51 cerveaux, d'après les différentes techniques récemment décrites; il a ainsi observé l'œdème cérébral histologique, se traduisant par une apparence réticulée du tessin, et la mise en évidence des éléments névrogliques: les espaces apparaissent vides, car l'œdème du cerveau ne se fixe pas, sauf dans de très rares cas où l'acide osmique colore les exsudats albumineux; cet œdème se trouve surtout dans la substance blanche, mais peut exister dans la substance grise.

M. Lévy, en étudiant les cerveaux infestieux, a constaté autour des vaisseaux de dernier ordre une prolifération de cellules à noyaux, qu'il explique par une inflammation de la gaine des capillaires, véritable lymphargiste cérébrale. Les recherches histologiques de M. Lévy ont encore porté sur l'état congestif, les adhérences, et le cerveau du vieillard, dont de nombreux coups sont présentés à la Société.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 27 *avril* 1895.

Présidence de M. Chauveau.

Migration du testicule.

M. Retterer présente au nom de *M. Soulié* (de Lyon) une note sur la migration du testicule.

D'après les recherches faites par M. Soulié la descente du testicule s'effectuerait exclusivement par le fait de la prolifération de l'extrémité inférieure du gubernaculum testis, connue sous le nom de processus vaginal.

Tandis que le gubernaculum testis devient muqueux puis fibreux, la prolifération du processus vaginal entraîne, dans le canal inguinal préformé, le péritoine et le testicule. Le gubernaculum testis dont le rôle est purement passif ne fait que suivre le mouvement.

De la présence du glycogène dans le plasma sanguin.

M. Kauffmann revient sur la question de la présence du glycogène dans le plasma sanguin.

Il cite d'abord le fait de la coloration en bleu des préparations sèches de sang traitées par la gomme iodée. Cette expérience n'est pas à la vérité très démonstrative, puisqu'on peut objecter que le glycogène provient des éléments figurés du sang détruit pendant la préparation.

Une expérience plus concluante a été faite par M. Lépine (de Lyon) qui a constaté que dans le plasma du sang fraîchement extrait on constate très rapidement, au bout de 15 minutes, une augmentation de la proportion de glycose.

M. Kauffmann pense apporter aujourd'hui une expérience qui lui semble trancher définitivement la question. On reçoit le sang d'un chien rendu diabétique par l'extirpation du pancréas, dans une éprouvette entourée de glace. Au bout d'une heure lorsque le liquide présente en haut la couche claire de plasma, on décante le liquide, on le traite par le liquide de Brucke, on le filtre et on le traite par l'alcool. On obtient alors après filtration une substance qui donne toutes les réactions caractéristiques du glycogène.

M. Dastre fait observer qu'il a fait la même expérience avec la lymphe d'une vache bien portante sans trouver de glycogène dans le plasma.

En second lieu, l'expérience de M. Kauffmann a été faite sur un animal diabétique. Or il est très possible que dans le diabète où les rapports sont renversés, la cellule hépatique puisse céder son glycogène, au même titre que le sang cède l'hémoglobine lorsque la proportion des sels du liquide est modifiée.

M. Kauffmann soutient que les faits pathologiques ne sont souvent qu'une exagération de la fonction physiologique. Dans le diabète, ces choses se passent peut-être comme dans la simple digestion, celle-ci augmentant la proportion de glycogène du sang.

M. Dastre croit que les faits pathologique ne sont pas une exagération, mais plutôt une déviation de la fonction physiologique.

D'une façon générale M. Dastre veut bien admettre qu'à l'état normal on puisse trouver dans le plasma des quantités minimes, tout à fait insignifiantes de glycogène; mais, en règle générale, le glycogène, matière de réserve, ne voyage que sous forme de sucre.

Recherches sur l'organe de Jacobson.

M. Garnault. — On ne peut encore affirmer si l'organe observé par Ruysch dans la cloison nasale de l'homme est l'homologue de l'organe de Jacobson des Mammifères. Je considère le fait comme certain, car chez l'embryon humain de 2 à 3 mois, ce tube présente la même structure et reçoit des filets de l'olfactif et du naso-palatin qui disparaîtront par la suite.

M. Garnault a suivi, le premier, chez le rat, le développement entier de l'organe de Jacobson, qui apparaît sur les faces latérales du bourgeon frontal, comme une large fente, semblable au cul-de-sac nasal externe des Batraciens et se fermant d'arrière en avant. Cette observation, l'identité de structure, d'innervation par l'olfactif, permettent de considérer l'organe de Jacobson, même lorsqu'il contracte des rapports modérés ou immédiats avec la bouche, comme un organe d'olfaction très délicat qui s'est différencié aux dépens des fosses nasales, pour la première fois, chez les Batraciens. Il n'existe pas en effet chez les Poissons, où je n'ai pu en rencontrer de traces, même chez les Dipnoïques (*Protopterus*).

L'opinion d'après laquelle l'organe de Jacobson atrophié de l'homme jouerait un rôle important dans la pathogénie de l'ulcère rond de la cloison, ne repose sur aucun fondement.

R. Romme.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 *avril* 1895.

Fistule urétéro-vaginale.

M. Chaput croit que, en mettant à part les eschares secondaires, l'uretère est surtout pincé, soit primitivement quand le col est gros, soit quand, au cours de l'opération, une pince ayant dérapé, on a besoin de placer une nouvelle pince pour arrêter le sang. Alors, en effet, on agit toujours un peu à l'aveugle. Les guérisons spontanées dont a parlé M. Tuffier sont difficiles à comprendre; il s'agit probablement soit de fistules vésicales, soit de fistules urétérales guéries avec oblitération complète de l'uretère, c'est-à-dire avec suppression physiologique du rein. Quoi qu'en dise M. Tuffier, la voie vaginale sera l'exception pour opérer ces fistules, car surtout dans un vagin cicatriciel, il est bien difficile de suturer l'uretère sans l'oblitérer, ce qui équivaut à la néphrectomie. Mieux vaut l'abouchement dans la vessie, pour lequel M. Chaput est revenu de ses préventions primitives. Quand ces deux méthodes échouent, l'abouchement de l'uretère dans le gros intestin est préférable à la néphrectomie.

Chirurgie du cholédoque.

M. Quénu. — Depuis le travail de Kümmel (1890), on peut trouver au total une cinquantaine de faits de cholédocotomie (thèse de Lepetit), mais il n'y a que 7 cas publiés en France. La chirurgie du cholédoque mérite cependant d'être étudiée, car le pronostic fatal de l'obstruction de ce canal commande une intervention précoce. Au bout de 3 mois d'ictère, il faut entreprendre la laparotomie, mais cette laparotomie sera d'abord exploratrice, car malgré certains symptômes plus ou moins importants, le diagnostic entre l'obstruction par un calcul, un cancer du pancréas, certaines adénopathies est souvent impossible, et, par exemple, l'atrophie ou la distension de la vésicule biliaire ne sont pas des signes d'une fidélité parfaite. Dans trois cas personnels, M. Quénu a trouvé un calcul, une cirrhose avec ictère chronique, un cancer gros comme un pois entourant le cholédoque.

Malgré l'opinion de la plupart des auteurs, M. Quénu croit que l'incision médiane est préférable à l'incision sur le bord externe du muscle grand droit; on relève le foie avec une valve qui fait office de réflecteur et on se repère en cherchant d'abord le col de la vésicule, puis l'hiatus de Winslow, dans lequel on introduit l'index gauche. Entre ce doigt et l'index droit, il est alors facile de palper le cholédoque et d'y sentir le plus petit calcul. Mais si l'opération est aisée quand le péritoine est libre, elle devient très difficile quand il faut libérer peu à peu un magma d'adhérences, et par exemple, elle fut très laborieuse dans un cas communiqué par M. Hartmann à la Société de chirurgie Dans ce cas, il reste même quelques doutes sur les connexions exactes du canal d'où fut extrait le calcul.

Le calcul une fois senti, trois méthodes sont en présence: 1° la cholécystrentérostomie, en général impossible, 2° la cholélithrotritie, qui n'assure pas d'une façon certaine la migration du calcul, si bien que dans un cas publié par Thiriar dans la *Gazette hebdomadaire*, il fallut pratiquer une intervention secondaire; 3° la cholédocotomie, qui donne de bons résultats d'après la statistique dressée par Lepetit et qui est l'opération de choix.

C'est elle que M. Quénu a pratiquée récemment chez une femme de 40 ans, ayant eu depuis 6 ans des crises assez légères, puis 9 mois avant l'opération, une crise violente et enfin un ictère léger mais persistant; les selles étaient colorées. Le foie dépassait de 14 centim. le rebord costal, et cela gêna considérablement la recherche du calcul, situé vers l'hiatus de Winslow. Aussi M. Quénu songea-t-il à opérer en deux temps, pour laisser se constituer des adhérences destinées à protéger le péritoine contre la bile, le cholédoque étant impossible à suturer à une semblable profondeur. Il dut pratiquer l'extraction plus tôt qu'il ne le désirait, car après la première intervention, où il se borna à établir un tamponnement allant jusqu'au voisinage du calcul, la malade eut des accidents graves d'intoxication biliaire avec fièvre vive. Il incisa donc au 5e jour sur le calcul qu'il put extraire avec une curette, et la guérison fut complète, après fistule biliaire temporaire.

A. Broca.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 16 *avril* 1895.

Présidence de M. Marey.

Contribution à l'étude de la variabilité et du transformisme en microbiologie, à propos d'une nouvelle variété de bacille charbonneux. (Bacillus anthracis claviformis.)

MM. A. Chauveau et **C. Phisalix** terminent leur communication par les conclusions suivantes :

La diminution des aptitudes vaccinales est certainement une des modifications les plus importantes qu'on puisse imprimer au *B. anthracis*. Ce caractère, si marqué dans notre *B. anthracis claviformis*, met plus de distance entre la nouvelle race et les vaccins charbonneux dont elle descend qu'il n'en existe entre ceux-ci et le bacille le plus virulent; voilà un premier fait de haute signification. Si maintenant on considère, d'une part, que ce nouvel affaiblissement des propriétés physiologiques de l'espèce coïncide avec une variation particulière de la forme et des caractères évolutifs, d'autre part, qu'il a été impossible actuellement de revenir à la forme, l'aptitude immunisante et la virulence primitives, on se sent autorisé à voir dans la nouvelle race autre chose qu'une simple manifestation d'un polymorphisme banal; on est amené à penser qu'on est peut-être sur le chemin d'une véritable transformation spécifique fixe.

Quoi qu'il en soit, les faits que nous apportons font franchir une étape nouvelle à la question de la variabilité du *B. anthracis*. Ce ne sera probablement pas la dernière.

Sur les produits de combustion de l'arc électrique.

M. Gréhant. — Il est certain que les charbons de l'arc électrique dégagent de l'oxyde de carbone en petite quantité; si l'éclairage a lieu dans des salles qui sont de faibles dimensions, comme certaines salles contenant deux machines productrices d'électricité, le dégagement du gaz toxique dans l'air confiné peut contribuer à produire, chez les ouvriers, les maladies souvent très graves qui ont été constatées. On doit donc conseiller l'établissement d'une ventilation énergique, qui entraînerait au dehors tous les produits de la combustion.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du vendredi 26 *avril* 1895.

Présidence de M. Hayem.

La rougeole à l'hôpital Trousseau.

M. J. Comby. — Nous avons eu le regret d'enregistrer récemment deux cas malheureux dans lesquels des enfants venus à l'hôpital avec des éruptions légères y ont contracté des affections graves. L'une de ces observations a trait à un garçon de 10 mois, nourri au biberon, et placé par erreur au pavillon de la rougeole; cet enfant y a contracté la rougeole et a succombé le 17 avril à un catarrhe suffocant.

Le second cas se rapporte à une petite fille reçue également par erreur dans le pavillon de la rougeole; bien que cette enfant ait guéri, elle n'en a pas moins contracté à l'hôpital une affection qu'elle n'avait pas à son entrée. Ces erreurs tiennent à ce que d'une part, les élèves sont trop surmenés à l'hôpital Trousseau, qu'ils n'ont pas le temps d'examiner suffisamment les malades; et, d'autre part à ce qu'il n'y a pas assez de chambres réservées aux douteux. Nous demandons à ce que les hôpitaux d'enfants soient rouverts aux stagiaires, et à ce que chaque service dispose au moins de 6 chambres destinées aux *douteux*.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 22 *avril* 1895.

Des lésions du fœtus dans l'éclampsie puerpérale.

MM. E. Cassaët et **Chambrelent** (Bordeaux). — Malgré la mortalité considérable qui frappe les fœtus, nés de mères éclamptiques pendant leur grossesse, aucun auteur ne s'est encore préoccupé de rechercher les lésions qu'ils peuvent présenter. Nous avons pu nous rendre compte cependant qu'elles sont fréquentes, très graves et qu'elles portent particulièrement sur le foie et le rein.

Dans le foie, et sans que ces lésions soient habituellement apparentes à l'œil nu, on peut voir une dilatation énorme de tout le système vasculaire du lobule : veines portes, veines sus-hépatiques et vaisseaux habéculaires sont largement ectasiés et donnent à la glande un aspect largement caverneux. Quelquefois même on trouve de véritables hémorrhagies autour des gros vaisseaux ou dans l'intérieur des lobules, mais elles sont rares et disséminées çà et là dans le parenchyme hépatique. Les cellules sont isolées ou réunies par petits groupes sans orientation et, le plus souvent,

atteintes d'atrophie simple, due à la compression qu'elles ont supportée. Il en est cependant qui sont vacuolaires, ou translucides, ou frappées de la dégénérescence granulo-graisseuse; cette dernière est tout à fait l'exception.

Dans le rein il existe une semblable congestion, depuis l'écorce jusqu'au sommet des pyramides; mais elle est surtout apparente autour des anses de Henle, qui sont aussi séparées par des espaces bien supérieures à leur calibre. Quelques-unes ou un grand nombre, suivant le cas, sont gorgées de sang et fragmentées; le tissu cellulaire qui les environne est aussi infiltré de sang. Une fois, nous avons noté les lésions de l'œdème aigu du rein. Le système dépurateur, glomérules et tubes contournés, est presque complètement intact.

Il nous a semblé qu'on ne pouvait pas considérer comme banales des lésions assez constantes, pour être retrouvées dans tous les cas examinés, et aussi étendues. Du reste, l'analogie complète, sauf de légères variantes, qu'elles présentent chez le fœtus et chez la mère éclamptiques, est une preuve de leur importance et nous sommes convaincus qu'elles contribuent, pour une large part, à la mort de l'enfant, alors même qu'elle ne se produirait que quelques jours après la naissance.

Luxation de l'épaule avec fracture du col de l'humérus.

M. Bousquet présente une tête humérale brisée dans une chute sur l'épaule et extirpée par M. Villar. Le siège de la fracture se trouve au niveau du col anatomique très exactement, ce qui est assez rare.

La malade était âgée de 68 ans au moment de son accident; un médecin avait constaté la luxation et la fracture, il avait réduit le tout, mais la consolidation ne s'est pas faite.

M. Villar. — L'extirpation de ce fragment osseux était indiquée par l'époque de la fracture; un mois; la bénignité de l'opération; les phénomènes de compression qui auraient pu se produire plus tard. L'opération a permis de s'assurer qu'une réduction était impossible, la portion de tête humérale isolée était encapsulée dans une véritable loge fibreuse.

Abcès aréolaire du foie ayant simulé une ulcération de l'estomac.

M. Texier présente le foie d'une malade morte dans le service de M. Rondot. Elle était entrée dans le service pour des douleurs de l'estomac ayant débuté un mois auparavant. A ce moment elle venait de cesser un allaitement ayant duré seize mois.

Huit jours avant son entrée à l'hôpital, elle présenta une hématomèse abondante. Cet accident se présenta une seconde fois dans la salle et l'on constata qu'il s'agissait de sang vermeil.

Deux jours après la température s'élève à 40°, cette température se maintient jusqu'à la mort qui a lieu au bout de six jours.

Une nécropsie soigneuse n'a permis de trouver aucune ulcération de l'œsophage, de l'estomac de l'intestin.

A la surface du foie on constate un petit point blanc de la largeur d'une lentille et une coupe à ce niveau fait découvrir un foyer purulent ayant les dimensions d'une orange.

La vésiculaire biliaire revenue sur elle-même, atrophiée, était rempli par un calcul biliaire de la grosseur d'une noix.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

XIIIe CONGRÈS DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Munich du 2 au 5 avril 1895.

Alimentation par la voie sous-cutanée.

M. Leube (Wurzburg) a établi par des expériences très précises que, contrairement aux peptones et aux albumoses et contrairement aux sucres, les graisses introduites sous la peau sont absorbées et emmagasinées par l'organisme.

Ces expériences ont été faites sur des chiens chez lesquels on a fait préalablement disparaître toute la graisse par un jeûne prolongé. Si dans ces conditions on injectait sous la peau de l'animal 50 grammes de beurre par jour on trouvait au bout d'un certain temps, quand l'animal était sacrifié, la graisse emmagasinée dans les tissus, principalement dans le péritoine. Cette graisse se présentait sous forme de graisse canine et de graisse de beurre.

Ce qui montrait que cette graisse était parfaitement assimilable c'est qu'on ne la retrouvait plus lorsqu'après une période d'injections sous-cutanées de graisse, l'animal était soumis au jeûne et sacrifié ensuite.

M. Rosenfeld (Breslau) a fait des expériences analogues sur des chiens préalablement dégraissés par un jeûne prolongé. En injectant à ces animaux différentes graisses sous la peau, il a vu la graisse s'accumuler non seulement dans le tissu conjonctif sous-cutané, mais encore dans certains organes, notamment dans le foie. Seulement la graisse en question n'était pas de la graisse canine, mais une graisse, par conséquent étrangère à l'organisme. Il pense que cette infiltration graisseuse s'effectue par la voix sanguine.

Traitement de la fièvre typhoïde par les cultures de bacille pyocyanique.

M. Rumpf (Hambourg) a essayé de traiter 65 cas de fièvre typhoïde par les injections sous-cutanées de cultures stérilisées de bacille pyocyanique. Chez 13, c'est-à-dire dans 20 0/0 des cas, ces injections n'eurent aucune influence sur la marche de la maladie. Dans les autres cas, l'injection était suivie le même jour d'une ascension de la température, à laquelle succédait le lendemain un abaissement de la fièvre. Dans un certain nombre de cas, cet abaissement était le point de départ des oscillations thermiques qui en quelques jours faisaient disparaître complètement la fièvre.

M. Peipper (Greifswald) a fait des expériences sur des cobayes et des lapins qu'il infectait de cultures typhiques virulentes et traitait ensuite avec le sérum des moutons soumis pendant trois mois aux injections de cultures typhiques stérilisés. Ces expériences lui ont montré que le sérum en question possédait un pouvoir immunisant et un pouvoir curatif très accusés.

Résorption des substances introduites dans le rectum.

M. Posner (Berlin), a constaté que les solutions d'indigo et de bleu de méthyle injectées dans le rectum des lapins, sont résorbées au bout de 13 à 15 minutes et peuvent être déjà trouvées dans l'urine et la bile. En second lieu ces solutions sont rapidement décolorées par les tissus, mais reprennent leur couleur dans la bile et l'urine.

Ces expériences montrent donc que la résorption des substances par la muqueuse rectale s'effectue au moins aussi vite que par le tissu cellulaire sous-cutané.

M. Ziemssen a plusieurs fois constaté que le salicylate de soude administré en lavements, agit plus vite que lorsqu'il est donné d'une autre façon.

M. von Noorden utilise avec avantage la voie rectale pour l'administration de la quinine que beaucoup de malades refusent d'accepter par la voie buccale.

Diagnostic précoce du diabète.

M. von Noorden (Francfort-sur-Mein). — Chez les individus prédisposés au diabète soit par l'hérédité, soit par leur constitution (obésité, goutte), on peut quelquefois déceler le diabète par l'administration de sucre (100 gr.) à jeun. Dans 15 cas de ce genre avec diabète ultérieurement confirmé, l'administration de sucre a été suivie de glycosurie passagère. C'est donc un signe assez fidèle qui permet de faire de bonne heure le diagnostic de diabète et d'instituer un traitement approprié.

Influence du surchauffage sur le sang et les organes des animaux.

M. Ziegler (Fribourg in Brisgau). — Lorsqu'on soumet

les lapins à une température élevée, les animaux maigrissent, la quantité d'hémoglobine diminue, ce nombre d'hématies augmente au commencement pour diminuer ensuite, les organes parenchymateux, le foie en premier lieu, subissent la dégénérescence graisseuse. Les reins ne sont pris que lorsque le surchauffage dure longtemps, et présentent alors les signes d'une dégénérescence granulo-graisseuse.

XXIVe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE ALLEMANDE

Tenu à Berlin du 17 au 20 avril 1895.

Les progrès de la chirurgie du cerveau.

M. von Bergmann. — Pendant très longtemps le cerveau est resté hors du domaine de la chirurgie. Mais avec l'antisepsie et les données des localisations cérébrales, la chirurgie du cerveau a pris un véritable essor. Aujourd'hui les difficultés résident non pas dans la technique opératoire, mais dans le diagnostic.

Encore en 1889, M. Bergmann a insisté sur le peu de résultats que fournit la trépanation dans l'épilepsie corticale d'origine traumatique. Les restrictions qu'il a formulées à ce moment lui semblent persister jusqu'à présent. Ce que l'on obtient dans ces cas, n'est qu'une amélioration passagères, due exclusivement à l'action inhibitrice de l'opération. Cette inhibition existe également quand l'opération est faite sur un autre organe, et M. Bergmann a observé des épileptiques chez lesquels les accès disparaissaient pour quelque temps à la suite d'une amputation ou d'une intervention sur un membre. Dans l'épilepsie corticale, la trépanation ne peut donner des résultats que lorsqu'il existe une tumeur kystique de l'écorce.

De grands progrès ont été réalisés dans les affections cérébrales consécutives à des suppurations intra-crâniennes. M. Bergmann envisage principalement les suppurations consécutives aux otites.

On sait aujourd'hui que sur 1,000 décès, la mort est due 7 fois à l'otite et que dans ces 7 cas c'est la propagation de la suppuration aux méninges qui amène la mort dans la moitié des cas. On sait également, grâce aux chirurgiens, que cetté complication est plus rare chez les enfants que chez les adultes, qu'elle survient surtout dans les suppurations chroniques de l'oreille et plus spécialement dans celles qui sont entretenues par des cholestéatomes ou qui se compliquent de polypes de la caisse du tympan ou du conduit auditif externe, pouvant à un moment donné empêcher l'écoulement du pus.

L'envahissement du cerveau par la suppuration otique se fait par continuité. Or sous ce rapport on peut distinguer trois formes de suppuration intra-cranienne. La suppuration se propage dans deux directions : à travers la voûte et à travers l'antre du tympan. Dans la pachyméningite on rencontre également deux genres de suppuration : l'abcès extradure mérien et l'abcès intra-dure-mérien. Plus l'abcès est petit, plus il se trouve rapproché de l'antre. Quand on intervient il est donc de toute nécessité de trouver à la fois les deux foyers intra-craniens.

Le plus grand progrès réalisé dans la chirurgie du cerveau est le traitement de la thrombose du sinus, consécutive à la suppuration infectieuse. Si l'on songe avec quelle rapidité et quelle régularité la thrombose des sinus amène l'infection du sinus latéral, la méningite purulente et la pyémie, on n'a qu'à se féliciter des résulats que donne dans ces cas l'intervention chirurgicale. La thrombose du sinus s'observe presque régulièrement dans les mastoïdites d'origine otique, le processus se propageant à travers les cellules jusqu'à la fosse sigmoïde.

Quand on intervient dans ces cas il ne faut pas se contenter de la trépanation de l'apophyse mastoïde, mais aller à la recherche du sinus thrombosé. Tantôt on le trouve intact, tantôt baignant dans du pus et rempli d'un liquide purulent. Dans ce dernier cas, il faut l'ouvrir, le nettoyer, de façon à avoir une cavité libre se prêtant à un traitement convenable. Souvent dans ce cas on trouve une thrombose des veines adjacentes, semblant ainsi limiter le processus; néanmoins, même dans ces cas, il est indiqué de lier, en cas d'intervention, la veine jugulaire interne.

Un autre domaine de la chirurgie cérébrale sont les opérations sur le crâne, destinées à parer aux effets de la pression intra cérébrale ou bien à amener la guérison des psycho es. Il existe des cas où la forte tension du liquide céphalo-rachidien donne lieu à des phénomènes de compression cérébrale, tels que la somnolence, la stupeur, le ralentissement du pouls, etc.; c'est le cas de la méningite séreuse aiguë, de la méningite tuberculeuse de la base, de l'hydrocéphalie chronique interne, de la distension des ventricules dans certaines tumeurs du cerveau, etc. En soutirant une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien et en assurant son écoulement, on diminue la pression, et les résultats qui ont été obtenus ne sont pas à dédaigner, surtout dans les hernies du cerveau.

Quant aux interventions dans les psychoses M. Bergmann ne les admet que dans deux groupes bien déterminés ; (1) dans la démence aiguë consécutive aux traumatismes de la tête; (2) dans la folie épileptique. Dans toutes les autres formes, les interventions sur le crâne ou la tête sont un véritable non-sens.

Traitement des pertes de substance du crâne.

M. v. Eiselberg (Utrecht) a eu l'occasion d'intervenir huit fois pour des pertes de substances du crâne d'origine traumatique. Cinq fois il a eu recours à l'autoplastie, trois fois à l'hétéroplastie à l'aide des plaques de celluloïd. L'autoplastie a toujours réussi, tandis que chez les malades ayant été traités par l'hétéroplastie, les plaques de celluloïd ont été éliminées, le plus souvent par le fait d'une suppuration.

L'autoplastie est donc supérieure à l'hétéroplastie, seulement la première n'est possible que dans les pertes de substance peu étendues.

M. Czerny (Heidelberg) a également fait de tristes expériences avec l'hétéroplastie; par contre l'autoplastie lui a donné fréquemment de bons résultats. C'est ainsi que, dans un cas, il transplanta dans la brèche osseuse du crâne un lambeau ostéo-périosté taillé sur la face interne du tibia. Il est certain que l'autoplastie ne peut être employée que dans les pertes de substance peu étendues du crâne, mais, au besoin, on pourrait avoir recours à l'implantation de deux ou trois lambeaux empruntés au tibia.

M A. Frænkel (Vienne), par contre, est partisan de l'hétéroplastie. Pour que l'hétéroplastie réussisse, il faut d'une part un contact intime de la plaque implantée avec tous les tissus environnants, d'autre part, la parfaite asepsie de la plaie. Quand ces deux conditions sont réalisées, la plaque tient bien et n'est pas éliminée.

L'hétéroplastie présente encore d'autres avantages. Ainsi chez les enfants les parois du crâne sont tellement minces qu'elle ne se prêtent pas à la taille d'un lambeau ostéo-périostique. Dans les résections du crâne pour épilepsie, si les crises se reproduisent, on peut facilement enlever la plaque implantée pour voir ce qui se passe dessous. Il en est de même des résections pour tumeurs. Enfin la plaque de celluloïd ne contracte aucune adhérence avec la dure-mère tout en restant en contact intime avec cette dernière.

Sarcome du cerveau.

M. Graser (Erlangen). — Il s'agit d'un homme de 45 ans, entré à l'hôpital pour une paralysie du bras gauche. L'affection a débuté quatre semaines auparavant par une perte de sensibilité des deux derniers doigts de la main gauche, ayant rapidement envahi toute la main gauche et s'étant compliquée, au bout de quinze jours, d'engourdissement de la jambe gauche et de crises épileptiformes. La paralysie du membre supérieur gauche ne devint complète qu'au bout de trois semaines.

Comme cette paralysie coïncidait avec un gonflement de la pupille droite, on fit le diagnostic de tumeur de la région motrice de l'hémisphère droit.

La trépanation permit en effet de constater la présence d'un kyste de cette région. L'extirpation n'étant pas possible, on évacua le liquide et on rabattit le lambeau ostéo-périostique.

L'intervention eut pour résultat de faire disparaître les phénomènes paralytiques pendant huit jours. Quand ils reparurent, on pensa à la reproduction du liquide dans le kyste. La brèche fut donc rouverte, et on put constater que

la reproduction soupçonnée du liquide n'avait pas eu lieu. Quelques jours plus tard, il se produisit une hernie du cerveau, et le malade succomba un mois environ après l'intervention.

A l'autopsie, on trouva un second kyste dans le lobe frontal. L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un kyste ayant partiellement subi la dégénérescence sarcomateuse.

M. Bramann (Halle) présente un homme d'une cinquantaine d'années, auquel on a enlevé, il y a trois ans, un sarcome volumineux du cerveau ayant déterminé une paralysie du bras gauche. La perte de substance du crâne résultant de l'opération était très volumineuse, mais on ne la combla pas en prévision de la récidive qui paraissait devoir se produire à bref délai. Cette récidive ne se produisit pourtant pas, et l'opéré continue à jouir, depuis trois ans, d'une santé excellente. Quant à la brèche cranienne, elle est protégée par un coussin et protecteur.

Hématome intra-crânien avec paralysie collatérale.

M. Ledderhose (Strasbourg). — Il s'agit d'un homme de 38 ans, qui, après avoir reçu un coup sur la tête, perd connaissance, mais revient assez vite à lui et peut retourner à la maison. Les jours suivants se développent peu à peu les phénomènes de compression cérébrale, puis au douzième jour apparaît un état comateux avec paralysie du côté droit du corps. Comme il n'existait aucun signe de fracture du crâne, on fait le diagnostic d'hémorrhagie intra-crânienne par déchirure de la méningée moyenne gauche et on fait la trépanation pour aller à la recherche du vaisseau. A l'ouverture du crâne, on ne trouve aucun foyer hémorrhagique et l'opéré succombe le lendemain.

L'autopsie montra l'absence de toute fracture du crâne, de toute déchirure des artères méningées moyennes; par contre, du côté droit correspondant à la paralysie, on trouva sous la dure-mère un vaste hématome recouvrant la partie moyenne et postérieure de l'hémisphère correspondant.

En rapportant cette observation, M. Ledderhose insiste sur les difficultés diagnostiques que présentent les cas de ce genre. Il n'en existe, dans la littérature, qu'une dizaine de cas analogues qu'on ne pourrait expliquer que par les recherches de Pierret, qui a montré qu'il existe assez souvent des anomalies, des différences individuelles considérables dans le mode d'entrecroisement des fibres des hémisphères cérébraux, cet entrecroisement pouvant même faire entièrement défaut, ce qui expliquerait la possibilité d'une paralysie collatérale.

Le diagnostic de ces cas est donc fort difficile, et le seul signe qui permette encore de le faire est un gonflement œdémateux de la pupille du côté paralysé, permettant de soupçonner l'anomalie en question. Quoi qu'il en soit, lorsque dans les cas de ce genre la trépanation ne conduit pas sur le siège présumé de l'épanchement, on est autorisé à pratiquer une nouvelle brèche osseuse du côté correspondant à la paralysie.

Résection intra-crânienne du trijumeau.

M. Krause (Altona) a eu recours à la résection intra-crânienne du trijumeau dans deux cas de névralgie grave ayant résisté à des interventions plus bénignes. Cette opération est préférable à l'arrachement des trois branches aussi grave, aussi difficile que la première, mais donnant des résultats moins certains.

Quant à l'opération, elle a été faite par la voie temporale qui semble à M. Krause préférable à l'opération de William Rose.

Dans les deux cas, M. Krause a fait une résection temporaire de l'écaille du temporal, avec une scie circulaire. Le crâne une fois ouvert, il lia la méningée moyenne, détacha la dure-mère et mit à nu le ganglion de Gasser, qui, quelquefois, est adhérent aux méninges.

Le temps délicat de l'opération consiste à éviter l'ouverture du sinus caverneux, accident grave sûrement mais auquel on peut parer par le tamponnement.

Les deux opérés ont été débarrassés par l'opération de leur névralgie. Aucun n'a présenté des troubles trophiques du côté de la cornée, bien qu'il existe chez les deux une insensibilité de la moitié correspondante de la face et de l'œil et une paralysie des muscles masticateurs du même côté.

Sur les 8 malades opérés jusqu'à présent par M. Krause, un seul a succombé : à l'autopsie on trouva une sclérose des artères coronaires.

M. Kœnig a perdu par l'hémorrhagie de l'artère méningée moyenne, un malade auquel il avait essayé de faire l'extirpation du ganglion de Gasser par la voie temporale. L'hémorrhagie a été arrêtée par le tamponnement, mais se reproduisit chaque fois qu'on enlevait le tampon pour terminer l'opération les jours suivants. Le malade était peut-être un hémophile.

Sarcome du canal rachidien.

M. Kummel (Genève) rapporte l'observation d'un individu qui deux mois environ après la résection des deux tiers du sacrum pour sarcome fut pris de paraplégie avec troubles vésicaux et douleurs localisées à la troisième vertèbre dorsale. M. Kummel fit la laminectomie des 2e, 3e et 4e vertèbres dorsales et trouva dans le canal rachidien une tumeur des dimensions d'une pomme, exerçant une compression sur la moelle épinière. La tumeur était molle, très vasculaire, adhérente aux méninges et aux vertèbres. Son ablation suivie de résection des parties malades, fut suivie de disparition progressive de tous les phénomènes paralytiques, si bien que le malade a pu reprendre ses occupations et reste guéri depuis 2 ans.

Traitement ambulatoire des fractures du membre inférieur.

M. Bardeleben (Berlin), sans vouloir revenir sur les avantages de la méthode de ces appareils, étudiés dans les congrès précédents et un grand nombre de publications, se contente d'apporter aujourd'hui sa nouvelle statistique personnelle qui porte sur 58 cas.

Sur ces 58 cas, il s'agissait 46 fois de fractures de la jambe, 2 fois de fractures de la rotule, 4 fois de fractures du corps du fémur, 2 fois de fractures du col, 1 fois d'une fracture compliquée de la cuisse et de la jambe.

Presque tous ces malades ont guéri avec un seul appareil ambulatoire, sans déformation ni troubles fonctionnels. La consolidation s'est effectuée dans un temps très court et les raccourcissements qui ont été notés, étaient minimes.

Résection des os longs pour cancer.

M. Mikulicz (Breslau) a rapporté l'observation de deux malades auxquels il a réséqué 10 centimètres de radius et 20 centimètres de fémur pour sarcome au début de l'extrémité inférieure de ces deux os. Avec des appareils prothétiques, ces malades se servent fort bien de leurs membres. L'opération faite il y a 3 mois dans un cas et depuis 1 an dans le second n'a pas encore été suivie de récidive.

Les malades acceptent plus facilement la résection que l'amputation. Ils peuvent donc être opérés de bonne heure.

M. Kœnig préfère la désarticulation, à cause des dangers de la récidive, surtout dans les sarcomes à petites cellules.

Thyroïdectomie dans la maladie de Basedow et le goître.

M. Mickulicz (Breslau) est intervenu 11 fois dans la maladie de Basedow soit par la ligature des artères thyroïdiennes (2 fois) soit par l'extirpation du goître. Aucun de ces opérés, qui tous ont présenté des phénomènes graves, n'a succombé à l'opération.

Au point de vue thérapeutique, 6 ont été guéris complètement, 4 ont été considérablement améliorés, 1 n'a retiré aucun bénéfice de l'intervention.

Les bons résultats obtenus dans ces cas, de même l'absence de toute mortalité justifient d'après M. Mikulicz des interventions chirurgicales dans la maladie de Basedow.

Il faut pourtant savoir que l'amélioration et la disparition progressive des symptômes ne survient quelquefois que plusieurs mois après l'opération. Les troubles cardiaques et l'exophthalmie sont particulièrement longs à disparaître.

D'un autre côté, on peut observer la disparition simultanée des troubles trophiques qui accompagnent le goître exophthalmique. C'est ainsi que dans un cas de maladie de Basedow, l'hypertrophie concomitante des reins disparut après la thyroïdectomie.

M. Kocher (Berne) considère la thyroïdectomie comme dangereuse dans la maladie de Basedow. Elle lui a donné trois morts, aussi préfère-t-il pour ces cas, la ligature des artères thyroïdiennes à la condition de ne lier que trois vaisseaux, la ligature des quatre vaisseaux pouvant entraîner la cachexie strumiprive.

Pour ce qui est du goître simple, M. Kocher n'a perdu que 3 malades sur 870 opérés. Bien qu'il fasse toujours la thyroïdectomie partielle, il a eu pourtant un cas de myxœdème dû à ce que la seconde moitié du goître laissée en place, était atrophiée. Le malade guérit après le traitement thyroïdien.

Quant à l'injection des glandes thyroïdes, les expériences faites au laboratoire et à la clinique de M. Kocher ont montrée que l'injection de glandes thyroïdes peut amener l'atrophie des parties saines de la glande thyroïde, l'apparition des symptômes basedowiens, chez des animaux soumis à cette alimentation.

M. Krœnlein (Zurich) préfère la résection de la glande thyroïde dans le traitement chirurgical de la maladie de Basedow. Sur 8 cas opérés de cette façon, l'exophthalmie n'a persisté que dans un seul cas.

Sur 400 thyroïdectomies pour goître simple, la dernière série de 200 n'a pas fourni un seul cas de mort.

M. Mikulicz a essayé l'ingestion de thymus de divers animaux comme traitement du goître simple. Les résultats ont été aussi bons qu'avec la glande thyroïde. Il en a été de même dans un cas de maladie de Basedow.

M. Eiselsberg a essayé sans succès l'injection de thymus dans deux cas de myxœdème.

M. Trendelenburg qui a plusieurs fois traité la maladie de Basedow par la ligature des 4 artères, deux par deux à quinze jours d'intervalle, n'a jamais observé de myxœdème à la suite.

M. Rydygier (Cracovie) a traité par la ligature des 4 artères, 22 cas de maladie de Basedow. Aucun des opérés n'a présenté ultérieurement de myxœdème.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 8 *avril* 1895.

Coma diabétique.

M. H. Hirschfeld attire l'attention sur la fréquence relative du coma diabétique après les opérations, notamment après les opérations pour gangrène chez les vieillards. Les recherches qu'il a faites sur cette question lui ont montré que par l'administration abondante d'hydro-carbures on peut faire disparaître complètement l'acétonurie. En tous les cas étant donné un diabétique acétonurique, il est dificile de dire s'il va avoir du coma ou non. Ce qui est pourtant certain que avant le coma on constate une exagération notable de l'acétonurie.

Quant aux causes directes du coma, elles sont difficiles à préciser. Le surmenage physique a été noté plusieurs fois : dans un cas les marches forcées, dans un autre la fatigue liée à un déménagement. L'inanition peut jouer le même rôle et chez certains diabétiques M. Hirschfeld a observé pendant plusieurs jours avant le coma une diminution notable du poids. Enfin dans certains l'introduction du régime carné exclusif a semblé être la cause du coma.

Parmi les autres causes du coma diabétique on cite encore, d'après les recherches de Becker, la narcose. Pourtant M. Hirschfeld n'a jamais trouvé une exagération de l'acétonurie après la narcose, et il pense que dans ces cas il faut plutôt compter avec l'action du chloroforme sur le cœur, laquelle action pourrait être comparée à celle du surmenage physique.

Le diagnostic est facile dans les cas typiques qui durent 2 à 10 jours et se terminent régulièrement par la mort. Les cas abortifs ne sont pas rares, mais toujours on trouve la prédominance d'un des symptômes constituant le tableau clinique du coma diabétique. Ce qui montre qu'il s'agit toujours du coma diabétique, c'est l'exagération de l'acétonurie. L'asthénie cardiaque peut dans certains cas simuler le coma diabétique, mais l'examen de l'urine, permettant de constater la présence de l'acétone, lève tous les doutes.

Plusieurs fois, M. Hirschfeld a vu survenir le coma diabétique à la suite des opérations. Il s'agissait le plus souvent de vieillards dont la glycosurie avait jusqu'alors présenté une allure bénigne. On peut, sous ce rapport, diviser les cas en deux groupes : 1° individus jeunes avec diabète à marche rapide, glycosurie abondante et autonurie progressivement croissante ; 2° individus âgés avec glycosurie moyenne, chez lesquels le coma apparaît sous l'influence des accidents de gangrène, de furonculose.

Au point de vue du traitement il faut avant tout régler l'activité musculaire. Comme les exercices peuvent être utiles dans certains cas et nuisibles dans d'autres, il est indiqué de rechercher l'autonurie et de régler la conduite d'après les données de l'examen de l'urine.

En second cas on s'occupera du régime alimentaire de ces malades. On tendra par moment à mettre le diabétique à la suralimentation, à lui donner des substances albuminoïdes et des hydrocarbures, de la graine et de l'alcool, ce dernier surtout dans les formes graves.

Contre le coma déclaré, les hydrocarbures échouent ; la glycérine amène ordinairement une amélioration. Le traitement par les alcalins à haute dose, préconisé par Stadelmann, ne doit pas donner des résultats bien brillants puisqu'il se montre impuissant comme prophylactique.

M. Hirschberg a observé deux cas de coma diabétique après l'extraction de la cataracte. Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme de 65 ans qui ne se doutait pas d'avoir le diabète. Quelques jours après l'opération elle fut prise de coma et succomba.

Le second cas se rapporte à un individu jeune atteint d'une glycosurie abondante avec prostration considérable des forces. Le coma a eu dans ces cas une marche chronique et le malade a pu être sauvé.

M. A. Frankel a observé un cas de coma diabétique chez une jeune fille de 15 ans, glycosurique, avec 6 pour 100 de sucre dans les urines. Sous l'influence d'un régime approprié, la proportion de sucre tomba à 2 pour 100, en même temps que la malade gagna 30 livres, lorsque le coma éclata brusquement et emporta la malade en quelques jours. Dans ce cas, le coma s'est donc produit malgré la suralimentation à laquelle était soumise la malade.

M. Karewski pense qu'un grand nombre de cas de coma diabétique consécutif à des opérations pour processus gangréneux chez des vieillards, sont plutôt du domaine de la septicémie. Le coma diabétique n'a rien de caractéristique, et les états comateux s'observent chez les artério-scléreux qui n'ont jamais eu de sucre dans les urines.

M. Stadelmann a préconisé les infusions alcalines à haute dose dans le but de remplacer l'ammoniaque destiné à neutraliser les acides. Les essais n'ont pas été jusqu'à présent heureux, mais les tentatives doivent être continuées.

Livres déposés.

Manuel complet des sages-femmes, par le Dr C. Fournier, professeur à l'École de médecine d'Amiens. Préface par le Dr Maygrier, accoucheur de la Charité. I : *Anatomie, physiologie et pathologie élémentaires*. 1 vol. in-18 de 300 pages avec 104 figures, cartonné, 3 francs. Paris, J.-B. Baillière et fils, éditeurs.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 13 au 18 mai 1895.

Mercredi 15. — Mme de Tikomiroff. Formes cliniques de l'angine de poitrine et en particulier de la forme mixte. — M. Raynaud. Contribution à l'étude des lésions péri-articulaires d'origine blennorrhagique. — M. Hulot. Infections d'origine cutanée chez les enfants. — Mme Bernstein. Contribution à l'étude clinique et embryotomie céphalique. — M. Rodriguez. De l'incision du cul-de-sac postérieur et du drainage para-utérin dans les suppurations et hématomes pelviens.

Samedi 18. — M. Largeau. De la sclérite rhumatismale diffuse. — M. Amblard. Des injections de formol dans le traitement des suppurations lacrymales.

Hôpital Saint-Louis. — *Cours cliniques des maladies syphilitiques et cutanées.* — Le professeur Alfred Fournier reprendra ce cours le vendredi 10 mai à dix heures, et le continuera les mardis et vendredis suivants.

Un concours s'ouvrira le 25 novembre 1895 devant l'école supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours.

Un concours s'ouvrira le 25 novembre 1895, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours.

Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

VARIÉTÉS

Corps de santé militaire. — A la date du 28 avril 1895, le Président de la République décrète qu'en cas de guerre les stagiaires de l'école d'application du service de santé militaire sont nommés d'office au grade d'aide-major de 2e classe, pour prendre rang du premier jour de la mobilisation.

Corps de santé des colonies. — M. Pillon, ancien médecin des colonies, a été nommé médecin de 2e classe dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat.

Concours du Bureau central (médecine). — Le concours pour trois places de médecin du Bureau central s'est terminé hier soir par la nomination de MM. Vaquez, Launois et Wurtz.

— Le jury pour le prochain concours du Bureau central (médecine) qui doit s'ouvrir le 20 mai est ainsi constitué provisoirement :

MM. Cuffer, Audhoui, Grancher, Rendu, Fournier, Balzer et Nélaton.

Collège de France. — M. le docteur Charrin est nommé préparateur de la chaire de médecine.

La Société protectrice de l'enfance tiendra son assemblée générale le dimanche 12 mai 1895, à deux heures précises, 8, rue d'Athènes, sous la présidence d'honneur de M. G. Picot, membre de l'Institut.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Annuaire de thérapeutique, 7e année 1894, précédé d'une introduction sur les progrès de la thérapeutique en 1894, par le Dr DUJARDIN-BEAUMETZ. Paris, O. Doin, éditeur. Un volume in-18 cartonné de 370 pages. Prix : 2 francs.

Affections chirurgicales des membres, statistique et observations, par le Dr POLAILLON, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine. Paris, O. Doin, éditeur. Le second fascicule qui complète le volume se vend séparément 6 francs. Un volume in-8° de 810 pages. Prix : 12 francs.

Manuel de diagnostic chirurgical, par MM. S. DUPLAY, professeur à la Faculté de médecine de Paris, E. ROCHARD, chirurgien des hôpitaux, A. DEMOULIN, ancien prosecteur des hôpitaux. Paris, O. Doin, éditeur. 1er fascicule. Un volume in-12 de 300 pages avec figures en noir et en couleur dans le texte. L'ouvrage sera complet en deux fascicules. Le second fascicule est sous presse.

Manuel d'hygiène coloniale, guide de l'Européen dans les pays chauds, par le Dr P. JUST NAVARRE, ancien médecin de la marine. Paris, O. Doin, éditeur. Un volume in-12 de 625 pages. Prix : 6 francs.

Immunisation et sérumthérapie, par le Dr SAMUEL BERNHEIM. Paris, Maloine, éditeur. 1 vol. in-12. Prix : 4 francs.

Petit guide d'hygiène pratique dans l'ouest africain, par le Dr CHARLES SCOVELL GRANT. Traduit et annoté par le Dr P. JUST NAVARRE, ex-médecin de la marine. Deuxième édition. Paris, O. Doin, éditeur. Un volume in-18 de 70 pages. Prix : 1 fr. 50.

La pratique de la sérothérapie et les traitements nouveaux de la diphthérie, par le Dr H. GILLET, ancien interne des hôpitaux de Paris et de l'hospice des Enfants Assistés, chef du service des maladies des enfants à la policlinique de Paris. Paris, J.-B. Baillière et fils, éditeurs. Un vol in-18 jésus de 300 pages avec 37 figures, cartonné, 4 francs.

CLINIQUE MÉDICALE

Tuberculose larvée des trois amygdales, résumé d'une communication faite à l'*Académie de Médecine* par M. Dieulafoy.

I

Quand on lit les descriptions des auteurs classiques concernant la tuberculose de l'arrière-bouche et du pharynx, on voit que ces auteurs ont eu en vue deux formes principales de tuberculose : l'une aiguë, l'autre chronique. Ces deux formes, aiguë et chronique, se présentent sous l'apparence de granulations, d'infiltrations et d'ulcérations plus ou moins profondes, plus ou moins étendues.

Cette tuberculose palato-pharyngée est relativement rare, on peut n'en pas observer un seul cas, pendant une année, dans un service hospitalier.

Mais il y a une autre forme de tuberculose palato-pharyngée qui, elle, est beaucoup plus fréquente; si la forme à laquelle je fais allusion est longtemps passée inaperçue c'est qu'elle ne répond à aucune des formes de tuberculose pharyngée classiquement décrites. Cette tuberculose dont je vais m'occuper maintenant, n'est ni granuleuse, ni ulcéreuse, elle n'est point douloureuse, elle peut rester ignorée jusqu'au jour où elle révèle sa présence par quelques troubles fonctionnels, d'apparence les plus bénins.

Cette tuberculose à forme torpide, larvée, presque latente, a pour siège de prédilection le tissu adénoïde de la région naso-pharyngée. Elle révèle sa présence par un développement, par une exubérance plus ou moins considérable des amas principaux lymphoïdes de cette région, c'est-à-dire par l'hypertrophie d'une ou de plusieurs amygdales : amygdales palatines, et amygdale pharyngée. Pour ce qui est de l'amygdale pharyngée, la lésion tuberculeuse se confond avec la lésion décrite sous le nom de végétations adénoïdes. Pour ce qui est des amygdales palatines, la lésion tuberculeuse se confond avec la maladie décrite sous le nom d'hypertrophie simple ou hypertrophie adénoïde des amygdales. Rien ici, au premier aspect, ne révèle la nature tuberculeuse de la lésion amygdalienne; il ne s'agit, je le répète, ni de granulations, ni d'ulcérations, il ne s'agit que d'hypertrophie, simple en apparence, hypertrophie parfois légère, parfois intense.

Voilà pourquoi je désigne cette forme de tuberculose sous le nom de tuberculose larvée des trois amygdales. La tuberculose revêt ici le masque d'une simple hypertrophie du tissu adénoïde.

Je ne dis pas, bien entendu, que toutes les végétations adénoïdes, et que toutes les hypertrophies amygdaliennes, simples en apparence, soient autant de lésions fatalement tuberculeuses, mais je dis, et je vais essayer de le prouver, que souvent, trop souvent, ces lésions, en apparence bénignes, sont des formes larvées de tuberculose, et qu'en tout cas elles constituent le terrain le plus favorable à la réceptivité et à la culture du bacille tuberculeux.

Voici sur quelles expériences je crois pouvoir baser les faits que je viens d'avancer.

J'ai prié plusieurs de mes confrères, que je suis heureux de remercier de leur obligeance, MM. Cuvillier, Castex, Bonnier, Ménard, Calot; j'ai prié, dis-je, plusieurs de mes confrères, de vouloir bien mettre à ma disposition des amygdales et des végétations adénoïdes dont l'hypertrophie aurait nécessité l'ablation chez des sujets d'âge différent. Ils ont bien voulu répondre à mon appel, et pendant plusieurs mois ils m'ont fourni une centaine d'amygdales et de végétations adénoïdes accompagnées de l'observation clinique des sujets auxquels elles avaient été enlevées.

Avec le concours précieux de mon interne M. Marion, ces amygdales et ces végétations adénoïdes ont été inoculées, par fragments, toutes précautions prises, à des cobayes, tenus journellement en observation et les résultats ont été les suivants :

96 cobayes ont été inoculés, 61 avec des fragments d'amygdale, 35 avec des fragments de tissu adénoïde.

Sur les 61 inoculés avec amygdales, j'ai obtenu 8 tuberculoses. (12 p. 100, ou 1 p. 9.)

Sur les 35 inoculés avec végétations adénoïdes, j'ai obtenu 7 tuberculoses. (20 p. 100 ou 1 p. 5.)

II

Nous voici donc actuellement en face d'un fait cliniquement et expérimentalement établi, à savoir : que bon nombre de cas d'hypertrophies amygdaliennes et de végétations adénoïdes ne sont autre chose qu'une des formes larvées de la tuberculose.

Il faut se demander maintenant quelle est la cause de cette tuberculose et par quelle voie le bacille aborde le tissu adénoïde des trois amygdales. C'est le moment de parler des travaux allemands de ces dix dernières années.

Dès 1884, Cohnheim et Weigert avaient attiré l'attention sur la fréquence d'une tuberculose des amygdales chez les phthisiques, peu visible à l'œil nu et ne présentant presque aucun symptôme clinique.

Schlenker en 1893 constate la tuberculose des amygdales chez les phthisiques, il se demande quelles sont les corrélations qui existent entre la tuberculose des amygdales, la tuberculose des ganglions du cou et la tuberculose pulmonaire? et il conclut en disant : Notre avis est que les ganglions du cou reçoivent leur infection des amygdales, et les amygdales la reçoivent du poumon au moyen des crachats. Pour Schlenker, la tuberculose amygdalienne est donc consécutive à la tuberculose pulmonaire.

En 1894, Krueckmann (de l'institut pathologique de Rostock) fait un très bon travail sur les rapports de la tuberculose des ganglions du cou, de l'amygdale et du poumon. Il conclut comme Schlenker que la tuberculose des amygdales est consécutive à la tuberculose des poumons et se fait au moyen des crachats; il admet néanmoins deux cas de tuberculose primitive des amygdales par l'alimentation.

Donc, les auteurs allemands avaient bien reconnu l'existence latente de la tuberculose amygdalienne, mais ils ne l'avaient pour ainsi dire étudiée, à part quelques exceptions, qu'à l'état de tuberculose amygdalienne secondaire, les phthisiques infectant leurs amygdales par leurs propres crachats.

Les expériences que j'ai entreprises et dont je viens de donner le détail ont un tout autre but, elles concernent des sujets chez lesquels la tuberculose larvée des trois amygdales est bien réellement primitive et nullement consécutive à une tuberculose pulmonaire. Quelle est donc, chez nos malades, la porte d'entrée du bacille? Il ne s'agit pas ici de transmission du bacille par l'hérédité, on sait que cette transmission est exceptionnellement rare; mais il est toutefois permis de supposer que les jeunes sujets atteints de ces formes hypertrophiques de tuberculose ont hérité ce terrain que nous avons l'habitude, faute de mieux, de désigner sous le nom de terrain lymphatique; que le jeune sujet déjà prédisposé

vive dans un milieu où règne la tuberculose, ou que le bacille pénètre avec les aliments (surtout avec le lait) et la porte d'entrée est ouverte.

Nous n'avons pas oublié l'intéressante communication de notre collègue M. Straus qui a réussi à mettre en évidence la présence de bacilles tuberculeux virulents dans les cavités nasales d'individus sains, fréquentant des locaux habités par des phthisiques. Que ces bacilles rencontrent l'exubérance lymphoïde pharyngée d'un sujet héréditairement prédisposé, ils y trouvent un terrain favorable à leur développement, la végétation adénoïde tuberculeuse est constituée.

D'autre part, les expériences ne manquent pas, qui prouvent que la déglutition d'aliments contenant le bacille tuberculeux peut infecter les amygdales.

Orth gave des lapins avec des aliments tuberculeux, et plusieurs fois il détermine des lésions tuberculeuses de la bouche et des amygdales.

En 1884, Baumgarten reprend ses expériences de gavage et détermine une infection tuberculeuse des amygdales et une infection tuberculeuse consécutive des ganglions cervicaux.

Cadéac, par une alimentation riche en produits tuberculeux, détermine chez des cobayes la tuberculose des amygdales et la tuberculose consécutive des ganglions sous-maxillaires.

Nous savons donc maintenant comment le bacille peut aborder le tissu lymphoïde des trois amygdales.

Pour pénétrer à l'intérieur de ce tissu il n'est pas toujours nécessaire qu'il y ait une érosion ou une plaie préexistante. Nous savons que le bacille tuberculeux peut traverser les épithéliums sans lésions préalables de l'épithélium : amygdales, larynx, pharynx (1), bronches, trachée, utérus (2), intestin (3), peuvent être pénétrés par le bacille qui chemine à travers les cellules épithéliales.

Le bacille installé dans le tissu lymphoïde des amygdales provoque une suractivité fonctionnelle, une multiplication de phagocytes qui donnent aux amygdales un volume parfois considérable et parfois si restreint qu'il peut passer inaperçu.

Telle est la première étape de cette tuberculose larvée amygdalienne. Dans bien des cas fort heureusement cette étape n'est pas franchie; après une durée variable de quelques mois ou de quelques années, la réaction phagocytaire prend le dessus, le tissu amygdalien devient fibroïde, s'indure, l'organe diminue de volume, et ici comme dans toutes les tuberculoses locales, la guérison peut s'accomplir et s'accomplit sans que l'infection tuberculeuse se soit généralisée.

Mais malheureusement dans beaucoup d'autres circonstances, cette première étape est franchie. Après avoir séjourné plus ou moins longtemps dans le tissu des amygdales, le bacille pénètre dans le réseau lymphatique qui fait suite aux amygdales, et cette deuxième étape se trahit par l'apparition de ganglions à la région sous-maxillaire et à la région cervicale.

Durochonski a surpris sur le fait cette migration des bacilles tuberculeux dans les vaisseaux lymphatiques qui vont des amygdales aux ganglions du cou.

A dater du moment où les ganglions lymphatiques du cou sont envahis, toutes les modalités sont possibles, la chaîne entière des ganglions peut se prendre, ou bien l'adénopathie peut rester localisée à un petit nombre de ganglions. Dans quelques cas les ganglions sont petits, indolents, facilement isolables; dans d'autres cas ils sont volumineux, douloureux, empâtés. Parfois les adénopathies semblent rétrocéder ou disparaître, parfois elles subissent des poussées aiguës congestives phlegmasiques pouvant aboutir à la suppuration : *Les écrouelles sont constituées.*

Les infections secondaires, la scarlatine, la rougeole, la coqueluche, la grippe, la syphilis, ne sont pas toujours étrangères à la généralisation du processus et à la suppuration des adénites. On sait le rôle que jouent en pathologie les associations microbiennes et les infections secondaires.

Cette variété d'adénopathies tuberculeuses est toujours *descendante*; elle commence par les ganglions auxquels se rendent les lymphatiques des trois amygdales, puis elle descend peu à peu, et peut envahir les ganglions superficiels et profonds de la région cervicale.

Toutefois, l'évolution de cette deuxième étape n'est heureusement pas fatalement progressive. La tuberculose ganglionnaire cervicale peut s'arrêter en chemin. Dans quelques cas il est vrai, elle se généralise rapidement; mais dans d'autres circonstances, elle est très lente dans sa marche, et tel individu ayant eu dans son enfance ou son adolescence une scrofulo-tuberculose des ganglions du cou consécutive à une tuberculose larvée ou latente des amygdales, cet individu peut guérir de sa scrofulo tuberculose cervicale, sans généralisation aux poumons.

D'autre part, il faut savoir, et les travaux de Pizzini nous l'ont appris, que certaines adénopathies tuberculeuses peuvent persister indéfiniment à l'état latent jusqu'au jour où une infection secondaire aura déterminé la virulence ou la généralisation du bacille.

Donc, tout sujet atteint d'adénopathies cervicales tuberculeuses ne deviendra pas fatalement phthisique, mais on ne peut jamais dire à quel moment cessera chez lui la possibilité de le devenir.

III

L'arrivée du bacille dans le poumon constitue la troisième étape de la tuberculose amygdalienne. De ganglions en ganglions, de réseaux en réseaux le bacille peut finir par aborder la grande veine sympatique ou le canal thoracique; le voilà dès lors lancé dans la circulation veineuse, dans le cœur droit et finalement dans le poumon; la tuberculose pulmonaire est constituée.

Ici encore tout n'est pas perdu; le bacille peut aborder le poumon en quantité assez minime pour que la tuberculose s'arrête en chemin; dans d'autres cas, le poumon se défend à sa manière, et il répond à l'attaque du bacille par ces hémoptysies que j'ai nommées hémoptysies de défense. Dans d'autres cas enfin, la maladie suit son cours, et la vulgaire tuberculose pulmonaire est constituée. J'ai recueilli un certain nombre d'observations qui établissent tous les degrés de passage de la deuxième étape (ganglionnaire) à la troisième étape (pulmonaire) et montrent combien varie, de trois mois à 38 ans, l'intervalle entre les deux étapes.

Les amygdales devront donc compter à l'avenir comme une des portes d'entrée les plus redoutables de la tuberculose humaine.

IV

Nous avons à nous occuper actuellement du traitement de cette tuberculose larvée.

La première idée qui vient à l'esprit est de s'adresser

(1) Cornil et Babes (*Académie de médecine*, mai 1883).
(2) Cornil *et* Dobroklonsky (*Congrès de la tuberculose*, 1888, p. 259 et 265).
Tchistovitch (*Ann. Inst. Pasteur*, 1889, p. 220).

d'abord aux moyens prophylactiques. Comment donc éviter la contamination de cet enfant issu de souche tuberculeuse et prédisposé à faire du tissu lymphatique exubérant.

(Ici M. Dieulafoy résume la question des contaminations par voie respiratoire ou par voie digestive. Il insiste surtout sur l'importance de la voie respiratoire, avec atteinte débutant par l'amygdale pharyngée, tandis que les aliments tuberculeux infectent d'abord les amygdales palatines. Il conclut à la nécessité : 1° d'éloigner autant que possible l'enfant du milieu tuberculeux, et si c'est impossible, d'insister sur l'emploi des crachoirs à eau ; 2° d'éviter autant que faire se peut l'usage des aliments capables de propager le virus, et surtout les laitages non cuits, les viandes salées ; 3° de régler avec soin l'hygiène, car on sait avec quelle fréquence la tuberculose semble éclater à la faveur d'une infection secondaire.)

Après avoir parlé du traitement prophylactique, occupons-nous actuellement du traitement curatif.

Un individu, enfant ou adulte, ayant une tuberculose larvée des amygdales, comment faut il intervenir ? Avant d'aborder cette discussion à la fois médicale et chirurgicale, j'ai le regret d'avouer que les moyens dont nous sommes armés, n'offrent pas toujours une réelle efficacité. Un jour viendra, sans doute, où munis d'un sérum bienfaisant nous pourrons lutter avec l'infection tuberculeuse comme nous luttons avec l'infection diphthérique et comme nous commençons à lutter avec l'infection streptococcique. Jusque-là, mettons en usage les moyens que nous possédons et voyons quels sont ceux qui paraissent les meilleurs.

Commençons par les moyens médicaux. Ces moyens médicaux concernent le traitement général, ils ont pour but de mettre l'économie en état de défense; ils la préparent pour la lutte, et ils l'aident parfois à sortir victorieuse de cette lutte. Je ne connais pour ma part aucune médication comparable à celle qui a pour base principale une alimentation riche en substances graisseuses et huileuses, huile de foie de morue, émulsions, caviar, sardines à l'huile, thon mariné, pâté de foie gras, tartines de beurre, etc.

Les moyens *hygiéniques* tiennent une place importante au cas de scrofulo-tuberculose amygdalienne et ganglionnaire. L'air marin, le séjour au bord de la mer ont une action puissante. Sur 1293 cas d'engorgements ganglionnaires cervicaux et maxillaires entrés à l'hôpital de Berck on a obtenu dans 900 cas, la disparition de ces engorgements ganglionnaires (1). Dans le même ordre d'idées rentrent les cures de Salies-de-Béarn, de Salines, de Creuznach, etc.

Reste le traitement *chirurgical*. Quelle conduite à tenir, au cas d'hypertrophie des amygdales et de végétations adénoïdes. Faut-il pratiquer l'ablation, la cautérisation, la destruction au galvano-cautère?

Bien que j'aie plusieurs fois constaté l'utilité et même la nécessité de l'intervention chirurgicale, je déclare qu'en pareille matière je suis absolument incompétent, et je demande à mes honorables collègues MM. les chirurgiens de vouloir bien éclairer ce côté de la question.

NOUVELLES

Association des médecins de la Seine. — La commission générale de cette Association est autorisée à accepter le legs d'une somme de 10,000 fr. fait à cette Association par Mme Cornélie-Augustine Lelobe, veuve Blandin, suivant son testament olographe du 8 juin 1891.

(1) Cazin, influence des bains de mer sur la scrofule p. 120 et suivantes.

Médecins de réserve italiens. — En Italie, les étudiants en médecine peuvent, s'ils le veulent, se soumettre aux obligations militaires communes, et dans ce cas ils suivent le sort de leur classe, mais en général, ils demandent et obtiennent des sursis d'appel, qui leur permettent d'achever leurs études. Leur doctorat conquis, ils sont tous, sans exception, convoqués à l'Ecole d'application de santé militaire. Ils y subissent un stage de sept mois, et passent des examens le huitième mois; ceux qui réussissent sont nommés sous-lieutenant-médecin de réserve, ceux qui échouent sont versés dans un régiment ou une compagnie de santé avec le grade de caporal-adjudant de santé; ils y accomplissent la durée normale de service.

Après un mois de repos, les sous-lieutenants-médecins de réserve font une année environ de service effectif; ils sont attachés à un régiment, mais contribuent, autant que possible, au service de l'hôpital de leur garnison, et y montent des gardes.

Cette année accomplie, ils sont renvoyés dans leurs foyers et ne subissent plus que de lointaines convocations.

Hôpital Necker. — M. le Dr Henri Huchard commencera les conférences de clinique et thérapeutique médicales, le samedi 11 mai 1895, à dix heures, et les continuera les samedis suivants, à la même heure, à l'amphithéâtre des cours.

Mercredi et samedi, à 9 heures, visite des malades nouveaux (salles Chauffard et Delpech).

Lundi, à 9 heures, conférences cliniques par les candidats au concours du bureau central des hôpitaux (pavillon de la salle Delpech).

Jeudi, à 10 heures, conférences de sémiologie et d'anatomie pathologique, par MM. le chef de clinique et l'interne du service (pavillon de la salle Delpech).

Dimanche, de 8 h. 1/2 à 11 h. 1/2, travaux pratiques au laboratoire de thérapeutique et de bactériologie.

Hôpital Ricord. — M. le Dr Ch. Mauriac reprendra ses leçons cliniques sur les maladies vénériennes, le samedi, 11 mai, à 9 heures et demie du matin, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE

3e Session tenue à Paris du 18 *au* 20 *avril.*

Statistique de la clinique obstétricale de Marseille.

M. Queirel (Marseille) relate la statistique du service obstétrical qu'il dirige. Sur 800 accouchements, on a compté 8 décès, qui se décomposent ainsi qu'il suit : 3 éclampsies, 1 ictère grave, 1 insertion vicieuse du placenta, 2 basiotripsies, 1 rupture utérine.

Il n'y a pas eu plus d'une dizaine de cas d'ophthalmie des nouveau-nés. Le traitement prophylactique ou curatif que M. Queirel oppose à la conjonctivite purulente est variable. Il emploie soit le nitrate d'argent en solution à 1 ou 2 0/0, soit les irrigations avec l'eau naphtolée, l'eau boriquée, etc.

Quant à la conduite qu'il tient dans les rétentions placentaires *post abortum*, c'est exactement celle que préconise M. Tarnier, c'est-à-dire l'expectation avec antisepsie tant qu'il n'y a pas de complications; celles-ci survenant, il recourt d'abord aux injections intra-utérines, puis à l'évidement à l'aide du doigt surtout, de l'écouvillon et de la curette.

Statistique du service de la Pitié en 1893-94.

M. Maygrier (de Paris). — Pendant ces deux années le nombre d'accouchements pratiqués à l'hôpital de la Pitié a été de 758; j'élimine 3 femmes apportées mourantes.

A vrai dire il y a eu 695 accouchements (dont 6 gémellai-

res) avec 15 accouchements faits au dehors et 63 avortements dont 10 avaient eu lieu hors du service.

Les interventions ont été les suivantes: 11 accouchements prématurés, 63 forceps, 1 levier, 9 versions, 6 basiotripsies, 25 délivrances artificielles, 2 symphyséotomies.

On a relevé 6 cas d'éclampsie (tous guéris), 7 placentas prævias (avec 2 morts), 1 rupture du sinus circulaire, 3 hydramnios, 10 procidences, 5 rigidités du col.

Voici maintenant les résultats: sur ces 758 femmes, 749 sont sorties bien portantes, 9 ont succombé (1 cancer de l'estomac, 2 embolies pulmonaires, 2 placentas prævias, 3 septicémies puerpérales, 1 affection cardiaque). La mortalité générale a été de 1.18 0/0 et la mortalité par septicémie de 0.28 0/0; encore tous les faits de septicémie se sont-ils produits hors de l'hôpital.

Quant à la morbidité, qui n'a été relevée que pour 1893, elle a été de 3.66 0/0; mais 5 femmes ayant été apportées infectées, le chiffre de la morbidité hospitalière s'abaisse à 2.25 0/0.

Enfin, pour les enfants, la mortalité générale a été de 12.94 0/0; mais si l'on déduit les enfants nés morts (macérés ou non), on n'a plus qu'une mortalité de 9 0/0.

Présentation du siège mode des fesses.

M. Laskine a observé, en janvier dernier, une multipare à sa troisième grossesse, chez laquelle l'enfant, volumineux, se présentait par le siège décompleté mode des fesses en position droite postérieure. A deux reprises, il tenta sans succès de transformer la présentation par les manœuvres externes.

Quand le travail se déclara, au fur et à mesure de la descente dans l'excavation, après dilatation complète, le sacrum fœtal, au lieu de se rapprocher de la symphyse pubienne en tournant au long de la paroi pelvienne droite, se dirigea au contraire vers le sacrum maternel, puis vers l'articulation sacro-iliaque gauche, puis vers l'épine sciatique, si bien qu'en fin de compte la hanche gauche du fœtus vint se placer sous la symphyse, alors qu'au début on s'attendait à voir la hanche droite se dégager la première. Sauf cet incident, tout fut normal. L'enfant était vivant et pesait 3,754 grammes.

Les auteurs ne signalent guère cette anomalie de rotation; ils parlent du défaut de rotation, de l'excès de rotation quand la hanche antérieure dépasse l'interstice symphysien et vient au delà se mettre en rapport avec l'éminence ilio-pectinée, mais le grand tour en arrière exécuté par la hanche postérieure ne se trouve mentionné explicitement que par Fritsch qui, lui, le regarde comme habituel.

M. Budin a observé un cas dans lequel cette même rotation se produisit et se poursuivit, une fois le siège dégagé, si bien que l'épaule postérieure continua à tourner et vint se placer en avant, sous la symphyse. Souvent, ces anomalies sont dues à la brièveté du cordon. Dans le cas de M. Laskine, il est pourtant spécifié que la tige funiculaire avait sa longueur normale et qu'il n'y avait pas de circulaire.

M. Rivière (de Bordeaux). — Le plus souvent, cette variété de présentation est secondaire et se produit par accrochement et relèvement des pieds, lors de la pénétration du siège dans l'excavation.

Il existe cependant des faits où l'attitude relevée des membres inférieurs est primitive, préexistant à la période du travail. Dans ces cas, on peut constater ultérieurement, après la naissance de l'enfant, une sorte de rigidité de l'articulation tibio-fémorale sur laquelle M. Lefour a, depuis longtemps, attiré l'attention.

J'ai recueilli un fait de cet ordre, intéressant en ce qu'il s'agissait d'un fœtus expulsé avant terme à sept mois à peine, tout entier contenu dans son œuf, en présentation de siège, mode des fesses. La mère était saturnine; l'enfant mourut un peu avant le travail, du fait soit du saturnisme, soit des lésions placentaires que l'on constata sur l'arrière-faix. On le voyait par transparence à travers les membranes, la tête reposant sur le placenta et les orteils appliqués sur le front.

La conséquence est qu'il ne serait sans doute pas avantageux dans des circonstances analogues d'employer la méthode préconisée par MM. Mantel et Pinard. On pourrait appuyer sur la face postérieure du jarret et cela ne suffirait certainement pas pour déterminer la flexion de la jambe et pour faire tomber le pied dans la main de l'opérateur. Cette pratique, efficace souvent avec les présentations des fesses secondaires, ne réussirait vraisemblablement pas avec la semi-ankylose des présentations primitives.

M. Fochier décrit la manœuvre par abduction de la cuisse destinée à favoriser l'abaissement de la jambe.

M. Potocki (de Paris) affirme qu'il est toujours facile, même dans les cas visés par M. Rivière, d'abaisser le membre inférieur, en s'aidant au besoin de manœuvres externes; ce qui tendrait à prouver qu'en effet les manœuvres internes sont insuffisantes.

M. Bonnaire (de Paris). — A côté des deux procédés que viennent de citer MM. Rivière et Fochier, pour la technique de l'abaissement prophylactique du pied dans le cas de présentation du siège décompleté mode des fesses, il en est un troisième auquel j'ai eu recours pour ma part, après l'avoir vu mettre en pratique par M. Tarnier, à la Maternité en 1884.

Ce procédé consiste à abaisser le pied en se servant, non pas de la main qui, étant disposée en position intermédiaire entre la pronation et la supination, fait naturellement face au plan ventral du fœtus, mais de la main opposée. Cette main est glisée à plat entre l'arc antérieur du bassin et le membre pelvien fœtal situé en avant, la pulpe des doigts regardant en arrière. L'index et le médius sont poussés jusqu'au-dessus du genou. Tandis que la pulpe du pouce appuie sur le creux poplité, les autres doigts aident à la flexion en pressant sur la partie supéro-antérieure du tibia. Pour réussir dans cette manœuvre, il convient, non pas d'attirer en abduction le membre pelvien relevé, ainsi que vient de le conseiller M. Fochier, mais, au contraire, de le refouler en adduction.

Je ne présente pas cette technique, déjà ancienne, comme infaillible; j'ai réussi, en la mettant en œuvre, après avoir vainement essayé du procédé Mantel-Pinard; mais je dois dire, par contre, qu'il m'est arrivé de ne pouvoir l'exécuter et de réussir, après cet échec, en changeant de main et de manœuvre et en ayant recours au procédé de M. Pinard.

A ce propos, je tiens à répéter ce que j'ai déjà eu l'occasion de dire, à savoir que l'abaissement complet de l'un des deux membres pelviens relevés au-devant du tronc fœtal est loin d'être toujours exempt de dangers et toujours praticable.

Lorsque Ahlfeld, il y a plus de vingt ans, préconisa, en Allemagne, l'abaissement prophylactique du pied dans la présentation du siège mode des fesses, il se vit objecter, avec faits cliniques à l'appui, notamment par Küstner, que cette manœuvre exposait à la procidence du cordon ombilical, d'où risques de mort pour le fœtus. A ce danger il convient d'en ajouter un autre : lorsqu'on a abaissé le membre pelvien dans le vagin, la jambe et la cuisse étant en extension complète sur le bassin, on a bien réalisé cet avantage de rendre au tronc fœtal la souplesse nécessaire qui doit lui permettre de s'adapter à la courbure du canal pelvigénital et de fournir à l'accoucheur une poignée fœtale qui favorise l'extraction; mais, en diminuant le coin pelvien, on diminue le volume de la présentation, et, pour peu que le col utérin soit insuffisamment dilaté ou offre trop de tonicité, on s'expose à voir la tête fœtale, dont le passage n'a pas été convenablement préparé par celui d'un massif pelvien trop petit, être retenue dernière au grand détriment de l'enfant.

La manœuvre n'est pas toujours praticable : j'ai démontré, par une série de mensurations pratiquées avec M. Dubrisay sur les deux segments, crural et jambier, des membres pelviens, que chez un enfant à terme et de poids moyen, la cuisse mesurait entre 12 et 13 centimètres. Or, si le siège décompleté est engagé et fixé dans l'excavation, on ne peut faire basculer entièrement la cuisse de façon à la faire passer de l'état de flexion à l'état d'extension, puisque les diamètres de l'excavation, garnie de ses parties molles, atteignent à peine 12 centimètres. L'abaissement n'est possible qu'à condition qu'on soulève le siège engagé au-dessus du détroit supérieur, ou qu'on dégage partiellement l'extrémité fessière de la cuisse antérieure, au-dessous des pubis, par des tractions préalables exercées sur la présentation.

Pour faire face aux risques de procidence du cordon et pour augmenter le volume de la présentation, de façon à

favoriser le passage de la tête dernière, tout en faisant disparaître la rigidité du tronc liée à la présence de la double attelle constituée par les membres relevés, j'ai pensé qu'il était préférable, au lieu d'abaisser la totalité du membre en extension complète, de fléchir simplement la jambe sur la cuisse en abaissant à moitié le pied. La manœuvre est toujours praticable, même quand le siège est très engagé, puisque le genou reste au-dessus du plan du détroit supérieur et que le segment jambier évolue au-dessus de ce détroit. Je n'ai eu qu'à me louer, dans l'application clinique, de ce procédé d'abaissement partiel du membre pelvien.

M. Demelin a fait des recherches fœtométriques sur les dimensions relatives des deux segments jambier et crural chez l'enfant et a constaté que la longueur de la jambe l'emportait sur celle de la cuisse. Les dimensions du segment crural varient selon les procédés de mensuration employés.

M. Bonnaire. — L'observation de M. Demelin est très exacte ; aussi ai-je eu soin, en étudiant l'abaissement complet du membre pelvien, par bascule de la cuisse à l'intérieur du petit bassin, de mesurer l'étendue du segment crural, non pas de la région prérotulienne à la région trochantérienne, mais bien de la région prérotulienne à la région rétro-sacrée.

Scarlatine et albuminurie de la grossesse.

M. Gaulard (Lille) a vu plusieurs fois des femmes ayant eu la scarlatine dans leur jeune âge, sans albuminurie consécutive, qui, devenant ultérieurement enceintes, éprouvaient dès l'origine de leur grossesse des malaises divers et dont les urines étaient alors albumineuses. Du fait de la scarlatine, le rein souvent reste malade d'une façon latente ; une grossesse survient, donne comme un coup de fouet à la néphrite non soupçonnée et des accidents graves peuvent se manifester. Dans ces cas, les troubles tenant au mauvais fonctionnement des reins apparaissent de bonne heure, et l'albuminurie n'est guère modifiée par le régime lacté.

M. Bar (Paris) — Les suites éloignées non-seulement de la scarlatine, mais aussi des autres maladies infectieuses, commencent à être bien connues. En ce qui concerne les néphrites, il faut noter l'insignifiance apparente des symptômes en même temps que de la gravité de la complication, au moins pour le produit de conception. J'ai été surpris encore de voir l'invariabilité et la ténacité de l'albuminurie en face des traitements les plus variés, en particulier du régime lacté, très utile sans doute, mais incapable de faire disparaître, même d'atténuer l'albuminurie.

Une cliente, que j'ai eu l'occasion de suivre à ses quatre accouchements, avait été atteinte de scarlatine à dix-huit ans. Elle a toujours présenté un léger degré d'albuminurie que le régime n'a guère modifié et ses grossesses se sont toujours ressenti de cette complication.

Rétention d'un cotylédon placentaire.

M. Budin. — Quand un fragment placentaire est resté dans l'utérus, on le reconnaît d'habitude aisément par l'examen de l'arrière-faix : au milieu du gâteau on voit une lacune, un enfoncement marquant la plaie qu'occupait le cotylédon retenu.

Si le cotylédon manquant était aberrant, la présence de vaisseaux courant sur les membranes à partir du bord placentaire fait deviner qu'un amas de villosités supplémentaires formant cotylédon accessoire existait et reste sans doute adhérent à la paroi utérine.

On peut cependant être trompé. Si le cotylédon était tangent au disque du placenta, la surface utérine du placenta ne présente aucune dépression et l'examen du bord placentaire montre une circonférence bien continue sans vaisseaux aberrants ; c'est qu'alors les vaisseaux tributaires du cotylédon absent ne montaient pas du chorion basal aux villosités absentes, mais venaient latéralement du cotylédon voisin et l'orifice des vaisseaux déchirés ne se voit guère sur le bord du disque placentaire.

Tout ce qui pourrait éveiller l'attention et nous indiquer qu'un cotylédon reposait sur les membranes, c'est en un point un petit lacis fibrineux jaunâtre, à peine reconnaissable et peu caractéristique.

J'ai eu de la sorte à l'hôpital de la Charité un cotylédon accessoire, sessile en quelque sorte, demeuré dans l'utérus sans qu'on s'en fût aperçu tout de suite. Si de même le cotylédon accessoire, distant du bord placentaire, est retenu avec le lambeau membraneux intermédiaire entre le bord placentaire et lui, les vaisseaux du pédicule contenus dans ce pont membraneux ne sont pas vus et laissent ignorer encore la rétention.

Pratiquement, je sais bien que cela ne présente pas une grande importance, attendu que tout va bien, grâce à l'antisepsie, jusqu'à ce que le fragment soit expulsé. Si par hasard quelques phénomènes de putréfaction apparaissent, qu'on sache ou non qu'un cotylédon est resté, on fait le nettoyage utérin qui enlève caillots, membranes ou cotylédons altérés.

M. Guéniot. — Si l'on a dû faire la délivrance artificielle, c'est encore la même chose ; dans la plupart des cas il est impossible, tant le placenta est lésé, d'être sûr qu'on a intégralement tout enlevé.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 mai 1895.

Présidence de M. Empis.

De l'électrolyse dans le traitement des rétrécissements des voies lacrymales.

M. Lagrange (Bordeaux). — L'électrolyse des voies lacrymales donne d'excellents résultats lorsqu'elle est faite avec un outillage spécial, c'est-à-dire lorsqu'elle est exactement dosée avec un bon galvanomètre tel que le galvanomètre apériodique et que l'intensité peut être graduellement augmentée à l'aide d'un rhéostat tel que celui du Pr Bergonié (Bordeaux) qui fonctionne avec une grande régularité et une grande exactitude.

L'électrolyse ne doit pas dépasser 5 à 6 milliampères ; à plus forte dose elle expose à la production de cicatrices rétractiles invincibles et donne par conséquent des résultats qui, bons immédiatement, deviennent plus tard déplorables.

Pour obtenir constamment un très bon résultat, il est indispensable de procéder à cette petite opération avec un outillage parfait. Ce sont les conditions d'une bonne technique opératoire que Lagrange s'efforce de préciser.

Méningite grippale.

M. Cornil vient d'observer dans son service avec M. Durante un marchand des quatre saisons, âgé d'une quarantaine d'années, non alcoolique, atteint de grippe compliquée d'accidents cérébraux. L'observation ressemble de tous points à celles qu'il a déjà communiquées à l'Académie (1895, p. 111) avec cette différence toutefois qu'elle s'est terminée par la mort.

A l'autopsie, la pie-mère était épaissie et infiltrée d'un liquide abondant, jaune, opaque ; dans le cerveau droit, petit foyer hémorrhagique siégeant dans la substance grise ; dans la première occipitale du même côté, foyer hémorrhagique également intra-cortical. Il s'agissait donc ici d'une encéphalo-méningite prédominante à la convexité du cerveau. L'examen bactériologique n'a pas décelé l'existence du bacille de la grippe, mais on ne saurait rien conclure de leur absence, car il est douteux qu'ils pénètrent dans le sang.

M L. Colin. — J'ai déjà insisté sur la fréquence des suppurations méningées et, d'une manière plus générale, des inflammations suppuratives au cours de la grippe. Des renseignements, venant de divers côtés et des milieux militaires, me permettent d'affirmer de nouveau l'insigne gravité des

épidémies de grippe, plus mortelles certainement que telle ou telle épidémie de choléra.

M. Cornil. — Dans les épidémies de grippe il se produit des associations du bacille de Pfeiffer avec d'autres microbes pyogènes. Dans les suppurations post-grippales il faut bien distinguer celles qui sont dues aux microbes pyogènes d'avec celles qui sont dues au bacille de la grippe. Or, dans le fait que je viens de rapporter, il s'agissait d'une méningite grippale pure, les exsudats méningés ne contenaient en effet aucun des microbes habituels de la suppuration.

Dans la méningite grippale le pus est séreux et moins opaque que dans les méningites à pneumocoques et à streptocoques. En ce qui concerne les faits signalés par M. L. Cohn il y aurait peut-être lieu de faire le départ entre les cas de méningite grippale vraie et les cas de méningite dus aux microbes habituels de la suppuration.

Tuberculose larvée des trois amygdales.

M. Dieulafoy achève sa communication sur ce sujet (Voir page 217).

M. Lancereaux. — Je suis de l'avis de M. Dieulafoy pour reconnaître que les végétations adénoïdes des fosses nasales constituent par leur structure et leur siège un terrain favorable au développement des bacilles tuberculeux. Il l'a démontré expérimentalement; mais il y a lieu d'observer que cette démonstration était déjà faite par la clinique. En effet, dans un travail communiqué à la Société médicale des hôpitaux (20 juillet 1894), M. Lermoyez établit nettement qu'il existe deux sortes de tuberculose des végétations adénoïdes des fosses nasales et du pharynx; l'une, facile à constater en clinique par ses caractères anatomiques, tubercules ulcérés, etc., l'autre, larvée, ne pouvant être reconnue qu'à l'aide du microscope. Dans un cas de ce genre, M. Lermoyez, ayant examiné des végétations adénoïdes qu'il venait d'extirper, les trouva infiltrées de bacilles de Koch, bien que rien n'indiquât à l'œil nu l'existence de tubercules et sa malade ayant succombé un peu plus tard, il en conclut que les végétations enlevées avaient été le point de départ de la maladie. Il faut donc distraire du groupe des végétations adénoïdes une forme nette qui mérite le nom de végétations adénoïdes tuberculeuses.

M. Dieulafoy. — J'ai eu soin de signaler le travail de M. Lermoyez, d'autant que ses conclusions cliniques sont confirmées par les résultats expérimentaux que je viens à mon tour d'observer.

M. Péan. — Dans la forme larvée de la tuberculose amygdalienne décrite par M. Dieulafoy, il doit toujours y avoir hypertrophie de l'amygdale. J'ai vu, en effet, d'assez nombreux malades chez lesquels l'amygdale n'était pas augmentée de volume, quoique l'on pût supposer avec raison que les ganglions fussent tuberculeux. D'autre part, il faut remarquer que la lésion ganglionnaire n'est pas toujours en rapport avec la lésion amygdalienne, car souvent, tandis qu'il reste une grosse ulcération manifestement tuberculeuse de l'amygdale on n'observe pas d'hypertrophie ganglionnaire.

M. Dieulafoy. — Je ne puis pas affirmer que l'hypertrophie de l'amygdale soit un symptôme constant, mais en tout cas il est assez habituel. Il serait en effet intéressant de chercher à savoir expérimentalement si des amygdales de volume normal peuvent être tuberculeuses, mais l'occasion fait défaut pour pratiquer des inoculations, car l'on n'extirpe guère des amygdales de volume normal.

Il est possible que dans certains cas la tuberculose amygdalienne soit non pas seulement larvée mais entièrement latente; peut-être même faut-il chercher du côté d'une amygdale d'apparence normale la porte d'entrée de certaines adénopathies générales de l'enfance.

De même que M. Péan, j'ai fréquemment observé que la lésion ganglionnaire était en rapport inverse de la lésion amygdalienne; pour une ulcération profonde, étendue, on ne trouve souvent pas trace d'hypertrophie des ganglions.

M. R. Blanchard lit un rapport sur un mémoire de M. le Dr Ch. Wardell Stiles (de Washington) concernant la rareté du Tœnia solium dans l'Amérique du Nord.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 4 mai 1895.

Présidence de M. Chauveau.

Tuberculose expérimentale du foie.

M. Sergent, frappé de la fréquence de la tuberculose du foie qu'il a pu constater tant chez les enfants que chez les adultes, a entrepris une série d'expériences sur des animaux pour étudier les différents modes d'infection du foie. Bien que ces expériences, qui comprennent l'infection par la voie veineuse et l'injection des cultures dans le cholédoque avec ou sans ligature du canal, avec ou sans traumatisme du foie, ne soient pas encore terminées, elles permettent pourtant d'établir déjà les propositions suivantes :

1° Le bacille de Koch ne subit aucune modification par un séjour prolongé dans la bile.

2° Les tubercules péri-biliaires disséminés et rares se développent de dehors en dedans; ce sont des nodules péri-biliaires englobant le conduit biliaire et finissant par s'ulcérer et se vider dans sa cavité.

3° La tuberculose proprement dite des voies biliaires (forme systématisée) peut être reproduite expérimentalement par l'injection dans le cholédoque de la semence tuberculeuse. On peut également reproduire expérimentalement l'angiocholite tuberculeuse à type d'infection biliaire ascendante.

Lésions pulmonaires chez un gaveur de pigeons.

MM. Rénon et **Sergent** ont eu l'occasion de faire l'autopsie d'un gaveur de pigeons reconnu atteint, en 1892, de tuberculose aspergillaire mixte et qui a succombé en 1895 à des accidents d'asphyxie progressive.

Les lésions macroscopiques dominantes sont des adhérences pleurales formant au sommet du poumon gauche une véritable coque de 1 à 2 centimètres d'épaisseur. Les poumons, sillonnés à leur surface de bandes fibreuses s'entrecroisant dans tous les sens, présentent au même sommet deux petites cavernes vides, et dans toute leur hauteur une multitude de petites granulations d'apparence tuberculeuse, noyées dans un tissu anthracosique noirâtre; les bases sont très congestionnées.

L'examen histologique, après fixation par le sublimé acétique, montre des lésions caractéristiques de pneumonie chronique avec envahissement du tissu fibreux des bronches à la plèvre, enserrant tout le parenchyme pulmonaire dans des mailles très étroites : les parties ainsi circonscrites répondent aux granulations macroscopiques et ne présentent pas trace d'organisation tuberculeuse, ne contenant ni follicules lymphoïdes, ni cellules géantes; elles sont constituées par des parties pulmonaires atelectasiées pour ainsi dire, dans lesquelles on retrouve quelques capillaires alvéolaires, mais surtout des cellules cubiques présentant l'aspect fœtal. On trouve cependant quelques rares cellules géantes, mais au pourtour des points caséeux tout à fait distincts des précédents. La recherche des parasites (bacille de Koch et aspergillus) a été négative sur toutes nos coupes.

MM. Rénon et Sergent pensent que dans ce cas de pneumonie chronique scléreuse les parasites ont disparu par suite du processus de régression : l'aspergillus qui a ouvert la voie au bacille de Koch a disparu le premier, tel qu'on l'observe dans un certain nombre de faits cliniques et expérimentaux indiscutables donnant à cette tuberculose une lenteur d'évolution spéciale et une tendance marquée à la sclérose avec disparition des bacilles, comme on l'observe dans certaines tuberculoses pulmonaires simples.

Les microorganismes dans le chyle et le sang.

M. Kauffmann dépose une note de **MM. Porcher** et **Desoubry** qui dans des expériences sur des animaux ont constaté qu'après les repas, le chyle renferme un grand nombre de microbes. Le nombre de ce dernier diminue dans le sang, il est plus grand dans le sang du cœur droit que dans le sang du cœur gauche, et dans le sang du cœur gauche que dans le sang des veines périphériques.

Il semble donc que les poumons et les tissus jouent le rôle de filtres par rapport aux microorganismes contenus dans le sang.

Infection puerpérale guérie par le sérum antistreptococcique.

M. Josué rapporte une nouvelle observation d'infection puerpérale guérie par les injections de sérum antistreptococcique (Roger).

Il s'agit d'une femme entrée à la clinique avec tous les signes d'une infection puerpérale grave. Elle a été guérie par quatre injections de sérum faites deux par deux à 48 heures d'intervalle.

Chaque injection était suivie d'abaissement très notable de la température, de ralentissement du pouls et d'un sentiment de bien-être. La guérison a été retardée par l'apparition d'un érythème dont l'origine pouvait être attribuée aussi bien à l infection qu'au sérum.

M. Féré fait une communication sur les résultats des greffes de blastoderme faites à des poulets. La greffe aboutit à la formation de tumeurs contenant des noyaux cartilagineux et du tissu embryonnaire.

MM. Langlois et **Abelous** déposent une note sur l'existence très fréquente des capsules surrénales supplémentaires chez les rats blancs.

M. Ravier fait une communication sur une nouvelle douve du Sénégal trouvée dans le foie de bœuf.

R. ROMME.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 3 mai 1895.

PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

Rétrécissement tricuspidien.

MM. Macaigne et **Schmidt** présentent un cœur atteint de rétrécissement de l'orifice tricuspide. Ce cœur provenait d'une jeune femme qui, à la suite d'une fausse couche de quatre mois, avait eu de l'infection puerpérale à marche lente. Ce n'est qu'un mois après le début des accidents infectieux qu'on découvrit l'existence d'une lésion cardiaque; celle-ci était traduite cliniquement par un roulement diastolique et un souffle présystolique, sans dédoublement du second bruit; bien que les bruits eussent leur maximum un peu en dedans et un peu au dessous du mamelon, étant donné leur rhythme, on fit le diagnostic de rétrécissement mitral.

L'autopsie a montré que les lésions qui étaient celles de l'endocardite infectieuse, étaient exclusivement localisées à l'orifice tricuspide et que l'orifice mitral était sain.

Cancer de l'œsophage.

M. Martin montre les pièces d'un cancer en nappe de l'œsophage, pour lequel M. Monod fit la gastrostomie. Le rétrécissement siégeait à 30 centimètres de l'arcade dentaire et la dysphagie était totale.

Le malade ne put bénéficier de l'opération et mourut d'accidents pulmonaires, que la présence d'une fistule œso-bronchique expliqua facilement à l'autopsie.

Occlusion intestinale.

M. Braquehaye rapporte un cas d'occlusion intestinale chez un enfant de sept semaines. M. Broca pratiqua la laparotomie d'urgence et l'on trouva une bride étranglant une anse intestinale; malgré la section de la bride, l'enfant mourut quatre heures après l'intervention.

A l'autopsie, on trouva un diverticule de l'intestin adhérant à la partie droite de la base du mésentère qui avait formé bride et produit l'occlusion.

Végétations graisseuses du péricarde.

MM. Ramond et **Louste** montrent deux péricardes sur la face externe desquels on voit de nombreuses végétations, volumineuses, libres dans le médiastin, au nombre de dix à quinze, sous forme de crêtes de coq ou de digitations arrondies. Ces végétations ne sont qu'un développement exagéré de la graisse normale de la région et on ne peut mieux les comparer qu'aux végétations graisseuses épiploïques dont elles ont d'ailleurs la structure.

Fernand BEZANÇON.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er *mai* 1895.

Fistules uretéro-vaginales.

M. Ricard ne croit pas qu'on puisse affirmer le diagnostic d'une fistule uretéro-vaginale d'après la preuve classique de l'injection colorée dans la vessie. Le liquide peut parfaitement ne pas s'écouler dans le vagin alors qu'il s'agit cependant d'une petite fistule vésicale : et d'ailleurs, dans un des cas de M. Tuffier, il y avait une fistulette vésicale qu'il n'a vue que plus tard, en sorte que le diagnostic de fistule de l'uretère reste douteux.

Ainsi, M. Ricard a observé une femme qui, après quatre mois de séjour dans un hôpital libre mais non gratuit, en sortit avec une large fistule consécutive à une hystérectomie vaginale; et on avait, paraît-il, diagnostiqué une fistule uretérale. Il s'agissait d'une large fistule vésicale que M. Ricard opéra. Mais il resta un pertuis, et comme l'injection colorée ne passait pas, M. Ricard crut à une fistule uretérale. Or, sous le chloroforme, le liquide vésical passa : il s'agissait donc d'une fistule vésicale.

M. Ricard a observé également un cas dans lequel la fistulette vésicale ne laissait passer l'urine que quand la malade était debout.

Donc, avant de parler de la guérison spontanée des fistules uretérales, il faut établir le diagnostic autrement qu'il n'est classique de le faire.

M. Tuffier maintient que dans l'hystérectomie vaginale l'uretère est en danger, puisqu'il a pu en réunir 40 observations; que le droit surtout est menacé, puisque sur 35 cas où le côté est indiqué, il y en a 28 à droite. Or, les lésions pour lesquelles on opère ne sont pas différentes à droite et à gauche.

Quoi qu'on en ait dit, il y a des fistules latérales, incomplètes, par pincement partiel, et M. Tuffier maintient que ces fistules peuvent guérir toutes seules, s'il n'y a pas de rétrécissement de l'uretère au-dessous. Le nier, c'est méconnaître toute la chirurgie de l'uretère, c'est ignorer les succès nombreux de l'uretérectomie sans suture. Les rétrécissements ont une importance majeure, et si on veut réussir il faut s'en débarrasser avant de traiter la fistule.

Quant au diagnostic, les observations de M. Ricard sont intéressantes, et dorénavant M. Tuffier fera la cystoscopie, à l'aide de laquelle il sera également facile de voir si, en opérant par la voie vaginale, on oblitère l'uretère comme le dit M. Chaput. Mais dans les deux cas de M. Tuffier, le diagnostic est certain. Une fois il est établi par le cathétérisme. Dans l'autre cas, M. Tuffier lie l'uretère au catgut, et voit l'écoulement cesser pendant huit jours, puis reparaître, juste au bout du temps nécessaire à la résorption du catgut; quoi qu'en pense M. Ricard, cela est probant.

Pour la thérapeutique, tout le monde est d'accord sur la néphrectomie, considérée comme un pis aller. Mais quoi qu'en dise M. Bazy, la voie abdominale n'est de mise que si le vagin est cicatriciel, ce qui rend l'uretère inaccessible. Quant à l'abouchement de l'intestin, il n'est de mise que si l'abouchement vésical est impossible, et on en reculera encore l'indication par le procédé de Rydygier.

M. Reynier fait quelques remarques de technique opératoire sur le procédé d'hystérectomie abdominale de M. Richelot. C'est, à son sens, le procédé de Lamphear, avec quelques légères modifications auxquelles il ne se rallie pas.

M. Villar lit une observation de rhinoplastie avec support métallique.

M. Quénu présente un malade guéri d'un abcès froid costal par des injections de teucorine.

A. BROCA.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du vendredi 3 *mai* 1895.

Présidence de M. Hayem.

Traitement de la péritonite tuberculeuse par le naphtol camphré.

M. Catrin. — J'ai eu dernièrement trois malades à traiter, atteints tous les trois d'une péritonite tuberculeuse. Le premier avait une péritonite sèche, à gâteaux nettement sentis ; bien que son état général ne fût pas brillant et qu'il accusât des symptômes d'infection généralisée, il n'avait que peu de lésions pulmonaires.

Le second malade n'avait pas davantage de lésions thoraciques bien accusées, et son état général était assez bon pour que quelques jours après son entrée à l'hôpital il demandât sa sortie. Mais ayant remarqué des douleurs dans la région périombilicale, je le gardai dans mon service et ne tardai pas à constater une ascite qui fut ponctionnée.

Enfin le troisième malade était ascitique ; il avait des antécédents héréditaires et personnels douteux, et une tuberculose pulmonaire assez avancée. Je lui fis une première ponction le 20 mars, mais le liquide s'étant reproduit je fus obligé d'en faire une seconde le 9 avril. Frappé des bons résultats qu'avait donnés le naphtol camphré dans les adénites tuberculeuses je lui fis une injection dans la fosse iliaque gauche. La réaction fut assez vive ; le ventre resta douloureux pendant une huitaine de jours, mais on perçoit actuellement dans cette même fosse iliaque un gâteau indiquant qu'il se forme là de la péritonite adhésive, processus que M. Rendu considère comme marquant le début de la guérison.

Malheureusement les phénomènes pulmonaires se sont aggravés.

Névrite périphérique consécutive à une fracture compliquée de jambe.

M. Catrin. — Le nommé A. Toréador est entré au service et a eu les deux os de la jambe droite fracturés. Soigné d'abord à Lyon, il entra dans mon service pour des phénomènes thoraciques. Là je constatai des phénomènes nerveux que je vais avoir l'honneur de vous exposer. Ce malade ayant eu à la suite de la réduction un cal vicieux et de l'équinisme, a subi la ténotomie du tendon d'Achille. Le pied droit est atrophié, et cette atrophie est plus sensible quand on le compare au pied sain. On note de l'anesthésie sur la face dorsale du pied jusqu'au bord plantaire ; cette anesthésie existe surtout pour le froid, pour le contact et pour la douleur ; elle remonte sur la jambe jusqu'au niveau de la fracture.

Le malade ressent en outre des fourmillements qui s'irradient jusqu'aux orteils.

Il existe sur la jambe malade plusieurs zones d'anesthésie. L'une correspond au niveau de la malléole interne ; l'autre au niveau du bord externe de la jambe ; le moindre contact y provoque une sensation de brûlure.

Le pied droit est plus froid que le gauche ; et de plus il est le siège de sueurs parfois très abondantes. Nous n'insisterons pas sur l'œdème qui survient à la suite de la moindre fatigue, cet œdème pouvant être dû à ce que la fracture est incomplètement consolidée. Enfin ajoutons que le réflexe plantaire est aboli ; le réflexe rotulien un peu exagéré.

Occlusion intestinale chronique consécutive à une hystérectomie vaginale ; vomissements noirs.

M. Albert Mathieu. — J'ai reçu le 17 mars dans mon service une femme qui m'était envoyée de chirurgie avec diagnostic de cancer de l'estomac. Cette femme souffrait depuis longtemps de troubles digestifs qui s'accentuèrent il y a 18 mois à la suite d'une hystérectomie.

Depuis cette époque, elle avait du dégoût pour les aliments, des vomissements qui étaient devenus plus fréquents dans ces derniers temps. La constipation était habituelle. L'abdomen était ballonné et sensible en totalité, mais comme on ne constatait nulle part de suintement anormal ni aucune induration, je rejetai l'idée d'un cancer péritonéal.

Le lendemain et le surlendemain, les vomissements se reproduisent ayant le caractère d'hématémèses noires, et je songe à un cancer de l'estomac quand mon attention est attirée par des vomissements fécaloïdes. Je consultai immédiatement un chirurgien à fin de l'opérer dans le cas où il aurait songé comme moi à une occlusion intestinale, mais le lendemain, la malade mourait. A l'autopsie, on trouva une anse d'intestin grêle engagé dans une bride cicatricielle et rétrécie dans toute son étendue ; sa lumière était perméable, mais l'anse était fortement congestionnée, ce qui explique l'apparence des vomissements.

Syphilis cardiaque avec pouls lent permanent.

M. Rendu. — La pièce que je présente à la Société provient d'un malade âgé de quarante-trois ans, cardiaque depuis longtemps et qui entra dans mon service pour une attaque d'asystolie. Du côté du cœur, on notait une forte matité, de l'arhythmie, et un souffle systolique à la partie moyenne de la région ventriculaire. En outre, il y avait un pouls lent permanent. On crut à une insuffisance mitrale. La digitale et le régime lacté donnèrent, en quarante-huit heures, d'excellents résultats au point de vue de la rhythmie et de la diurèse, mais le pouls n'en fut pas modifié. Il battait toujours 30 à 35 fois seulement. La caféine n'agit pas davantage sur lui. L'orthopnée resta aussi la même. Le malade mourut brusquement dans une syncope.

A l'autopsie, nous trouvâmes une sclérose rénale ; une hypertrophie considérable du cœur, portant surtout sur le ventricule gauche (cœur de Traube) ; une plaque cartilagineuse épaisse allant de la valvule mitrale aux piliers et rétrécissant l'orifice au niveau de la zone sous-aortique ; enfin, vers la base de l'aorte, une gomme syphilitique type, reconnue telle par l'examen histologique.

L'intérêt de cette observation résulte non seulement de la rareté de la lésion syphilitique trouvée à l'autopsie, mais encore et principalement de la lenteur permanente du pouls. En effet, dans toutes les observations de syphilis cardiaque que j'ai pu compulser, le pouls est décrit comme faible, rapide et irrégulier, mais non comme lent permanent. Aussi, serais-je porté à penser que la lenteur, dans mon observation, tenait très probablement aux lésions rénales et non à la lésion cardiaque. J'ajouterai que l'examen de la protubérance et du bulbe a été négatif.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

XXIVe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE

Tenu à Berlin du 17 *au* 20 *avril* 1895.

De la dilatation dans les rétrécissements cicatriciels de l'œsophage.

M. Petersen (Kiel) rapporte comme exemple de ce que peut fournir la dilatation systématique, l'observation d'un homme entré à l'hôpital dans un état d'amaigrissement extrême, presque d'inanition, consécutif à l'existence de deux rétrécissements infranchissables de l'œsophage, au niveau du cardia et de la bifurcation de la trachée, produit par l'ingestion de caustiques. L'indication urgente étant de sauver le malade, on commença par pratiquer une fistule gastrique, et le poids du corps qui était de 35 kilogs, au moment de l'entrée du malade, s'étant à la suite notablement relevé, on commença les essais de dilatation. On parvint ainsi à franchir, au bout de quelque temps, le rétrécissement supérieur, avec une sonde filiforme. Le rétrécissement inférieur ne fut franchi à son tour que lorsque le malade arriva un jour à avaler une ficelle ayant un nœud à l'un des bouts. Ce dernier fut alors amené à la fistule et fixé à une toute petite olive qu'on parvint à faire franchir le rétrécissement inférieur. La dilatation put alors être poursuivie et actuellement le malade peut déglutir les sondes œsophagiennes les plus volumineuses.

Chirurgie de l'estomac.

M. Mikulicz a eu jusqu'à présent l'occasion d'intervenir

103 fois sur l'estomac. Sur les 103 malades opérés, 23 ont succombé soit au collapsus soit à la pneumonie. La mortalité s'est du reste abaissée ces temps derniers avec les perfections de la technique opératoire et les progrès réalisés dans la chirurgie de l'estomac. Elle descendra encore davantage quand on prendra pour règle de n'intervenir que dans les cas opérables, et pour cela il est tout indiqué de se rendre préalablement compte de l'état des parties par une laparotomie exploratrice, comportant une petite incision sus-ombilicale.

Quant aux résultats définitifs, ils varient naturellement pour chaque catégorie de cas. Les gastrotomies pour cancer de l'œsophage fournissent ordinairement une survie de deux à douze mois, sans mortalité opératoire proprement dite. Les interventions pour cancer du pylore donnent une survie de quinze mois, en moyenne pour la résection, et de six à dix-huit mois pour la gastro-entérostomie.

M. v. Eiselsberg (Utrecht) a pratiqué jusqu'à présent 25 gastro-entérostomies dont 13 par le procédé de Hacker et 8 par celui de Wœlfler. Les deux séries ont donné, chacune, trois morts.

La gastro-entérostomie, dans le cancer du pylore, est une opération palliative qui quelquefois ne débarrasse même pas le malade de ses souffrances. Aussi M. v. Eiselsberg lui préfère-t-il un procédé qui consiste à sectionner le duodénum au delà des limites du carcinome, à invaginer et à suturer les deux bouts et à pratiquer la gastro-entérostomie suivant le procédé de Hacker. Ce procédé tout en relevant la nutrition comme la gastro-entérostomie simple, a encore l'avantage de faire disparaître rapidement la douleur.

Dans un cas où au cours d'une laparotomie pour cancer du pylore, M. v. Eiselsberg avait constaté l'existence simultanée d'un cancer au niveau du cardia, M. v. Eiselsberg établit une fistule au niveau de la première anse du jéjunum, c'est-à-dire fit une jéjunostomie. Les douleurs disparurent et la malade put s'alimenter par sa fistule.

M. Doyen (Reims) a pu constater que les contractions spasmodiques du pylore jouent le rôle principal dans les douleurs qu'éprouvent les cancéreux ou les ulcéreux de l'estomac. En établissant un abouchement entre l'estomac et l'intestin, on fait disparaître ces douleurs quand même on ne touche pas à l'ulcération.

Pour les rétrécissements du pylore, M. Doyen préfère la gastro-entérostomie à la pyloroplastie, 26 gastro-entérostomies faites d'après son procédé lui ont donné 3 morts, soit une mortalité de 11.5 0/0.

M. Kocher a pratiqué 14 gastro-entérostomies avec incision transversale du jéjunum, avec 2 cas de mort. Pour ce qui est de la résection du pylore, la méthode qui lui a donné de meilleurs résultats est celle qui consiste à fermer la plaie stomacale et à aboucher le duodénum à la face postérieure de l'estomac.

M. Wœlffler (Prague) préfère la gastro-entérostomie antérieure à 15 centimètres environ du duodénum, et pour éviter le reflux du contenu stomacal dans l'intestin, il dispose l'anse perpendiculairement à la paroi stomacale et la fixe dans cette position en pratiquant l'abouchement à la partie inférieure de la portion descendante de l'anse fixée.

M. Krukenberg (Halle) a pratiqué une gastro-duodénostomie dans un cas de rétrécissement cicatriciel du pylore où la gastro-entérostomie et la résection étaient impossibles à cause des adhérences. De plus, ayant eu des craintes pour la solidité des sutures, il établit en même temps une fistule stomacale. La malade guérit.

M. Hahn (Berlin) a pratiqué jusqu'à présent 27 gastro-entérostomies, 7 résections, 3 gastrostomies et 7 interventions pour adhérences. Sur ce nombre, 5 opérés ont succombé : 4 à la gastro-entérostomie, 1 à la résection du pylore. Les gastro-entérostomies ont été faites d'après le procédé de Wœlffler. La résection d'après un procédé qui consiste à fermer le duodénum par invagination, à fermer la plaie stomacale et à établir ensuite un abouchement gastro-jéjunal.

M. Krœnlein a perdu 3 opérés sur 12 résections du pylore pour cancer.

M. Kœnig (Gottinguen) a pratiqué 30 gastro-entérostomies par le procédé de Wœlffler sans jamais observer de pénétration du contenu intestinal dans l'estomac. Un des opérés a succombé avec des phénomènes d'iléus, dus peut-être à la compression du côlon transverse, qui est pourtant facile à éviter.

Invagination intestinale.

M. Rydygier (Cracovie) établit une distinction entre l'invagination aiguë et l'invagination chronique au point de vue de l'intervention. Pour la première, il lui semble tout à fait impossible de compter sur une guérison spontanée, aussi l'indication d'une intervention précoce est aussi formelle que dans la hernie étranglée. Comme le plus grand danger consiste dans l'imminence de la gangrène ou de la perforation, il faut rejeter l'anus contre nature et l'entéro-anastomose pour donner la préférence en premier lieu à la désinvagination et quand celle-ci est impossible à la résection.

24 cas aigus traités par la désinvagination ont donné à M. Rydygier 16 morts ; sur 12 autres traités par la résection 3 ont succombé. La mortalité est donc sensiblement la même dans les deux groupes.

Pour l'invagination chronique il ne faut pas attendre trop longtemps, de crainte d'avoir à intervenir sur un malade épuisé. Ici encore on tentera en premier lieu la désinvagination qui peut réussir en l'absence d'adhérences solides, et en cas d'impossibilité la résection.

M. Alsberg (Hambourg) a réussi avec la désinvagination dans trois cas aigus dont un datait de 16 jours. Les trois opérés ont guéri.

Tumeurs du cæcum

M. Kœrte (Berlin) a jusqu'ici pratiqué 9 fois l'extirpation du cæcum. Dans 4 cas il s'agissait de carcinomes, dans 4 cas de tuberculose et dans 1 cas d'actinomycose. Tous les opérés ont guéri ou survécu tout au moins à l'intervention. Seul, le malade affecté d'actinomycose succomba au bout de peu de temps aux progrès de la maladie. A la suite de ces résections, M. Kœrte pratique toujours l'implantation latérale de l'iléon dans le côlon, dont le bout a été invaginé et suturé. Cette manière de rétablir la continuité de l'intestin est préférable à la suture circulaire des deux bouts ou à l'anastomose latérale avec invagination et suture des deux bouts d'intestin.

Traitement de l'appendicite chronique.

M. Czerny, pour apprécier la valeur du traitement médical et du traitement chirurgical de l'appendicite envisage non pas la mortalité, sensiblement la même pour les deux cas, mais les résultats définitifs chez les guéris. Or tandis que les traités médicalement continuent à souffrir et à présenter les troubles fonctionnels et restent exposés à la récidive et aux dangers de la perforation, la guérison est définitive chez ceux qui ont été opérés.

En intervenant il s'agit avant tout de réséquer l'appendice, mais lorsqu'il existe un foyer de suppuration péri-appendiculaire on peut se contenter d'évacuer ce foyer, sans aller à la recherche de l'appendice, de crainte de rompre les adhérences protectrices.

Un des inconvénients de l'intervention est la production assez fréquente d'une hernie au niveau de la cicatrice dans les cas où le drainage a été nécessaire.

M. Schuchardt est intervenu dans une trentaine de cas d'appendicite aiguë par la simple évacuation du foyer, et bien que l'appendice fut souvent laissé en place, on n'a pas eu de récidive.

M. Kummel (Hambourg) qui a opéré 45 cas d'appendicite chronique n'a eu qu'un seul cas de mort. La perforation de l'appendice n'a existé que dans un tiers des cas.

M. Rosenbach est intervenu 5 fois pour l'appendicite chronique. Dans un cas où il existait une tuberculose du cæcum et de l'appendice, on a pratiqué la résection de l'intestin. Tous les malades ont guéri.

M. Küster a observé deux fois la production de fi tules après l'opération de l'appendicite. Dans un de c s cas, il y avait gangrène de l'appendice.

M. Krœnlein a eu à intervenir deux fois pour fistules consécutives à l'opération pour appendicite.

M. Lœbker (Breslau) est intervenu 6 fois pour appendicite

chronique. Dans un cas, on trouva un carcinome du cæcum.

M. Kœrte a observé aussi la formation de fistules après l'intervention pour appendicite, mais ces fistules ne durent jamais longtemps. La production de hernies au niveau de la cicatrice est assez fréquente.

Rétrécissements cicatriciels du rectum.

M. Schede (Hambourg) a pratiqué jusqu'à présent 15 fois la résection du rectum pour rétrécissements cicatriciels qui dans 14 cas étaient de nature syphilitique. Tous les opérés ont guéri, sauf un qui a succombé un mois plus tard aux ulcérations de l'intestin siégeant au-dessus de la partie réséquée.

Dans tous ces cas, le résultat fonctionnel a été excellent grâce à la conservation du sphincter.

L'opération présente dans ces cas de grandes difficultés par le fait de la friabilité des tissus, de l'absence du méso-rectum de la difficulté d'abaisser le rectum et d'assurer l'hémostase. Aussi, d'après M. Schede, cette opération ne doit pas être tentée chez les malades très affaiblis, chez lesquels il est préférable de faire la colotomie avec l'intention de pratiquer plus tard la résection quand l'état général sera suffisamment amélioré.

Tumeurs du pancréas.

M. Krœnlein a eu l'occasion d'intervenir dans un cas de sarcome primitif du pancréas chez une femme de 63 ans présentant au-dessus de l'ombilic une tumeur assez volumineuse, dure, bosselée et paraissant jouir d'une légère mobilité. La malade, très cachectique, faisait remonter à trois ans environ le début de cette tumeur. On avait fait le diagnostic de carcinome du pylore et ce ne fut qu'au cours de l'opération que l'on constata qu'il s'agissait d'une tumeur du pancréas développée surtout au niveau de la tête. L'extirpation ne fut pas sans présenter de sérieuses difficultés en raison des adhérences du néoplasme avec les organes voisins. A la fin de l'opération on sectionna entre deux ligatures une artère profondément située et présentant le calibre de la radiale. L'opérée succomba au bout de sept jours à une péritonite. A l'autopsie, on trouva une gangrène d'une portion assez étendue du côlon transverse, gangrène qui avait été la conséquence non pas d'une lésion du mésocôlon, mais bien de la ligature de l'artère colique moyenne. L'examen histologique de la tumeur démontra qu'il s'agissait d'un angiosarcome dont le point de départ avait dû se trouver probablement dans les germes aberrants de la capsule surrénale.

Splénopexie.

M. Rydygier (Cracovie) a fait avec succès il y a 3 mois la splénopexie chez un malade atteint de rate flottante. Il n'est pas indifférent d'enlever ou de laisser la rate dans l'abdomen, à cause des accidents graves qui surviennent dans le premier cas. La splénopexie est d'ailleurs plus difficile que la splénotomie, elle expose à de plus fortes hémorrhagies. Après une incision sur la ligne blanche, il a disséqué le péritoine au niveau des onzième et douzième côtes et y a fait une fente de manière à créer une poche dans laquelle il a logé et fixé la rate. Les sutures ont été faites sur le ligament gastro-splénique. Jusqu'à présent la rate est restée en place.

M. Israël (Berlin) rapporte un cas malheureux d'extirpation de la rate chez un homme de 56 ans atteint de douleurs vives causées par une tumeur de la rate. Le premier jour tout alla bien, le lendemain état somnolent qui s'aggrava; pouls fréquent, respiration de Cheyne-Stokes, rigidité des muscles du tronc, phénomènes cataleptiformes, albuminurie légère, mort. Rien à l'autopsie, ni dans le cerveau, ni l'abdomen, qui pût expliquer ce syndrome.

Kystes lymphatiques rétro-péritonéaux.

M. Narath rapporte l'observation de deux cas de kystes lymphatiques rétro-péritonéaux, qu'il a eu l'occasion d'opérer.

Dans le premier cas il s'agissait d'un homme de 52 ans porteur d'une tumeur qui occupait la moitié gauche de l'abdomen et s'étendait depuis l'hypochondre jusqu'à l'ombilic. La tumeur était fluctuante, immobile, sans rapport évident avec aucun des organes abdominaux. Comme le malade était très faible, on se contenta d'ouvrir le kyste et de le suturer aux lèvres de la plaie abdominale. Le contenu du kyste se présentait sous forme d'un liquide trouble, albumineux renfermant des gouttelettes graisseuses et des cristaux de cholestérine. Le malade ayant succombé à la septicémie huit jours après l'opération, l'autopsie permit de constater que le kyste s'était développé au-dessus des vaisseaux rénaux gauches, entre le rein et la colonne vertébrale.

Dans le second cas la tumeur se présentait avec les apparences d'un abcès froid ossifluent descendu jusqu'à la partie supéro-interne de la cuisse. L'opération montra qu'il s'agissait d'un kyste chyleux qui était situé entre les adducteurs et les extenseurs de la cuisse et se continuait dans la fosse iliaque, entre l'aponévrose du muscle iliaque et le péritoine, pour arriver jusqu'à la hauteur d'une ligne transversale passant par l'ombilic.

Ruptures sous-cutanées du rein.

M. Küster a tout d'abord constaté que lorsqu'on laisse tomber sur le sol un rein entouré de sa capsule et préalablement injecté par l'uretère de façon à donner à l'organe une tension moyenne, on observe régulièrement une ou plusieurs ruptures s'étendant à toute l'épaisseur du parenchyme et se dirigeant vers le hile, si c'est le bord convexe de l'organe qui a reçu le choc.

Si sur le cadavre on laisse en place les reins, mais en enlevant d'un côté tous les viscères situés au-devant de l'organe, une compression très forte ou un choc violent n'ont aucune action sur le rein protégé par les viscères et provoquent la rupture du rein au-devant duquel on a enlevé les viscères. Ces expériences montrent donc que les viscères situés au-devant du rein protègent assez efficacement le rein contre les traumatismes extérieurs.

Les lésions directes du rein chez l'homme ne reconnaissent donc pas pour cause unique le choc: il faut y ajouter très probablement la contraction musculaire qui se produit au moment du choc et amène probablement l'adduction forcée des côtes qui tendent ainsi à déplacer le rein ou à le rompre.

Quant aux déplacements du rein, il est très probable que les traumatismes insuffisants pour amener la rupture du rein peuvent aboutir au déplacement de l'organe.

M. Kœlliker (Leipzig) a observé un garçon de douze ans qui, à la suite d'une chute d'une certaine hauteur sur le sol, eut pendant quelques jours une hématurie légère. Au quatrième jour, le malade paraissait en voie de guérison. Le lendemain, l'hématurie avait complètement cessé; mais, le huitième jour, l'enfant fut pris de fièvre et d'anurie. L'aggravation rapide des symptômes engagea à pratiquer, le dixième jour, une incision verticale dans la région lombaire gauche. Le diagnostic de rupture du rein gauche se trouva, en effet, confirmé. Le pôle supérieur du rein était en grande partie détaché du reste de l'organe par une déchirure s'étendant jusqu'au hile. On se contenta d'un bon drainage avec tamponnement de la plaie. La température redevint normale dès le jour de l'opération, l'anurie disparut et l'opéré sortit guéri au bout de six semaines.

En rapportant cette observation, M. Kœlliker insiste sur ce fait que, dans ce cas, ce sont les symptômes fébriles et l'anurie, mais nullement l'hématurie, qui ont rendu nécessaire une intervention, couronnée du reste de succès.

Intervention pour repli valvulaire de la vessie.

M. Trendelenburg (Berlin) a eu l'occasion d'intervenir deux fois pour des troubles urinaires causés par des replis valvulaires de la vessie.

Dans un cas, il s'agissait d'un homme de cinquante ans, chez lequel les troubles de la miction avaient débuté dans l'enfance et s'étaient progressivement aggravés. Le malade avait des symptômes de cystite; il vidait incomplètement sa vessie et il ne pouvait uriner dans le décubitus dorsal. La cure de la cystite ayant échoué, on pratiqua la cystostomie, qui permit de constater la présence d'un gros repli valvulaire de la muqueuse, en arrière duquel la vessie formait un cul-de-sac profond. Ce repli fut sectionné profondément d'avant en arrière, puis la plaie disposée transversalement par une série de sutures de la muqueuse. L'opération fut

terminée par le drainage de la vessie et la suture partielle de l'incision vésicale. Le malade fut bientôt guéri de sa cystite et les troubles de la miction disparurent presque complètement.

Le second opéré est un homme de quarante et un ans, chez lequel les troubles fonctionnels de la vessie remontaient à une douzaine d'années. L'urine était normale, mais le malade éprouvait de vives souffrances dès que la vessie en renfermait une certaine quantité. Ici également, l'opération fut couronnée d'un plein succès.

Néphrectomie et extirpation totale de la vessie pour tuberculose.

M. Trendelenburg rapporte l'observation d'une jeune fille, atteinte de tuberculose du rein gauche et de la vessie, et chez laquelle il pratiqua l'ablation du rein malade et l'extirpation totale de la vessie. L'uretère du rein droit, auquel on avait conservé une collerette de muqueuse vésicale, fut implanté dans le gros intestin. La malade se remit complètement de cette intervention, mais depuis quelque temps il est survenu des phénomènes d'irritation du côté de la muqueuse intestinale.

Etiologie des tumeurs de la vessie.

M. Rehn (Francfort-sur-Mein) après avoir indiqué le rôle étiologique de l'irritation dans la production des tumeurs, rapporte l'observation de trois ouvriers employés à une fabrique de couleurs d'aniline, qui présentaient deux des tumeurs papillomateuses et un, un cancer de la vessie, développés au niveau des orifices uretéraux.

M. Rehn pense qu'il n'y avait pas là simple coïncidence, mais plutôt action spéciale de substances irritantes éliminées avec les reins. Du reste, les ouvriers employés à la fabrication d'aniline sont sujets à des troubles variés, parmi lesquels l'hématurie est assez fréquente.

Etiologie du cancer.

M. Tillmans (Leipzig) fait observer que, malgré les dernières recherches sur la nature microbienne du cancer et l'existence de sporozoaires dans les tissus cancéreux, l'étiologie du cancer reste encore très obscure. La présence même de ces parasites n'a pas encore été démontrée d'une façon positive, ni au point de vue morphologique, ni au point de de vue biologique.

Toutefois, malgré l'absence de preuves indiscutables, la nature parasitaire du cancer doit être considérée comme très vraisemblable. Les faits qu'on peut invoquer à l'appui de cette hypothèse sont surtout d'ordre clinique. Tels les faits d'auto-inoculation sur le même individu, ou d'inoculation à petite distance au cours des opérations. On peut également citer les faits de carcinome de l'œsophage ou de l'estomac succédant au cancer de la langue et ayant le même type histologique que ce dernier.

Un point de l'étiologie du cancer qui semble bien établi est l'existence des causes prédisposantes comme les traumatismes et les états inflammatoires chroniques, l'action irritante sur des muqueuses de certaines substances, telles que le tabac et l'alcool, l'influence de l'âge, de l'hérédité et de la race, la prédisposition de certains organes pour les métastases (foie, système osseux dans le cancer de la glande thyroïde, etc.).

Quant à l'histogénie du cancer, M. Tillmans se rattache, faute de mieux, à l'hypothèse de M. Ribbert, d'après lequel le cancer serait caractérisé par un déplacement de cellules épithéliales qui, pendant leurs relations avec les formations épithéliales deviendraient le point de départ d'une prolifération atypique. Dans cette séparation d'éléments le tissu conjonctif jouerait un rôle actif qui, par prolifération, s'insinuerait entre les éléments épithéliaux et les séparerait en amas distincts.

Sarcomes et lymphomes d'origine syphilitique.

M. Esmarch (Kiel) a été frappé de ce fait que certaines tumeurs qui se présentaient avec tous les caractères de sarcomes guérissaient par le traitement antisyphilitique. C'est ainsi qu'il a eu l'occasion d'obtenir la guérison par le traitement spécifique dans deux cas de récidive inopérable de tumeurs malignes.

La connaissance de ces faits est donc fort importante en ce sens qu'avec un diagnostic précoce on peut éviter une opération inutile. Il faut donc avant tout rechercher les antécédents du malade pour ce qui touche à la syphilis héréditaire ou acquise, prendre en considération le siège de la tumeur, les tumeurs des muscles striés, de la paroi abdominale, du crâne, du tibia étant fréquemment de nature syphilitique; enfin attribuer une importance toute particulière à la récidive rapide après l'opération et à la disparition de la tumeur après un érysipèle.

Les caractères objectifs de la tumeur ne peuvent guère être utilisés pour le diagnostic de cancer syphilitique ou de syphilome. Par contre l'examen microscopique a ici une grande importance et le diagnostic de syphilome s'impose chaque fois que la tumeur est formée d'un tissu de granulations avec des foyers de dégénérescence graisseuse et une prolifération des parois des vaisseaux.

M. Kœnig n'a jamais vu un cas de ce genre; peut-être cela tient-il aux conditions locales d'observation, les syphilis malignes étant beaucoup plus fréquentes au bord de la mer que dans l'intérieur des terres. Il a observé une tumeur de la face considérée comme syphilitique, mais le traitement ioduré n'amena pas la guérison, et comme, la tumeur était inopérable, le patient succomba.

M. Rose (Berlin) appuie les remarques d'Esmarch. Il n'a pas observé de grosses tumeurs syphilitiques à Berlin, mais en a constaté deux cas en Suisse : les malades ont été guéris par le traitement antisyphilitique.

M. Krause (Altona) admet avec M. Kœnig, que la syphilis expose au bord de la mer à des accidents tout autres qu'à l'intérieur des terres.

M. Esmarch admet également que les formes sont très graves au bord de la mer. L'action du traitement n'est pas immédiate, le traitement doit être prolongé et énergique. Les premiers signes d'amélioration se montrent seulement après six semaines d'un traitement par les frictions et l'iodure de potassium.

M. Linder fait remarquer que beaucoup de guérisons merveilleuses de graves tumeurs par les homéopathes doivent être attribuées à la nature syphilitique du mal. Il cite un cas de sarcome de la mâchoire supérieure guérie par le traitement homéopathique.

M. Esmarch. — Les phénomènes syphilitiques graves disparaissent parfois spontanément sans qu'on sache la raison de cette transformation.

Traitement des tumeurs malignes par les toxines microbiennes.

M. Friedrich (Leipzig) a essayé de traiter par les injections de toxines 14 carcinomateux et 3 sarcomateux de la clinique de Thiersch. Les résultats furent absolument nuls chez les carcinomateux. Parmi les sarcomateux, un seul parut tirer un bénéfice du traitement: la tumeur, un lymphosarcome du cou, est restée stationnaire, mais l'état général du malade s'est sensiblement amélioré.

M. Lauenstein (Hambourg) a essayé sans le moindre succès les injections de toxines chez une femme atteinte d'un cancer inopérable de l'utérus.

M. Kocher qui a traité par les toxines un cancer inopérable du bassin, a vu le néoplasme diminuer pendant quelque temps de volume, pour augmenter ensuite et amener la mort de la malade.

M. Nicoladoni (Innsbruck) a observé un cas de guérison de sclérome du larynx, ayant nécessité la trachéotomie, après l'envahissement de la plaie par un érysipèle.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE LONDRES

Séance du 26 avril 1895.

Hypertrophie de la prostate

M. Moullin. — Dans deux cas j'ai pratiqué la castration pour hypertrophie de la prostate. Le premier cas est celui d'un homme de 74 ans, dont la prostate était énorme; les urines étaient ammoniacales et la vessie atteinte de cystite était extrêmement contractée. L'émission de l'urine était des plus difficiles et cependant continue, car le malade devait toujours porter un urinal; le malade devait se lever 14 ou 15 fois par nuit et il ne pouvait dormir un peu que grâce à l'usage de suppositoires à la morphine. Dix jours après l'opération le malade avait abandonné l'usage de la morphine et pouvait déjà dormir une heure et demie de suite; de plus le toucher rectal indiquait que la prostate avait diminué de volume. Le jet d'urine était plus fort; la réaction de ce liquide était neutre et le malade commença à rendre de petites masses de phosphate. Un mois après l'urine était acide et le malade continuait à rendre des masses de phosphate en urinant. La difficulté pour uriner avait presque entièrement disparu. La vessie contenait plus d'urine que précédemment et était bien moins sensible à l'introduction d'un cathéter. L'état général s'était considérablement amélioré. Le second cas est celui d'un homme très gros ayant une prostate très hypertrophiée; l'urine contenait un peu d'albumine, mais avait une réaction acide; il y avait eu à plusieurs reprises de la cystite et des hématuries; le malade était obligé de se sonder toutes les heures jour et nuit; depuis 15 mois il n'avait pu rendre d'urine sans être sondé. On fit la castration : le malade supporta bien l'opération et tout alla bien pendant 3 jours. Puis l'opéré fut pris d'une dyspnée intense, qui se calma, puis reparut, accompagnée d'hématuries et de diarrhée profuse. Le malade mourut le 11e jour. A l'autopsie on trouva un cœur atteint de dégénérescence graisseuse; les reins étaient le siège de cirrhose. La vessie contenait un calcul caché en arrière de la prostate; les parois de la vessie étaient très congestionnées et ulcérées par places. La prostate, uniformément hypertrophiée était molle; un lobe de la prostate qui faisait saillie dans la cavité vésicale présentait des signes manifestes de rétraction.

M. Langton. — Il y a plusieurs années j'ai opéré un homme de 68 ans qui avait une grosse prostate et une tuberculose du testicule droit. J'ai enlevé ce testicule et j'ai constaté dans la suite une diminution de la prostate du côté correspondant. Plus tard le testicule gauche devint tuberculeux et je l'ai enlevé; la prostate se rétracta alors complètement. Ce sujet vit encore actuellement et se porte très bien.

M. Gould. — L'année dernière j'ai enlevé un testicule tuberculeux; la prostate n'a pas diminué de volume après l'opération. Cette année j'ai enlevé l'autre testicule devenu tuberculeux; il y a eu depuis cette seconde opération une grande diminution de volume de la prostate.

M. Moullin. — L'ablation d'un seul testicule ne produit aucun changement de volume de la prostate normale, mais amène une rétraction uni-latérale dans le cas de prostate hypertrophiée.

Goître kystique intra-thoracique.

M. Bowlby. — Une femme de 34 ans avait remarqué deux ans auparavant une petite tumeur dans la fossette sus-sternale et dès lors elle avait trouvé que sa respiration devenait plus courte; la respiration s'embarrassa de plus en plus et il y eut même plusieurs crises de dyspnée. L'une de ces attaques fut consécutive à un refroidissement et s'accompagna de catarrhe nasal et de bronchite; la tumeur du cou avait augmenté de volume. Cette attaque de dyspnée, qui avait motivé l'entrée de la malade à l'hôpital, fut très intense et accompagnée de tirage et de cyanose; les respirations étaient extrêmement rapides et il y avait de la fièvre. En palpant la région sus-sternale on avait une sensation de plénitude et la glande thyroïde était un peu hypertrophiée. Mais en outre, quand la malade toussait, le gonflement cervical augmentait dans des proportions énormes, et une grosse masse arrondie était brusquement projetée de la poitrine dans le cou et disparaissait ensuite aussi rapidement. La tumeur ne se déplaçait que très peu au moment de la déglutition. La percussion révélait une matité au niveau de la partie supérieure du sternum et des trois premiers cartilages costaux. On entendait dans la trachée et les bronches de gros râles muqueux. On fit le diagnostic de goître intra-thoracique. On opéra et on vit alors que la tumeur était kystique et qu'elle était attachée au lobe gauche du corps thyroïde. On ouvrit ensuite la trachée par suite de la cessation de la respiration et on incisa le kyste; il contenait une grande quantité de liquide; il avait repoussé en arrière la trachée en la comprimant et s'était placé entre les sommets des deux poumons. Les parois du kyste étaient très minces. Du reste le corps thyroïde n'était pas hypertrophié. La malade guérit en trois semaines. Plusieurs mois après il n'y aucun signe de récidive.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 3 mai 1895.

Lèpre des poumons.

M. Riehl a eu l'occasion de faire l'autopsie d'un individu atteint de lèpre pulmonaire et ayant présenté des bacilles spécifiques dans les crachats.

A l'autopsie on trouva dans la plèvre gauche 700 cm. c. d'un liquide sanguinolent. Après avoir détaché les adhérences qui existaient entre le poumon et la plèvre au niveau des 5e, 6e et 7e côtes, on trouva un abcès intra-pulmonaire qui s'en allait dans les corps vertébraux correspondants.

Le liquide pleural et l'abcès intra-pulmonaire ne renfermaient pas de bacilles spécifiques; ceux-ci furent par contre trouvés en grand nombre dans le tissu péri-bronchique et la sous-muqueuse des grosses et petites bronches. Le parenchyme pulmonaire proprement dit n'en renfermait pas.

M. Wintersteiner a eu l'occasion d'examiner microscopiquement les yeux du malade chez lequel on avait constaté pendant la vie l'existence de l'iritis et de l'épisclérite et la présence des nodules lépreux au niveau des paupières.

Sous le microscope on a pu constater que les modifications de l'iris et de la sclérotique étaient également de nature spécifique. Dans les endroits infiltrés on trouva notamment un grand nombre de cellules géantes renfermant des bacilles spécifiques.

Thrombose et purpura postinfluenziques.

M. Gruss rapporte l'observation d'un homme de 41 ans qui à la suite d'une attaque d'influenza fut pris en novembre 1894 de pleurésie gauche. Peu de temps après apparut dans l'hypochondre gauche une tumeur volumineuse, dure au toucher et sensible à la pression. L'urine renfermait à ce moment des traces d'albumine, le sang un petit nombre de cellules cordicophiles. En janvier 1895 une thrombose des veines du bras, puis celle des veines du pharynx et de la glande thyroïde et finalement une éruption de purpura.

D'après M. Gruss la trombose des veines était dans ces cas produits par le virus influenzique.

Myosite ossifiante.

M. Ullmann présente un homme de 28 ans qui depuis quelque temps avait remarqué une raideur toute particulière de son articulation tibio-tarsienne droite. A l'examen on trouva une ossification partielle du gastrocnémien et du biceps fémoral.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

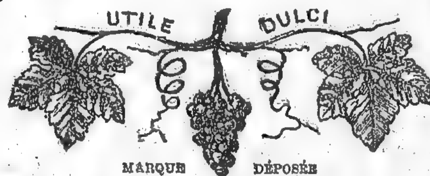
Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

CHATEL-GUYON

SOURCE GUBLER

Constipation — Dyspepsie — Obésité
Engorgements du Foie
Affections des Reins et de la Vessie
Gastro-Entérite — Congestions

Notices et Renseignements : **5, rue Drouot, Paris**



ELIXIR LUCAS

FER, VIANDE, VIEUX COGNAC

ANÉMIE, CHLOROSE, RACHITISME
CONVALESCENCES (Tolérance parfaite).

3f le flac. Phcie LUCAS, Ingrandes (M.-&-L.) et bonnes Phcies.
MÊME ÉLIXIR SANS FER

SAVONS MÉDICINAUX de Ao MOLLARD

JOUBERT, *Pharmacien de 1re Classe, Successeur*
PARIS, 8, Rue des Lombards — USINE à St-Denis (Seine) la douz.

SAVON *Phéniqué*... à 5% de Ao MOLLARD 12f
SAVON *Boraté*..... à 10% de Ao MOLLARD 12f
SAVON au *Thymol*.. à 5% de Ao MOLLARD 12f
SAVON à l'*Ichthyol*. à 10% de Ao MOLLARD 24f
SAVON *Borique*.... à 5% de Ao MOLLARD 12f
SAVON au *Salol*.... à 5% de Ao MOLLARD 12f
SAVON au *Sublimé* à 1% ou 10% de Ao MOLLARD 18f ou 24f
SAVON *Iodé* (KI — 10%).. de Ao MOLLARD 24f
SAVON *Sulfureux* hygiénique de Ao MOLLARD 12f ou 24f
SAVON au *Goudron* de Norwège de Ao MOLLARD 12f
SAVON *Glycérine*...... de Ao MOLLARD 12f

ILS SE VENDENT EN BOITE DE 1/4 ET DE 1/2 DOUZAINE AVEC 35 % à MM. les Docteurs et Pharmaciens.

EAU

Minérale naturelle Purgative de

RUBINAT

Source du Docteur LLORACH

La seule approuvée par l'Académie de Médecine de Paris.
L'analyse officielle démontre que cette eau contient 103g814 de substances fixes dont :

SULFATE DE SOUDE 96g265 — SULFATE DE MAGNÉSIE 3g268

CETTE EAU PURGE RAPIDEMENT ET SANS IRRITATION
ELLE N'EXIGE AUCUN RÉGIME
DOSE NORMALE UN VERRE A BORDEAUX

Prière à MM. les Docteurs de bien spécifier sur leurs Ordonnances
Rubinat Source *Llorach*

CAPSULES DE SULFATE DE QUININE

De **PELLETIER** ou des Trois Cachets

Ces capsules, de la grosseur d'un pois, contiennent dix centigr. de sulfate de quinine, garanti par l'inscription, sur chacune d'elles, du nom de (PELLETIER) elles s'entr'ouvent en quelques minutes dans l'eau froide, ne durcissent pas comme les pilules, s'avalent plus facilement que les cachets. Le prix pour le Pharmacien est de **six centimes** la pièce par Flacon de 100, il peut les détailler au gré du médecin.

LES SELS SUIVANTS :

Bisulfate de Quinine.	Valérianate de Quinine.
Bromhydrate de Quinine.	Chlorhydrate de Quinine.
Lactate de Quinine.	Chlorhydrosulfate de Quinine.

Se délivrent également en capsules de 10 centig., mais leur prix varie suivant les cours

Pharmacie VIAL, 1, rue Bourdaloue, PARIS

SIROP & VIN DE DUSART

AU LACTO-PHOSPHATE DE CHAUX

Le procédé de dissolution du phosphate de chaux dans l'acide lactique, qui est l'acide du suc gastrique, est dû à M. DUSART; le corps médical a constaté l'efficacité de cette combinaison dans tous les cas où la nutrition est en souffrance. Il est donc indiqué dans la phthisie, la grossesse, l'allaitement, le lymphatisme, le rachitisme et la scoliose, la dentition, la croissance, les convalescences.

SIROP — VIN — SOLUTION (2 à 6 cuillerées à bouche avant le repas)

DÉPOT : 113, Faubourg-St-Honoré et toutes Pharmacies.

PHOSPHATE DE FER

Pyrophosphate de Fer et de Soude, de **LERAS**, Dr ès-sciences.

Solution ou Sirop incolores, sans goût de fer, n'ayant aucune action sur les dents, ne provoquant pas de constipation, toujours bien supportés par les estomacs les plus délicats; ils réunissent les principaux éléments des os et du sang, fer et acide phosphorique, et contiennent 20 centigr. de sel de fer par cuillerée à bouche. — CHLOROSE, ANÉMIE, APPAUVRISSEMENT DU SANG. — 1, rue Bourdaloue

GRANULÉS EFFERVESCENTS de CHLORALOSE BAIN

HYPNOPTIQUE NOUVEAU (Formule HANRIOT et Ch. RICHET)

B. BAIN & FOURNIER, seuls Préparateurs, 43, *Rue d'Amsterdam, Paris.*

LE VÉRITABLE THAPSIA

doit porter les Signatures

Ch Le Perdriel *Reboulleau*

Les exiger pour éviter les accidents reprochés aux imitations.

TOILE VÉSICANTE

LE PERDRIEL

Action Prompte et Certaine

EXIGER LA COULEUR ROUGE

La plus ancienne. * La seule admise dans les Hôpitaux civils.

LE PERDRIEL et Cie, Paris.

N° 20 — 15 MAI 1895 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 20 au 25 mai 1895.

Mercredi 22. — M. Gravière. Comparaison de l'allaitement mercenaire à distance et de l'allaitement artificiel quant à la valeur théorique et pratique du lait et à ses conséquences pour le nourrisson. — M. Beaudriller. De l'angine granuleuse.

Samedi 25. — M. Michel. Etude sur le diagnostic et le traitement de la diphthérie. — M. Turner. Du pronostic opératoire des fibromes des parois abdominales. — M. Kéating-Hart. Traitement des néphrites albumineuses chroniques par les courants galvaniques et la diélectrolyse du chlorure de sodium. — M. Gillet Contribution à l'étude de l'amblyopie toxique (alcool et tabac). — M. Jonnart. De l'épididymite syphilitique tertiaire.

Concours de l'Adjuvat. — Juges : MM. Guyon, président, Farabeuf, Schwartz, Poirier, Nélaton.

Candidats : MM. Bois, Courtillier, Fredet, Lapointe, Mouchet, Pasteau, Petit, Touche.

Composition écrite. — Nerf sciatique. Poplité externe. Anatomie et physiologie.

Concours d'agrégation. — Sont admis aux épreuves définitives, par ordre alphabétique :

CHIRURGIENS. — *Paris* : MM. Broca, Chaput, Hartmann, Legueu, Rochard et Walter.

Bordeaux : MM. Binaud, Braquehaye, Gaudier et Lagoutte.

Lyon : MM. Albertin, Curtillet, Dor, Nové-Yosserand et Vallas.

Montpellier : MM. Gaudier, Gervais de Rouville et Lasalle.

Nancy : MM. Adam, Frœlich et Lagoutte.

Toulouse : MM. Aldibert, Bauby et Lassalle.

ACCOUCHEURS. — *Paris* : MM. Bonnaire, Lepage et Potocki.

Lille : MM. Bué, Oui, Vallois.

Montpellier : MM. Lavergne, Puech et Vallois.

Nancy : MM. Schult et Vallois.

Leçons d'une heure après 48 heures de préparation (ordre de passage).

CHIRURGIENS : 11 mai MM. Aldibert, Frœlich ; 13 mai MM. Chaput, Bauby ; 14 mai MM. Binaud, Adam ; 15 mai Braquehaye, Dor ; 16 mai MM. Walther, Lassalle ; 17 mai MM. Leguen, Lagoutte ; 20 mai Nové-Josserand, Gervais de Rouville ; 21 mai MM. Albertin, Broca ; 22 mai Gandier, Hartmann ; 23 mai MM. Vallas, Curtillet ; 24 mai M. Rochard.

ACCOUCHEURS : 24 mai MM. Potocki, Schuhl, Bué, Oui, Puech, Vallois, Lavergne, Lepage, Bonnaire.

Questions : 1° Des fractures spontanées. — 2° Des rétrécissements cicatriciels et cancéreux de l'œsophage. — 3° Luxations anciennes de la hanche. — 4° Tumeurs de la rate. — 5° Plaies des veines. — 6° Goitre suffocant.

Concours d'agrégation d'anatomie, physiologie et histoire naturelle. — Ce concours s'ouvrira à Paris le 20 mai.

Le jury est ainsi composé : M. Mathias-Duval, président ; MM. E. Perrier (de l'Académie des sciences) ; Farabeuf (Paris) ; Bouchard (Bordeaux) ; Morat (Lyon) ; Granel (Montpellier) ; Prenant (Nancy) ; Poirier et Gley, agrégés de Paris ; Laborde (Académie de médecine).

Les candidats sont : *Physiologie.* — MM. Cousin, Sellier, Delzenne, Doyen, Biscous, Lambert, Pachon, Guibbaud.

Anatomie. — MM. Cannieu, Durand, Siraud, Mouret, Jacques, Moran, Pilliet, Rieffel, Thiéry, Viguié, Ambialet, Soulié, Morestin.

Histoire naturelle. — MM. Gerber, Beille, Peytoureau, Dewèvre, Galavielle, Vuillemin.

Première réunion le 20 mai à midi et demi pour la constitution du jury, l'appel des candidats, la préparation des questions qui devront faire l'objet des leçons de trois quarts d'heure ; enfin la désignation, par le sort, de l'ordre dans lequel les candidats subiront leurs épreuves.

Faculté de médecine de Toulouse. — M. le docteur Soulié est nommé chef des travaux d'histologie (emploi nouveau).

Ecole de médecine de Rennes. — M. Lautier est institué suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

— Une session d'examen pour le diplôme de chirurgien-dentiste s'ouvrira le lundi 3 juin 1895 à la Faculté de médecine de Paris.

— **Les concours** de professeurs suppléants près l'Ecole de médecine de Poitiers se sont terminés par les nominations de M. le docteur Latrille, pour l'anatomie et la physiologie, et de M. le docteur Malapert, pour la clinique chirurgicale.

VARIÉTÉS

Légion d'honneur. Ont été promus et nommés :

Au grade de grand-officier : M. le docteur Gailleton, maire de Lyon.

Au grade de chevalier : MM. les docteurs Cazeneuve (de Lyon), Dropet (Fayl-Billot).

— Le concours pour la place de chirurgien-adjoint de la Maternité de Bordeaux vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Rivière, agrégé.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Conférences cliniques sur la tuberculose des enfants, par le Dr PAUL SIMON, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy. Félix Alcan. 1 vol. in-8°, 3 fr.

DERMATOLOGIE

Sur les formes atrophiantes de l'ichtyose et leur histologie, par le Dr Ch. Audry (Toulouse).

Voici une observation qui a motivé quelques réflexions cliniques et anatomo-pathologiques un peu particulières au sujet d'une variété d'ichtyose vulgaire.

Observation I. — Marie R..., âgée de 70 ans, entre à ma clinique, salle Sainte-Cécile, le 10 décembre 1894. C'est une femme amenée dans un service de médecine par la misère et qui nous est envoyée à cause de l'état de son tégument.

La malade déclare que sa peau présente le même aspect depuis sa naissance « qui est advenue sous une mauvaise étoile ». Ni une fièvre typhoïde, ni une pneumonie, ni la grossesse n'ont amené de modification. Jamais la malade n'a souffert de prurit, ni d'aucune espèce de complication.

Actuellement, la peau est extraordinairement amincie, souple, mobile, ridée, trop large pour les membres qu'elle revêt. Cette mobilité a son maximum au niveau de quelques articulations, coude, poignet, faces latérales du genou, malléoles, c'est-à-dire dans des points où, habituellement, le tégument est tendu.

L'épiderme est d'une teinte générale gris sale, partagé en espaces d'aspect écailleux; les surfaces sont poudrées d'une desquamation blanche, fine, farineuse, assez adhérente; desquamation accumulée surtout dans les sillons. En d'autres points, l'épiderme présente simplement une desquamation en lambeaux épidermiques mince et fine entièrement ichtyosiforme.

La lésion a son maximum de développement sur les membres supérieurs et inférieurs; on la retrouve un peu moindre sur les joues. Le tronc ne présente qu'un peu de desquamation sèche, fine, blanche. Les ongles sont intacts; les cheveux sales; le cuir chevelu manifestement scléreux. Aucune trace d'un processus initiatif quelconque. Les poils ont presque disparu. Sécheresse extrême de l'épiderme. Sensibilité normale, ainsi que les urines. Etat général bon. Viscères sains.

Le diagnostic porté fut ichtyose vulgaire modifié par l'état sénile, ce dernier aurait exagéré le caractère atrophique qu'on note à l'examen de tous les ichtyosiques vrais; ce caractère atrophique, clinique et histologique est d'ailleurs important en ce que, à notre avis, cette atrophie manque dans la xérodermie pilaire authentique. Au reste, ces formes ratatinantes, atrophiantes de l'ichtyose sont bien connues; il suffit de se reporter au texte et aux notes de la deuxième édition française de Raposi pour les voir signalées et décrites.

A la dernière réunion (1894) des dermatologistes allemands, M. Jadassohn a présenté un malade atteint d'une affection qu'il dénomma : pityriasis alba atrophicans. Je pensais que c'était là simplement une observation d'ichtyose avec atrophie. L'examen des photographies jointes au mémoire m'a démontré la similitude de son malade et de la mienne, et je pense, par conséquent, que le pityriasis alba atrophicans de Jadassohn est simplement une variété de l'ichtyose vulgaire (1).

II. Au point de vue anatomo-pathologique, il y a différents points important à relever. Voici les résultats constatés sur les coupes d'un fragment de peau de l'avant-bras (face dorsale).

(*Alcool, paraffine. Bleu de méthyle alcalin ou non, bleu polychrome, picrocarmin de Rauvier, hématoxyline aluné, orcéine acide.*)

Epithélium. — Très aminci, réduit à 2 ou 3 couches de cellules muqueuses à espace hyalin périnucléaire exagéré à prolongements exoplastiques peu déterminés. Absence complète de stratum granuleux. Eléidine disparue, couche cornée succédant brusquement au corps muqueux, feuilletée, non nucléée, peu adhérente. Pas de leucocytes dans l'épiderme. Enfin, on trouve les colonnes interpapillaires de hauteur normale, mais étroites et grêles.

Derme. — Dans le derme papillaire peu de lésions : réseau élastique sous-épithélial, intrapapillaire manifestement plus grêle qu'à l'état normal, mais non détruit : aucune trace de diapédèse anormale.

Dans le derme sous-papillaire, plexus élastique un peu amoindri, quelques infiltrations de cellules rondes autour des vaisseaux. Le nombre des cellules fixes est diminué.

A mesure qu'on s'éloigne de l'épithélium on note un développement plus considérable de fibres élastiques épaissies, dilatées, mais ayant gardé leurs dispositions normales. Les fibres conjonctives sont troubles, morcelées, en blocs irréguliers, vivement colorées en rose par le picrocarmin. Cellules fixes rares.

Il n'y avait pas de glandes ni de poils sur le fragment de peau examiné.

En ce qui touche l'état de l'*épithélium*, j'ai constaté une particularité toute spéciale : la disparition de l'éléidine.

En général, au contraire, l'éléidine est normale, et surtout hypertrophiée sur les préparations d'ichtyose ordinaire. Jadassohn a également noté cette disparition (Disparition de l'éléidine, diminution de la kératohyaline : Dreyse et Oppler). C'est là un caractère histologique très anormal dans le cas particulier et très important : il nous oblige à rapprocher ce stade de l'ichtyose des dermatoses kératolysantes telles que le psoriasis, telles surtout que les dermatites expoliatrices. Cependant, il ne me semble pas suffisant pour permettre de disjoindre ces faits d'avec l'ichtyose; il faut seulement admettre que cette disparition de l'éléidine représente le dernier terme évolutif de l'atrophie épithéliale ichtyosique.

Au point de vue de l'état du *derme*, nous voyons, non sans étonnement, que cette peau ne présente aucunement les lésions habituelles, presque constantes chez les vieillards, de la dégénérescence sénile.

Les recherches de Schmidt, de Reizenstein, de Unna ont réformé les notions fournies par Neumann en montrant qu'en réalité, les altérations décrites par celui-ci dans la peau sénile consistent surtout dans des lésions du tissu élastique. L'orcéine, le picro-carmin montrent très bien qu'en pareil cas, le tissu élastique a pris un développement extraordinaire, et s'est substitué presque complètement aux fibres conjonctives et aux cellules.

Indépendamment de la transformation de l'élastine (acidophile) en élacine (basophile) de Unna, j'admets, pour ma part, qu'il y a réellement néoformation de tissu élastique, et non pas seulement hypertrophie des éléments préexistants, et que c'est cette néoformation qui a étouffé les éléments disparus ou plutôt, résulte de leur transformation.

Nous ne trouvons rien de semblable sur les préparations de notre ichtyose atrophique; le tissu élastique est normal, peut-être un peu plus grêle : il n'est pas augmenté comme dans l'état sénile; il n'est pas détruit comme il le serait s'il s'agissait d'une maladie inflammatoire ainsi que le voudrait M. Tommasoli. Il n'y a pas, ou plutôt je n'y ai pas pu colorer d'élacine (par le bleu polychrome de Unna). Si l'atrophie épithéliale a pris les caractères séniles, l'atrophie dermique a conservé un caractère personnel : c'est une *atrophie connective, par opposition à l'atrophie elastique*. Enfin, cette atrophie de l'ichtyose se produit indépendamment de la sénilité; si notre malade est vieille, celui de Jadassohn est âgé de 30 ans : l'ichtyose est une atrophie totale de la peau; on fera bien de s'en souvenir en présence des variétés non élastiques d'atrophie cutanée.

(1) Le fait que les premiers symptômes seraient apparus lorsque le malade était âgé de 7 ans n'a rien d'exclusif. Cf. Tommasoli. Annales. de Derm. S. et 1893.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Péritonite à pneumocoques chez un enfant ayant eu antérieurement une suppuration osseuse du pied droit, communication à la Société de chirurgie, par E. Kirmisson.

L'enfant, D... Louis, âgé de 7 ans 1/2, nous est présenté le 8 janvier dernier comme atteint de péritonite tuberculeuse. Nous apprenons que, cinq semaines auparavant, il s'est formé chez lui un abcès à évolution assez rapide au niveau de la malléole externe du côté droit. Des pointes de feu profondes appliquées en ce point arrêtèrent l'évolution de la suppuration; mais, quelques jours après, un autre abcès se forma en dedans de l'articulation. Vers la même époque, le ventre devint douloureux. Actuellement, le ventre affecte la forme globuleuse; mais la saillie est surtout marquée dans la région sous-ombilicale; la partie sus-ombilicale de l'abdomen paraît relativement saine. Le ventre est partout également rénitent; la palpation n'y décèle ni bosselures, ni induration. Le choc se transmet facilement d'une main à l'autre dans tous les sens. Les veines sous-tégumenteuses sont développées. La cicatrice ombilicale, dans sa partie inférieure, est saillante en avant et forme une bosselure rougeâtre au niveau de laquelle la peau est amincie. Le malade est constipé; il urine avec peine; l'appétit est conservé; pas de vomissements; la respiration est normale; amaigrissement assez marqué.

Il était évident, d'après les symptômes, que nous étions en présence d'une péritonite enkysée, occupant la moitié inférieure de l'abdomen et tendant à s'ouvrir à l'ombilic. Il y avait donc urgence à intervenir.

Le 9 janvier, nous pratiquons, après chloroformisation, sur la ligne médiane, une incision longue de 6 centimètres environ, commençant un peu au-dessous de la cicatrice ombilicale. Les différentes couches de la paroi sont sectionnées au bistouri, puis le péritoine est déchiré avec la sonde cannelée; l'ouverture est élargie avec le doigt. Immédiatement, il s'écoule un flot énorme de pus crémeux, épais, verdâtre, renfermant de gros flocons. Le doigt introduit dans la cavité pénètre jusqu'au fond du petit bassin sans rencontrer l'intestin qui a été refoulé de toutes parts; on ne sent pas non plus la vessie qui est aplatie derrière la symphyse pubienne. Un lavage abondant de la cavité fait avec l'eau boriquée stérilisée entraîne encore de nombreuses nappes purulentes. Deux gros drains adossés en canon de fusil double sont introduits jusqu'au fond de la cavité pelvienne, et maintenus par un point de suture aux deux lèvres de la plaie. Pansement à la gaze iodoformée.

Les suites opératoires ont été d'une simplicité parfaite. Dès le 11 janvier, la température est redevenue normale; l'enfant mange et digère bien; les urines sont toujours rares et l'intestin paresseux. On continue à faire dans la poche des lavages à l'eau boriquée.

Le 8 février, les drains sont supprimés et remplacés par une petite mèche de gaze iodoformée. La suppuration est très minime.

Le 15 février, la suppuration a encore sensiblement diminué, la fistule est presque complètement fermée.

On ne trouve pas d'empâtement dans l'abdomen. La santé générale est très bonne. Le pied est complètement guéri; il ne reste qu'un peu de raideur dans les articulations tibio et médio-tarsiennes.

Le 18 février l'enfant quitte l'hôpital; il peut être considéré comme guéri; il conserve seulement une petite plaie superficielle. Depuis lors, nous avons eu de ses nouvelles; la guérison est aujourd'hui parfaite.

Ce qu'il y a d'intéressant dans ce cas particulier c'est qu'ici l'examen bactériologique du pus a été pratiqué. Il a décelé la présence en quantité très considérable du pneumocoque, associé à de rares streptocoques, absence absolue de bacilles tuberculeux.

Un certain nombre de ces péritonites à pneumocoques ont été signalées par nos collègues de médecine. Déjà, en 1893, MM. Charrin et Veillon (1) communiquaient à la Société de biologie l'exemple d'un malade cirrhotique mort de péritonite purulente à pneumocoques, chez lui la marche de l'affection avait été torpide, sans grande réaction fébrile.

Dernièrement à propos d'un fait qui leur est personnel, MM. Arnozan et Cassaët (1) établissaient à la Société médicale des hôpitaux une statistique d'après laquelle les faits publiés jusqu'ici seraient au nombre de onze.

Je rappellerai enfin qu'ici même un rapport a été lu par notre collègue Picqué sur une observation de M. Brault (d'Alger) dans laquelle une collection purulente ouverte par une incision verticale le long du grand droit de l'abdomen chez un homme de 35 ans présentait en grande abondance des pneumocoques (2), l'affection avait revêtu l'allure d'une appendicite.

Aujourd'hui où nous sommes appelés à intervenir dans un très grand nombre de cas de péritonite, il y a intérêt pour nous à bien connaître tout ce qui a trait à l'étiologie et à la symptomatologie de l'affection. Ce qui caractérise surtout la péritonite à pneumocoques, l'existence d'un pus verdâtre, tomenteux, renfermant des flocons fibrineux nombreux; enfin cette péritonite est une affection spéciale à l'enfance, puisque sur les onze observations relatées dans leur travail par MM. Arnozan et Cassaët, deux seulement avaient trait à des adultes.

Par l'âge de notre petit malade, aussi bien que par les caractères du pus, notre observation se rapproche des faits observés jusqu'ici. Ce qui lui donne un intérêt particulier, c'est l'évolution de la péritonite à la suite d'une suppuration osseuse du pied; circonstance qui, comme nous le disions en commençant, pouvait faire penser *à priori* à l'existence d'une péritonite tuberculeuse. Notons enfin, l'heureuse guérison de notre petit opéré; jusqu'ici en effet la péritonite à pneumocoques paraît comporter un pronostic particulièrement grave puisque sur les onze malades cités dans le travail de M. Arnozan, il en est huit qui ont succombé. Espérons qu'ici encore l'intervention chirurgicale viendra modifier heureusement dans la suite un pronostic d'une si déplorable gravité.

(1) *Société de biologie*, 30 décembre 1893.

(1) *Société médicale des hôpitaux*, 18 janvier 1895.
(2) *Société de chirurgie*, 3 octobre 1894.

NOUVELLES

Assistants de consultation. — L'arrêté, réglementant à nouveau le service de santé dans les hôpitaux et hospices, pris par le directeur de l'administration de l'Assistance publique, à la date du 2 mars 1895 et approuvé par le préfet de la Seine le 13 avril suivant, prévoit, à l'article 3, relatif au service des consultations externes, la nomination d'un certain nombre d'assistants de consultation, à qui sera confié le service de la consultation externe dans les établissements où ce service ne pourra être fait par les médecins et chirurgiens des hôpitaux, en raison du nombre insuffisant de ces praticiens.

Cet article prévoit également la nomination d'assistants de consultation suppléants, pour remplacer éventuellement pendant leurs absences les médecins et chirurgiens des hôpitaux, chargés de la consultation ainsi que les assistants de consultation.

Les assistants de consultation, titulaires ou suppléants, recevront, de même que les médecins et chirurgiens des hôpitaux chargés de la consultation, pour chacune des séances de consultation, qu'ils seront appelés à faire, un jeton de présence de 5 francs dans les hôpitaux du centre et deux jetons dans les hôpitaux excentriques.

Les médecins et chirurgiens des hôpitaux chargés de la consultation et les assistants de consultation seront, en outre, chargés de désigner aux directeurs des établissements auxquels ils seront attachés ceux des malades qu'il y aura lieu d'hospitaliser.

Les assistants de consultation sont nommés pour deux ans, ils pourront être maintenus en fonctions, mais seulement pendant une troisième année, sur l'avis du Conseil de surveillance.

Les candidats aux places d'assistants de consultation

doivent justifier, indépendamment du diplôme de docteur en médecine, de quatre années d'internat dans les hôpitaux de Paris. Ils sont nommés par le directeur de l'Administration sur la présentation d'une commission composée :

Pour les assistants de médecine : du représentant des médecins des hôpitaux au conseil de surveillance, président; du président de la Société médicale des hôpitaux ; du président de la Société des médecins des hôpitaux ;

Pour les assistants de chirurgie : du représentant des chirurgiens des hôpitaux au conseil de surveillance, président ; du président de la Société des chirurgiens chefs de service des hôpitaux; du président de la Société des chirurgiens des hôpitaux.

MM. les docteurs en médecine, réunissant les conditions sus-énoncées, qui désireraient obtenir un poste d'assistant de consultation titulaire ou suppléant, sont invités à faire leurs demandes dans le plus bref délai possible, en l'appuyant des titres et des références qu'il pourraient avoir à produire.

Ces demandes devront être adressées à M. le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique.

— M. Malosse, professeur de chimie et toxicologie à l'Ecole de médecine d'Alger, est élu membre du conseil académique d'Alger.

Congrès français de médecine. — On n'a pas oublié le grand succès qu'a obtenu le Congrès de médecine de Lyon. Le compte rendu de cette première session vient de paraître, et ce beau volume démontre à nouveau, par le nombre et l'intérêt des communications qui s'y trouvent mentionnées, tout ce qu'il a fallu de zèle et de dévouement aux organisateurs du Congrès et en particulier à son secrétaire général M. le Dr Bard, pour mener à bien cette entreprise.

La deuxième session se tiendra à Bordeaux sous la présidence du docteur Ch. Bouchard, membre de l'Institut, professeur à la Faculté de médecine de Paris. Elle s'ouvrira le 8 août 1895, pendant la période de l'Exposition, deux jours avant la clôture du Congrès annuel de l'Association française pour l'avancement des sciences.

Les trois questions, mises à l'ordre du jour par le Congrès de Lyon, et qui feront l'objet de rapports préalables, sont les suivantes :

1° **Des myélites infectieuses :**
Rapporteurs : M. le Dr Grasset, professeur à la Faculté de Montpellier.
M. le Dr Vaillard, professeur au Val-de-Grâce.

2° **Des rapports du foie et de l'intestin en pathologie :**
Rapporteurs : M. le Dr Teissier, professeur à la Faculté de Lyon.
M. le Dr Hanot, professeur agrégé à la Faculté de Paris.
M. le Dr Planté, répétiteur à l'Ecole principale du Service de Santé de la marine (Pathologie exotique).

3° **Des antithermiques analgésiques :**
Rapporteurs : M. le Dr Schmitt, professeur à la Faculté de Nancy.
M. le Dr Laborde, membre de l'Académie de médecine.

Les communications personnelles des membres du Congrès devront être inscrites avant le 14 juillet prochain, au secrétariat général (Dr X. Arnozan, 27 *bis*, pavé des Chartrons, Bordeaux).

Les adhésions peuvent être envoyées soit chez le secrétaire général, soit chez le trésorier (Dr Moure, 25 *bis*, cours du Jardin-Public, Bordeaux).

La cotisation de membre titulaire est fixé à 20 francs. Les étudiants en médecine peuvent être admis comme membres associés, moyennant une cotisation de 10 francs.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE

3e Session tenue à Paris du 18 au 20 avril.

Grossesse extra-utérine.

M. Berlin (Nice) rapporte un fait intéressant de grossesse extra-utérine. La difficulté du diagnostic fut extrême; jusqu'à la fin, M. Berlin crut à une grossesse intra-utérine avec enfant mort retenu dans la cavité. L'écoulement sanieux et putride qui provenait de l'intérieur du corps utérin entretenait son erreur et le cathétérisme ne parvenait pas à l'éclairer. La laparotomie fut pratiquée et ce ne fut qu'alors, l'opération étant déjà avancée, qu'on put bien voir qu'il y avait l'utérus d'une part, et, d'autre part, un kyste fœtal retenant un enfant mort depuis trois mois et demi à quatre mois (d'après l'anamnèse). M. Berlin sectionna tout le placenta constitué par des amas de caillots brunâtres, et cela sans la moindre hémorrhagie. Il y eut tentative de décortication. La femme succomba.

M. Gaulard. — L'écoulement sanieux provenant de la cavité utérine a fait croire à M. Berlin qu'il s'agissait d'une rétention dans l'utérus. Cependant, dans les grossesses ectopiques, on peut très bien voir survenir des phénomènes de putréfaction intra-utérine par altération de la caduque ; j'en ai observé un exemple assez typique chez une femme présentant une grossesse tubaire rompue dans le ligament large, à laquelle je dus pratiquer le curettage utérin pour combattre des accidents septiques à point de départ utérin.

M. Fochier s'étonne qu'on ne se soit pas adressé à l'élytrotomie plutôt qu'à l'ouverture du ventre.

M. Berlin. — Je n'aurais pu passer derrière le col et faire brèche dans le cul-de-sac postérieur qui n'existait pour ainsi dire pas. C'est, d'ailleurs, l'incertitude du diagnostic qui m'a contraint de recourir à la gastrotomie. Mieux averti, j'aurais sans doute préféré l'hystérectomie vaginale, qui m'aurait livré un large passage pour vider ensuite et drainer par la voie vaginale le kyste fœtal.

Dystocie par tumeur sacro-coccygienne.

M. Rivière. — Cette dystocie est assez rare, puisque, sur 107 observations, Molk ne signale de complication du travail que dans 16 cas.

Il faut, en effet, pour apprécier les troubles que peut causer la tumeur, tenir compte : *a*. de son volume; *b*. de sa nature; *c*. de son mode d'insertion; *d*. surtout de la présentation fœtale.

Du volume? Cela va de soi. Si la tumeur est grosse comme une noix ou grosse comme une tête fœtale, elle ne se comporte pas de la même façon.

De la nature? Evidemment. Les tumeurs solides ne se réduisent guère, tandis que, kystiques, elles peuvent s'allonger et modifier leurs formes, de manière que leur passage est presque toujours facile.

De leur insertion sessile ou pédiculée? Les tumeurs sessiles exposent bien plus à la dystocie.

Mais surtout de la présentation fœtale? En effet, avec une présentation céphalique, à moins d'un volume ou d'une dureté extrêmes de la tumeur, les choses, ordinairement, se passent bien. Il y a trois accouchements successifs de trois tumeurs qui se présentent en bon ordre, sans se contrarier : d'abord la tête, puis le siège, enfin la tumeur.

C'est la présentation la plus favorable et, d'ailleurs, la plus habituelle.

S'il y a présentation de la tumeur, les choses ne vont pas mal, peut-être un peu moins bien déjà : on a encore trois accouchements successifs.

Avec la présentation du siège, il n'en est plus de même : le siège s'engage, la tumeur se relève et s'applique contre le tronc, et tronc et tumeur arrivent ensemble, formant une trop large masse qui ne peut être acceptée par l'ouverture du bassin.

Si le diagnostic est fait, on peut remédier à cette cause de dystocie en relevant le siège le plus possible, en allant saisir la tumeur (sorte de version), en l'attirant pour substituer la présentation tumeur à la présentation siège. La manœuvre est aisée pour peu qu'il y ait un pédicule. L'évolution se fait alors comme dans la deuxième hypothèse, c'est-à-dire comme dans les cas où la tumeur vient spontanément première. J'ai pu observer deux cas de cette sorte. Dans le premier, le diagnostic fut erroné. L'accouchement ne se faisant pas, on appliqua sur le siège le forceps, qui dérapa. De guerre lasse, on dut broyer le siège et une partie du tronc et extraire ainsi le fœtus.

Dans le deuxième cas, qui m'est personnel, je soulevai le siège, saisis la tumeur, l'attirai et fis la manœuvre que j'indiquais plus haut.

On est souvent embarrassé pour reconnaître la cause de l'arrêt du travail. Est-ce une grossesse gémellaire? un fibrome du segment inférieur? une ascite fœtale? Ce n'est que l'introduction profonde de la main qui jugera la question.

Ces tumeurs ne sont nullement incompatibles avec la vie. M. Broca a relaté une opération qu'il pratiqua, pour une de ces tumeurs, chez une jeune fille âgée de quinze ans.

M. Fochier. — Il est quelquefois malaisé de mettre en pratique le conseil de M. Rivière. Dans une observation publiée par M. Leclerc, la tumeur était trop sessile, trop immédiatement dépendante du tronc pour en pouvoir être séparée et pour qu'on pût songer à l'attirer au-dessous du siège; je me suis contenté de la sectionner avec le crochet de Braun et les ciseaux.

Pathogénie de l'éclampsie.

M. Favre (La Chaux-de-Fonds). — On sait qu'Halberstma attribue l'éclampsie à la compression de l'uretère par l'utérus gravide, et Tibone, dans son rapport, au Congrès de Rome, accorde un certain crédit à cette théorie. Dans deux autopsies de femmes mortes éclamptiques, l'une non accouchée, l'autre ayant succombé après la délivrance, j'ai trouvé une imperméabilité absolue d'un des uretères par le fait de brides péri-utérines. Ces constatations n'ont pas été sans m'impressionner. D'autre part, je crois que l'élément microbien joue un grand rôle dans la production de l'éclampsie. Les recherches que j'ai faites et les résultats auxquels je suis arrivé ont été contestés par Olshausel et Dührssen, mais d'une façon spéculative. Or, je maintiens qu'il y a dans le sang, dans les viscères et dans les infarctus blancs du placenta des éclamptiques des microbes, facteurs étiologiques de la maladie.

Mes expérimentations m'ont permis de retrouver chez les animaux inoculés les microbes que j'avais constatés chez les femmes éclamptiques. De plus, les lésions viscérales des animaux en expérience ont été toujours identiques et typiques, à ce que je pense.

M. Rivière. — Est-ce qu'il y a dépendance entre ces deux faits : 1° imperméabilité des voies urinaires, dilatation de l'uretère, hydronéphrose; 2° présence de microbes dans le sang, les viscères, l'urine des éclamptiques.

M. Favre. — Certainement, les microbes ne suffisent pas.

M. Treub (de Leyde). — Si l'imperméabilité des uretères s'observe, c'est là un fait accessoire. Ce n'est pas l'arrêt au cours de l'urine qui cause l'éclampsie. Dans les compressions urétérales qu'occasionnent les cancers ou les fibromes utérins, on peut observer de l'urémie, mais jamais l'éclampsie à forme éclampsie gravidique.

M. Bar. — Je laisse de côté l'imperméabilité des uretères pour m'occuper des microbes. De quelles bactéries est-il question? M. Favre ne les spécifie guère. Sont-ce les bacilles du côlon, des staphylocoques, des proteus vulgaires? Ses recherches, très contestées, comme il le dit, n'ont pas le moins du monde élucidé ce point obscur. Il a trouvé des microbes, mais ne dit pas lesquels; c'est trop peu, à mon avis.

L'éclampsie paraît être, dans la généralité des cas, une maladie à type assez bien défini. Si l'on croit qu'elle est causé par un élément microbien, encore faudrait-il différencier cet élément, le distinguer par ses caractères, ses réactifs colorants, ses cultures sur les divers milieux, etc.

Opération césarienne.

M. Tarnier (de Paris). — Je désire vous relater brièvement l'histoire de cinq malades chez lesquelles j'ai dû pratiquer l'opération césarienne. La première observation concerne une femme rachitique, n'ayant que peu de déformations, ayant accouché cinq fois à terme d'enfants volumineux, qui vint nous trouver, enceinte pour la sixième fois, et près du terme. Elle était atteinte d'un cancer de l'utérus et je me décidai a pratiquer l'opération césarienne. Tout se passa bien. Jamais la température ne dépassa 37°8. L'enfant naquit en état de mort apparente, mais fut ranimé et vécut.

Le deuxième fait à trait à un cancer de l'utérus et du segment inférieur chez une sexipare. J'incisai la paroi, je sectionnai l'utérus sur une faible étendue et j'agrandis ensuite la plaie avec les ciseaux. La suture fut malaisée parce que l'utérus, bridé par des adhérences cancéreuses, ne se laissait guère mobiliser. Mais les suites furent apyrétiques et la malade nous quitta guérie de son opération. Quant à l'enfant, il succomba dans la nuit qui suivit sa naissance. Il présentait une vaste hémorrhagie méningée. Si nous l'avions extrait par le forceps ou la version, nous n'eussions par manqué d'attribuer la lésion intracrânienne au traumatisme opératoire; si l'enfant était né spontanément, la cause de sa mort eût été recherchée dans un travail trop prolongé ou dans la compression par contractions trop violentes. Mais là l'extraction avait été des plus simples, exempte de toute espèce de violence.

La troisième opération fut faite chez une femme atteinte d'un gros corps fibreux. Le travail était commencé depuis trois jours, la poche des eaux ouverte; l'enfant, souffrant au début, ne tarda pas à mourir. Comme il semblait impossible que la terminaison par les voies naturelles pût avoir lieu, je me décidai à pratiquer la section césarienne. Tout alla bien jusqu'au cinquième jour. A ce moment, il survint une légère hyperthermie, avec lochies légèrement fétides. Je fis une injection utérine au cours de laquelle une syncope survint, et la malade mourut peu d'heures après, avec les signes d'une embolie pulmonaire. A l'autopsie, le revêtement péritonéal était rouge, sans trace manifeste de péritonite. D'ailleurs, la symptomatologie devait éloigner cette supposition. Dans l'artère pulmonaire on trouva l'embolus soupçonné.

Les quatrième et cinquième opérations furent faites chez la même femme, petite, grêle, rachitique, n'ayant marché qu'à trois ans, et présentant un bassin de forme ostéomalacique. Chez cette femme, rachitique dès l'enfance, j'ai pensé qu'il y avait eu vers la quinzième année de l'ostéomalacie dont les effets s'étaient surajoutés à ceux du rachitisme. En tout cas, l'accouchement par les voies naturelles ne me semblait pas possible. La symphyséotomie n'aurait pas servi, étant données les déformations multiples du bassin; l'enfant était vivant. Je fis la section césarienne sans le moindre incident opératoire. L'enfant est venu au monde chétif, mal développé, presque inerte.

Cette même femme redevint enceinte et se présenta à la Clinique un an environ après la première intervention. Je pratiquai très facilement une seconde opération et ne retrouvai pour ainsi dire pas traces de ma première intervention (ni fils de soie, ni presque de cicatrice). Cette fois je me proposais d'enlever les ovaires, crainte d'une troisième grossesse. Mais le mari, qui avait eu connaissance de ma résolution, s'opposa obstinément à ce que sa femme fut castrée et je dus m'incliner devant son expresse volonté. La guérison ne fut pas aussi parfaite que les autres fois; il resta une petite fistulette sans grande importance, qui a dû finir par se guérir.

Cette femme est venue me retrouver, enceinte, comme je l'avais craint, pour la troisième fois. Je lui ai reproché un peu vivement son imprudence, et je le regrette, puisque cette pauvre femme s'en est allée et n'est plus revenue me voir. Son terme n'est pas encore atteint, il est vrai, et je ne désespère pas de sa visite prochaine.

Telles sont les cinq observations que je désirais vous soumettre. Je dois noter que j'ai toujours été assisté par les mêmes aides, MM. Bar et Maygrier, et mes chefs de clinique bien au courant de ma façon de faire, ce qui a contribué sans doute à rendre faciles toutes mes opérations.

Autant que je le peux, j'interviens avant le travail, aussi près que possible du terme. J'incise l'utérus assez haut. Enfin, j'ai le soin de commencer mon incision utérine par une piqûre de la paroi utérine faite au bistouri; puis j'agrandis par en haut et par en bas mon incision avec des ciseaux. Cette pratique me paraît plus avantageuse que l'incision méthodique couche par couche de la paroi. J'ajoute que je fais toujours, après l'extraction fœtale et la délivrance, une injection sous cutanée d'ergotine ou d'ergotinine et que je renouvelle le plus rarement possible le pansement de la plaie abdominale.

M. Rivière. — M. Tarnier regarde-t-il l'opération césarienne comme l'opération de choix chez une cancéreuse.

M. Tarnier. — Assurément, à moins que le cancer très

limité n'occupe qu'une faible partie du col. Si j'étais consulté pour une femme atteinte d'un cancer de l'utérus, enceinte de cinq mois, je ne m'efforcerais pas de guérir cette malheureuse par une opération, vaine sans doute, qui n'aurait pour effet certain que de tuer l'enfant; je préférerais attendre le terme ou le voisinage du terme pour pratiquer l'opération césarienne qui pourrait au moins sauver l'enfant.

Accessoirement je soulève un cas de déontologie assez délicat : si la femme n'accepte pas l'opération césarienne, nous n'avons pas à la lui imposer; si la femme accepte l'opération césarienne et ne veut pas de la castration, nous devons respecter les ovaires. Mais si, par exemple, la femme consent à l'ablation des ovaires, et que le mari s'oppose à cette ablation, quelle devra être la conduite du chirurgien?

M. Guéniot. — J'ai répété sur deux femmes différentes deux fois l'opération césarienne. J'ai bien fait, je pense, de ne pas enlever les ovaires à la première opération.

Il peut y avoir dans les familles des intérêts puissants à ce que la source de natalité ne soit pas tarie. Chez une de mes opérées, l'enfant premier né succomba; heureusement la femme avait encore ses ovaires et put redevenir enceinte.

M. Herrgott. — En 1827, on se préoccupait déjà d'un problème analogue, et Nægele fit soutenir une thèse dans laquelle était posée cette question : A qui appartient-il de décider l'opération césarienne? Au mari ou à la femme? Il conclut en faveur de la femme.

M. Treub. — Négligeant le côté moral et ne m'occupant que du côté technique, je crois qu'il vaut mieux préférer à l'ovariotomie, dans ces cas, la section de la trompe entre deux ligatures.

M. Demelin. — J'ai rassemblé le plus grand nombre d'opérations césariennes et d'opérations de Porro pratiquées depuis 1887 qu'il m'a été possible de recueillir. On ne juge, en effet, de la valeur d'une méthode opératoire qu'avec beaucoup de faits, provenant d'opérateurs nombreux; autrement, certaines conditions d'habileté individuelle ou autres vicient l'appréciation.

En bloc, j'ai trouvé 164 césarotomies avec 22 0/0 de mortalité maternelle et 21 0/0 de mortalité fœtale, et 55 opérations de Porro, avec 23 0/0 de mortalité maternelle et 50 0/0 de mortalité fœtale.

Le pronostic s'améliore au fur et mesure qu'on se rapproche du temps présent. Ainsi, depuis 1890, les césariennes conservatrices donnent 20 0/0 de mortalité et les Porro 20 0/0; depuis 1893, les césariennes 16 0/0 et les Porro 10 0/0.

Le pronostic fœtal est toujours moins bon dans les Porro, dans la proportion de 2 à 1. C'est qu'on fait surtout l'opération Porro quand il y a menace d'infection, parce que le travail dure depuis longtemps et que l'enfant a déjà souffert.

La rapidité de l'acte opératoire a son importance ; le pronostic est moins bon dès qu'on dépasse une demi-heure à trois quarts d'heure.

Actuellement, la tendance est en faveur de l'opération césarienne conservatrice.

Celle-ci a été faite, autant que j'ai pu savoir, 94 fois pour bassin rétréci, 19 fois pour fibrome, 11 fois pour cancer, 3 fois pour tumeur ovarienne, 9 fois pour tumeurs diverses, 13 fois pour éclampsie.

Les 94 opérations césariennes pour bassin rétréci comportent 74 opérations faites pour bassin rachitique avec une mortalité maternelle de 14 0/0 et une mortalité fœtale de 15 0/0, 4 pour bassin pseudo-ostéomalacique, 8 pour bassin ostéomalacique, 3pour bassin cyphoscogique, 3 pour bassin cyphotique, 1 pour bassin coxalgique, 1 pour bassin spondylolisthésique.

Dans les cas de fibrome, il semble, d'après les chiffres, plus avantageux de pratiquer le Porro.

Par contre, dans les cas de cancer, il paraît plus avantageux de recourir à la section césarienne qui donne une mortalité maternelle de 0 0/0, tandis que l'opération de Porro donne 66 0/0.

Dans l'éclampsie, la mortalité maternelle est de 30 0/0 et la mortalité infantile est de 38 0/0.

Enfin, chose singulière : beaucoup d'enfants césariens naissent en état de mort apparente et nombre d'entre eux succombent dans la première année. La proportion est, pour les enfants nés par les voies naturelles, de 18 0/0, tandis que pour les césariens elle est de 40 0/0.

Emploi de la position supinée dans la thérapeutique obstétricale.

M. Treub. — Avant de faire une symphyséotomie on ne sait pas si l'une des deux symphyses sacro-iliaques n'est pas ankylosée; un moyen de le reconnaître consiste à placer la patiente dans la position supinée ou position de Walcher, c'est-à-dire d'hyperextension des membres inférieurs. Si le sacrum peut se mouvoir sur les os coxaux, il bascule en arrière et l'on trouve à la mensuration du promonto-souspubien une différence de 9 à 10 millimètres avec la mensuration précédemment obtenue dans la position obstétricale d'hyperflexion.

Je ne fais jamais d'application de forceps au détroit supérieur, préférant, toutes les fois que cela est possible, la version. Mais pour la version je suis très convaincu que l'emploi de la position supinée rend les plus grands services.

M. Tarnier. — J'ai à maintes reprises, en 1891 et 1892, mesuré des bassins rétrécis successivement dans l'attitude couchée horizontalement et dans l'attitude supinée et j'ai trouvé une différence de 5 millimètres environ, mais c'était pendant la grossesse. J'imagine que pendant le travail, la tête s'engageant spontanément en coin dans l'aire du détroit supérieur ou tirée par le forceps, pressant excentriquement sur le pourtour osseux, fait reculer et remonter le sacrum et fait gagner au conjugué les 4 à 5 millimètres disponibles. Dans ces conditions, l'attitude jambes étendues et pendantes ne doit plus faire grand'chose. Ce n'est, d'ailleurs, qu'une supposition de ma part.

M. Treub. — L'attitude, grâce au long bras de levier que constituent les membres inférieurs, doit exercer une action plus puissante que la pression de la tête.

Je sais bien qu'il résulte de travaux récents publiés en Allemagne et en France que la position de Walcher est moins en faveur; certains accoucheurs, comme Léopold, en sont pourtant encore très partisans, et je n'ai eu, quant à moi, qu'à m'en louer.

Symphyséotomie dans un bassin oblique ovalaire.

M. Guéniot. — Dans un cas de bassin oblique ovalaire, je provoquai l'accouchement prématuré à huit mois et demi; puis, je crus bien de pratiquer la symphyséotomie, laquelle me donna un écartement de 4 centimètres, suffisant pour permettre une extraction facile, avec le forceps, d'un enfant vivant.

L'ischio-pubiotomie ne m'avait pas paru indispensable, et de fait l'écartement de la circulation sacro-iliaque d'un seul côté suffit.

M. Fochier. — Je partage l'opinion de M. Guéniot, et, malgré les affirmations de M. Farabeuf, je considère, fort de mes expériences, que la symphyséotomie dans les cas d'ankylose d'une articulation sacro-iliaque d'un côté peut fournir un notable bénéfice.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 mai 1895.

Présidence de M. Empis.

Tuberculose larvée des amygdales.

M. Cornil. — La communication de M. Dieulafoy sur la fréquence de la tuberculose larvée des amygdales m'engage à passer brièvement en revue les résultats fournis par l'examen histologique et l'expérimentation en ce qui concerne la

tuberculose des végétations adénoïdes et des amygdales hypertrophiées.

Si on additionne les tumeurs adénoïdes examinées au microscope sous le contrôle de l'expérimentation, on trouve sur environ 70 observations 4 faits positifs de tuberculose caractérisée par des cellules géantes, sans qu'on ait découvert de bacille, ce qui fait un dix-septième.

Si nous nous en tenons aux simples constatations de l'histologie nous aurions donc une statistique bien plus rassurante que celle de M. Dieulafoy (1 sur 5), basée uniquement sur l'expérimentation. Mais n'y a-t-il pas une cause d'erreur dans l'expérimentation tenant à la structure même des végétations adénoïdes ?

En prenant, même dans leur partie centrale, un fragment de ces tumeurs pour l'insérer sous la peau du cobaye, les causes d'erreur sont ici très difficiles à éviter dans la méthode expérimentale. L'amygdale hypertrophiée est, en effet, traversée dans toute son épaisseur par les cryptes amygdaliens, sortes d'entonnoirs qui communiquent avec la muqueuse pharyngienne par un goulot ouvert et retiennent dans leur intérieur une quantité considérable de microbes. Il n'est donc pas étonnant de voir les animaux auxquels on inocule le tissu amygdalien succomber à la septicémie ou être envahis par des granulations de pseudo-tuberculose aux points d'inoculation. Il est nécessaire, dans les observations de M. Dieulafoy, de montrer la présence du bacille de la tuberculose dans les tuberculoses expérimentales consécutives à l'inoculation.

Et même, si l'examen *post mortem* des cobayes avait montré partout des bacilles, il n'échapperait pas à cette objection d'avoir pu inoculer avec des fragments d'amygdales des bacilles qui se trouvaient accidentellement à la surface de la muqueuse nasale ou pharyngienne.

En me fondant sur les résultats que j'ai constatés ensuite et que nombre d'observateurs ont aussi remarqués, j'estime qu'il est difficile d'admettre que les amygdales palatines hypertrophiées des enfants soient dues à un processus tuberculeux. S'il existe des hypertrophies amygdaliennes avec tubercules, cela doit être une rarissime complication. Les végétations adénoïdes sont quelquefois le siège de tubercules, mais dans une proportion moindre que celle indiquée par M. Dieulafoy et on les observe surtout lorsque les enfants sont de souche tuberculeuse.

M. Dieulafoy. — Sans vouloir ni pouvoir me placer sur le terrain histologique où M. Cornil s'est en partie placé, avec tant d'autorité et de compétence, je lui ferai seulement remarquer que là où l'histologie ne décèle pas l'existence du bacille tuberculeux, il arrive souvent que l'expérimentation le met en évidence.

Or, à l'appui des résultats que m'a fournis l'expérimentation je puis invoquer un grand nombre de cas de tuberculose des amygdales reconnue histologiquement par différents auteurs. Le travail de Schlenker est à cet égard très démonstratif: sur 21 cadavres sur lesquels on a fait la recherche de la tuberculose dans les amygdales 13 ont été trouvés infectés par le bacille. Krückmann a examiné histologiquement les amygdales d'un très grand nombre de sujets atteints d'adénites cervicales tuberculeuses et dans presque tous il a trouvé le bacille dans les amygdales. Si bien qu'aujourd'hui on considère en Allemagne la tuberculose des amygdales comme un fait très fréquent. Il est vrai que les recherches allemandes ont été faite pour la plupart chez des phthisiques dont les amygdales ont été infectées par les mucosités bronchiques, Mais c'est sous une autre face que j'ai étudié ce problème, en expérimentant sur des individus indemnes de tuberculose pulmonaire, mais l'inoculation n'en a pas moins démontré que l'amygdale portait en elle la cause d'une infection microbienne capable de se généraliser.

M. Cornil. — Je suis d'accord avec M. Dieulafoy sur tous les points pour lesquels je ne l'avais pas argumenté; mais il n'a pas répondu à l'objection fondamentale, à savoir si le tissu amygdalien inoculé renfermait des bacilles tuberculeux provenant d'une invasion proprement dite de l'amygdale ou qui vinssent de la surface et fussent simplement emportés avec elle. En effet, les cryptes de l'amygdale sont d'ordinaire remplis de microbes de toutes espèces, les uns pathogènes, les autres indifférents; les bacilles de la tuberculose, ainsi que M. Straus l'a montré pour les muqueuses nasales, s'y doivent assurément rencontrer chez les personnes qui sont en contact avec des phthisiques, sans qu'elles deviennent pour cela tuberculeuses elles-mêmes, et l'on comprend par suite que l'inoculation d'un fragment de leurs amygdales puisse donner des résultats positifs, ce qui prouve seulement que le bacille de Koch existait.

Je suis loin de nier la fréquence de la tuberculose amygdalienne et j'en ai pour ma part rapporté de nombreux exemples, mais ce que je ne puis admettre, c'est que l'hypertrophie amygdalienne de jeunes sujets soit une lésion tuberculeuse; ou soit dans ce cas, une hypertrophie très manifeste du tissu adénoïde, une abondance extrême du tissu conjonctif périvasculaire, toutes lésions qui conduisent à une sclérose totale de l'amygdale; or cette lésion se prête mal au développement de la tuberculose. D'autre part, la tuberculose des ganglions cervicaux n'est pas forcément consécutive à une lésion amygdalienne et l'on peut l'observer à la suite d'altération des muqueuses du nez, de l'œil, de l'oreille, etc.

Aussi doit-on tenir compte de tous les détails indispensables : structure des tissus qu'on inocule, structure des produits secondaires à l'inoculation, caractères histologiques des lésions, présence des bacilles caractéristiques; ces desiderata font défaut dans la communication de M. Dieulafoy.

M Grancher. — Le désaccord entre MM. Dieulafoy et Cornil ne me paraît pas aussi grand qu'il semble au premier abord. Les expériences de M. Dieulafoy sont concluantes : les cobayes ont été tuberculisés par l'inoculation de fragments d'amygdales hypertrophiées ; mais il ne faut pas en inférer absolument que ces amygdales étaient tuberculeuses, puisque l'examen histologique fait défaut. C'est là un fait fort intéressant qui vient s'ajouter à ceux que M. Straus a déjà publiés relativement à la présence des bacilles de Koch dans les cavités nasales de sujets sains. Si M. Dieulafoy n'a pas démontré la nature tuberculeuse de l'hypertrophie amygdalienne, il a signalé la fréquence du bacille tuberculeux au niveau de l'amygdale. Cela est également vrai pour d'autres muqueuses, telles que celle de l'intestin ; on sait, en effet, que le bacille de Koch peut en traverser les parois et aller déterminer des lésions ganglionnaires généralisées sans que cependant l'intestin soit lésé. Il reste à savoir ce que deviendront les enfants dont les amygdales extirpées ont donné lieu, entre les mains de M. Dieulafoy, à une infection tuberculeuse expérimentale.

Isolement de l'estomac d'avec l'œsophage et l'intestin.

M. Frémont. — Dans le but d'isoler l'estomac de toute communication avec l'œsophage et l'intestin pour recueillir sa sécrétion, j'ai réuni l'œsophage au duodénum puis fermé l'estomac à ses deux extrémités, et l'ai ensuite ouvert de deux millimètres à la peau.

Les animaux ainsi opérés mangent et absorbent les aliments les plus divers; ils sont gais, jouent, aboient, paraissent semblables à tous les chiens. La faim, la soif, le vomissement ne sont pas liés au fonctionnement de l'estomac puisque cet organe ne peut intervenir chez ces animaux.

L'estomac isolé vit, sent, sécrète; il absorbe les sels introduits dans sa cavité; vingt centigrammes d'iodure de potassium dissous dans 20 grammes d'eau distillée, passent dans l'urine et y donnent avec l'eau amidonnée et l'acide nitrique la réaction bleue caractéristique de la présence de l'iode.

Il digère tous les aliments albuminoïdes qu'on introduit dans sa cavité. Il ne modifie pas les féculents. Lorsque l'estomac est laissé vide il continue à sécréter un suc gastrique très acide, capable de digérer à l'étuve les mêmes aliments; cette sécrétion est même beaucoup plus active et plus acide que lors de l'introduction d'eau distillée stérilisée, de lait, de bismuth, etc.

La sécrétion de l'estomac est considérable, un chien de douze kilos sécrète jusqu'à 800 c. c. en 24 heures d'un suc gastrique doué d'un grand pouvoir digestif ; cette sécrétion varie en quantité, et qualité suivant l'état général de l'animal. Les solutions de bicarbonate de soude à 5, 10, 15, 20, 30, 40, 50, 60, 80, pour 1000, introduites dans l'estomac isolé, augmentent la sécrétion du suc gastrique, L'eau, le chlore sont augmentés, l'acidité est diminuée, elle peut même devenir nulle et le suc gastrique présenter une réaction alcaline.

Le sous-nitrate de bismuth diminue la sécrétion de l'estomac; il convient aux estomacs excités ou atteints d'ulcère. Le lait diminue la sécrétion aqueuse, chlorée et acide l'estomac. L'acidité du suc gastrique reste élevée parce qu'il y a formation d'acide lactique. Le lait est l'aliment qui excite le moins l'estomac. L'acide chlorhydrique en solution à 1 et 2 pour mille n'excite pas l'estomac; à 3 et 4 pour mille il l'excite.

A l'état normal, le suc gastrique est limpide, fortement acide, 4 grammes et plus pour mille d'acide chlorhydrique, renferme peu de mucus, est doué d'un grand pouvoir digestif. Sous l'influence de la fatigue, d'un refroidissement, d'une alimentation insuffisante, mais surtout de la fièvre, le suc gastrique sécrété devient rare, épais, gluant, riche en mucus; il perd son acidité et son pouvoir digestif.

Le suc gastrique qu'il est facile de recueillir pur, n'a pas encore été employé chez des malades. Il est permis d'espérer que ce médicament nouveau qui renferme l'acide chlorhydrique, la pepsine, le ferment lab dans les proportions et les conditions que seul l'estomac peut remplir, sera d'un grand secours chez tous ceux dont l'estomac est insuffisant.

M. Fournier lit un rapport sur un travail de M. Régis (Bordeaux) qui sera publié *in extenso*.

M. Le Roy de Méricourt rend compte d'un mémoire de **M. le Dr Brenning** sur les empoisonnements par les serpents.

Comité secret.

Sur le rapport de M. Magnin, la liste suivante de présentation est établie pour une place de correspondant national dans la troisième division (médecine vétérinaire) : 1° M. Cornevin (de Lyon); 2° M. Lanlanié (de Toulouse); 3° M. Neumann (de Toulouse).

Déclaration de vacances.

Deux places de membres titulaires sont déclarées vacantes : la première, dans la section de thérapeutique et histoire naturelle médicale, en remplacement de M. Dujardin-Beaumetz, décédé; la seconde dans la section de médecine opératoire, par suite du décès de M. A. Guérin.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 22 avril 1895.

Pouvoir absorbant de la vessie chez l'homme.

MM. A. Pousson et **C. Sigalas**. — On sait que l'on a tour à tour admis et rejeté le pouvoir absorbant de l'épithélium de la vessie. Pour essayer d'apporter une solution à cette question, nous avons injecté dans la vessie de l'homme même une solution d'un sel de lithium, dont les moindres traces dans le sang et la salive peuvent être facilement décelées.

Nous avons fait nos expériences sur quatre sujets : trois atteints de cystite, le dernier sain. Voici la conclusion à laquelle nous sommes arrivés : à l'état de santé, l'épithélium vésical est imperméable; l'absorption n'a lieu que dans deux conditions : lorsque le sujet, quoique ayant une vessie saine, éprouve le besoin d'uriner, l'urine baignant alors la portion prostatique de l'urèthre, et lorsque l'épithélium de la vessie est altéré.

Du nerf intermédiaire de Wrisberg.

M. A. Cannieu. — Le nerf de Wrisberg a été le sujet de bien des discussions. Pour les uns, c'est un nerf moteur; pour les autres, un nerf sensitif. En 1878, M. Mathias Duval en a fait un rameau aberrant du glosso-pharyngien, vers le noyau sensitif duquel se dirigent, d'après lui, les fibres intrabulbaires de ce nerf. Ayant fait quelques recherches sur l'oreille interne, j'ai observé certains faits qui me permettent d'appuyer cette interprétation. Ainsi chez les rongeurs, j'ai constaté l'existence, niée jusqu'alors, de l'intermédiaire de Wrisberg; d'autre part, chez les poissons osseux j'ai vu des prolongements cellulaires réunis en faisceaux, qui doivent être considérés comme les homologues du nerf intermédiaire de Wrisberg et comme un rameau aberrant du glosso-pharyngien.

Séance du 29 avril 1895.

Traitement et guérison de deux cas de cancer par la sérothérapie.

MM. Richet et **Héricourt**. — On sait que, pour beaucoup de maladies et notamment pour la diphthérie, la sérothérapie est entrée dans la pratique médicale avec de brillants résultats. Les deux cas que nous rapportons aujourd'hui prouvent que cette méthode peut s'appliquer non seulement aux maladies infectieuses dont le microbe virulent est connu, mais aussi à des affections, comme le cancer, dont l'origine microbienne est encore problématique.

Grâce à MM. Terrier et Reclus, qui nous ont apporté le précieux concours de leur collaboration, nous avons pu faire cette constatation.

Le 9 février 1895, M. Reclus enlevait un ostéosarcome de la jambe. Cette tumeur fut broyée, puis additionnée d'un peu d'eau. Le liquide, filtré sur toile, fut injecté à trois animaux (un âne et deux chiens). Cette injection ne fut suivie d'aucune réaction, et cinq, sept et quinze jours après nous prenions le sang de ces animaux pour en recueillir le sérum, lequel a servi à pratiquer des injections chez deux malades. Voici le résultat de cette thérapeutique nouvelle :

Dans le premier cas, dû à M. Terrier, il s'agit d'une femme qui avait été opérée en octobre 1894 d'une tumeur qui présentait l'aspect d'un fibro-sarcome, du volume d'une orange, remontant à huit mois, adhérente aux sixième, septième et huitième côtes, sans envahissement des téguments. En février 1895, la tumeur récidivée offrait le volume d'une noisette, et un mois plus tard, le 7 mars dernier, celui d'une petite orange. Le traitement sérothérapique fut commencé le 12 mars; les injections, faites autour de la tumeur dans le tissu cellulaire, à la dose de 3 c. c. environ de sérum, furent continuées pendant quarante jours, ce qui représente une dose totale de 120 c. c. de sérum. A partir du 25 mars la tumeur commença à diminuer manifestement, et cette diminution s'accentua de plus en plus. Actuellement, on ne trouve plus à sa place qu'une plaque d'induration dont les contours sont difficiles à délimiter et dont le volume, dans son ensemble, n'atteint pas un tiers du volume de la tumeur primitive. De plus, l'état général s'est sensiblement amélioré et la malade a engraissé d'une façon appréciable.

En résumé, une tumeur de nature certainement cancéreuse (récidive sur la cicatrice) a non seulement été améliorée, mais guérie par les injections de sérum alors que tout traitement autre que l'ablation par l'instrument tranchant eût été, en parfaite certitude, absolument impuissant.

La seconde observation, due à M. Reclus, est celle d'un individu de quarante-quatre ans, entré à la Pitié le 27 mars dernier pour une tumeur de la région épigastrique inférieure, du volume d'une grosse orange, diagnostiquée cancer de l'estomac. Toute intervention chirurgicale ayant été considérée comme probablement inefficace, le traitement sérothérapique fut décidé et commencé le 6 avril par une injection de 4 c. c. de sérum. De cette date au 24 du même mois, on injecta la dose relativement considérable de 64 c. c. Une amélioration dans l'état général survint promptement. Le poids du malade qui, le 10 avril, était de 57 kilogrammes, était le 16 de 58 et le 23 du 60 kilogrammes. Dès le 10 avril également, la tumeur avait diminué de volume, et cette diminution s'accentuait assez rapidement pour que le 20 du même mois elle ne fût même plus sentie comme tumeur isolée, saillante. La palpation de la région épigastrique ne donnait plus que la sensation d'un plan résistant, d'une sorte d'empâtement profond, très vague, difficile à limiter.

Dans ce second cas, comme dans le premier, l'amélioration a donc été rapide, éclatante et incontestable. Tout au plus pourrions-nous nous demander — par un excès de prudence — s'il n'y a pas eu là, en raison de ce succès extraordinaire, une erreur de diagnostic.

Toutefois, l'observation de M. Terrier n'en persisterait pas moins dans toute sa force : il demeure acquis, en effet, que le sérum anticancéreux a guéri un cas de cancer.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 10 *mai* 1895.

Présidence de M. Cornil.

Etude des points d'ossification.

M. Mayet fait une communication ayant trait à une nouvelle méthode de clarification des cartilages épiphysaires et à l'étude des points d'ossification qui se développent dans leur intérieur. Le procédé consiste à décolorer ces cartilages et à les fixer en même temps par l'immersion dans le stérésol.

M. Mayet présente une série de pièces et de dessins montrant : 1° que le point condylien de l'extrémité inférieure de l'humérus s'étend à toute la moitié externe de la trochlée; 2° que le point trochléen est unique ; 3° qu'il existe des points accessoires marginaux sur la portion la plus interne de la trochlée.

M. Mayet a également étudié l'ossification du sternum et présente les conclusions suivantes : 1° le manubrium possède 13 fois sur 18 deux points d'ossification médians; 2° la conjugaison verticale existe entre les points du corps 4 fois sur 12; chez les rachitiques il y a souvent glissement des deux hémisternums et conjugaison oblique avec fixation des articulations chondro-sternales dans une position asymétrique.

Invagination intestinale.

M. Vanverts présente des pièces d'invagination intestinale survenue chez un enfant de 7 mois. Le boudin invaginé fut expulsé sauf une partie du cylindre interne ayant continué à vivre grâce à sa continuité avec le mésentère.

Kystes hydatiques du mésocolon.

M. Le Damany, au nom de M. Lejars, présente trois kystes hydatiques enlevés par une laparotomie de la cavité abdominale d'une jeune femme. Ces tumeurs saillantes, l'une sous la paroi abdominale, l'autre dans le cul-de-sac antérieur du vagin, le troisième vers l'hypochondre gauche étaient dures, irrégulières et ne présentaient trace ni de fluctuation, ni de frémissement. Leur grande mobilité avait permis de soupçonner leur siège. Elles étaient contenues dans le mésocolon transverse et descendant et furent facilement pédiculisées et enlevées. L'examen a montré qu'il s'agissait de kystes hydatiques.

Salpingite blennorrhagique.

M. Reymond présente une salpingite blennorrhagique qui offre les caractères macroscopiques qu'il a déjà signalés dans sa thèse sur les salpingites de cette nature : non purulence de l'ovaire, purulence des trompes. Dans le cas actuel la trompe gauche a son pavillon complètement fermé, la trompe droite communique au niveau du pavillon incomplètement fermé avec une poche péritonéale contenant du pus. Le pus de cette poche, le pus de la trompe droite, celui de la trompe gauche contiennent du gonocoque ; l'aspect microscopique du pus a un aspect que M. Reymond a trouvé dans toutes les salpingites blennorrhagiques à la période aiguë ou subaiguë : leucocytes nombreux sans cellules épithéliales. C'est le même aspect que celui du pus uréthral blennorrhagique, bien différent de celui du pus des salpingo-ovarites à streptocoques où il y a de rares leucocytes et de nombreuses cellules épithéliales desquamées. Dans ces salpingites à streptocoques il y a souvent des abcès de l'ovaire et des lésions péritonéales diffuses.

Anévrysme de la pointe du cœur.

M. Claude montre un anévrysme de la pointe du cœur trouvé à l'autopsie d'une femme de 67 ans morte subitement. Cet anévrysme semble dû à une altération de la coronaire antérieure qui présente de l'athérome et dont le calibre est diminué. Il n'y a pas d'adhérences péricardiques.

M. Lesney montre un noyau cancéreux de la paroi du cœur secondaire à un cancer du foie.

Fernand Besançon.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 11 *mai* 1895.

Présidence de M. Chauveau.

Gangrène du foie chez une éclamptique.

MM. Charrin et **Monod** rapportent l'observation d'une éclamptique, ayant succombé à l'infection puerpérale et chez laquelle on trouva dans le suc du foie, retiré par ponction pendant la vie, des streptocoques aérobies, des vibrions septiques anaérobies et des coli-bacilles. A l'autopsie on trouva dans le foie des foyers gangréneux avec gaz, renfermant les mêmes micro-organismes.

En rapportant cette observation, MM. Charrin et Monod attirent l'attention sur trois points : 1° la gravité de l'infection puerpérale chez une intoxiquée (éclampsie); 2° l'existence d'une association microbienne entre bactéries, aérobies et anaérobies; 3° la localisation de l'infection à un organe malade, le foie, qui, comme on sait, présente, toujours, dans l'éclampsie des lésions particulières.

Sérum antistreptococcique.

M. Roger présente au nom de **M. Jacquot** (de Creil) une observation d'infection puerpérale guérie par le sérum antistreptococcique.

Il s'agit d'une femme qui deux jours après un accouchement fut prise de phénomènes d'infection puerpérale avec fièvre atteignant 40°. Le traitement ordinaire ayant échoué et l'état de la malade s'aggravant de plus en plus, on fit une injection de sérum antistreptococcique. Le soir même de l'injection la température tomba à 37° et la malade qui allait aussi bien que possible pendant les deux jours suivants, pouvait déjà être considérée comme guérie, lorsque, au troisième jour après l'injection, elle contracta un érysipèle avec des phénomènes infectieux du côté de l'utérus. Une nouvelle injection de sérum coupa court à la complication et quelques jours plus tard la malade était complètement guérie.

M. Roger fait observer que dans ce cas le sérum a agi sur deux affections cliniquement différentes, mais ayant la même origine microbienne.

Note sur le cerveau infectieux.

M. Léopold Lévi. — On trouve parfois sur les coupes du cerveau une lésion des gaines lymphatiques péri-vasculaires, sur laquelle il est utile d'insister. Cette lésion, M. Lévi l'a constatée très accentuée dans quatre cas, et elle semble se rapporter au cerveau infectieux. Les quatre cas comportent : 1° une infection généralisée chez une femme de 32 ans, avec délire, grosse rate, foie infectieux ; 2° un cas de pneumonie ; 3° un cas d'endocardite végétante au cours d'un cancer de l'utérus avec petits foyers de ramollissement embolique du cerveau ; 4° une infection innominée au cours d'un goître exophthalmique qui s'accompagnait de crises de diarrhée. La lésion est la suivante : dans la substance blanche autour des petits vaisseaux (de dernier ordre) et autour des capillaires qui sont congestionnés, il se fait aux dépens de la paroi *externe* de la gaine une prolifération de cellules à noyaux se colorant fortement par l'hématoxyline, prolifération qui va jusqu'à la formation de nodules.

A un faible grossissement, on voit les vaisseaux capillaires de dernier ordre congestionnés. La cavité de la gaine est intacte. Puis existe une bordure, une véritable bande cellulaire qui fait un vif contraste sur les préparations à l'hématoxyline-eosine par la coloration violette des noyaux avec la teinte rose des globules sanguins. La bordure est *disposée* longitudinalement ou transversalement suivant la coupe du cerveau. — A un plus fort grossissement, on voit que la bordure n'est pas seulement linéaire mais que de places en places elle est épaissie par le développement de petits nodules de 5 à 6 éléments dont la saillie s'éloigne du vaisseau. En certains points, il existe jusqu'à 8 ou 9 cellules sur un seul rang. C'est au niveau de l'abouchement de vaisseaux plus petits ou à la bifurcation d'un vaisseau, à l'angle même de la gaine, que la lésion est souvent accentuée. Cette lésion mérite à cet égard le nom de *périgainite* (inflammation de la paroi externe de la gaine) ou de *lymphangite*. Le cerveau

infectieux serait donc caractérisé essentiellement par une lymphangite. Pour qu'on reconnaisse une valeur à cette disposition, il faut qu'elle soit *très accentuée*, car on trouve de temps en temps sur les coupes, certains noyaux des cellules de la gaine qui se sont colorées, et même formant par places une ligne à une seule rangée de cellules.

Il faut encore que la prolifération *dépende de la gaine des vaisseaux*, car des capillaires coupés transversalement pourraient donner le change pour de petits modules. Il faut enfin qu'au moins en certains points (car la lymphangite paraît procéder par petits territoires), la lésion soit *généralisée à tous les vaisseaux de ce territoire.*

La lésion en elle-même est très intéressante, car elle est tout à fait distincte des lésions des vaisseaux qui s'accompagnent de prolifération de cellules rondes au niveau de la périartère. Elle donne une figure absolument différente de celle donnée par l'altération qui se rencontre au cours de la paralysie générale confirmée, ou dans certains cas d'artérite syphilitique des vaisseaux.

Outre la congestion et la lésion qui a été décrite, les coupes montrent de temps en temps de petits foyers localisés d'œdème en dehors de la gaine malade.

MM. Doyon, Courmont et Paviot envoient une note sur l'action du poison diphthérique sur les grenouilles. Les expériences qu'ils ont faites ont montré que la grenouille considérablement réfractaire à la toxine diphthérique présente tous les symptômes de l'intoxication, quand elle est maintenue à une température de 37°.

M. Geley présente au nom de M. Guinard (de Lyon) une note sur l'action excito-sécrétoire de la morphine sur les glandes salivaires et sudorales. D'après M. Guinard cette action serait d'origine centrale et ne tiendrait pas à l'élimination de la morphine par ces glandes.

M. Bonnier fait une communication sur l'appareil ampullaire de l'oreille dans ses rapports avec les noyaux oculomoteurs.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 *mai* 1895.

Chirurgie du canal cholédoque.

M. Michaux a pratiqué huit laparotomies exploratrices chez des sujets atteints d'obstruction du canal cholédoque et il a trouvé deux calculs du cholédoque, deux calculs de la vésicule, un cancer de la tête du pancréas, huit cancers du foie ; en outre, au cours de douze cholécystectomies, il a plusieurs fois exploré le cholédoque. Il insiste sur la difficulté d'explorer la partie rétro-duodénale de ce canal, et surtout sa portion rétro-pancréatique : la portion sus-duodénale est la vraie région chirurgicale, et pour les calculs de la portion rétro-duodénale il faut probablement les atteindre par la duodénotomie, comme l'a fait Pozzi. Ce qui démontre bien la difficulté d'explorer cette partie, c'est que M. Michaux, dans un cas, y a méconnu un calcul gros comme un œuf de pigeon.

Assez souvent, la cholédocotomie n'est qu'un complément d'une opération où il a d'abord fallu agir sur la vésicule. L'intervention se trouve alors très facilitée, car la vésicule remplie de calculs est une sorte de manche sur lequel on peut tirer pour amener au dehors le cholédoque et le rendre plus accessible. C'est heureux, car même bourré de calculs le cholédoque n'est pas toujours facile à atteindre sans blesser les gros vaisseaux qui l'entourent.

M. Michaux accorde à M. Quénu que le diagnostic de la cause d'une obstruction du cholédoque n'est pas toujours facile, mais il ne faut pas en abuser, et il faut chercher à perfectionner ce diagnostic. En cas de doute, et après échec d'un traitement médical rigoureux, on interviendra de bonne heure, car en cas de cancer à la période terminale la laparotomie exploratrice devient grave.

M. Michaux relate ensuite deux cas de cholédocotomie où il avait commencé par la cholécystectomie : une mort (femme de 68 ans) et une guérison (femme de 43 ans).

Continuant l'examen du mémoire de M. Quénu, M. Michaux déclare :

1° Qu'en principe, il n'est pas partisan de la méthode en deux temps ;

2° Qu'il continue à préférer l'incision latérale classique, la vésicule étant le vrai guide pour conduire au cholédoque. Dans un cas où il a fait l'incision médiane, il a trouvé le canal libre et la vésicule calculeuse : et il a été obligé de faire une seconde incision latérale.

Si on trouve un calcul dans le cholédoque, il faut inciser sur lui et non pas le broyer. Si on fait le cathétérisme, on emploiera de préférence un instrument métallique.

Anesthésie à l'éther.

M. Chaput fait sur l'anesthésie à l'éther une communication où il confirme, en somme, les données acquises par une récente discussion de la Société. Il préconise l'emploi du masque de Wansche préférable d'après lui à celui de Julliard.

M. Ollier (Lyon) insiste sur les avantages de l'anesthésie à l'éther, dont il est partisan depuis plus de 30 ans. D'après lui, les vomissements sont plus fréquents chez les Françaises que chez les Anglaises et les Américaines.

M. Delorme présente une malade dont la main a été arrachée et qui a fort bien guéri sans amputation. Mais **M. Poirier** déclare que le moignon est mauvais.

M. Kirmisson, voy. p. 230.

A. Broca.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 *mai* 1895.

Présidence de M. Hayem.

Sur un cas de cancer de l'estomac à évolution lente chez un jeune homme ; Disparition des douleurs sous l'influence de la laparotomie exploratrice.

M. Albert Mathieu. — C'est au nom de M. Quénu, chirurgien de l'hôpital Cochin, que j'ai l'honneur de présenter à la Société l'observation suivante. Le malade qui fait le sujet de cette observation était entré l'année dernière au mois de mai à la maison municipale de santé se plaignant de troubles dyspeptiques graves. Il était âgé à cette époque de 25 ans. En 1891 notre jeune homme fut pris brusquement de fringales survenant environ deux heures après le repas, et s'accompagnant de crampes douloureuses calmées momentanément par l'ingestion d'aliments. Leur intensité augmenta avec le temps sans que leurs caractères fussent modifiés.

En octobre 1891 M. D... consulte un médecin de Lyon qui le traite pour une hyperchlorhydrie, mais ce traitement ne donna aucune amélioration, à son entrée à la maison de santé, le malade accuse des douleurs violentes qui ne le quittent guère que pendant les deux heures qui suivent chaque repas, et qui troublent le repos de ses nuits. Il a de fréquents vomissements alimentaires et bilieux, mais n'a jamais eu ni hématémèse ni mæléna. Il y a de temps à autre des débâcles diarrhéiques. L'amaigrissement est très marqué et l'appétit très diminué. Il n'y a ni dégoût pour les aliments ni teinte jaune paille des téguments. On sent au creux épigastrique une induration très manifeste, mais il n'y a pas de dilatation de l'estomac. On pensa d'abord à l'hyperchlorhydrie, mais M. Bouveret ayant remarqué que l'acidité du liquide gastrique n'était que de 0,8 pour 1000 cinq heures après le repas, ce diagnostic fut écarté.

L'analyse de l'urine démontra que l'urée était augmentée (27 gr. 75 par jour).

Un cancer de l'estomac était très vraisemblable, mais vu le jeune âge du malade, le chiffre élevé de l'urine, et l'intensité des douleurs engagent M. Quénu à une intervention chirurgicale; mais l'incision exploratrice ayant immédiatement démontré qu'il s'agissait d'un cancer de l'estomac généralisé au péritoine, on sutura immédiatement l'incision sans pour-

suivre l'opération. Après cette tentative, les douleurs disparurent, le malade mangea, et était plein d'espoir quand une diarrhée abondante entraîna la mort par épuisement.

Cette observation me parait intéressante à divers point de vue. D'abord il s'agit d'un jeune homme de 25 ans atteint de cancer stomacal, ce qui est rare, et surtout rare étant donnée l'évolution qui a été ici de longue durée. Notre cas montre encore l'utilité de l'examen chimique du liquide stomacal pour le diagnostic des affections de cet organe; il nous apprend de plus qu'il ne faut pas attacher une trop grande importance à l'hypoazoturie puisqu'ici l'urée était augmentée dans les urines. Enfin n'est-il pas curieux de voir une intervention chirurgicale avoir fait cesser complètement les douleurs dans une affection organique, et cela ne nous autorise-t-il pas à nous demander si dans ces gastralgies, il n'y a pas aussi un élément psychique?

M. Catrin. — Je me permets de rappeler que j'ai publié une observation semblable. Un néoplasme constaté à l'autopsie avait duré de deux à trois ans.

M. Ferrand. — J'observe en ce moment-ci un cancer du foie dont la nature a été confirmée par une biopsie, et qui dure depuis deux ans chez une jeune fille âgée de 22 ans. Je rapproche cette observation de celle de M. Mathieu parce que le cancer du foie est également rare chez les jeunes sujets, et que de plus il affecte une marche rapide quand il existe.

M. Hayem. — Il y a des hyperchlorhydriques qui ne souffrent pas et en revanche, c'est chez les hyperchlorhydriques type que j'ai rencontré les douleurs les plus fortes; aussi est-ce avec plaisir que j'entends affirmer la nécessité d'examiner chimiquement le suc gastrique dans les cas de ce genre. Je rappellerai encore que ce sont les hyperchlorhydriques qui digèrent lentement qui souffrent le plus, ce qui explique les résultats des lavages d'estomac chez ces malades.

M. Mathieu. — Je confirme absolument ce que vient de dire M. le professeur Hayem touchant les hyperchlorhydriques; j'ai actuellement dans mon service un malade atteint d'hyperchlorhydrie et qui ne souffre pas. D'autre part on rencontre quelquefois des malades qui étant hypochlorhydriques ont des symptômes d'hyperchlorhydrie; on ne saurait donc trop insister sur la nécessité de faire un examen chimique du suc gastrique.

M. Le Gendre. — Les gastrites médicamenteuses sont plus fréquentes qu'on le croit, surtout chez les jeunes enfants; c'est là un fait que les praticiens devaient bien se rappeler quand ils leur prescrivent des médicaments.

M. Hayem. — Ces gastrites représentent au moins les 90 0/0 des cas que je rencontre en ville; elles peuvent donner naissance à des gastro-névroses d'origine centrale. J'en ai récemment observé un cas chez un tabétique soumis au bromure de potassium.

Des injections de naphtol camphré dans la péritonite tuberculeuse.

M. Netter. — M'appuyant sur les observations très favorables publiées sur l'emploi du naphtol dans la péritonite tuberculeuse de l'adulte je l'ai essayé chez l'enfant. Un de mes malades âgé de 7 ans à qui je fis une injection d'un peu moins de 5 grammes fut pris d'agitation extrême et succomba dans la nuit; je publie ce cas parce que je crois qu'il est prudent de s'abstenir de ce médicament.

M. Le Gendre. — Peut-être la dose de 5 grammes était-elle bien forte pour un enfant de 7 ans.

M. Rendu est également de cet avis.

M. Catrin. — M. Netter a retiré du liquide ascitique avant l'injection de naphtol, peut-être eût-il été préférable d'en laisser pour atténuer l'action irritante du naphtol.

M. Hanot fait remarquer que dans cette observation il faut tenir compte du foie qui était malade.

M. Hayem dit qu'il faut chez les enfants commencer par de très faibles doses.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 1er mai 1895.

Parasites du sang dans l'anémie pernicieuse.

M. Senator présente les préparations de sang d'un cas d'anémie pernicieuse, où l'on voit les corpuscules décrits par Perles.

Ce sont des corpuscules mobiles, un peu moins volumineux que les hématies, se colorant comme ces dernières et présentant des mouvements amiboïdes très nets.

M. Senator, qui a trouvé ces corpuscules dans le sang d'un grand nombre de malades atteints d'anémie pernicieuse, leur attribue une certaine valeur pathognomonique. Il lui semble pourtant impossible d'affirmer leur présence exclusive dans l'anémie pernicieuse, car il les a trouvés dans d'autres cas d'anémie grave, mais non pernicieuse.

Ostéoplastie.

M. Gluck rapporte les résultats très remarquables que lui a donnés l'hétéroplastie dans certains cas de perte de substance des os.

Dans un cas où il a été obligé de faire l'hémi-résection du maxillaire inférieur chez un garçon de 14 ans, il remplaça l'os enlevé par une plaque en or. La cicatrisation se fit fort bien, sauf la formation d'une fistule qui se forma après l'élimination des fils de suture. Les résultats fonctionnels sont dans ce cas des plus satisfaisants.

Il en est de même de plusieurs autres malades chez lesquels M. Gluck remplaça l'os enlevé (phalange, tibia) par des plaques d'ivoire.

Résultats de l'arthrodèse.

M. Karewski a fait, depuis 1889, cinquante-trois arthrodèses. Il trouve que cette opération est particulièrement indiquée dans les affections de l'articulation tibio-tarsienne, où elle donne des résultats tout à faits remarquables. Elle est préférable aux appareils qui provoquent infailliblement l'atrophie du membre. Les malades qu'il a opérés et qui auparavant marchaient avec des appareils, ne se servent plus de ces derniers,

Dans les affections du genou les indications de l'arthrodèse sont plus limitées, et d'après M. Karewski il ne faut intervenir que lorsque les lésions sont très étendues. Sur 9 malades de cette catégorie qu'il a opérés, 5 marchaient avec des béquilles; actuellement ils marchent en s'aidant simplement d'une canne. Dans les autres cas l'opération a moins réussi.

En terminant, M. Karewski fait quelques remarques sur l'orteil en marteau. Il pense que dans ces cas l'arthrodèse, après la résection des extrémités articulaires peut donner de fort beaux résultats. Du moins, il est intervenu de cette façon dans 11 cas, avec un succès constant.

Les résultats de la prophylaxie dans la tuberculose.

M. Cornet cite des statistiques pour montrer que depuis qu'on a pris des mesures contre la dissémination et le dessèchement des crachats, la mortalité par tuberculose a notablement diminué. Ces mesures datent de 1887. Or, si l'on prend les statistiques de mortalité par tuberculose on trouve qu'elle était pour 10,000 prisonniers de 118.9 en 1895, de 140.8 en 1878-1884, de 174.7 en 1884-1887; elle tombe ensuite à 101 en 1887-1890, à 89.4 en 1890-1892, à 81.2 en 1892-1894.

En Prusse, la mortalité par tuberculose était de 30 pour 10,000 habitants de 1875 à 1886. Depuis 1887, cette mortalité est tombée à 25 pour 10,000 habitants, ce qui fait que depuis l'adoption des mesures prophylactiques l'Etat a gardé en vie 70,000 habitants.

Le même fait ressort des statistiques du royaume de Saxe, du duché de Bade, etc.

M. Virchow a constaté que dans les auditoires des Universités, dans les chemins de fer, dans les endroits publics presque tout le monde crache par terre malgré la présence des crachoirs en abondance. D'un autre côté la diminution de la mortalité peut dépendre encore d'autres circonstances.

M. Bær fait observer que dans les prisons notamment, on a pris dernièrement un série de mesures qui ont considérablement amélioré les conditions hygiéniques générales des prisonniers.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 6 mai 1895.

Coma diabétique.

M. Klemperer revient sur la communication de M. Hirschfeld (v. *Mercredi Médical*, n° 18, p. 210), pour rapporter les faits qu'il a notés dans les observations de 21 cas de coma diabétique traités depuis cinq ans à la clinique du professeur Leyden. Tous ces malades ont été étudiés principalement au point de vue des rapports entre l'étiologie du coma diabétique et l'intoxication acide de l'organisme.

En effet chez tous ces malades on a constaté une élimination de fortes quantités d'acides, une proportion considérable d'ammoniaque dans l'urine et un abaissement de la proportion d'acide carbonique du sang ; plusieurs fois on trouva de l'acide oxybathyrique dans l'urine. Malgré cela M. Klemperer ne croit pas que le coma diabétique soit le résultat d'une intoxication acide. Il pense plutôt que dans le diabète comme dans d'autres affections qui à un moment donné peuvent se compliquer de coma (anémies, états fébriles, etc.), l'élimination abondante d'acides est due à la formation dans l'organisme d'une substance toxique par le fait d'une décomposition énergique de substances albuminoïdes. Un autre fait qui montre que l'élimination abondante d'acide est un phénomène secondaire dans le coma diabétique, c'est l'échec de la médication alcaline.

Quand il s'agit du diabète grave la vie du malade ne peut être prolongée qu'à la condition de donner au malade une nourriture capable de combler les pertes en colorie que la glycosurie provoque chez le diabétique. Dans ces conditions il faut donner des graisses. Au début les diabétiques supportent et assimilent de fortes quantités de graisse; mais au bout de quelque temps la résorption de graisses se fait mal, le malade éprouve, de plus, une aversion pour ces dernières, si bien que dans les cas où le coma est à craindre on est amené à donner des hydrocarbures. C'est du moins la pratique qui est suivie avec succès à la clinique de Leyden. Parmi les sucres que les diabétiques supportent bien, il faut citer en premier lieu la lévulose. La glycérine n'est ordinairement d'aucune utilité. Par contre l'alcool peut dans certains cas rendre de grands services.

M. Weintrand rapporte l'observation d'un diabétique chez lequel on n'a obtenu la disparition de la glycosurie que par un régime qui comprenait 25 grammes de substances albuminoïdes et 250 grammes de graisse. Le malade resta à ce régime pendant deux ans et demi sans voir la glycosurie apparaître.

M. Leyden pense qu'il faut toujours introduire dans le régime des diabétiques une petite quantité de pain et d'hydrocarbures, sous peine de voir s'établir une inappétence absolu.

M. Senator n'a jamais vu la médication alcaline réussir dans le diabète. Par contre, en introduisant des hydrocarbures dans le régime des diabétiques, il a constaté la disparition des phénomènes qui faisaient craindre le diabète.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ PATHOLOGIQUE DE LONDRES

Séance du 7 mai 1895.

Structure microscopique des calculs d'oxalate de chaux.

MM. Ord et Shattock. — Les principales formes sous lesquelles se présentent les cristaux d'oxalate de chaux dans l'urine sont : l'octaèdre, l'octaèdre aplati, la macle dans laquelle les bases des deux pyramides de l'octaèdre ont subi une rotation telle que les angles de la base d'une des pyramides sont coupés par les côtés de la base de l'autre pyramide, la forme sphéroïdale et la forme tabulaire. L'explication de ces formes est donnée par les expériences que fit, il y a une trentaine d'années, George Rainey, et d'après lesquelles une substance cristalline se déposant dans des milieux colloïdes ou visqueux prend différentes formes qui dans les degrés les plus accentués sont celles d'une sphère parfaite. Nous avons ainsi pu obtenir des formes sphériques en faisant se déposer de l'oxalate de chaux dans des substances colloïdes. L'albumine est la substance colloïde qui a exercé l'influence la plus marquée. Le sucre, qui a de l'influence sur l'acide urique, n'en a aucune sur l'oxalate de chaux. Le noyau des calculs d'oxalate de chaux peut être formé de grands cristaux transparents d'oxalate de chaux, de cristaux semblables, mais rendus plus ou moins opaques par un clivage secondaire, de petits cristaux n'ayant pas la forme octaédrique, de rosettes d'éléments striés conoïdes ou disposés en éventail, comme ceux qui forment par leur juxtaposition régulière le corps du calcul, de sphérules coalescents. Ces différentes formes peuvent se combiner entre elles. Ce n'est que rarement qu'on trouve de grands octaèdres à l'état de gravelle. En se réunissant, ces grands cristaux forment le noyau du calcul ; puis, le dépôt prend une forme différente et produit le corps du calcul. Ce changement peut s'expliquer par la présence même du noyau : ce dernier, en effet, amène un mélange de matière colloïde avec l'urine par suite de l'inflammation qu'il provoque, amenant une production de mucus ou une exsudation des vaisseaux enflammés de la muqueuse. Le clivage secondaire des grands éléments du noyau cristallin indique probablement une légère action d'une substance colloïde. Les petits éléments qu'on rencontre quelquefois dans les noyaux, sont en réalité des éléments tabulaires et on peut les obtenir dans la gélatine, ainsi que les rosettes. La présence de véritables sphérules est rare. Toujours les éléments du corps du calcul sont des cônes cristallins, pointus à leur extrémité interne et divergeant à partir du noyau. Une section transverse d'un de ces cônes montre qu'il a un contour très irrégulier avec des saillies et des dépressions, de façon que ces cônes sont engrenés entre eux ; ils sont striés longitudinalement et transversalement. Souvent on voit que le corps du calcul est constitué par des zones différentes : ces zones sont dues à l'existence d'une masse non cristalline, dans laquelle sont disposées concentriquement des lignes de granules ; ces derniers nous paraissent être de l'urate, la masse non cristalline étant de l'oxalate de chaux. Certaines sections de calculs d'oxalate montrent de brillants cristaux d'hématoïdine ; il est probable que la coloration de ces calculs est due à l'hémoglobine et non au pigment urinaire. Certains de ces calculs contiennent manifestement du fer, comme le prouve leur analyse.

Ablations partielles expérimentales du rein.

M. Bradford. — J'ai cherché, à l'aide d'expériences, les changements qui se produisent dans l'urine et dans la nutrition générale chez un animal dont la fonction urinaire ne s'exerce plus que par une portion d'un rein. Mes expériences ont porté sur des chiens. Au niveau de la zone moyenne d'un des reins j'enlevais un fragment en forme de coin et je rapprochais les 2 portions restantes à l'aide de sutures ; au bout de quelques semaines j'enlevais la totalité de l'autre rein. L'ablation d'une portion d'un rein est suivie d'une atrophie

plus ou moins marquée de ce rein et d'une hypertrophie de l'autre rein, si on fait cette opération sur des adultes. L'ablation d'une portion d'un rein est suivie d'une légère augmentation de la quantité d'urine excrétée; cette augmentation n'est quelquefois que temporaire; on ne remarque du reste aucun autre effet. Si, après avoir excisé une portion d'un rein, ou enlève la totalité du rein opposé, on observe les résultats suivants : si on n'a enlevé que les 2/3 du poids total de la substance rénale, l'animal reste en bonne santé et ne maigrit pas. La quantité d'urine excrétée est grandement augmentée, elle est doublée ou même triplée. La quantité d'urée excrétée n'est pas augmentée. Si, au cours des deux opérations, on a enlevé les 3/4 de la masse totale des reins, la quantité d'urine excrétée est encore plus grande; la quantité d'urée excrétée est aussi augmentée, l'animal maigrit vite et meurt quelques semaines après la 2e opération. L'excision d'une portion de chaque rein entraîne l'excrétion d'une grande quantité d'urine, mais l'excrétion de l'urée ne change pas et l'animal reste en bonne santé. Je n'ai noté dans mes expériences aucune hypertrophie cardiaque; la pression sanguine était très augmentée.

AUTRICHE

CLUB MÉDICAL DE VIENNE

Séances des 24 avril et 1er mai 1895.

Maladie de Ménière.

M. Frankl-Hochwart rapporte l'observation d'un homme de 29 ans qui, après une perte passagère de connaissance, fut pris de vertiges, de bourdonnements d'oreille avec surdité absolue du côté droit. Ces troubles ne disparurent pas, et tous les jours le malade avait plusieurs vertiges rotatoires qui débutaient par des vomissements. L'examen du malade ne montra rien de particulier ni du côté du système nerveux ni du côté d'autres organes. Du côté de l'oreille droite, la membrane du tympan était normale, la trompe non obstruée. Le malade présentait bien une diminution de la sensibilité de la moitié gauche de la face, mais comme tout autre symptôme hystérique faisait défaut, on devait attribuer la perte brusque de l'ouïe à une surdité apoplectique du côté droit. Les vertiges étaient manifestement dans le genre de ceux décrits par Ménière.

Dans un autre cas se rapportant à une femme, M. Frankl-Hochwart a observé le même début de la maladie de Ménière. Seulement, chez cette malade, qui présente également une surdité du côté droit, la membrane du tympan est trouble, atrophiée par place.

L'étiologie de la maladie de Ménière que l'on ne connaît très exactement que depuis 1861, a été envisagée de plusieurs façons. Ménière lui-même admettait l'existence d'une lésion des canaux circulaires. Politzer, auquel on doit les premières recherches anatomiques, admettait l'existence de la maladie de Ménière proprement dite caractérisée par la surdité apoplectique avec vertiges et vomissements et l'apparition du même syndrome, à titre de symptomatologie partielle dans certaines affections de l'oreille et du système nerveux central : otites moyennes, affections du labyrinthe, affections du conduit auditif externe, impression brusque de l'oreille par des sons violents. Le pseudo-syndrome de Ménière peut enfin survenir sans lésions de l'oreille, sans surdité, et s'observe chez les nerveux, chez les hystériques.

Le type apoplectique est le plus rare, et M. Frankl-Hochwart n'a pu trouver dans la littérature que 29 cas de ce genre. Ce type s'observe soit chez des individus bien portants, soit chez des personnes malades (syphilis, leucémie). Les symptômes prodromiques font défaut et l'affection peut débuter au milieu de la nuit, quand le malade est profondément endormi. Dans certains cas on observe en même temps l'apparition d'une paralysie faciale, et pour ces cas M. Frankl-Hochwart admet l'existence d'une hémorrhagie de la base.

Dans la forme non apoplectique on trouve surtout et avant tout les otites moyennes chroniques. La maladie de Ménière s'observe encore à titre symptomatique dans les affections aiguës et chroniques du labyrinthe, dans la méningite cérébro-spinale aortique, après l'administration d'acide salicylique, de quinine, d'antipyrine, de chloroforme. Les corps étrangers du conduit auditif externe, les bouchons de cérumen peuvent donner lieu au syndrome de Ménière. Ce dernier s'observe enfin dans les tumeurs du cerveau, dans le tabes, et même à l'occasion de certaines manipulations sur l'oreille (douche d'air, lavages, etc). La pseudo-maladie de Ménière peut remplacer, comme M. Frankl-Hochwart l'a constaté plusieurs fois, les accès d'hémicranie, l'aura épileptique; elle s'observe enfin chez les hystériques et les neurasthéniques.

Au point de vue de la symptomatologie, il faut citer en premier lieu les vertiges, tantôt continus et avec ou sans exacerbations, tantôt procédant simplement par attaques qui peuvent se succéder rapidement. Viennent ensuite les bourdonnements d'oreilles qui sont constants et les vomissements qui sont fréquents.

Parmi les autres symptômes, on a encore cité le nystagmus, la déviation conjuguée des yeux, l'ataxie, l'exagération des réflexes.

L'anatomie pathologique de cette affection n'est pas encore élucidée et l'on ne sait pas encore si ce sont réellement les canaux circulaires qui sont le siège des lésions. Dans les autopsies qui ont été faites, on a trouvé des lésions portant tantôt sur les canaux circulaires, tantôt sur le limaçon, tantôt enfin une simple hyperhémie du labyrinthe. Dans trois cas de maladie de Ménière chronique, Gellé trouva des lésions graves dans l'oreille moyenne et le labyrinthe sain. D'un autre côté, il existe des cas d'affection du labyrinthe sans maladie de Ménière.

Les recherches physiologiques ont pourtant apporté quelque clarté dans l'étiologie de cette affection par les recherches relatives aux fonctions des canaux circulaires, au rôle de l'appareil vertibulaire en tant qu'organe de l'équilibre. On peut également citer les recherches faites sur les sourds-muets, qui ont montré l'existence des relations entre les troubles d'équilibre et les lésions des canaux circulaires.

Le diagnostic n'est pas difficile dans la forme apoplectique quand il n'y a pas de perte de connaissance et que les autres symptômes sont au complet. Dans les autres cas on a à faire le diagnostic différentiel entre une affection de l'oreille et une affection des méninges. Le diagnostic est quelquefois difficile dans les formes chroniques. Avant tout, il faut élucider les circonstances dans lesquelles les bourdonnements d'oreille et la surdité ont paru, et examiner ensuite l'oreille. L'apparition des vertiges sous forme d'attaques avec bourdonnements d'oreilles et vomissements, l'existence du nystagmus, etc, doivent être considérées comme caractéristique de la maladie de Ménière.

Le pronostic est sombre dans la forme apoplectique, meilleur dans les cas où il existe en même temps une affection manifeste de l'oreille.

Le traitement sera dirigé, en premier lieu, contre l'otite quand elle existe. La quinine, préconisée par Charcot, n'a pas donné à M. Frankl-Hochwart des résultats appréciables. Les bromures, la franklinisation et la galvanisation semblent donner de meilleurs résultats. Il faut enfin s'occuper encore de l'état général.

M. Kauffmann trouve que M. Frankl Hochwart a trop élargi la notion de maladie de Ménière et que les vertiges qu'éprouvent les malades en cas d'intervention sur l'oreille n'ont rien à voir avec la maladie de Ménière.

M. Pins fait observer que les mouvements de manège sont caractéristiques de la maladie de Ménière.

Livres déposés.

Les centres moteurs chez l'homme, par J.-M. Charcot et A Pitres. Un volume de la bibliothèque Charcot-Debove, avec 57 figures dans le texte, dont 51 en couleurs. 3 fr. 50. Paris, Rueff et Cie, éditeurs.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

ANOREXIE

N° 21 — 22 MAI 1895. LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES

DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 27 mai au 1er juin 1895.

Mercredi 29. — M. Mariesse. Essai sur les formes cliniques de la symphyse cardiaque. Symphyse rhumatismale. Symphyse tuberculeuse. — M. Barrier. De la valeur du magistère de soufre (soufre précipité). — M. Baudriller. De l'angine granuleuse. — M. Claverie. Sur l'accouchement artificiel immédiat par les voies naturelles (accouchement forcé) post-mortem. — M. Legars. Essai sur la maladie pyocyanique chez l'homme. — M. Daumy. Tumeurs péri-uréthrales chez la femme.

Jeudi 30. — M. Beltrami. De l'articulation alvéolo-dentaire. — M. Joly. Histoire de la circoncision. Etude critique du manuel opératoire des Musulmans et des Israélites. — M. Carcy. De l'épithéliome primitif de l'urèthre prémembraneux. — M. Bolhadère. Etude sur les troubles digestifs de l'amygdalite chronique. — M. Laisney. Etude sur le cancer du cœur. — M. Brun. Régime de l'assainissement de Paris consacré par la loi du 10 juillet 1894.

LYON

(Année scolaire 1894-1895).

1032. Patet (Pierre). La sérothérapie à Lyon. — 1041. Tibaudet (Joseph). Des abcès sous-tricipitaux consécutifs aux arthrites purulentes du genou. — 1042. Philippon (Louis-Gabriel). De l'infanticide par strangulation.

1043. Hermite (Emile). Du dégagement manuel de la tête comme mode de protection du périnée. — 1044. Sérullaz (Raoul). Contribution à la cure radicale de l'éventration post-opératoire avec adhérence intestinale. — 1045. Dietrich (Bernard). Considérations sur les rétrécissements cicatriciels de l'œsophage et leur traitement.

1046. Coche (Henri). Des incisions opératoires dans la région du genou. — 1047. Artaud (Jean). Contribution à l'étude de l'action physiologique des toxines microbiennes. — 1048. Vaucher (Arthur de). Contribution à l'étude de la hernie inguinale de l'ovaire et de la trompe de Fallope.

VARIÉTÉS

Bureau central de chirurgie. — Le concours vient de se terminer par la nomination de MM. Legueu et Demoulin.

Ecole de médecine d'Alger. — M. Bulliod est nommé préparateur de thérapeutique.

Ecole de médecine de Reims. — M. le docteur Luton est institué chef des travaux d'anatomie et d'histologie.

Hôpitaux de Lyon. — M. Gangolphe prend possession du nouveau service de chirurgie créé à l'Hôtel-Dieu.

M. Garel passe de la Croix-Rousse à Saint-Pothin; M. Lannois, médecin suppléant, passe à la Croix-Rousse.

Concours d'agrégation. — Par arrêté ministériel du 11 mai 1895, le nombre des places mises au concours d'agrégation de médecine (section des sciences anatomiques, physiologiques et naturelles), qui s'ouvrira à Paris le 20 mai, est porté de 13 à 14.

Cette nouvelle place sera affectée à la Faculté de Lyon (section d'anatomie).

Concours hospitalier de Grenoble. — Lundi prochain 27 mai, s'ouvrira à l'Hôtel-Dieu de Lyon un concours pour la nomination d'un médecin-adjoint, d'un médecin accoucheur et d'un médecin-accoucheur-adjoint, appelés à faire le service des hôpitaux de Grenoble. Les membres du jury sont : MM. Berthollet et Gallois, médecin et accoucheur des hôpitaux de Grenoble; MM. Andry, Bouveret, Carrier, Lannois et Mollière, médecins des hôpitaux; MM. Fochier, Laroyenne, Levrat, Pollosson et Vinay, chirurgiens-accoucheurs des hôpitaux de Lyon.

Concours d'agrégation d'anatomie, physiologie et histoire naturelle. — *Epreuve orale de 3/4 d'heure* (ordre de passage).

PHYSIOLOGISTES : 1. Biscens; 2. Lambert; 3. Pachon; 4. Delezenne; 5. Sellier; 6. Guibbaud; 7. Doyon.

NATURALISTES : 1. Peytoureau; 2. Dewevre; 3. Galavielle; 4. Beille; 5. Gerbert; 6. Vuillemin.

ANATOMISTES : 1. Morestin; 2. Jacques; 3. Cannieu; 4. Ambialet; 5. Morau; 6. Soulié; 7. Thierry; 8. Lacroix; 9. Pilliet; 10. Durand; 11. Viguié; 12. Siraud; 13. Mouret.

Les femmes médecins dans les hôpitaux de Bruxelles. — Mlle Derscheid vient d'être nommée par le Conseil des hospices de Bruxelles, médecin-adjoint aux Enfants-Assistés dans le service de M. le docteur Max. Mlle Derscheid est la première doctoresse reçue dans les cadres réguliers du corps médical des hôpitaux de Bruxelles.

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES

Syphilis et paralysie générale. Deux nouveaux cas de paralysie générale infantile avec syphilis héréditaire, par le Dr E. Régis, chargé du cours des maladies mentales à la Faculté de médecine de Bordeaux.

La paralysie générale juvénile ou des adolescents n'est pas seulement une variété intéressante de la maladie de Bayle et de Calmeil : elle constitue, en outre, un terrain de choix pour l'étude si importante de son étiologie. Chez elle, en effet, les influences morbides se trouvent réduites au minimum, en raison même de l'âge du sujet, à ce point que de toutes les causes invoquées chez l'adulte, c'est à peine si l'on peut faire intervenir, pour l'expliquer, l'*hérédité*, le *traumatisme* et la *syphilis*.

L'hérédité doit être mise à part. C'est une cause prédisposante, particulièrement active dans l'espèce, mais ce n'est jamais qu'une cause prédisposante : il lui faut, pour fructifier, le concours d'une cause occasionnelle.

Or, quelle est cette cause occasionnelle? Est-ce le *traumatisme crânien?* Certains auteurs tels que Wiglesworth, Bristowe, Hans Gudden, semblent le croire, mais en réalité, dans les cas cités, le traumatisme a été plutôt l'effet que la cause de la maladie.

Si l'on excepte la *puberté* (Clouston) dont l'action d'ailleurs réelle, ne s'exerce qu'à titre de moment étiologique, de *période climatérique* favorable à l'éclosion de germes préexistants, nous n'avons plus guère en face de nous qu'un facteur à incriminer : la syphilis.

La *syphilis*, on le sait, tend généralement à être considérée aujourd'hui comme un antécédent habituel dans la paralysie générale des adultes. Si donc on la retrouve, à l'exclusion de toute autre cause présumable, dans la paralysie générale juvénile, cette constatation prend, de ce chef, la valeur d'une véritable démonstration étiologique. Il importe donc de la confirmer.

Les auteurs qui ont publié les premiers cas de paralysie générale au-dessous de 20 ans, n'y ont qu'exceptionnellement signalé la possibilité de la syphilis (Régis, Vrain), pour cette raison qu'on ne s'en préoccupait guère à cette époque. Mais bientôt les observations se succèdent et la vérole, d'abord négligée, est recherchée avec plus de soin. Aussi, qu'arrive-t-il? C'est que, tandis que jusqu'en 1888, sur six cas de paralysie générale juvénile, on n'en trouve que trois où la syphilis, objet de quelque examen, peut être considérée comme probable, de 1888 à 1893, sur huit cas nouveaux, il en est sept dans lesquels la syphilis est vérifiée, et de ce nombre six où elle est certaine. Dès lors, on commence à regarder la syphilis comme le facteur principal de cette variété de paralysie générale (Clouston, Régis) que M. le professeur A. Fournier, dans sa magistrale communication à l'Académie, n'hésite pas à considérer comme un *puissant argument* à l'appui des rapports de la méningo-encéphalique avec la syphilis.

Dans ces derniers temps, les faits de paralysie générale juvénile se sont rapidement multipliés — ce qui, entre parenthèse, permet de penser qu'ils sont moins exceptionnels qu'on ne l'avait cru tout d'abord — si bien qu'Alzheimer, de Francfort, a pu récemment en réunir *quarante* bien avérés. Or sa conclusion est que l'influence de la syphilis y est encore plus marquée que chez l'adulte, attendu que sur *trente-cinq* cas avec renseignements, la syphilis existait dans *vingt-sept* d'une façon certaine et dans les autres, d'une façon tout au moins probable.

Et ce qui montre bien que la syphilis est ici un facteur non seulement habituel, mais encore indispensable, pourrait-on dire, c'est que lorsqu'elle n'existe pas à l'état de syphilis héréditaire, ce qui est la règle (vingt-trois fois sur vingt-sept d'après Alzheimer), on la retrouve quand même sous forme de syphilis acquise. Dans deux cas, le malade l'avait reçue enfant, de sa nourrice (Régis, Hufler); dans un autre, la jeune fille, employée dans un cirque, avait eu entre 8 et 12 ans des rapports sexuels qui l'avaient contaminée (Westphal).

Peut-on, en présence de telles données, contester le rôle prépondérant de la syphilis dans la paralysie générale héréditaire? Nous ne le pensons pas.

Cette manière de voir, conforme aux faits, est d'ailleurs la seule rationnelle, car seule elle rend compte des caractères spéciaux de la maladie. Si l'on admet en effet, avec certains auteurs que la cause essentielle de la paralysie générale réside dans l'alcoolisme, le surmenage, les chagrins, etc., il devient impossible de concevoir la raison d'être de la paralysie générale des adolescents. En reconnaissant au contraire, que cette variété climatérique de méningo-encéphalite est ordinairement le résultat de la syphilis héréditaire, agissant sur un terrain cérébral spécial, on explique tout à la fois : la *précocité* de la maladie, conséquence de la précocité d'action de l'agent morbide; l'*époque de son apparition*, de douze à vingt ans postérieur à l'infection conceptionnelle, comme la paralysie générale commune est elle-même postérieure de douze à vingt ans, en moyenne, à l'infection acquise; *sa fréquence au moins égale* dans le sexe féminin (Régis, Niglesworth, Alzheimer), aussi exposé que le sexe masculin à l'héritage spécifique, tandis que la syphilis acquise et par suite la paralysie générale des adultes est, comme on sait, plus rare chez la femme; enfin, l'existence et le caractère des *accidents diathésiques* qui très souvent précèdent, annoncent ou compliquent la maladie.

On peut donc conclure que toutes conditions d'hérédité mises à part, la paralysie générale de la jeunesse est le résultat de la syphilis congénitale comme la paralysie générale de l'âge mûr est le résultat de la syphilis acquise.

C'est là, pour moi, une conviction qui s'affirme de plus en plus et je ne crains pas de répéter que les dissidences encore nombreuses qui existent à cet égard cesseraient bientôt si, au lieu de rechercher la syphilis, comme on le fait, d'une façon absolument banale et sommaire, on voulait bien apporter chaque fois à sa découverte la longue et patiente ténacité que comporte une pareille investigation.

Voici sommairement résumés, deux nouveaux cas de paralysie générale juvénile où la syphilis paraissait ne pas exister et était formellement niée. A force de temps et d'insistance et, je dois le dire, à peu près sûr d'avance du résultat, je n'en suis pas moins arrivé à la constater, dans les deux cas, d'une façon certaine.

I. — P. B..., né le 10 avril 1877, entre le 14 décembre 1894 dans le service de M. le Professeur Pitres, à l'hôpital St-André de Bordeaux (1).

Plusieurs cas d'apoplexie chez les ascendants, sans antécédents de folie ou d'alcoolisme. La mère a eu six grossesses, dont *cinq mort-naissances*. — Le malade, seul enfant vivant, était vif, éveillé, intelligent. — Est resté à l'école de 5 à 14 ans et a appris facilement à lire, écrire, compter. — Pas de chutes ni de maladies graves durant ce temps, sauf divers accidents suppuratifs, notamment derrière l'oreille droite et sur l'œil gauche, qui garde des traces manifestes de *kératite ulcéreuse*.

A 12 ans, un matin, au lit, attaque apoplectique suivie d'hébétude, d'hémiparésie du côté gauche, de ptosis de la paupière gauche, restée depuis un peu tombante. — Revenu à

(1) Je remercie bien sincèrement M. le Professeur Pitres, qui a bien voulu m'abandonner gracieusement cette observation.

l'école, se montre moins intelligent. — Mis en apprentissage chez un bourrelier à 14 ans. — A 14 ans 1/2, et à 15 ans 1/2, crises mal définies, consistant en violentes douleurs dans la tête et dans le ventre, suivies de parésie dans la jambe gauche.

C'est à 14 ans 1/2 que s'est manifesté le premier signe apparent de paralysie générale, sous forme de difficulté progressive de la marche. Bientôt après, diminution mentale très sensible, oublis, inhabileté professionnelle, activité moindre, indifférence, apathie, amenant par degrés la cessation de tout travail. — Depuis lors, ces symptômes se sont augmentés et d'autres ont apparu : embarras de la parole, tremblement des extrémités, et oscillations de tout le corps dans la station debout, démence et indifférence de plus en plus grande, rire niais.

A l'heure actuelle, B... offre le tableau clinique complet d'une démence paralytique avancée.

Au point de vue *psychique*: affaiblissement intellectuel profond, perte des connaissances acquises (notions, lecture, écriture, calcul, souvenirs, indifférence, apathie, disparition de toute affectivité consciente. Pas de délire.

Au point de vue *somatique* : aspect général d'un *enfant* de 13 à 14 ans, taille 1 m. 40, pas de puberté, pas de sécrétion spermatique, corps absolument glabre ; — tremblement fibrillaire et mouvements de va et vient de la langue avec extension de la trémulation aux muscles voisins et à toute la face, y compris les sourcils et le front ; instabilité des mains, s'exagérant par les efforts, mais sans trace de tremblement intentionnel ; — écriture impossible ; marche difficile, incertaine, les jambes écartées, avec raideur du tronc ; — parole très embarrassée, tremblante, chevrotante, presque incompréhensible ; — réflexes rotuliens notablement exagérés des deux côtés ; — léger clonus du pied ; — réflexes cutanés et scrotal abolis ; — pupilles inégales, gauche notablement plus large ; — réflexe lumineux aboli à gauche, affaibli à droite, — pas de nystagmus ; légère décoloration de la pupille, plus marquée à droite, sens chromatique conservé (examen de MM. Lagrange et Fromaget). — Pas de gâtisme.

II. — L... F.... âgée actuellement de 17 ans, pensionnaire d'un orphelinat depuis l'enfance (1). A appris facilement à lire, écrire, compter, coudre, etc. — Pas de chutes ni de maladies graves. — Commencement de menstruation à 14 ans, définitivement supprimée au bout de quelques mois. — A dater de ce moment, *développement enrayé*, diminution physique et mentale progressive. — Aujourd'hui existence très accusée des symptômes de la paralysie générale à forme démente.

Au point de vue *psychique*: affaiblissement intellectuel profond, perte des connaissances acquises ; gâche son ouvrage, écrit et lit comme un enfant ; ne peut donner aucun renseignement précis ; répond par un rire niais à toutes les questions ; ne sait plus s'habiller ni se déshabiller ; s'égare dans les chambres ; a perdu tout sentiment de pudeur et de décence ; vit dans une indifférence et une passivité complètes.

Au point de vue *somatique* : inégalité pupillaire ; réflexe lumineux aboli à gauche, faible à droite ; — trémulation de la langue avec mouvements de va et vient et ataxie labiale ; — instabilité des doigts ; — marche lourde, incertaine ; — parole lente, tremblée, embarrassée ; — écriture caractéristique ; — réflexes rotuliens exagérés, surtout à gauche. — Inertie physique. — Pas encore de gâtisme.

Tel est le résumé clinique des deux observations. Voici maintenant ce qui a trait à leur étiologie.

En ce qui concerne B.., le jeune homme, les renseignements de famille donnés par la mère, semblaient indiquer l'absence de tout antécédent vénérien chez les ascendants. — Néanmoins, un médecin du pays, sur ma demande, examina soigneusement le père, et constata, malgré ses dénégations répétées, les traces d'un bubon suppuré avec quelques présomptions de syphilis. — Appelé par moi à Bordeaux, le père, après un interrogatoire long et serré, finit par reconnaître qu'il avait eu, il y a 25 ans, un *chancre* dont on voit encore la cicatrice dans le sillon balano-préputial. Il ajouta que le médecin lui avait prescrit des « drogues », mais qu'il n'en fit pas usage, sur les conseils de camarades, lui disant que le mercure qu'elles contenaient lui ferait du mal. — Le chapelet ganglionnaire est très apparent surtout dans le pli inguinal du côté gauche. — Alopécie.

En examinant cet homme de plus près, je constatai qu'il présentait, quoique non buveur, du tremblement avec instabilité des mains et de la langue, de l'exagération des réflexes rotuliens, particulièrement à droite, de légers accrocs dans la parole, enfin de l'inégalité des pupilles, extrêmement resserrées surtout la gauche qui est punctiforme, toutes deux complètement insensibles à la lumière. Le professeur agrégé Lagrange, qui a minutieusement examiné ses yeux, a constaté que le myosis ne se modifiait en rien sous l'influence de l'obscurité, du passage rapide à la lumière, de l'instillation de la cocaïne, mais que l'acuité visuelle, le champ visuel et la pupille étaient normaux.

Les recherches étiologiques relatives à la seconde malade, la jeune fille, ont été beaucoup plus longues et beaucoup plus difficiles, en raison de sa situation d'enfant à peu près abandonnée. J'ai pu enfin retrouver la trace d'un frère par qui j'ai su que la mère était morte phthisique à 42 ans et qu'elle avait eu *deux fausses couches* et *plusieurs enfant morts en bas âge*. Quant au père, âgé de 60 ans, il vivait à part misérablement, sans occupation fixe, se livrant à la boisson, mais ne paraissait pas avoir eu la syphilis. J'insistai néanmoins pour le voir et malgré toutes ses dénégations et toutes ses réticences, après un interrogatoire prolongé, j'obtins de lui l'aveu qu'il avait eu, un an avant son mariage, un *chancre induré*, suivi de bubon, d'angine, d'éruptions, d'alopécie et qu'il avait été traité pendant plusieurs mois par un spécialiste de Bordeaux, le Dr V..., à l'aide de la médication spécifique.

En l'examinant attentivement, je constatai qu'il avait, lui aussi, les pupilles inégales avec myosis et abolition du réflexe lumineux, du tremblement fibrillaire de la langue et des mains, ainsi que de l'exagération des réflexes rotuliens. »

Les faits de ce genre me paraissent des plus significatifs. Ils montrent, en effet, comme je le soutiens, que la syphilis héréditaire existe habituellement dans la paralysie générale juvénile mais que, pour la trouver, *il faut vouloir la chercher* coûte que coûte, sans se laisser rebuter par aucune difficulté.

En joignant ces deux nouvelles observations à la statistique d'Alzheimer, on voit que sur 42 cas actuellement connus de paralysie générale juvénile, il en est 37 avec renseignements sur lesquels il y a eu 29 fois syphilis certaine et 8 fois syphilis probable. Ces chiffres se passent de tout commentaire.

Je rappellerai en terminant que les pères de mes deux malades présentaient l'un et l'autre des symptômes multiples d'un état cérébral voisin de la paralysie générale qu'on ne peut guère attribuer qu'à la syphilis, l'alcoolisme n'existant que chez l'un d'entre eux. Si l'on rapproche ce fait de cet autre que dans les cas déjà publiés on a noté plusieurs fois que les parents des sujets furent eux-mêmes atteints de paralysie générale (Clouston, Turnbull, Régis, Westphal, Rey, Hans Gudden) et que dans un autre cas de Gudden, il y avait chez le père, comme ici, inégalité des pupilles avec rétrécissement et insensibilité à la lumière et exagération des réflexes tendineux, on ne peut manquer d'être frappé de la fréquence insolite de cette hérédité similaire et il est permis de se demander s'il n'y a pas là quelque chose de spécial rapprochant la paralysie générale juvénile de ces formes héréditaires ou familiales d'affections organiques des centres nerveux, dont l'étude se poursuit d'une façon si active à l'heure présente.

---

(1) Je remercie sincèrement M. le Dr Péry, bibliothécaire en chef de la Faculté, qui m'a fait connaître cette malade, observée tout d'abord par lui et m'a facilité les moyens de recueillir son observation.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

De la cholédocotomie par la voie lombaire

Communication à la Société de chirurgie,
par M. le Dr Tuffier, *chirurgien des hôpitaux.*

Les difficultés et les dangers que nous rencontrons dans l'exploration et l'extraction des calculs du cholédoque m'engagent à vous présenter une voie nouvelle possible pour l'abord de ce canal et de ses lésions. Je suis conduit à proposer la voie lombaire, par la grande habitude que j'ai de manœuvrer dans cette région, après avoir pratiqué environ 130 opérations sur le rein, et par les faits cliniques suivants.

J'ai pratiqué, comme tous les chirurgiens, l'exploration du cholédoque, après avoir extirpé les calculs de la vésicule biliaire et cela m'est arrivé 11 fois, tous mes malades ont guéri. C'est là une exploration *secondaire facile*, mais il en est autrement quand on s'adresse *d'emblée* au cholédoque pour remédier à une oblitération de ce conduit. J'ai publié trois faits de ce genre. L'un a trait à un calcul que j'ai eu la bonne fortune de faire remonter du cholédoque dans la vésicule et d'extraire à ce niveau, par une taille cystique, je vous l'ai présenté ici même. Dans mes deux autres faits, un calcul enchatonné au niveau de l'embouchure duodénale ne put être extrait, et je dus pratiquer une fistule biliaire que ma malade conserva. Dans une troisième observation, il s'agissait d'une oblitération du cholédoque par un ganglion cancéreux.

J'en étais là quand, le 6 novembre 1893, j'eus l'occasion d'opérer à l'hôpital Beaujon une femme de 36 ans qui portait dans la région lombo-abdominale une tumeur de diagnostic difficile, et sur laquelle on avait beaucoup discuté. Elle présentait les caractères communs à une tumeur rénale et hépatique : sonorité partielle antérieure, matité supérieure, réduction lombaire incomplète, antécédents douloureux datant de deux ans, sous formes de crises néphrétiques sans ictère.

Je me ralliai à l'opinion que le foie et le rein étaient en cause et je fis une incision lombaire qui me conduisit sur un rein en voie d'hydronéphrose, l'organe fut fixé à sa place normale derrière les fausses côtes. Puis, explorant par ma plaie lombaire la masse antérieure restante, je sentis très nettement une série de gros calculs crépitant les uns sur les autres et paraissant siéger dans la vésicule et le canal cystique. Je refermai ma plaie lombaire ; je fis une incision antérieure qui me permit d'enlever dix-sept calculs de la vésicule et du canal cystique. Ma malade guérit parfaitement et définitivement. Cette constatation m'avait frappé, et je fis avec mon interne, M. Claude, une série de recherches pour savoir dans quelle proportion les voies biliaires étaient attaquables par la région lombaire. Sur trois sujets, nous arrivâmes assez facilement à découvrir ainsi le cholédoque et son embouchure. La récente discussion de notre Société m'a fait reprendre et préciser ces recherches, et, à l'Ecole pratique sur cinq sujets, à Clamart sur deux autres, j'ai pu régler le manuel opératoire suivant, basé sur dix opérations cadavériques qui ont toutes réussi.

Je vous rappelle qu'en avant du rein, et sans ouvrir le péritoine, on tombe tout droit sur la face postérieure du pancréas, la seconde portion du duodenum et le cholédoque. La région est profonde, difficile à aborder chez les obèses, mais extra-péritonéale, et l'opération ne paraît pas plus difficile sur le cadavre que sur le vivant, et sur un canal sain que sur un canal dilaté.

Placez le sujet sur le flanc gauche, un coussin sous le flanc pour faire tomber le côté droit, placez-vous du côté de la fesse et pratiquez mon incision de néphrectomie (partant de l'angle de la 12e côte et de la masse sacrolombaire et s'étendant à 15 centimètres en dehors. Elle est située à un travers de doigt au-dessous et parallèlement à cette côte). Découvrez l'extrémité inférieure du rein, remontez-le et maintenez-le bien sous les fausses côtes. Vous avez devant vous la seconde partie du duodenum et le pancréas, avec le cholédoque ; tirez en dehors cette seconde portion pour amener vers vous la tête du pancréas et l'éloigner de la veine-cave. Les choses étant ainsi, mettez l'index gauche sur le bord supérieur de la tête du pancréas, la pulpe toujours en dedans, vous sentez un cordon, c'est le cholédoque et ses petits vaisseaux ; une sonde cannelée et une longue pince vous permettent d'isoler le cordon blanchâtre, de l'explorer et de l'inciser. Suturez-le si vous pouvez, sinon la fistule temporaire consécutive est négligeable, l'oblitération tout entière étant exceptionnelle. En tout cas, drainez.

Je ne me dissimule pas les difficultés opératoires de cette méthode, je sais que je ne présente ici qu'une possibilité, je ne veux pas détrôner la laparotomie dans la recherche du cholédoque, c'est la voie d'élection, mais il peut y avoir des cas où cette nouvelle voie rendra service. — Elle a en tout cas l'avantage signalé d'être *extrapéritonéale* — or vous savez que l'incision du cholédoque même bien fermée laisse presque fatalement une fistule biliaire temporaire. Cette fistule se déverse dans le péritoine après la laparotomie, elle donne un liquide très souvent septique et dangereux, capable de provoquer une péritonite, elle est si redoutable que l'on propose l'incision du cholédoque en deux temps, méthode absolument défectueuse. Au contraire l'incision extrapéritonéale met à l'abri de ces accidents.

Le cholédoque est facilement exploré dans toute sa longueur et surtout dans cette portion rétroduodénale si difficile à aborder en avant.

Enfin cette voie permet *la taille duodénale* qui peut être nécessaire pour extraire les calculs de l'embouchure du cholédoque. Cette incision et les manœuvres qui la suivent sont dangereuses quand on les exécute par la voie péritonéale, elles seront singulièrement plus bénignes par mon procédé lombaire. Il n'est pas jusqu'à certaines tumeurs ou *collections pancréatiques* qui ne puissent être abordées par cette voie lombaire. C'est pourquoi j'ai cru utile de vous les signaler, m'en remettant à l'expérience clinique pour tirer des conclusions ultérieures.

NOUVELLES

Inspection des enfants du premier âge. — M. le docteur Courmont, médecin-inspecteur suppléant, est nommé médecin-inspecteur, en remplacement de M. Villeneuve, décédé.

M. le docteur Bongrand est nommé médecin-inspecteur suppléant.

Prix de médecine d'armée. — Sur la proposition du Comité technique de santé, le ministre a décerné le prix de médecine d'armée, dont le sujet était pour 1895 : « De la diphthérie dans l'armée », à M. Bousquet, médecin aide-major de 1re classe au 57e d'infanterie.

Le ministre a décidé, en même temps, que le sujet de prix pour l'année 1897 (médaille d'or de la valeur de 1000 francs) serait : « De l'influence exercée sur la morbidité et la mortalité dans l'armée, par la loi du 27 juillet 1872 sur le recrutement ». Les mémoires devront être adressés à la direction du service de santé avant le 31 décembre 1896.

Une chaire de clinique gynécologique à la Faculté de médecine de Bordeaux. — M. le professeur agrégé Boursier, chirurgien des hôpitaux, chargé d'un cours de maladies des femmes et d'une consultation externe de gynécologie à l'hôpital Saint-André, vient d'être nommé, par décret du 13 mai, professeur titulaire de clinique gynécologique, chaire nouvelle, créée par la libéralité de M. Césaire Dupouy, sénateur de la Gironde. Les hôpitaux vont organiser, pour ce nouvel enseignement, un service clinique spécial.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE

3e Session tenue à Paris du 18 au 20 avril.

Avortement provoqué dans un cas de vomissements incoercibles.

M. Puech (de Montpellier). — J'ai dû, chez une femme atteinte de vomissements incoercibles, et dont l'état paraissait très grave, pratiquer l'avortement. Je ne crois pas qu'il y ait lieu d'incriminer l'intervention, qui me paraissait bien indiquée et qui, du reste, a parfaitement réussi. Mais ce qui me paraît le plus intéressant, c'est le procédé dont j'usai pour déterminer cet avortement : je dilatai extemporanément et curettai l'intérieur de la cavité utérine. Tout l'œuf fut enlevé. Les observations d'intervention de cet ordre ne sont pas très communes ; j'ai relevé les faits de William, Duncan, Doléris, Mouchet, Blanc et quelques cas de M. Charpentier.

Les raisons qui m'ont fait m'adresser à la curette sont la possibilité d'en finir vite, et, dans l'état où se trouvait la malade, deux à trois jours me parurent avoir une importance énorme ; l'absence à peu près certaine d'hémorrhagie, ce qui était considérable, étant donné l'état extrême d'anémie ; enfin, l'éloignement de la malade de tout secours médical, ce qui la privait de la surveillance nécessaire.

M. Gaulard. — Je ne m'occuperai pas de l'indication de pratiquer l'avortement, qui n'était peut-être pas aussi absolue que le pense M. Puech. Je dirais seulement que le curettage peut servir dans les grossesses débutantes, mais qu'à partir de trois mois et demi, quatre mois et quatre mois et demi, le curettage n'est guère commode et ne permet pas une extraction facile de la tête fœtale.

M. Charpentier. — Je suis devenu, avec l'âge, plus interventionniste qu'autrefois ; j'ai eu trop de déconvenues en attendant.

Un des bons indices qu'il est temps d'agir est le désaccord entre le pouls très fréquent et la température relativement peu élevée.

Quant au procédé, je n'emploie la curette qu'à deux mois ou deux mois et demi. Plus tard, j'ai volontiers recours à un badigeonnage de la cavité intra utérine à l'aide du nitrate d'argent solide, pendant une à deux minutes. Il est rare qu'au bout de quelques heures des contractions énergiques n'apparaissent pas.

Un point sur lequel j'insiste, c'est que jamais ou presque jamais les vomissements ne disparaissent aussitôt après l'avortement ; ordinairement, il s'écoule encore un jour ou deux marqués par des vomissements persistants.

M. Marduel (Lyon) communique un fait de vomissements incoercibles où la mort fœtale ne mit pas fin aux vomissements. L'état général s'étant aggravé et des troubles oculaires s'étant manifestés, on fit l'extraction de l'enfant morceau par morceau. Mais cette intervention n'eut comme effet immédiat que de provoquer un redoublement de vomissements ; puis la cécité devint absolue. M. Gayet constata l'existence d'hémorrhagies rétiniennes et déclara que le pronostic devait être considéré comme des plus graves tant au point de vue local qu'au point de vue général.

Contrairement à ces craintes, l'état local et l'état général s'amendèrent sensiblement et l'on crut que tout était heureusement terminé, quand la femme mourut.

Il y avait dans les urines un peu d'albumine, mais en quantité minime.

C'est M. Fochier qui, à ma prière, voulut bien pratiquer l'avortement ; l'opération fut des plus laborieuses, à ce point que le ventre resta taché d'ecchymoses dues aux pressions que la main gauche placée sur l'hypogastre exerçait pour aider le travail de la main droite décollant dans l'intérieur de l'utérus. La malade avait été anesthésiée non pas avec le chloroforme, qui favorise les syncopes, mais avec de l'éther.

Recherches anatomiques sur la symphyse pubienne.

M. Queirel. — Sur 200 cadavres de femmes de dix-neuf à quatre-vingt-neuf ans, j'ai recherché l'état de la symphyse pubienne et n'ai pas trouvé un seul cas d'ankylose. 135 femmes avaient eu des enfants. Chez 158 la symphyse était médiane ; 19 fois elle était déviée à droite et 23 fois à gauche.

Sur les sujets âgés de soixante et un à soixante-dix ans, on constatait parfois une sorte d'emboîtement, mais sans fusion osseuse.

M. Budin. — L'ankylose doit être très rare, mais elle peut exister dans certains bassins viciés où il existe encore des bavures osseuses, comme des stalactites qui rendent la section au bistouri impossible.

On peut, au préalable, avant de symphyséotomiser, s'assurer par les moyens appropriés de la mobilité des deux os pubis l'un sur l'autre.

J'ai, ces jours derniers, sur un sujet d'amphithéâtre, rencontré une symphyse où les deux os étaient en contact, et il n'y avait pour les séparer qu'une couche de cartilage absolument insignifiante.

Enchatonnement et forme insolite d'un placenta.

M. Maygrier. — Une femme de 27 ans fut apportée dans mon service le 1er avril dernier, accouchée et non délivrée. Ses antécédents étaient les suivants : première grossesse, il y a deux ans, terminée par un avortement ; deuxième grossesse, grossesse actuelle, marquée par des pertes de sang assez abondantes et répétées à partir du cinquième mois et durant jusqu'à la fin, c'est-à-dire jusqu'au septième mois avec des arrêts et des reprises. Au septième mois, écoulement prématuré du liquide amniotique et peu après travail et expulsion d'un enfant de 1,460 grammes.

L'enfant né, la sage-femme — trouvant que la délivrance tardait à se faire — voulut accélérer, tira sur le cordon et le rompit, tenta la délivrance artificielle sans réussir, envoya alors la patiente à Lariboisière.

Là, nouvelle tentative de délivrance sous chloroforme : nouvel échec. On met alors le ballon Champetier de Ribes.

Une fois le ballon sorti, la sage-femme put introduire la main à travers l'orifice interne assez coarcté malgré le ballon, et dut encore traverser un second orifice pour arriver dans la corne droite où le placenta se trouvait incarcéré. Le décollement et l'extraction furent faits et voici le placenta singulier qui fut amené au dehors : il a la forme d'une aumônière ; la face utéro-placentaire, très convexe, reposait sur toute l'étendue du prolongement cylindrique qui formait la corne droite, et la face fœtale, fortement concave, forme une poche qui reproduit la forme de la corne même.

Tout, d'ailleurs, s'est par la suite fort bien passé.

On peut se demander la cause des pertes de sang, qui n'ont guère discontinué dans les deux derniers mois et qui pouvaient laisser supposer un placenta prævia. Cette variété anomale d'insertion favorise peut-être les hémorrhagies.

Quant à l'enchatonnement pendant la période de la délivrance, il faut l'attribuer d'abord à l'insertion anomale, puis aux tractions intempestives pratiquées par la sage-femme de la ville.

Le ballon Champetier, dans ce cas, nous a rendu grand service ; il eût été possible, au besoin, de l'aller placer dans la corne du côté droit.

M. Hergott (Nancy). — Ce fait n'est pas unique. Au musée de Nancy, nous avons la pièce qui fit le sujet de la thèse bien connue de Bubendorf.

La poche enveloppant le placenta a souvent des parois extrêmement amincies ; il pourrait y avoir quelque danger à trop distendre cette poche par un ballon hydrostatique.

C'est pour ces cas que Schultze a proposé l'opération césarienne localisée à la poche contenant le placenta.

Toxémie gravidique.

M. Fochier communique les résultats du traitement qu'il applique aux éclamptiques. Il a essayé les bains frais dans les formes hyperthermiques et s'en est assez bien trouvé ; pourtant ces bains frais peuvent être dangereux et peut-être convient-il mieux encore de recourir aux bains tièdes.

Il faut ajouter à ce moyen les injections sous-cutanées de sérum artificiel, le chloral à l'intérieur et les lavages de l'estomac.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 18 *avril* 1895.

Altérations nécrotiques et gangréneuses.

MM. Hallopeau et **Le Damany** font une communication sur un cas absolument extraordinaire d'altérations nécrotiques et gangréneuses de l'extrémité céphalique, caractérisées par des lésions ulcéreuses et destructives qui, depuis plus de 6 mois, se renouvellent fréquemment. Ces caractères singuliers ne peuvent s'expliquer que par l'intervention d'un agent infectieux dont la nature n'a pu être déterminée, mais qui paraît ne se rattacher à aucune des espèces connues.

Prurigo de Hébra.

M. du Castel montre un enfant de cinq ans qui, atteint de Prurigo de Hébra à poussées estivales (maladie dont la nature réelle est discutée et qui, pour beaucoup, est rattachée aux constitutions scrofuleuses et lymphatiques), a fait à la suite d'une rougeole (autre affection qui est souvent un point d'appel à la tuberculose) une poussée de tuberculose cutanée disséminée et présentant à la face la variété lupus plan, sous forme de trois petites nodules.

Ulcération tuberculeuse de la verge.

M. Louis Wickham présente un malade offrant à tous points de vue un grand intérêt pratique. Il s'agit d'un jeune homme âgé de dix-sept ans qui porte à la verge sur la face dorsale du fourreau une ulcération ovalaire à base indurée, en face de laquelle tout médecin ne pourrait que penser au chancre induré. La surface ulcérée est assez lisse, superficielle, bien continue avec les bords. Comme pour rendre le diagnostic de chancre syphilitique plus rationnel encore, les régions inguinales offrent une série de petits ganglions développés, durs, roulant sous le doigt. Or, c'est avec une vive surprise que nous avons appris, en interrogeant le malade, que la lésion remontait à sept ans. Au début, c'était une petite bosse, molle, violacée, mais non ulcérée; cette bosse indolente s'est augmentée progressivement et il y a deux mois, elle avait les dimensions actuelles, sans ulcération, puis elle s'est ulcérée au centre; l'ulcération a gagné en surface et c'est alors que le malade s'est décidé à venir consulter.

Cette enquête rendait impossible le diagnostic de chancre induré. D'ailleurs, une fois mis sur ses gardes par la chronicité de la lésion et faisant un retour sur les caractères intimes du mal, on pouvait se rendre compte que l'induration n'était point lardacée et peu épaisse comme dans la plupart des chancres; que cette induration donnait plutôt l'impression d'une tumeur pâteuse, assez molle, que les bords non ulcérés dépassaient l'ulcération de 6 à 7 millimètres et plus même, ce qui en général n'existe pas dans le chancre, que d'autre part, cette même berdure est assez nettement violacée. Tous caractères s'éloignant de la syphilis et pouvant permettre de penser à la possibilité de la tuberculose; diagnostic qui, d'ailleurs, fut porté avant l'examen histologique. En somme, la difficulté du cas résidait surtout dans le siège; cette même lésion située au doigt aurait fait penser peut-être autant à la tuberculose qu'à la syphilis. Je parle, bien entendu, du diagnostic d'emblée, sans la connaissance de la longue évolution antérieure.

Dans les antécédents personnels, il était signalé une carie costale. L'étude clinique approfondie permettait donc de rectifier le premier diagnostic, posé d'impression; il s'agissait non d'un chancre syphilitique mais d'une infiltration tuberculeuse ulcérée; c'est d'ailleurs ce qui a été prouvé par l'étude histologique pratiquée par M. Gastou.

Un autre point pratique consiste à déterminer la conduite thérapeutique en un tel cas. Il semble que l'extirpation totale soit préférable, malgré la cicatrice énorme qui pourrait en résulter, les tissus en ce point se laissant heureusement et largement distendre.

MM. Jullien, Verchère, Dubreuilh qui discutent ce point, sont de cet avis. **MM. Tenneson, Gaucher, du Castel** demandent plus de prudence; ils rappellent les poussées aiguës de tuberculose survenant après des opérations chirurgicales de tuberculose locale, la bénignité de certaines tuberculoses locales livrées à elles-mêmes et proposent plutôt l'intervention par les caustiques ou cautérisations, en un mot, par les procédés de la petite chirurgie dermatologique.

De l'eczéma des paupières et de son traitement.

M. Galezowski a observé de l'eczéma des paupières chronique et rebelle chez certains malades porteurs de lésions oculaires. En général, ces lésions étaient accompagnées d'écoulement lacrymal, écoulement extrêmement alcalin. L'étiologie de ces eczémas paraît donc assez net, il s'agit d'irritation de la paroi par le liquide alcalin qui s'écoule constamment et aussi par les substances plus ou moins irritantes, appliquées pour le traitement de l'œil.

Il s'agit là, pensons-nous, de faits analogues aux dermites récidivantes rebelles de la lèvre supérieure en rapport avec des lésions nasales accompagnées d'écoulement.

L'expression d'eczéma est donc impropre; c'est, en effet, moins une maladie *sui generis* qu'une lésion produite et déterminée accidentellement, comme une brûlure ou une irritation professionnelle ou médicamenteuse de la peau; c'est donc le terme de dermite des paupières qui conviendrait mieux, en ce sens qu'elle définirait plus exactement la lésion. Et, en réalité, le traitement proposé par M. Galezowski répond en tous points à cette interprétation.

M. Galezowski recommande en effet :

1° De tarir la sécrétion lacrymale, de s'efforcer d'empêcher le liquide de toucher à la peau ;

2° D'éviter l'application de toute substance irritante sur les paupières ; et de panser avec des émollients, des adoucissants quelconques, jour et nuit.

C'est là, d'ailleurs, le traitement étiologique rationnel.

Syphilis ou lichen plan.

MM. Gaucher, Barbe et **Balli** présentent un malade offrant sur le corps un grand nombre de petites surfaces pigmentées brun noirâtre, quelques-unes étant réunies en groupe, quelques autres présentant une légère cicatrisation. Quand on n'a pas suivi l'évolution antérieure d'une telle éruption arrivée à la période pigmentée, c'est-à-dire terminale, comme c'est le cas actuel, on peut hésiter entre la syphilis et le lichen plan, deux affections qui, dans quelques-unes de leurs formes, aboutissent à la pigmentation très marquée.

Le point intéressant était donc de savoir s'il s'agissait d'une syphilis ou d'un lichen plan. Les présentateurs penchent pour le diagnostic de lichen plan, en raison de l'absence des accidents syphilitiques antérieurs, de l'existence du prurit au début de l'éruption, enfin de l'aspect brillant de certaines papules.

Ils expliquent les petites cicatrisations par une atrophie des éléments éruptifs, comme cela arrive parfois dans le lichen plan, d'où le nom proposé par les auteurs de lichen plan atrophique pigmenté.

Sur deux formes d'acné cornée.

MM. Hallopeau et **Jeanselme** présentent des malades atteints d'acné cornée et concluent de leurs orbservations qu'il faut distinguer dans l'acné cornée de Hardy, deux formes différentes: l'une d'elles est localisée surtout aux membres, les éléments y sont disposés en groupes, la maladie présente une évolution; l'autre est localisée dans les parties inférieures de la région dorso-lombaire, les éléments y sont disséminés, ils persistent indéfiniment sans se modifier, ni se multiplier.

M. Tenneson déclare que les cas de M. Hallopeau sont tout à fait différents de la maladie qu'il a décrite récemment (Comédons groupés en placards, à bords circinés à évolution excentrique). M. Barthélemy à ce propos insiste sur ce fait que le cas de M. Tenneson était absolument spécial et qu'il conviendrait de lui donner le nom de sébacée miliaire et folliculeuse.

Névrite syphilitique.

M. Gaucher, Sergent et **Champenier** présentent un cas de névrite syphilitique du nerf cubital, ce qui constitue une véritable rareté. Il ne faut pas confondre avec certaines douleurs produites par des périostites, qui simulent quelquefois parfaitement les névrites.

Maladie de Duhring.

M. Gaston a reconnu à l'occasion d'une autopsie de maladie de Duhring une altération rénale considérable. Une autopsie antérieure avait donné déjà des altérations rénales sensibles. Il serait donc intéressant de se rendre compte plus exactement qu'on ne l'a fait jusqu'à présent de l'état des reins dans ces affections bulbeuses, prurigineuses à évolutions chroniques par des poussées successives, qui constituent la maladie de Duhring. L'expérience a montré aussi que dans ces cas, ainsi que dans les grandes dermatoses (Besnier) mais surtout dans la dermatite de Duhring il existe une hypoazoturie très sensible, en même temps que les urines perdent de leur toxité.

De l'anesthésie locale en dermatologie,

M. W. Dubreuilh. — Parmi les procédés d'anesthésie locale applicables à la dermatologie, la méthode de choix est l'injection endodermique de cocaïne. Elle a sur la congélation l'avantage de ne pas modifier l'aspect des tissus et de produire une anesthésie plus profonde et plus durable. Pour que l'injection soit efficace il faut qu'elle soit faite dans les couches les plus superficielles et les plus denses du derme, d'où elle se diffuse en étendue et en profondeur.

J'emploie une solution de chlorhydrate de cocaïne à 2 pour 100 dans un mélange en parties égales d'eau distillée et d'eau de laurier-cerise, solution qui a l'avantage de se conserver indéfiniment sans altération.

L'injection se fait avec une seringue de Pravaz munie d'une canule à 45 degrés, au ras de la douille. Cette forme permet de faire cheminer l'aiguille horizontalement et tout près de la surface en injectant quelques gouttes tous les 6 ou 8 millimètres et d'anesthésier avec une demi-seringue de solution, une bande de 3 centimètres de long sur 1 centimètre de large.

L'injection doit passer avec une certaine difficulté à cause de la résistance qu'oppose le tissu serré du derme à la pénétration du liquide. Quand l'injection est bien faite, elle détermine une zone de pâleur anémique très accusée mais très passagère et qui correspond à peu près à la zone anesthésiée.

L'anesthésie est généralement absolue ; elle existe aussitôt après l'injection et dure quinze à vingt minutes ; elle est absolument sans danger quand on ne dépasse pas la dose de 6 centigrammes.

Pour **M. Besnier**, la question de l'anesthésie locale pour opérations dermatologiques est très difficile à résoudre, en ce qui concerne la pratique courante d'une polyclinique active. On ne peut consacrer qu'un temps minime à chaque malade et la cocaïne est lente à agir ; il faut attendre cinq à dix minutes, ce qui équivaut à une impossibilité, pour peu qu'on ait à opérer une trentaine de malades dans une matinée. D'autre part, la cocaïne n'est pas indiquée dans tous les cas, elle est moins facile à employer et moins efficace pour peu que les plaques à opérer soient assez étendues. Et puis aussi, ne faut-il pas tenir compte des doses supportées par un même malade pendant six mois ou plus de traitement, doses qui à la longue peuvent ne pas être sans inconvénient? Une étude fort utile, consisterait à établir le meilleur parti à tirer des divers anesthésiques employés selon les cas, à préciser la lésion pour laquelle tel anesthésique devrait être préféré. Le chlorure de méthyle par exemple ne doit pas être abandonné, car dans bien des cas, il répond parfaitement aux besoins d'une polyclinique. Pour le petit épithélioma superficiel par exemple, pour la tuberculose verruqueuse de Rhiel pour ne citer que ces lésions, cet agent anesthésique permet une opération excellente.

Placards pigmentés indélébiles consécutifs à un érythème antipyriné récidivant sur place.

M. Morel-Lavallée rappelle la description faite par M. Brocq de ces méfaits de l'antipyrine. Les placards pigmentés produits par l'antipyrine méritent d'être connus, sans quoi ils risquent d'embarrasser considérablement le médecin, conduit à hésiter entre une trophonévrose cutanée ou une plaque de sclérodermie, etc. Ces lésions sortent, en réalité, du schéma habituel des éruptions médicamenteuses. L'auteur termine son travail par les considérations suivantes auxquelles nous souscrivons entièrement. « Il serait banal, dit-il, de s'appesantir entre dermatologues, sur la fréquence inouïe des érythèmes médicamenteux ; et comment concevoir qu'il en puisse être autrement, rien qu'en songeant à ceux-là seuls qui sont le fait de l'antipyrine, et à la consommation courante, universelle que l'on fait journellement de cette substance ! Et pourtant, nous ne devons pas nous lasser de revenir à satiété sur cette fréquence des éruptions pathogéniques, puisqu'encore, à la fin de l'année dernière, on proclamait, dans une de nos Sociétés savantes *que les éruptions médicamenteuses étaient d'une rareté telle que l'on pouvait n'en pas tenir compte dans la pratique*, comme on pourra le voir dans le *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux*, 19 octobre 1894.

« Beaucoup de médecins pensent que les érythèmes pathogénétiques étant le fait d'idiosyncrasies, l'intolérance de la peau se produit presque fatalement dès le début de l'ingestion. Or c'est là une erreur absolue : *il arrive couramment que l'intolérance ne se produit qu'à la longue* et éclate alors comme un coup de foudre, surprenant le praticien qui se croit permis d'augmenter sans crainte et sans surveillance les doses d'un médicament suspect pour ce fait qu'il aurait été, jusque-là, bien toléré.

« Enfin il faut renoncer à cette opinion, origine d'une fausse sécurité pour le médecin et pour le malade, qu'un organisme intolérant à l'égard d'une substance médicamenteuse, doit l'être également pour beaucoup d'autres, d'où découlait inversement cette conséquence, qu'un sujet ayant toléré d'énormes doses de copahu, par exemple, sans réaction cutanée, était, par ce fait, assuré contre les toxidermies mercurielle, chloralée, etc. C'est le contraire qui est la règle.

« Je veux dire que l'intolérance n'existe, en général, qu'à l'égard d'un seul médicament. Une exception sera peut-être à faire au sujet des substances de la série balsamique, et encore, combien d'hommes ont eu de la roséole copahique, qui ont pu absorber impunément du santal et même de la térébenthine. Est-il nécessaire de rappeler les faits curieux, mais bien connus aujourd'hui, où l'intolérance à l'égard d'un médicament, du mercure, par exemple, peut être évitée en recourant à l'emploi d'une autre préparation de la même substance, voire d'une autre voie d'absorption. »

M. L. Wickham et **M. Baudouin** rappellent chacun une observation dans laquelle, après la prise d'un gramme d'antipyrine, cinq à dix minutes étaient à peine écoulées, que les malades furent pris d'un prurit intense et d'une éruption érythémato-noueuse simulant parfaitement l'érythème polymorphe, variété noueuse.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 mai 1895.

Présidence de M. Empis.

Election.

M. Cornevin (Lyon) est élu correspondant national dans la division de médecine vétérinaire par 33 voix sur 60 votants.

contre 24 à M. Laulanié (Toulouse), 1 à M. Neumann (Toulouse) et 2 bulletins blancs.

Extirpation d'anévrysmes.

M. Le Dentu lit, sur un mémoire de M. Quénu relatif à deux cas d'anévrysmes, l'un de l'artère iliaque externe, l'autre de la fémorale commune, traités par l'extirpation chez le même sujet (*Mercredi médical*, 1893, p. 588 et 1894, p. 597), un rapport qui se résume comme suit :

Ce qui constitue le danger des ligatures artérielles des vaisseaux, ce n'est pas tant la diminution de l'irrigation sanguine que la coagulation du sang à distance en amont et en aval des ligatures, coagulation ayant souvent pour conséquence des obstructions de nature embolique. Or, l'antisepsie réduit la coagulation à rien ou presque rien ; elle supprime donc le risque principal des ligatures.

S'il s'agit de troncs veineux, elle supprime l'obstruction de proche en proche des veines par lesquelles devra se faire la circulation supplémentaire. Elle laisse largement ouvertes les voies collatérales et par là éloigne la gangrène. De sorte qu'à la suite de l'extirpation aseptique d'une tumeur anévrysmale, l'obstruction ne porte que sur les extrémités des nombreux vaisseaux artériels ou veineux sectionnés et liés; elle ne va pas au delà. L'embolie ou la thrombose propagée sont impossibles ou fort peu à craindre. Qu'importe que la ligature soit aseptique, si une circonstance qui en est indépendante expose aux mêmes risques que les ligatures non aseptiques? Voilà pourquoi la cause de l'extirpation doit être considérée comme bonne, sinon comme tout à fait gagnée aux yeux de tous, en ce qui concerne les anévrysmes des gros vaisseaux. On ne voit pas pourquoi ce qui est vrai et juste pour la fémorale ou la poplitée le serait moins pour l'iliaque externe. Seulement on en sera réduit à raisonner par induction, sauf que les faits d'extirpation d'anévrysmes iliaques bien distincts des anévrysmes inguinaux qui sont surtout fémoraux et très peu iliaques, sont incapables, par suite de leur nombre très restreint, de fournir une base même à un rudiment de statistique.

Phosphore dans les huîtres.

M. A. Chatin. — Des recherches auxquelles je viens de me livrer il résulte que les huîtres renferment une assez grande proportion de phosphore organique. Une douzaine d'huîtres portugaises contient 1 gramme de phosphate de chaux; les huîtres ordinaires un tiers en moins et leurs coquilles un peu moins encore. Ainsi les huîtres sont très riches en fer, en azote et en phosphore; elles constituent donc un aliment à tous égards excellent au point de vue thérapeutique et hygiénique. Quant à la coloration de quelques espèces, brunes ou vertes, elle est due à la présence de diatomées qu'on retrouve en abondance dans les infusoires des eaux des parcs.

M. A. Gautier. — Les poissons, et en particulier leur laitance, sont très riches en phosphore. L'huile de foie de morue renferme non seulement des alcaloïdes qui en sont la partie la plus active, mais aussi de l'acide phosphoglycérique provenant certainement du dédoublement des lécithines que l'on rencontre en abondance dans le foie et le centre nerveux.

M. Le Roy de Méricourt. — Il y a longtemps qu'on sait que les huîtres constituent un aliment excellent dans le traitement de la dysenterie et de la diarrhée des pays chauds.

Variolisation.

M. Hervieux. — La variolisation a pris naissance en même temps que la variole dans l'Extrême-Orient et probablement en Chine ; de là elle s'est répandue dans toutes les parties de l'Asie et du continent africain. Ce n'est qu'au commencement du XVIIIe siècle qu'elle apparaît à Constantinople pour envahir les diverses nations de l'Europe et en dernier lieu l'Amérique.

Les procédés opératoires à l'aide desquels on l'a pratiquée depuis les temps les plus reculés sont : l'incision, la piqûre, le séton, le grattage de la peau, l'inoculation avec les croûtes varioliques. On ne saurait s'étonner des accidents généraux et locaux auxquels donnait lieu cette pratique, malgré les soins et les précautions dont on s'efforçait de l'entourer dans le cours du XVIIIe siècle.

Il faut aussi reconnaître que des dangers redoutables et trop souvent mortels sont dus encore aujourd'hui dans la plupart de nos colonies, à l'inoculation variolique.

(Comme suite à cette communication, M. Hervieux annonce, pour une séance prochaine, une étude sur la variolisation pratiquée dans ces derniers temps avec le variolo-vaccin de MM. Fischer et Haccius.)

Maladies vénériennes dans les armées française, anglaise et russe.

M. Commenge. — Si l'on compare les trois armées, française, anglaise et russe, au point de vue du nombre de soldats atteints de maladies vénériennes, on trouve les chiffres suivants pour 1,000 hommes d'effectif : Angleterre, 217,1 0/00 en 1889, 212,4 en 1890, 197,4 en 1891, et 201,1 en 1892 ; France : 45,8 en 1889, 43,8 en 1890, 43,7 en 1891, et 44 en 1892 ; Russie : 40,7 en 1889, 43 en 1890, 41,5 en 1891, et 44,6 en 1892. On trouve donc, en France comme en Russie, quatre fois moins de soldats atteints de maladies vénériennes que dans l'armée anglaise de la métropole.

La proportion des soldats victimes d'accidents syphilitiques dans les trois années, pendant la même période, est la suivante : Angleterre : 35,7 0/0 en 1889, 37,3 en 1890, 32,2 en 1891, 33,8 en 1892; — France 9,1 en 1891, 9,1 en 1890, 8,9 en 1891, et 9,2 en 1892; — Russie, 12,9 en 1889, 13,4 en 1890, 12,2 en 1891, et 13,7 en 1892. Cette comparaison montre que si, en France, le nombre de soldats hospitalisés pour la syphilis est le quart du nombre de soldats anglais admis dans les hôpitaux pour la même affection, en Russie le chiffre des syphilitiques est à peu près le tiers du nombre des syphilitiques trouvés dans l'armée anglaise.

En outre, les différents corps d'armée ont, en France, plus ou moins de soldats atteints de maladies vénériennes, suivant qu'ils sont en garnison dans des localités où la prostitution clandestine est plus ou moins développée. Ceux qui ont la moyenne la plus élevée sont presque toujours les mêmes, à savoir ceux du midi et de l'Algérie, le gouvernement militaire de Paris et le 3e corps.

En 1890, on trouve que la morbidité pour l'ensemble de l'armée a été de 43,8 pour mille hommes, dont 84 pour 1,000 pour le 3e corps d'armée, tandis que le 11e corps ne figure que pour 26,3 pour mille.

Cette inégalité dans la répartition des maladies vénériennes se remarque également dans un même corps d'armée, suivant les garnisons qu'il occupe. Par exemple, en 1892, dans le 3e corps d'armée, les garnisons d'Elbeuf et de Vernon ont été frappées dans la proportion de 6,84 et 6,75 pour mille hommes, tandis que dans les garnisons du Havre et de Rouen la moyenne des soldats vénériens a été de 97,27 et 98,32 pour mille hommes. N'est-ce pas la preuve que la progression ascendante des maladies vénériennes est en rapport avec le relâchement des mœurs et le développement de la prostitution clandestine ?

On en peut inférer que les maladies vénériennes sont de beaucoup plus nombreuses dans les pays où existe la liberté de la prostitution que dans les pays où la prostitution est réglementée. La réglementation de la prostitution a pour résultat d'atténuer le développement des maladies vénériennes et d'en enrayer la marche ascendante.

Les résultats constatés sont conformes aux résolutions votées par l'Académie de médecine en 1888, lorsqu'elle a appelé l'attention de l'autorité sur les dangers de la prostitution et sur les mesures à prendre pour sauvegarder la santé publique.

Comité secret.

Sur le rapport de M. Polaillon, l'Académie fixe comme suit la liste de présentation au titre de correspondant étranger dans la division de chirurgie : 1° M. Esmarch (Kiel); 2° M. Durante (Rome); 3° *ex æquo* M. Demosthène (Bucharest), M. Neugebauer (Varsovie), M. Rampoldi (Pavie) et M. Zancarol (Alexandrie).

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 17 *mai* 1895.

Kystes hydatiques du foie et du péritoine.

M. Bonnet rapporte l'observation d'un malade du service de M. Roger qui avait présenté des symptômes de tumeurs multiples dans la région abdominale. Une ponction montra qu'il s'agissait de kystes hydatiques que l'on put, par la percussion, localiser au foie et au péritoine. Le malade mourut de broncho-pneumonie, et à l'autopsie, on trouva une vaste poche hépatique contenant plusieurs litres d'un liquide trouble contenant beaucoup de vésicules folles. Une autre tumeur se trouvait dans la région sus-pubienne, et une troisième à l'angle du côlon transverse et ascendant ; ces deux derniers étaient du volume du poing.

Il existait dans les reins des petits kystes à contenu gélatiniforme qui pourraient expliquer la présence de 7 gr. d'albumine par litre qu'on trouva dans les urines du malade longtemps avant sa mort.

Cancer colloïde du péritoine.

MM. Claude et **Lévi** présentent les pièces anatomiques d'une femme qui fut opérée en novembre 1893, par M. Tuffier pour un rétrécissement pylorique de nature cancéreuse : la pylorectomie réussit parfaitement et la malade sortit en mai 1894, mais elle revint en septembre de la même année avec le ventre ballonné, des douleurs abdominales, des vomissements et une cachexie progressive. Plusieurs ponctions donnèrent issue à un liquide séro-sanguinolent très abondant : la malade mourut en octobre.

L'autopsie montra que le néoplasme avait envahi, après récidive sur place, les régions voisines et surtout le péritoine, l'épiploon et les deux ovaires, dont l'un atteignait le volume d'une tête de fœtus.

Points épiphysaires du premier métatarsien.

M. Mayet, en poursuivant ses recherches sur les points épiphysaires des os de l'enfant, a constaté qu'il existait deux points épiphysaires au niveau de l'extrémité supérieure du premier métatarsien : l'un correspondrait au métatarsien et l'autre à la première phalange du gros orteil : de ces deux points, l'un se trouve à la région externe, l'autre à la région interne.

Kyste hydatique du muscle grand fessier.

M. Péraire rapporte l'observation d'une femme qu'il a opérée à l'hôpital Bichat dans le service de M. Terrier. Il s'agissait d'une tumeur située dans la région fessière qui gênait la marche et la station assise : elle contenait un liquide louche et des vésicules hydatiques folles.

G. Dagron.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 *mai* 1895.

Cholédocotomie.

M. Tuffier. — (Voy. p. 243).

M. Poirier a étudié cette opération sur le cadavre avec M. Tuffier et il déclare qu'elle n'est pas tout à fait aussi simple ni aussi facile que semblerait le faire croire l'exposé enthousiaste de M. Tuffier. Relever le rein sous les fausses côtes, attirer au dehors la seconde portion du duodénum et le pancréas, c'est encore chose assez facile, mais isoler le canal cholédoque, comme l'a indiqué M. Tuffier, c'est autre chose. Au procédé indiqué par M. Tuffier, pour ce temps de l'opération, M. Poirier préfère de beaucoup la dénudation du canal par dissection. Il ne faut pas oublier qu'il y a dans la région des artères et des veines importantes. En somme, l'opération proposée par M. Tuffier est possible sur le cadavre, mais M. Poirier préfère de beaucoup aller à la recherche du cholédoque par la voie antérieure.

M. Segond demande à M. Tuffier si, pour recourir à la voie qu'il propose, la veine-cave inférieure ne crée pas des difficultés et des dangers fort notables.

M. Tuffier fait observer qu'en attirant au dehors la seconde partie du duodénum pour amener en avant la tête du pancréas, ainsi qu'il l'a bien spécialement recommandé on évite sûrement la veine-cave inférieure.

M. Michaux déclare que l'opération proposée par M. Tuffier ne lui semble pas très pratique sur le vivant. On fait généralement la cholédocotomie pour rechercher et extraire des calculs biliaires, et on ne sait jamais d'avance exactement où l'on trouvera ces calculs. Il semble donc indiqué, avant toute chose, de faire une laparotomie exploratrice. Le canal cystique et le canal cholédoque sont d'un accès difficile par la voie lombaire. M. Michaux n'en retient pas moins la très intéressante opération, proposée par M. Tuffier, pour des cas exceptionnels. Mais pour les cas habituels, il préfère de beaucoup le procédé qu'il a adopté avec M. Quénu.

M. Routier dit que ce qui frappe quand on veut extraire des calculs biliaires, c'est qu'on se trouve dans des conditions bien différentes sur le vivant de celles qu'ont trouvées MM. Tuffier et Poirier dans leurs expériences sur le cadavre. On a quelquefois beaucoup de peine à trouver le cholédoque et même la vésicule biliaire. Sans doute les notions anatomiques sont très précieuses dans la pratique de ces opérations, mais il ne faudrait pas laisser croire aux chirurgiens que sur le vivant, alors qu'il y a de la péricystite, des magmas cicatriciels, etc., les choses se passent avec la même simplicité, la même facilité que sur le cadavre.

M. Schwartz communique l'observation d'une femme âgée, cachectique, ayant eu des phénomènes d'obstruction biliaire, des accès de fièvre intermittente qui semblaient d'origine calculeuse ou cancéreuse. Il y a huit jours, assisté de M. Michaux, M. Schwartz ouvrit largement par la voie latérale. Il a été, dans ce cas, de toute impossibilité de trouver l'hiatus de Winslow. Malgré toutes les précautions qui furent prises, il se fit un écoulement de bile dans le péritoine et la malade succomba le second jour.

M. Quénu ne rejette pas le procédé de M. Tuffier. Il peut être applicable dans certains cas. Mais on pourra toujours lui faire cette objection, c'est qu'on ne sait jamais exactement s'il s'agit d'un calcul ou d'une tumeur. Or, par la voie lombaire, vous n'aurez jamais la faculté d'une large exploration comme par la voie antérieure. M. Tuffier a eu la chance, dans une opération pour néphrectomie lombaire, de pouvoir rechercher le cholédoque et de diagnostiquer des calculs par cette voie. Cependant il ne l'a pas osé et il est allé chercher ses calculs par une incision antérieure.

M. Quénu répond à M. Routier qu'il faut distinguer deux sortes de cas dans cette question ; il faut distinguer les cas simples, faciles, des cas compliqués et difficiles. Il y a donc tout avantage à pouvoir étendre l'exploration du cholédoque au-dessous de l'hiatus de Winslow. Il y a même des cas d'hypertrophie du foie où la portion sous-duodénale du canal cholédoque est plus facile à explorer et à atteindre que la portion sus-duodénale. En résumé, M. Quénu croit l'exploration étendue du cholédoque possible et facile dans un grand nombre de cas. Mais pour cette recherche la laparotomie exploratrice est indispensable. L'incision antérieure paraît, à ce point de vue, présenter de grands avantages sur l'incision postérieure qui n'a pas encore fait ses preuves. Toutefois, M. Quénu n'est pas absolu dans le choix des procédés opératoires, et il reconnaît qu'il peut y avoir des cas dans lesquels l'opération en deux temps ou la voie lombaire peuvent aussi être préférées.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 18 *mai* 1895.

Présidence de M. Féré.

Paralysie pyocyanique.

M. Charrin montre un lapin chez lequel il a produit une paraplégie spasmodique expérimentale à l'aide des produits du bacille pyocyanique.

Ce qu'il y a de particulier chez ce lapin et ce qui n'a pas encore été noté dans l'histoire de ces paralysies, c'est l'existence d'une trépidation spinale très nette tantôt spontanée, tantôt se produisant sous l'influence d'un choc léger et s'accompagnant d'une divergence des orteils par contracture des fléchisseurs.

Associations microbiennes.

M. Roger. — Mes premières recherches sur les associations microbiennes, publiées en 1889 et vérifiées par Mouti, Vaillard et Vincent, Besson, démontraient que les produits microbiens favorisent le développement des infections. Dans certains cas cependant, comme l'ont montré divers expérimentateurs, citons M. Bouchard, le résultat est inverse; les produits microbiens aident à la guérison de l'organisme infecté. Or, en injectant à des lapins et à des cobayes, du charbon mélangé à des cultures stérilisées de prodigiosus, j'ai obtenu des résultats assez inattendus: chez le lapin, le prodigiosu a exercé une action thérapeutique; car tandis que les témoins inoculés avec le charbon seul ont succombé du 2e au 5e jour, les animaux qui recevaient en même temps les prodigiosus ont résisté ou sont morts plus tardivement. Au contraire, les cobayes qui ont reçu le mélange de charbon et de prodigiosus ont présenté des œdèmes précoces et fort étendus et ont succombé avant les témoins. Ainsi la même association microbienne peut avoir des effets diamétralement opposés, sur deux espèces animales.

Ces faits présentent un certain intérêt théorique; car il tendent à ruiner les diverses hypothèses émises pour expliquer le mécanisme des associations microbiennes; d'un autre côté, ils montrent avec quelle circonspection on doit appliquer à l'homme les résultats obtenus sur les animaux; si on s'était contenté d'opérer sur le lapin, on aurait pu espérer que les cultures de prodigiosus combattraient le développement du charbon; les résultats obtenus sur le cobaye empêchent toute tentative thérapeutique, car on ne peut savoir ce qui surviendrait chez l'homme.

Ictère grave chez un nouveau-né atteint de syphilis hépatique paraissant dû au proteus vulgaris.

MM. Bar et Rénon. — Chez un enfant né à terme d'une mère syphilitique nous avons observé le second jour après la naissance, un ictère fébrile qui s'accrut les jours suivants et amena la mort le cinquième jour.

A l'autopsie, pratiquée deux heures après, le foie très volumineux pesant 177 grammes, était sillonné de vaisseaux sanguins très élargis et obstrués par des caillots: un de ceux-ci remplissait complètement la veine ombilicale, siège d'une phlébite évidente. Des ensemencements furent prélevés, après stérilisation préalable des surfaces, dans cette veine, dans le lobe gauche du foie, dans la rate et dans le cœur droit: Les cultures, toutes identiques, contenaient le proteus vulgaris d'Hauser à l'état de pureté: les vérifications sur gelose, sur bouillon, sur pomme de terre, sur gélatine dans les boîtes de Pétri, les caractères morphologiques et colorants du microbe ne permettaient aucun doute à cet égard.

L'examen histologique après fixation par le sublimé acétique, montra d'une part des lésions de syphilis hépatique incontestables (gangue fibreuse intense, autour des vaisseaux, gommes embryonnaires) et d'autre part des lésions caractéristiques de dégénération infectieuse, profonde du foie (ectasie des capillaires périlobulaires et intralobulaires, infiltration graisseuse très marquée des cellules, les unes tuméfiées, les autres atrophiées). Les microbes, colorés par la thionine siégeaient en grand nombre dans les espaces interlobulaires.

Dans ce fait on trouve réunies des lésions de syphilis hépatique et des lésions infectieuses, la syphilis n'ayant été qu'une cause prédisposante à l'infection.

Nous pensons, en raison de la présence du proteus vulgaris dans la veine ombilicale thrombosée que l'infection s'est produite par la plaie ombilicale et qu'il ne peut s'agir d'un envahissement de ce microbe venu de l'intestin pendant la période agonique. Ceci est à rapprocher de cas semblables observés chez l'adulte dans lesquels Jaeger a fait jouer un rôle pathogénique important au proteus vulgaris.

Hyperglobulie expérimentale.

MM. Sellier et **Jolliet** ont fait une série d'expériences qui leur ont permis de reproduire expérimentalement l'hyperglobulie qui existe dans la cyanose chronique et, normalement, chez les habitants des hauts plateaux.

Pour réaliser l'hyperglobulie de la cyanose chronique, ils trachéotomisaient des poules et obstruaient partiellement le tube introduit dans la trachée, en réalisant ainsi une asphyxie chronique. Dans ces conditions ils ont constaté très nettement la formation rapide d'une hyperglobulie se manifestant déjà au bout de 24 heures par la production de plus de 500.000 hématoblastes par millimètre cube de sang.

Dans une autre série d'expériences ils ont obtenu une hyperglobulie analogue en plaçant les animaux dans une atmosphère où l'oxygène se trouvait, comme sur les hauts plateaux, sans faible tension.

Centres corticaux modérateurs des réflexes.

M. Contejean présente un chien atteint de chorée et chez lequel l'extirpation de la zone motrice du côté gauche a amené une exagération des mouvements convulsifs des membres du côté droit.

La plupart des auteurs admettent que l'extirpation de la soi-disante zone motrice donne lieu à l'abolition de la sensibilité tactile, réflexe et thermique. L'expérience sur le chien choréique semble donc montrer l'existence des centres modérateurs au niveau de l'écorce cérébrale.

M. Déjerine pense que les troubles moteurs présentés par le chien ne sont pas choréiques, mais plutôt myocloniques.

M. Langlois fait observer que l'expérience de M. Contejean confirme l'opinion émise par Ietchenoff. Personnellement il a constaté que l'électrisation du syrus produit une diminution des réflexes.

Action comparée de sels de cadmium et de zinc.

MM. Athónasin et **Langlois**, en étudiant comparativement l'action physiologique des sulfates de zinc et de cadmium, tant sur la marche de la fermentation lactique que sur les organismes supérieurs, ont retrouvé une confirmation de la loi émise par M. Richet, à savoir que les métaux du même groupe agissent en raison de leurs poids atomiques. Les sels de cadmium sont à poids moléculaires égaux plus toxiques que les sels du zinc (Cd = 112, Zn = 65).

La toxicité des sels de cadmium s'expliquerait en outre par ce fait qu'il s'agit d'un métal plus rare que le zinc. La fermentation lactique arrêts avec 0,2 0/00 sulfate de cadmium et 1,6 0/00 sulfate de zinc.

L'arrêt du cœur chez la grenouille s'obtient avec 0,105 par kilogramme d'animal pour le cadmium; avec 0,150 pour le zinc.

La sérothérapie et les pseudo-guérisons du cancer.

M. Fabre-Domergue fait observer tout d'abord que la guérison du cancer a été jusqu'à présent signalée après l'application de trois méthodes différentes : 1° celle de Richet et Héricourt qui inoculent un âne avec du suc cancéreux et injectent ensuite les cancéreux avec le sérum de l'âne; 2° celle de Emmerich et Scholl qui immunisent un mouton avec des cultures virulentes du streptocoque et se servent ensuite du sérum de l'animal immunisé; 3° celle de Colley, enfin, qui injecte à des cancéreux des cultures streptococciques chauffées. Avec toutes ces méthodes, on a signalé des guérisons qui, pour M. Fabre-Domergue, sont des pseudo-guérisons qu'il explique par la constitution histologique du cancer et l'action chimiotaxique négative du liquide injecté.

En effet, toute tumeur cancéreuse se compose d'une masse néoplasique proprement dite et d'une masse formée par des leucocytes. Il suffit que le liquide injecté ait une action chimiotaxique négative pour qu'à la suite de l'injection il survienne une diminution considérable de la tumeur. Le même effet peut du reste être obtenu par l'injection de liquides caustiques ou même par la simple compression.

M. Guinard (de Lyon) envoie une note intitulée Recherches pharmaco-dynamiques sur l'action de la morphine.

R. Romme.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 *mai* 1895.

Présidence de M. Hayem.

Nouveau cas de cystite du col provoqué par l'emploi des alcalins à haute dose.

M. Mathieu. — Il s'agit d'un médecin hyperchlorhydrique qui avait pris pendant un mois 20 gr. de bicarbonate de soude, puis le mois suivant 25 gr., il présenta à la suite des signes de cystite du col, que la suppression du médicament fit disparaître au bout de deux jours. Les urines étaient restées acides et transparentes. Peut-être pourrait-on dire plutôt irritation du col.

M. Hayem. — Je crois qu'on abuse, sans grand avantage, des alcalins à haute dose, dans les gastropathies. Je ne sache pas qu'on ait publié un seul cas de guérison d'hyperchlorhydrie par ce traitement purement symptomatique. C'est dans le régime qu'est l'indication thérapeutique.

M. Mathieu. — En effet, les alcalins à haute dose ne guérissent pas l'hyperchlorhydrie, mais ils soulagent cependant dans les douleurs, les vomissements ; ils sont précieux dans les périodes de crise, et sont un adjuvant du régime.

Traitement de la pneumonie franche par les bains froids chez les enfants.

M. Comby. — Les bains froids donnés aux enfants atteints de pneumonie franche, donnent de bons résultats; ils n'en abrègent pas, il est vrai, la marche cyclique, mais ils en atténuent certains symptômes portant sur la température, sur le pouls, sur la respiration. Par exemple ce traitement a été appliqué à un jeune enfant atteint de pneumonie à la suite d'une grippe gastro-intestinale, avec hyperpyrexie permanente contre laquelle la quinine n'avait aucune action. Les bains furent donnés à 25°, d'une durée de 5 à 6 minutes. Ils furent d'abord difficilement acceptés, puis parfaitement tolérés, et on en arriva à 4 ou 5 bains par 24 heures. Les bons effets de cette médication se firent sentir sur le pouls qui de 160 tomba à 120 et 110, sur la température qui s'abaissait pendant deux heures quelquefois de 1 1/2 à 2 degrés. La convalescence fut naturelle dans tous les cas.

M. Sevestre. — Je serais encore plus affirmatif que M. Comby, le bain froid est un moyen héroïque qui avance la guérison des malades; c'est un fait sur lequel j'ai déjà insisté dans une communication antérieure à la Société Médicale des Hôpitaux. Non seulement on obtient une amélioration des symptômes pénibles, mais la défervescence se fait du 5e au 6e jour.

M. Rendu. — Cette méthode donne également de bons résultats chez les adultes, sauf peut-être chez les vieillards, et encore peut-on en surveiller les effets.

M. Du Cazal. — Depuis plus d'un an tous mes malades pneumoniques sont sauvés avec grand avantage grâce à cinq bains froids et à l'enveloppement humide du thorax. Celui-ci supprime les douleurs thoraciques mieux que les ventouses scarifiées.

M. Syredey pense qu'on peut étendre les indications de bains froids aux pneumonies secondaires, et aux broncho-pneumonies. Cette pratique qu'il a appliquée à l'hôpital d'Aubervilliers chez des enfants atteints de broncho-pneumonie morbilleuse entre autres lui a donné les meilleurs résultats.

M. Du Cazal. — L'accord est d'ailleurs à peu près fait sur la question de l'emploi des bains froids dans les broncho-pneumonies. Certains auteurs, Jungessen entre autres, ont même abaissé la température du bain jusqu'à 3°.

M. Le Gendre a eu, de son côté, d'excellents résultats.

M. Hayem. — Cette médication, employée d'une façon systématique dans mon service depuis 1888, a fait baisser d'une façon sensible le pourcentage de la mortalité : de 50 0/0 qu'il était, on est arrivé à 30 0/0 environ de décès. Les résultats sont notablement meilleurs chez les enfants que chez les adultes de nos hôpitaux, la plupart du temps intoxiqués par l'alcool.

M. Hanot. — Il y a bien des influences connues ou non qui, en dehors du traitement, font varier la mortalité de la pneumonie ; il y a des périodes de temps où les pneumoniques succombent en grand nombre quoi qu'on fasse.

M. Catrin. — L'influence des saisons est indéniable, il faut y ajouter celle du terrain sur lequel évolue la pneumonie et les conditions d'existence antérieure des malades. Ainsi, chez les détenus militaires la mortalité est toujours plus considérable que chez les soldats.

M. Sevestre insiste à nouveau sur l'efficacité des bains froids dans la broncho-pneumonie de la rougeole et de la diphthérie.

Cirrhose hypertrophique biliaire. Ictère urobilinurique.

M. Hanot présente un malade atteint de cirrhose hypertrophique biliaire qu'il observe depuis plusieurs années ; c'est un homme qui n'est ni syphilitique, ni alcoolique, ni paludéen, et dont la maladie procède par poussées, avec ictère, fièvre et phénomènes infectieux, entre lesquelles il existe des périodes intercalaires durant jusqu'à 6 à 8 mois, où l'état de santé semble parfait. Un des symptômes non le moins curieux qu'il présente est une boulimie qui persiste, un peu atténuée il est vrai, dans les périodes fébriles. Pendant celles-ci on note de l'ictère, de la fièvre, 40° et plus, jamais d'ascite, et une leucocytose permanente; une fois même on nota de l'endocardite infectieuse.

Des doses fractionnées de calomel et de sulfate de quinine l'ont sensiblement amélioré.

Il y a là évidemment une marche spéciale de la maladie qu'on ne retrouve pas par exemple chez d'autres malades, syphilitiques ceux-là, où il n'y a ni boulimie, ni leucocytose, ni cette marche spéciale du cas précédent.

Un point bien particulier, c'est que les urines de ce malade, dans les phases ictériques, n'ont jamais présenté à nos examens cliniques trace de pigments biliaires, mais seulement de l'urobiline. On est donc amené à se demander s'il n'y a pas, contrairement à ce qui a été avancé, d'ictère urobilinurique.

M. Hayem. — J'ai signalé des faits de ce genre dans mon travail sur l'urobilinurie, et dans mon livre sur le sang. Dans ces cas d'ictère, il faut examiner non seulement l'urine, mais le sérum du sang; la première ne donnant quelquefois à l'examen spectroscopique ou chimique que des pigments modifiés. Or, toutes les fois qu'il y a coloration ictérique de la peau ou des muqueuses, il y a des pigments biliaires dans le sérum : l'*urobiline est un pigment non tinctorial.*

Dès qu'il y a ictère, le sérum qu'on peut recueillir par piqûre du doigt, donne la réaction de Gmelin, les pigments biliaires du sang passent ultérieurement dans l'urine plus ou moins oxydés, en particulier sous forme de pigment rouge brun. Ces cas d'ictère hémaphéique s'observent chez les malades cirrhotiques en particulier. Ils sont pendant longtemps ictériques de par les pigments biliaires que leur sang contient et sans qu'on les retrouve dans les urines, puis tout d'un coup, celles-ci donnent à leur tour la réaction de Gmelin. Mais l'ictère urobilinurique n'existe pas.

M. Hanot. — En traitant le sang par l'acide nitrique, on obtient la réaction des pigments biliaires : c'est là une cause d'erreur dans l'interprétation de l'examen du sang.

M. Hayem. — Soit pour l'acide nitrique, mais l'emploi des spectroscope donne les résultats que je viens de signaler.

M Sevestre lit un rapport sur un travail de M. Bertin (Nantes) concernant la sérumthérapie, dans la tuberculose dans la fièvre typhoïde, dans la diphthérie. L'emploi des sérums d'animaux réfractaires, non immunisés artificiellement, lui a donné de bons résultats.

M. Sevestre lit un deuxième rapport sur un travail de M. Bezard (Tours) concernant la sérumthérapie dans la diphthérie. Il y eut 20 guérisons sur 22 cas.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Séances du mois d'avril 1895.

Diphthérie.

M. Rivière fait le récit d'une petite épidémie de diphthérie qui a eu lieu dans sa famille. Au commencement de mars, ses quatre enfants furent atteints de grippe; le plus jeune, âgé de deux ans, présenta au déclin de sa maladie, de la tristesse, de l'inappétence, de l'engorgement ganglionnaire du cou et du jetage. L'examen de la gorge révéla l'existence de petites taches blanchâtres. L'ensemencement pratiqué par le docteur Ferré donna du bacille de Lœffler et du staphylocoque. Une injection de 20 c. c. du sérum du docteur Ferré fut faite. En vingt-quatre heures, l'adénopathie disparut, le pharynx se débarrassa de ses fausses membres et la guérison eut lieu. La réaction occasionnée par l'injection fut des plus vives, le thermomètre s'éleva au-dessus de 39° le soir même; au huitième jour, il y eut encore une élévation de température assez notable en même temps qu'apparut une éruption ortiée très étendue avec démangeaisons intolérables. Les urines n'ont jamais contenu d'albumine.

Les trois autres enfants s'étant trouvés en contact avec leur frère au moment où la maladie était en pleine évolution, M. Rivière fit pratiquer une injection préventive de 5 c. c. Tous les trois eurent, le soir de l'injection, une forte élévation de température et, au huitième jour, une éruption d'urticaire avec très fortes démangeaisons; tous trois présentèrent à ce moment des douleurs articulaires et un gonflement de plusieurs jointures. Ces phénomènes, très intenses, ne durèrent que quelques heures et n'eurent aucune suite. Cependant trois semaines après une des fillettes présenta subitement une élévation de température.

M. Pousson combat les inoculations préventives, en s'appuyant sur la relation d'un cas de mort survenue à la suite d'une injection de sérum de Behring.

M. Davezac, ayant à traiter trois malades atteints d'angine diphthérique, ne s'est pas contenté d'injecter le sérum aux malades, mais il l'a aussi injecté à leurs parents et à leurs voisins. Enfin, après avoir immunisé sept ou huit personnes, il s'est immunisé lui-même. Personne n'a eu de réaction douloureuse ou même simplement pénible.

Traitement de la tuberculose pulmonaire.

M. Lalesque (d'Arcachon) lit un long mémoire sur la cure maritime de la tuberculose pulmonaire. Au cours de cette intéressante étude, M. Lalesque envisage la tuberculose à ses différentes périodes, et il cite des chiffres nombreux et précis indiquant le nombre des guérisons et des améliorations obtenues, l'ancienneté de la guérison et l'augmentation de poids constatée chez les malades.

M. Lalesque différencie nettement le climat méditerranéen du climat atlantique et explique qu'Arcachon et Nice ne sont nullement identiques, bien que ces deux stations soient situées au bord de la mer. Arcachon est seul un climat marin, tandis que Nice, malgré sa situation sur le bord de la mer, est en réalité un climat continental.

Il termine en donnant la description des abris qu'il a fait construire à Arcachon, de concert avec M. Festal, pour permettre aux tuberculeux de faire la cure d'air et de repos.

Hémorrhagies viscérales de la neurasthénie.

M. Mesnard parle de la fréquence, aujourd'hui reconnue, des hémorrhagies viscérales (gastriques et intestinales) au début de la neurasthénie. Jusqu'à ces dernières années, les hématémèses passaient inaperçues ou étaient attribuées à la tuberculose. Ces hémorrhagies diverses peuvent s'expliquer de diverses manières ; ou bien les neurasthéniques sont des arthritiques et des congestifs, ou bien ce sont des artério-scléreux dont le système vasculaire présente une fragilité toute spéciale.

M. Mesnard cite le cas d'une femme de cinquante-trois ans, neurasthénique depuis l'âge de vingt ans. Tous les trois à six mois, elle a une crise de neurasthénie qui débute par une hématémèse très abondante (parfois 2 litres) et des douleurs violentes. Au bout de quelques jours de régime lacté, tous ces phénomènes gastriques disparaissent pour laisser la place aux symptômes généraux de la névrose. La malade mange de tout après la disparition des douleurs.

M. Courtin croit qu'il y a lieu de faire une distinction importante parmi les hémorrhagies viscérales rencontrées chez les neurasthéniques. Il faut séparer en un premier groupe les hémorrhagies qui sont un des symptômes de la neurasthénie, et en un second groupe les hémorrhagies qui sont la cause de la neurasthénie. Il a eu à soigner, il y a quelques années, une femme de quarante-sept ans, qui, à la suite d'une hémorrhagie utérine abondante, devint très franchement neurasthénique.

Paralysie oculaire traumatique.

M. Armaignac signale un cas de paralysie du muscle droit externe de l'œil gauche, survenue chez un jeune lycéen de quinze ans, dans des conditions assez particulières. En courant, il fit butter son apophyse mastoïde contre le tibia d'un camarade. Lorsqu'il se releva, on remarqua qu'il louchait et avait du strabisme convergent de l'œil gauche et qu'il lui était impossible de renverser cet œil en dehors. Il y avait donc une paralysie du muscle droit externe de l'œil.

Ces paralysies sont fréquentes dans les traumatismes de la base du crâne. Mais dans le cas actuel, l'étiologie est difficile à préciser, peut-être faut-il songer à une hémorrhagie siégeant au voisinage de la sixième paire nerveuse.

M. Armaignac a traité cette paralysie par l'électrisation faradique du muscle lui-même au moyen d'électrodes très petites. Quelques séances ont suffi pour améliorer son état. Pendant une interruption du traitement, la paralysie est restée stationnaire. La reprise du traitement a produit un nouveau progrès.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 8 mai 1985.

Fièvre mélanurique des côtes occidentales de l'Afrique.

M. Plehn qui a été longtemps médecin au Caméroon et a longtemps exercé sous les Tropiques, a eu l'occasion d'observer sur les côtes occidentales de l'Afrique une fièvre particulière caractérisée principalement par une mélanurie et désignée sous le nom d'eaux noires.

La fièvre en question est en dernier lieu une malaria grave compliquée d'hématurie. Elle frappe le plus souvent les blancs, et est relativement rare chez les nègres, et survient souvent à l'occasion d'une fatigue, d'un refroidissement, des excès de toute nature. Une première atteinte, loin de conférer l'immunité, crée une prédisposition très marquée aux attaques ultérieures, souvent même elle se déclare chez des individus qui ont déjà été éprouvés par la malaria simple.

L'accès de fièvre mélanurique débute ordinairement par des frissons, des nausées, des vomissements, de l'oppression, de la dyspnée, cette dernière attribuable à la destruction des hématoses ; souvent il survient de l'ictère qui atteint rapidement une grande intensité. Une température très élevée est rare et souvent la fièvre à type intermittent irrégulier est modérée.

Du côté des organes internes on trouve de la bronchite, de l'affaiblissement des bruits du cœur, de la sensibilité de l'abdomen et du foie. L'hypertrophie de la rate n'existe que dans la moitié des cas environ. Quelquefois il survient encore une diarrhée profuse, et dans ces cas le sang est épaissi, et la destruction des hématies, qui existe dans d'autres cas, fait défaut. Le sang, à côté de la destruction abondante d'hématies, présente des macro et des microcytes et vu des

hématies polynucléaires; le nombre de leucocytes est à peu près normal.

L'urine est foncée, presque noire, de réaction variable, peu abondante; souvent même les malades n'émettent de temps en temps que quelques gouttes d'urine foncée, et ces mictions sont toujours très douloureuses; quelquefois l'anurie est complète. Dans le dépôt que forme l'urine on trouve des cylindres, des cellules épithéliales, du pigment, mais pas d'hématies ni de pigments ou d'acides biliaires. L'anurie peut aboutir à l'urémie, mais le plus souvent l'anurie est relativement bien supportée. Les causes les plus fréquentes de la mort sont l'urémie, l'embolie, les thromboses du cœur et l'asthénie cardiaque.

Au point de vue étiologique, M. Plehn insiste sur la présence dans les hématies des plasmodies qui contrairement à celles de la malaria européenne, se colorent mal sur le bleu de méthyle.

La quinine ne donne pas dans ces cas de bons résultats et souvent même elle a semblé provoquer la mélanurie dans la malaria simple. Le traitement purement symptomatique est encore celui qui réussit le mieux dans la malaria mélanurique.

M. Friedlander a observé cette fièvre au Congo. Il n'a jamais vu la quinine provoquer la mélanurie, mais croit que la quinine réussit mieux comme prophylactique que dans les cas de malaria déclarés.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 17 *mai* 1895.

Ichtyose hystrix.

M. Kaposi présente un garçon de 13 ans, atteint d'ichtyose hystrix. La peau du visage, couverte de dépôts blanchâtres, durs, donne l'impression d'un marque de plâtre. Des dépôts analogues se trouvent sur le cuir chevelu, sur la peau du tronc et des membres. D'un autre côté, on trouve sur les plis des coudes et le pénis, des productions verruqueuses, dures, grisâtres.

D'après M. Kaposi la lésion essentielle de l'ichtyose serait constituée par la transformation cornée de la couche réticulaire de la peau.

Lymphosarcome de l'intestin grêle.

M. Stork rapporte l'observation d'une femme de 24 ans qui est entrée à l'hôpital pour une tumeur de l'abdomen et qui succomba peu de temps après son entrée à une péritonite suraiguë.

A l'autopsie on trouva une péritonite suppurée par perforation de l'intestin grêle. Les parois du jéjunum et de la partie initiale de l'iléon étaient épaissies et entièrement infiltrées de tissu lymphosarcomateux qui a fini par transformer cette partie de l'intestin en un tube rigide. Les ganglions mésentériques correspondants étaient transformés en une masse bouclée.

Diagnostic du carcinome de l'estomac.

M. Hammerschlag commence par faire remarquer qu'avec l'essor de la chirurgie de l'estomac, il devient de plus en plus important de savoir faire de bonne heure le diagnostic de carcinome de l'estomac. On admet généralement que l'absence d'acide chlorhydrique libre, et la présence d'acide lactique en forte proportion, l'absence de la peptonisation de substance albuminoïde, la diminution progressive de la force motrice de l'estomac et la présence de longs bacilles dans le contenu stomacal, sont des signes qui dans leur ensemble permettent de faire le diagnostic de cancer. Il faut pourtant savoir que tous ces signes peuvent se rencontrer dans les affections non cancéreuses de l'estomac. Ainsi, dans 33 cas de la clinique de Nathangel, où la présence d'acide lactique libre en grande quantité a été constatée avec les procédés en usage, le cancer n'existait que chez 30; dans 35 autres cas où l'on avait constaté une digestion insuffisante de substances albuminoïdes, l'existence d'un cancer de l'estomac n'a pu être constatée que chez 30 malades.

On peut diviser les carcinomes de l'estomac en trois groupes: 1° carcinomes se développant après un ulcère; 2° carcinomes du pylore; 3° carcinomes d'une autre partie de l'estomac. Dans les carcinomes du dernier groupe, qui sont les plus fréquents et évoluent sans sténose pylorique, le chimisme stomacal à caractères précités et la constatation d'une progressive insuffisance motrice permettent le plus souvent de faire le diagnostic précoce.

Dans les carcinomes qui se développent sur les ulcères, le chimisme stomacal peut rester longtemps normal.

Les modifications du chimisme stomacal dans le cancer de l'estomac tiennent à une dégénérescence atrophique de la muqueuse et de ses glandes.

CLUB MÉDICAL DE VIENNE

Séance du 15 *mai* 1895.

Gangrène spontanée.

M. Sternberg présente un homme de 31 ans auquel il a fait l'amputation du pied gauche pour gangrène.

Le malade était sujet depuis longtemps à des douleurs et à des paresthésies des membres inférieurs avec sensations de froid et d'engourdissement dans les orteils. Il y a un an, le malade présenta des plaques de gangrène sur les gros orteils des pieds, puis la gangrène envahit tout le pied gauche, tandis qu'elle resta limitée à l'orteil du pied droit. En même temps que cette gangrène, le malade eut des panaris sur les doigts de la main gauche.

Actuellement, à l'examen du malade, on trouve une légère atrophie du membre supérieur gauche avec troubles trophiques du côté des ongles et de la peau de la main droite qui est livide; enfin, les pulsations de la radiale de ce côté sont à peine perceptibles. Le pied et la jambe du côté droit sont plus froids que du côté gauche, et de plus, sur le pied droit, on trouve plusieurs pustules.

Pas de troubles du côté du système nerveux. Le diagnostic pouvait donc hésiter entre la maladie de Morvan, la syringomyélie et la maladie de Raynaud. L'examen histologique du moignon amputé montra qu'il existait une endartérite avec thrombose. On peut donc supposer que la même lésion existe aussi au niveau des vaisseaux du membre supérieur.

M. Singer a eu l'occasion d'observer un tuberculeux chez lequel, quelques jours avant une hémoptisie foudroyante, on constata la formation de plaques de gangrène sur le nez, les oreilles et les doigts. A l'autopsie on a pu constater, après examen histologique des parties, que les vaisseaux et les nerfs ne présentaient aucune lésion.

Chez ce malade, la gangrène était manifestement en rapport avec la cachexie et les troubles de circulation consécutifs à la dyspnée.

M. Schlesinger a observé deux cas de gangrène spontanée. Dans un cas, il trouva des lésions du vaso-nervosum et une dégénérescence des nerfs.

Dans le second cas qui avait évolué avec des phénomènes de névrite multiple, de l'hypertrophie du cœur gauche et de la gangrène symétrique, on trouva du côté des nerfs les lésions de la polynévrite parenchymateuse, une artérite du vaso-nervosum, une dégénérescence des racines antérieures et postérieures de la moelle. Dans ce cas, les lésions vasculaires étaient manifestement primitives et les lésions nerveuses secondaires.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.



Mariani
VIN TONIQUE MARIANI
À LA
COCA DU PÉROU
LE PLUS AGRÉABLE ET LE PLUS EFFICACE DES TONIQUES ET DES STIMULANTS
PARIS, 41, Bd Haussmann.
LE VIN MARIANI à la COCA
CAPSULE
MARIANI
HAUSSMANN
MARIANI'S TONIC COCA WINE
CAPSULED
DOSE:
DOSE:
Prix: 5 Francs.

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 3 au 8 juin 1895.

Mercredi 5. — M. Lévy (H.). De l'acide arsénieux employé à doses thérapeutiques dans son action sur la digestion et la nutrition. — M. Dupont. De la sciatique spasmodique. — M. Sébileau. Inutilité des injections vaginales pendant les suites de couches et dangers qu'elles peuvent même présenter dans certains cas. — M. Plicot. Contribution à l'étude de la pathogénie et du diagnostic de l'anémie pernicieuse progressive des femmes enceintes.

Jeudi 6. — M. Berthelin. Complications hépatiques de l'appendicite. — M. Charcot. Contribution à l'étude de l'atrophie musculaire progressive (type Duchêne-Aran). — M. Maraval. Contribution à l'étude du décollement de la rétine et de son traitement par l'électrolyse. — M. Camelot. De l'hématosalpinx. Pathogénie, symptomatologie et traitement. — M. Schlepianoff. Ostéoarthrite tuberculeuse de l'épaule à forme sèche (Carie sèche de Volkmann). — M. Brandt. Contribution à l'étude clinique de l'hémoglobinurie parexeptique *a frigore.* — M. Motin. De la curabilité de l'ascite au cours de la cirrhose atrophique. — M. Jeannin. Pathogénie et traitement du doigt à ressort.

— M. le docteur Roger, préparateur du laboratoire de pathologie et thérapeutique générales, est nommé chef dudit laboratoire, en remplacement de M. le docteur Charrin, institué préparateur de la chaire de médecine au Collège de France.

M. Charrin a reçu le titre de directeur adjoint du laboratoire de pathologie et thérapeutique générales.

M. P. Carnot, licencié ès sciences, est nommé préparateur du laboratoire de pathologie et thérapeutique générales, en remplacement de M. Roger.

Ecole de médecine de Nantes. — M. le docteur Allaire est institué chef des travaux de physique (emploi nouveau).

Ecole de médecine de Rennes. — M. Lautier, suppléant, est chargé des fonctions de chef des travaux anatomiques.

Concours d'agrégation d'anatomie, physiologie et histoire naturelle. — Question de 3/4 d'heure : 1. Evolution de la matière sucrée dans l'organisme animal. — 2. Le travail du cœur. — 3. La digestion gastrique. — 4. Les centres nerveux de la respiration. — 5. Les champignons parasites du cuir chevelu. — 6. Les plantes qui fournissent des essences sulfurées.

Concours d'agrégation, chimie, physique, pharmacie. — Composition écrite : La glande mammaire, le lait, anatomie physiologie.

Ordre de passage pour l'épreuve de 3/4 d'heure: MM. Barral, Guilloz, Biarnes, Chassevent, Causse, Moreau.

Concours de l'adjuvat. — Ont été nommés : MM. Fredet, Lapointe, Pasteau, Courtillet Bois.

Concours du protectorat. — Le lundi 27 mai à midi.

JUGES : MM. Farabeuf, Tillaux, Le Dentu, Gley, Poirier.

SUPPLÉANTS : MM. Sébileau, Ricard, Lejars.

CANDIDATS : MM. Auvray, Baraduc, Baudet, Bouglé, Launay, Maget, Riche, Robineau, Savariaud.

Composition écrite : Vaisseaux sanguins et lymphatiques du poumon. — Circulation pulmonaire. — Plaies du poumon (lecture des compositions mercredi).

— M. Louis Wickham, chef de clinique, commencera à l'*hôpital Saint-Louis, le samedi 1er juin, à 1 h. 1/2, salle Henri IV*, service de M. le professeur Fournier des conférences cliniques de *dermato-syphiligraphie* (diagnostic et traitement) avec présentation de malades, et les continuera les samedis suivants.

Les *mercredis à 9 heures, salles Saint-Louis ou Henri IV*, démonstration au lit des malades.

Les *jeudis à 9 heures, salle Henri IV*, opérations dermatologiques (lupus, acné, cancroïdes, etc.), sauf le second jeudi de chaque mois.

VARIÉTÉS

Corps de santé militaire. — Ont été promus :

Au grade de médecin principal de première classe : MM. Tachard, Annequin.

Au grade de médecin principal de deuxième classe : MM. Annesley, Darricarrère, Heuyer, Antony.

Au grade de médecin-major de première classe : MM. Troy, Collin, Brindel, Lemoine, Carrière, Hassler, Legrain, de Schuttelaere, Villary, Redon, Boulian.

Au grade de médecin-major de deuxième classe : MM. Barbière, Rovandier, Routier, Perret, Cahen, Esprit, Barbot, Lubrey, Gary, Senesse, Lenez, Spite, Mendès-Bonito, Benoît dit Becker, Cuche, Fosse, Millard, Lansac, Gaillard, Janot, Armynot, Vitoux, Sturel.

Des médailles d'honneur ont été décernées aux personnes suivantes qui ont fait preuve de dévouement au cours de l'épidémie cholérique qui a sévi, en 1893, dans la province de Constantine et dans le sud de la province d'Alger :

Médaille d'or : M. Leroy (Constantine).

Médaille de vermeil : MM. Guignon (Constantine); de Valicourt (Philippeville); Boularan (Oued-Athménia).

Médaille d'argent : M. Gouvert à Jemmapes (Constantine).

CLINIQUE CHIRURGICALE

La respiration et le pouls dans l'anesthésie par l'éther, par ANGELESCO, interne des hôpitaux.

L'anesthésie par l'éther s'accompagne de phénomènes importants qui doivent être étudiés dans tous leurs détails, car par leur étude, la supériorité de l'éther sur le chloroforme ressort davantage.

Les chirurgiens ne sont pas d'accord sur la marche de la respiration et de la circulation chez les personnes éthérisées; et cette différence s'observe surtout en ce qui concerne la force et la marche des pulsations cardiaques.

Les uns comme Chalot (1) admettent que le pouls dans l'éthérisation est toujours régulier « quoique mou et un peu faible ». — D'autres comme Körte (2) que « le pouls n'est jamais ralenti ou affaibli » et qu'au contraire quelquefois la pression sanguine est élevée.

Nous avons eu l'occasion d'étudier ces deux phénomènes sur 100 malades anesthésiés par l'éther à la Salpétrière et ce sont les résultats de ces éthérisations, faites à l'aide du masque de Wanscher, que nous allons décrire dans ce travail.

A. La respiration dans l'éthérisation présente des caractères qui lui sont tout à fait propres.

Avant l'anesthésie complète elle ne présente rien de bien caractéristique, elle est irrégulière et arrêtée de temps en temps par la volonté du malade, qui est désagréablement impressionné par l'odeur de l'éther.

L'anesthésie devenant complète, la respiration change d'allure, autant dans son rhythme que dans sa force.

Elle devient régulière et s'entend à distance, elle est profonde; cette régularité et ce timbre montrent en quelque sorte que le malade est en résolution complète.

Pendant tout le temps de l'anesthésie, la respiration continue avec les mêmes caractères, ce qui constitue un grand avantage de l'éther sur le chloroforme, où à chaque instant, dans la majorité des cas, on est obligé de se pencher et écouter la respiration, qui est faible quoique régulière. Dans la narcose éthérique le chirurgien entend la respiration, et il est frappé chaque fois qu'il y a un changement dans la marche de celle-ci.

Le reflexe conjonctival apparaissant et l'anesthésie étant moins complète, la respiration devient irrégulière. — Il est à remarquer que cette irrégularité de la respiration s'observe aussi au début de l'asphyxie, et il faut être prévenu et savoir que dans ce dernier cas, la respiration devient non seulement irrégulière mais superficielle, et on doit soulever le masque.

Ainsi von Bardeleben cite un cas de mort par l'éther chez une femme de 41 ans, atteinte de hernie étranglée, dont la respiration, au bout de 48 minutes d'anesthésie, devient superficielle et s'arrête (3); il se produit donc dans ce cas une syncope secondaire; ces cas sont extrêmement rares, car la syncope secondaire chez l'adulte est exceptionnelle (Dastre) (4), chez l'enfant, elle paraît être plus fréquente (Vierordt et Knoll).

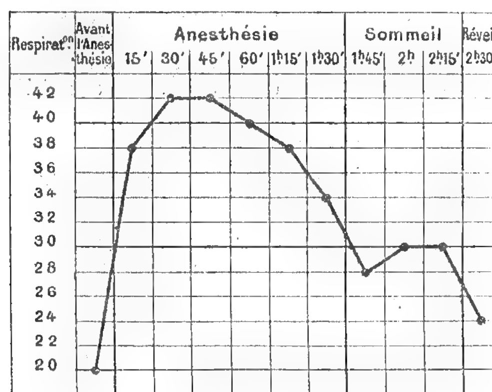
Quand les sécrétions salivaires et trachéo-bronchiques sont exagérées, ce qui arrive très fréquemment (dans les deux tiers des cas), la respiration est bruyante, et présente une sorte de ronchus caractéristique (râle trachéal de Chalot). — Ce ronchus n'a pas grande importance et Körte (1) a montré que la valeur de ce phénomène a été exagérée.

Il faut pourtant tenir compte de l'affaiblissement de la respiration, dans ce cas, et si cela arrive il faut suspendre les inhalations; car les mucosités trachéo-bronchiques obstruent les canaux aériens et empêchent l'hématose (Julliard) (2).

L'éthérisation étant suspendue, la respiration devient normale, en ce qui concerne son intensité, tandis que le nombre des respirations subit une modification sur laquelle nous allons insister.

En résumé : la respiration est profonde, régulière et s'entend à distance pendant toute l'anesthésie complète.

Si on examine le nombre des respirations par minute, on trouve ce nombre variable suivant le moment de



Courbe de la respiration dans l'anesthésie par l'éther.

l'examen, et suivant les individus ; et contrairement à Fueter (3), qui admet que « la respiration est ralentie dans l'éthérisation », celle-ci est accélérée et suit toujours une courbe qui est identique pour toutes les éthérisations, bien entendu en ne considérant que la forme de cette courbe.

La courbe présente les caractères suivants:

1° La respiration monte dans les deux premiers quarts d'heure de l'anesthésie ; elle atteint son maximum dans les deux tiers des cas, à la fin du deuxième quart d'heure, dans l'autre tiers à la fin du premier quart d'heure.

2° Elle se maintient pendant toute l'anesthésie dans cet état ou descend très légèrement; en tout cas vers la fin de l'anesthésie elle descend davantage, le malade respirant à ce moment plus d'air qu'en commençant.

3° La respiration reste toujours très élevée pendant le sommeil profond qui suit l'anesthésie, et ne tombe à la normale qu'au moment du réveil.

Le maximum du nombre des respirations est en terme moyen de 42 à 43 respirations par minute. Il y a quelquefois des malades qui ont 50 à 53 respirations par minute sans que cela signifie en quoi que ce soit, que la respiration n'est pas bonne, si elle est régulière et profonde. Au contraire, une respiration rapide, irrégulière et superficielle doit faire craindre la syncope, et dans ce cas la respiration s'arrête avant le cœur. (Dastre.)

B. Le pouls dans l'anesthésie par l'éther présente trois caractères : il est fort, régulier et rapide et se continue avec ces caractères pendant toute l'anesthésie; il diffère

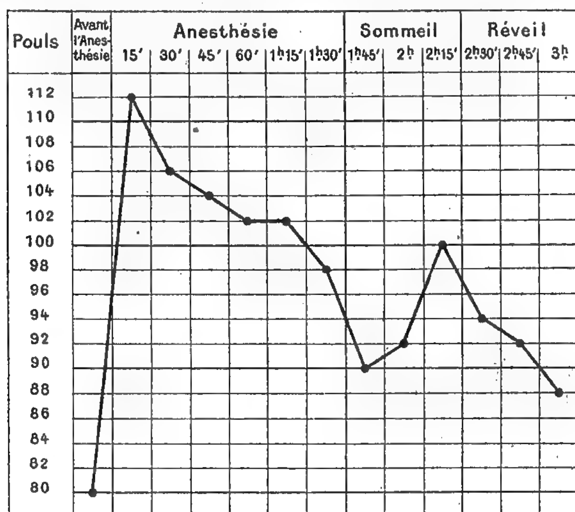
(1) CHALOT. L'éther comme anesthésique de choix, etc. (*Rev. de Chirurgie*, mai 1894).
(2) KÖRTE (*Société de Méd. de Berlin*, 31 janvier 1894).
(3) LEPINE. De l'emploi de l'éther comme agent habituel de l'anesthes. chir. (*Semaine Méd.*, 1894, p. 301).
(4) DASTRE. Les anesthésiques (*Rev. des Sc. Méd.*, t. XVII, 1881).

(1) KÖRTE, *loco citato*.
(2) JULLIARD. L'éther est-il préférable au chloroforme (*Rev. Méd. de la Suisse Romande*, 1881 et *Mémoir. Genève*, 1894).
(3) FUETER. Klinische und experimentelle Beobachtungen über die Aethernarcose *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie XXIX*, p. 1, 1889).

donc d'une manière remarquable du pouls des malades chloroformisés.

Dastre (1), admet deux phases dans la circulation pendant l'anesthésie chloroformique typique : « la première phase correspond à la première période de l'anesthésie complète, c'est-à-dire avant l'envahissement complet de la moelle, dans cette phase les battements du cœur sont réguliers, le pouls est serré et plein, la pression élevée ; la dernière phase correspond à l'imprégnation complète de la moelle par la narcose, et dans ce cas les éléments médullaires accélérateurs étant envahis, les battements du cœur sont lents et faibles, le pouls est mou, la pression abaissée ».

Dans la narcose éthérique le pouls est plein et fort et il se continue dans cet état pendant toute l'anesthésie, de telle sorte que même dans les anesthésies qui durent une heure, deux heures, il conserve toujours la même force. — Du reste Kœrte (2) admet que « jamais pendant l'éthérisation le pouls n'est ralenti ou affaibli », et



Courbe du pouls dans l'anesthésie par l'éther.

qu'il est « plein et énergique alors même qu'il était petit et faible auparavant » (Grossmann (3), Ischmarke (4), Vogel (5)) ; de même Holz (6), que l'éther, à l'inverse du chloroforme, « excite le cœur et le renforce ».

Le pouls des malades éthérisés diffère donc tout à fait du pouls des malades chloroformisés, qui devient dans ce dernier cas, de plus en plus lent, la pression sanguine s'abaissant à mesure que l'anesthésie avance et on peut dire, que la dernière phase du pouls de la chloroformisation, décrite par Dastre, n'existe pas dans l'éthérisation ordinaire.

Dans une de nos anesthésies qui avait duré trois heures, le pouls était fort et régulier dans les deux premières heures, mais vers la fin de l'opération il est devenu faible et par moments difficile à sentir ; ce cas est tout à fait spécial, car en dehors de la longueur de l'anesthésie, la malade était faible auparavant, et la perte du sang pendant l'opération très marquée.

(1) Dastre, *loco citato*.
(2) Kœrte. Zum Vergleiche der Chloroform und Aether-Narcose (*Berlin. klin. Woch.* n° 9, p. 209, et n° 10, p. 244. — 26 février et 5 mars 1894).
(3) Grossmann. Die Aethernarcose (*Deutsche. med. Woch.* 3, 1894).
(4) Ischmarke. Die bisherigen Erfahrungen Aethernarkosen (*Deutsche med. Woch.* 4. 1894).
(5) Vogel. Zur Aethernarkose (*Berlin. Klin. Woch.*, n° 17 et 18, 1894).
(6) Holz (*Beitræge zur klinische Chirurgie*, t. *VII*, 1891, p. 43).

Quoi qu'il en soit, on peut dire que la tension sanguine est très exagérée par l'éther, que cette pression élevée se conserve avec ces caractères pendant toute l'anesthésie, et qu'une fois l'éthérisation cessée, la pression baisse progressivement, le pouls devenant ce qu'il était avant la narcose, sans qu'il soit affaibli comme cela s'observe dans la chloroformisation.

Cet avantage en faveur de l'éther n'est pas à dédaigner, surtout quand il s'agit des malades dont le pouls est faible, imperceptible ; car avec le chloroforme « qui amène une diminution graduelle dans la pression sanguine, laquelle s'accentue encore après la narcose » (1), l'anesthésie en exagérant cette faiblesse du pouls devient dangereuse ; inconvénient qui n'existe pas avec l'éther.

Un deuxième caractère du pouls des malades éthérisés, c'est d'être régulier ; cette régularité ne fait à aucun moment défaut, si l'anesthésie est bien conduite ; on n'observe jamais d'intermittence et ce qui est plus curieux, chez deux malades atteintes d'insuffisance mitrale, avec pouls irrégulier, intermittent et petit avant l'anesthésie, nous avons observé un pouls plein, fort et régulier pendant l'éthérisation.

Enfin le pouls est rapide, contrairement au pouls de la chloroformisation qui est « ralenti 50-60 pulsations au début de l'anesthésie chloroformique » (Duret) ; le nombre des pulsations comme celui des respirations varie avec les individus et avec les divers moments de l'anesthésie.

En terme moyen le nombre maximum des pulsations par minute est de 117 à 118, mais il n'est pas rare de voir des malades avec 135 à 140 et même davantage.

Cette rapidité n'indique rien de fâcheux dans la narcose par l'éther, il n'en est pas de même dans la chloroformisation. Arloing (2) a montré que dans ce dernier cas, le nombre trop grand des pulsations 150-160, signifie : que le chloroforme a été inhalé trop brusquement, les accélérateurs cardiaques de la moelle exaltent le cœur, la pression sanguine élevée au début, baisse bientôt, les pulsations très nombreuses sont petites, perdant en force ce qu'elles gagnent en vitesse (loi de Marey), à l'excitation survient la paralysie, qui gagne le bulbe et le pneumogastrique, d'où arrêt du cœur et syncope.

Nous voyons donc une autre différence entre les deux anesthésies, au point de vue du nombre des pulsations : ce qui est interprété dans un cas comme très dangereux, ne constitue dans l'autre qu'un effet purement normal.

Cette élévation du nombre des pulsations ne persiste pas au même niveau tout le temps de la résolution ; après avoir atteint un maximum, le nombre des pulsations commence à baisser. On peut comme pour la température (3) et la respiration représenter ces diverses phases par une courbe qui a l'aspect suivant :

1° Le nombre des pulsations monte dans le premier quart d'heure, de telle manière qu'il atteint son maximum à la fin de ce quart d'heure, ou tout au plus dans les premières trente minutes du commencement de l'anesthésie. En général 8 sur 10 c'est à la fin des 15 premières minutes que ce maximum est atteint.

2° Une fois arrivé à cette hauteur, le nombre des pulsations ne se maintient pas dans cet état, mais il commence à baisser, présentant des oscillations d'autant plus prononcées, que le maximum est plus écarté de la

(1) Report of the Chloroform comission Hyderabad (*Lancet.* 18 janvier 1890).
(2) Arloing (*Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, 14 juillet 1879).
(1) Angelesco. La température pendant l'éthérisation (*Société de Biologie*, 8 déc. 1894, et *Annales de médecine*, n° 17. 1895).

normale ; de telle sorte que ces oscillations seront petites si le maximum a été, par exemple, de 110-115 pulsations par minute ; et au contraire elles seront très marquées si le nombre des pulsations a atteint 130 ou 140, à un moment donné.

3° Les oscillations ne varient pas seulement avec le maximum du nombre des pulsations, mais aussi avec les divers moments de l'anesthésie ; elles sont de moins en moins prononcées à mesure que l'anesthésie avance.

4° A la fin de la narcose le nombre des pulsations n'est pas tombé à la normale, mais il la surpasse en terme moyen de 10 à 20 pulsations.

5° Pendant le sommeil profond qui suit les longues éthérisations le nombre des pulsations s'élève de nouveau, mais très légèrement, jusqu'au moment du réveil, quand il commence à tomber en s'approchant de la normale.

NOUVELLES

Un concours s'ouvrira le 20 novembre 1895 devant la Faculté de médecine de Nancy, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Besançon.

Ecole du service de santé de la marine à Bordeaux. — Par arrêté ministériel, en date du 25 mai 1895, l'article 22 de l'arrêté du 22 octobre 1891 est modifié comme suit :

« Le sous-directeur et le trésorier sont nommés par le ministre pour deux ans.

Cette période peut être renouvelée une fois.

Les répétiteurs sont nommés, après concours, pour cinq ans. Le sous-directeur et les répétiteurs promus au grade supérieur après leur entrée en fonctions peuvent être maintenus à l'Ecole, dans leur nouveau grade, jusqu'à l'expiration de la durée réglementaire d'exercice (deux ans ou cinq ans). »

— M. le docteur Audiguier (Toulouse) est nommé chevalier du Mérite agricole.

Un concours pour deux places de prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux s'ouvrira le jeudi 25 juillet 1895, à quatre heures, 17, rue du Fer-à-Moulin.

Le registre d'inscription, ouvert à onze heures le lundi 24 juin, sera clos le lundi 8 juillet à trois heures.

Faculté de médecine de Toulouse. — M. Montalègre est nommé préparateur de médecine légale, en remplacement de M. Maraval, démissionnaire.

Inscriptions.

4e *trimestre de l'année scolaire* 1894-95.

Le registre d'inscriptions sera ouvert le mercredi 26 juin 1894. Il sera clos le samedi 20 juillet 1895, à 3 heures.

Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à 3 heures de l'après-midi.

1° Inscriptions de première année (Doctorat), 2e, 3e et 4e années (Officiat), les 26, 27, 28 et 29 juin 1895.

2° Inscriptions de deuxième année (Doctorat), les 5, 6, 10 et 11 juillet 1895.

2° Inscriptions de troisième et quatrième années (Doctorat), les 12, 13, 15 au 20 juillet 1895.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours et heures ci-dessus désignés. L'inscription trimestrielle ne sera accordée, en dehors de ces dates, que pour des motifs sérieux et appréciés par le Conseil de la Faculté.

MM. les étudiants sont priés de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté : il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription.

Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux.

MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux devront joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'internes et d'externes pendant le 3e trimestre 1894-95. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché.

Ces formalités sont de rigueur. Les inscriptions seront refusées aux internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Trois cas de mycosis fongoïde.

MM. Hallopeau et **Salmon,** à l'occasion de trois malades fort intéressants porteurs de lésions de mycosis fongoïde, disent que :

1° Les néoplasies mycosiques peuvent présenter les caractères de condylomes volumineux et végétants agglomérés en bourrelets dont les sièges d'élection sont les régions auxillaires et inguinales;

2° Que le mycosis généralisé peut s'accompagner d'un œdème persistant des quatre extrémités, en l'absence de complications rénales ou cardiaques;

3° Que l'affaissement rapide des tumeurs mycosiques ne prouve pas que la maladie présente une activité moindre, car elle peut coïncider avec l'apparition de vastes néoplasies en nappe; ces néoplasies peuvent envahir en peu de jours toute l'étendue de la région dorsale en présentant les caractères d'une plaque géante d'érythème marginé;

4° L'éruption prémycosique peut être précédée et accompagnée d'éruptions bulleuses simulant la dermatite herpétiforme.

M. L. Wickham dit que l'érythème prémicosique peut s'offrir sous forme de petites taches roses arrondies, roséoliques d'aspect et simulant parfaitement la roséole syphilitique. N'était leur chronicité, le diagnostic serait fort difficile à établir. Dans la séméiologie des roséoles, il convient de tenir compte d'une roséole prémycosique.

M. H. Feulard présente un nourrisson atteint au sillon nasogénien droit d'un chancre syphilitique.

M. du Castel présente un cas tout à fait rare de dermatite polymorphe prurigineuse, à poussées successives, qui rentre difficilement dans un type dermatologique chronique et qui serait assez voisine de la dermatite de Duhring.

Dilatation lymphatique herpétiforme des lèvres.

M. du Castel présente une malade, atteinte sur les lèvres d'une série de petites vésicules dont le diagnostic serait des plus difficiles pour tout médecin non au courant des derniers travaux faits à Saint Louis. MM. Tenneson et Darier ont décrit il y a un an que, à la suite de poussées multiples d'érysipèle, il peut survenir des troubles profonds et permanents de la circulation lymphatique. Il peut se produire alors des dilatations de la muqueuse buccale caractérisée par ces petites vésicules dures, bien claires et non inflammatoires, qu'on prendrait à tort pour des vésicules d'herpès.

Modifications à apporter au traitement général de la syphilis. Injections mercurielles intraveineuses.

M. Ch. Abadie. — La plupart des médecins s'occupant spécialement de syphilis semblent unanimes à reconnaître que les accidents éloignés sont d'autant moins graves et d'autant moins fréquents qu'un traitement sérieux a été institué de bonne heure. M. Jullien a même cherché à établir qu'il y avait tout avantage à commencer immédiatement un traitement spécifique, dès que le diagnostic de chancre induré infectant a été nettement établi. Néanmoins, beaucoup de

médecins hésitent encore à traiter le malade avant l'apparition des accidents secondaires.

D'autre part, dès que ces accidents secondaires, plaques muqueuses, roséole, etc., apparaissent, la grande majorité des praticiens se borne à prescrire des pilules de proto-iodure de mercure ou simplement d'iodure de potassium à faible dose pendant deux ou trois mois. Cette médication est généralement suffisante, en effet, à ce moment-là, pour obtenir une guérison apparente.

Mais en présence d'un malade qui vient de contracter la syphilis, le médecin doit avoir d'autres préoccupations que celle de guérir un chancre ou de faire disparaître des accidents secondaires plus ou moins insignifiants. Il doit penser à l'avenir toujours plein de menaces et s'efforcer de prévenir les accidents tardifs, toujours les plus graves et les plus rebelles aux diverses médications.

Il est indéniable qu'à l'heure actuelle ces accidents graves sont fréquents et les ophtalmologistes rencontrent à chaque instant des chorio-rétinites, des atrophies des nerfs optiques isolées ou liées à des lésions médullaires. Les neuro-pathologistes signalent des lésions aussi graves que variées du système cérébro-spinal chez des malades ayant contracté la syphilis dix, quinze, vingt ans auparavant et ayant été traités de façon insignifiante. Je dis plus, ces accidents oculaires et médullaires, désormais si difficiles à guérir, si rebelles à tout traitement, ne se rencontrent habituellement que chez les syphilitiques dont les premiers accidents ont presque passé inaperçus et n'ont pas été sérieusement traités.

Les malades qui ont eu à plusieurs reprises des manifestations plus sérieuses, ayant nécessité des traitements sévères, sont généralement exempts de ces manifestations tardives, graves et tenaces.

Nous estimons donc, d'accord avec M. Julien, qu'il y a avantage au point de vue de l'avenir du malade à le soigner dès l'apparition du chancre infectant.

Ceci posé, quel traitement instituer? Nous considérons comme absolument insuffisants les pilules de proto-iodure de mercure et d'iodure de potassium à faible dose qu'on prescrit habituellement à cette période.

Nous donnons la préférence aux frictions mercurielles et surtout aux injections sous-cutanées de sels mercuriels. Nous n'attachons pas une très grande importance à la nature du sel choisi ; le sublimé, le peptonate, l'huile grise, le cyanure d'hydrargyre, ont une action presque analogue. Pourtant, les sels solubles dont on peut pour ainsi dire régler journellement la dose sont plus facilement maniables que les sels insolubles injectés à doses massives et dont l'absorption définitive est beaucoup plus mal réglée En outre, les sels solubles peuvent être mélangés à des solutions de cocaïne et ces injections sont ainsi rendues beaucoup moins douloureuses.

Ces injections médicamenteuses doivent être longtemps continuées, pendant six mois environ, avec des interruptions de dix à douze jours de repos, après un mois de traitement. Si, malgré un traitement préventif et curatif aussi actif, des manifestations tardives surviennent, en particulier du côté du système nerveux, c'est encore aux injections sous-cutanées de sels mercuriels qu'il faudra recourir. Enfin, si la maladie ne rétrocède pas rapidement, on remplacera les injections sous-cutanées par les injections intra-veineuses encore plus efficaces. Aujourd'hui, nous sommes parfaitement outillés pour recourir à ce dernier mode de traitement qui paraît le plus rationnel et est en réalité aussi le plus énergique. Avec l'aiguille Debove en platine iridié et une seringue parfaitement aseptique, aucun accident n'est à craindre. Avec quelque soin et quelque attention, l'exécution est des plus faciles et les malades le supportent habituellement mieux que les injections sous-cutanées, car il ne provoque aucune douleur et aucune nodosité.

Malgré tout, ni les injections sous-cutanées ni les injections intra-veineuses ne peuvent guérir l'atrophie des nerfs optiques d'origine spécifique et c'est précisément pour éviter ces lésions tardives encore incurables que nous préconisons, chez tout malade venant de contracter la syphilis, un traitement énergique immédiat par les injections sous-cutanées de sels mercuriels.

Ces injections sont, pour lui, en raison de leur puissance, indiquées surtout dans les cas où tous les autres traitements n'aboutissent à aucun résultat, surtout dans les syphilis rebelles de l'œil et du système nerveux.

Il emploie la solution suivante :

Cyanure d'hydrargyre............	1 gramme.
Eau distillée.................	100 —

dont il injecte une seringue entière de 1 gramme, soit 0,01 de cyanure de Hg, tous les deux jours pendant vingt jours ; il cesse pendant quinze jours, pour reprendre s'il y a lieu.

L'injection se fait avec une seringue en verre, ce qui évite la possibilité d'injecter des effilochures du tampon, et ce qui permet la stérilisation parfaite.

Ce côté de la question est capital et tout doit être basé, traité selon les méthodes antiseptiques les plus rigoureuses.

Il fait une ligature brachiale, pour faire saillir les veines, et choisit au pli du coude la veine à opérer. Quand tout est bien antisepsié, il pousse doucement et obliquement, horizontalement à l'épiderme dans l'axe du vaisseau, la pointe qui pénètre aisément dans la cavité veineuse. On enlève la ligature et on injecte. La piqûre n'est pas ressentie par les malades, qui retournent aussitôt à leur travail sans la moindre gêne.

Kérion de la barbe.

M. Tennesson présente un malade atteint de kérion de la barbe (trichophytie produite par le trichophyton megalosporon ectothrix) qu'il propose de traiter en raison de son caractère végétant et dur, par le curettage suivi de l'application de teinture d'iode.

M. Besnier pense que, même dans ces cas exubérants, la teinture d'iode seule suffit, mais il rappelle qu'elle ne suffit qu'à la seule condition de frictionner fréquemment et fortement, cruellement même, toutes les parties malades.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECNE

Séance du 28 mai 1895.

PRÉSIDENCE DE M. EMPIS.

Élections.

MM. Esmarch (Kiel) et Durante (Rome) sont élus correspondants étrangers dans la division de chirurgie.

Névrite traumatique ascendante consécutive à un coup de feu.

M. Delorme présente un malade qui reçut, au mois de février 1895, à bout portant, une balle de fusil Gras qui lui perfora le pied droit au niveau du premier espace intermétatarsien. La plaie infectée donna lieu à une suppuration diffuse des faces plantaire et dorsale du pied, laquelle dura six mois et nécessita plusieurs incisions qui donnèrent issue à plusieurs lambeaux de cuir.

Quand la guérison des plaies fut obtenue et que la marche fut autorisée, le malade commença à souffrir sur les faces plantaire et dorsale des orteils et du pied; les souffrances devinrent bientôt assez vives pour rendre la marche impossible. En même temps, le pied avait pris une position vicieuse. Une pression exercée sur le trajet des branches du musculo-cutané jambier, sur le trajet du tibial antérieur et jusque sur le sciatique éveillait des douleurs vives; mais c'était surtout au niveau des cicatrices plantaire et dorsale que l'hyperesthésie était la plus marquée.

L'absence de tout signe d'hystérie, d'alcoolisme, de paludisme, en un mot de toute cause générale de névrite périphérique fit porter le diagnostic de névrite traumatique.

Le malade fut alors soumis, après anesthésie préalable, à la compression localisée forcée. Dans ce but, M. Delorme comprima avec ses pouces et de toutes ses forces les points douloureux. Après fatigue, la même manœuvre fut répétée

par deux aides. Au réveil, le malade accusa des souffrances moins vives. Pansement ouaté maintenu pendant 6 jours ; à sa levée, les douleurs à la pression étaient nulles sur presque tous les points primitivement hyperesthésiés. Sept jours après, nouvelle séance de compression suivie également de l'application d'un pansement ouaté. Quelques ours après la marche était redevenue relativement facile. En février, nouvelle compression sur la cicatrice plantaire et sur le trajet du collatéral externe du gros orteil ; après cette compression la sensibilité redevient tout à fait normale. La guérison était complète et depuis près de trois mois elle s'est maintenue.

Calcul de l'amygdale.

MM. A. Combe et Dubousquet-Laborderie présentent un calcul de l'amygdale gros comme une petite noix. D'après Berlioz, Galippe, Terrillon, et d'autres, ces calculs ont toujours pour noyau central un corps étranger autour duquel sont venus se déposer les dépôts de mucus de la gorge, de filaments de leptothrix bucculis, de sels de chaux et de magnésie, etc.

Une coupe de ce calcul met parfaitement à nu le point central, qui dans ce cas, était une de ces petites masses de matière caséeuse, semblable à un grain de riz s'écrasant sous le doigt, qui sont sécrétées dans les cryptes des amydales et exhalent une odeur fétide.

Les Drs Combe et Dubousquet donnent l'analyse du calcul faite par le Dr Berlioz.

Eau	3 gr. 94
Matières organiques	19 gr.
Phosphate de chaux	48 gr. 76
Phosphate de magnésie	22 gr. 84
Carbonate de chaux	5 gr. 46
Traces de fer	

Elle est absolument semblable à celle des rhinolites, ce sont d'ailleurs les mêmes glandes pour la région du nez et du pharynx.

Ils mettent en parallèle les accidents graves que peuvent occasionner ces calculs et parfois la tolérance absolue de l'amygdale. Ce calcul n'a occasionné qu'une légère inflammation.

Les amygdalites à répétition sont presque toujours dues à la présence dans les cryptes de ces noyaux de matières caséeuses qui servent de point de départ à l'inflammation de la glande et provoquent des abcès. Il y a lieu d'instituer toujours un traitement médical consistant en gargarismes antiseptiques et un traitement chirurgical absolument nécessaire, *la discision.*

Vessie et urèthre surnuméraires.

M. Péan. — Je présente une fille de 15 ans, non encore réglée, qui avait depuis la naissance une incontinence continuelle d'urine. Pendant l'enfance, les confrères qui la soignaient crurent qu'il s'agissait d'une banale incontinence diurne et nocturne, puis ils examinèrent la vulve et reconnurent sur la paroi antérieure du vagin, une saillie médiane du volume d'une noix, molle, bleuâtre, augmentant sous l'influence des efforts, diminuant dans le décubitus dorsal Ils la prirent pour une uréthrocèle ou une cystocèle.

Au premier abord j'étais disposé à me rallier à leur opinion, mais introduisant l'index dans le vagin je pressai cette tumeur d'arrière en avant pour savoir si elle contenait de l'urine et je vis aussitôt sortir ce liquide, non par l'orifice externe de l'urètre, mais à trois millimètres au dessous par un autre orifice médian et plus étroit.

J'engageai ensuite un stylet par cette ouverture anormale. Je vis qu'il se dirigeait à gauche, dans l'épaisseur de la cloison vésico-vaginale et qu'il pénétrait dans l'intérieur de la poche en provoquant à son tour l'émission d'une certaine quantité d'urine.

Pour savoir si cette poche communiquait avec la vessie et pour tâcher de déterminer le lieu précis de cette communication, je fermai par pression l'urètre inférieur pendant qu'avec un autre doigt recourbé en crochet je comprimai doucement la paroi antérieure du vagin au niveau de la tumeur. Je vis aussitôt celle-ci diminuer de volume et je sentis qu'elle se vidait lentement du côté de la vessie par un orifice postérieur et profond. Au même moment la malade accusa un besoin pressant d'uriner.

Il n'était donc pas douteux que nous nous trouvions en présence d'un diverticulum vésical et d'un urèthre surnuméraires qui, en raison de leur structure imparfaite et surtout de l'absence du sphincter, entretenaient l'incontinence d'urine.

Le 20 avril dernier, je commence par introduire par le petit urèthre, jusque dans la poche, une sonde cannelée et je sectionnai la paroi sur la ligne médiane du vagin.

Cette incision montra : 1° Que l'urèthre accessoire était long de 8 centimètres, étroit, séparé de l'urèthre normal par un tissu peu épais ; 2° qu'il s'élargissait et devenait infundibuliforme en se rapprochant de la poche ; 3° que celle-ci communiquait librement en haut et en arrière avec la vessie par un orifice elliptique de 3 millimètres de diamètre ; 4° que la muqueuse de la vessie normale se continuait, sans ligne de démarcation par cet orifice avec celle qui tapissait la poche et l'urèthre surnuméraires ; 5° qu'il n'y avait pas dans l'intérieur de la poche d'orifice d'uretère.

J'enlevai ensuite avec le bistouri toute la muqueuse située au dessous et en dehors de la vessie jusqu'à l'orifice de communication, j'excisai toute la portion de la tumeur qui faisait saillie du côté du vagin et je fermai par un surjet de catgut les lèvres profondes de la perte de substance en ayant soin de ne pas comprendre dans les anses la muqueuse de la vessie. Lorsque le passage de l'urine fut complètement intercepté au niveau de l'orifice de communication, je suturai la muqueuse vaginale au moyen d'un surjet superficiel de catgut. Enfin je lavai le vagin avec une solution de sublimé à 2 0/00 et je le remplis de gaze iodoformé. Depuis cette époque la malade, complètement guérie, n'a plus d'incontinence et urine normalement.

Intoxications alimentaires par la viande de veau.

M. Vallin. — Le nombre des intoxications alimentaires observées parmi les agglomérations civiles ou militaires s'accroît depuis plusieurs années dans une proportion notable, soit que leur fréquence augmente réellement, soit qu'on les rattache mieux qu'autrefois à leur véritable cause.

La question est très vaste ; nous n'en voulons examiner ici que deux points :

1° Quelles sont les maladies du bétail, en particulier du veau, qui rendent ainsi les viandes dangereuses pour l'homme ?

2° Sommes-nous suffisamment protégés par la législation actuelle et par les règlements sur la police sanitaire des animaux domestiques.

I. — Quand on parcourt les relations d'intoxication alimentaires par l'usage de viandes fraiches, on reconnait qu'un grand nombre de ces pseudo-épidémies sont imputables à l'usage de viande de veaux, trop jeunes et malades (14 sur 30). Ce chiffre a une signification d'autant plus grande que la viande de veau est dans une certaine mesure une viande de luxe ; elle entre beaucoup plus rarement que le bœuf et le mouton dans l'alimentation des collectivités ; le soldat n'en mange jamais à l'ordinaire.

C'est un fait de notoriété publique que la viande de veau trop jeune cause souvent la diarrhée. Si ces animaux ont été livrés trop jeunes à la consommation, c'est que quelques jours ou quelques semaines après leur naissance ils sont morts de maladie, ou qu'on les a abattus quelques heures avant ce qu'on appelle très improprement la mort « naturelle »... Or, les deux maladies virulentes, septiques, qui font périr ces animaux peu de temps après leur naissance sont : 1° la *septico pyoémie* aiguë ou chronique, consécutive à une phlébite ombilicale ; 2° la *diarrhée septique* ou pneumo-entérite infectieuse, qui sévit cruellement sur le bétail.

Dans le premier cas — septico-pyoémie — on conçoit facilement les dangers qui peuvent résulter de ces viandes, bien qu'on ne puisse méconnaître l'action destructive du suc gastrique sur les germes vivants. Dans le deuxième cas, diarrhée septique — le danger n'est pas moindre comme on a pu le constater dans plusieurs épidémies, celle notamment de Moorseele, des Flandres Orientales en août 1892, dont M. Van Ermengen (de Gand) a donné une relation remarquable.

En présence de ces diverses épidémies, de l'ubiquité et de la fréquence des épizooties qui leur ont donné naissance, on peut se demander si les prescriptions de la loi du 21 juillet 1881, même avec tous les perfectionnements qu'elle a déjà subis, sont suffisantes au point de vue de la protection de la santé humaine. C'est aux vétérinaires à faire connaître à l'autorité quelles sont parmi les maladies, dénommées à tort ou à raison *entérites infectieuses ou septiques*, celles qui rendent ainsi la viande des animaux dangereuse pour l'alimentation. Il faudrait y inscrire à côté la septicopyémie d'une part, de l'autre certaines pneumo-entérites infectieuses.

D'autre part, pour toutes les maladies réputées contagieuses et inscrites comme telles sur les listes de 1881 et de 1888, les articles 14 et 15 de la loi défendent la vente des viandes provenant d'animaux morts de ces maladies; mais avec l'avis favorable du vétérinaire et l'autorisation du maire, on peut vendre pour la boucherie la viande de ces animaux malades, quand ceux-ci ont été abattus avant la mort naturelle. Est-il admissible que la viande d'une bête abattue à 2 heures de la nuit parce que la mort était proche, ne soit pas aussi dangereuse que celle du même animal qui serait crevé de sa mort « naturelle » à 8 heures du matin !

Comme pour la peste bovine, la morve, le farcin, le charbon et la rage, il faudrait interdire l'usage de la viande de ces animaux même abattus et réformer l'arrêté ministériel du 28 juillet 1888 qui permet sous certaines conditions la transformation en viande de boucherie des animaux atteints de maladies réputées contagieuses, quand la maladie est peu avancée et quand le vétérinaire déclarera qu'elle ne rend pas la viande dangereuse pour l'alimentation.

Variolisation moderne.

M. Hervieux abordant la question de la variolo-vaccine, c'est-à-dire de la vaccine qu'on obtient par l'inoculation du virus aux vaches et après plusieurs passages sur les animaux de l'espèce bovine de ces animaux à l'homme, rappelle les noms et les travaux des différents auteurs qui se sont occupés de cette question depuis Jenner jusqu'à nos jours.

Dans un parallèle établi entre la variole et la vaccine il montre les différences considérables qui les séparent l'une de l'autre, la stabilité de l'une, sa constante bénignité, la variabilité de l'autre dans ses expressions symptomatiques, ses formes nombreuses : bénigne, maligne, hémorrhagique, gangreneuse, adynamique, ataxique ; sa contagiosité ; ses dangers et sa mortalité. Il appelle enfin l'attention sur l'inutilité pratique du variolo-vaccin qu'aucun clinicien ne préférera au vaccin Jennerien qui depuis un siècle a préservé des millions d'hommes.

M. Poncet (Lyon) lit une note sur un nouveau cas d'actinomycose de la face (joue et région temporo-maxillaire gauche), médication iodurée, guérison (sera publié).

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 24 *mai* 1895.

Présidence de M. Cornil.

Ulcération dysentériques.

MM. Meslay et Jolly, montrent l'intestin d'un enfant ayant présenté dans la convalescence d'une rougeole des phénomènes dysentériformes sur le rectum. A cinq centimètres au-dessus de l'anus existe une large ulcération de la muqueuse, à contours déchiquetés et à bords taillés à pic. Sur le reste du rectum on voit disséminées de petites ulcérations à grand diamètre transversal; dans l'iliaque et le côlon, il n'y a que des follicules clos tuméfiés et quelques ulcérations arrondies, folliculaires, l'intestin grêle ne présente aucune ulcération.

Au point de vue histologique, d'après M. Cornil, les coupes ont tout à fait l'aspect de celles de la dysenterie subaiguë; sur certains points on assiste même au début du développement de petits kystes muqueux développés à l'intérieur des follicules clos, par suite d'une sorte de bourgeonnement des culs-de-sac glandulaires selon un mécanisme qu'il a décrit autrefois à propos de l'étude de plusieurs cas de dysenterie sporadique.

Luxation ovalaire de la hanche droite.

M. Sourdille rapporte un cas de luxation ovalaire de la hanche droite survenue chez un jeune homme de 16 ans, à la suite d'une chute d'un troisième étage. La cuisse était en abduction forcée, en rotation externe et en flexion. La mensuration faite, les deux membres en position symétrique, indique un allongement de un centimètre et demi ; on sent la tête du fémur dans le triangle de scarpa. A l'autopsie on constate une rupture du pectiné des deux premiers adducteurs et de la capsule articulaire dans toute sa demi-circonférence antéro-inférieure.

Le bord supérieur du grand trochanter est à cheval sur le bord inférieur du coltyle. Le ligament de Bertin est conservé, c'est lui qui commande la position du membre.

Lymphadénome cardio-hépato-rénal.

M. Letulle montre le foie, le cœur et le rein d'un individu de 50 ans, ayant succombé à une lymphadénie généralisée au foie, au rein, au cœur, et à la rate. Le foie, le cœur et le rein sont farcis de masses blanchâtres qui ont infiltré le tissu conjonctif des viscères en respectant les éléments nobles des parenchymes. Il insiste sur l'existence de tachycardie dans cette observation.

Fibromyome adhérent à un kyste de l'ovaire.

MM. Terrier et Reymond présentent un fibromyome, gros comme le poing, adhérant d'une part à un kyste de l'ovaire gauche et d'autre part aux annexes du côté droit; il est difficile de savoir si le fibromyome s'est développé aux dépens des annexes droites ou gauches, ou a adhéré à ces annexes secondairement. Il est à noter que plusieurs petites tumeurs grosses comme des noisettes et de même nature se trouvent sur la face interne du grand kyste; de sorte qu'on peut croire qu'il s'agit bien d'un fibromyome développé aux dépens de la paroi kystique en dehors de cette paroi.

Luxation de la 1re articulation chondro-costale. Perforation du poumon.

M. Le Fur rapporte l'observation d'une enfant de 4 ans, ayant succombé à la suite d'une hémopneumothorax déterminée par une luxation de la 1re articulation chondro-costale. Le fragment interne ou cartilagineux se terminait par une pointe acérée et vint déchirer le poumon.

Otite moyenne purulente. Abcès intra-cérébral.

M. Le Fur montre le cerveau et l'apophyse mastoïde d'un enfant qui à la suite d'une otite fit un énorme abcès rétro-auriculaire, de la mastoïdite et un abcès intra-cérébral ; les poumons étaient le siège de petites cavernes gangréneuses. L'abcès intra-cérébral qui siégeait dans le lobe sphénoïdal ne communiquait pas avec la lésion mastoïdienne.

MM. Delamare et **Leclerc** signalent la présence d'un os sésamoïde dans le ligament annulaire dorsal d'un pied bot varus, et montrent un kyste volumineux développé sur la ligne médiane du creux poplité par hernie directe de la synoviale articulaire.

Fernand Besançon.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 25 *mai* 1895.

Présidence de M. Chauveau.

Epilepsie avec mouvements professionnels

M. Féré rapporte l'observation d'une femme qui à l'âge de 15 ans fut prise pour la première fois d'attaques d'épilepsie. Les attaques sont revenues assez régulièrement pendant les cinq ans suivants. De 20 à 30 ans elle n'eut plus d'attaques. Dans cet intervalle elle apprit le métier de brunisseuse, or, lorsque vers l'âge de trente ans la malade fut reprise de son épilepsie, les attaques étaient toujours précédées de mouvements professionnels comprenant l'application du coude contre le thorax avec flexion forcée du petit doigt.

Phénomène du diaphragme dans l'hémiplégie.

M. Féré. — On sait que sous le nom de phénomène du diaphragme, M. Litten (Berlin) a dernièrement décrit les ondulations latérales du thorax, se produisant pendant les mouvements d'inspiration et d'expiration, et correspondant à l'accolement et au décollement successifs du diaphragme dans ses mouvements contre les parois du thorax. A l'état normal le phénomène du diaphragme est facilement appréciable avec un bon éclairage ou en mettant l'individu dans la position genu-pectorale.

Dans l'hémiplégie, qu'il s'agisse des adultes ou des hystériques ou de l'hémiplégie infantile, M. Féré a constaté une diminution de l'intensité du phénomène du diaphragme du côté paralysé.

Recherches chimiques sur un cas de diabète pigmentaire.

MM. Lapicque et Auscher ont eu l'occasion d'étudier chimiquement les viscères, le foie en particulier, d'un individu ayant succombé au diabète bronzé. De leurs recherches ils concluent à l'existence, dans le diabète bronzé, de deux pigments distincts dont un, pigment ocre, est constitué purement par l'hydrate ferrique ; le second pigment, pigment noir, est de nature organique et ne contient probablement pas de fer.

Dégénération ascendante du faisceau de Burdach et du faisceau cunéiforme, consécutive à l'atrophie d'une racine cervicale postérieure.

M. A. Souques. — Il s'agit de l'atrophie totale et complète de la *septième racine cervicale postérieure droite*. Toutes les autres racines postérieures sont saines.

L'examen histologique, sur des coupes sériées, a donné les résultats suivants :

Dans la moelle, au niveau de la septième racine cervicale droite, on aperçoit une tache scléreuse, accolée au bord interne de la corne postérieure corrrespondante, dans la moitié postérieure de ce bord. Cette tache n'atteint pas le septum intermedium. Au niveau de la sixième racine cervicale la tache s'amincit et s'allonge en une véritable bande qui est déjà séparée du bord interne de la corne par quelques rares fibres fournies par la racine saine qui pénètre en ce point. Au niveau de la cinquième racine cervicale, la bande scléreuse s'est encore amincie et allongée en une sorte de strie, légèrement curviligne, qui va de la périphérie de la moelle jusqu'au voisinage de la commissure postérieure. Une zone plus large de fibres saines la sépare du bord interne de la corne. Au fur et à mesure qu'on examine des régions cervicales plus élevées on constate que la bande scléreuse s'éloigne davantage du bord interne de la corne postérieure et se rapproche du septum intermedium qu'elle ne parvient cependant pas à atteindre. Elle reste cantonnée dans le faisceau de Burdach.

Dans le bulbe inférieur, la dégénération occupe le faisceau cunéiforme et se perd dans le noyau de ce faisceau.

Au-dessous de la septième racine cervicale (racine atrophiée) on ne voit aucune *dégénération descendante*. De même le cordon postérieur du *côté sain* (côté gauche) est normal.

Dans la *substance grise*, la seule lésion appréciable consiste en une raréfaction du réseau myélinique des cornes antérieure et postérieure droites raréfaction, qui est évidente au niveau de la 7ᵉ et de la 6ᵉ racine cervicale et qui n'est plus appréciable au-dessus de cette région.

En somme, ces résultats confirment les données avancées par les physiologistes et par quelques anatomo-pathologistes (Gombault, Pfeiffer, Soltas) et déterminent le domaine médullaire de la septième racine cervicale. La dégénération de la moelle consécutive à l'atrophie d'une racine cervicale appartient au *type ascendant*. La dégénération, d'abord contiguë à la partie postérieure du bord interne de la corne (entrée de la racine atrophiée), s'éloigne de ce bord au fur et à mesure qu'on examine des régions plus élevées et se rapproche progressivement du septum intermedium sans l'atteindre. De même au fur et à mesure de son ascension, la zone dégénérée s'amincit et s'allonge d'arrière en avant, de manière à former une strie étendue de la périphérie de la moelle au voisinage de la commissure. Dans tout ce trajet médullaire, la sclérose reste contenue dans le faisceau de Burdach. Au bulbe inférieur, elle est inscrite dans le faisceau cunéiforme et s'épuise peu à peu dans le noyau de ce faisceau.

Le pneumo-gastrique contient-il des fibres motrices pour la vessie et l'utérus ?

M. Delezenne (Lille), reprenant les recherches de Stilling, Oehl, Killian, conclut de ses expériences sur les chiens que les contractions vésicales ou utérines qui suivent l'excitation du bout périphérique du pneumo-gastrique sont de nature réflexe, et dépendent des phénomènes de sensibilité récurrente.

Ces contractions n'apparaissent jamais, en effet, chez les animaux complètement anesthésiés chez lesquels on a pratiqué la section sous-bulbaire de la moelle.

M. Richet envoie une note sur la *sérothérapie dans le cancer*, en réponse à la communication de M. Fabre-Domergue. Dans cette note, M. Richet déclare ne vouloir pas répondre aux considérations théoriques de son contradicteur, mais relève ce fait que les injections anti-cancéreuses n'ont pas été faites dans l'intérieur de la tumeur, et que par conséquent il n'y a pas lieu de faire intervenir les propriétés chimio-taxiques négatives de ces injections.

M. Lapicque a constaté le phénomène de l'*hyperglobulie expérimentale* par asphyxie sur des chiens auxquels il avait perforé la plèvre et provoqué la formation d'un pneumothorax.

M. Lépine (Lyon) envoie une note sur les *lésions des gaines péri-vasculaires de l'encéphale dans l'irritation spinale*.

R. Romme.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 *mai* 1895.

Cholécystostomie par la voie lombaire.

M. Monod, secrétaire général, lit une observation de M. Reboul (de Nîmes), relative à un cas de cholécystostomie par la voie lombaire. Il s'agit d'une femme âgée de 46 ans, qui accusait des douleurs vives dans la région du flanc droit au niveau de laquelle on constatait l'existence d'un empâtement diffus ; le côlon ascendant paraissait refoulé en avant, le ventre était ballonné et le malade présentait en même temps des phénomènes généraux assez accentués. M. Reboul, qui avait vu cette femme quelques mois auparavant et avait trouvé chez elle une certaine mobilité du rein droit, pense à une hydronéphrose et fait une incision postérieure pour aborder le rein. Il tombe sur une tumeur liquide qui n'était autre chose que la vésicule biliaires renfermant six calculs et 150 grammes environ de muco-pus, un calcul enchatonné dans le canal cystique ne fut enlevé qu'avec certaines difficultés, et pour terminer l'opération, les parois de la vésicule furent fixés à l'incision lombaire. Les suites opératoires ont été très simples ; une semaine plus tard la fistule bilaire était tarie et bientôt la guérison était définitive.

Hystérectomie abdominale totale.

M. Schwartz. — J'ai fait quatre hystérectomies abdominales totales pour gros fibromes utérins avec 1 mort et 3 guérisons. Après m'être débarrassé de la plus grande partie de la tumeur en faisant par l'abdomen l'hystérectomie supra-vaginale, j'ouvre successivement le cul-de-sac vaginal antérieur et le cul-de-sac vaginal postérieur, et il ne me reste plus qu'à faire l'ablation du moignon utérin qui ne tient plus que sur les côtés au niveau des ligaments larges. Je dois dire que la malade qui est morte présentait dans le pancréas et la rate des masses cancéreuses dont on a reconnu l'existence à l'autopsie seulement. Dans les trois succès que j'ai obtenus, il s'agissait de fibromes remontant au-dessus de l'ombilic, et même, dans un cas d'un énorme fibrome suppuré.

M. Segond. — Je déclare que j'ai été tout à fait séduit

par la description que M. Richelet nous a donnée de son procédé d'hystérectomie abdominale totale, qui me paraît entièrement original et absolument parfait, en ce qu'il permet de transformer le résultat opératoire obtenu par la voie abdominale en un résultat tout à fait semblable à celui que donne la voie vaginale.

De l'éthérisation.

M. Monod. — J'emploie l'éther dans mon service depuis le mois de mai 1894, et j'en ai obtenu les meilleurs résultats, malgré un décès attribuable, non pas à l'éther, mais à l'anesthésie, car il s'agissait d'une femme chez laquelle on a trouvé à l'autopsie une symphyse cardiaque complète.

Sur 500 et quelques cas dans lesquels j'ai fait donner l'éther, 241 cas ont été relevés avec soin et vont permettre de présenter quelques remarques générales sur l'anesthésie par l'éther.

Le sommeil a été obtenu en cinq minutes et demie, en moyenne, et très souvent, en moins de cinq minutes.

L'abondance des mucosités qui gênent la respiration a été telle dans 2 ou 3 cas, que j'ai dû faire cesser l'éther et le remplacer par du chloroforme.

Au point de vue des vomissements, ils ont été le plus souvent nuls pendant l'anesthésie, et après l'anesthésie, nuls ou peu marqués dans 190 cas, violents au contraire dans 51 cas.

La quantité d'éther employée a été en moyenne de 140 à 150 grammes, mais il y a, sous ce rapport, une variabilité très grande.

M. Segond. — J'emploie également l'éther depuis quelque temps, et j'ai été surtout frappé de la rareté des vomissements et de l'absence de chocs après les longues opérations. J'ai déjà fait sur des malades éthérisés 90 opérations, dont 26 laparotomies et 26 hystérectomies vaginales, et même après des opérations laborieuses, j'ai observé beaucoup moins de vomissements et beaucoup moins de prostration qu'après la chloroformisation.

M. Michaux a fait aussi un millier d'opérations avec l'éther, et n'a jamais eu d'accidents, à part des bronchites assez intenses qui sont survenues deux ou trois fois chez ses opérés. Pour éviter le danger des brûlures, il recouvre toujours le masque d'une serviette mouillée, à l'exemple de Julliard et de Reverdin (de Genève).

M. Reclus se sert de l'éther depuis le commencement de l'année. Il a observé des vomissements assez nombreux se bornant, le plus souvent il est vrai, à une simple régurgitation de mucosités, et ne durant généralement pas plus de deux ou trois heures. Dans trois cas, il n'a vu le réveil se produire qu'après 1 heure 15, 1 heure 20 et 1 heure 30 minutes.

M. Ricard est très partisan de l'éther; cependant, il a failli perdre, par bronchite capillaire, deux malades auxquels il avait fait donner de l'éther malgré des signes de bronchite légère.

M. Gérard-Marchant montre un lipome sous-deltoïdien qu'il a enlevé chez une femme de 27 ans.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 mai 1895.

Présidence de M. Hayem.

Note sur le mécanisme de l'asystolie hépatique.

M. Hanot. — J'ai décrit autrefois sous le nom d'asystolie hépatique une forme du foie cardiaque, telle que l'asystolie ne se manifeste que par la congestion hépatique, toutes les autres conséquences de l'hypertension intraveineuse faisant défaut. Ces faits ont été consignés en 1887 dans la thèse d'un de mes élèves. M. Dumont. C'est un fait qui avait déjà été signalé d'ailleurs dans les cliniques d'Andral. En 1883 M. Mathieu observait des faits semblables chez les alcooliques cardiaques, et faisait jouer un rôle important à l'alcoolisme. Mais tous les malades de ce genre ne sont pas des alcooliques, je me suis demandé alors si ces formes morbides ne pouvaient pas s'expliquer par un mode irrégulier d'abouchement des veines sus-hépatiques dans la veine cave inférieure. Un fait de la thèse de M. Parmentier confirme cette manière de voir. Dans cette observation les veines sus-hépatiques formaient au niveau de leur abouchement dans la veine cave inférieure trois gros troncs qui dépassaient de plus de moitié le volume de la veine cave.

Dans un fait que je viens d'observer, la disposition se rapprochait de celle que je viens de donner.

Les veines sus-hépatiques, au niveau de leur abouchement dans la veine cave inférieure, forment trois gros troncs dont les diamètres réunis dépassent de plus de moitié le diamètre de la veine cave inférieure. D'autre part les veines sus-hépatiques arrivent à la veine cave par un trajet très oblique, presque parallèle. Cette disposition explique pourquoi le sang, régurgitant de l'oreillette droite, s'engage plus facilement dans les veines sus-hépatiques, et produit l'asystolie hépatique.

Chez cette malade il y a peut-être à faire la part des grossesses antérieures, mais la lésion mitrale était congénitale, de même probablement aussi la disposition particulière des veines sus-hépatiques.

M. Mathieu. — Je n'ai pas voulu généraliser et dire que toutes les asystoliques hépatiques sont des alcooliques. J'ai cru seulement relever un complexus chimique dans lequel on rencontrait l'alcoolisme comme un facteur possible de la détermination hépatique.

M. Hayem. — Chez une malade morte de cirrhose cardiaque progressive avec ascite à répétition, nous vîmes sous l'influence des ponctions sucessives le foie diminuer de volume. Dans ce cas le golfe des veines sus-hépatiques et les veines elles-mêmes avaient un volume considérable et anormal.

Mais les cirrhoses cardiaques sont-elles seulement sous la dépendance de la congestion, je ne le crois pas. Car on rencontre souvent chez ces malades des troubles dyspeptiques c'était le cas chez cette malade dont la muqueuse gastrique était altérée.

M. Hanot. — M. Tapret a déjà émis dans un travail cette idée que M. Morurgo a résumée au congrès de Rome dans l'aphorisme suivant : « La congestion ne se néoforme pas »; elle reste congestion jusqu'au moment où les infections et les intoxications interviennent, mais dans ce cas la sclérose suit une marche rapide.

A ce point de vue le régime qu'on fait suivre aux cardiaques a une grande importance : ceux qui sont soumis au régime lacté, par exemple, semblent échapper à la cirrhose.

M. Hayem. — C'est tout à fait mon avis, en ce qui concerne le traitement. Dans tous les cas cela prouve l'importance qu'il y a de faire à l'occasion une analyse chimique du suc gastrique.

Fausse névrose traumatique.

M. Rendu. — Dans une des précédentes séances j'avais fait des réserves sur un cas présenté par M. Debove comme un exemple de névrose traumatique. Voici un fait qui les justifie. Il y a quinze jours un homme, en tombant, se fait une plaie légère à la joue et à l'aisselle du côté droit. Il ne perd pas connaissance, mais il se développe séance tenante une hémiplégie droite qui, à l'examen fait le lendemain, coexistait avec une hémianesthésie droite également. Il ne se plaignait de rien, son état moral était excellent, on diagnostiqua une névrose traumatique. Dans les trois jours qui suivirent les mouvements de la jambe commencèrent à revenir, lorsque le quatrième je constatai qu'il avait la parole embarrassée et l'esprit plus lourd. M. Routier, qui le vit alors, ne crut pas légitime d'intervenir. Mais avant-hier il a présenté une attaque d'épilepsie jacksonnienne suivie de stupeur, à la suite de laquelle on l'a trépané. Or, à l'incision de la duremère à gauche, on trouva sous une couche de liquide sérosanguinolent les circonvolutions transformées en un magma sanglant. Si, à la place de cette vaste lésion, il n'y avait eu qu'un piqueté hémorrhagique on ne serait pas intervenu et on aurait diagnostiqué hystérie là où il y avait en réalité attrition du cerveau.

M. Siredey. — Je viens d'observer un cas analogue à celui de M. Rendu. A la suite d'une chute d'un 3e étage, un

homme était entré dans le service de chirurgie pour une plaie de tête au-dessus de l'oreille, sans troubles nerveux. Il fut évacué en médecine pour une double pneumonie. A l'autopsie on a trouvé, du côté opposé à la lésion cutanée, une vaste ecchymose cérébrale avec piqueté hémorrhagique, s'étendant jusqu'à la substance blanche, en particulier au niveau des zones motrices. Jamais ce malade n'avait présenté la moindre paralysie.

Etiologie de la pleurésie.

M. Netter lit un résumé d'un travail qui lui a été adressé par M. Thue (de Christiania) sur l'étiologie microbienne des pleurésies. Ses résultats au sujet du nombre des pleurésies séro-fibrineuses tuberculeuses, sont sensiblement les mêmes que ceux qui ont été signalés en France, 60 0/0.

A ce propos, M. Netter fait remarquer qu'une des causes de dissidence dans les statistiques publiées tient à la technique employée. D'abord, il faut employer pour l'inoculation une certaine quantité de liquide, puis il faut employer non le liquide reposé mais le liquide extrait directement par la ponction et contenant la fibrine. L'emploi de l'appareil centrifuge dans la recherche des bacilles réussit moins bien que dans l'examen des urines par ce procédé.

M. Catrin. — Je prends également directement dans la plèvre le liquide à injecter. La fréquence du pneumocoque dans ces pleurésies — primitives naturellement — m'avait frappé dans les cas de M. Fernet; par une coïncidence singulière, sur quatre pleurésies que je viens d'examiner, j'ai trouvé deux fois le pneumocoque.

M. Netter. — Un fait à signaler, c'est que ces pneumocoques ne sont pas virulents : c'est là une distinction à établir avec ce qui se passe dans les pleurésies purulentes où sa virulence est appréciable.

Fièvre intermittente autochtone avec grosse rate.

M. Du Cazal communique une observation d'un soldat qui présenta, à son entrée, des symptômes fébriles et abdominaux qui égarèrent le diagnostic et firent penser à une tumeur inflammatoire. Le flanc gauche était occupé par une énorme tumeur douloureuse qui rétrocéda sous l'influence de la quinine. C'était une grosse rate chez un malade qui avait pris la malaria à Paris.

A ce propos, M. Du Cazal rapporte un cas de fièvre larvée, constituée par une hyperkinésie du spinal, qui amenait un torticolis permanent et de ce chef un état de vertige habituel. Ce malade revenait du Tonkin. Sous l'influence de la quinine les accidents disparurent.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 9 mai 1895.

Présidence de M. Maygrier.

Cas de rétention d'urine chez un fœtus de 8 mois.

M. Devé. — La vessie était très distendue et contenait 4 litres de liquide. La dissection a montré que l'urèthre était transformé en un cordon fibreux sur une longueur de 24 millimètres. Le liquide ne contenait que 0,024 milligrammes d'urée par litre. Le rectum se terminait sur la vessie.

M. Porak a observé un cas de dégénérescence kystique des reins avec double hydronéphrose consécutive à l'existence d'une valvule siégeant au niveau de la portion membraneuse de l'urèthre et n'existant que sur la moitié de l'urèthre. Un autre cas est absolument calqué sur l'observation lue par M. Devé ; il s'agissait d'une rétention d'urine due au défaut d'abouchement du cloaque interne avec le cloaque externe. L'examen de l'urine analysée par M. Hanriot donne les mêmes résultats que l'analyse communiquée par M. Devé. On peut en conclure que le rein n'élimine que de l'eau chargée de chlorure de sodium dans les proportions où on trouve cette substance dans le sang. Des analyses pratiquées sur la première urine rendue par le fœtus justifient cette opinion. Donc la fonction rénale, pendant la vie intra-utérine, est assurée par le fonctionnement placentaire.

Tête de monstre nosencéphale.

MM. Souligoux et **Paquy**. — Cet examen a montré que la moelle intacte avec son bulbe et sa protubérance était interrompue au niveau des pédoncules cérébraux. Tous les nerfs bulbaires existaient. Par contre, le nerf olfactif n'existait pas. Le nerf optique était très développé; il se portait obliquement de dehors en dedans, pénétrait dans un conduit osseux, puis en sortait pour aller se terminer à un des angles d'un petit noyau triangulaire, situé en avant du trou occipital. Deux autres petits ganglions nerveux étaient situés sur les parties postéro-latérales. Ce monstre a vécu 10 heures.

Utérus à cloison.

M. Narich (Smyrne) rapporte un cas d'évolution artificielle du fœtus très difficile dans un utérus à cloison. Il eut énormément de peine à saisir un pied et celui-ci une fois saisi à l'attirer à la vulve. En cette circonstance il a senti vivement la nécessité d'un nouvel instrument, conçu de manière à saisir le pied récalcitrant au-dessous de la cheville, aisément, solidement et sans lui nuire, afin de pratiquer des tractions méthodiques et efficaces.

Thérapeutique intra-utérine.

M. Pichevin. — C'est en 1887 que Walton fit connaître son traitement de la pelvi-péritonite par la dilatation forcée et le curage de la matrice. Elle répondait à la nécessité qu'on éprouvait de réagir contre les abus de l'opération Lawson Tait. Déjà Pippenskold, Hadra, Polk, Martin avaient pratiqué des laparotomies conservatrices. Poullet, Doléris et Gottschalk se déclarèrent partisans de la méthode de Walton plus ou moins modifiée.

Les adversaires de la thérapeutique intra-utérine déclarèrent que les partisans de la dilatation utérine n'avaient en vue que l'évacuation des collections enkystées des trompes. Or, disait M. Terrillon, avec quelques auteurs, cette évacuation est impossible, puisque l'orifice tubaire est oblitéré d'une façon absolue.

Cependant des faits nombreux et récents (Routier, Rivière, Prior, Wylie, etc.) démontraient que l'écoulement du liquide contenu dans la trompe par l'orifice utérin était indiscutable.

Quand une femme perd du pus par l'utérus, quand après l'ablation d'une poche tubaire, on voit s'écouler du pus par le bout utérin sectionné, on peut dire qu'il est probable que le liquide pathologique qui sortait par l'orifice utérin provenait de la trompe. Mais on a dit que la diminution et la disparition des tumeurs péri-utérines n'étaient pas dues à la diminution ou à la disparition des salpingites, mais des péri-salpingites séreuses. J'ai observé avec M. Lyot un fait des plus nets d'évacuation tubaire.

L'utérus ayant été enlevé avec les trompes et les ovaires, on put constater le reflux dans l'utérus du liquide purulent contenu dans les trompes.

M. Terrillon a écrit que la dilatation utérine avait une tendance à obstruer les orifices tubaires. Une expérience de P. Delbet semble prouver le contraire. Delbet ayant trouvé sur un cadavre un pyosalpinx et un hématosalpinx pressa sur les deux tumeurs. Il ne s'écoula pas une goutte de liquide dans l'utérus. Il dilata la matrice avec des laminaires et exerça des pressions sur les tumeurs salpingiennes. Il fit évacuer ainsi du pus par l'orifice tubaire de l'utérus. La dilatation paraît avoir favorisé la sortie du liquide purulent. Dans deux cas, j'ai amené par la dilatation l'évacuation d'une collection siégeant dans le moignon utérin d'une trompe enlevée quelques mois auparavant.

J'ai dilaté une femme atteinte de salpingo-ovarite double. Après le curage il y eut une véritable débâcle purulente par l'utérus, débâcle qui dura plusieurs jours et qui amena progressivement la diminution des masses péri-utérines qui remplissaient le petit bassin. La guérison symptomatique fut obtenue complètement. Quant aux annexes, on les sentait à peine, un an après. On a tort de séparer nettement les collections enkystées de celles qui ne le sont pas. Une dilatation tubaire peut se produire sans qu'il y ait obstruction complète et définitive. Sous l'influence de l'inflammation, la muqueuse tubaire augmente de volume et il se produit un engouement surtout dans la portion utérine de la trompe.

Au niveau de l'ostium uterinum, les plis longitudinaux réduits à 3 ou 4 se renflent et s'emboîtent. Il suffit d'un éperonnement de la muqueuse pour qu'il y ait obstruction.

Que l'inflammation disparaisse, la trompe sera de nouveau perméable. A. Doran a prouvé histologiquement cette espèce d'engouement tubaire par éperonnement de la muqueuse. Je dis donc que s'il y a des cas où la trompe est définitivement obstruée par soudure de la face interne du canal tubaire, il existe des faits qui démontrent que la lumière de la trompe n'est que momentanément obstruée, engouée. La contraction des muscles tubo-utérins et l'exagération de la tension intra-tubaire accusent la progression de l'évacuation des liquides de la trompe.

Mais ce serait méconnaître les indications de la méthode de Walton que de l'appliquer aux collections dites enkystées. En réalité, le triomphe de la méthode se constate dans les cas où il n'y a ni enkystement, ni lésions trop profondes des trompes.

Les échecs sont dus d'une part à une dilatation insuffisante de l'utérus. On a dilaté le col et on a négligé de dilater le corps. Le curage a été mal fait. On a cessé trop rapidement le traitement intra-utérin consécutif. Enfin, les insuccès s'expliquent par l'incurabilité des lésions péri-utérines (lésions scléreuses, ovaire suppuré, adhérences, etc.) qui donnent lieu à des douleurs rebelles.

La thérapeutique intra-utérine est contre-indiquée dans les cas aigus, dans les cas où il y a du pus autour de l'utérus, dans l'hématosalpinx, la grossesse extra-utérine et la salpingite tuberculeuse. A l'exemple de Landau, on peut dans certains cas, tenter de faire le diagnostic par une ponction qui peut être en même temps curative. S'il s'agit de collection purulente, il faut faire soit l'incision vaginale, soit la laparotomie, soit l'hystérectomie. Quelle conduite doit-on tenir quand on a affaire à des salpingites non kystiques? Il est difficile de se prononcer. Une salpingo-ovarite mobile, de petit volume, non prolabée, aura des chances plus sérieuses de guérison qu'une grosse masse tubo-ovarienne bas située et adhérente.

On prendra en considération plusieurs facteurs: l'ancienneté des lésions, les accidents à répétition, l'âge des malades, la condition sociale, la volonté des malades de conserver leurs organes sexuels. Mais quelle proportion de succès obtient-on par la dilatation, le curage et le drainage? Je crois qu'on échoue au moins dans la moitié des cas. Et cependant, il ne faut pas renoncer trop tôt à tout espoir, comme le prouvent des guérisons suivies de grossesses inespérées.

Malgré les succès que j'ai obtenus, je reconnais que la dilatation utérine, le curage et le drainage constituent un traitement de longue haleine, ennuyeux pour le gynécologiste, douloureux, souvent mal supporté par les patientes et incertain dans ses résultats.

Quand on ne réussit pas, les malades sont découragées et se refusent parfois à toute tentative opératoire plus sérieuse. La période de dilatation utérine est longue et douloureuse. L'introduction et la sortie des éponges ne se font pas sans souffrances. Je propose de supprimer ce temps préparatoire et d'en revenir à la méthode primitive de Walton : on endormira les malades, on fera une dilatation très lente, prudente et progressive ; avec des dilatateurs à deux branches parallèles et munis d'une vis dilatatrice, on obtiendra une dilatation extemporanée large ; on pratiquera le curage, on fera deux lavages intra-utérins qui seront répétés chaque jour et on tamponnera l'utérus après chaque irrigation. Walton a obtenu ainsi d'excellents résultats.

M. Charpentier. — Les cas d'évacuation d'une collection tubaire par l'utérus sont nombreux, et il n'est pas un de nous qui n'en ait observé.

M. Nitot. — Les tumeurs que l'on peut rencontrer sur les parties latérales d'un utérus atteint d'endométrite, ne sont pas toutes formées par des collections liquides intratubaires. Elles consistent souvent en une sorte d'œdème inflammatoire péritubaire qui guérit facilement par le repos. De plus, il ne suffit pas qu'une trompe se vide pour que la femme guérisse. L'épithélium de la trompe et les tissus sous-jacents continuent en effet à être malades.

M. Fournel ne trouve pas les arguments de M. Pichevin bien probants, puisque dans bon nombre d'observations qu'il cite comme cas favorables, on a dû recourir à l'hystérectomie. Il voit avec plaisir que M. Pichevin renonce à la dilatation dans les cas de collections purulentes péri-utérines.

M. Labusquière. — Olshausen vient de citer plusieurs cas de mort à la suite de la dilatation.

M. Pichevin. — J'ai publié les accidents causés par la curette et par le dilatateur. Howard, O. Kelly et Auvard ont incriminé ce dernier instrument qui a perforé quelquefois l'utérus.

Le dilatateur de Sims à trois branches est un instrument dangereux ; les extrémités des trois branches divergent et menacent de creuser la paroi utérine d'autant plus que l'on appuie brutalement avec les mains sur l'instrument et que l'on ne se sert pas de vis pour graduer la force dilatatrice. Un dilatateur à deux branches parallèles mû par une vis graduée n'est pas dangereux, pourvu qu'on y mette de la prudence, de la lenteur et de la patience.

Maladie de Basedow débutant dans le cours d'une grossesse chez une primipare.

M. Siguier. — Il s'agit d'un goître exophthalmique ayant débuté avec une grossesse et ayant eu une légère tendance à l'amélioration une fois l'accouchement terminé. L'auteur croit que dans ce cas il y a eu relation de cause à effet entre la grossesse et l'apparition du goitre. Il y a eu aussi, à la suite de l'accouchement, une légère amélioration. Il se peut qu'après l'accouchement il y ait une phase de repos où la glande tend à reprendre son volume normal sans qu'il y ait pour cela de guérison ou même amélioration permanente et sans qu'on puisse préjuger de l'évolution future de la maladie.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 20 mai 1895.

Chimie physiologique de la thérapeutique des extraits organiques.

M. Poehl (Saint-Pétersbourg). — Tous les tissus et toutes les cellules renferment des produits de désassimilation actifs parmi lesquels les produits renfermant de l'azote jouent le premier rôle. L'organisme tend continuellement à se débarrasser de ces produits, qui sont des leucomaïnes, dont la présence gêne la fonction normale des tissus ou des cellules. Il s'en débarrasse en premier lieu par le procédé d'oxydation qui transforme les leucomaïnes en une substance capable de passer des tissus dans la circulation générale où sous l'influence d'une nouvelle oxydation ces substances sont brûlées ou bien acquièrent un pouvoir de diffusion grâce auquel elles finissent par être éliminées. La sauvegarde de l'organisme contre l'accumulation des produits de désassimilation est donc l'oxydation qui s'effectue en partie aux dépens de l'oxygène des tissus, en partie aux dépens de l'oxygène de l'air. La source de l'oxygène des tissus serait d'après les recherches de Poehl un ferment chimique, la spermine. Cette spermine a été trouvée par M. Poehl dans tous les tissus, dans la prostate, dans le thymus, dans la glande thyroïde, dans les ovaires, voire même dans l'urine. L'ubiquité de la spermine montre déjà que ce ferment joue un rôle très général dans les fonctions de l'organisme.

Une série d'expériences consistant à mettre la spermine en présence des bases et des sels acides ont montré à M. Poehl que la spermine agit comme un ferment chimique et favorise, par voie de catalyse, l'oxydation des produits de désassimilation. Le même fait ressort également de l'action spéciale que la spermine exerce chez l'homme en cas d'intoxication par

l'alcool et dans les affections caractérisées par une diminution de l'intensité des fonctions organiques, comme le diabète, l'anémie, le scorbut, etc.

Les effets de la thérapeutique des extraits et tissus organiques seraient dus d'après M. Poehl à la spermine qu'ils renferment et qui agit en excitant des oxydations organiques et en brûlant les produits de désassimilation accumulés dans les tissus. Cette action spéciale est du reste confirmée par l'examen de l'urine des malades auxquels on administre la spermine. On trouve notamment dans ces cas une augmentation de la quantité d'urée et des chlorures de l'urine et un rapport presque normal entre les phosphates et les urates. Une autre action toute particulière qu'exerce la spermine sur l'organisme c'est de provoquer une leucocytose manifeste.

M. Senator, qui a essayé la spermine chez les diabétiques, a constaté chez les malades une amélioration subjective sans que les symptômes de la maladie soient influencés en quoi que ce soit. La leucocytose dont parle M. Poehl, a existé dans tous les cas.

D'un autre côté, M. Senator a constaté que lee animaux empoisonnés avec de la pneumotoxine pouvaient être sauvés par les injections de spermine.

M. Fürbringer, qui a traité par les injections de spermine un certain nombre de malades, a constaté que cette médication réussit chez les névropathes et les hystériques et échoue invariablement dans les affections organiques.

M. Goldscheider fait observer tout d'abord que la production d'une leucocytose expérimentale est commune à la spermine avec un grand nombre d'autres substances.

Quant à l'action de la spermine dans les intoxications expérimentales, M. Goldscheider a essayé cette substance dans le tétanos, la pyohémie, la pneumococcie, et ne l'a trouvée active que dans l'infection à pneumocoques.

Carcinome de l'œsophage ouvert dans l'aorte.

M. Stadelmann rapporte l'observation de deux malades qui ont succombé à des hématémèses dont la cause n'a pu être élucidée pendant la vie. A l'autopsie on trouva dans les deux cas un carcinome ramolli de l'œsophage communiquant par un petit orifice avec l'aorte.

M. Litten fait observer à ce propos que le signe indiqué par Jaruntowsky, à savoir qu'en cas d'anévrysme de l'aorte une sonde introduite présente des oscillations manifestes, existe également en dehors de tout anévrisme.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 25 *mai* 1985.

Staphylorrhaphie précoce.

M. J. Wolff a rapporté l'observation d'un enfant de 8 ans auquel il a pratiqué en 1888, à l'âge de 14 mois, une uranostaphylorrhaphie pour une division du voile du palais et de la voûte palatine. L'opération réussit fort bien et aujourd'hui l'enfant parle aussi bien que possible.

D'après M. Wolff l'intervention doit être faite de bonne heure si l'on veut obtenir des résultats fonctionnels convenables. L'éducation ultérieure des organes de la parole se fait alors dans des conditions avantageuses.

M. Gutzmann est aussi partisan de l'intervention précoce. Chez tous ces malades le timbre nasillard de la voix tient à l'existence d'une rhino-pharyngite atrophique que l'intervention améliore considérablement.

Bactériologie du cancer.

M. Jurgens a inoculé à quatre lapins des parcelles d'un sarcome mélanique provenant d'une femme qui a succombé à la généralisation de la tumeur. Les inoculations réussirent fort bien et à l'autopsie des animaux on a pu constater chez eux la présence des noyaux sarcomateux dans la plupart des organes.

A l'examen microscopique de ces tumeurs, M. Jurgens trouva en dehors des cellules néoplasiques, de même que dans le sang des animaux, des corpuscules ronds ou ovoïdes, pourvus d'une membrane, mais ne possédant pas de noyau et ne présentant pas la structure cellulaire. Sur quelques points, ces corpuscules existaient à l'état de culture presque pure.

D'après M. Jurgens ces corpuscules seraient les agents spécifiques des tumeurs malignes.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE HAMBOURG

Séance du 5 *mars* 1895.

Thoracotomie pour gangrène pulmonaire sans pleurésie.

M. Krause. — Il s'agit d'un homme de 36 ans qui, en avril 1894, contracta une pneumonie de la base gauche. La pneumonie se termina par la résolution, mais quelque temps après le malade fut pris d'une expectoration fétide avec crachats renfermant des fibres élastiques. Sous l'influence d'un traitement approprié, l'état s'améliora et le malade put reprendre ses occupations.

Il revint en décembre 1894 et l'examen permit de constater l'existence d'une caverne à la base gauche. L'expectoration était redevenue fétide; de plus, il y avait de la fièvre et un affaiblissement considérable des forces.

Les conditions furent donc telles que seule une intervention chirurgicale pouvait sauver la situation. M. Krause réséqua donc, dans une étendue de 8 centimètres, les 8e et 9e côtes et ouvrit la plèvre qui fut trouvée absolument saine, lisse, sans trace d'adhérences. La base du poumon s'appliqua de suite contre l'incision, tandis que les parties supérieures se rétractèrent vers le sommet du thorax.

Pour éviter l'infection de la plèvre saine pendant l'ouverture du foyer intra-pulmonaire, M. Krause pratiqua simplement un tamponnement de la plaie à la gaze iodoformée, puis, au bout de cinq jours que les deux feuillets de la plèvre furent bien accolés tout autour du poumon, il incisa au thermo-cautère le parenchyme pulmonaire pour arriver à la caverne dont la situation au centre du lobe inférieur fut d'abord établie par une ponction exploratrice. Après avoir ainsi traversé le parenchyme sur une épaisseur de deux travers de doigts, on arriva sur la cavité qui avait les dimensions d'une pomme et était entourée des parois indurées. On évacua ensuite le liquide putride et on enleva les lambeaux de tissu gangréné qui s'y trouvaient. La cavité fut ensuite drainée.

Les suites opératoires furent des plus simples. Un seul jour il y eut une élévation de la température, et trois semaines après le malade quittait l'hôpital avec une plaie granuleuse et ayant gagné 14 livres. Aujourd'hui, c'est-à-dire un an après l'opération, la plaie est remplacée par une cicatrice linéaire; la respiration est partout normale et l'expectoration insignifiante.

La gangrène pulmonaire sans pleurésie concomitante est rare. Ordinairement quand on opère ces malades on trouve du pus dans la plèvre. C'est ainsi que chez un malade atteint de bronchite fétide, M. Krause trouva après l'opération de l'empyème un abcès pulmonaire qui par un trajet fistuleux communiquait avec la collection pleurale. On réséqua alors le tissu pulmonaire induré qui formait la paroi postérieure de l'abcès, et le malade guérit en 6 semaines.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LONDRES

Séance du 13 *mai* 1895.

Diagnostic du sarcome rétro-péritonéal

M. Lockwood. — Tout en admettant la rareté des sarco-

mes rétro-péritonéaux, soutient que c'est une affection qu'est appelé à rencontrer tout chirurgien qui a fait fréquemment des laparotomies. Personnellement il est tombé deux fois sur une pareille tumeur et dans ces deux cas il n'aurait opéré s'il avait fait le diagnostic avant. Dans le premier cas tout paraissait indiquer l'existence d'une tumeur solide de l'ovaire : l'abdomen était très distendu, et quand il fut ouvert, on trouva une tumeur analogue à un kyste à parois épaisses ; mais une ponction ne ramena pas de liquide, si bien qu'on a été obligé d'enlever avec la main une certaine quantité de matière semi gélatineuse. On constata alors que la tumeur était formée en arrière du péritoine dans les replis du mésentère et qu'elle avait soulevé le côlon gauche, qui était situé en avant. Les vaisseaux mésentériques traversaient la substance du néoplasme, ce qui rendait son ablation impossible. C'était un myxo-sarcome placé en arrière du péritoine et s'étendant depuis le bord du bassin jusqu'au diaphragme ; cette tumeur avait probablement pris naissance dans le tissu cellulaire rétro-péritonéal. Le second cas présentait aussi beaucoup de symptômes permettant de songer à une tumeur de l'ovaire ; l'abdomen était moins distendu que dans le cas précédent ; la tumeur qui siégeait en arrière du péritoine avait soulevé les intestins et distendu le mésentère. La malade guérit de l'opération, après toutefois avoir été dans un état grave. Le début de ces tumeurs est insidieux et les malades n'appelèrent le chirurgien que quand le néoplasme occupa presque toute la cavité abdominale. Pour faire le diagnostic il faut tenir compte du caractère anormal de ces tumeurs ; de plus la résonnance abdominale est changée par suite de la distribution des intestins devant la tumeur.

M. Beevor rapporte l'observation d'un homme de 32 ans auquel on avait enlevé le testicule gauche, chez lequel se développa 5 semaines après une tumeur dans la partie inférieure de l'abdomen. Le malade mourut subitement, à l'autopsie on trouva dans la région iliaque gauche un nodule mobile qui était un dépôt sarcomateux secondaire dans le grand épiploon. En arrière du côlon transverse était la tumeur, aussi grosse qu'une tête d'adulte. L'estomac était repoussé en haut et à gauche, un petit nodule secondaire se trouvait dans le foie.

SOCIÉTÉ PATHOLOGIQUE DE LONDRES

Séance du 21 mai 1895.

Absorption et métabolisme dans le cas d'obstruction du conduit pancréatique.

M. Harley. — J'ai eu l'occasion d'observer un garçon de 13 ans qui paraissait souffrir d'une obstruction du conduit pancréatique due à une gastrite consécutive à une scarlatine. Jamais le sucre n'a paru dans les urines, pas plus que l'acétone ou l'acide acéto-acétique ; cela indiquait donc que l'occlusion du conduit pancréatique n'avait amené aucune destruction de la glande. Les voies d'excrétion de la bile étaient libres ; il n'y avait en effet ni jaunisse, ni pigment biliaire dans l'urine ; les selles étaient normalement colorées par ce pigment. Pendant quatre jours, cet enfant fut soumis au régime lacté exclusif, sans aucune espèce de médicament. Un individu sain, nourri exclusivement par du lait, rend chaque jour avec ses selles environ 1 gr. 5 de substances azotées, soit 7,7 p. 100 des substances azotées ingérées. L'enfant soumis à ce régime rendait dans ses selles 5 gr. 25 de substances azotées, soit 40 p. 100 de la quantité totale de ces substances ingérées. L'obstruction du canal pancréatique nuit donc considérablement à l'absorption des substances azotées. L'homme sain soumis au régime lacté rend dans ses selles 6 à 7 grammes, soit 5 à 6 p. 100 des graisses ingérées ; l'enfant en expérience en rendit chaque jour 143 gr. 80, soit 73,05 p. 100. L'absorption des graisses est donc fortement compromise ; Abelmann a montré que l'absorption des hydrates de carbone est un peu diminuée. Soumis au régime ordinaire, l'enfant avait un poids de 84 livres ; dès le 2e jour de la diète lactée, le poids fut de 83 livres 1/2 ; le 3e et le 4e jour, il se maintint à 83 livres. A la reprise du régime ordinaire, le poids devint le même que précédemment. En soumettant l'enfant au régime lacté, on lui fournissait par jour 2,983,83 calories soit 78,9 calories par jour. Si on retranche le nombre de calories que représentaient les substances éliminées par les selles, on trouve que l'enfant absorbait 1,336,8 calories, c'est-à-dire 36 calories par kilogramme. Il en résulte que dans ces cas d'obstruction du canal pancréatique non seulement l'absorption des aliments était gravement compromise, mais encore la nourriture absorbée était mal assimilée. Autrement, on ne pourrait s'expliquer le fait qu'un individu sain ne produisant pas un travail musculaire exagéré garde son poids en absorbant 30 calories par kilog., pendant que cet enfant perdait de son poids, en absorbant 36 calories par kilog. Le diagnostic d'occlusion du canal pancréatique fut confirmé par ce fait que quand on donnait à l'enfant du pancréas cru, la quantité de graisse qu'on trouvait dans les selles était beaucoup diminuée. Il est important d'ajouter que chez l'homme comme chez les animaux, quand le suc pancréatique ne peut s'écouler dans l'intestin, les graisses n'en sont pas moins dédoublées en acide gras et glycérine et forment des savons. La seule différence qu'on puisse constater entre le sujet sain et celui dont le canal pancréatique est obstrué, est que chez ce dernier, une plus grande quantité de savons est éliminée avec les selles. Dans le cas d'occlusion du canal pancréatique, on ne peut donc attribuer la non-absorption des graisses à l'absence du ferment émulsif de Claude Bernard.

Maladies de Graves.

M. Edmunds admet que les symptômes de la maladie de Graves sont plutôt dus à quelque forme d'affection nerveuse qu'à une sécrétion du corps thyroïde malade ; en effet, l'ingestion de corps thyroïde ou d'extrait thyroïdien ne produit pas l'exophthalmie, tandis que les symptômes oculaires sont provoqués par une excitation du sympathique cervical, et par suite reconnaissent sûrement une origine nerveuse. L'augmentation de volume du corps thyroïde peut s'expliquer par l'excitation du sympathique. Tous les symptômes de la maladie de Graves peuvent être produits par une lésion artificielle du cerveau, et tous les symptômes, y compris le goître, peuvent être momentanément causés par une émotion. Dans les cas où on craint l'ulcération de la cornée, on pourrait sectionner le sympathique au cou.

Actinomycose de la joue.

M. Waring. — Le plus souvent, cette affection rare est consécutive à une maladie de la mâchoire supérieure ou plus souvent de l'inférieure. Le malade que j'ai observé était un jeune homme de 20 ans, ayant l'air bien portant et qui vint à l'hôpital pour une tumeur de la joue gauche ; il avait pour la première fois remarqué cette tumeur en novembre 1894 ; elle augmenta graduellement de volume, et au milieu de décembre elle creva dans la bouche, laissant écouler une certaine quantité de pus. Ensuite cette tumeur disparut presque complètement, mais en janvier 1895 elle reparut et augmenta de nouveau. Elle forma alors au niveau de la joue gauche une tuméfaction irrégulière du volume d'une petite noix ; elle avait envahi toute l'épaisseur de la joue ; du côté de la bouche, elle présentait plusieurs points fluctuants ; on incisa au niveau d'un de ces points et il s'écoula du pus qu'on recueillit et dans lequel on trouva de petits corpuscules blanchâtres de forme ovalaire et que M. Kanthouk reconnut être de l'actinomycose. La portion de peau rouge qui recouvrait la tumeur fut enlevée par une incision elliptique, et les tissus sous-jacents qui étaient infiltrés furent grattés à la curette de Volkmann ; la tumeur siégeait en dehors du conduit de la parotide. On lava la plaie et on la pansa à la gaze iodoformée ; on refit le pansement chaque jour et la guérison fut complète au bout de trois semaines. Il y avait plusieurs ganglions parotidiens et sous-maxillaires enflammés, mais ils ne tardèrent pas à reprendre leur volume normal.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

ANOREXIE

Chez nombre de malades pour qui l'alimentation est une condition indispensable à l[a] guérison, le manque d'appétit est absolu. Tous leurs efforts pour suivre les pres[-]criptions des médecins à cet égard se heurtent à une répugnance presque invincible e[t] quand ils parviennent à la vaincre, les aliments pris digèrent mal, sont souvent rejeté[s] très rarement assimilés.

Plus de vingt années de succès ont démontré que l'Elixir Alimentaire Ducr[o] triomphe constamment de la répugnance des malades pour les aliments. Il est pri[s] avec pl isir, toujours digéré sans aucune fatigue par l'estomac, et comme sa propriét[é] fondamentale est d'être alimentaire, c'est le médicament-aliment par excellence de[s] phthisiques, anémiques, cancéreux, etc... Préparé avec la viande crue, l'alcool et le[s] écorces d'oranges amères, l'Elixir Alimentaire Ducro est tout à la fois apéritif e[t] nutritif. L'alcool qui lui sert de véhicule lui communique ses qualités d'antidéperditeu[r] et aussi fait de l'Elixir Ducro une préparation de viande crue exempte de tout dange[r] des vers intestinaux.

N° 23 — 5 JUIN 1895 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Ecole de médecine de Besançon. — M. Heïtz est prorogé dans ses fonctions de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

M. le Dr L. Mandereau est institué suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

Ecole de médecine de Poitiers. — M. le Dr Malapert est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

M. le Dr Latrille est institué suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

Ecole de médecine de Nantes. — M. Bonnel est institué chef des travaux d'histoire naturelle.

Concours pour une place de médecin-adjoint, une place de médecin-accoucheur et une place de médecin-accoucheur-adjoint des hospices de Grenoble. — Ce concours a eu lieu devant un jury mixte composé de MM. Bertholiet et Gallois, de Grenoble, de MM. Fochier, Laroyenne, Levrat, A. Pollosson et Vinay pour les candidats accoucheurs, de MM. Audry, Carrier, Lannois, Mollière et Rabot pour les médecins. Le jury était présidé par M. le Dr Girard, président du Conseil d'administration des hospices de Grenoble.

M. le Dr Porte a été nommé médecin-adjoint, M. le docteur Flandrin, médecin-accoucheur, et M. le Dr Gotteland, médecin-accoucheur-adjoint.

VARIÉTÉS

La nouvelle maternité de Beaujon vient d'être inaugurée. Elle comprend 58 lits au lieu de 16 que renfermait l'ancienne salle. Un pavillon d'isolement a été construit auprès du bâtiment principal. L'ensemble de la maternité a coûté environ 500,000 fr., soit 8,500 fr. par lit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Contribution à l'étude de la bactériologie et de l'anatomie pathologique des salpingo-ovarites, par le Dr Emile Reymond, ancien interne des hôpitaux, membre de la Société anatomique, lauréat de l'Assistance publique (Prix Civiale, 1892-93). 1 volume in-8o. Paris, G. Steinheil, éditeur.

La fièvre typhoïde, par le professeur Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris, et le Dr Thoinot, médecin des hôpitaux de Paris. Paris, J.-B. Baillière et fils, éditeurs. 1 volume grand in-8o, de 400 pages, avec figures. 9 francs.

Formule dentaire, maladies et hygiène de la bouche et des dents, par N.-H Thomson, chirurgien-dentiste de la Faculté de médecine de Paris. Paris, J.-B. Baillière et fils, éditeurs. 1 volume in-18 de 288 pages avec 61 figures, cartonné, 3 francs.

Chirurgie de l'uretère, par le Dr L. Glantenay, ancien interne des hôpitaux de Paris. Paris, J.-B. Baillière et fils, éditeurs, 1895. 1 volume gr. in-8o de 293 pages. 6 francs.

Anatomie chirurgicale de la vessie, par le Dr Paul Delbet, ancien interne des hôpitaux. Paris, J.-B. Baillière et fils, éditeurs, 1895. 1 volume gr. in-8o de 322 pages, 7 fr. 50.

De la leucoplasie buccale, par le Dr Clemenceau de la Loquerie, lauréat de l'Académie de médecine et du service des épidémies (médaille d'argent). Etude couronnée par l'Académie de médecine. Paris, 1893, A. Maloine, éditeur. Une brochure in-8o.

Traité d'hygiène publique et privée, par Jules Rochard, inspecteur général du service de santé de la marine en retraite, membre de l'Académie de médecine, membre du conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, grand-officier de la Légion d'honneur. 1er fascicule. Un vol. in-8o. Paris, L. Battaille et Cie, éditeurs.

Maladies familiales du système nerveux : hérédo-ataxie cérébelleuse, par le Dr P. Londes. Un vol. in-8o. Paris, L. Battaille et Cie, éditeurs.

Les émotions, étude psycho-physiologique, par le Dr Lange, professeur à l'Université de Copenhague, traduit par le Dr Georges Dumas, agrégé de philosophie. Un vol. in-12 de la Bibliothèque de philosophie contemporaine, 2 fr. 50. Félix Alcan, éditeur.

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Anomalies gynécologiques, par le Dr Deshayes, de Rouen.

MENSTRUATION PRÉCOCE.

A 15 ans de distance et dans le cours d'une pratique de 25 ans, j'ai observé 2 cas de menstruation précoce, anomale, chez 2 jeunes fillettes.

I. — Dans le 1er cas, il s'agissait d'une enfant, Marie B... âgée de 6 ans, très bien portante, normalement développée, mais ne présentant aucun attribut spécial, aucune trace de puberté, sans développement des seins, de la gorge ni du pubis : Père arthritique, mère bien portante.

Or Marie B... offrit pendant 8 mois tous les signes d'une menstruation normale, régulière, de plusieurs jours de durée, d'intensité moyenne, sans fièvre ni autres troubles généraux.

L'examen des parties génitales ne révélait aucune trace de déchirure, ni de varicosités, et d'ailleurs les phénomènes se répétèrent pendant 8 mois, assez exactement tous les 28 jours. Puis, l'écoulement sanguin cessa ; l'enfant continua à grandir. Partie au Havre 2 ans après, je l'ai perdue de vue.

II. — Un 2e cas, semblable de tous points, s'est rencontré l'an dernier, dans ma clientèle. Berthe E... est âgée de 5 ans. De bonne santé habituelle, elle est cependant moins bien développée que Marie B... et est plutôt de constitution délicate. Elle aussi a présenté au dire de la mère, et comme j'ai pu m'en assurer moi-même, et cela pendant 6 mois, à intervalles fixes réguliers, absolument comme une adulte, tous les signes extérieurs d'une menstruation normale.

Mais les règles n'ont pas continué, et comme plus haut, n'ont duré qu'une période de quelques mois.

Le père et la mère sont bien portants. Il faut noter cependant que le frère de cette fillette, âgé de 4 ans, vient d'être atteint d'un purpura hémorrhagique grave, avec hématurie, etc., lequel purpura a promptement cédé à l'emploi du seigle ergoté, du citron et des toniques.

S'agit-il là, dans la famille, d'une prédisposition à l'hémophilie, c'est possible. L'habitation est saine, et il s'agit de gens aisés.

Les exemples de menstruation précoce ne sont pas très fréquents, puisque, en 25 ans, je n'en ai rencontré que 2.

Les auteurs en ont cité un certain nombre, et l'on a observé des règles précoces à 8 ans, 5 ans, 2 ans, et même au-dessous. Symes a vu à Boston une jeune fille de 10 ans enceinte.

En pareil cas il s'agit là probablement d'une véritable ovulation, car à l'autopsie on a trouvé des follicules de Graaf bien formés, chez de toutes petites filles.

Toutefois, dans les observations étrangères, il semble que la menstruation définitivement établie, a persisté ; on ne le dit pas ; — chez mes 2 fillettes, au contraire, l'écoulement sanguin périodique n'a duré que 6 et 8 mois, et le tout est rentré dans l'ordre, momentanément.

Aménorrhée...

A l'encontre des 2 observations ci-dessus, je citerai celle d'une de mes clientes, qui n'a jamais été réglée.

Mme S... 42 ans, bien développée, grande, forte, de très bonne santé, sans diathèse connue, légèrement hystérique, seins développés sans exagération, n'a, à aucune période de sa vie, éprouvé le moindre malaise, ni coliques, ni douleurs, ni aucun signe d'hémorrhagie interne : D'où, probabilité chez elle d'absence congénitale d'ovaires. L'utérus existe cependant, et le col, quoique petit, paraît normal. En 20 ans, Mme S... a eu 2 maris, et jamais, bien entendu, n'a eu d'enfants.

Point d'hémorrhagies supplémentaires par le nez, les bronches, etc. Point de rétention apparente de liquide menstruel : Rien.

C'est là, n'est-il pas vrai, un cas type d'aménorrhée absolue.

D'ailleurs ces anomalies sont bien connues ; on les a observées pendant toute la durée de la vie sexuelle.

On a même cité des exemples de femmes chez lesquelles l'écoulement n'existait que pendant la gestation, néanmoins ils sont rares, et le cas de Mme S. . est le seul que je possède.

D'autre part, menstruation précoce, aménorrhée, grossesse nerveuse dont je vais parler, sont, à côté de la note de curiosité, des plus intéressantes à connaître, au point de vue médico-légal notamment ; car elles peuvent, dans la pratique médicale, donner lieu à de singulières méprises.

NAISSANCE TARDIVE ; GESTATION DE 10 MOIS.

C'est entre 270 et 280 jours, c'est-à-dire à 9 mois que la plupart des grossesses se terminent, chacun sait ça. Mais on admet la possibilité de la gestation prolongée pendant 10 et 10 mois 1/2.

Le code civil reconnaît comme durée extrême en France 300 jours, et en Allemagne 302 : En effet la femme ne peut contracter un second mariage que 10 mois après la dissolution du mariage précédent.

Tout enfant né dans le 10e mois qui suit la mort du père, hérite... etc.

Or, il y a quelque 10 ans, j'ai observé un cas semblable chez une cultivatrice des environs de Rouen, qui, nouvellement mariée, bien élevée, *humainement* à l'abri de tout soupçon, devint grosse un mois après son mariage, époque où son mari fut appelé sous les drapeaux ; elle présenta presque aussitôt tous les signes rationnels de la conception. La grossesse évolua régulièrement, mais dura outre mesure, et l'accouchement n'eut lieu que le 11e mois, 10 mois après la conception. *Si non e vero...*

GROSSESSES NERVEUSES.

Sur le terrain gynécologique, j'ai à signaler 2 cas types de grossesse nerveuse.

Le dernier fut observé par moi il y a 2 ans chez une femme de 38 ans.

Mme M... a été réglée à 15 ans, s'est mariée à 19 et, à 25 ans, a eu une première attaque de rhumatisme articulaire aigu, généralisé, avec endo-péricardite probable. Depuis, santé assez chancelante, gravelle, etc. Menstruation régulière, mais peu abondante jusqu'à 38 ans.

A cette date, Mme M... qui avait toujours eu le plus grand désir de devenir mère, se montra heureuse de la suppression de ses règles, et se crut enceinte. Elle se hâta de me prévenir, et moi-même je la félicitai. Je la vois encore toute rayonnante de joie ; les seins sont douloureux, et, certainement, dit-elle, ils prennent du développement ; elle allaitera son enfant, ce sera un garçon. Son ventre est bien développé, et, à n'en pas douter, depuis un mois, elle sent les mouvements du fœtus.

Le 6e mois, son mari, plus incrédule, me pria alors de l'examiner, et au grand désespoir de tous, je ne trouvai aucun signe de grossesse certaine ; inutile d'insister. La ménopause devint définitive, les accidents nerveux s'amendèrent, et de grossesse il ne fut plus question.

Les faits de grossesse nerveuse sont trop connus pour que je me permette de les résumer, même succinctement : Passons.

L'autre cas, le premier en date, qu'il me reste à décrire, est le suivant : Il s'agit là d'un véritable roman vécu.

Arrivé à Rouen depuis peu, je fus demandé un soir par Mme M... alors sage-femme, tenant à Sotteville une maison de santé, vieillie, rompue dans le métier, et ce pour terminer

un accouchement qui durait depuis douze heures. J'accours *avec les fers.* Je trouvai alors, couchée au travers du lit, en position ordinaire, une belle gaillarde venue de Neubourg. Elle accusait 22 ans, et n'avait jamais eu d'enfants. Les autres détails font défaut.

Elle était assistée d'un sien ami, avec lequel elle vivait irrégulièrement, et tous deux versaient d'abondantes larmes de regret tardif.

Au dire de la sage-femme, le travail avait commencé la veille, pour devenir franc dès le matin, si bien que depuis 12 heures déjà, à intervalles d'abord éloignés, puis rapprochés, la malade souffrait de véritables douleurs expulsives, avec efforts répétés, gémissements, sueurs abondantes, bref toute la gamme que nous connaissons si bien.

La sage-femme ne pouvait pas dire à quelle heure les eaux s'étaient rompues, mais la chose n'était pas douteuse. D'ailleurs, la vulve était chaude, et le doigt pénétrait facilement dans le vagin.

Je touchai la malade, et, à mon grand étonnement, je trouvai un col normal, ni aminci, ni dilaté. Je devais me tromper... J'attendis 5 minutes... Nouvelle douleur. J'examinai le ventre, et à nouveau l'utérus, et de grossesse, point.

Je cherchai tout d'abord à ménager l'amour-propre de la sage-femme, qui n'y comprit jamais rien et se crut victime d'un acte de mauvaise confraternité de ma part. Je fis coucher la malade, lui ordonnai le calme, et le repos dont elle avait tant besoin, et lui affirmai qu'il ne s'agissait pas pour le moment d'accouchement... que plus tard... Et la respectable sage-femme de répéter : Patience, cela va venir...

J'avais agi par persuation, par suggestion, que nous ne connaissions pas alors.

La nuit fut calme, les douleurs cessèrent immédiatement, et dès le lendemain matin, Mme X..., encore fatiguée, reprenait avec son compagnon, la route de Neubourg.

Chez elle, ç'avait été, non le désir, mais la crainte d'une grossesse qui avait fait tout le mal... Oh! les gaietés de la médecine!...

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Le sérum anticancéreux d'Emmerich et Scholl

Il y a quelque cinq ou six semaines, Emmerich et Scholl (1) publiaient un travail dans lequel ils rapportaient six cas de cancer (cinq cas de cancer du rein et un cas d'épithélioma de la face) guéris par les injections d'un sérum particulier que les auteurs ne craignaient pas de désigner sous le nom de spécifique du cancer. S'inspirant des observations — du reste sujettes à caution — de guérison de cancer après un érysipèle intercurrent ou artificiellement provoqué, s'inspirant surtout du récent travail de Coley sur le traitement du cancer par les injections de cultures stérilisées du streptocoque, Emmerich et Scholl ont pensé de modifier les humeurs organiques des cancéreux par les injections de sérum des moutons progressivement immunisés contre le streptocoque, la modification qu'ils espéraient obtenir devant, dans leur idée, aboutir à la destruction des micro-organismes spécifiques du cancer. Les six observations qu'ils rapportaient étaient, d'après la consécration définitive de la méthode, la consécration d'un traitement spécifique infaillible du cancer.

Juste quinze jours après la publication de ce mémoire parurent deux travaux qui réduisaient à leur juste valeur les assertions d'Emmerich et Scholl.

Le premier, celui du professeur Bruns (2), contenait purement et simplement six observations de cancéreux (carcinome de la face, épithélioma de l'amygdale, carcinome de la parotide, cancer du rein, sarcome fusiforme de la clavicule, lymphomes malins du cou) chez lesquels les injections du sérum d'Emmerich n'ont pas amené la moindre modification du côté de la tumeur. Par contre, dans plusieurs cas, ce sérum (qui d'après Emmerich et Scholl, était anodin et donnait lieu tout au plus à une légère élévation de la température) a provoqué une fièvre violente avec cyanose, affaiblissement du cœur, vomissements, etc.; dans un cas il y eut même de l'albuminurie avec cylindres dans l'urine.

Le second travail, celui de Petersen (1), est une critique violente des observations trop brièvement résumées et des citations des auteurs qui seraient très inexactement rapportées par Emmerich et Scholl.

Mais ce qui jette un jour tout à fait singulier sur le travail d'Emmerich et Scholl est la communication faite le 15 mai par le professeur Augerer (2) (dans le service duquel ont été faites les inoculations) à la Société médicale de Munich.

Dans cette communication M. Augerer relevait que : 1° trois cas traités dans son service sans succès par Emmerich et Scholl, n'ont pas été signalés dans le mémoire de ces auteurs et que 2° sur les deux femmes portées par Emmerich et Scholl comme guéries (observ. I et II), la première a succombé à la cachexie cancéreuse trois semaines environ après sa sortie de l'hôpital, tandis que chez la seconde le carcinome soi-disant guéri du rein, s'est ulcéré et évolue comme d'habitude.

Emmerich, invité par lettre d'assister à la séance, n'est pas venu.

Ajoutons enfin pour terminer cette triste histoire que sur deux cas de cancer, traités sans succès par Freymuth (3) avec le sérum d'Emmerich et Scholl, il se déclara chez l'un un érysipèle violent qui, trois jours plus tard, frappa la femme qui soignait le malade.

PATHOLOGIE MÉDICALE

Sur l'hyperplasie des cellules hépatiques,

par M. le Dr Manicatide.

A propos du remarquable article de M. Hanot sur les hyperplasies compensatrices du foie (4), nous croyons intéressant d'exposer ici les résultats auxquels nous sommes arrivé, à ce point de vue, par nos recherches datant de 1893.

Nous avons entrepris, sous la direction de M. le professeur Babes, à l'Institut de pathologie de Bucarest, une étude sur l'hyperplasie, sur la prolifération des cellules hépatiques dans les différentes affections de cet organe (5).

Nous avons d'abord contrôlé les recherches expérimentales de Podwyssozki (6), en pratiquant des traumatismes, des irritations avec de l'acide azotique et des ablations d'une partie du foie, et en examinant l'organe après 5, 8 et 10 jours; dans tous ces cas, nous avons trouvé chez le lapin une hyperplasie active des cellules, plus intense même que celle du tissu conjonctif.

Nous avons examiné ensuite le foie atteint de parasites. La coccidiose produit chez le lapin, en dehors de l'hyperplasie papillomateuse bien connue des canalicules biliaires, une prolifération intense des cellules hépatiques avec tendance à former des tubes glandulaires ou des amas de protoplasma à plusieurs noyaux, de véritables cellules géantes. On constate la même hyperplasie dans le foie humain atteint de kyste hydatique; elle est plus prononcée au voisinage même du kyste, mais elle existe aussi dans tout le reste du foie et dans le lobe gauche augmenté de volume (hyperplasie compensatrice?). D'ailleurs, cette dernière constatation avait été faite par M. Dürig dans 17 cas (7).

Dans les sections faites à la périphérie d'un abcès du foie nous avons retrouvé cette hyperplasie qui était aussi évidente, mais tout à fait secondaire dans le foie cardiaque,

(1) Klin. Erfahrungen uber die Heilung des Krebses durch Krebsserum (*Deut. med. Woch.*, 25 avril 1895, n° 17, p. 215).
(2) Zur Krebsbehandlung mit Erisypelserum (*Deut. med. Woch.*, 16 mai 1895, n° 20, p. 313).

(1) *Ibid.*, p. 314.
(2) *Munchen. med. Wochenschr.*, 21 mai 1895, n° 21, p. 508.
(3) Zur Behandl. der Krebses mit Krebsserum. *Deut. med. Wochensch.*, 23 mai 1895, n° 21, p. 333.
(4) *La Presse médicale*, 6 avril 1895.
(5) Dr Manicatide, Thèse de Bucarest, 1893.
(6) *Regeneration der Drüsengewebe, Beitræge de Ziegler*, 1886.
(7) *Münch. med. Abhandl.*, 1re série, 13e fascicule.

le foie atteint d'angiome, dans un cas de lymphadénie et dans la tuberculose du foie.

A la périphérie des gommes syphilitique du foie nous avons observé une multiplication active de cellules du parenchyme qui forment un réseau dense ressemblant à des cellules embryonnaires dont elles diffèrent par la présence du pigment biliaire à leur intérieur, et par leur arrangement tubulaire ou glanduleux par places, circonscrivant des espaces remplis d'une substance homogène hyaline.

Dix-huit cas de foie cirrhotique, que nous avons examinés à ce point de vue, présentaient plus ou moins accentués les signes non douteux de l'hyperplasie du parenchyme. Cette hyperplasie est caractérisée par l'augmentation du volume des noyaux, par leur richesse en chromatine, par la présence de plusieurs noyaux dans une même cellule, par de nombreuses figures de karyokinèse; les cellules elles-mêmes sont le plus souvent plus petites, quelquefois augmentées de volume, à protoplasma granuleux, plus transparent, mieux coloré, conservant encore l'aspect général des cellules du foie, dont elles diffèrent quelquefois par les réactions microchimiques de colorabilité (fixant mieux les couleurs alcalines).

La disposition, l'arrangement des cellules proliférées n'est pas toujours le même et l'on peut y distinguer trois types différents, qu'on trouve souvent dans le même cas; cette différence paraît résulter de l'intensité même du processus hyperplastique ainsi que des conditions, du milieu ambiant, où se produit l'hyperplasie. Le premier type, le plus commun, est caractérisé par un épaississement des travées du lobule lesquelles contiennent plusieurs rangées de cellules, par une ondulation de ces travées qui détruit l'architecture du lobule, par une tendance à former des canalicules manifestée par la disposition des noyaux à la périphérie de la travée et l'apparition d'une lumière incomplète, irrégulière. Le second type, qui serait l'effet d'une hyperplasie plus active, est représenté par une multiplication avec diminution du volume des cellules, qui sont tassées, serrées l'une contre l'autre, ayant l'aspect des cellules du sarcome ou des bourgeons nucléaires. Le troisième type est caractérisé par une hyperplasie moins vive, accompagnée d'une hypertrophie des cellules, qui sont plus isolées, augmentées de volume, mieux colorées, à gros noyaux riches en chromatine, ne conservant plus leur disposition trabéculaire. Le plus souvent l'hyperplasie apparaît sous forme d'îlots de néoformation faciles à distinguer à l'intérieur d'un lobule dont les autres cellules sont atrophiées, pigmentées et comprimées par le développement excentrique de ces îlots qui sont toujours en continuité avec une ou plusieurs travées de l'ancien lobule, d'autres fois on rencontre des lobules entiers néoplastiques, à cellules jeunes — de véritables adénomes — à côté des lobules atrophiques; il n'est pas rare de voir dans les lobules néoformés une dégénérescence des cellules hyperplastiques.

Les 18 cas de cirrhose que nous avons examinés peuvent être divisés en six groupes : *a*) petit foie avec ascite et sans ictère, 4 cas; *b*) petit foie avec ictère chronique et ascite, 8 cas; *c*) gros foie avec ictère chronique, sans ascite, un cas; *d*) gros foie avec ascite et ictère chronique, 3 cas; *e*) un cas de cirrhose avec foie de volume normal avec de l'ascite, de l'ictère et une glycosurie persistante. Nous n'avons pu constater aucun rapport bien net entre l'hyperplasie et ces états du foie; peut-être l'hyperplasie est-elle plus active dans le foie augmenté de volume. Mais nous avons trouvé une autre relation et à ce point de vue on peut diviser les foies cirrhotiques, d'après l'aspect microscopique, indépendamment de leur volume, en foie *lisse*, *granuleux*, à petites granulations, et *lobulé* ou à grosses granulations, cette division indiquant aussi l'intensité croissante de l'hyperplasie,

Dans quelques cas du dernier groupe la distinction avec l'adénome est difficile; il ne s'agit plus que du volume et du nombre des lobules néoplasiques.

Dans deux cas d'adénome que nous avons examinés il nous a paru que le point de départ de la néoformation est bien dans l'hyperplasie des cellules du foie, hyperplasie étendue à peu près à tous les lobules. D'ailleurs, des cas analogues ont été étudiés par Greisinger et Rindfleisch, Lancereaux, Orthe, etc. MM. Kelsch et Kiener (1), Sabourin (2) soutiennent une opinion que nous admettons aussi d'après notre travail, qu'il s'agit dans ces cas de l'exagération d'une réaction du parenchyme du foie. Mais, tandis que MM. Kelsch et Kiener distinguent une hépatite parenchymateuse comme une affection spéciale du foie distincte des cirrhoses, tandis que M. Sabourin a constaté ce phénomène seulement dans quelques cas, nos recherches nous ont démontré qu'il s'agit d'une lésion constante à peu près dans toutes les affections du foie. L'intensité de l'hyperplasie varie d'un cas à l'autre et il faut une technique spéciale pour la reconnaître.

(1) *Archives de physiologie*, 1876, 1878, 1879.
(2) Thèse de Paris, 1881.

En ce qui concerne le cancer nous avons étudié 9 cas — tous des cancers primitifs du foie. Dans 5 de ces cas nous avons trouvé l'hyperplasie active des cellules hépatiques. Les cellules d'une ou de plusieurs travées d'un lobule se mettent à proliférer; elles constituent des cordons épais, ondulés, pleins ou à petite lumière comme de petites canules à plusieurs couches de cellules. Cette hyperplasie diffère de celle que nous avons constatée dans l'adénome par la prolifération concomitante de l'endothélium intralobulaire, par l'infiltration du tissu conjonctif à l'intérieur du lobule et par la pénétration du tissu hyperplastique dans les espaces lymphatique du tissu interstitiel. Dans un cas nous avons trouvé la participation des canalicules biliaires. Le neuvième cas a été très difficile à interpréter parce que le tissu carcinomateux avait envahi les lobules en suivant en partie les travées des cellules propres du foie qui réagissaient par une hyperplasie assez intense pour faire croire à cette origine du cancer; mais les cellules de la tumeur sont complètement différentes de celles du foie, leur forme et leur réaction microchimiques sont tout à fait autres. Nous avons été obligé d'admettre une origine différente, inconnue, du néoplasme qui avait produit secondairement une hyperplasie des cellules hépatiques.

Je n'insisterai pas sur les considérations diverses que nous ont suggérées ces recherches dont les résultats sont un peu différents des idées classiques. Notre travail sera publié *in extenso* dans le prochain volume des *Annales de l'Institut de pathologie de Bucarest*, qui est en cours de publication.

On voit bien de ce court résumé que les cellules du foie possèdent une proliférabilité remarquable, qui a un gros rôle dans l'anatomie pathologique du foie. C'est un phénomène biologique général comme toute autre multiplication cellulaire, comme on l'observe pour les épithéliums de revêtement ou glandulaires. Elle peut être produite par irritation, par inflammation avec tendance à la régénération d'une partie détruite et peut être plus ou moins intense, typique ou atypique par prédisposition congénitale. C'est un phénomène qu'on observe constamment dans les affections du foie, plus prononcé dans les cirrhoses lobulées (persistance de la lobulisation fœtale, arrêt de développement?) dans l'adénome surtout et dans une forme de cancer où il devient atypique et se complique de la participation spéciale du tissu conjonctif ou des autres éléments du foie.

REVUE DES JOURNAUX

Hystéropexie par la voie sacrée (Ueber die Verwendbarkeit der sacralen Methode bei fixiter Retroflexion), par Hochenegg (*Centralb. f. Gynæk.*, 1895, n° 16, p. 413). — Dans un cas de rétroflexion de l'utérus absolument immobilisé et remplissant entièrement l'ampoule rectale, l'auteur suivit la voie sacrée pour mettre à nu l'utérus et sectionner les adhérences afin de mobiliser l'organe. Ceci étant fait, il traversa le col, au niveau de l'orifice interne, avec un fil qu'il fixa, comme dans le procédé de Freund, au ligament sacro-iliaque droit en faisant ainsi basculer l'utérus en avant. Après l'extirpation d'un kyste trouvé dans l'ovaire droit, le rectum récliné au début de l'opération, fut remis en place et la plaie fermée. Guérison avec des résultats fonctionnels excellents qui ne se sont pas démentis depuis deux ans.

Traitement ambulatoire des fractures de la rotule (Zur ambulatorischen Massagebehandlung der Kniescheibebruche), par Busch (*Centralb. f. Chir.*, 1895, n° 19, p. 449). — Le traitement qui, depuis 3 ans, a donné à l'auteur des résultats excellents dans 11 cas de fractures transversales de la rotule, est conduit de la façon suivante :

On commence par une séance de massage du genou et des muscles de la cuisse, après quoi le membre est mis dans une gouttière avec une vessie de glace sur l'articulation. Le lendemain nouvelle séance de massage, et le malade doit se lever pour marcher un peu, soit seul, soit en s'aidant d'une canne ou des béquilles. A partir du troisième jour on fait matin et soir une séance de massage, et le malade est tenu à marcher et à monter les escaliers.

La guérison avec formation d'un cal fibreux résistant très court, s'effectue au bout de 4 semaines. Les résultats fonctionnels ont été excellents dans tous les cas.

REVUE DES CONGRÈS

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE DE SYPHILIGRAPHIE.

Ulcération de la face chancriforme. Lymphœdème cutané probable.

M. Louis Wickham présente une jeune fille de 18 ans, atteinte à la joue droite d'une ulcération de la dimension d'une pièce de 2 francs. Cette ulcération a tout à fait l'aspect d'un chancre, de ces chancres contractés par le baiser; mais la base est plutôt pâteuse et inflammatoire que lardacée. Les bords de l'ulcération sont violacés, enfin il n'y a pas de bubon, ce qui peut exister dans le chancre syphilitique, bien que d'une extrême rareté. La lésion ne date pas d'un mois, et l'évolution ultérieure montrera s'il s'agit d'un chancre syphilitique, mais il est intéressant de chercher à se rendre compte dès maintenant de ce que peut être cette lésion. Cliniquement, en procédant par élimination, on reste disposé à penser au chancre. On est amené successivement à éliminer le chancre mou qui n'a pas été signalé à la face et dont l'inoculation est restée négative, la syphilis tertiaire, non confirmée par l'enquête, la tuberculose pour laquelle l'évolution serait beaucoup trop rapide. L'herpès solitaire ulcéré, sans douleur, est bien rare et le début qui s'est fait par une petite tumeur et non par des vésicules d'herpès est différent. La pustule maligne, la morve, le farcin ne peuvent être incriminés, la folliculite agminée, trichophytique, suppure franchement. Restait la série des sarcomes, lymphosarcomes, lymphœdèmes cutanés ou mycosis fongoïdes, maladies auxquelles il était vraiment difficile de s'arrêter en raison de la rapidité de l'évolution, de l'unicité de la lésion et de la production en tumeur d'emblée qui est rare.

La clinique seule n'amenait donc guère de résultat; l'histologie pratiquée par M. Gastou a permis d'orienter ce diagnostic — sans affirmation toutefois — vers celui des diagnostics qu'on aurait été le moins disposé à admettre, vers le lymphœdème cutané. Cet exemple montre à quel point, constamment, on rencontre des lésions syphiloïdes impossibles à interpréter sans une longue surveillance.

Troubles trophiques des extrémités avec syndrome syringomyélique.

M. P. Gastou. — Les lésions cutanées consistent en des ulcérations du type des maux perforants aux doigts et aux orteils au nombre d'une dizaine. Quelques-unes d'entre elles rappellent parfaitement certains panaris ulcéreux. Que peut être cette maladie? Quelles causes peuvent ici produire des maux perforants? Le malade n'est pas diabétique; malgré des troubles nerveux, il n'est pas tabétique; la syringomyélie à variété maladie de Morvan ou panaris analgésique peut être invoquée : en effet, les troubles nerveux consistent en une certaine dissociation de la sensibilité, mais cette dissociation est irrégulière et existe sur la plupart des régions du corps, d'autre part la sensibilité, bien que très diminuée, n'est point disparue entièrement au niveau des ulcérations ; seulement il existe un retard considérable de la sensibilité, retard qui se retrouve d'ailleurs en toutes régions. Ce n'est donc pas de la syringomyélie vraie. Sont-ce, en tous cas, des phénomènes d'origine centrale ou périphérique? En faveur de la première interprétation on a la dissémination des troubles nerveux, du myosis, le relâchement du sphincter anal, la cachexie.

Mais le malade est en même temps tuberculeux et il a toujours eu des extrémités froides et des engelures; seraient-ce quelques troubles trophiques consécutifs à des névrites périphériques chez un tuberculeux? Ce n'est point tout, et comme le malade présente des phénomènes d'hystérie, diminution du champ visuel, abolition du goût, on peut se demander s'il ne se mêle en tout cela quelques troubles trophonévrotiques d'origine hystérique? On voit comme ce cas est difficile à interpréter et ce n'est pas cependant tout encore. La lèpre peut être invoquée. On sait en effet que la syringomyélie est très voisine de la lèpre; dans certains cas le diagnostic de syringomyélie a été posé, alors qu'il s'agissait de lèpre prouvée par la découverte du bacille de Hansen. Certaines lèpres nerveuses ont un syndrome nerveux syringomyélique; le malade actuel peut donc être un lépreux. Dans une prochaine séance, M. Gastou donnera sur ce point un complément de renseignement. Mais cliniquement, il est difficile d'admettre ici la lèpre, car le malade ne s'est jamais trouvé en contact avec des lépreux, il n'a jamais quitté la France, l'étude de ses nerfs ne montre nulle part des nodosités, enfin les lésions ainsi localisées au type mal perforant constitueraient une véritable rareté dans l'histoire de la lèpres étant donné surtout qu'il devrait s'agir alors d'une lèpre française actuelle, dont l'existence est très loin d'être prouvée, malgré les travaux de M. Zambuco.

M. Ehlers, présent à la séance (médecin de Copenhague), très compétent en matière de lèpre, affirme qu'il s'agit dans le cas de M. Gastou de la lèpre!

M. Barthélemy montre deux cas de mélanodermie de symptomatologie semblable, mais de causalité différente.

M. Ehlers relate l'évolution de l'épidémie actuelle de syphilis à Copenhague.

M. Dubreuilh (de Bordeaux) rapporte un cas d'éruption circinée chronique de la main à extension périphérique progressive, impossible à rapprocher d'aucun groupe connu.

Contenu des vésicules et bulles.

MM. Leredde et **Perrin** communiquent une étude sur le contenu des vésicules et des bulles. On sait que parmi les maladies bulleuses, presque toutes autrefois classées sous la rubrique pemphigus, la plupart des auteurs modernes différencient un groupe nommé la dermatite de Duhring, groupe caractérisé par les quatre caractères cliniques suivants : éruption polymorphe, très fréquemment bulleuse, éruption prurigineuse, évolution chronique par poussées successives, conservation de l'état général; quelques-uns pourtant n'acceptent guère cette manière de voir. D'autres séparent de la dermatite de Duhring une variété qui n'a cliniquement de spécial que son développement à l'occasion de grossesse, variété dénommée herpes gestationis.

L'étude de MM. Leredde et Perrin est fort intéressante, car ils ont trouvé un nouveau signe qui devra désormais entrer en ligne de compte dans la discussion des faits qui précèdent.

L'on sait que Ehrlich a décrit, entre autres variétés de leucocytes, une forme caractérisée par un noyau multilobé contenant dans le protoplasme des granulations fixant les couleurs d'aniline acide, telle l'éosine, d'où le nom de cellules éosinophiles. Ces éosinophiles se rencontrent dans le sang et dans la peau normalement mais en très petit nombre. Dans l'herpes gestationis les auteurs en ont trouvé un très grand nombre dans le sang et dans le liquide des bulles. Or ils ont retrouvé ces mêmes caractères dans la dermatite de Duhring, ce qui appuie la théorie clinique qui fait de l'herpes gestationis une simple variété de la dermatite Duhring. D'autre part ces auteurs n'ont point retrouvé ces caractères ni dans les autres dermatites bulleuses, ni

les cas cliniquement maintenus dans le groupe pemphigus, ce qui appuie la séparation du pemphigus et de la dermatite de Duhring.

Les auteurs cherchant à approfondir la nature même des lésions et s'appuyant sur les faits reconnus d'hypotoxicité urinaire, par contraste avec l'hypertoxicité du liquide des vésicules (alors que l'urine normale est toxique), d'hypoazoturie et de lésions rénales constatées dans deux autopsies, se demandent si la substance éosinophile ne serait point en rapport avec une substance de nature toxique; normalement, cette substance sécrétée en petite quantité s'éliminerait par les reins. Dans la dermatite de Duhring, cette substance serait sécrétée en plus grande abondance, et, ne trouvant pas issue suffisante par les reins (dans l'herpes gestationis il y a fréquemment de l'albumine dans les urines), produisant une toxicodermie, prurit, bulles, etc., en agissant directement sur la peau ou par l'intermédiaire du système nerveux.

Myxœdème.

M. Balzer a obtenu d'excellents effets dans le **myxœdème** de l'administration de glande thyroïdienne.

Il s'agissait d'un homme très faible et de petite taille. Aussi M. Balzer dut-il agir avec prudence. Le malade prit régulièrement, chaque semaine, deux lobes de corps thyroïdes frais qu'il mangeait à son principal repas avec un peu de sel.

Le traitement commence le 16 janvier (poids 42 kilo. 300) et cesse le 8 mai (poids 38 kilo.). A ce moment le malade ne prend plus qu'un lobe par semaine, soit le quart de ce qu'il prenait avant le 10 avril; il pèse 39 kilo. 500.

Etude clinique et anatomique de la verrue vulgaire.

M. W. Dubreuilh. — Les verrues de la plante du pied qui ne sont pas mentionnées par les auteurs classiques sont cependant assez fréquentes et particulièrement douloureuses. Elles sont quelquefois multiples et peuvent occuper toutes les parties de la face plantaire du pied ou des orteils, mais en général elles sont uniques ou peu nombreuses et occupent de préférence les régions soumises à des pressions répétées telles que la tête du 1er, du 3e ou du 5e métatarsiens ou la face inférieure du talon.

La verrue plantaire ne fait aucune saillie; elle se présente, à première vue, comme un large durillon percé quelquefois, en son centre, d'une perforation au fond de laquelle se trouve une partie plus molle. Quand on abrase le durillon avec un couteau, on trouve la périphérie formée d'un tissu corné compact, dur, ambré, analogue à celui qui constitue les cors; mais la partie centrale présente un tissu blanchâtre, laiteux, mou et tenace, se laissant mal couper et résistant comme du caoutchouc ou de l'étoupe mouillée. Tandis que l'anneau corné périphérique offre une structure stratifiée, la partie centrale paraît formée de colonnettes verticales agglutinées. On y distingue souvent de petits points noirs hémorrhagiques, et, si l'on poursuit l'abrasion, on voit sourdre du sang par une foule de petits orifices capillaires. La verrue diffère donc complètement du cor, et même du cor mou interdigital dont la partie centrale, au moins aussi dure que la périphérie, s'enfonce profondément en forme de clou. La verrue plantaire est extrêmement douloureuse à la pression plus encore que le cor et la douleur n'est nullement diminuée par l'abrasion.

Quand on cherche à faire pénétrer une curette dans une verrue plantaire, on éprouve d'abord une assez grande difficulté à cause de la résistance molle et élastique du tissu qui en occupe le centre; mais une fois qu'on y a fait une brèche, on vide facilement une cavité arrondie, plus large au fond qu'à l'orifice et qui s'enfonce à 1 ou 2 centimètres, dans la plante du pied. Le tissu extrait par la curette se présente sous forme de cylindres mous, blanchâtres, tenaces, agglutinés parallèlement en faisceaux et dirigés du fond de de la cavité vers son orifice. La cavité ainsi évacuée par le curettage saigne abondamment d'abord, mais l'hémostase se fait sans difficulté.

La verrue plantaire diffère donc surtout de la verrue des mains en ce que la tumeur, ne pouvant faire saillie à cause des pressions, se creuse une loge dans le derme; il se fait à son pourtour une zone d'hyperkératose cornée qui complète l'inclusion de la verrue et qui peut arriver à la recouvrir.

Le traitement consiste soit dans le curettage, qui est le moyen le plus rapide et le plus radical, soit dans des cautérisations répétées par l'acide azotique. La guérison est en somme plus difficile à obtenir que celle des cors, mais une fois qu'on l'a obtenue, elle est définitive.

L'examen microscopique d'un certain nombre de verrues, tant du pied que de la main, m'a montré des lésions très particulières que je n'ai vues nulle part bien décrites.

La couche cornée de l'épiderme qui constitue la plus grande partie de la verrue, n'est plus formée comme d'habitude de cellules lamelleuses aplaties, dépourvues de noyau ou avec un noyau à peine visible; elle présente ici un aspect spongieux et sur la coupe on voit un réseau fin, constitué par les membranes cellulaires, circonscrivant des mailles claires dans lesquelles se trouvent des noyaux cellulaires très volumineux, ronds, bien limités et fortement colorés. Cette altération vasculaire des cellules avec hypertrophie et persistance du noyau débute à un niveau variable de l'épiderme, mais, dans les cas bien accusés, qui sont les plus nombreux, elle commence dans les parties les plus inférieures de la couche épineuse où elle atteint souvent la majorité des cellules. Mais à ce niveau, elle est masquée par la présence d'une grande quantité de kératohyaline en gros blocs irréguliers qui prennent énergiquement la plupart des matières colorantes et rend très difficile l'interprétation des lésions.

Teignes tondantes.

M. Sabouraud signale un fait intéressant en ce qu'il éclaire d'un jour nouveau les polémiques qui s'étaient engagées en Italie au sujet de la pluralité des teignes tondantes.

Etant en rapport constant avec le professeur Nubelli, M. Sabouraud crut remarquer qu'il y avait un malentendu au sujet de ses travaux, et il envoya au professeur italien, l'empreinte d'une plaque de teigne à petites spores, les poils malades étant restés incrustés dans la pellicule de collodion qui avait servi d'empreinte. M. Nubelli après avoir pris connaissance de ces cheveux malades, déclara qu'il n'avait rien vu de la sorte en Italie et, que ce qu'on lui montrait lui paraissait en effet bien différent d'une tristophytose.

Le microsporon Audhouini, parasite de la teigne à petites spores, n'existe donc que rarement en Italie. Il y aurait grand intérêt à dresser la carte géographique de la distribution des teignes.

Cette inégalité d'habitat de la part des tondantes est un argument de plus en faveur de leur dualité.

Cas anormal de lupus érythémateux probable.

MM. Hallopeau et **Le Damany.** — Il s'agit d'une jeune femme qui est atteinte depuis plusieurs mois d'une dermatose caractérisée par le développement symétrique sur le visage et les membres de papules surmontées d'une vésicule ou d'une pustule qui après s'être ouvertes laissent une cicatrice taillée à l'emporte-pièce et entourée d'une zone pigmentée; elle coïncide avec des phénomènes d'asphyxie locales des extrémités; il y a en plus de volumineuses adénopathies cervicales. Les caractères cliniques d'une partie des éléments sont ceux de la folliculite de Barthélemy; les résultats de l'examen histologique pratiqué par M. Darier sont plutôt en faveur d'un lupus érythémateux sans pouvoir être considérés comme pathognomoniques; il y a donc désaccord apparent entre la clinique et l'anatomie pathologique: s'il s'agit, comme les auteurs tendent à le croire, d'une folliculite, ce fait démontre que cette dermatose a été localisée à tort dans les glandes sudoripares, car elles sont intactes dans les fragments examinés.

Lichen scrofulosorum.

M. Feulard. — Les cas de lichen scrofulosorum sont encore assez peu communs en France pour qu'il y ait intérêt à présenter un exemple typique de cette dermatose. Le sujet est âgé de dix ans et présente, depuis l'âge de cinq ans, des

adénopathies multiples du cou et de la région sous-maxillaire ; de nombreuses cicatrices attestent que plusieurs de ces ganglions ont suppuré et actuellement deux de ces ganglions sont ramollis. L'éruption s'est développée depuis un mois ; ce sont les démangeaisons, légères toutefois, qui ont attiré l'attention. Elle a débuté sous forme d'un placard, de forme ovale, formant un médaillon allongé et situé un peu au-dessous de l'aisselle droite ; ensuite apparurent d'autres placards sur le flanc droit, puis sur le flanc gauche de l'abdomen. Actuellement, les membres supérieurs présentent quelques papules de lichen disséminées, les membres inférieurs sont indemnes ; dans le dos, se voient des traînées éruptives ; mais l'éruption est peu abondante. C'est, comme cela est d'ailleurs classique, sur les parties latérales du tronc que se voit le maximum de l'éruption. Elle est disséminée par placards figurant, la plupart, des cercles ou des ovales allongés, laissant entre eux d'assez grands espaces de peau saine. Les papules sont groupées à la périphérie, le centre de l'ovale présentant une peau à peu près indemne. Les papules sont d'un rouge passé, sèches, desquament légèrement pour la plupart ; un très petit nombre sont surmontées d'une petite pustulette. Il n'y a pas de démangeaisons, pour ainsi dire, en tout cas, pas de traces de grattage.

J'ai vu les parents de l'enfant ; le père est emphysémateux ; la mère est bien portante mais dit avoir eu dans l'enfance des adénites cervicales ; une petite sœur âgée de six ans présente un chapelet ganglionnaire sous-mentonnier et sous-maxillaire très marqué. En résumé pas de tuberculose vraie : seulement ce qu'on appelait de la scrofule.

A cet égard ce petit sujet offre un exemple remarquablement typique de la dermatose si bien différenciée par Habra et Kaposi.

M. Hallopeau rappelle avoir montré un malade analogue, mais chez lequel le centre des placards était ulcéré. L'ulcération avait en tous points l'aspect de la tuberculose ulcérée et l'histologie avait montré des cellules géantes. Ce fait vient à l'appui des travaux de Jacobi et de Sacks qui ont démontré que le lichen scrofulosorum était de nature tuberculeuse. Cette maladie doit donc être définitivement rangée dans le groupe des tuberculoses cutanées.

Pyodermite impétigineuse.

M. H. Feulard communique l'histoire d'une pyodermite impétigineuse de la face avec stomatite. Il s'agit d'un garçon de trois ans atteint depuis trois semaines d'impétigo de la face, localisé surtout au pourtour de la bouche et qui fut pris de phénomènes graves avec fièvre, mauvais état général, albuminurie assez abondante, selles fétides, en même temps qu'apparaissaient sur la muqueuse de la bouche et des lèvres des exubérations avec exsudats blanchâtres diphthéroïdes. Les ganglions du cou furent gonflés et il y eut du côté droit un véritable adénophlegmon qu'il fallut inciser. L'enfant avait été contagionné par sa bonne qui avait eu un coryza avec écoulement purulent et des excoriations des narines et de la sous-cloison. La stomatite impétigineuse est déjà assez rare, étant donnée la grande fréquence de l'impétigo ; mais il est exceptionnel qu'elle revête un caractère semblable de gravité et entraîne une véritable infection générale de l'économie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 juin 1895.

Présidence de M. Empis.

Anesthésie de la vaginale dans le traitement de l'hydrocèle par l'injection irritante.

M. Nicaise. — Le traitement de l'hydrocèle par l'injection irritante, iodée par exemple, constitue une opération simple mais parfois extrêmement douloureuse. Pour éviter cette douleur, on s'est adressé à la cocaïne, dont l'emploi n'est pas sans danger et réclame des précautions spéciales. Depuis 1889, je préfère agir comme il suit : les précautions antiseptiques usuelles étant prises, l'hydrocèle est ponctionné avec le trocart ordinaire ; je laisse sortir une partie du liquide épanché, le tiers environ, puis j'injecte à travers la canule du trocart avec une seringue d'une contenance de 4 c. c., 3 à 4 cent. cubes d'une solution aqueuse de cocaïne à 1 0/0. La bourse est ensuite malaxée légèrement et après une attente de 4 à 5 minutes tout le reste de la sérosité est évacué. On procède ensuite à l'injection de teinture d'iode soit pure, soit mélangée avec un tiers d'eau selon l'ancienneté de l'hydrocèle et l'âge du sujet. Les bourses sont encore malaxées légèrement, puis au bout de 4 à 5 minutes on fait sortir la teinture d'iode.

L'opération ainsi faite ne s'accompagne pas de douleurs ; elle permet d'utiliser pour excipient de l'injection un liquide naturel, antiseptique, la sérosité de l'hydrocèle ; en outre, la quantité de cocaïne absorbée par le surface de la séreuse est moindre avec une solution dans la sérosité que si on employait une solution aqueuse au même titre d'après les condition générales de l'absorption à la surface des muqueuses.

Autophakoscopie.

M. Darier. — Afin de voir facilement dans son œil son propre cristallin et juger de la transparence et de la pureté des milieux oculaires, je propose de regarder à travers des verres myopiques très forts la flamme d'une bougie placée dans le fond de la pièce rendue obcure. Les rayons qui émanent de cette source lumineuse sont rendus si divergents par les forts verres myopiques (40 dioptries) qu'après avoir traversé le cristallin, les rayons, encore parallèles, vont imprimer sur la rétine une ombre portée du même cristallin qui est vu ainsi par transparence. La moindre opacité est perçue par la rétine comme une tache noire, une strie, une étoile, etc.

Intoxications alimentaires.

M. Nocard, rappelant les accidents signalés mardi dernier par M. Vallin à la suite de l'ingestion de la viande de veaux trop jeunes, insiste sur les lacunes de l'inspection sanitaire vétérinaire en France. Il s'agit bien moins d'ajouter de nouvelles maladies à celles que la loi de 1881 et les arrêtés ultérieurs ont nommément désignées, que d'assurer l'exécution des mesures administratives et la surveillance que les municipalités ont le pouvoir d'organiser aux termes de l'article 97 de la loi municipale du 5 avril 1884.

A la suite de l'intervention de MM. **Trasbot, Brouardel, Leblanc** et **Vallin**, l'Académie vote à l'unanimité le vœu suivant proposé par M. Nocard :

Toute viande destinée à l'alimentation publique ne peut être mise en vente et colportée que pourvue d'une estampille prouvant qu'elle a été reconnue saine par un inspecteur compétent ; l'inspection doit être faite partout, dans les villages comme dans les villes ; on peut l'organiser aisément et à peu de frais, sur des bases analogues à celles qui sont adoptées en Belgique.

Phosphorisme.

M. Noé lit un travail dans lequel il s'efforce de démontrer que l'intoxication est surtout due à l'absorption de l'hydrogène phosphoré qui se produit au contact des muqueuses. Le phosphorisme serait dû par suite aux troubles généraux de l'hématose et de la nutrition générale.

M. Kirmisson présente un malade âgé de 15 ans, qu'il a traité avec succès par l'opération d'Ogston pour un pied plat valgus douloureux. Il considère cette opération comme le procédé de choix, préférable à la méthode préconisée par Tredelenburg.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 31 mai 1895.

Présidence de M. Pilliet.

Sur le pigment ocre.

M. Brault a cherché la réaction ferrugineuse du pigment ocre (couleur noirâtre par le sulfhydrate d'ammoniaque, couleur bleu par le ferrocyanure de potassium) dans des cas en apparence très dissemblables.

Dans la cirrhose hypertrophique pigmentaire diabétique, cette réaction ne manque pas, comme l'ont montré MM. Auscher et Lapique, M. Potier. Dans un cas de cirrhose hypertrophique pigmentaire sans diabète (obs. de Richardière et Toupet), M. Brault a retrouvé la réaction sur les coupes du foie. Il l'a de même observée sur les coupes du rein provenant du cas d'hémoglobinurie paroxystique de MM. Dieulafoy et Widal; il a pu enfin déceler la présence de pigment ocre avec les réactions caractéristiques dans un angiome musculaire où il y avait du pigment déposé autour des vaisseaux, dans le foie d'un tuberculeux et dans un sarcome pie-mérien.

M. Brault revient ensuite sur les caractères qui distinguent le pigment ocre, des autres pigments, du pigment mélanique et du pigment de la maladie d'Addison qui n'ont pas la réaction du fer; du pigment contenu dans les sarcomes mélaniques enfin. Ce dernier pigment est soluble dans la potasse et si l'on met un fragment de sarcome mélanique dans un tube contenant cette substance le pigment est entièrement dissous et le tube prend une couleur de vin de Porto. Le pigment ocre ne se dissout pas.

M. Brault insiste enfin sur ce fait, que la production de pigment ocre, est une chose très générale, qu'elle semble liée à la destruction des globules rouges sanguins et peut par suite apparaître dans un grand nombre de dyscrasies.

M. Pilliet rappelle à ce sujet qu'à la suite d'injection de substances minérales toxiques dans le sang des animaux, il a obtenu de même une destruction globulaire intense et la formation de pigment.

M. F. Bezançon a observé de même cette destruction globulaire avec formation de pigment ocre dans la rate, dans les maladies infectieuses, mais surtout dans les infections expérimentales à streptocoques, à évolution lente où les capillaires veineux de la rate sont remplis de grands leucocytes mononucléaires, littéralement bourrés de pigment.

Fracture du rachis.

M. Mermet rapporte un cas de fracture de la colonne vertébrale, avec fracture de côtes et contusion rénale survenue chez un vieillard de 63 ans, à la suite d'une chute sur les pieds du 4e étage.

Fernand Bezançon.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 22 mai 1895.

L'angine de poitrine chez les diabétiques et les goutteux. Ses traitements.

M. Huchard. — Contrairement à l'habitude, je commencerai ma communication par ses conclusions :

1° *Les angines de poitrine diabétique et goutteuse n'existent pas.*

2° *Des médications anti-diabétique et anti-goutteuse de ces angines n'existent pas.*

Pour bien faire comprendre ma pensée, voici deux faits qui viennent encore à l'appui de ma première communication sur ce sujet à la Société de thérapeutique (*Bulletin médical*, 1888, p. 1093).

Un homme de cinquante et un ans, atteint de diabète depuis sept ans, issu d'une famille goutteuse, vient me consulter il y a quelques mois pour des crises angineuses un peu frustes, qui avaient été regardées comme étant d'origine glycosurique. Sous l'influence d'un traitement anti-diabétique assez sévère, le sucre tend à disparaître, et les accès sténocardiques prennent une intensité plus grande. Ils présentent les caractères de l'angine vraie ou coronarienne, puisqu'ils surviennent toujours sous l'influence de la marche ou d'un effort et qu'ils sont liés à une altération de l'aorte, reconnaissable aux signes suivants : retentissement clangoreux de l'aorte, augmentation de la matité aortique, élévation des sous-clavières, battement artériel du cou, pouls radial fort, vibrant et dur.

Bientôt les accès devinrent subintrants, et le malade mourut subitement.

L'augmentation des accès angineux pendant la diminution de la glycosurie, la lésion aortique surajoutée démontrent que l'angor pectoris n'était ni de nature ni d'origine diabétique.

Il y a quelques années je voyais une diabétique très nerveuse et atteinte de troubles gastriques très accusés. Ceux-ci, avec l'état nerveux, tenaient sous leur dépendance des manifestations pseudo-angineuses qui disparurent complètement dès que la thérapeutique eut été sérieusement dirigée vers l'estomac.

Je pourrais multiplier les exemples, mais les deux faits, que je viens de résumer, prouvent déjà que l'angine dite diabétique est plus que contestable. Quelquefois les symptômes aortiques peuvent faire défaut, mais alors les caractères cliniques de l'angine coronarienne ou angine vraie, provoquée toujours au début par un effort quelconque, permettent d établir le diagnostic.

On a voulu aussi décrire une angine de poitrine brightique, ce qui est encore une interprétation inexacte. D'abord les manifestations angineuses ne se montrent que dans la néphrite conjonctive et surtout dans la néphrite artérielle; ensuite elles peuvent être liées à une aortite latente, comme le fait suivant le prouve : une femme de cinquante ans, atteinte de néphrite interstitielle, était dans mon service depuis un an; elle succombe subitement à son premier accès angineux. L'autopsie a fait reconnaître, en plus des lésions rénales, une aortite très limitée existant sous forme d'une plaque unique, large comme un pain à cacheter, entourant et rétrécissant l'artère coronaire droite. Ici l'aortite était impossible à diagnostiquer et cependant elle a causé la mort subite. On a attribué cette terminaison à la lésion rénale elle-même. C'est là encore une erreur; on ne meurt pas subitement par le rein; on meurt subitement par l'aorte.

Au commencement de ce siècle, Butter, pensant que toujours l'angine de poitrine était une manifestation goutteuse, l'avait désignée sous le nom de *diaphragmatic gout*. Or, ce n'est pas la goutte elle-même — pas plus que tout à l'heure le diabète — qui produit directement l'angine de poitrine; c'est, encore une fois, la lésion aortique souvent concomitante. N'oublions pas, en effet, que la goutte est aux artères ce que le rhumatisme est au cœur.

Mais, comme on l'a dit encore, « la goutte est à l'estomac ce que le rhumatisme est au cœur » et c'est ainsi que les goutteux, souvent dyspeptiques, peuvent avoir des accidents pseudo-angineux d'origine gastrique.

Les goutteux sont aussi souvent des nerveux, et, à ce titre, la pseudo-angine peut être d'origine névralgique et nullement coronarienne.

Dernièrement, M. Miron (Roumanie) nous a parlé d'angine de poitrine palustre. Je crois ces faits extrêmement rares ; l'aortite et les artérites palustres sont exceptionnelles.

En somme, on commettrait une erreur en admettant une angine de poitrine diabétique, tabétique, brightique, goutteuse ou paludique. Entre ces maladies — diabète, tabes, néphrite, goutte, paludisme — et l'angor pectoris vrai, il y a toujours un intermédiaire obligé : la lésion de l'aorte ou celle des coronaires.

Ces considérations me paraissent avoir une grande importance au point de vue pratique, car la médication anti-diabétique, anti-tabétique, anti-goutteuse, anti-brightique, antipalustre de l'angine de poitrine n'existe pas. Quand celle-ci se montre dans ces maladies diverses, le plus souvent elle est sous la dépendance d'une lésion artérielle concomitante, à moins qu'il s'agisse d'accidents pseudo-angineux d'origine stomacale ou nerveuse. Quand on a affaire à une angine coronarienne, la médication doit s'adresser à la lésion aortique ou artérielle (iodure, trinitrine, nitrite d'amyle). Quand il s'agit de pseudo-angine d'origine gastrique la thérapeutique doit viser seulement les troubles digestifs. Enfin, quand la pseudo-angine dépend de la névralgie ou d'une névrite du

plexus cardiaque, la médication est tout autre : pointes de feu, pulvérisations légères de chlorure de méthyle à l'extérieur, opium par la voie gastrique, ou injections hypodermiques de morphine.

M. Mathieu. — J'ai eu à soigner un individu atteint de dyspnée intense, avec violents maux de tête apparaissant par crises ; pas d'albumine dans les urines ; accès d'angine de poitrine se produisant régulièrement tous les jours ou tous les deux jours. Je songeai à l'intoxication par insuffisance rénale. Sous l'influence du régime lacté et de la scammonée tous les accidents disparurent.

Le même traitement fut suivi du même succès chez un autre malade, qui présentait des crises presque quotidiennes d'angine de poitrine, avec malaise général très accentué et lourdeurs d'estomac ; il y avait un léger nuage d'albumine.

On admet une fausse angine de poitrine d'origine gastrique et réflexe. M. Huchard ne croit-il pas qu'elle est en réalité d'origine ptomaïnique, à la faveur d'un actério-sclérose rénale préexistante. Chez mes malades, le traitement a pu servir de pierre de touche, car le lait n'a pu agir qu'en rétablissant la perméabilité du rein et non en modifiant le processus digestif en lui-même.

M. Huchard. — J'approuve pleinement l'idée de M. Mathieu. C'est l'artério-sclérose rénale, bien plus que la néphrite parenchymateuse, qui produit l'urémie et les troubles corrélatifs des auto-intoxications. Or, quand il y a artério-sclérose du rein, l'aortite n'est pas loin.

Quant à la fausse angine de poitrine d'origine gastrique je la crois d'origine toxique bien plutôt que réflexe.

Injections hypodermiques de morphine avant le repas contre certains vomissements du cancer stomacal.

M. Huchard. — En dehors des hématémèses, il y a dans le cancer gastrique plusieurs sortes de vomissements : 1° vomissements mécaniques (cancer du pylore, du cardia, de la grande courbure) ; 2° v. par insuffisance digestive (anachlorhydrie) ; 3° v. par parésie musculaire ; 4° v. par spasme stomacal et hyperesthésie de la muqueuse.

J'ai soigné un malade atteint de rétrécissement cancéreux du pylore, qui présentait des vomissements incoercibles contre lesquels avaient échoué la glace, l'eau de Seltz, la potion de Rivière, les boissons chaudes, le vésicatoire au creux de l'estomac, l'acide chlorhydrique, l'opium et la morphine à l'intérieur. Dans ce cas j'ai réussi à arrêter les accidents au moyen d'une injection sous-cutanée de quatre à cinq milligr. de morphine avant chaque repas.

C'est un petit moyen facile à employer, et qui rend des services signalés chez les phthisiques.

M. Bardet. — Il y a, je crois, une cinquième cause de vomissement : les fermentations lactique ou butyrique. Dans les cas de ce genre c'est la méthode antiseptique qui donne les meilleurs résultats. C'est ainsi que j'ai employé le fluorure d'ammonium, qui a la propriété, même à doses très faibles, de suspendre la fermentation lactique. Je prescris une solution de 1/500, prise par cuillerée à soupe après le repas.

M. Mathieu. — Il ne faut pas oublier que le vomissement n'est pas un phénomène gastrique mais un phénomène bulbaire ; il y a un centre de vomissement comme il y a un centre respiratoire. Dès lors l'effet de l'injection hypodermique, effet d'ordre central, s'explique très aisément.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 25 mai 1895 (Fin).

PRÉSIDENCE DE M. CHAUVEAU.

Nouvelles fibres de la région protubérantielle.

M. Luys présente des pièces anatomiques et des photographies qui mettent en évidence une série de fibres nerveuses à direction antéro-postérieure, stratifiées à partir de la région des corps olivaires où elles ont le plus court trajet, jusqu'au niveau de la région de la protubérance où elles ont le plus long parcours.

Sur des pièces durcies à l'acide chromique, elles se laissent voir aisément quand on emploie le procédé du clivage ; on peut alors les disséquer facilement dans toute leur continuité et sur les coupes horizontales des mêmes régions on peut parfaitement constater leur existence.

D'où viennent ces fibres ? Où vont-elles ?

Je n'ai sur ces points, dit l'orateur, aucune donnée précise et, jusqu'à présent, je n'ai pu pénétrer le secret de leur origine ni de leur terminaison.

Néanmoins, s'il m'était permis d'aventurer une hypothèse, je serais tenté de considérer ces fibres nerveuses comme ayant une origine cérébelleuse et comme constituant un mode spécial de distribution ultime intra-bulbaire et protubérantiel d'une portion terminale du pédoncule cérébelleux inférieur et moyen.

Séance du 1er juin.

La cirrhose hypertrophique avec ictère chez les enfants.

MM. A. Gilbert et **L. Fournier.** — Nous avons eu l'occasion d'observer chez 7 enfants dont 4 garçons et 3 filles, le développement de la cirrhose hypertrophique avec ictère. Le début de l'affection s'était manifesté chez l'un d'eux dès l'âge de 5 ans, chez un autre dès l'âge de 9 ans, chez un troisième à 17 ans, chez les 4 derniers à 11 ou 12 ans.

Ces malades nous ont présenté quelques particularités symptomatiques dont nous n'avons pas trouvé la mention dans les auteurs. Nous en signalerons 3 principales :

1° La rate chez les enfants affectés de cirrhose hypertrophique avec ictère atteint communément un volume considérable. Son diamètre vertical peut aller jusqu'à 26 et même 30 centimètres. L'hypermégalie est alors véritablement énorme étant donnée d'autre part la taille des sujets. Dans certains cas le développement du foie demeure très notablement au-dessous de celui de la rate, si bien que l'on pourrait aisément prendre le change et croire à une splénopathie primitive. Il est donc important de savoir que la *maladie de Hanot* peut revêtir une *forme splenomégalique.*

2° Chez les enfants atteints de cirrhose hypertrophique avec ictère, il est fréquent de voir la dernière phalange des doigts et des orteils s'hypertrophier notablement ; l'ongle, en même temps, se déforme, s'incurve, s'altère. On peut voir, en outre, les extrémités du tibia, du péroné, du fémur, augmenter sensiblement de volume, une petite quantité de liquide s'épancher dans les synoviales des genoux, et des douleurs naître dans diverses articulations, même dans certaines qui paraissent inaltérées !

Nous avions tout d'abord songé, pour expliquer le développement de ces troubles ostéo-arthropathiques, à invoquer le refoulement du diaphragme par les organes abdominaux hypertrophiés et le rétrécissement du champ respiratoire qui en résulte ; mais les ayant observés dans un cas où le foie et la rate n'étaient que faiblement augmentés de volume, nous ne saurions, sans réserves, leur assigner un mécanisme pneumique.

3° La cirrhose hypertrophique avec ictère entrave la croissance des enfants dont la taille demeure ainsi au-dessous de la moyenne et le poids inférieur au poids normal. Leurs membres restent grêles, peu musclés ; leur aspect est chétif ; ils semblent plus jeunes que les enfants de leur âge. Lorsqu'ils parviennent à l'époque de la puberté, celle-ci se fait attendre ou avorte complètement. Bref, la maladie impose à ceux qu'elle frappe un arrêt de développement plus ou moins prononcé.

Telles sont les particularités cliniques dont nous avons relevé l'existence chez nos malades. Lorsqu'elles coexistent chez le même enfant, elles imposent à la cirrhose de Hanot, dont les grands traits subsistent, un caractère véritablement un peu spécial. Ces mêmes particularités, sans doute, hormis bien entendu celles qui sont relatives à la croissance, peuvent se rencontrer chez l'adulte, mais elles y sont à coup sûr plus rares et moins accentuées.

Toxicité de la pulpe de cancer.

M. Richet a fait une série d'expériences sur la toxicité des tumeurs cancéreuses réduites en pulpe et injectées dans les veines des animaux. Ces expériences lui ont montré que, tandis que les sarcomes et les carcinomes n'étaient pas toxiques,

es épithéliomes ulcérés des muqueuses agissaient comme des poisons violents en amenant en quelques minutes la mort des animaux au milieu des convulsions avec accélération des battements du cœur et arrêt de la respiration.

La chaleur de l'autoclave ne paraissait exercer aucune influence sur la toxicité des épithéliomes.

Un cas d'uretère double à gauche observé chez un fœtus de 3 mois.

M. Soulié, qui a eu l'occasion d'examiner un cas d'uretère double à gauche chez un fœtus de 3 mois, arrive à conclure de ses recherches que les deux uretères se sont développés aux dépens d'un même canal de Wolff, à une faible distance l'un de l'autre, et qu'une fois la disjonction du canal de Wolff et des uretères opérée, une nouvelle cloison est intervenue pour séparer l'un de l'autre les deux uretères.

M. Oechmer de Konninck a trouvé que l'urine des enfants rachitiques contenait de la magnésie en proportion qui varie de 9 milligrammes à 15 milligrammes par litre.

M. Pachon montre les pièces provenant d'un chat auquel il a fait l'extirpation totale de l'estomac et suturé le duodénum à l'œsophage. L'animal a vécu six mois après avoir présenté une inappétence absolue, si bien qu'on était obligé de le gaver.

M. Charpentier lit une note sur les variations de l'excitabilité nerveuse sous l'influence de l'excitation bipolaire.

M. d'Arsonval fait une communication sur l'influence de la force centrifuge sur les phénomènes chimiques.

R. Romme.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 *mai* 1895.

De l'éthérisation.

M. Poncet. — La bénignité de l'éthérisation est actuellement indiscutable et l'éther donne une mortalité bien inférieure à celle du chloroforme.

L'éther peut donner des accidents, mais ceux-ci ne surviennent pas subitement comme ceux qu'on observe avec le chloroforme; ils sont ordinairement précédés de troubles respiratoires qui attirent l'attention et sont, par conséquent, plus faciles à combattre.

J'ai observé cependant des accidents graves et j'ai dû pratiquer la trachéotomie dans quatre cas dont deux permettaient certainement d'incriminer l'ether. Antérieurement, en 1880, j'avais eu un cas de mort, qui a été publié, chez un enfant atteint d'une ostéo-arthrite du tarse et qui fut pris d'accidents asphyxiques auxquels nous ne pûmes remédier n'ayant pas songé à ce moment à faire la trachéotomie dans les cas de ce genre.

Les principales contre-indications qu'on peut rencontrer dans l'administration de l'éther sont, à mon avis, relatives à l'âge des malades et au moment de la journée dans lequel on opère.

Lorsque, par exemple, on se trouve dans la nécessité d'opérer la nuit dans un milieu mal aéré, de dimensions restreintes, je crois qu'il faut s'abstenir d'employer l'éther. Nous devons reconnaître, en effet, qu'il y a eu à Lyon, comme ailleurs, des accidents dus à l'embrasement de l'éther. J'en ai observé un pour ma part, en 1879, à l'occasion de cautérisations faites pour une ostéo-arthrite, et l'un de mes aides fut assez sérieusement brûlé.

Au point de vue de l'âge, je crois que l'éther irrite trop les voies aériennes chez les jeunes sujets, et, au-dessous de 15 ans, j'emploie plus volontiers le chloroforme. Chez les gens âgés, plus particulièrement exposés aux complications pulmonaires, j'opère souvent sans le secours de l'anesthésie générale, me bornant à anesthésier la peau à l'aide de la cocaïne.

On a beaucoup parlé d'anesthésie mixte, dans ces dernières années. L'éther, à mon avis, doit être donné seul et je rejette absolument l'injection d'atropo-morphine qui m'a donné des alarmes à plusieurs reprises.

Quant à la façon de donner l'éther, je crois que la méthode lente est la meilleure et qu'il faut en quelque sorte laisser le malade s'endormir lui-même.

L'appareil dont je me sers n'est autre que le bonnet de J. Roux modifié en ce qu'il se compose de deux enveloppes, dont la plus interne est mobile et peut être facilement changée ou nettoyée.

M. Lucas-Championnière. — Il est certain que dans les nécessités hospitalières, qui nous imposent souvent des aides mauvais, l'éther peut être moins dangereux que le chloroforme; mais il n'y a pas là, à mon avis, une raison suffisante pour abandonner le chloroforme et il suffit de chercher à avoir de bons aides.

L'éther donne autant de vomissements que le chloroforme, et il semble occasionner une excitation secondaire plus marquée, ainsi qu'une soif plus vive.

La forme brutale est celle que je préfère dans l'éthérisation et,employé de cette façon, l'éther présente tous les avantages du bromure d'éthyle sans avoir les inconvénients d'une odeur infecte; aussi je crois qu'on trouvera dans l'usage associé de l'éther et du chloroforme des ressources précieuses, en endormant les malades plus rapidement qu'avec le chloroforme seul et en ayant ainsi beaucoup moins de chloroforme à leur faire absorber.

M. Quénu. — J'ai fait donner l'éther pendant 3 ou 4 mois dans mon service, grâce à la collaboration de mon interne Carrel, ancien assistant de Roux (Lausanne) et j'ai souvent noté, comme M. Lucas-Championnière, une excitation secondaire très forte et des vomissements aussi fréquents qu'avec le chloroforme.

L'éther me paraît particulièrement indiqué chez les malades très affaiblis, lorsqu'il s'agit, par exemple, d'une intervention nécessaire chez des malades qui ont déjà subi une grave opération quelques jours auparavant.

J'ai renoncé aux injections d'atropo-morphine, mais non pas aux injections de morphine qui, faites vingt minutes avant l'anesthésie, facilitent singulièrement celle-ci lorsque l'on a affaire à des malades tellement énervés qu'on serait parfois tenté de renoncer à l'opération.

M. Pozzi présente une malade chez laquelle il a pratiqué récemment une amputation élevée sus-vaginale du col, combinée à la colpectomie et à la périnéorrhaphie dans un cas de prolapsus génital complet. Cette maladie avait dépassé la ménopause, il n'y avait donc pas à redouter l'atrésie consécutive à l'amputation de la portion sus-vaginale du col, qui, dans de semblables conditions, est une opération tout aussi efficace que l'hystérectomie vaginale, tout en étant moins grave.

M. Delorme montre un malade auquel il a fait une amputation intra-scapulo-thoracique pour un sarcome de l'extrémité supérieure de l'humérus qui avait envahi la plus grande partie des muscles de l'épaule.

M. Quénu présente, comme exemple de l'innocuité absolue de la ligature des grosses veines, une femme chez laquelle il a fait la ligature de la jugulaire interne.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 31 *mai* 1895.

Présidence de M. Hayem.

Le bain froid dans la pneumonie infantile a-t-il une action sur le cycle thermique?

M. Comby. — J'ai montré dans une précédente communication (voir la dernière séance) l'influence bienfaisante du bain froid dans la pneumonie infantile sur certains symptômes pénibles, sur le pouls, sur la température, mais je ne crois pas, contrairement à ce qu'a dit M. Sevestre, que les bains froids abrègent la durée de la maladie. C'est, du moins, ce qui ressort de l'examen des observat ons que je possède. Sur 31 cas de pneumonie j'en trouve 16 qui n'ont pas été soumis aux bains froids, 15 qui l'ont été. Sur ces 16 cas qui n'ont pas été baignés, soit que les malades soient arrivés trop tard, soit que la maladie ait été bénigne, j'en relève 9 avec une défer-

vescence précoce (avant le 7e jour), 7 avec une défervescence plus tardive.

Sur les 15 autres baignés, j'ai obtenu : 5 défervescences précoces, 9 défervescences tardives, 1 mort avec double pneumonie suppurée.

Le bain froid n'agit donc pas comme remède spécifique, mais c'est un traitement symptomatique précieux. Je ferai remarquer que les malades baignés étaient toujours plus sérieusement frappés que les autres.

M. Sevestre. — Ce n'est guère avec des statistiques brutes qu'on peut étudier la valeur d'une médication ; j'ai vu dans certains cas la défervescence se faire de bonne heure ; dans ces conditions, c'est un fait d'observation personnelle, sans qu'on puisse en conclure qu'il en est toujours ainsi.

Sur les pigments tinctoriaux de l'urine dans l'ictère.

M. Hayem, à l'appui des observations qu'il a présentées dans la dernière séance à l'occasion de la communication de M. Hanot (voir séance de 24 mai 1895), présente des solutions de pigments modifiés et d'urobiline. Ces pigments qui existent dans les urines ne donnent pas la réaction de Gmelin, peuvent être précipités en bloc ; repris par l'eau ils se présentent en solution concentrée, sous l'aspect d'un liquide brun rouge, analogue à celui de certaines urines dans les états ictériques, et ne donnant pas la réaction de Gmelin. Cette solution renferme également de l'urobiline. Si maintenant on fait une solution d'urobiline pure, on obtient un liquide ayant la coloration jaune de l'urine normale, dont elle diffère cependant par un reflet rosé quand on la regarde à la lumière irisante. L'examen de ces liquides au spectroscope montre leur véritable nature.

On rencontre des maladies ictériques dont les urines présentent cet aspect de solution d'urobiline, et ne donnant pas naturellement la réaction de Gmelin. On ne peut en conclure cependant à un ictère urobilinurique, parce que le sang de ses malades renferme ces pigments biliaires et donne la réaction de Gmelin.

Tuméfaction splénique dans un cas d'impaludisme méconnu.

M. Galliard. — Il s'agit d'un malade de 24 ans, que j'ai observé dans le service de M. Milland. Originaire de la Creuse, sans antécédents paludéens avérés, il présentait une rate ayant 25 centim. de haut, sur 27 de large. Le foie était normal, le malade amaigri, albuminurique. L'examen du sang fit rejeter l'hypothèse de leucémie. Trois ans auparavant il avait fait son service militaire à Magnac-Laval (Hte-Vienne), pays insalubre dont l'eau de boisson était signalée comme suspecte, et où il eut une dysenterie légère. Je le mis au régime de la quinine. Le lendemain de son entrée il eut un accès fébrile : 39°. Depuis lors il eut une apyrexie complète et prit chaque jour 0.50 de chlorhydrate de quinine. Au bout d'un mois de traitement la rate ne mesurait plus que 14 cent. de haut sur 17 en largeur.

Syphilide pigmentaire.

M. Renaut présente une malade atteinte de syphilide pigmentaire étendue qui présente les caractères suivants : les parties pigmentées sont séparées par des parties de peau saine, ou ont l'aspect de dentelle, elles ne sont pas limitées au cou mais s'étendent au tronc et surtout aux lombes ; enfin cette pigmentation a chez cette malade une valeur séméiologique considérable, car elle constitue à elle seule la marque de la diathèse, à part deux papules l'une sur la poitrine, l'autre sur le bras. Cette syphilide se distingue de la leucomélanodermie syphilitique (Haslund et Besnier) qui est toujours secondaire à une lésion antérieure, et dans laquelle la disposition histologique du pigment est toute différente.

M. Thibierge. — Je ferai remarquer la coïncidence fréquente de ces syphilides avec l'alopécie en clairière, l'influence du système nerveux pourrait, semble-t-il, être invoquée. Quant à la localisation de ces syphilides, elles ont une prédilection marquée pour les régions propectorales.

Emploi du salophène (salicylate d'acetiparaamidophénol) dans le rhumatisme articulaire aigu, subaigu ; dans la chorée.

M. Marie. — J'ai employé avec succès le salophène dans un certain nombre de cas où le salicylate de soude était inefficace ou mal toléré. Chez un rhumatisant aigu à sa 8e attaque compliquée d'insuffisance aortique et d'angine de poitrine le salicylate de soude ne pouvait être supporté, l'amélioration fut manifeste au bout de 2 à 3 jours avec le salophène. Il en fut de même dans deux cas de rhumatisme subaigu.

Dans une observation de *goutte* saturnine, où le salicylate de soude n'avait rien produit, l'action du salophène amena une réduction au bout de 2 à 3 jours. Enfin dans un cas de *chorée* de Sydenham très grave, datant de 8 jours, nécessitant l'emploi de moyens coercitifs ; j'obtiens une amélioration dès le surlendemain, et la guérison au bout de 8 jours. Je me hâte de dire que je ne tire aucune conclusion de ce cas unique. Dans le rhumatisme chronique le salophène n'a pas d'action.

J'ajoute qu'il n'a pas l'action du salol sur la muqueuse des voies urinaires.

La dose est de 4 grammes en moyenne prise par fractions de 0.50 à 0.75. Le salophène en effet n'agit pas par son radical paraamidophénol, mais par son acide salicylique ; la décomposition se fait en milieu alcalin, dans l'intestin, où un excès de substance ne serait pas totalement décomposée, et n'agirait pas. Dans tous les cas il n'irrite pas l'estomac, il est mieux toléré souvent que le salicylate de soude. Insoluble dans l'eau, sans saveur désagréable, il peut être pris en suspension dans un liquide ou en cachets.

M. Rendu cite un cas d'une malade rhumatisante qui s'est elle aussi bien trouvée de l'emploi du salophène.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Séances des 3, 10 *et* 17 *mai* 1895.

Alopécie pseudo-peladique.

M. W. Dubreuilh présente un enfant atteint d'alopécie limitée simulant la pelade. Elle est survenue à la suite d'une chute sur le cuir chevelu, qui a amené la formation d'un vaste abcès qui a été incisé. Grâce à cette intervention, la cicatrisation a été rapide, mais les cheveux n'ont pas repoussé. L'alopécie, dont l'histoire permet seule de comprendre la véritable nature, doit être attribuée au décollement du cuir chevelu, qui a mis ce dernier dans de moins bonnes conditions de nutrition.

Les influences trop superficielles ou trop profondes ne produisent pas d'alopécie, parce qu'elles ne troublent pas la nutrition du derme. D'autres fois, au contraire, celui-ci est atteint et les troubles cutanés se produisent.

Anesthésie locale de la vessie.

M. Pousson lit un travail sur l'anesthésie vésicale par les injections intravésicales d'antipyrine, au lieu et place de la cocaïne dont l'emploi a été abandonné en raison de son danger. (Bœckel, Albarran, etc.)

D'après MM. Pousson et Sigalas, il résulte :

1° Que la vessie dont l'épithélium est intact, n'absorbe pas tant que le liquide demeure au contact du corps de la vessie ;

2° Que l'absorption a lieu, même dans une vessie saine, lorsque le besoin d'uriner se faisant sentir, le liquide vient baigner la portion prostatique de l'urèthre ;

3° Que l'absorption se fait très rapidement lorsque l'épithélium vésical est altéré.

S'appuyant sur ces propriétés, M. Pousson a pratiqué dans diverses circonstances des injections intravésicales avec la solution d'antipyrine à 2/100. M. Vigneron emploie 4/100.

Le manuel opératoire est le suivant : On commence par injecter 40, 50, 60 grammes de la solution qu'on laisse pendant dix minutes. Après ce délai, on commence à pousser l'injection d'antipyrine jusqu'à ce que l'on ait introduit 150 à 200 grammes.

L'antipyrine agit comme analgésiant et comme antiseptique. M. Vigneron la croit égale à l'acide borique.

Lorsqu'on a pratiqué ces injections, on peut soit retirer la

solution par le cathétérisme, soit la laisser expulser spontanément par le malade dans une miction.

Péritonite blennorrhagique chez l'homme.

M. Villar communique, au nom de M. Challand de Belval, un travail sur un cas de péritonite blennorrhagique chez un homme. Ces faits sont très rares.

Ce malade, après avoir eu une blennorrhagie, succomba rapidement à une péritonite suraiguë. L'autopsie a démontré que les lésions péritonéales étaient très considérables. Malheureusement l'analyse bactériologique du pus n'a pas permis de déceler des gonocoques.

On ne peut donc pas être très affirmatif sur la nature blennorrhagique de cette péritonite.

Tuberculose cutanée.

M. Frèche présente deux malades atteints de tuberculose cutanée par contamination directe de la peau.

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme de quatre-vingt-un ans qui présente un large placard tuberculeux sur la face dorsale de la main gauche. Cette femme s'est infectée, il y a douze ans, en donnant ses soins à une petite fille tuberculeuse.

La seconde malade, infectée aussi en soignant une tuberculeuse, présente des lésions très avancées du poignet et de la face dorsale de la main.

Le meilleur traitement pour combattre la tuberculose cutanée est l'ignipuncture. Cinq ou six séances suffiront pour amener la guérison.

Myxœdème congénital.

M. Régis présente une jeune enfant de trois ans atteinte de myxœdème congénital d'intensité moyenne. Depuis deux mois, elle est soumise au traitement par les pastilles de suc thyroïdien. L'amélioration s'est déjà traduite par divers signes dont le plus curieux est l'apparition rapide de neuf dents. Cette enfant a vu disparaître la bouffissure de la face et sa nutrition générale s'est réveillée.

Le traitement consiste dans l'ingestion d'une demi-pastille de suc thyroïdien; car toutes les fois qu'on a voulu dépasser cette dose, on a observé des accidents fébriles et tachycardiques.

M. Régis dit que chez les adultes les modifications à attendre du traitement ne peuvent pas être aussi appréciables que chez les enfants, et ne sont nullement proportionnées aux doses de suc thyroïdien, parce que l'organisation de ces sujets est en quelque sorte immobilisée pour toujours.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 20 mai 1895.

Présidence de M. Coyne.

Le banquet annuel de la Société d'anatomie est fixé au 24 juin 1895.

Sur un cas de pleurésie purulente.

M. Verdelet présente un malade atteint de pleurésie purulente gauche chez lequel, après ponction et évacuation de trois litres et demi de liquide, le cœur déplacé n'est pas complètement revenu à sa place par suite de symphyse cardiaque; le poumon rétracté n'est pas après la ponction venu heurter la canule; le piston de l'appareil était dans l'aspiration fortement attiré; l'espace de Traube s'était complètement reformé, phénomène tenant à un vide intra-pleural prononcé. Le pus sera examiné ultérieurement.

Atrophie testiculaire d'origine rhumatismale.

M. Guérin présente un malade atteint d'atrophie testiculaire double consécutive à une orchite rhumatismale. Cette étiologie n'a été acceptée qu'après exclusion des causes habituelles des orchites. Ce cas rare est des plus intéressants.

Eruption pellagroïde du dos des mains.

M. Dubreuilh présente un jeune homme de 24 ans, camionneur, atteint d'une éruption du dos des mains ayant une grande analogie avec l'érythème pellagreux. C'est à la suite de coups de soleil répétés que l'affection s'est montrée. On ne peut incriminer pour l'origine de l'affection la misère physiologique, car le malade se nourrit très bien, ni le maïs car il n'en mange pas. Le malade, par contre, boit trois litres de vin par jour, avec accessoires et l'alcoolisme doit entrer en ligne de compte. En tout cas, la question des fausses pellagres est peu élucidée comme étiologie et lésions.

M. Coyne a eu l'occasion d'examiner deux malades atteints de fausses pellagres dans le service de Vulpian. Il a trouvé des altérations de la peau et de la désintégration graisseuse de la substance grise de la moelle.

Des félicitations sont adressées par la Société à Monsieur le docteur Boursier pour sa récente nomination à la chaire de clinique gynécologique.

Séance du 27 mai 1895.

Paraplégie hystérique.

M. Carrière présente une malade entrée dans le service de M. le professeur Pitres avec une impotence à peu près complète des membres inférieurs; la malade se tient difficilement en équilibre.

Après un traitement purement psychique, suggestif, dans lequel les pillules de bleu de méthylène ont joué un rôle important, la malade commença à marcher au bout de quatre jours; à l'heure actuelle elle est presque guérie.

Cette paraplégie avait coïncidé chez la malade avec une métrite parenchymateuse. On a décrit des paraplégies d'origine utérine ayant à peu près les symptômes présentés par cette malade. Il se peut fort bien que ces paraplégies soient souvent simplement fonctionnelles.

Examen du larynx chez un malade atteint d'atrophie testiculaire.

M. Brindel a examiné le larynx d'un malade âgé de 22 ans atteint d'atrophie testiculaire depuis l'âge de 16 ans. Cette atrophie testiculaire avait profondément touché le sujet, son aspect enfantin, son visage imberbe, son caractère même contrastent avec son âge.

Il se trouve que le larynx est normal, est en rapport avec son âge.

Il n'en est pas de même de sa voix, elle est rauque, inégale, discordante, c'est celle d'un jeune homme qui mue.

Vulvite des petites filles.

MM. Coyne et **Auché** ont fait l'examen bactériologique du pus dans deux cas de vulvite chez des petites filles.

La première avait des troubles digestifs, de la diarrhée d'une couleur noirâtre, d'une odeur infecte. La vulve est très enflammée, la région vulvaire et périvulvaire est irritée, rougeâtre, parsemée de vésicules.

Après un traitement simplement antiseptique la malade paraissait guérie, mais la vulvite recommence, et une plaque gangréneuse se produit sur la face dorsale du pied où se trouvait une petite plaie.

On fait des ensemencements du pus vulvaire et l'on voit apparaître des colonies de colibacilles, de streptocoques, de staphylocoques blancs.

L'examen de lamelles enduites de pus donne des microcoques isolés, des formes bacillaires ne prenant pas le grain, pas de gonocoques.

La deuxième fillette a eu une simple vulvite, la même méthode a permis de trouver des streptocoques pyogènes, des staphylocoques blancs, de nombreux microcoques, mais pas de gonocoques.

La guérison de ces deux petites filles est complète maintenant sous l'influence d'un simple traitement antiseptique.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 27 *mai* 1895.

Leucémie aiguë.

M. A. Frænkel a observé dans ces dernières années 9 cas de leucémie aiguë chez des individus dont l'âge a varié entre 13 et 34 ans. La durée de la maladie a été de 15 jours à 4 mois, et l'affection s'est terminée dans tous ces cas par la mort. La leucémie aiguë a débuté chez ces malades par de l'abattement, des pétéchies, des hémorrhagies des muqueuses. Plusieurs fois il existait des hémorrhagies de la rétine et de l'encéphale. Au bout d'un temps variable, il survenait une tuméfaction des organes hématopoiétiques de la rate et des ganglions lymphatiques.

L'examen hématoscopique fait dans tous ces cas montre des modifications du sang autres que dans la leucémie chronique. Les leucocytes mononucléaires étaient plus nombreux que les polynucléaires. Les cellules médullaires, les érythrocytes et les cellules éosinophiles étaient très peu nombreuses, les mitoses dans les hématies rares.

L'examen de l'urine montra dans tous ces cas une augmentation de la proportion d'acide urique.

Dans deux cas où au cours de la leucémie il survint une infection aiguë, l'examen du sang montra une destruction des leucocytes mononucléaires.

Néphrite parenchymateuse expérimentale.

M. Senator a présenté des pièces provenant des animaux chez lesquels les injections d'antidiphthérine ont provoqué une néphrite parenchymateuse pure.

Chez les animaux qui avaient succombé trente heures après l'injection, on trouvait déjà des lésions rénales sous forme de lésions épithéliales : les cellules épithéliales étaient desquamées et obstruaient par place les anses de Heule ; les noyaux de ces cellules présentaient des phénomènes de régression. A part une hyperhémie capillaire énorme, il n'existait dans ces cas aucune lésion du glomérule, aucune lésion interstitielle.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 22 *mai* 1985.

Le vertige.

M. Mendel. — Les anciens connaissaient seulement deux symptômes du vertige : l'obscurcissement de la vision et la sensation de voir les objets tourner. A ces deux symptômes on a ajouté plus tard un troisième : le trouble de l'équilibre. Toutefois jusqu'à présent la notion du vertige n'est pas vérifiée et la définition de cet état varie suivant la place que les auteurs assignent au vertige dans l'appareil périphérique ou dans les centres sous-corticaux ou dans les centres de l'idéation.

Il n'est donc pas inutile de s'entendre sur cette notion de vertige. La première difficulté que l'on éprouve sous ce rapport c'est que les malades renseignent très mal sur les sensations qu'ils éprouvent. Quand on interroge les malades qui savent observer, ils disent que le vertige a débuté chez eux par des phénomènes oculaires : la vue s'obscurcit, les objets semblent noyés dans un nuage, etc. Dans ces cas on peut en effet constater quelquefois un rétrécissement des pupilles.

Un second phénomène qu'accusent les malades c'est la crainte de tomber, un trouble d'équilibre souvent purement subjectif et se manifestant dans certains cas par la titubation qui, d'après M. Mendel, serait un mouvement de défense contre la chute imminente. Enfin dans certains cas le vertige est suivi d'un certain nombre de phénomènes secondaires : douleurs dans l'occiput, bourdonnements d'oreilles, vomissements, transpiration, modifications du pouls, etc.

Le vertige, d'après M. Mendel, pourrait donc se présenter sous quatre formes de gravité croissante : 1° l'obscurcissement de la vue ; 2° l'obscurcissement de la vue avec sensation subjective de trouble d'équilibre ; 3° le vertige avec trouble d'équibre se manifestant par la titubation ; 4° le vertige avec symptômes secondaires.

Au point de vue physiologique l'équilibre est une propriété acquise dans laquelle interviennent le sens tactile, les perceptions kinestériques et le sens musculaire des muscles des yeux ; le rôle des canaux semi-circulaires dans le phénomène de l'équilibre n'est pas encore élucidé.

Pour M. Mendel le vertige serait dû principalement à un trouble fonctionnel de l'appareil musculaire de l'œil et de leurs centres sous-corticaux. D'après les recherches faites au laboratoire de M. Mendel il existerait dans le vertige des troubles de circulation des noyaux d'origine des nerfs oculaires.

Cette théorie fait comprendre l'apparition du vertige après les hémorrhagies, dans les migraines, dans les intoxications par l'alcool et la nicotine qui sont des poisons vasculaires, dans l'artério-sclérose cérébrale, etc.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 24 *mai* 1895.

Alopécie généralisée.

M. Weinlechner présente un homme de 50 ans, atteint depuis 11 ans d'alopécie totale généralisée. Sur le cuir chevelu on ne trouve pas un seul cheveu, les poils des sourcils, de la barbe, de la moustache, du nez et du conduit auditif sont tombés, de même les cils. Les poils du pubis font également défaut.

L'affection s'est déclarée brusquement sans cause connue, d'abord du côté gauche du corps, ensuite du côté droit. Le malade a déjà présenté une fois, à l'âge de 11 ans, une alopécie généralisée qui a persisté pendant quelque temps.

Perforation de la voûte palatine chez un syphilitique héréditaire de trois semaines.

M. Genser a présenté un nourrisson de trois semaines présentant à côté des lésions classiques de la syphilis héréditaire une perforation de la voûte palatine. La perforation qui est survenue il y a huit jours, siège à 2 centimètres du bord gingival et à une forme triangulaire et laisse passer un liquide muco-purulent. Les bords de la perforation sont couverts d'un enduit lardacé, ce qui montre que le processus est de date récente.

Les perforations de la voûte palatine chez les syphilitiques héréditaires de cet âge sont extrêmement rares, et dans la littérature M. Genser n'a trouvé que deux observations appartenant l'une à Steffen, l'autre à Neumann.

Carcinome du cuir chevelu.

M. Kaposi présente un homme atteint d'un carcinome du cuir chevelu.

L'affection a débuté il y a 3 ans sous forme d'induration qui dans la suite s'étendirent pour occuper la plus grande partie de la moitié gauche du cuir chevelu.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

N° 24 — 12 JUIN 1895 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 10 au 22 juin 1895.

Mercredi 12. — M. Lanos. Influence de la pleurésie sur la marche de la tuberculose pulmonaire. — Mlle Desmolières. Contribution à l'étude des fibromes utérins. Hémorrhagies utérines. Indications du curettage. — M. Barrier. Pince-aiguille ou nouvel appareil pour sutures chirurgicales. — M. Veillet. Tumeurs érectiles des bourgeons charnus. — M. Baudouin. Contribution à l'étude de l'intubation dans le croup. — M. Boulle. Traitement de l'hématocèle rétro-utérine. — M. Gautier. Des angines de la menstruation.

Jeudi 13. — M. Vialettes. Accidents consécutifs à l'empoisonnement par l'oxyde de carbone. — M. Giraud. Etude sur les blessures simulées dans l'industrie. — M. Bourgeois. Note sur une épidémie de fièvre typhoïde survenue à la suite du curage d'une mare dans la commune de Mesnil-Reaume. — M. Le Filliatre. Essai sur les troubles moteurs dans l'alcoolisme aigu, sub aigu et chronique. — M. Vigne. Relation d'une épidémie de méningite cérébro-spinale. — M. Lamy. Torticolis et lumbago articulaires. — M. Djoritch. Sueurs d'urée. — M. Vassal. Considérations sur la cure radicale de la hernie inguinale chez la femme, particulièrement chez la petite fille. — M. Barret. Contribution à l'étude des lésions du plexus brachial dans les fractures fermées de la clavicule. — M. Villatte de Peufeilhoux. Etude sur la métrite chez les vierges et les multipares. — M. Delisle. Etude sur l'antipyrine. — M. Semen. De la syphilide pigmentaire et de sa valeur diagnostique.

Mercredi 19. — M. de Quental. Traitement de la lithiase biliaire. — M. Gibert. Des avantages de l'antisepsie par l'alcool pour le médecin de campagne. — M. Isaac. De la grossesse consécutive aux traitements conservateurs dans les affections inflammatoires des annexes. — M. Rosenbaum. Résultats immédiats et éloignés du traitement des hémorrhoïdes par la dilatation forcée.

Jeudi 20. — M. Lemoine. Contribution à l'étude de l'emploi du chloroforme administré à l'intérieur dans les diverses maladies. — M. Pollet. Du choix des éponges et de leur emploi en chirurgie. — M. Galaine. Des déformations de la main dans quelques maladies générales (séméiologie et pathogénie). — M. Knopf. Les sanatoria, traitement et prophylaxie de la phthisie pulmonaire. — M. Marier Aimée. Contribution à l'étude de la gangrène phéniquée. — M. Boniface. De l'hallus valgus (pied en équerre).

Concours d'agrégation, anatomie, physiologie et histoire naturelle. — Questions (suite) : La vessie, anatomie, histologie et développement. — Les papilles linguales. — Les amygdales.

Admissibilité des physiologistes : *Bordeaux*. — Delezenne, Pachon, Sellier.

Lyon : Doyon, Pachon.

Montpellier : Biscons, Delezenne, Pachon.

Nancy : Guilbaud, Lambert, Pachon.

La 1re épreuve orale de 1 h. après 48 h. de préparation aura lieu mercredi à 5 h. dans l'ordre suivant : Doyon, Sellier, Lambert, Pachon, Biscons, Delezenne, Guibaud.

Concours d'agrégation, anatomie, physiologie et histoire naturelle. — Questions (suite) : 1. Les associations microbiennes. — 2. Les plantes qui fournissent des mucilages et des gommes. — 3. Les voies biliaires, anatomie, histologie et développement. — 4. L'iris. — 5. Muqueuse des fosses nasales. — 6. Les ventricules latéraux et moyen du cerveau.

Concours d'agrégation de chimie, physique et pharmacie. — Questions de 3/4 d'heure: 1. Bases pyridiques et hydropyridiques. — Phénomènes Hertziens. — 3. Acide urique et ses principaux dérivés. — 4. Le mercure et ses principaux composés.

Epreuve des titres des candidats vendredi et samedi. Mardi 1re leçon de 1 h. après 48 h. de préparation.

Concours d'agrégation, anatomie, physiologie et histoire naturelle. — Composition écrite pour les naturalistes : Muqueuse intestinale (anatomie, physiologie). La 1re séance de lecture aura lieu mercredi à 9 h. 1/2.

Bourses de doctorat. — Par arrêté ministériel, en date du 5 juin 1895, rendu après avis du comité consultatif de l'enseignement public, l'article 4 du règlement du 15 novembre 1879, relatif aux bourses de doctorat en médecine, est modifié ainsi qu'il suit :

Les candidats qui justifient de la mention *bien* au baccalauréat de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) et d'un minimum de 75 points au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, pourront obtenir une bourse de doctorat en médecine de première année.

VARIÉTÉS

Légion d'honneur. — Par décret, en date du 28 mai 1895, M. Le Dantec, médecin de première classe de la marine, a été nommé chevalier.

Bureau central de chirurgie. — Le jury est composé de MM. Terrier, Richelot, Schwartz, Tuffier, Peyrot, Panas, Barié.

La question traitée samedi en composition écrite a été : Région temporale, complications des otites moyennes suppurées.

Congrès des aliénistes et neurologistes. — Le Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française s'ouvrira à Bordeaux le *vendredi 2 août* et non le 1er août, ainsi qu'il avait été précédemment annoncé.

Hospice de la Salpêtrière. — Le docteur Auguste Voisin reprendra ses conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, le jeudi 13 juin à 10 h. du matin et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE

Sur l'emploi de la pyoctanine en oculistique, communication faite à la Société d'ophthalmologie, de laryngologie, d'otologie et de rhinologie de Bordeaux, par M. Puech.

Les couleurs d'aniline, employées comme agents antiseptiques, furent introduites dans le domaine thérapeutique par Stilling et Worthman. Depuis cette époque, un nombre considérable de mémoires résumant les résultats obtenus par les divers ophthalmologistes semble avoir amené à cette conclusion, que la pyoctanine, sans être l'antiseptique rêvé donnant les résultats merveilleux qu'une annonce commerciale semblait affirmer, n'en est pas moins un médicament, un produit utile en ophthalmologie.

Je ne viens pas faire ici l'histoire thérapeutique de la pyoctanine, je viens vous apporter simplement le résultat de mon expérience personnelle. La pyoctanine n'a pas été employée dans notre clinique dans toutes les affections oculaires où son action a cependant donné à Stilling et à quelques autres ophthalmologistes de fort bons et parfois de merveilleux résultats. Ni la kératite interstitielle, ni l'iritis séreuse, ni l'irido-choroïdite, ni enfin la panophthalmie n'ont été traitées par nous avec le concours des couleurs d'aniline. Dès le début de notre expérimentation, nous avons réservé l'emploi du médicament aux affections catarrhales de la conjonctive et à certaines lésions de la cornée, aux ulcères en particulier et dans quelques cas de blépharite ulcéreuse. Actuellement nous ne nous servons plus de la pyoctanine que pour le traitement des ulcères de la cornée et de l'épithélioma des paupières. La pyoctanine employée par nous est le bleu.

Les résultats obtenus dans les affections catarrhales de la conjonctive ne valent pas, à notre avis, ceux que nous donne la médication généralement employée contre ces affections. Dans l'ophthalmie purulente, nous nous sommes refusé à employer la pyoctanine, en considération du peu d'effet que nous obtenions dans le simple catarrhe. L'expérimentation en pareille occurence nous paraît un danger, j'ajouterai même une faute : nous sommes, à l'exception de quelques cas isolés, suffisamment armés pour nous défendre contre la blennorrhagie conjonctivale, pour que nous ne sentions pas le besoin d'aller chercher d'autres armes dont l'effet et la portée nous sont inconnus. Si l'expérimentation ne devait coûter qu'une perte de temps susceptible d'être rattrapée, nous nous croirions en droit de la faire, mais ici perte de temps coûte souvent cher, car elle équivaut parfois à la perte de l'organe. Je laisse donc à de moins timorés que moi, le soin d'éprouver un échec sans autre souci que celui de se créer une opinion.

Il nous est difficile de définir l'action directe de la pyoctanine dans la marche, la durée, la guérison des ulcères superficiels de la cornée, d'autant que le traitement de ces affections comprend également l'application de compresses chaudes, dans certains cas l'occlusion, et ne saurait exclure l'emploi, en certaines circonstances, des collyres soit à l'ésérine, soit surtout à l'atropine.

Les ulcères transparents, sans grande réaction, se comblent, guérissent aussi bien et aussi vite à l'aide des compresses chaudes seules, que l'on instille ou non des gouttes d'un collyre de pyoctanine (0,10 centigr., eau 10 gr.).

Les ulcères succédant aux abcès étendus dont les bords abrupts sont entourés d'une zone d'infiltration, ne sont en rien modifiés et le traitement de choix pour ce genre d'affection est encore la cautérisation ignée ou mieux le raclage. Quant aux ulcères dits infectieux, à la kératite à hypopyon, les résultats obtenus dans les premiers cas que nous avons traités ne nous ont pas suffisamment encouragé pour qu'il nous fût permis de continuer l'emploi exclusif du médicament dans ce genre d'affection. Nous avons été obligé, en effet, d'avoir recours, durant l'évolution du mal, soit à la cautérisation, soit au raclage, parfois à la paracentèse et à l'iridectomie. Dans quelques cas cependant, le mal a paru s'enrayer et puis guérir sous l'influence des instillations de pyoctanine combinées avec l'application des compresses antiseptiques chaudes et l'emploi, selon les cas, d'un collyre à l'atropine. Ces cas ne sauraient être probants, car nous avons tous vu certains de ces ulcères s'arrêter, puis guérir, sans autres interventions que celles ordinairement employées au début de l'affection : désinfection de la conjonctive, des voies lacrymales, compresses antiseptiques chaudes et instillations d'atropine, etc.

En résumé, la pyoctanine ne nous a pas donné de résultats curatifs bien probants dans les cas d'ulcères de la cornée où son emploi, cependant, rend de bons services en tant que colorant.

Dans les ulcères superficiels, qu'une incidence de lumière seule met bien en évidence sans permettre, toutefois, une détermination bien exacte de ses particularités, l'instillation d'une goutte d'un collyre à la pyoctanine renseigne sur son étendue, sa profondeur, etc. L'ulcération se détache des parties environnantes par une coloration violette beaucoup plus intense. Le service que rend, dans les cas d'ulcères cornéens, l'instillation de la pyoctanine est surtout appréciable dans ces cas particuliers où la réaction très vive crée un blépharospasme et une photophobie intenses. L'éclairage oblique est presque impossible, même après des instillations à la cocaïne. L'ouverture forcée des paupières à l'aide d'écarteurs, outre parfois son danger, ne peut être guère pratiquée que sur les très jeunes enfants que l'on arrive à maintenir aisément et dont la tête est facilement emprisonnée entre les genoux de l'opérateur ; mais, chez les enfants d'un certain âge et chez l'adulte, la méthode de force n'est guère pratique, ni praticable. Malgré toute la bonne volonté du patient, il faut employer quelque effort pour entr'ouvrir les paupières et l'œil tend à s'abriter sous la paupière supérieure. Avec un peu de patience de la part de l'observateur et de courage de la part de l'observé, on finit par percevoir la lésion avec la plupart de ses caractères, mais bien des détails échappent, selon que l'ulcère se présente de face ou de biais.

L'instillation d'une à deux gouttes d'un collyre à la pyoctanine change la face des choses. La cornée recouverte sur toute son étendue d'une couche « de peinture », qui l'abrite pendant quelques instants du contact de l'air et de la lumière, se laisse bien examiner et l'ulcération se détache des parties environnantes par une coloration beaucoup plus intense. Le fond de l'ulcération est-il bien détergé, sa coloration ne diffère guère de celle des bords. La teinte plus foncée, au début, que présente le fond, est due à une plus grande quantité de liquide accumulé dans ce fond et à celle qui ruisselle des bords ; mais, au bout de quelques secondes, toute la surface érodée a pris une teinte quasi uniforme. Si, au contraire, le fond de l'ulcère contient des débris, immédiatement ce fond présente une coloration foncée qu'il conserve longtemps.

Voici donc des indications de quelque importance, que nous révèle, comme un instantané, l'instillation d'une goutte d'un collyre à la pyoctanine (pyoctanine (bleu) 0,10 c. E. 10 gr.). La pyoctanine, parfois si utile pour l'appréciation des ulcères de la cornée, rend, ou du moins nous a rendu de bons services dans le traitement chirur-

gical de cette affection, en nous servant de guide, en nous indiquant la route à suivre et par conséquent les parties que devaient attaquer le thermo-cautère et la gouge. Ce sont surtout dans certains ulcères serpigineux et s'étendant parfois assez loin, avec des ramifications difficiles à distinguer au moment de l'opération, malgré tout le soin que l'on a pu prendre de les bien examiner à l'éclairage oblique, que l'emploi de ce colorant devient un excellent auxiliaire.

L'emploi des matières colorantes pour le diagnostic des ulcères cornéens n'est pas nouveau; de Schweinitz (pour parler des auteurs les plus récents), dans le *Med. News*, août 1891, recommande l'emploi d'une solution de fluoresceïne, pour rendre visibles de petites ulcérations et les pertes d'épithélium de la cornée, et guider l'opérateur dans l'application du galvano-cautère. Frœhlie (*Archiv. f. Augenh*, XXIV, p. 318, 1892) recommande dans le même but l'instillation d'une goutte d'une solution au 10 ou 20 0/0 d'acide œscorcinique, qui aurait l'avantage de pénétrer beaucoup plus lentement par diffusion dans les parties saines de la cornée que la fluoresceïne. L'acide œscorcinique colore la cornée en rouge.

Nous n'avons jamais employé les deux substances précitées, ayant, dès le début de l'emploi de la pyoctanine, constaté tout le profit que nous pouvions retirer de la coloration de la cornée par cette substance pour le diagnostic et le traitement des ulcères de cette membrane. En un mot, la pyoctanine est un excellent révélateur et un bon guide.

L'emploi de la pyoctanine, dans le traitement de l'épithélioma des paupières, rend de très bons services. Dernièrement encore, le docteur Fage (d'Amiens) relatait trois cas, soignés et guéris par les pansements à la pyoctanine à 1/20. Le rôle joué par le médicament ne saurait être aussi actif qu'on le puisse considérer comme agent curateur. Voici comment nous employons la pyoctanine dans les cas d'épithélioma. Pendant deux ou trois jours avant l'intervention chirurgicale, nous badigeonnons les parties atteintes avec une solution de 0,40 centig. pour 10 grammes d'eau, puis nous procédons au raclage de la masse néoplasique devenue, du moins dans ses parties superficielles, très friable, émulsionnée. Le raclage est poussé aussi loin que semble le comporter l'étendue du tissu envahi. Dès le lendemain de l'opération, nous badigeonnons à nouveau les surfaces cruentées, et cela pendant une dizaine, une quinzaine de jours au plus. Si au bout de ce laps de temps la cicatrisation s'est faite, nous cessons toute application devenue inutile; si au contraire, les parties demeurent exulcérées, nous estimons que nous n'avons pas enlevé tout le tissu néoplasique et procédons à un second raclage. En un mot, le rôle de la pyoctanine dans l'épithélioma des paupières se résumerait à ramollir et à rendre indépendante une portion du tissu néoplasique, mais n'aurait aucune action curative à proprement parler. Son action après l'opération aurait pour bénéfice d'éliminer les quelques débris de tissu malin que la curette ou la gouge aurait oubliés; faut-il encore, que dans ce dernier cas, le tissu oublié soit en petite quantité et de très faible épaisseur.

NOUVELLES

Congrès de chirurgie. — Le IXe Congrès de l'Association française de chirurgie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le lundi 21 octobre 1895, sous la présidence de M. le docteur Eugène Bœckel.

La séance solennelle d'inauguration du Congrès aura lieu à deux heures.

Deux questions ont été mises à l'ordre du jour du Congrès:

I. Chirurgie du poumon (la plèvre exceptée); M. Reclus, rapporteur.

II. De l'intervention opératoire précoce ou tardive dans les solutions de continuité des os (crâne et rachis exceptés); M. Heydenreich, rapporteur.

MM. les membres du Congrès sont priés d'envoyer, le 15 août au plus tard, le titre et les conclusions de leurs communications, à M. Lucien Picqué, secrétaire général, rue de l'Isly, 8. Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser au secrétaire général.

Légion d'honneur. — Ont été promus : *Au grade de grand officier* : M. Gailleton (Lyon).

Au grade d'officier : MM. Cazeneuve et Clément (Lyon).

La Société de médecine publique et d'hygiène professionnel met au concours un mémoire sous ce titre : les maladies évitables; moyen de s'en préserver et d'en éviter la propagation.

Conditions du concours.

I. — Le concours est international. Tous les mémoires doivent être écrits en français.

II. — Les mémoires devront être adressés avant le 10 octobre 1895, dernier délai, à M. Cheysson président de la Société, 115, boulevard Saint-Germain, Paris.

III. — Les mémoires ne seront pas signés. Ils porteront une devise reproduite sur l'enveloppe d'un pli cacheté renfermant le nom et l'adresse des concurrents.

IV. — Les manuscrits ne seront pas rendus. Les mémoires couronnés seront la propriété de la Société qui se réserve le droit soit de les publier *in extenso*, soit de s'en servir pour la rédaction d'un travail définitif sur le sujet.

V. — Une somme de trois mille francs sera attribuée aux prix de la manière suivante : 1er prix 1200 fr., 2e prix 800 fr., 3e prix 500 fr.

Une somme de 500 fr. sera répartie en mentions honorables selon les indications du jury.

Le jury est constitué de la manière suivante :

MM. J. Simon, Roux, A. Monod, E. Trélat, P. Brouardel, Rochard, L. Colin, Proust, Gariel, Lagneau, Grancher, Th. Roussel, Chauveau, Cornil, Levasseur, Pinard, Cheysson, Napias, Martin, Desmazures, Bouloumié, Philbert, Martha, Dronineau, Périssé.

Légion d'honneur. — Sont nommés chevaliers : M. le docteur Andubert, maire de Sainte-Fortunade (Corrèze). Quarante-sept ans de pratique médicale.

Mme Laussel, en religion sœur Joséphine, supérieure de l'hospice civil et militaire de Périgueux. Quarante-deux ans de service.

Distinctions honorifiques. — Deux médailles d'honneur en or sont décernées :

1° A Mme Barjaud (Sophie), en religion sœur Sophie, supérieure des religieuses de l'hospice mixte de Bergerac (quarante-six ans de services hospitaliers);

2° A M. le docteur Dussumier, médecin du même établissement depuis trente-cinq ans.

Distinctions universitaires. — A l'occasion du voyage du président de la République, ont été nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — M. le Dr Bruel, de Moulins, MM. les Drs Pojolat et Rocher, professeurs à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand.

Officiers d'Académie. — MM. les Drs Allot, de Commentry; Fournial et Planchard, chargés de cours à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand; Malson, de Champrée; et Martin, pharmacien à Tauves; le Dr Castanet, de Salignac, conseiller général de la Dordogne; le Dr Desvergnes de Verteillac, conseiller général de la Dordogne; le Dr Fayard, de Niort; le Dr Dugand, de Bergerac (Dordogne); le Dr Bouny, de Fleix (Dordogne). M. Pierre Apéry, directeur de la *Revue médico-pharmaceutique*, de Constantinople, est également nommé officier d'Académie.

REVUE DES CONGRÈS

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE

(*Congrès tenu à Paris du 6 au 9 mai* 1895.)

Sur la valeur comparative des divers procédés objectifs d'optométrie.

M. Parent (Paris) lit un rapport très complet contenant toute l'histoire de la dioptrique oculaire et de l'optométrie. Les parties essentielles de ce rapport se trouvent suffisamment résumées par la discussion suivante, qu'il a provoquée, et surtout par la réponse du rapporteur.

M. Galezowski. — L'examen kératoscopique n'est pas toujours exact, étant donné le rôle joué par l'accommodation qui peut devenir une cause d'erreur. L'astigmatisme consécutif à l'opération de la cataracte n'est pas seulement le résultat du lambeau, mais provient, très souvent aussi, du cristallin, qui peut avoir son astigmatisme propre, corrigeant l'astigmatisme cornéen ou s'y ajoutant. Quant à la correction de l'astigmatisme irrégulier par des verres cylindro-coniques, la priorité m'en revient d'après la date de mes communications.

M. Lagrange (Bordeaux). — M. Parent n'a pas indiqué le meilleur moyen d'optométrie. La kératoscopie est bonne après atropinisation dans les amétropies fortes et l'image droite pour les amétropies faibles.

M Chibret (Clermont-Ferrand). — J'emploie des verres convexes de + 12 ou + 13 dioptries après l'opération de la cataracte, au lieu de + 10 qu'on prescrit en général, la valeur réfringente du cristallin étant de 12 dioptries. L'astigmatisme post-opératoire est la résultante de l'aplatissement du globe oculaire.

M. Bull (Paris). — La skiascopie peut produire des erreurs. Le procédé à l'image droite est bon, à une dioptrie près.

M. de Wecker. — Pourquoi M. Parent n'a-t-il pas indiqué sa préférence, en faveur par exemple, de la skiascopie, dont il est un des auteurs?

M. Vacher (Orléans). — Je me sers de cocaïne pour paralyser momentanément l'accommodation dans les examens skiascopiques. Je crois que les contractions astigmatiques du cristallin, correctrices de l'astigmatisme cornéen, modifient sa nutrition et favorisent ainsi le développement des cataractes.

M. Sulzer (Genève). — Je trouve également que M. Parent n'a pris parti pour aucun procédé, mais il a eu raison de les exposer tous sans se prononcer pour aucun. Toutes les méthodes, en effet, ont des avantages et des inconvénients. Leur supériorité dépend beaucoup de l'habileté de ceux qui les emploient; chacun peut choisir celle qui convient le mieux à ses aptitudes physiques.

M. Ostwalt (Paris). — Dans les mensurations des amétropies je prends pour point de départ le foyer antérieur de l'œil.

M. Motais (Angers). — L'ophthalmométrie constitue un procédé supérieur aux autres. Je regrette seulement que l'ophthalmomètre de M. Javal soit un instrument aussi peu portatif.

M. Antonelli (Naples). — Je commence toujours mes examens de réfraction par l'ophthalmométrie, ou, si vous aimez mieux, par la kératométrie, qui ne prend que quelques minutes, largement regagnées sur l'examen subjectif. En dernier lieu, la skiascopie me sert de contrôle pour les verres choisis. Je ne me sers que rarement de l'image droite, qui est un procédé plus long, plus délicat et pas plus exact.

M. Lasalle (Villefranche). — On voit que l'on n'est pas d'accord sur le degré d'exactitude des divers procédés d'optométrie objective. Suivant les uns, les erreurs peuvent varier entre 0.25 et 1.50 dioptries. Je crois qu'il est possible d'arriver à une exactitude suffisante avec le simple miroir.

1° Lorsque l'œil est emmétrope, l'image apparaît droite et nette à toute distance, lorsque l'observateur est emmétrope et relâche son accommodation.

2° Lorsque l'œil est myope divers cas peuvent se présenter: si à un mètre l'observateur perçoit une image droite et confuse, le remotum est situé derrière l'observateur et la myopie est inférieure à une dioptrie; si l'image est renversée et nette, le remotum est situé entre l'observateur et l'observé; on se rapproche alors jusqu'à ce que l'image devienne confuse, et en déduisant de cette distance le proximum de l'observateur, variable avec son âge, on aura le remotum cherché.

3° Si l'œil observé est hypermétrope, l'observateur est obligé d'accommoder, et lorsqu'il voit nettement le fond de l'œil, il se trouve adapté pour ce point et converge vers lui.

J'emploie ce procédé depuis des années et il ne me donne pas des résultats inférieurs à ceux obtenus par des procédés plus rigoureux.

M. Parent (rapporteur). — Pour la priorité des verres cylindro-coniques, je sais qu'il existe à la Sorbonne un instrument composé de deux troncs de cône, et j'ignore la date de son existence. Mais à M. Galezowski revient certainement le mérite d'avoir attiré l'attention sur la possibilité d'améliorer la vision dans les cas d'astigmatisme irrégulier par l'usage de verres cylindro-coniques.

Quant à la valeur relative du procédé par l'image droite et de la skiascopie avec ou sans atropinisation, Mauthner a dit le premier que l'image droite donnait la totalité de la réfraction oculaire, en se plaçant au foyer antérieur de l'œil. Je ne puis donner la préférence à l'un ou à l'autre de ces procédés qui tous deux ont de grands avantages. La skiascopie s'apprend vite et facilement; mais malgré les excellents et rapides résultats qu'elle donne, je n'ai pas renoncé à l'image droite, en raison de la plus grande précision que, cependant, on peut atteindre également avec la skiascopie.

On a parlé de vers hyperboliques, mais, la plupart du temps, ces verres, dits hyperboliques, ne sont que des verres sphériques concaves sur lesquels on taille des surfaces de plus en plus courtes.

M. Chibret prescrit des verres de 12 et 13 dioptries aux opérés de cataracte. Ce chiffre est un peu fort. Le plus souvent, d'après les statistiques, on prescrit 11 ou 10, puis 9; en troisième lieu 12, et 13 en quatrième lieu.

On m'a, en général, reproché de n'avoir pas donné une appréciation sur la valeur comparative des différents procédés, et cela dans un rapport destiné à établir cette valeur. Mais, *théoriquement*, les trois procédés (skiascopie, image droite et déplacement des vaisseaux) se valent. *Pratiquement*, la skiascopie est excellente, simple, facile et suffisamment exacte; l'image droite, moins facile, donne peut-être des résultats plus précis; mais, pour la pratiquer, il faut s'approcher du sujet aussi près que possible, ce qui est un inconvénient à divers point de vue. Quant à la kératométrie, elle nécessite une instrumentation coûteuse.

Au point de vue historique, en 1880, dans les cliniques, on n'employait encore que les méthodes subjectives, à peu près exclusivement, bien que M. de Wecker conteste ce point. Les premiers ophthalmoscopes à réfraction datent de 1875 et les personnes qui savaient s'en servir étaient rares. Les miroirs de ces ophthalmoscopes n'étaient pas inclinés et c'était là une source d'erreurs.

Le principe de la kératométrie a été posé par Placido; mais c'est Javal qui, en 1883, a perfectionné la construction des instruments permettant d'obtenir des résultats exacts, et depuis on n'a rien trouvé de mieux.

Pour la skiascopie, à Leroy appartient la détermination du point neutre. Cuignet a trouvé le procédé et l'a étudié avec Mengin; mais c'est moi qui en ai donné l'explication rationnelle, qui l'ai complétée et surtout qui en ai fait un procédé optométrique en m'en servant avec les verres correcteurs.

M. Chibret. — Le nom de: *procédé de Cuignet* (de Lille) proposé pour dénommer la kératoscopie, la skiascopie la dioptroscopie, etc., devrait être remplacé par celui de: *procédé de Cuignet-Parent*, en raison des travaux de M. Parent.

Sur l'opération de la cataracte secondaire

M. Wicherkiewicz (Posen). — Malgré la technique la plus excellente, il arrive très souvent que le résultat de l'opé-

ration de la cataracte n'est pas aussi satisfaisant que nous l'espérions. Très souvent, il nous faut procéder à une opération secondaire, par une intervention souvent très facile, peu douloureuse, et dont le succès est instantané. Mais cette opération doit être considérée comme aussi sérieuse que l'opération primaire et pratiquée avec le plus grand soin. Les cas les plus difficiles de cataracte secondaire sont ceux où elle est formée par des membranes épaisses, agglutinées à l'iris et oblitérant complètement la pupille. La première règle à suivre c'est de ne pas attaquer l'œil avant que tout état d'irritation soit dissipé et il vaut mieux attendre des mois et peut-être des années. Le moment venu, on fait l'iridotomie d'après la méthode de Wecker. Dans des cas graves l'oblitération se reproduit ou bien il survient des hémorrhagies vitréennes. Lorsqu'il y a des récidives de ce genre, il faut soumettre le malade à un traitement général, attendu qu'il s'agit le plus souvent de syphilis ou d'un autre état constitutionnel.

Lorsque la membrane pupillaire n'est formée que par la cristalloïde, sans le concours de l'uvée, et qu'elle laisse une petite ouverture pupillaire, le procédé opératoire dépend de l'étendue et de l'épaisseur de la membrane. On l'extrait doucement après iridectomie, si ses adhérences ne sont pas trop fortes et si l'on sent qu'un tiraillement devient nécessaire, on coupe avec les ciseaux de de Wecker une portion de cette membrane. On peut se passer de faire l'iridectomie, lorsqu'il n'y a pas de fortes adhérences, en pénétrant par la cornée au moyen d'une petite plaie de trois à quatre millimètres. Mais il ne faut jamais exercer des tractions. Le but à rechercher consiste à débarrasser le champ pupillaire d'une partie de la membrane située, autant que possible, à sa partie médiane.

S'il sort du corps vitré, ce sera en petite quantité et on peut l'exciser près de la plaie.

S'il se produit une hémorrhagie dans la chambre antérieure, on en facilite l'écoulement avec le stylet.

La cataracte secondaire simple, provenant d'altérations de la cristalloïde postérieure, est justiciable de la discision que je pratique avec le petit couteau de Knapp, que j'enfonce un peu en avant du bord scléro-cornéen, perpendiculairement au rayon de la cornée et non dans sa direction. Le danger d'infection est moins grand que dans la discision cornéenne, et de cette façon on évite des taches cornéennes qui peuvent être gênantes pour la vue. Je préfère donc cette opération de scléronyxis antérieure à celle de kératonyxir.

M. de Wecker. — Tous les accidents consécutifs à l'opération de la cataracte viennent d'une infection. Il faut donc choisir, pour l'opération des cataractes secondaires, un procédé dans lequel la plaie se referme le plus vite possible et ne puisse servir de porte d'entrée pour la migration des germes.

M. Galezowski. — Il faut toujours attendre trois ou quatre mois pour opérer une cataracte secondaire. Avec mon aiguille à discision ; très fine et en forme de serpette, je pénètre par la cornée, dans laquelle je ne produis qu'une plaie insignifiante, et de là je discise la capsule dans plusieurs directions. De cette façon je n'ai jamais eu aucune complication d'infection, d'hémorrhagie, ni d'issue du vitré.

M. Abadie. — Lorsque l'iris est tapissé de débris cristalliniens et que ses fibres ont perdu leur élasticité, je pratique l'iridotomie, de façon à éviter tout tiraillement.

Iritis d'origine nasale.

M. Fage (Amiens). — Depuis que Ziem a montré les relations qui existent entre les affections nasales et certaines iritis, je n'ai pas trouvé dans la littérature médicale d'observation où l'ozène figure comme cause d'iritis.

Le malade, que j'ai observé, est un ozéneux de vingt-deux ans qui, en dehors de son affection nasale ne présentait aucune autre cause d'infection.

Au début de janvier une iritis éclata dans l'œil gauche, puis c'est l'œil droit qui présenta des symptômes d'iridochoroïdite. Du côté du nez, il existe une rhinite atrophique, et le mucus nasal renferme le coco-bacille de Lœwenberg presque pur ; je retrouve le même microbe dans les culs-de-sac conjonctivaux, mais sa recherche dans le sang et dans la chambre antérieure donne un résultat négatif ; toutefois l'œil d'un lapin, inoculé avec l'aiguille qui a servi à la paracentèse, présente une infection mitigée. Les sinus sont transparents.

A la fin d'avril, l'œil gauche est guéri avec persistance de quelques exsudats dans la chambre antérieure. L'œil droit reste encore enflammé avec un trouble notable de l'humeur aqueuse et des altérations du corps vitré.

Ces lésions oculaires doivent être attribuées à l'infection produite par le microbe de l'ozène, qui est un agent capable de provoquer des infections à distance, pourvu que l'entrée des vaisseaux sanguins ou lymphatiques lui soit ouverte.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 *juin* 1895.

PRÉSIDENCE DE M. EMPIS.

Les mesures prophylactiques contre l'alcoolisme.

MM. Jules Bergeron et Laborde proposent à l'Académie d'émettre le vœu :

1° Que la *rectification absolue* de tout alcool soit établie, imposée, et assurée, par voie législative, de façon qu'il ne puisse être livré à la circulation et à la consommation aucun alcool, ni aucun produit alcoolisé impurs ;

Que tout produit ou composé destiné à la fabrication artificielle du vin et des liqueurs, ou pouvant simplement y être mêlé et ajouté, tels que bouquets, huiles de vins, aldéhydes, soit l'objet de mesures prohibitives absolues ;

2° Que ces mesures fondamentales soient aidées de toutes celles qui, au point de vue fiscal, répressif et moral, notamment et en particulier la réduction de l'occasion et de la tentation par la limitation des licences et des débits, sont de nature à contribuer au but et au résultat préservatifs visés par la proposition ci-dessus.

Des relations entre l'angine herpétique et l'angine diphthéritique.

M. Dieulafoy. — La description de l'angine herpétique est classique, c'est l'angine couenneuse commune de Trousseau. Si l'on se rapporte à cette description classique, le diagnostic paraît s'imposer, mais la revision bactériologique s'impose également pour les angines avec herpès. Un grand nombre d'erreurs cliniques ont été commises et ont été relevées par l'examen bactériologique.

Voici une première observation. Un homme de 50 ans arrive dans le service avec une angine herpétique franche, de la fièvre, de la courbature, un érythème de la gorge, 39°5 de température ; des vésicules sont clairsemées dans la gorge et sur les lèvres. Le lendemain on s'aperçoit qu'un exsudat pultacé existe sur une amygdale et le lendemain encore on constate de nombreux bacilles diphthériques. Deux ou trois jours après éclate une paralysie du voile du palais, puis une véritable paraplégie, puis une ébauche de paralysie oculaire et de paralysie vésicale. C'était une fausse angine herpétique. Les injections de sérum n'ont pas été faites en temps utile et le malade n'a pu échapper à la paralysie, depuis trois semaines il est encore paraplégique. Il y a donc des cas dans lesquels cliniquement on fait le diagnostic d'angine herpétique et où bactériologiquement on doit faire le diagnostic d'angine diphthérique.

M. Dieulafoy rapporte un autre cas aux dépens de M. Gouguenheim où le diagnostic a été fait cependant de bonne heure et où les injections de sérum ont été faites de bonne heure et ont empêché toute paralysie.

Un enfant d'une surveillante de l'hôpital Necker commença de même par faire une angine d'apparence herpétique et qui n'était en réalité qu'une angine diphthérique qui se compliqua par la suite des accidents les plus graves.

Dans la thèse de Mad. Bonnière, M. Dieulafoy a trouvé une autre observation d'origine allemande et très intéressante comme les observations ci-dessus.

L'angine diphthérique peut donc simuler très bien l'angine herpétique. Mais y a-t-il réellement une angine herpétique et n'y a-t-il pas plutôt différentes angines avec herpès, en particulier une angine herpétique avec herpès? Gubler, dans son mémoire de 1852, admettait que des angines non diphthériques pouvaient amener des paralysies, non seulement des paralysies de voile du palais, mais même des paralysies des membres inférieurs. Les observations ci-dessus montrent que Gubler, qui n'avait pas la bactériologie à son service, avait pris pour des angines herpétiques ce qui n'était en réalité que des angines diphthériques avec herpès.

Dans son rapport sur les épidémies observées en 1858, Trousseau avait vu la chose complètement. Il a vu des cas dans lesquels l'angine diphthérique semble débuter par une angine herpétique.

M. Dieulafoy propose donc cette conclusion que l'angine diphthérique essentiellement polymorphe peut dans quelques cas simuler complètement l'angine herpétique et que sans le concours de la bactériologie le diagnostic est impossible.

Traitement du diabète.

M. A. Robin veut établir le traitement du diabète sur des faits que l'on puisse atteindre et modifier, sur la détermination précise des troubles fonctionnels et des phénomènes morbides chez les diabétiques : 1° tous les actes de la désassimilation sont augmentés chez les diabétiques ; 2° la désassimilation azotée est augmentée d'une façon particulière, les intoxications sont augmentées dans une proportion considérable; il y a une augmentation notable de tous les actes chimiques de la vie animale.

Si tous les actes chimiques de la nutrition sont augmentés chez les diabétiques, le point essentiel doit être de diminuer les actes chimiques de la vie animale; il faut soustraire à l'organisme les éléments qui peuvent fabriquer du sucre.

Le régime a été très bien formulé par Bouchardat, mais le fait de la déminéralisation dans cette maladie n'a pas été suffisamment mis en lumière. Il y a une urgence très grande à remédier à cette déminéralisation qui guette les diabétiques comme les tuberculeux, on peut y remédier par le régime. Il faut d'abord déterminer l'élément dont l'organisme se déminéralise. Quand il s'agit de chlorure de sodium, il n'y a pas grand mal; quand il s'agit de phosphates, il faut choisir les aliments qui contiennent ces principes en plus grande quantité. Le bouillon qu'on a qualifié ici de poison est au contraire un admirable médicament à ce point de vue.

L'antipyrine exerce une action d'épargne, diminue l'oxydation azotée, la perte du soufre et du phosphore; elle répond donc exactement à l'indication posée tout à l'heure; mais ce n'est pas un médicament d'habitude, il ne faut pas l'employer pendant plus de cinq jours. Pour que l'antipyrine soit tolérée, il faut l'associer au bicarbonate de soude et la donner une heure avant le repas pour qu'elle ne trouble pas la digestion. Il faut donner deux grammes par jour, 3 grammes au maximum. Il y a des contre-indications à son emploi; c'est d'abord l'albuminurie. Dans le diabète pancréatique, l'antipyrine ne fait absolument rien.

Il y a des symptômes qui doivent faire cesser l'administration de l'antipyrine : si la quantité de l'urine et la densité s'abaissent en même temps, on peut continuer ; si la densité augmente en même temps que la quantité s'abaisse, il faut immédiatement arrêter l'antipyrine.

Les médicaments adjuvants de cette première période de cinq jours sont l'huile de foie de morue, les eaux minérales alcalines, le sel de Seignette.

Les médicaments de la deuxième étape sont le sulfate de quinine qui est le type des médicaments sous-oxydants, l'arséniate de soude, les alcalins et les alcalino-terreux qui sont des médicaments retardataires de la nutrition, la codéine. Je fais des cachets qui contiennent 40 centigrammes de codéine et dont le malade prend un par jour ; les autres médicaments s'associent également sous forme de cachets.

Les adjuvants sont les mêmes que dans la première période. Cette seconde étape de traitement dure quinze jours.

Les médicaments de la troisième période sont d'abord les opiacés; les opiacés sont actuellement très en vogue, le succès de cette vogue c'est leur action sur la nutrition, ils ralentissent les oxydations organiques. La belladone est également très utile, le bromure de potassium ne figure ici qu'à titre purement accessoire. En effet avec ce médicament les mutations azotées sont diminuées mais moins que les mutations nerveuses; les phosphates terreux diminuent rapidement dans l'urine en même temps que l'excitation cérébrale.

Les médicaments de cette troisième étape s'associent en pilules. Cette étape du traitement dure dix jours.

En présence d'un diabétique floride, il faut commencer à soumettre le diabétique au régime pendant cinq jours, puis faire successivement les trois étapes et reprendre le régime pendant un mois.

Si au bout de ce mois le sucre n'a pas disparu, il faut recommencer. On peut y ajouter une quatrième étape dite tonique, lorsqu'il s'agit d'un organisme à remonter et non plus de diabète à vaincre.

Il faut d'ailleurs maintenir le malade au régime pendant un temps qui ne peut être moindre de 6 mois et qui peut durer un an.

M. Robin montre des tableaux à l'appui de cette communication.

Sur 100 diabétiques il a eu 24 guérisons totales; le minimum de sucre était de 108 gr. avant le traitement, le maximum de 350; c'était donc de vrais diabétiques ; le diabète était généralement récent, mais il est toujours très difficile de remonter au début du diabète.

Le diabète, maladie d'accélération organique, relève de la médication d'épargne.

Etuve à vapeur surchauffée sans pression.

MM. Despagnet et Georges Valois. — Frappés par les inconvénients matériels de l'autoclave et des étuves à vapeur sous pression : maniement difficile, prix très élevé, dangers dans le fonctionnement, résultats malgré tout incertains et insuffisants, surtout pour les objets imperméables au profit desquels la température seule de la vapeur est utilisée et non la pression, ni la saturation, enfin état humide dans lequel sortent les pansements, nous avons cherché, poussés par les encouragements de M. le professeur Terrier, à réaliser une étuve à vapeur surchauffée.

Nous avons adopté un dispositif qui nous permet de superposer au-dessus d'une source unique de calorique un serpentin pour surchauffer la vapeur, une chaudière tubulaire pour la produire, enfin une capacité qui constitue l'étuve. La vapeur arrive à la partie supérieure de l'étuve, refoule l'air à la partie inférieure où il s'échappe par des trous communiquant avec l'espace compris entre la double paroi de l'étuve ; cet espace est alors commun aux gaz du foyer et à l'air ; il s'y fait un très rapide courant d'air.

Sont annexés à l'appareil : un robinet à échappement libre, un autre faisant arriver dans l'étuve la vapeur avant son passage dans le surchauffeur, un troisième pour la vapeur surchauffée. La chaudière communique avec l'atmosphère par un tube de verre qui sert à la fois de manomètre et de niveau d'eau.

Les avantages de l'appareil sont les suivants : température élevée obtenue facilement jusqu'à 150° et au delà sans élévation de pression; stabilité absolue et durable de la température obtenue à n'importe quel degré de température grâce au mélange de la vapeur à 150° et de la vapeur à 100°, courant de vapeur très chaude arrivant par le haut de l'étuve, circulant à l'intérieur des objets à stériliser et que l'on peut rendre plus ou moins rapide, maniement très facile, à l'abri de tout danger puisque c'est un appareil à air libre, enfin prix peu élevé, tous avantages qui peuvent ne pas peu contribuer à la vulgarisation de l'asepsie.

Théorie minérale de l'évolution et de la nutrition de la cellule animale.

M. Gaube (du Gers). — Chaque tissu a nécessairement une minéralisation propre, une dominante minérale d'état et une dominante minérale d'action; nous le concevons maintenant; car sans l'une la matière azotée n'existerait point, et sans l'autre la matière azotée serait inerte, l'une et l'autre étant inséparables de toute réaction bio-chimique.

Les tissus les plus jeunes sont les plus minéralisés, parce que la vie y est plus active; en effet la matière minérale soutient, maintient et réduit la matière azotée.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 27 mai 1895.

Injection d'alcool éthylique dans le sang veineux.

M. N. Gréhant. — Après avoir injecté dans le sang veineux une très petite quantité d'alcool, j'ai reconnu que l'on peut introduire dans le milieu intérieur des proportions beaucoup plus considérables d'alcool, à condition de faire l'injection avec lenteur. Chez un chien du poids de 16 kilogrammes, le poids du sang étant égal à 1/13 du poids du corps, j'ai injecté, en une heure, dans la veine jugulaire, un poids d'alcool absolu égal à 1/25 du poids du sang, c'est-à-dire 49 gr. 2 ou 62 cc. 4 d'alcool absolu; ce liquide a été additionné d'eau pour faire 300 centimètres cubes. Ce volume d'alcool injecté ne reste pas dans le sang, et cinq minutes après on ne retrouve plus que le 1/8 de l'alcool injecté. Cette proportion se retrouve pendant plus de huit heures après l'injection. Le lendemain on ne retire plus du sang que de l'eau distillée.

Sur l'emploi du sérum des animaux immunisés contre le tétanos.

M. L. Vaillard. — Le poison qui engendre le tétanos est élaboré au foyer très restreint où végète le bacille spécifique, et paraît être le plus actif de tous les poisons bactériens.

L'antidote de ce poison n'est autre que le sérum des animaux immunisés contre le tétanos, comme Behring et Kitasato l'ont établi dans des expériences qui ont servi de base à la sérothérapie. Mais le sérum antitétanique n'a pas la valeur curative qu'on espérait. Appliqué au traitement de la maladie déclarée soit chez l'homme, soit chez les animaux de laboratoire, il est impuissant à guérir les formes aiguës ou à marche rapide, parce que, lorsque apparaissent les premiers symptômes du mal, l'intoxication est déjà un fait accompli. Le sérum n'a aucune action sur les troubles ressentis par les éléments nerveux que la toxine a impressionnés. Cependant il peut être efficace dans le tétanos à marche lente, où l'intoxication se fait progressivement et son emploi, combiné avec l'ablation du foyer d'infection, augmente les chances de guérison.

Si la guérison est rare, l'éclosion de la maladie peut du moins être empêchée; à ce point de vue on ne lui a pas demandé tous les services qu'il doit rendre.

Injecté préventivement aux animaux, le sérum les immunise avec certitude contre la toxine. Cette immunité est temporaire, comme celle que confèrent tous les sérums, et persiste, suivant la dose employée, de deux à six semaines, mais peut être prolongée par des injections successives. De même le sérum préserve les animaux infectés avec le virus vivant par des procédés conformes à ceux de l'infection naturelle. La préservation est certaine, complète, lorsque l'infection a pour siège le tissu conjonctif sous-cutané. Elle devient moins constante si le virus est porté dans l'épaisseur d'un muscle, ce qui réalise le mode d'inoculation le plus sévère; parfois alors les animaux restent indemnes pendant un, deux et même trois mois, puis deviennent tétaniques. C'est que, pour être définitive, la préservation exige la destruction du virus par les cellules phagocitaires; cette destruction est facile et prompte dans le tissu conjonctif, elle est au contraire aléatoire et malaisée dans le muscle, où les phénomènes phagocitaires sont toujours moins actifs. Mais les cas d'infection intra-musculaire sont loin d'être communs en clinique humaine ou vétérinaire.

Nous avons donc dans le sérum un moyen précieux pour la prophylaxie d'une maladie qu'on ne sait pas sûrement guérir. Afin de prévenir le tétanos de l'homme et des animaux, il suffira, comme chez les animaux d'expérience, de leur injecter un peu de sérum après le traumatisme qui risque de lui ouvrir la porte. Il est indiqué de faire des injections préventives de sérum :

1° Aux sujets atteints des divers traumatismes qui, par leur siège, leur nature et les circonstances dans lesquelles ils se produisent, sont particulièrement favorables au développement du tétanos (plaies par écrasement; plaies contuses souillées de terre, de poussières du sol, de débris de fumier, de la vase des eaux; plaies avec pénétration de corps étranger provenant du sol ou ayant eu contact avec lui);

2° Aux opérés dont les plaies sont connues pour être souvent le point de départ du tétanos.

L'emploi préventif du sérum est destiné à rendre de signalés services dans les régions tropicales de l'Amérique et de l'Afrique, où le tétanos est si commun, à la suite des plaies les plus légères, qu'il représente, en certaines contrées, une des principales causes de mortalité chez les nègres. Il ne sera pas moins applicable partout où règne le tétanos des nouveau-nés, en quelques pays du nord de l'Europe où le trismus enlève jusqu'à 60 pour 100 des enfants naissants. La chirurgie de guerre, comme la chirurgie journalière de tous les pays, pourront demander à ce moyen inoffensif l'économie de bien des vies humaines.

Elimination de la magnésie chez les rachitiques.

M. Œchsner de Connick. — En examinant l'élimination de la magnésie chez les rachitiques par voie rénale, j'ai trouvé par litre les proportions suivantes dans cinq séries d'analyses : 0,015 — 0,014 — 0,013 — 0,011 — 0,009 milligrammes.

Les urines des malades que j'ai pu examiner renfermaient beaucoup de pigments diversement colorés, adhérents aux sels métalliques servant aux dosages. J'insisterai enfin sur la faible proportion de magnésie éliminée chez les rachitiques examinés.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 7 juin 1895.

Présidence de M. Cornil.

Perforations multiples de l'intestin.

M. Ombredanne montre un segment d'intestin grêle de 53 centimètres, perforé en douze points par un même projectile (balle de revolver de petit calibre).

M. Demoulin ne put, par suite de la multiplicité et de la proximité des perforations, pratiquer la suture de chaque plaie, et dut réséquer le segment.

Rein en ectopie pelvienne.

M. Guibé montre un rein gauche trouvé à l'autopsie sur la ligne médiane, au devant du promontoire, qui traçait sur lui un sillon transversal ; le rein droit avait son volume et son siège normal.

Tuberculose primitive des voies urinaires.

M. Nimier rapporte un cas de tuberculose primitive des voies urinaires : les deux reins, les uretères, la prostate, les vésicules séminales sont le siège de lésions tuberculeuses anciennes, la vessie et les testicules sont respectés ; la lésion la plus intéressante est celle de l'uretère gauche qui sur tout son trajet est transformé en un cordon rigide de la grosseur du doigt.

M. Cornil insiste sur l'aspect tout spécial de ces uretères tuberculeux, la muqueuse, très épaissie, au point de vue histologique, présente des altérations qui ne rappellent en rien les tissus tuberculeux, on n'y voit pas de follicules tuberculeux et de cellules géantes, il y a seulement nécrose totale de la muqueuse ; l'examen bactériologique, par contre, permet de déceler de nombreux bacilles tuberculeux.

Formes de salpingite blennorrhagique.

M. Reymond présente les annexes d'une femme opérée la veille par M. le professeur Terrier ; des gonocoques se trouvent dans le pus qui coule de la section des trompes. Celle du côté gauche se continue au niveau du pavillon par une masse grosse comme une orange, développée aux dépens de l'ovaire ; extérieurement, il est permis de supposer que les deux cavités salpingiennes et ovariennes communiquent entre elles. S'appuyant sur ce que le pus de la trompe contient des gonocoques à l'état de pureté, M. Reymond pense qu'on peut être d'avance persuadé : 1° qu'il existe une cloison entre les cavités ; 2° que le contenu de l'ovaire n'est pas purulent. En sectionnant la tumeur on constate en effet que la trompe, pleine de pus, s'abouche sans s'y ouvrir contre la cavité ovarienne contenant un liquide citrin.

La trompe droite présente à sa partie interne un noyau dans lequel les coupes histologiques permettent d'étudier, à la période inflammatoire, le processus de formation du nodule fibreux de la trompe.

Double kyste dermoïde des ovaires.

M. Reymond présente deux kystes dermoïdes de même forme, même volume, et de contenu analogue, l'un développé aux dépens de l'ovaire gauche, l'autre de l'ovaire droit. Mais ce dernier présentait une torsion du pédicule ayant déterminé des phénomènes de péritonite adhésive. M. Reymond fait remarquer que la torsion ne portait pas seulement sur le pédicule du kyste, mais que la trompe y prenait part.

Fernand Besançon.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 8 juin 1895.

Présidence de M. Chauveau.

Influence des toxines diphthériques sur la température, la thermogénèse et le chimisme respiratoire.

MM. Arloing et **Laulanié** ont constaté qu'à la suite des injections de toxines diphthériques, les modifications de la température que l'on observe chez les animaux, présentent quatre phases distinctes. Pendant la première phase qui correspond à la période d'incubation, la température ne présente aucune modification. La seconde phase, phase d'hyperthermie, présente deux périodes distinctes : une période d'hyperthermie croissante et une période d'hyperthermie décroissante. La quatrième phase enfin est celle d'hypothermie.

La thermogénèse déterminée par des procédés calorimétriques et le chimisme respiratoire ne marchent pas parallèlement avec les indications thermométriques. C'est ainsi que, tandis que pendant la première période d'hyperthermie, les coefficients des combustions respiratoires concordent avec l'élévation de la température, on trouve pendant la seconde période d'hyperthermie, un abaissement des combustions respiratoires et de la thermogénèse, lequel abaissement se continue pendant la période hypothermique.

D'après MM. Arloing et Laulanié, l'abaissement de la température que l'on constate après l'injection de toxines diphthériques n'est pas primitif, mais indirect et consécutif aux modifications de la thermogénèse.

M. d'Arsonval fait observer qu'on ne peut trouver d'exemple plus frappant de désaccord entre la température et la thermogénèse que celui que présentent les animaux huilés chez lesquels l'abaissement de la température coïncide avec une production double de chaleur.

M. Laborde demande si les animaux ont présenté des troubles de la sensibilité pendant la période hypothermique?

M. Arloing répond que ce point a été laissé de côté dans les expériences qu'il a faites avec M. Laulanié.

Colibacillose expérimentale.

M. Boix a constaté dans ses expériences sur des lapins que l'ingestion de cultures virulentes de colibacilles amène au bout d'un certain temps la mort des animaux qui succombent après avoir présenté des convulsions et de l'hypothermie avec une température descendant quelquefois à 33°.

Les cultures filtrées et ne contenant plus de colibacilles, autrement dit la colitoxine agit de la même façon que les cultures virulentes. En injections intra-veineuses, la colitoxine amène la mort des animaux à la dose de 4 cm. c. Les cultures jeunes fournissent une colitoxine plus virulente que les cultures vieilles.

D'après M. Boix, certains symptômes d'angiocholite infectieuse à colibacilles relèveraient de l'action de la colitoxine.

Fièvre bilieuse hématurique.

M. Yersin a eu l'occasion d'observer 3 cas de fièvre bilieuse hématurique, dont deux à Madagascar et un à Paris. Dans tous ces cas, l'examen du sang n'a pas permis d'y découvrir la présence des hématozoaires de Laveran.

En revanche, l'examen de l'urine a permis de constater la présence dans les cylindres hyalins et autres éléments figurés, d'un petit bacille qui se colorait par la méthode de Gram et pouvait être cultivé sur agar et gélose. Ce bacille existait dans l'urine à l'état de culture presque pure.

Les expériences sur des animaux qui ont montré que le bacille possédait un certain degré de virulence, ne sont pas encore entièrement terminées. Ces expériences présentent notamment une difficulté toute particulière tenant à ce que les cultures perdent très rapidement leur virulence.

M. Déjerine cite l'observation d'un individu qui a succombé à une paraplégie spasmodique syphilitique et à l'autopsie duquel, à côté des lésions classiques de la syphilis médullaire, on trouva une dégénérescence rétrograde du faisceau de Turck et des fibres commissurales antérieures.

M. Phisalix expose les résultats de ses recherches sur l'action du chlorure de chaux sur le venin. Il résulte de ses recherches que le chlorure de chaux en injections sous-cutanées ne possède pas d'action immunisante, mais simplement une action locale au point d'inoculation du venin.

M. Grimaux fait une communication sur la synthèse des substances colloïdes.

R. Romme.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 7 juin 1895.

Présidence de M. Hayem.

Inversion viscérale.

M. Gingeot présente deux malades atteints d'inversion des viscères, l'un atteint d'inversion totale, l'autre d'inversion du cœur seulement. A ce propos M. Gingeot se demande s'il s'agit d'une inversion congénitale ou acquise chez ce dernier malade. Tout fait penser qu'il s'agit d'une inversion congénitale. Cependant il existe à droite une matité pulmonaire assez nette, et on peut songer à l'existence possible d'une sclérose pulmonaire ayant attiré le cœur par suite de phénomènes de rétraction bien connus.

Hémoglobinurie paroxystique essentielle.

MM. A. Siredey et **Garnier** présentent une observation d'hémoglobinurie paroxystique essentielle chez une femme de 37 ans. Elle eut sa première attaque de ce genre il y a 4 ans. A ce moment elle fut soignée chez M. Guyon et elle avait un accès chaque fois qu'elle se refroidissait. Depuis lors sa santé a toujours été parfaite. Au mois d'avril dernier elle fut reprise de ces accès sans cause apparente. Elle eut des crises hémoglobinuriques complètes, et des crises avortées avec albuminurie seulement. Dans l'intervalle les urines étaient normales. Chacune était précédée de tous les symptômes ordinaires en pareil cas : malaise initial, frisson, constriction épigastrique, douleurs lombaires, nausées, quelquefois cyanose des extrémités. Le refroidissement en était le plus souvent la cause déterminante.

Les urines, en dehors de l'hémoglobinurie ou de l'albuminurie paroxystique, ne présentaient aucune modification dans leur constitution chimique. Avec le sang on put refaire l'expérience d'Ehrlich, et déterminer une hémoglobinhémie locale par le refroidissement du doigt. En comparant le sang de ce doigt, mis dans une éprouvette, et celui qu'on retirait de la main opposée, on ne constatait aucune différence dans le phénomène de la coagulation puis la dissolution du caillot, et l'aspect laqué du sérum total. Au spectroscope on trouvait la présence de l'oxyhémoglobine et de la méthémoglobine.

Cette coloration du sérum se retrouvait aussi bien *en dehors* que *pendant* les accès; c'est là un point à mettre en relief, et qui met hors de doute la dissolution de la matière colorante du sang dans le sérum.

Il est bon d'ajouter que la malade n'est ni syphilitique, ni paludéenne.

M. Hayem. — J'ai insisté sur trois faits qu'on retrouve dans cette observation :

1° La présence de la méthémoglobine dans les urines dès le début des accès. Or ceci prouve qu'il ne s'agit pas d'une simple dissolution de l'hémoglobine dans le sang, ainsi

qu'on l'observe par exemple quand on injecte de l'eau aux animaux, mais bien d'une transformation de l'hémoglobine en méthémoglobine résultat qu'on obtient par l'expérimentation en injectant aux animaux des substances toxiques, par exemple le chlorate de soude;

2° La redissolution du caillot dans le sérum au bout de 24 heures en moyenne, phénomène qui chez l'homme sain est beaucoup plus tardif, et se présente comme un témoignage de putréfaction;

3° L'état laqué du sang : mais c'est là un fait qu'on peut observer en dehors de l'hémoglobinurie.

L'hypothèse la plus plausible pour expliquer l'hémoglobinurie, c'est qu'il existe dans le sang une substance qui transforme l'hémoglobine en méthémoglobine, et qui produit l'hémoglobinurie. Nous ne savons malheureusement rien au sujet de cette substance, mais l'hypothèse d'une intoxication sanguine n'en reste pas moins plausible.

M. Chauffard. — Il ne faut pas négliger, à mon sens, l'influence nerveuse qui me paraît indéniable dans l'expérience classique du refroidissement local suivi d'une hémoglobinhémie locale.

M. Hayem. — Nul doute qu'il faille en tenir compte, mais je la crois incapable de provoquer à elle seule l'hémoglobinurie.

Influence des chambres de vapeur dans le croup.

M. Variot. — L'action de la vapeur d'eau dans les laryngites diphthériques ou non est bienfaisante. Grâce à elle, à Trousseau, on a abaissé de 26 0/0 à 14 0/0 le chiffre des interventions opératoires, après inoculation de sérum. Il suffit de maintenir le malade dans une atmosphère humide grâce à l'évaporation permanente qu'on fait de l'eau sur un bec de gaz ou sur une lampe à alcool.

Il y a vraisemblablement une action déliquescente de la vapeur d'eau sur les membranes et une action sédative sur la muqueuse laryngée. On voit, en effet, les phénomènes spasmodiques et le cornage s'atténuer sensiblement. On possède donc un moyen très simple de diminuer le nombre des interventions : tubage ou trachéotomie.

M. Huchard présente des pièces anatomiques : l'une concerne une *endocardite végétante mitrale mélo-pneumonique* à peu près muette pendant la vie; l'autre, une *aortite péri-coronarienne dans le cours d'une néphrite artérielle* qui s'est terminée par la mort subite, sans signe d'aortite.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 juin 1895.

Hystérectomie pour fibrome.

M. Ricard. — Les chirurgiens tendent de plus en plus, et avec raison, à pratiquer l'hystérectomie totale. Cette hystérectomie totale peut se faire par la voie vaginale, quand le fibrome ne dépasse pas l'ombilic; mais s'il remonte au-dessus de l'ombilic, le fibrome ne peut être extirpé par le vagin; restent alors l'hystérectomie abdomino-vaginale (Péan, Chaput, Richelot) et l'hystérectomie abdominale totale. A la première, et quel que soit le procédé auquel on ait recours, je reproche de compliquer les manœuvres et de favoriser l'infection; il faut éviter que l'opérateur manœuvre tantôt dans le vagin et tantôt dans la cavité péritonéale. L'idéal, c'est de n'opérer que par une seule voie, et par conséquent d'avoir recours à l'hystérectomie abdominale totale. Cette opération n'a d'ailleurs pas la mortalité qu'on lui attribue; en Amérique, en province, on la pratique avec de beaux succès. Pour ma part, je l'ai faite dix fois et n'ai eu qu'une mort. Mon insuccès tient à ce qu'au moment où j'extirpai l'utérus, il sortit par le col une masse polypeuse et par derrière une cuillerée à soupe de liquide purulent infect : la malade succomba à des accidents péritonéaux.

La technique opératoire que j'ai suivie est des plus simples : je lie les ligament larges de haut en bas et j'ouvre les culs-de-sac, en prenant le premier qui se présente; pour ce faire, un aide introduit une pince dans le vagin, en écarte les mors et me permet ainsi de pratiquer facilement une boutonnière sur la paroi vaginale légèrement tendue. Je saisis ensuite avec deux pinces les lèvres de la boutonnière et je puis alors libérer facilement mon col. L'artère utérine ne m'a pas semblé donner lieu à des hémorrhagies graves, ni être si difficile à pincer qu'on le dit d'ordinaire; je n'ai jamais eu de difficulté de ce côté. J'ai renoncé à suturer le vagin et le péritoine : l'opération est ainsi réduite dans sa durée et un drainage se trouve naturellement établi.

Au cours de l'opération, si le fibrome est trop volumineux, je n'hésite pas à le morceler, ne conservant qu'un pédicule utérin plus facile à manier.

Avant l'opération, je recommande l'antisepsie soignée du vagin et pour me mettre à l'abri de tout danger de contamination provenant de la cavité utérine, je fais bourrer cette dernière de gaze iodoformée le matin même de l'intervention.

M. Routier. — J'ai d'abord pratiqué l'hystérectomie abdominale avec pédicule externe, mais je reconnais que cette opération est suivie d'accidents immédiats et éloignés qui doivent la faire abandonner.

A l'avant-dernier Congrès de chirurgie, j'ai recommandé l'hystérectomie abdomino-vaginale, mais j'ai eu ensuite deux cas malheureux, par hémorrhagie, qui m'ont fait abandonner cette méthode.

Actuellement j'ai recours à l'hystérectomie abdominale totale et ma technique opératoire ne diffère guère de celle que vient de décrire M. Ricard : les deux seuls points sur lesquels je veux insister, c'est que je ne ferme jamais le vagin et que les cornes du vagin peuvent donner, quand elles ne sont pas bien placées, une hémorrhagie difficile à arrêter.

Enfin il ne faudrait pas oublier que la castration peut donner d'excellents résultats dans les cas de fibrome; je l'ai pratiquée trois fois dans ces derniers temps; le succès est parfait et se maintient depuis plusieurs mois. Chez les malades très affaiblies et incapables de supporter une grosse opération, c'est l'intervention de choix.

M. Tuffier. — J'ai pratiqué cinq fois l'hystérectomie abdominale pour gros fibromes non extirpables par la voie vaginale et n'ai eu qu'une mort par hémorrhagie. Ma technique est identique à celle de M. Ricard, à ce détail près, que je n'ai jamais fait de suture du vagin que je tamponne simplement : on réalise ainsi un excellent drainage. Je ne suis pas non plus de l'avis de M. Ricard qui ne croit pas la blessure de l'utérine grave; j'ai eu maille à partir avec cette artère et il me semble qu'elle est parfois difficile à pincer.

M. Quénu. — Je n'ai pas l'expérience de l'hystérectomie abdominale totale, puisque je n'ai pratiqué cette opération que deux fois. Néanmoins j'en suis très partisan et je la préfère à l'hystérectomie abdominale à pédicule externe dont les suites immédiates et éloignées sont souvent peu désirables.

Mais le point sur lequel je veux attirer l'attention, c'est qu'il ne faut pas *toujours* pratiquer l'hystérectomie abdominale totale. Si le fibrome est pédiculé, il n'y a qu'à l'extirper, comme l'on ferait pour un kyste de l'ovaire. Il y a quelque temps, j'opérai une malade chez laquelle j'avais fait le diagnostic de fibrome enclavé dans le petit bassin. Le ventre ouvert, je vis qu'il s'agissait d'un fibrome pédiculé, retombé en arrière de l'utérus et adhérent au plancher pelvien sur une étendue large comme la paume de la main. Je détachai ces adhérences, mobilisai le fibrome et pus l'extirper en liant le pédicule. Suivant alors la pratique de Terrier, je suturai le pédicule dans la plaie de la paroi et refermai l'abdomen en suturant la peau par-dessus le pédicule. La guérison fut complète.

M. Routier recommandait tout à l'heure la castration dans certains cas; je crois aussi qu'il ne faut pas éliminer d'emblée cette intervention simple. Chez des malades épuisées, j'ai obtenu par la castration d'excellents résultats qui se maintiennent depuis six et huit ans.

En résumé il faut bien voir qu'il y a des fibromes et des malades et qu'il n'est pas de règle unique à formuler. Si on se résout à l'ablation complète de la tumeur, l'hystérectomie totale abdmominale me paraît être la meilleure opération, quand le fibrome ne peut être extrait par la voie vaginale.

Ethérisation.

M. Reynier. — Les dangers de l'éther par lui-même ne

sont pas à passer sous silence, et l'embrasement des vapeurs éthérées, par exemple, est toujours à craindre quand il y a un foyer incandescent (un simple thermocautère suffit), ainsi que l'ont démontré nombre de faits.

Comme anesthésique, l'éther est inférieur au chloroforme : son action est moins durable et moins continue. Tandis que le chloroforme anesthésie sans asphyxie, l'éther anesthésie toujours par asphyxie, à tel point que les Américains appellent la méthode de Julliard la méthode par asphyxie.

L'éther provoque une salivation et une irritation bronchique intenses, d'où des complications fréquentes.

Quant à la syncope, elle est peut-être moins fréquente qu'avec le chloroforme, mais elle n'est pas rare et elle est plus grave.

L'éther donne des alertes comme le chloroforme et, il y a une huitaine, M. Reynier en a observé une dans les circonstances suivantes : son interne endormait avec le masque de Julliard un homme de trente-cinq ans, alcoolique mais non cardiaque. L'opération fut commencée avant l'anesthésie complète. Au bout de cinq minutes, le malade pâlit brusquement et ne respira plus. La respiration artificielle, tout aussitôt faite, permit de ranimer l'opéré au bout de quelques instants.

Enfin l'éther a des contre-indications nombreuses indiquées par ses meilleurs partisans. C'est ainsi qu'il ne faut pas l'employer dans les cas de shock, d'obstruction intestinale, de péritonite, de hernie étranglée, etc., ni dans les opérations portant sur le cou, la face et le crâne, ni chez les malades atteint d'affections pulmonaires, ni chez les enfants, ni chez les vieillards : enfin il faut tenir compte du mode d'éclairage et de calorification.

En présence de ces nombreuses contre-indications pourquoi renoncer au chloroforme, maintenant que nous savons mieux le manier, et l'éther n'a rien qui lui mérite de détrôner le chloroforme.

Anesthésie mixte par association du chloroforme à la spartéine et à la morphine.

P. Langlois et **B. Maurange.** — Que l'on emploie l'éther ou le chloroforme, le danger est la syncope cardiaque mortelle. Il était donc naturel de chercher un procédé d'anesthésie mixte capable de prévenir l'arrêt du cœur en le renforçant et le régularisant, et de diminuer l'action toxique du chloroforme sur les centres nerveux, en réduisant au minimum la quantité d'anesthésique employé. On obtient ce double résultat en injectant aux opérés, un quart d'heure avant l'intervention, un centimètre cube d'une solution contenant un centigramme de chlorhydrate de morphine et 5 à 10 centigrammes de sulfate de spartéine. Dans cent quatre-vingt-deux cas où l'injection préliminaire a été faite, nous n'avons jamais eu l'alerte cardiaque, les vomissements ont été exceptionnellement observés au cours de la narcose, enfin l'anesthésie a été maintenue facilement avec une quantité moyenne de 30 grammes de chloroforme.

SOCIÉTÉ D'OPHTHALMOLOGIE

Séance de juin.

La conjonctivite diphthéritique et le sérum antitoxique.

M. Morax. — Il y a des conjonctivites à association de streptocoques, staphylocoques... et des conjonctivites où le bacille de Lœfler existe seul. Souvent ce dernier manque et la virulence de l'affection n'en est pas moins grande, ainsi que le démontrent les inoculations.

Chez deux malades atteints de conjonctivite diphthéritique, les injections de sérum de Roux ont été suivies de guérison rapide. En quarante-huit heures, les fausses membranes se sont détachées.

Il n'y avait pas de lésions cornéennes. Dans un cas, le bacille de Lœfler existait seul et dans l'autre il y avait association microbienne.

En général, les diphthéries oculaires sont bénignes ; leur gravité ne provient pas des associations. Les deux cas que nous rapportons viennent s'ajouter à plusieurs autres du même genre, traités par les injections de sérum et dans lesquels on a toujours observé une grande rapidité dans la disparition des fausses membranes.

La certitude, néanmoins, de la constance de cette action curative, ne pourra être acquise que par une série de succès nombreux et comprenant des cas compliqués de lésions cornéennes.

On doit, dès le début, pratiquer deux ou trois injections de 10 cc. de sérum, sans cependant abandonner les traitements locaux habituels.

Les injections pratiquées à titre préventif dans l'entourage du malade (5 cc. au lieu de 10 cc.), auront l'avantage de dispenser des mesures d'isolement ordinaires, souvent difficiles à appliquer et à observer.

M. Darier. — J'ai observé chez un nouveau-né une ophthalmie où l'examen bactériologique a relevé la présence exclusive du streptocoque. Le sérum a agi favorablement pendant les deux premiers jours, en amenant une fonte progressive des fausses membranes et une diminution de l'œdème palpébral, ainsi que des lésions de la cornée.

Mais l'infiltration pseudo-membraneuse reprenait au bout de ces deux jours, de même que les ulcérations cornéennes, avec une intensité, une virulence et une marche rapide et envahissante, contre lesquelles tous les moyens locaux habituels et les injections de sérum restèrent impuissants. Les cornées se détruisirent complètement malgré tout.

En présence d'un fait de ce genre, il y a lieu de faire des réserves sur l'action du sérum dans les conjonctivites diphthéroïdes. Dans le cas actuel, l'insuccès complet du sérum est peut-être dû au jeune âge du petit malade, à la présence exclusive du streptocoque, à la précocité des lésions cornéennes ou à l'envahissement rapide de la conjonctive bulbaire.

M. Terson. — D'après les observations connues, comme celle de Sourdille, le sérum ne paraît pas agir dans les ophthalmies non diphthériques, où le bacille caractéristique fait défaut.

M. Abadie. — La bactériologie ne peut pas nous éclairer sur la bénignité ou la gravité des cas, le bacille de Lœfler pouvant exister dans des ophthalmies bénignes.

Dans des cas, comme celui de M. Darier, où le streptocoque existe seul et prend les apparences diphthéritiques, les injections des toxines ne peuvent-elles pas être dangereuses ?

Lorsque le microscope révèle la présence du bacille de Lœfler, on peut pratiquer des injections de sérum ; mais il peut être dangereux d'injecter du sérum de Lœfler lorsqu'il n'y a pas de bacille de Lœfler à détruire.

M. Galezowski. — Le danger vient de ne pas pratiquer, immédiatement dès le début, le traitement classique (cautérisations avec le nitrate d'argent au 1/40, pratiquées deux fois par jour), qui ne donne jamais d'insuccès ni de déboires. Les ophthalmies franchement diphthéritiques sont rares ; je n'en ai observé que quelques cas, et la plupart des conjonctivites avec exsudations membraneuses ne sont que des variétés de l'ophthalmie purulente. En faisant des examens bactériologiques avant d'instituer un traitement énergique, on perd un temps précieux, pendant lequel la maladie fait des progrès souvent très rapides, amenant des lésions cornéennes graves (ulcères, nécroses, perforations). Tous les enfants, qui me sont amenés avec des lésions cornéennes de ce genre, n'ont pas été soignés dès le début de l'affection ou bien ils l'ont été par des moyens insuffisants et dès lors dangereux. Le moyen héroïque, nous l'avons avec le nitrate d'argent. Employons-le donc le plus tôt possible, et tâchons d'obtenir des pouvoirs publics une réglementation relative aux soins à donner aux nouveau-nés atteints d'ophthalmie.

Les recherches bactériologiques et les méthodes qui peuvent en découler ne doivent pas nous faire abandonner ou négliger une pratique excellente et sûre, lorsqu'elle est employée à temps et suivant certaines règles.

M. Darier. — Il est certain que jusqu'à nouvel ordre, le nitrate d'argent doit être le traitement classique des ophthalmies purulentes. Mais souvent on voit des fausses membranes conjonctivales non diphthéritiques et qui sont dues à des cautérisations de nitrate d'argent, intempestives ou trop violentes.

Lésions de la papille et du nerf optique dans les tumeurs cérébrales

M. Rochon-Duvignaud. — Les névrites n'ont pas une origine infectieuse, comme Deutschmann le pense. En effet, les œdèmes papillaires existent sans atteindre ni la fonction visuelle qui reste intacte, ni les éléments anatomiques. La papille peut rester longtemps œdématiée sans s'atrophier. La guérison peut s'obtenir par trépanation, argument décisif contre la théorie de Deutschmann et en faveur de la théorie de Parinaud. Les névrites sont donc un œdème lymphatique du nerf optique qui est le prolongement orbitaire de la substance cérébrale.

Cet œdème ne suppose pas un excès de tension intra-crânienne. Le nerf optique est protégé par sa gaine, et les altérations histologiques sont d'origine purement œdémateuse. Il y a un processus ascendant.

M. Kœnig. — Les tumeurs cérébrales produisent tantôt une atrophie simple, tantôt une névrite avec œdème ; il est donc difficile d'en diagnostiquer la présence ou la nature par le simple examen ophthalmoscopique.

M. Abadie. — Il n'est pas possible d'attribuer une cause unique (œdème lymphatique), comme l'a dit M. Parinaud, à une affection aussi variée que la névrite optique. Je crois que la théorie infectieuse explique beaucoup mieux les processus de névrite.

M. Galezowski. — Je ne suis pas partisan de la théorie infectieuse de Deutschmann. Lorsque les voies lymphatiques sont altérées près de la lame criblée, il se produit un étranglement du nerf optique et la vue se perd malgré la guérison du processus. C'est du côté des voies lymphatiques oculaires qu'il faut chercher la pathogénie des névrites.

Syphilide de la paupière guérie par le traitement ioduré seul et suivie néanmoins d'accidents cérébraux.

M. Dubarry présente une syphilide phagédénique énorme de la paupière survenue chez un homme, vingt-deux ans après l'accident initial. En quelques jours, la guérison est obtenue par de fortes doses d'iodure de potassium. On continue l'iodure et on y joint les frictions mercurielles. Néanmoins des accidents cérébraux surviennent (convulsions, ptosis, paralysie faciale, aphasie) qui résistent à l'iodure et aux frictions et ne finissent par céder que par les injections hypodermiques de cyanure d'hydrargyre.

Ce fait prouve, une fois de plus, que dans les manifestations graves et tardives de la syphilis, les injections sous-cutanées peuvent seules donner des résultats.

M. Parinaud, au nom de **M. Péchin,** présente un travail sur *des lésions oculaires et des sinusites d'origine dentaire.*

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

VI° CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ DE GYNÉCOLOGIE ALLEMANDE

Tenu à Vienne du 5 au 7 juin 1895.

Ruptures de l'utérus.

M. Sænger (Leipzig), après avoir donné sous forme d'un tableau très détaillé la classification des ruptures de l'utérus au point de vue anatomique et au point de vue du moment de la production des ruptures, passe en étude les diverses formes qu'il a signalées.

Les ruptures dites intra-péritonéales des parties de l'utérus non recouvertes par le péritoine sont en rapport avec les déplacements et l'état de tension du péritoine. Dans les ruptures sous-péritonéales le péritoine reste intact non seulement parce que la rupture se produit très lentement et par l'effet d'une force moyenne, mais encore parce qu'au moment de la rupture du col et de la partie adjacente du corps, il se trouve sous une tension modérée. Dans ces conditions il peut se former entre la rupture et le péritoine soulevé un espace considérable que fréquemment on trouve rempli de sang, de caillots, de parties fœtales.

Les ruptures utérines de la troisième période de l'accouchement ne sont jamais spontanées. L'expression forcée du placenta à un moment inopportun, quand l'utérus est flasque et atone, peut amener une déchirure de l'utérus, allant jusqu'au péritoine et correspondant de la sorte à la fissure musculaire de l'utérus. En cas d'existence d'une rupture incomplète, on peut ainsi amener la déchirure du péritoine avec passage du placenta dans la cavité abdominale.

Parmi les formes très rares de ruptures on peut citer la rupture incomplète externe, rupture ordinairement multiple et s'accompagnant d'une déchirure du péritoine, et la fissure utérine intra-péritonéale dont M. Sænger a observé deux cas.

Sous le nom de rupture latente de l'utérus on peut désigner avec Freund les déchirures du corps de l'utérus, qui ne portent que sur la couche musculaire et vont jusque sous le péritoine. Comme certaines fissures péritonéales, elles sont produites par des traumatismes extérieurs et peuvent sous ce rapport encore être envisagé comme des fissures musculaires internes de l'utérus. On peut se figurer que dans ces cas le péritoine a résisté davantage que la couche musculaire flasque, non contractée de l'utérus. Elles peuvent encore être produites par un traumatisme interne, par exemple par la création d'une fausse route pendant le décollement du placenta. C'est dans ce groupe de cas qu'il faut ranger les hématomes et les exsudats que l'on découvre quelques heures ou quelques jours après l'accouchement dans un point inaccoutumé, dans le tissu conjonctif supra-vésical par exemple. Ces hématomes proviennent de petites déchirures latentes du col et de la portion adjacente du corps de l'utérus.

L'usure de l'utérus doit être nettement distinguée de la rupture, car les deux états peuvent coexister dans le même utérus. L'usure est une cause prédisposante aux ruptures.

La rupture de l'utérus peut encore survenir à toutes les époques de la grossesse. Sans parler des traumatismes qui ouvrent la paroi abdominale de l'utérus, ni des perforations de l'utérus dans un but d'avortement, on peut diviser ces ruptures, d'après leur origine, en traumatiques et spontanées. Les causes des ruptures spontanées sont les mêmes qui interviennent dans les deux premières périodes de l'accouchement. Il y a entre les ruptures de la grossesse et les ruptures de l'accouchement, cette différence que dans les premières la rupture occupe presque toujours le corps de l'utérus, principalement le fond et les cornes.

Parmi les causes des ruptures de l'utérus il faut distinguer entre les causes prédisposantes et les causes mécaniques :

Les causes prédisposantes peuvent être acquises ou congénitales. Parmi les premières on peut citer : 1° la présence des cicatrices résultant des déchirures antérieures, des opérations césariennes, des pertes de substance de causes diverses ; 2° l'existence d'une dilatation avec amincissement des parois par le fait des accouchements antérieurs avec ou sans formation de diverticules consécutifs à l'atrophie ; 3° l'atrophie acquise de tout l'utérus par hyper-involution ou par annexite ou par diathèse morbide (tuberculose, maladie de Basedow, morphinomanie, etc.) ; 4° placenta prævia avec amincissement et ramollissement du segment inférieur.

Les causes prédisposantes d'origine congénitale sont : 1° l'amincissement partiel de la paroi utérine dans les malformations légères du fond de l'utérus ou en cas d'obliquité de l'utérus ; 2° les malformations graves de l'utérus simple ou double ; 3° l'hypoplasie de l'utérus et du vagin.

Un autre groupe comprend les cas où la friabilité excessive des parois utérines est le fait d'un processus pathologique (infection septique avant et après l'accouchement, thrombose avec infarctus hémorrhagiques, œdème, gangrène, métrite chronique interstitielle, tuberculose, syphilis, cancer).

Quant au mécanisme des ruptures il tient à un désaccord entre les trois facteurs principaux : le canal génital, le fœtus et la force d'expulsion. La rupture se produit donc : 1° quand le canal génital est fixé en bas ; 2° quand une force tire en haut sur le muscle utérin et le fait glisser sur son contenu ;

3° quand ces deux facteurs antagonistes se rencontrent dans un point distendu et aminci de l'utérus.

Les facteurs mécaniques que l'on a alors à envisager sont: 1° les contractions utérines, c'est-à-dire la force expulsive coïncidant avec une augmentation de la tension intra utérine et s'accompagnant d'une augmentation de la pression intra-abdominale ; 2° les traumatismes extérieurs (choc, chute, coup sur le ventre, etc.) ; 3° les traumatismes internes comprenant toutes les interventions manuelles ou instrumentales ; 4° les rétrécissements du bassin, absolus ou relatifs, acquis ou congénitaux, et tenant à une affection du squelette ; 5° les obstacles du côté des parties molles (sténose du col, utérus bicorne, sténose du vagin, contractions violentes de l'utérus, néoplasmes) ; 6° obstacles par processus pathologiques du côté des autres organes du petit bassin ; 7° obstacles du côté de l'œuf.

Traitement des ruptures de l'utérus.

M. Fritsch (Bonn). — La prophylaxie générale de la rupture de l'utérus, en cas de bassin rétréci, consiste, dans la présentation de la tête, à coucher la parturiente sur le côté correspondant au point le plus distendu du canal génital. Il faut en même temps engager la malade de ne pas pousser tant que la tête reste élevée.

Pour accélérer l'accouchement il faut mettre la malade dans la position de Walcher et essayer, avec toute la douceur possible, de faire descendre la tête.

Quand la rupture paraît imminente, il faut à tout prix terminer l'accouchement. La méthode choisie sera celle qui tiendra le mieux compte du manque d'espace dans la filière pelvienne. En cas de présentation de la tête on fera la perforation, opération qui donne de bons résultats pour la mère. Dans les positions obliques on ne tentera la version *sous la narcose chirurgicale* que si l'enfant est encore vivant.

Si la rupture s'est effectuée et que l'enfant se trouve dans la cavité abdominale, il faut faire la laparotomie. Si l'enfant est passé seulement en partie dans la cavité abdominale, on tentera l'extraction par le vagin si cette opération paraît devoir se faire facilement. Dans les cas contraire, ou bien quand il existe une hémorrhagie, il est préférable de faire la laparotomie.

Ni le tamponnement, ni la compression, ni les deux réunis ne sont capables d'arrêter toutes les hémorrhagies qui surviennent après la rupture de l'utérus. La ligature par la voie vaginale des vaisseaux qui saignent n'est pas un moyen sûr. Seule la laparotomie permet de lier tous les vaisseaux et d'assurer complètement l'hémostase. Si l'hémorrhagie s'arrête spontanément et pendant quelques heures, on peut essayer l'opium et le repos absolu.

La désinfection du vagin ou la désinfection de la cavité abdominale par le vagin, ne sont pas à conseiller.

L'ablation sus-vaginale de l'utérus n'est indiquée que dans les cas où l'organe est infecté ou lorsqu'il existe un fibromyome.

Discussion.

M. Olshausen (Berlin) insiste sur ce fait qu'une rupture ne se produit jamais brusquement, mais progressivement, de sorte qu'il se peut fort bien que la rupture s'effectue au moment même où se termine l'accouchement. Il ne comprend pas la distinction établie par Freund entre les présentations obliques et transversales, d'autant plus que lorsque les membranes sont rompues, on ne trouve plus de présentations obliques pures.

Le conseil de Fritsch de défendre à la femme de pousser paraît à M. Olshausen tout à fait superflu. D'un autre côté, il ne croit pas qu'une compression uniforme de la tête dans le but de la faire descendre, puisse augmenter le danger de la rupture.

M. Hofmeier (Wurzburg) ne pense pas non plus que les tentatives de faire descendre la tête puissent produire une rupture : tout au plus peuvent-elle amener une attrition de l'utérus.

Quant à l'hypothèse de Sænger d'après lequel l'anneau de contraction correspondrait aux fibres qui enserrent le col, M. Olshausen ne la croit pas exacte pour tous les cas? Pour ce qui est du segment inférieur de l'utérus, il est actuellement démontré qu'il fait partie du corps de l'utérus.

M. Fritsch trouve que le terme d'anneau de constriction n'est pas bien choisi. Cet anneau qu'on sent bien au toucher pendant la vie ne se retrouve jamais à l'autopsie.

M. Winckel (Munich) ne pense pas non plus que les pressions exercées sur la tête pour la faire descendre puissent amener une rupture de l'utérus, à moins que les manipulations ne soient conduites d'une façon tout à fait brutale.

Quant à la rupture pendant la grossesse, M. Winckel a observé un cas où cette rupture était en rapport avec la rupture d'un myome kystique.

M. Tauffer (Buda-Pest) a observé sur 10048 accouchements 43 ruptures dont 25 complètes et 17 incomplètes. Quatre ont été amenées à la clinique dans un état désespéré ; sur les trois qui ont été laparotomisées, une succomba au choc, deux à la septicémie. Le tamponnement avec la gaze iodoformée a réussi chez 5 femmes du premier groupe et chez 12 du second.

M. Neugebauer (Varsovie) préconise l'hystérectomie vaginale en cas de rupture complète de l'utérus.

M. Chrobak (Varsovie) n'a jamais obtenu de bons résultats avec le tamponnement iodoformé. L'hystérectomie vaginale est très facile en cas de rupture, et l'opération ne demande pas plus de 4 ou 5 minutes.

Rupture spontanée de l'utérus non gravide.

M. Meinert (Dresde) a observé deux cas de rupture spontanée de l'utérus. Dans le premier cas il s'agissait d'une femme ordinairement bien portante, ayant eu deux enfants, qui un jour est prise de phénomènes péritonéaux graves qu'on semble pouvoir attribuer à une hématocèle rétro-utérine. La laparotomie, qui permit de confirmer le diagnostic d'hématocèle, montra en même temps que le fond de l'utérus qui avait les dimensions d'une tête d'adulte présentait une déchirure antérieure. Les bords de la déchirure furent suturés aux lèvres de la plaie abdominale et la cavité utérine bourrée de gaze iodoformée. La malade guérit après une ponction vaginale de l'hématocèle qui avait subi la transformation purulente.

Dans le second cas, il s'agissait d'un pyomètre chez une femme traitée pour une atrésie du vagin. Le pus perfora l'utérus et s'accumula dans le cul-de-sac de Douglas.

Perforation de l'utérus par tentatives d'avortement.

M. Haberda (Vienne) présente une série de pièces relatives aux perforations de l'utérus produites par des tentatives d'avortement.

Dans quatre cas qui ont toutes succombé à la péritonite purulente, la perforation siégeait au niveau de l'orifice interne; dans deux autre cas, elle occupait le fond de l'organe. Dans plusieurs cas M. Haberda trouva, à côté de la perforation utérine, une perforation de la paroi postérieure de la vessie.

Chez une jeune fille de 17 ans, qui n'était pas enceinte, on trouvait une perforation avec canal qui traversait le rectum, les parois antérieure et postérieure de la vessie et enfin l'intestin grêle.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE HEIDELBERG

Séance du 14 *mai* 1895.

Formation d'urée dans le foie.

M. Gottlieb. — La formation de l'urée dans le foie a été définitivement établie par une série de recherches expérimentales. D'un autre côté les recherches cliniques de Weintraud, Munzer, de même que les expériences de Neucki, Pawlow, Pick et autres, ont montré que la formation de l'urée continue à se faire d'une façon presque normale, quand même on ne conserve qu'une portion insignifiante de parenchyme et que l'urée ne se forme plus que dans les cas où le foie est complètement extirpé ou isolé de la circulation.

Pour étudier cette question de plus près M. Gottlieb a entrepris une série d'expériences qui lui ont donné les résultats suivants :

Si on prenait de la pulpe de foie qu'on mélangeait avec une solution physiologique de chlorure de sodium, on constatait que lorsque le mélange était maintenu à la température du corps, on trouvait au bout d'un certain temps une certaine quantité d'urée. Pour la réussite de cette expérience il est de toute nécessité d'opérer aseptiquement de façon à éviter la putréfaction qui avant tout décomposait l'urée.

Cette expérience réussissait encore mieux lorsque le mélange était additionné d'un liquide qui abolissait l'activité biologique des cellules hépatiques.

Ainsi dans une expérience le foie d'un chien tué par hémorrhagie, est rapidement réduit en pulpe et une partie mise dans l'alcool et l'autre dans de l'eau distillée saturée de chloroforme. Dans ces conditions on trouvait dans l'eau chloroformée qui, comme on sait, abolit l'activité des cellules hépatiques, 0,50 centigrammes d'urée par 1000 gr. de foie. Mais si le mélange de pulpe de foie et d'eau chloroformée était mis pour 1 heure à une température de 70-80°, l'augmentation de la production d'urée n'avait plus lieu.

Cette expérience, qui montre que la cellule hépatique fonctionnellement abolie continue à former de l'urée et que cette formation n'a pas lieu quand la température était élevée à 70-80°, permet de conclure que *la formation d'urée dans le foie s'effectue par l'intermédiaire d'un ferment.*

L'intervention d'un ferment explique suffisamment le fait constaté par les cliniciens et les expérimentateurs, à savoir que la persistance d'une quantité minime de parenchyme hépatique fonctionnellement suffisant assure la formation presque normale d'urée.

Pseudomélanose.

M. Arnold. — Il s'agit d'un malade observé à la clinique du professeur Zeller et chez lequel, à la suite d'un érysipèle récidivant de la face, il se forma, sur les deux joues, une série de nodules des dimensions d'une lentille, et présentant un reflet noirâtre. Ces nodules furent incisés, et au moment de l'opération on constata que le tissu conjonctif sous-cutané et le tissu adipeux présentaient une infiltration noirâtre ; plus profondément se trouvait une petite couche de pus.

Dans la suite des abcès analogues se formèrent sur d'autres points du corps, si bien que dans l'espace de 18 mois on a ouvert 650 abcès; quelques-uns de ces abcès renfermaient des gaz.

La formation de ces abcès était manifestement en rapport avec l'érysipèle; on les considère donc comme d'origine métastatique. Quant à l'origine des gaz, les recherches bactériologiques très incomplètes et l'insuffisance de la quantité de gaz qu'on a pu recueillir dans ce cas, n'ont pas permis d'élucider ce point. L'examen de la peau durcie dans l'alcool ne permit pas d'y découvrir des micro-organismes spécifiques.

La coloration noire des parois des abcès tenait à la couleur gris foncé, parfois noire, du tissu adipeux, des fibres conjonctives et élastiques, et des éléments conjonctifs et élastiques des vaisseaux; le contenu des capillaires et les parois de ces derniers étaient également noirs. Toutes ces parties ont présenté à l'examen chimique la réaction du fer. Les cellules renfermaient des granulations, les unes grises, les autres brunes ou noires; le protoplasma des cellules et surtout celui des cellules géantes, était coloré en vert jaune ou en gris couleur de fumée. Au voisinage de ces foyers on trouvait des foyers hémorrhagiques, les uns récents, d'autres anciens et présentant les transformations classiques de pigment.

Pour M. Arnold cet état pigmentaire peut être comparé à la pseudo-mélanose où préexiste un processus vital de formation d'hémosidérine, tandis que la formation de sulfure de fer doit être attribué au développement d'hydrogène sulfuré qui se forme pendant la putréfaction. Dans le cas rapporté par M. Arnold les deux processus ont évolué parallèlement, et le cas en question peut servir d'exemple de pseudo-mélanose vitale.

Des processus analogues s'observent dans certaines formes de gangrène. La pseudo-mélanémie signalée par Grohe doit être considérée comme une sidérose hématogène où l'hémosidérine est transformée en sulfure de fer par l'hydrogène sulfuré mis en liberté après la mort.

La pseudo-mélanose a de commun avec l'achronose la coloration gris foncé, noirâtre des éléments conjonctifs et élastiques ; ce qui distingue ces deux états pigmentaires, c'est que dans l'achronose la réaction de fer fait défaut dans les tissus colorés par le pigment.

AUTRICHE

CLUB MÉDICAL DE VIENNE

Séance du 29 mai 1895.

Myxœdème.

M. Hock a montré une fille de 11 ans, naine, qui dès sa naissance a présenté un développement anormal du tissu adipeux et une consistance gélatineuse de la peau; phénomènes qui évoquaient dans l'esprit l'idée d'un myxœdème. Les facultés psychiques et intellectuelles de même que la parole se sont pourtant développées d'une façon normale.

Actuellement on trouve chez cette malade une hypertrophie du tissu adipeux, particulièrement marquée au niveau des articulations, un très faible développement du système musculaire et une lordose lombaire. Le nez semble effondré et la voûte palatine, au lieu d'être horizontale, présente une direction presque verticale. La glande thyroïde n'est pas atrophiée, le pouls n'est pas ralenti.

Atonie intestinale.

M. Federn. — L'importance pathologique de l'atonie intestinale n'a été sérieusement envisagée que le jour où l'on a appris le rôle des fermentations anormales qui se passent dans l'intestin et qui, par leurs produits passant dans la circulation, peuvent retentir sur l'état général.

Au point de vue mécanique, la fonction de l'intestin consiste dans l'élimination par le gros intestin d'une certaine quantité de matières fécales. L'atonie se manifeste justement par des troubles des fonctions mécaniques de l'intestin qui au début se présentent sous forme d'un ralentissement des évacuations alvines et plus tard sous celle d'accumulation de matières fécales dans l'intestin.

Au point de vue clinique on peut distinguer à l'atonie intestinale trois degrés : 1° l'insuffisance de l'intestin; 2° la paresse de l'intestin; 3° l'atonie partielle de l'intestin.

La dernière forme, l'atonie partielle de l'intestin, est produite par l'impossibilité pour une partie du gros intestin, d'expulser son contenu. Cette atonie se manifeste en premier lieu par l'odeur particulièrement pénétrante des matières fécales et par la matité partielle qu'on trouve à la percussion du gros intestin. Souvent on trouve en même temps de la diarrhée et du catarrhe intestinal. La diarrhée des tuberculeux n'a souvent d'autre raison qu'une atonie partielle de l'intestin. Quelquefois ces malades ont de la fièvre, qui s'observe particulièrement souvent chez les enfants et les vieillards. La fièvre, qui a un type nettement rémittent, s'accompagne fréquemment de tuméfaction de la rate et d'un état saburral de la langue.

Dans le traitement de l'atonie partielle de l'intestin il faut éviter avant tout les astringents, les préparation d'opium, voire même les antiseptiques. Ce qui réussit le mieux dans cette forme c'est la faradisation de la partie atonique de l'intestin.

La symptomatologie de la paresse intestinale est bien connue, et le diagnostic est souvent fait par le malade. En fait de traitement, il faut mettre le malade à une diète alimentaire laissant peu de résidus et parer aux phénomènes de putréfaction intestinale par l'administration des purgatifs que souvent on est obligé de répéter. Le traitement local consistera dans l'électrisation et le massage percutoire du gros intestin.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Du chloro-brighthisme. Toxicité urinaire et oxydations dans la chlorose, par le Dr F. Chatin, chef de clinique médicale à la Faculté de Lyon. Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, 1894. Gr. in-8°, 116 pages. 3 f. 50.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Note sur un nouveau cas d'actinomycose de la face: joue et région temporo-maxillaire gauches. Médication iodurée. Guérison, par M. le professeur A. Poncet.

J'ai, dans diverses communications ou publications, montré la fréquence relative de l'actinomycose dans la région lyonnaise. Voici un nouveau fait, il vient à l'appui de l'opinion, qu'en France, cette affection parasitaire doit être souvent méconnue et qu'elle est très probablement, aussi fréquente chez nous, qu'à l'étranger.

A la fin du mois de janvier dernier se présentait dans mon cabinet M. A. P., de Villefranche-sur-Saône. Il était porteur d'un phlegmon suppuré bizarre de la joue gauche et m'était envoyé par mon distingué confrère le docteur Guyot qui avait diagnostiqué une lésion actinomycosique. Avec mon collègue, le professeur M. Pollosson qui, le même jour, examina ce malade, nous n'avons pu que confirmer ce diagnostic et conseiller la continuation de la médication iodurée qui avait été instituée, M. A. P..., ne voulant pas, du reste, entendre parler d'une intervention quelconque.

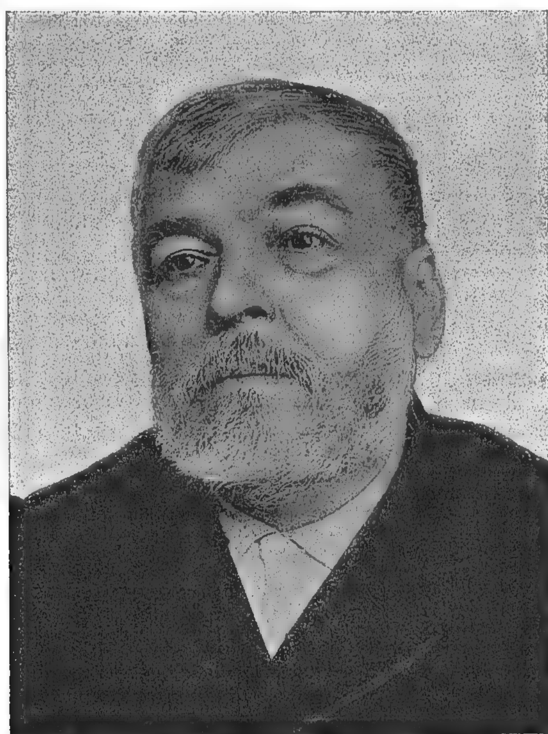
Je dois au docteur Guyot les renseignements qui suivent :

M. A. P..., architecte, âgé de 54 ans, est un homme vigoureux, d'une bonne santé habituelle, sans antécédents pathologiques — il n'a pas eu la syphilis.

La maladie débuta, dans le courant de novembre 1893, par une inflammation douloureuse des gencives, au niveau des dernières molaires inférieures gauches qui étaient, du reste, saines et dont le malade n'avait point souffert jusqu'alors. Cette périostite alvéolo-dentaire survenait sans cause appréciable. Plus tard, lorsque l'affection ne laissait plus de doute sur sa nature actinomycosique, on apprit du malade, interrogé à ce point de vue, qu'il avait l'habitude, lorsqu'il se promenait dans la campagne, de se mettre à la bouche, de mâcher des brins d'herbe et de paille.

A des douleurs particulièrement vives s'ajoutait un trismus très prononcé, l'écartement des mâchoires, au niveau des incisives, était à peine de 0,01 centim.; quant à la tuméfaction gingivale elle paraissait peu marquée.

Le 5 décembre, une ouverture spontanée se produisit dans la bouche au niveau de la dernière molaire, il s'en écoula une très petite quantité de liquide séro-sanguinolent et presque pas de pus. A partir de ce moment, les douleurs disparurent, mais le gonflement de la région persista et l'écartement des mâchoires était toujours impossible. Néanmoins, le malade, qui ne souffrait pas, reprit ses occupations. Son médecin qui avait naturellement supposé une périostite alvéolo-dentaire simple ne le revit plus jusqu'au mois d'août 1894.





Actinemycose de la joue et de la région temporo-maxillaire gauches Lorsque le malade a pu être photographié, seulement le 19 février dernier, la lésion qui remontait à 15 mois (novembre 1893) avait été profondément modifiée par une médication iodurée énergique commencée en novembre 1894. La tuméfaction avait d'après le Dr Guyot qui donnait ses soins au malade, diminué au moins des trois quarts.

A cette époque, le gonflement de la région avait considérablement augmenté. Une tuméfaction dure existait au niveau de l'angle de la mâchoire, elle était très apparente, sans changement de coloration de la peau, le trismus persistait, la bouche ne s'ouvrait toujours pas. On songea à une ostéo-périostite de la branche montante du maxillaire inférieur et on prescrivit un gramme d'iodure de potassium par jour.

Après trois semaines de ce traitement on notait une amélioration considérable de tous les symptômes. On dut toutefois cesser l'iodure que le malade ne pouvait absolument plus supporter.

Au 19 septembre, commença une nouvelle phase de l'affection. La tumeur grossit considérablement. De l'angle de la mâchoire, elle s'étendit aux régions parotidienne et mastoïdienne.

Elle avait, à ce moment, l'apparence d'un phlegmon profond, elle occasionnait des douleurs extrêmement vives. Elle était dure, bosselée et elle présentait, à s'y méprendre, l'aspect d'un sarcome sur le point de s'ulcérer, simultanément, en plusieurs endroits.

Le Dr Guyot était, dit-il, « complètement dérouté, il n'avait jamais rien vu de semblable ». Un confrère, dont il demanda l'avis, crut à un volumineux abcès d'origine dentaire et fit extraire une dent qui paraissait suspecte. Le résultat fut nul.

Les douleurs persistaient toujours très vives, mais elle ne tardèrent pas à cesser; car la tumeur s'ouvrit, enfin, spontanément, d'abord dans le conduit auditif externe, puis tout autour de l'angle de la mâchoire, en *seize endroits différents*. Ces diverses ouvertures qui se produisaient tous les 8 ou 10 jours, environ, étaient toujours précédées de violentes douleurs et suivies d'un grand soulagement. Elles donnaient issue à une faible quantité de liquide séro-sanguinolent, contenant de *petits grumeaux de matière jaune*, mais jamais on ne vit de pus franchement phlegmoneux. Dans l'espace de trois ou quatre jours, ces perforations spontanées se cicatrisaient presque sans laisser de trace, une seule fistule persista pendant 15 jours environ.

A aucun moment, il n'y eut d'élimination de séquestres, Le 5 novembre on trouva dans les pièces de pansement. deux petits corpuscules calcaires de 2 à 3 millimètres de diamètre environ, l'examen montra qu'il ne s'agissait pas de parcelles osseuses.

C'est alors que, pensant sérieusement à l'actinomycose, on institua de nouveau un traitement énergique par l'iodure de potassium à la dose de 4 gr. par jour; cette médication fut bien tolérée par le malade.

Pendant un mois et demi, l'état local resta à peu près stationnaire, puis on constata une amélioration.

Ce traitement fut rigoureusement continué et cinq mois après (20 avril) le malade était complètement guéri. Très pusillanime, il avait, dans l'intervalle, refusé toute espèce d'intervention chirurgicale; incision, drainage, curetage des abcès, etc., qui aurait certainement avancé la guérison.

L'histoire de ce malade est tout à fait caractéristique. Elle rappelle en tous points celle de plusieurs actinomycosiques dont nous avons publié les observations (1). C'est la sixième fois (1 cas de Rochet) que nous voyons les lésions actinomycosiques se développer au niveau de l'angle du maxillaire inférieur pour s'étendre plus ou moins loin, en suivant la branche montante, du côté de la région parotidienne, de la fosse temporale correspondante. Il s'agit donc bien là d'un lieu d'élection (6 fois sur 10 cas). Ici encore, au début, le diagnostic fut incertain, on crut à une périostite alvéolo-dentaire simple, mais l'affection gagne du terrain et si l'on songe à de l'actinomycose, ce diagnostic s'impose. C'est qu'en effet, la tuméfaction de la joue, de l'angle inférieur de la mâchoire, de la fosse temporo-maxillaire, tuméfaction dure, ligneuse, *d'apparence sarcomateuse*, a quelque chose de spécial pour le clinicien qui a déjà rencontré des cas de ce genre.

Quoique paraissant bien être de nature inflammatoire, les lésions, comme je l'ai fait maintes fois remarquer, ont une physionomie bizarre, elles éveillent en même temps l'idée d'un néoplasme. Lorsque la suppuration se fait attendre, on peut aisément croire à une tumeur maligne. L'intensité des douleurs au début, beaucoup plus grande que dans une simple périostite alvéolo-dentaire, leur persistance, leur acuité avec chaque nouvelle poussée d'un phlegmon, dur, à siège spécial: angle inférieur de la mâchoire, régions parotidienne, temporo-maxillaire, un trismus précoce et persistant, rappelant celui des accidents provoqués par l'éruption vicieuse d'une dent de sagesse, enfin l'absence d'abcès suppurant, d'un pus vraiment phlegmoneux; en voilà plus qu'il n'en faut, pour soupçonner et même affirmer l'actinomycose.

(1) A. Ponce. De l'actinomycose humaine à Lyon. *Gazet. hebd. de méd. et de chirurg.*, Avril 1895.

Dans des cas de ce genre, le diagnostic est aussi certain, en dehors des petits grains jaunes que l'on peut trouver dans les secrétions et qui sous le microscope, sont constitués par des actinomyces, que celui de certaines lésions syphilitiques, tuberculeuses par exemple, qui sont parfois, comme on l'a dit, la signature de l'une de ces maladies.

Il est trois points que je désire mettre encore en relief et qui visent, dans le cas actuel, le mode d'infection, l'intégrité du squelette, enfin l'heureuse action de l'iodure de potassium.

Nous avons vu que M. A. P., architecte dans une petite ville, avait, pendant ses promenades à la campagne, l'habitude de mâcher souvent des brins d'herbe, de paille. Est-ce par ces fétus d'herbe, de paille, que s'est faite l'infection, en l'absence de tout autre mode de contaminations! (l'enquête du Dr Guyot n'a révélé aucune autre particularité étiologique telle que contact avec des animaux malades, etc.)

Nous l'admettons volontiers et cela d'autant mieux que dans diverses observations on a signalé ce mode d'inoculation. C'est ainsi que MM. Legrain et Guermonprez ont également relevée comme cause de l'actinomycose, la blessure produite par une paille mâchée (*Académie de médecine* 1892). Un étudiant soigné par Reverdin pour un actinomycome de la région maxillaire, n'avait aucun rapport avec les animaux, mais il avait également l'habitude, dans ses promenades, de mâchonner des épis, des brins de paille. Des faits de même ordre ne sont pas rares, les grains d'orge, d'avoine (Doyen), les épis de blé (Wolfler), ont été, à juste raison, incriminés. Au mois de janvier dernier, j'ai présenté à l'Académie de médecine, de très belles cultures d'actinomyces, obtenues, dans mon service, par mon chef de laboratoire, le Dr Dor. Les grains de blé et d'avoine ensemencés étaient recouverts d'une couche jaune, pulvérulente, très particulière.

Il est donc infiniment probable que, chez notre malade, la contamination s'est faite par l'intermédiaire de l'un des brins d'herbe ou de paille qu'il avait la fâcheuse habitude, comme beaucoup de gens de la campagne, du reste, de se mettre à la bouche. Le parasite a dû, suivant la règle, en pareil cas, pénétrer par quelque effraction des gencives et pénétrer de proche en proche dans les tissus voisins. Son invasion, puis son extension progressive ont provoqué des douleurs très vives que nous avons rencontrées chez la plupart de nos actinomyciques. Ces douleurs, souvent atroces, reconnaissent certainement pour cause l'infiltration du champignon dans les tissus, elles coïncident, en effet, avec l'accroissement, avec des poussées de la maladie.

L'ouverture spontanée ou autre des foyers enflammés les fait disparaître plus ou moins complètement, mais par un mécanisme, qui est plutôt la mise en liberté de l'agent infectieux que par celui du débridement, car, lorsque la peau ou la muqueuse s'est ulcérée, on est tout étonné de voir la petite quantité de liquide qui s'écoule

(1) Dans leur récent traité : *Actinomycose* (bliothèque Charcot-Debove), MM. Guermonprez et Bécue mettent bien en évidence, chez les animaux et chez l'homme, le rôle infectieux des aliments herbacés, du fourrage, des céréales qui servent d'hôte, de véhicule, au champignon rayonné.

au dehors et qui est plutôt séro-sanguinolent que purulent.

L'actinomyce est assurément *pyogène*, mais il est surtout *sclérogène*, et si la suppuration devient relativement abondante, cette abondance nous semble devoir être attribuée surtout dans la région cervico-faciale, à d'autres agents microbiens, ayant par les fistules envahi les tissus malades (infections mixtes).

Ici encore, ce sont les parties molles, le tissu cellulaire, les couches parostales qui ont été envahies.

Dans des faits de ce genre, comme l'a bien indiqué Rochet (1), et ainsi que je l'ai observé chez plusieurs de mes malades, le squelette, lorsqu'il est atteint, n'est pris que consécutivement. On se trouve en présence d'une périmaxillite et non d'une maxillite d'emblée. Il n'y a pas, tout au moins, pendant un certain temps, de surface osseuse dénudée, de nécrose. Le stylet introduit par les fistules contourne le squelette, sans le rencontrer directement.

Les ganglions font également défaut, de telle sorte que ce n'est ni par la voie sanguine ni par les lymphatiques, mais bien de proche en proche, dans les mailles du tissu conjonctif que se font tout au moins, pendant un certain temps, et l'inoculation et l'extension du champignon rayonné.

Chez notre malade, l'iodure de potassium administré par le Dr Guyot, à la dose d'un gramme par jour, lorsque les lésions étaient encore peu étendues, avait amené une amélioration notable, mais par suite d'intolérance on dut le supprimer. Quelques semaines après, survenait une nouvelle poussée inflammatoire, avec tuméfaction considérable de la région envahie, et on pouvait croire à un sarcome, les caractères de la lésion étaient tels, ils étaient si déconcertants, que l'on s'arrêta définitivement au diagnostic d'actinomycose. Ce diagnostic confirmé, on donna alors l'iodure de potassium à la dose de 4 grammes par jour, le malade se refusant à toute opération.

Sous l'influence de ce seul traitement le guérison fut obtenue mais après cinq mois, de la médication iodurée. Cette particularité confirme l'opinion que nous avons déjà émise sur l'action de l'iodure de potassium, médicament spécifique de l'actinomycose, comme de la syphilis. C'est que l'iodure agit d'autant mieux et triomphe plus rapidement de l'actinomycose qu'il est administré à une époque plus rapprochée du début de la maladie. L'histoire de M. A. P. est, à cet égard, tout à fait instructive : un gramme par jour d'iodure modifie des lésions encore peu étendues, on doit le supprimer, sans que la guérison soit complète et quelques semaines après éclatent des accidents locaux plus graves, qui nécessiteront, pour disparaître complètement une médication iodurée active (KI, 4 gr. par jour) continuée pendant plus de cinq mois. Cette observation, dans tous les cas, établit une fois de plus, que : l'actinomycome humain, peut avoir, comme le syphilome tertiaire, son spécifique, dans l'iodure de potassium.

NOUVELLES

Concours d'agrégation (*Chirurgie et accouchements*) — Nominations :

	Chirurgie	*Accouchements*
Paris :	MM. Broca, Walther, Hartmann.	Bonnaire.
Lyon :	MM. Vallas, Curtillet.	
Bordeaux :	MM. Binaud, Braquehaye.	
Montpellier :	M. Gervais de Rouville.	Puech, Vallois.
Nancy :	M. Frœlich.	Schuhl.
Lille :		Oui.
Toulouse :	M. Aldibert.	

Chimie, physique et pharmacie. — Nominations :
Paris : chimie, M. Chassevant.
Lyon : M. Barral. Pharmacie M. Moreau.
Toulouse : M. Biarnes.
Nancy : Physique, M. Guilloz.

Physiologie et histoire naturelle. — Leçon de 1 h. après 48 h. de préparation (question) : 1. Gaz du sang, conditions de leurs variations. — 2. De l'urée, sa formation et sa provenance. — 3. Les sécrétions internes. — 4. Associations fonctionnelles entre les organes glandulaires. — 5. Organes périphériques et centraux de l'équilibration. — 6. Phénomènes chimiques du muscle en activité. — 7. Des impressions rétiniennes, leur transmission à l'écorce cérébrale. — 8. Les adaptations parasitaires chez les animaux. — 9. Les insectes vésicants, explication de leur hypermétamorphose. — 10. Production de la mère chez les animaux. — 11. Anatomie comparée de l'appareil néphridien chez les vertébrés. — 12. L'appareil électrique des poissons.

Stage hospitalier. — Année scolaire 1895-96 (premier semestre). *Avis.* — Le classement des stagiaires pour les mois de décembre 1895, janvier et février 1896, aura lieu les 4, 5 et 7 novembre 1895, de 9 à 11 heures du matin, dans le petit amphithéâtre de la Faculté.

Seront inscrits d'office sur la liste des stagiaires, MM. les étudiants dont la scolarité sera soumise au stage au cours de l'année scolaire 1895-96, et qui auront pris l'inscription de juillet 1895 à la Faculté de médecine de Paris (8e ou 12e).

Sont invités à demander, par écrit, leur inscription sur la liste des stagiaires, et avant le 1er novembre 1895, MM. les étudiants, soumis au stage, qui n'auraient pas pris l'inscription de juillet 1895 (8e ou 12e), ou qui auraient pris cette inscription dans une Faculté ou Ecole des départements.

MM. les étudiants qui seront appelés sous les drapeaux en novembre 1895, sont priés d'en informer le doyen, par écrit, avant le 1er novembre 1895.

Concours du bureau central. Résultats de la première épreuve. — MM. Beaumé 13, Springer 17, Régnier 12, Lyon G. 17, Toupet 17, Lenoir 19, Florand 18, Parmentier 17, Caussade 16, Legry 15, Jeanselme 19, Jacquet 18, Dubief 17, De Grandmaison 16, Gallois 18, Claisse 18, De Gennes 18, Bruhl 17, Boulloche 19, Charrier 16, Barbier 18, Méry 15, Mosny 16, Pothier 14, Tissier 18, Renault 15, Rénon 16, Klippel 19, Guison 20, Ettlinger 15, Euriquez 16, Hudelo 19, Leredde 16, C. Suffit 17, Thérèse 15, Dalété 19, Lesage 18, Thiroloix 19, Belin 17, Létienne 17, Sallaud 14, de Saint-Germain 17, Nageotte 16, Morel Lavallée 20, Michel 17, Sottas 16, Soupault 16, Lion 18, Gastou 18, Triboulet 16, Beaudoin 15, Capitan 17, Souques 18.

La deuxième épreuve (épreuve clinique) a commencé mercredi.

Inspection des écoles. — M. le Dr Huguenin est nommé médecin-inspecteur des écoles du 19e arrondissement en remplacement de M. Lejaune.

Déplacement de la statue de Broca. — Sur une délibération du Conseil municipal de Paris en date du 10 juin 1895, la statue de Broca, érigée sur le boulevard Saint-Germain au devant de la façade ouest de la Faculté de médecine, sera placée en haut des marches de la rue Antoine-Dubois.

Hospices de Besançon. — Un concours pour un emploi de chef des cliniques de l'hôpital Saint-Jacques s'ouvrira le mercredi 17 juillet 1895, à neuf heures du matin audit hôpital. Pour tous renseignements, s'adresser à M. H. Béjanin, vice-président de la commission administrative des hospices civils de Besançon.

— M. le Dr Escalier est nommé médecin-adjoint au lycée d'Alais (emploi nouveau).

(1) Rochet. De l'actinomycose humaine. *Gazette Hebd. de méd. et de chirg.* 1er avril 1893. Voir également Folet, *Le Nord Médical*, 1er juin 1895.

REVUE DES CONGRÈS

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE

(*Congrès tenu à Paris du 6 au 9 mai 1895.*)

(*Suite*).

Application de l'électrolyse à douze cas de décollement de la rétine.

M. Terson (Toulouse). — Après tant de progrès réalisés en oculistique par le perfectionnement simultané de nos méthodes d'observation et de notre outillage, le traitement du décollement de la rétine est demeuré, jusqu'à ces derniers temps, l'un des points les plus obscurs de la thérapeutique oculaire. Aucune des méthodes proposées ne permet d'affirmer à l'avance la guérison ou l'amélioration certaine d'un décollement rétinien, même récent.

La déchirure rétinienne, qui s'observe dans un grand nombre de cas avec le décollement, peut expliquer souvent l'insuccès opératoire, le corps vitré liquéfié s'échappant à travers la déchirure et de là au dehors par la plaie de la ponction. Il faut donc que cette plaie soit aussi étroite que possible.

L'électrolyse paraît actuellement le procédé d'intervention le plus capable de résoudre les difficultés du problème. Les uns, suivant le principe appliqué autrefois à la cure de l'hydrocèle, ont introduit à la fois dans l'œil deux aiguilles reliées aux deux pôles d'une pile à courant constant (électrolyse *bipolaire*, Schœler). D'autres, comme dans la cure des anévrysmes et des nœvi, font pénétrer dans l'œil une seule aiguille reliée au pôle positif (électrolyse *positive*, Abadie, Gillet de Grandmont). D'autres enfin ont introduit l'aiguille reliée au pôle négatif (électrolyse *négative*, Van Moll).

C'est le pôle positif que nous devons introduire dans l'œil afin d'obtenir l'occlusion la plus rapide de la plaie, pour éviter l'issue du corps vitré, dans les circonstances où celle-ci pourrait se produire; de même qu'on a préféré l'électrolyse positive dans la cure des anévrysmes pour éviter les hémorrhagies secondaires. Il faut, en outre, des électrodes inattaquables par les produits de l'électrolyse et, d'autre part, suffisamment rigides pour pénétrer dans la sclérotique de l'œil hypotone atteint de décollement. Seul, le platine iridié réunit ces conditions, en même temps qu'une grande facilité pour l'asepsie; mais cet alliage n'a pas le poli des instruments habituels qui favorise leur pénétration.

J'ai employé, comme Abadie et Gillet de Grandmont, l'électrolyse *positive*, en me servant d'un porte-aiguille spécial, fabriqué sur mes indications.

Nous sommes arrivés à donner un courant constant de cinq milliampères pendant la durée de l'application, qui ne dépasse pas une minute. Nous avons ainsi opéré, depuis le mois de juillet 1894, dix-sept décollements rétiniens sur près de dix sept cents malades qui se sont présentés à notre observation. Cinq de ces malades ont été opérés trop récemment pour fournir des données de quelque valeur. Sur les douze autres opérés de décollements, tous très graves, nous avons observé une aggravation dans un cas datant de près de trois ans; deux résultats nuls, trois améliorations passagères; cinq améliorations persistant dans une mesure encourageante; et un cas de guérison immédiate qui se maintient après neuf mois et ne peut être attribuée qu'à l'opération, puisque aucun autre traitement n'a été institué.

Cet ensemble d'observations autorise les conclusions suivantes :

1° L'électrolyse positive doit être appliquée aux décollements rétiniens récents, et elle aura d'autant plus de chances de succès que l'opération sera plus rapprochée du début de l'accident;

2° Le mode d'intervention ne gêne en rien l'emploi de tous les moyens médicaux, commandés par des lésions d'origine diathésique, et dont une longue expérience a démontré la valeur au point de vue palliatif.

Sans considérer comme résolu le problème si complexe de la cure du décollement de la rétine, j'ai voulu communiquer mes résultats personnels sur l'emploi d'un moyen auquel il faut reconnaître une grande puissance que les efforts de tous accroîtront peut-être encore dans de notables proportions.

Des décollements de la rétine et de leur traitement.

M. Galezowski (Paris). — L'affection débute, en général, par l'ora serrata.

La déchirure de la rétine est fréquente dans cette région, mais sans être constante et ce n'est pas elle qui est la cause du décollement comme le pense Leber.

La liquéfaction du corps vitré n'est pas non plus la cause la plus fréquente des décollements. Il s'agit d'une infiltration lymphatique qui se produit entre la choroïde et la rétine; d'abord transparente, puis passant au jaune citrin.

Les épithéliums des synoviales sécrètent la synovie et peuvent devenir le siège d'une sécrétion morbide exsudative. Il en est de même dans les décollements (Boucheron), l'épithélium choroïdien sécrétant en abondance un liquide pathologique qui provoque une infiltration interstitielle et de là un décollement. La cause de cette sécrétion est locale en général. Les causes générales sont le rhumatisme, la goutte, l'arthritisme, la syphilis rarement, les traumatismes. Voici quelques chiffres à ce sujet, provenant de 1158 cas de décollement observés à ma clinique et dans mon cabinet : hommes 670, femmes 488; myopes 318; emmétropes ou hypermétropes 155; deux yeux pris 29; traumatismes 216; rhumatismes 732; décollement congénital 1; néoplasmes 6; syphilis 300. De ces chiffres, nous pouvons conclure que le rhumatisme et la myopie jouent le rôle principal dans l'étiologie du décollement.

En 1880, j'avais pratiqué avec du catgut la suture de la rétine décollée et j'en avais obtenu quelques résultats favorables; mais aussi quelques insuccès, qui m'ont fait abandonner ce procédé, pour un nouveau qui consiste à pratiquer des ophthalmotomies répétées et multiples avec suture, à l'aide d'un ophthalmotome en forme d'aiguille courbe, que j'ai fait construire à cet effet. J'ai déjà obtenu sept fois des résultats heureux avec ce procédé, grâce à l'adhérence obtenue par la suture. Mais comme j'ai eu en même temps, quelquefois, des inflammations choroïdiennes assez intenses qui ont compromis les résultats, je me suis contenté de faire, avec cet ophthalmotome, simplement une ponction et une contre-ponction.

M. Teillais (Nantes). — J'ai observé, chez un enfant de quatre ans, un double décollement de rétine plus développé à l'œil gauche qu'à l'œil droit. L'étiologie n'est pas banale. Il n'y avait aucun antécédent pathologique dans la famille, ni aucun cas de myopie; l'enfant était bien constitué et avait eu, quelques mois auparavant, une coqueluche grave, avec convulsions, hémorrhagies sous-conjonctivales, ecchymoses du cou et de la poitrine, hémorrhagies de l'oreille droite. Cette diathèse hémorrhagique a amené des hémorrhagies du corps vitré dans les deux yeux, mais plus accentuées dans l'œil gauche où le décollement est également plus prononcé.

M. Dor. — Les divers modes de traitement des décollements ont tous donné des résultats tantôt favorables, tantôt défavorables; l'électrolyse comme les ponctions. Deutschmann, après avoir pratiqué des ponctions, arrive maintenant à injecter dans le corps vitré un liquide obtenu avec une macération de corps vitré de lapin, dans le but d'obtenir la régénération du corps vitré. Il faut attendre les résultats que donnera cette nouvelle méthode. Je m'en tiens d'ordinaire à la ventouse d'Heurteloup et aux pointes de galvano-cautère appliquées sur la sclérotique, dans la partie correspondante au décollement.

M. Dianoux (Nantes). — J'ai fait de l'électrolyse et ai essayé avec succès des injections sous-conjonctivales de chlorure de sodium à saturation.

M. Abadie. — Je continue toujours l'électrolyse qui a le grand avantage de ne pas donner de déboires et de complications ; mais je ne l'emploie pas dans les décollements anciens, où l'on n'obtient pas de bons résultats et où l'on a souvent des complications.

Dans les décollements récents, l'électrolyse donne presque toujours une amélioration réelle et cela sans aucun risque.

M. Parinaud (Paris). — En pratiquant l'électrolyse on fait des ponctions et c'est à elles que j'attribue les améliorations et les guérisons obtenues.

M. de Wecker. — J'avais déconseillé, à une époque, toute intervention dans les décollements et aujourd'hui je suis partisan des pointes de feu qui améliorent souvent et sont sans aucun danger. Je crois que l'électrolyse agit par filtration. Mais, en tout cas, il ne faut jamais y recourir lorsque le corps vitré est pris.

M. Wicherkiewicz. — Il faut se défier de toute intervention et ne pas se hâter d'attribuer à tel ou tel procédé des améliorations qui souvent sont spontanées.

Tumeur rare intra-oculaire

M. Parisotti (Rome). — Il s'agit d'un sarcome endothélial intra-oculaire, dont le point de départ était dans la choroïde et non dans l'espace supra-choroïdien. La rétine était décollée et la tumeur a été diagnostiquée par l'ophthalmoscope de cette façon, avant que sa nature n'ait été déterminée par l'examen histologique.

Commune étiologie de la kératite et de la choroïdite parenchymateuses.

M. Chibret (Clermont-Ferrand). — 1° La kératite parenchymateuse ne constitue pas une manifestation spéciale à la syphilis héréditaire. Si elle s'observe plus souvent chez l'enfant syphilitique, c'est parce que les enfants sont plus exposés que les adultes à toutes les affections de la cornée ;

2° L'époque de la puberté est surtout favorable à l'éclosion de la kératite parenchymateuse;

3° La choroïdite exsudative est à rapprocher de la kératite parenchymateuse et mérite le même qualificatif, pour bien indiquer un processus et une étiologie identiques. Les deux affections sont caractérisées par la présence de gommes plus ou moins circonscrites, plus ou moins diffuses ou confluentes;

4° Certaines *Descemites* d'origine dentaire simulent la kératite parenchymateuse. Elles en diffèrent en ce que le mercure les aggrave au lieu de les améliorer;

5° La choroïdite exsudative est aussi favorablement modifiée par le mercure que la kératite parenchymateuse;

6° Avec les nouvelles méthodes de traitement par les injections, avec une conception plus exacte du rôle du mercure et de l'iodure de potassium, on peut enrayer la marche de la kératite et de la choroïdite parenchymateuses, prévenir l'atteinte de l'œil sain et éviter les rechutes, ce qui naguère n'était pas supposé possible, en règle générale.

M. Darier (Paris). — Je crois que les injections-conjonctivales mercurielles constituent le meilleur mode de traitement, sans cependant assurer une guérison certaine.

M. Wicherkiewicz. — J'ai observé des cas de kératite parenchymateuse consécutifs à la grippe et toujours longs et difficiles à guérir. Je pense que lorsqu'un œil est atteint, l'autre se prend toujours à son tour.

M. Antonelli (Naples). — Il y a encore une autre altération syphilitique de la cornée, c'est la kératite ponctuée signalée en 1876 par Hoch et qui consiste en une infiltration superficielle du parenchyme cornéen, accompagnant l'iritis et la choroïdite dans la syphilis secondaire. Cette infiltration n'est accompagnée d'aucune altération épithéliale; elle reste toujours superficielle, peu intense et ne se vascularise jamais.

M. Abadie (Paris). — L'origine de la kératite parenchymateuse est souvent syphilitique et les deux yeux sont presque toujours pris.

M. Galezowski. — Cette kératite a toujours une origine syphilitique, héréditaire ou acquise. Il faut donc toujours la combattre par le traitement mercuriel. Elle s'accompagne la plupart du temps de choroïdite et, lorsque cette membrane est atteinte, la rétine l'est aussi, le processus ne pouvant pas rester localisé dans une membrane isolée, étant donnée la contiguité qui relie entre elles les membranes de l'œil.

Il faut donc toujours pratiquer le même traitement dans les cas de kératite parenchymateuse, traitement antisyphilitique énergique par les frictions hydrargyriques.

M. Dransart (Somain). — Dans la région du Nord, il est fréquent d'observer des kératites interstitielles qui ne sont pas syphilitiques et qui ont pour origine la diathèse scrofuleuse.

M. Chibret. — Le mercure ne suffit pas pour préserver l'autre œil. Il faut aussi recourir aux bains froids. Je suis du même avis que M. Galezowski et pense que la kératite parenchymateuse est toujours d'origine syphilitique.

De l'emploi des injections sous-conjonctivales massives.

M. de Wecker. — Guttmann a dit qu'il en sera de la méthode des injections sous-conjonctivales de sublimé comme des autres méthodes de thérapeutique, dont les résultats ont été publiés trop tôt. Ces injections produisent des douleurs, une réaction assez vive et ne donnent en somme que des résultats précaires. Attribuer une action antiseptique intense à quelques gouttes d'une solution de sublimé au 1/1000 dont une minime partie seulement pénètre dans l'œil, c'est faire une assertion digne de l'homéopathie. Je suis donc revenu aux injections massives de une demie à une seringue de Pravaz, avec une solution au 2/1000 de sublimé, à laquelle j'ajoute un myotique, 0 gr. 05 de salicylate d'ésérine pour une solution de 30 gr. d'eau stérilisée. Avec six ou huit injections, on obtient la guérison de vastes ulcérations de la cornée. Les résultats obtenus dans ces affections sont étonnants, avec la moitié ou les trois quarts d'une seringue, et, dans les cas graves, avec une seringue entière. Il ne se produit jamais de mortification des tissus, jamais d'inflammation, ni d'œdème des paupières et les douleurs si vives dans les ulcères cornéens trouvent un soulagement marqué.

Ce traitement a été employé à l'exclusion de tout autre, ce qui permet de conclure à son efficacité, sans qu'on puisse l'attribuer aux autres moyens de traitement qui auraient été employés concurremment (raclage, péritonie, etc). Tous les autres moyens ont été abandonnés; le traitement consistait uniquement en injections avec occlusion.

M. Darier (Paris). — En 1888, j'ai déjà employé les injections massives, auxquelles j'ai reconnu des dangers. M. de Wecker les préconise aujourd'hui, après avoir condamné les injections faibles. Défendre les injections massives est aussi erroné que prétendre que les injections de chlorure de sodium seulement valent celles de sublimé. On accuse cette dernière substance de provoquer de l'irritation et des douleurs. Il s'en produit quelquefois, mais rarement et seulement lorsqu'un filet nerveux s'est trouvé intéressé par l'injection et cela arrive également avec de simples injections d'eau distillée.

M. Terson (Toulouse). — MM. Abadie et Darier voudraient-ils employer pour leurs injections la solution au 2/1000 au lieu de celle au millième, qui est irritante et donne des escharres? J'ai essayé la solution au 2/1000 pour faire des injections sous-conjonctivales et elle n'a pas présenté les mêmes inconvénients.

M. Vignes (Paris). — Les injections sous-conjonctivales de sels de mercure m'ont donné toujours si peu de résultats dans le traitement des choroïdites, que j'ai cherché autre chose. J'essaye depuis quelque temps les injections souscutanées d'iode; mais je n'ai pas encore un nombre suffisant d'observations pour publier des résultats. Je n'en parle aujourd'hui que pour prendre date.

M. Parisotti (Rome). — La priorité des injections sousconjonctivales revient à MM. Segondi et Gallinger et non à M. Darier, bien qu'il affirme en avoir fait avant les publications de ces auteurs.

M. Wicherkiewicz (Posen). — Je pratique des injections sous-conjonctivales de sublimé avec des solutions variant entre 2/1000 et 5/1000, et je les trouve efficaces dans les ophthalmies sympathiques et non dans les ulcères cornéens.

M. de Wecker. — A propos de la priorité, je dirai à M. Darier qu'elle revient à M. Segondi, c'est-à-dire en général à celui qui publie ses travaux et non à celui qui les fait sans les publier.

Les injections faibles ne donnent pas de résultats favorables, tandis que les fortes en donnent, mais seulement dans les affections infectieuses de la cornée. Dans les autres, elles n'en donnent pas davantage que les faibles.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 *juin* 1895.

Présidence de M. Empis.

M. le président annonce la mort de M. le professeur Verneuil et lève la séance en signe de deuil, lecture ayant été donnée par M. Nicaise du discours prononcé aux obsèques.

Comité secret.

Sur le rapport de M. Hanriot, l'Académie dresse la liste suivante pour la présentation des candidats dans la section de physique et chimie médicales: 1° M. Paul Regnard; 2° M. Gabriel Pouchet; 3° *ex æquo* MM. André, Burcker et Weiss.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 3 *juin* 1895.

Le muguet agent pathogène de septicémie. Comment il agit. Comment agissent les bactéries.

M. Charrin. — Les microbes ne sont pas les seuls végétaux pathogènes de l'économie humaine. On a signalé, à diverses reprises, dans les organes profonds, loin de l'air, le muguet ou oïdium albicans, parasite que j'ai décelé dans un abcès chez une femme en convalescence de puerpéralité.

J'ai, dans ces conditions, étudié, avec Ostrowsky, les procédés mis en jeu par ce parasite pour créer la maladie, en mettant en parallèle la pathogénie des infections. Sous la peau, ce muguet peut être pyogène; il subit la phagocytose et les états germicides des humeurs.

Injecté dans le sang, il provoque une diarrhée gélatineuse, en traversant les couches de l'intestin, donnée qui explique les entérites pseudo-membraneuses de l'espèce humaine. Il agit quelque peu sur la température par ses sécrétions. Il intervient surtout en lésant directement les tissus, en obstruant les vaisseaux, en perforant les membranes, le rein, l'intestin. Il intervient encore en mettant en jeu l'auto-intoxication; il rend le rein imperméable; dès lors l'urémie apparaît: albuminurie, hypothermie, diarrhée, lésions bronchiques, pulmonaires, toxicité urinaire accrue puis diminuée, toxicité du sérum augmentée, pupilles rétrécies, etc.

Les bactéries se servent principalement de leurs sécrétions; elles font peu de mal par elles-mêmes; elles nuisent aussi en altérant les viscères. Il est aisé de saisir les analogies comme aussi les différences, attendu que le muguet a peu recours aux produits qu'il fabrique, attendu que son action directe, mécanique, est considérable, attendu qu'il détériore également le foie, le rein.

L'oïdium *in vitro* recherche le sucre, n'aime pas le glycogène; il vit mal dans le foie, donnée qui prouve que ce viscère ne contient pas de quantités appréciables de glucose à l'état libre; les microbes sont souvent nombreux dans le tissu hépatique.

Le muguet subit l'influence du sucre, des quantités, des portes d'entrée, des antiseptiques, des espèces; il facilite les infections secondaires; il accroît la résistance quand on l'inocule atténué sous la peau.

En définitive, les parasites de cet ordre créent des maladies, des symptômes, des lésions, par des procédés qui tantôt se rapprochent, tantôt s'éloignent de ceux que mettent en jeu les bactéries; à d'autres points de vue, ils offrent des analogies comme aussi des différences avec ces bactéries.

Phénomènes chimiques de l'ossification.

M. Chabrié. — Dans une précédente communication j'ai signalé les réactions chimiques qui correspondent à la transformation de la substance fondamentale du cartilage en substance fondamentale osseuse. Ces réactions paraissent se faire dans l'organisme par l'intermédiaire de l'urée. Aujourd'hui je veux établir que le sang agit par ses éléments histologiques sur les réactions chimiques de la calcification des cartilages.

On sait, en effet, que, seuls, les cartilages ossifiables contiennent des vaisseaux; qu'aux chondroplastes se joignent des capillaires sanguins dans les cartilages d'ossification, et que dans les os qui n'ont pas été cartilages il y a une substance amorphe intercellulaire et des vaisseaux. D'autre part, il est prouvé que le carbonate d'ammoniaque détruit les globules sanguins et que ceux-ci existent dans le cartilage au moment de l'ossification.

Comme j'ai montré que les sels ammoniacaux étaient nécessaires à la transformation de la partie organique du cartilage, leur présence dans les cellules osseuses en voie de formation n'est pas douteuse; on peut donc admettre que les globules sanguins sont détruits dans ces cellules.

La destruction des globules met en liberté la lécithine qu'ils contiennent; or, cette substance précipite les sels de chaux par sa propriété de fixer l'acide carbonique qui les tient dissous dans le sang.

Si l'os en formation contient de l'acide lactique, comme dans l'ostéomalacie, la matière organique chondrogène ne deviendra pas collagène, et les sels de chaux seront dissous parce que cet acide dissout les carbonates et phosphates de chaux; de plus, les acides saponifient la lécithine qui, en se décomposant, donnera des acides gras: d'où la présence de ces composés dans les os ostéomalaciques; enfin, dans ces os, une grande partie de la chaux est remplacée par de la magnésie, parce que les sels de chaux et de magnésie des acides gras, provenant de la lécithine, ont à peu près le même faible degré de solubilité dans les solutions aqueuses légèrement acidifiées par l'acide lactique, tandis que, dans l'ossification normale, la lécithine n'étant pas saponifiée, ces sels n'existent pas.

Séance du 10 *juin* 1895.

Recherches sur les modifications de la nutrition chez les cancéreux.

MM. S. Duplay et **Savoire.** — On a voulu, dans ces dernières années, attacher une certaine importance aux variations que l'on peut observer dans la sécrétion rénale, chez les malades atteints d'affections cancéreuses, et l'on a cru trouver un élément de diagnostic dans la diminution du taux quotidien de l'urée et des phosphates, qui a été considérée comme constante dans le cancer.

Nous avons entrepris sur ce sujet, en collaboration avec M. le docteur M. Cazin, une série de recherches précises, et les résultats que nous avons obtenus nous ont conduits à une interprétation des faits toute différente de celle qui en avait été donnée.

Nous nous sommes principalement attachés à varier le régime des malades soumis à notre observation. Nous avons pu ainsi nous convaincre de la façon la plus nette que, pour l'urée en particulier, la diminution signalée chez les cancéreux dépend uniquement du régime auquel on les soumet, et que, sous l'influence d'un changement de régime assurant l'alimentation d'une façon suffisante, le taux de l'urée ne s'éloigne pas sensiblement du chiffre normal.

Il en est de même pour la phosphaturie, dont la diminution n'est pas aussi constante qu'on l'a prétendu et dont les variations sont également liées au régime alimentaire.

Nous n'insiterons pas sur la chlorurie, à laquelle on a attaché moins d'importance au point de vue des variations qu'elle peut présenter chez les cancéreux.

D'après la plupart des auteurs français, le chiffre moyen

de l'urée excrétée quotidiennement dans les urines, chez les individus sains, varie de 18 à 20 grammes. Pour l'acide phosphorique, la moyenne normale paraît varier de 1 gr. 50 centigr. à 2 grammes pour vingt-quatre heures.

Nos recherches ont porté sur 15 cancéreux, dont la plupart étaient dans un état de cachexie très avancé, et nos analyses ont été généralement faites pour chacun d'eux pendant dix jours consécutifs.

D'après M. Rommelaere, dans les tumeurs de mauvaise nature, quels que soient leur siège et leur nature morphologique, le chiffre de l'urée quotidienne descend graduellement et finit par rester inférieur à 12 grammes. Or, d'après la moyenne de nos observations, le taux quotidien de l'urée n'a pas été inférieur à 21 gr. 14 centigr., et nous avons vu des cancéreux, deux mois avant leur mort, excréter encore 28 et 23 grammes d'urée, sous l'influence du régime lacté, qui suffit à assurer l'alimentation des malades, alors que, abandonnés au régime ordinaire dont ils ne peuvent pas profiter le plus souvent, ils donnent un taux d'urée qui se rapproche de celui que M. Rommelaere considère à tort comme directement en rapport avec l'affection cancéreuse.

Chaque fois que, chez nos malades, nous avons vu se produire un abaissement du chiffre de l'urée excrétée dans les vingt-quatre heures, cet abaissement a coïncidé avec une alimentation insuffisante, lorsque le malade était soumis au régime ordinaire de l'hôpital, mal supporté par lui, tandis que le taux normal était atteint de nouveau dès qu'on assurait l'alimentation par le régime lacté. Chez deux malades seulement, nous avons constaté une hypoazoturie persistante, mais tous deux ne s'alimentaient plus en quelque sorte et ne pouvaient supporter le régime lacté.

Chez les treize autres malades, le taux moyen de l'urée s'est montré normal ou même a dépassé le chiffre normal adopté par les auteurs français, variant de 18 grammes à 20, 21, 22, 23 ou même 26 grammes.

On ne s'est pas, à notre avis, suffisamment préoccupé, dans les recherches instituées sur l'urologie des cancéreux, de l'alimentation au point de vue de la *qualité*, dont dépend en quelque sorte la quantité de nourriture ingérée, et on ne s'est pas rendu compte que le régime ordinaire n'est pas supporté, le plus souvent, par les cancéreux.

C'est ainsi que s'est répandue cettte idée erronée, d'après laquelle l'hypoazoturie serait constante chez les cancéreux et pourrait ainsi constituer un élément de diagnostic, dans les cas douteux, alors qu'elle n'est nullement constante chez ces malades mais se trouve simplement liée à l'insuffisance habituelle de l'alimentation à laquelle on les soumet, puisqu'elle disparaît, pour faire place à l'azoturie normale, dès qu'on assure l'alimentation avec le régime lacté.

Pour la phosphaturie, l'influence du régime est également manifeste, et, d'après nos observations, l'hypophosphaturie ne constitue pas plus que l'hypoazoturie, chez les cancéreux, un signe assez constant ni assez prononcé pour servir d'élément de diagnostic, et, pas plus que l'hypoazoturie, elle ne peut être considérée comme symptomatique des affections cancéreuses.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 14 juin 1895.

La séance est levée en signe de deuil, à cause de la mort de M. Verneuil.

FERNAND BEZANÇON.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 15 juin 1895.

PRÉSIDENCE DE M. CHAUVEAU.

Proteus vulgaris dans le liquide pleural.

M. Charrin rapporte l'observation d'une femme qui au dernier mois de sa grossesse contracta une pleurésie, dont l'exsudat retiré par la ponction renfermait une culture pure de proteus vulgaris.

La pleurésie avait un caractère de gravité toute particulière tenant, d'après M. Charrin, d'un côté à l'évolution de l'affection sur un organisme fatigué par la grossesse, de l'autre à la résorption des produits toxiques et fétides, formés par le proteus dans la plèvre.

L'enfant qui est né de cette femme présente cette particularité qu'il ne grandit pas et ne prend presque pas de poids, bien qu'il tette fort bien. Ce défaut de développement et d'accroissement a du resté été constaté par M. Charrin chez d'autres nouveau-nés venant de mères infectées pendant la grossesse.

Sur le pouvoir antitoxique des capsules surrénales.

M. Abelous. — Les expériences de Charrin et Langlois ont montré que *in vitro* le tissu des capsules surrénales diminuait la toxicité de la nicotine au même titre que le foie. Dans des expériences *in vivo* sur la grenouille j'ai constaté aussi ce pouvoir antitoxique vis-à-vis de l'atropine.

Je détruis les capsules surrénales à une grenouille. Sur une autre grenouille de poids moitié moindre, je détruis partiellement une capsule et cautérise légèrement le rein du côté opposé. J'injecte à ces deux grenouilles 0 gr. 015 de sulfate d'atropine. La grenouille privée de capsules est prise d'accidents au bout de quelques heures, l'autre grenouille ne présente pas de troubles manifestes.

Si sur une grenouille on enlève le foie et si sur une autre grenouille de même poids on détruit en outre les capsules surrénales après avoir enlevé le foie, on constate que la grenouille sans foie ni capsules est prise d'accidents beaucoup plus rapidement et meurt plus vite que la grenouille privée seulement du foie.

Ces faits joints à ceux observés par Charrin et Langlois semblent bien établir le pouvoir antitoxique des capsules surrénales.

Mouvements automatiques chez les animaux décapités.

M. Tarkhanoff (Saint-Pétersbourg). — Si l'on prend un animal, un canard de préférence, auquel après la section de la moelle à la hauteur de la 4e cervicale et la ligature très serrée en masse du cou, on coupe la tête, on voit en pratiquant la respiration artificielle que l'animal, mis sur une surface plane, peut exécuter pendant une heure et plus, des mouvements automatiques coordonnés (mouvements de nage, de vol). Quand ces mouvements automatiques s'arrêtent, la moindre excitation peut les provoquer, et inversement une excitation périphérique très légère, un bruit fait autour de l'animal décapité, les arrête.

Quelle est la source de ces mouvements automatiques?

D'après M. Tarkhanoff elle se trouve à la surface de la section de la moelle et est due aux modifications introduites dans la moelle par la section. En effet, ces mouvements automatiques n'existent pas chez les canards auxquels on fait simplement la ligature en masse du cou, et ils apparaissent aussitôt qu'on leur fait une section de la moelle.

Les animaux qui se prêtent le mieux à ces expériences sont les oiseaux plongeurs, c'est-à-dire les animaux pouvant rester longtemps sans respirer. Chez le lézard, la section de la moelle lombaire donne lieu à des mouvements automatiques de la queue.

M. Laborde se demande si dans les expériences de M. Tarkhanoff, les animaux se trouvent réellement soustraits à toute excitation périphérique pour qu'il puisse être question de mouvements automatiques.

M. Chauveau trouve que les expériences de M. Tarkhanoff montrent d'une façon très élégante l'existence des centres médullaires. Les mouvements automatiques en question sont des mouvements réflexes coordonnés.

M. Sottaz présente une série de préparations microscopiques relatives à un cas de dégénérescence ascendante du cordon de Goll, pour montrer que ce dernier ne reçoit pas de fibres sur son trajet.

M. Féré présente un cas de syndactylie symétrique chez le poulet.

M. Dastre dépose: 1° une note de M. Lefèvre sur les

phénomènes de thermogénèse chez les animaux; 2° une note de M. Starck sur l'action glycolitique des substances albuminoïdes.

R. Romme.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 *juin* 1895.

M. le Président annonce la mort de M. le professeur Verneuil, ancien président de la Société, et lève la séance en signe de deuil.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 *juin* 1895.

Présidence de M. Hayem.

Rôle du système nerveux dans la production de l'hémoglobinurie paroxystique à frigore.

M. Chauffard. — J'ai observé un cas typique d'hémoglobinurie paroxystique *a frigore*, chez un ancien paludéen, chez lequel l'expérience d'Ehrlich a offert quelques particularités.

On a extrait du sang de la veine dorsale des deux mains, l'une refroidie par le séjour d'un quart d'heure dans de l'eau glacée, l'autre laissée à l'air libre.

Or, dès son extraction le sang refroidi présentait une coloration rutilante, artérielle; mais ce phénomène était uniquement dû à un arrêt des échanges physiologiques, comme l'a montré une contre-épreuve faite sur un sujet sain.

Les deux échantillons de sang se sont coagulés de la même façon, et au bout de 24 heures, il n'y avait aucune dissolution de caillot dans l'un ou dans l'autre.

Le sérum du sang refroidi était rouge cerise, celui de l'autre était citrin.

D'après M. Hayem, le caillot du sang pris pendant la crise se redissout, or, ici la dissolution du sang refroidi n'a pas eu lieu, pourquoi? parce que le refroidissement ne réalise pas toute la pathogénie de l'accès. Il faut faire intervenir le système nerveux, qui chez un sujet prédisposé par l'infection la plupart du temps, commande la toxémie.

La preuve, c'est que, chez notre malade, la réfrigération d'une partie du corps isolée par une ligature, a provoqué tous les prodromes d'une crise générale, avec albuminurie prémonitoire.

Nous ignorons complètement la nature et le lieu de ce réflexe. Mais la réaction nerveuse paraît bien être l'acte initial qui met en branle le processus chimique de la crise hémoglobinurique.

M. Hayem. — Je n'ai jamais dit que la redissolution du caillot se fît en dehors des accès, mais seulement au moment de ceux-ci. Quoiqu'il en soit c'est un symptôme d'une altération profonde du sang, qui va avec la coloration rouge cerise du sérum; et constitue le substratum anatomique de l'accès. L'influence nerveuse peut certainement être invoquée, et explique la congestion rénale concomitante. Mais nous ne savons pas en réalité ce qui se passe dans l'accès, et le mieux pour s'en rendre compte, est de comparer ces phénomènes à ceux qui se passent dans certaines hémoglobinuries toxiques; par exemple, celle qui survient dans l'intoxication quinique chez les paludéens, sauf que chez ceux-ci le sang renferme de la méthémoglobine, qui n'existe que dans les urines, dans l'hémoglobinurie paroxystique.

En somme, il paraît probable qu'il existe une altération constante du sang prédisposant à l'hémoglobinurie, et qu'on pourrait appeler du nom de *vulnérabilité particulière du sang*. Sous l'influence du froid, il se produit une substance toxique qui méthémoglobinise le sang. Comme dans l'hémoglobinurie paroxystique le sang ne renferme pas de méthémoglobine, on peut penser que dans ce cas, le toxique se forme dans le rein.

On connaît un certain nombre de corps qui agissent de cette façon sur l'hémoglobine, et parmi eux il en existe qui, comme l'alloxanthine, sont voisins de substances existant normalement dans les déchets organiques : ce fait a son importance.

Bons effets de pulvérisations dans la diphthérie.

M. Comby, à l'appui de la communication de M. Variot (Voir la dernière séance), relate une observation d'un cas de diphthérie pharyngée et laryngée, qui a guéri spontanément sous l'influence de pulvérisations faites nuit et jour, une fois par heure, avec de l'eau boriquée.

L'indication des pulvérisations s'étend d'ailleurs à toutes les inflammations aiguës des premières voies respiratoires, qu'elles contribuent à aseptiser et à désencombrer. C'est une méthode prophylactique contre les infections secondaires si fréquentes chez les enfants à la suite de la rougeole, en particulier.

Cirrhose alcoolique. Hématémèses successives rouges et noires. Mort par rupture de varices œsophagiennes. Péritonite chronique. Plaques laiteuses du péritoine.

M. Hanot. — Dans le cours d'une cirrhose, un homme de 37 ans rendait par vomissement tantôt du sang noir à réaction acide, tantôt du sang rouge à réaction neutre ou alcaline. L'autopsie montra l'existence de varices œsophagiennes, source de l'hémorrhagie, qui tantôt se faisait directement en dehors (sang rouge), tantôt déversait le sang dans l'estomac d'où il était expulsé ultérieurement (sang noir).

L'autopsie montra encore chez ce malade un épaississement considérable du feuillet pariétal du péritoine, où se voyaient de nombreuses *plaques fibreuses*, atteignant jusqu'à la dimension d'une pièce de cinq francs. Il n'est pas sans intérêt d'attirer l'attention sur ces localisations, sur une membrane séreuse, d'une intoxication comme l'alcoolisme.

Procédé particulier d'histologie du système nerveux (modification du procédé de Pal).

M. G. Ballet. — 1° Plonger la pièce dans une solution d'hématoxyline à chaud à 45°.

2° Laver.

3° Plonger ensuite dans une *solution de sulfate de cuivre et d'acide osmique* à 1/100.

4° Dans une solution de permanganate de potasse.

5° Dans une solution d'acide oxalique et de sulfite de potasse.

La décoloration par le permanganate est le seul temps délicat de cette méthode dont la nouveauté consiste dans le mélange de sulfate de cuivre et d'acide osmique. Elle a de plus l'avantage sur la méthode de Pal de donner des préparations extemporanées et sur celle de M. Azoulay qui emploie l'acide osmique pur, de n'être pas dangereuse.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

Séance du 11 *juin* 1985.

Un cas de fétichisme.

M. Vallon. — J'ai eu tout dernièrement l'occasion d'étudier un cas curieux de fétichisme. Le 9 décembre 1894, un nommé V... était arrêté devant la salle des dépêches du *Figaro* sur la plainte d'une dame qui avait eu un pan de sa jaquette coupé et l'accusait de ce délit; le mari de cette dame suivit l'accusé au commissariat de police et raconta qu'il l'avait vu rôder autour des femmes qui se trouvaient dans la salle des dépêches du journal; plusieurs de ces femmes avaient eu des parties de leurs vêtements coupées. Fouillé, V... fut trouvé nanti de nombreux fragments d'étoffes s'adaptant aux jaquettes abîmées et d'une paire de ciseaux; à son domicile, on découvrit une grande quantité de morceaux d'étoffes diverses.

Dans ces conditions, le juge d'instruction me confia l'examen mental de l'accusé. Ce dernier ne présentait d'autre stigmate physique de dégénérescence qu'un écartement assez grand entre la tête et le pavillon des oreilles. Un grand oncle maternel était mort idiot, son père était alcoolique, une sœur idiote. L'accusé lui-même savait lire et écrire; il était boulanger et racontait qu'il buvait beaucoup. Il attribuait même au délire de l'ivresse les actes qui lui étaient reprochés et affirmait ne se souvenir de rien. « Je ne sais, disait-il, pour-

quoi j'ai ces morceaux d'étoffe, je n'ai pu les avoir coupés qu'étant ivre; ceux que j'ai chez moi ont dû être jetés derrière mon lit avec du linge sale; enfin, mes ciseaux me servent à enlever les échardes que je m'enfonce souvent dans les doigts en maniant du bois pour chauffer le four. »

Je recherchai s'il ne s'agissait pas d'épilepsie larvée. V... avait bien de temps à autre des éblouissements, du tremblement des membres quand il se trouvait devant un four, mais il est probable qu'il s'agissait là de troubles déterminés par la chaleur sur un homme faisant abus d'alcool. Pas d'incontinence nocturne, pas de courbature au réveil.

Rien ne permettant de conclure à l'existence du fétichisme, j'admis que V... avait agi sous l'influence de l'ivresse, que sa responsabilité était diminuée par suite de l'influence héréditaire, que de plus le vertige épileptique était possible et que, par conséquent, il méritait une certaine indulgence.

Je n'étais cependant pas satisfait et pensais toujours à la probabilité du fétichisme.

La suite me donna raison. V... ayant bénéficié d'une ordonnance de non lieu, fut reçu l'infirmerie spéciale du Dépôt. Là, M. Garnier obtint de lui une confession écrite dans laquelle il reconnaissait qu'il coupait des fragments d'étoffes laineuses, des morceaux de fourrures portées par des femmes, par suite d'une obsession inavouable. Rentré chez lui, il plaçait les fragments de vêtements près de son lit et se masturbait à son aise.

V... était un fétichiste qui ne se décida à parler que lorsqu'il fut hors des atteintes de la justice.

Actuellement, le malade est chez un de ses beaux-frères qui s'est engagé à le surveiller.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 10 *juin* 1895.

Présidence de M. Coyne.

Typhus ou scarlatine ?

M. Jacques lit l'observation d'un malade entré le 6 juin dans le service de M. le Dr Verdalle.

Ce malade était plongé dans une stupeur profonde on parvient cependant avec beaucoup de peine à savoir que sa maladie remonte au 3 juin A la suite de fatigues, de danses prolongées, il s'était couché très courbaturé. Les jours suivants il a des frissons, diarrhée, insomnie, pas d'épistaxis.

Le 6 juin, à l'hôpital, on constate la fatigue extrême, langue saburrale, gorge extrêmement sèche. La face antérieure du cou, le haut de la poitrine du côté gauche et l'épaule gauche sont couverts d'une éruption d'élevures rosées, espèce de rash scarlatiniforme, s'effaçant à la pression. Taches ecchymotiques lie de vin sur le dos de chaque poignet, ne s'effaçant pas à la pression et datant, paraît-il, de la veille.

Examen des poumons et du cœur négatif. Ventre non ballonné, pas de taches rosées; rate à peine percutable, foie débordant les fausses côtes. Urines normales.

Température 39° matin et soir, pouls 116. Diagnostic : typhus ou fièvre typhoïde.

Le 7 juin, température 39° le matin, 40° le soir; le foie déborde de trois doigts les fausses côtes. Dans la nuit, insomnie, délire, le malade avait des velléités de s'élancer hors de son lit.

Le 8 juin au matin mort.

M. Brindel a fait la nécropsie de ce malade, il a trouvé un épanchement sanguinolent dans les deux plèvres et le péricarde. Les poumons sont seulement congestionnés. L'intestin examiné dans toute son étendue ne présente aucune lésion; les ganglions mésentériques ne sont pas tuméfiés. Le foie pèse 4 kilog, la rate 600 gr.

Dans le cerveau on trouve un gros caillot dans le ventricule latéral gauche, un autre dans le 4e ventricule. Hémorrhagie légère à la surface du cerveau.

M. Vergely ne trouve pas dans l'observation les caractères d'un typhus net; l'éruption, le délire ont un autre caractère; on trouve des symptômes pulmonaires marqués; la maladie dure en outre plus longtemps. L'autopsie n'a pas donné non plus les résultats habituels; on trouve très peu de chose dans une autopsie de typhus.

Il semble plutôt, au moins d'après l'observation et d'après les résultats de l'autopsie, que l'on se trouve en présence d'une scarlatine fruste.

M. Jacques. — Le diagnostic de typhus n'a été porté du vivant du malade qu'avec un point d'interrogation.

Suture ancienne du tibia.

M. Liaras présente le tibia d'un malade mort dans le service de M. Dudon, quelques heures après son entrée. Il avait une fracture compliquée de jambe et le tibia était largement découvert. En nettoyant cette plaie, on constata un cal volumineux du tibia avec quelques points au fil d'argent.

Le malade avait eu quelques mois auparavant une fracture à la même jambe traitée par la suture du tibia. Il est intéressant de constater que le tibia s'est brisé beaucoup au-dessous du cal; la consolidation au niveau de l'ancienne fracture est complète.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

VIe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ DE GYNÉCOLOGIE ALLEMANDE

Tenu à Vienne du 5 *au* 7 *juin* 1895.

Etiologie pathogénie et traitement des endométrites.

M. Winckel (Munich). — La meilleure classification des endométrites est celle qui a pour base les causes étiologiques de cette affection. Sous ce rapport on peut les diviser en deux grands groupes, les endométrites microbiennes, et les endométrites d'origine non-microbienne, comprenant chacun plusieurs subdivisions, de façon à avoir le tableau suivant:

I. — *Endométrites simples, non microbiennes :*
1° Par troubles de circulation.
2° *a.* Par intoxication.
b. Par infection générale de l'organisme.
3° Consécutive à l'avortement.
4° Endométrite exfoliatrice.
II. — *Endométrites suppurées, microbiennes :*
5° Gonorrhéique.
6° Tuberculeuse.
7° Streptococcique, staphylococcique ou colibacillaire.
8° Saprophytique.
9° Diphthérique.
10° Syphilitique.
11° Blastomycétique.
12° Amibienne.

Chacune de ces formes doit être étudiée en détail.

1° L'endométrite simple, catarrhale, par troubles de circulation, survient le plus souvent quand, en cas de congestion de l'organe, la déplétion par les veines utérines se fait mal. Ces circonstances peuvent se rencontrer déjà chez les enfants par le fait des vêtements trop serrés ou d'une malpropreté des organes génitaux externes ou d'une constipation opiniâtre ou d'une irritation mécanique ou vermineuse de la vulve et du vagin. Dans le même groupe d'endométrites entrent encore les cas relevant d'une dyscrasie sanguine (anémie, leucémie, chlorure), des troubles menstruels, des déplacements de l'utérus et de ses annexes. L'endométrite catarrhale peut enfin être provoquée par l'état pathologique d'un organe voisin (vessie, reins, intestins, etc.).

2° Les endométrites consécutives à des intoxications s'observent fréquemment après des brûlures étendues et dans les empoisonnement proprement dits. Les métrorrhagies que l'on observe relèvent dans le premier cas de l'obstruction des vaisseaux par les hématoblastes formés, dans le second cas, de la dégénérescence de petits vaisseaux. Les endomé-

trites survenant dans le cours des maladies infectieuses générales sont produites soit par la pénétration des microorganismes dans l'endomètre, soit par l'action des toxines microbiennes.

3° La rétention des membranes, en partie ou en totalité, après l'avortement, donne lieu à l'endométrite déciduale polypeuse qui prédispose aux avortements quand elle n'est pas radicalement guérie.

4° Dans l'endométrite exfoliatrice avec élimination de fausses membranes composées de lambeaux de muqueuse utérine congestionnée, enflammée, on ne trouve jamais d'infiltration purulente. Dans l'intervalle des éliminations, on ne trouve presque pas de sécrétions, et c'est une raison pour considérer cette endométrite comme une affection inflammatoire locale.

5° L'endométrite gonorrhéique est produite par le gonocoque que, chez la femme, on trouve le plus souvent dans l'urèthre (85 à 100 0/0 des cas), puis dans le col (37 à 47 0/0 des cas), dans les trompes (33 0/0), dans la cavité utérine (50 0/0), dans le vagin (40,4 0/0) et dans la vulve (12 à 25 0/0). Quand les gonocoques se trouvent dans le col, ils peuvent envahir la muqueuse du corps de l'utérus en remontant le long du canal cervical. Il n'existe pas d'immunité contre les gonocoques qu'on peut trouver virulents à tous les âges de la vie. Quant à la fréquence de l'infection gonorrhéique on peut dire qu'elle existe chez 12 à 30 0/0 des femmes qui viennent se soigner pour une affection de l'appareil génital.

6° L'endométrite tuberculeuse est bien plus rare. Les bacilles tuberculeux se trouvent le plus souvent dans les trompes, plus rarement dans le corps de l'utérus, plus rarement encore dans le col, exceptionnellement dans le vagin. La tuberculose génitale est bien plus souvent secondaire que primitive.

7° L'endométrite septique puerpérale est produite le plus souvent par des streptocoques ; les staphylocoques ne jouent sous ce rapport qu'un rôle tout à fait secondaire. On peut rencontrer le streptocoque dans toute les parties de la muqueuse utérine, puerpérale ou non, qu'il abandonne du reste pour émigrer dans les trompes, le péritoine, soit seul, soit en compagnie d'autres microbes. La virulence varie avec son lieu d'implantation, la vitalité des microorganismes qui l'accompagnent, la résistance de l'organisme, etc. Les primipares et d'une façon générale les puerpérales dont l'accouchement était difficile ou a provoqué une perte abondante de sang, sont particulièrement sensibles à l'infection streptococcique. Le rôle des colibacilles comme agents des endométrites est actuellement hors de doute.

8° L'endométrite saprophytique comprend les cas où l'affection est produite par la pénétration dans la muqueuse des microorganismes saprophytes comme le proteus vulgaris, le b. pyogènes fœtidus, le b. saprogenes de Rosenbach, etc. Dans le même groupe vient encore se ranger l'endométrite purulente sénile.

9° L'endométrite puerpérale diphthérique n'est pas produite par le bacille de Lœffler, mais presque toujours par le streptocoque. Bien que la possibilité d'une endométrite diphthérique vraie soit admissible, on n'a pas, jusqu'à présent, publié un seul cas authentique de cette affection.

10° L'endométrite syphilitique n'est pas fréquente, mais l'existence d'une endométrite syphilitique primitive du col est démontrée par les cas où le chancre n'apparaît qu'après la destruction des lèvres du col. Le plus souvent le chancre initial occupe la lèvre antérieure, puis par ordre de fréquence, l'anneau circulaire circonscrivant l'orifice externe du col et la muqueuse du col en cas d'ectropion.

11° Dans l'endométrite blastomycétique rentrent les cas produits par le muguet, comme on en possède plusieurs observations authentiques. Enfin l'endométrite à amibes comprend les trois cas d'endométrite glandulaire cystique, publiés récemment par Doria.

L'invasion de la muqueuse utérine se fait de plusieurs façons, soit que la voie sanguine, soit par le contact pendant le coït, par l'eau des bains, par les instruments, les doigts, etc.

Malgré la diversité des formes, la symptomatologie des endométrites présente un grand nombre de points communs. Les symptômes peuvent être divisés en trois groupes, 1° les symptômes locaux ; 2° les symptômes du côté des organes voisins (urèthre, rectum, plexus nerveux) ; 3° les symptômes généraux.

Les symptômes locaux sont tout d'abord d'ordre fonctionnel et se manifestent par des troubles de sécrétion. L'écoulement est tantôt à peine exagéré, tantôt très abondant, verdâtre, jaunâtre ou teinté de rouge. Sa consistance est variable : ordinairement elle est muqueuse, filante ; son odeur est fade, mais dans certains cas les sécrétions acquièrent une fétidité toute particulière, notamment dans les cas où l'endométrite est provoquée par les microorganismes possédant le pouvoir de former des gaz.

L'écoulement menstruel du sang est sujet à des variations et ne présente pas de particularités propres à chaque groupe. Tout ce qu'on peut dire, c'est que l'écoulement du sang est d'autant plus intense et d'autant plus long que l'endométrite est plus grave.

La douleur locale rappelle celles des coliques ou bien a un caractère expulsif et est produite par les contractions utérines. La douleur intense est pourtant relativement rare et s'observe principalement dans les cas où il existe de la rétention des sécrétions. La douleur est tout à fait caractéristique dans l'endométrite exfoliatrice où elle débute avant la menstruation et cesse soit avec l'établissement de la métrorrhagie, soit après l'expulsion des fausses membranes.

La stérilité que l'on trouve dans un grand nombre de cas tient en partie à des causes d'ordre mécanique (tuméfaction de la muqueuse, stagnation des sécrétions), en partie à des causes d'ordre chimique (sécrétions acides, purulentes, caustiques). L'avortement est fréquent, de même que l'hydrorrhée au cours de la grossesse. L'accouchement lui-même, quand la grossesse est menée à terme, n'est pas normal : on trouve notamment soit une rupture prématurée des membranes, soit une tuméfaction des parties molles, soit des adhérences placentaires, etc.

Les lésions ne restent pas localisées à la muqueuse : l'endométrite à la longue se complique de métrite, de para- et péri-métrite, d'oophorite, de salpingite.

Les symptômes que l'on observe le plus souvent du côté des organes voisins sont la vulvo-vaginite (chez des enfants), l'uréthrite et la para-uréthrite, du ténesme vésical, des douleurs dans les reins, les cuisses, la coccygodynie, etc.

La marche de l'endométrite peut être aiguë, subaiguë ou chronique. La plupart des endométrites simples et suppurées passent d'abord par un stade aigu, caractérisé par un mouvement fébrile, et par des modifications des sécrétions variables avec la nature de l'endométrite et par l'existence des phénomènes généraux et des symptômes du côté des organes voisins.

Mais dans la majorité des cas l'endométrite débute d'une façon subaiguë, surtout l'endométrite qui tient à la rétention des membranes. A part une température un peu élevée, le premier symptôme de ces endométrites est une métrorrhagie quelquefois assez violente. La marche subaiguë se rencontre encore dans les endométrites tuberculeuses.

Le stade subaigu succède encore d'une façon régulière aux endométrites qui débutent d'une façon aiguë : la fièvre tombe, les douleurs s'atténuent, les troubles du côté des organes voisins cessent. L'endométrite passe alors à l'état chronique, et ce passage à l'état chronique est presque la règle dans toutes les formes d'endométrite, les endométrites par intoxication mises à part. Du reste dans certaines endométrites, celles notamment qui tiennent à l'état dyscrasique du sang, le début est d'emblée chronique.

Dans toutes les endométrites on peut observer des poussées aiguës et subaiguës, tenant à de nouvelles infections et donnant lieu à une symptomatologie nouvelle du côté de l'appareil musculaire, ou articulaire, ou tendineux, et même du côté de l'appareil génital.

M. Dœderlein (Leipzig) admet que l'endométrite déciduale joue le rôle principal dans l'étiologie de l'avortement simple ou habituel et dans les anomalies placentaires et des membranes. L'étiologie de cette endométrite déciduale, de même que la nature intime de ses lésions, sont encore très incomplètement connues. Toutefois l'hypothèse d'une inflammation des membranes par la pénétration des microorganismes ne doit pas être rejetée d'une façon absolue. En tous les cas la présence des microorganismes dans la cavité uté-

rine doit être considérée comme un phénomène pathologique.

Quant aux termes de catarrhale, de purulente, de diphthérique, de gangréneuse sous lesquels on désigne l'endométrite puerpérale, il serait plus conforme de les remplacer par une terminologie relevant de l'étiologie, et de désigner cette endométrite sous le nom d'endométrite puerpérale pyogène ou saprohémique.

L'endométrite pyogène est la forme la plus fréquente qu'on observe chez les puerpérales, et les phénomènes infectieux graves qu'on observe pendant les suites des couches ont ordinairement pour origine une endométrite pyogène dont les agents sont le plus souvent les streptocoques, plus rarement les staphylocoques, les gonocoques, les colibacilles.

Les agents de l'endométrite saprohémique ne sont pas encore connus.

M. Bumm (Bâle). — Dans l'endométrite du corps, dans la forme catarrhale aussi bien que dans la forme proliférante, on ne trouve ordinairement pas de microorganismes, ni dans les sécrétions, ni dans la muqueuse. On peut donc en conclure que l'affection de la muqueuse n'est pas entretenue par des bactéries.

Dans un tout petit nombre de cas on trouve des bactéries, des bacilles comme des microcoques, non pas dans la muqueuse, mais dans les sécrétions. Les microorganismes varient avec les sécrétions et ne s'y trouvent qu'accidentellement. Il est pourtant probable que la pénétration des microorganismes pyogènes dans la cavité utérine peut rendre purulentes les sécrétions de la muqueuse malade.

L'idée du rôle négatif des bactéries dans l'endométrite chronique n'exclut pas le développement de l'endométrite chronique à la suite d'une infection gonorrhéique ou septique.

M. Fehling (Halle) s'occupe dans sa communication du traitement des endométrites qu'il divise au point de vue thérapeutique, en aiguës et chroniques. Le traitement des endométrites aiguës varie suivant que l'endométrite se déclare immédiatement après un accouchement ou un avortement ou relève d'une autre étiologie.

Dans l'endométrite puerpérale il est presque toujours impossible de faire une distinction entre les phénomènes qui relèvent de la fièvre de résorption et ceux qui sont produits par l'endométrite. Dans ces conditions il faut s'attaquer à l'endométrite aussitôt que pendant les suites des couches on constate une élévation de la température. On commencera dans ces conditions par les injections vaginales avec une solution de lysol, d'acide phénique, de permanganate de potasse, etc. Ces injections nettoient le vagin et le col et provoquent par leur action mécanique sur ce dernier une contraction de l'utérus qui évacue ainsi son contenu. Ces injections vaginales doivent être faites toutes les deux ou trois heures. Si au bout de 24 heures les phénomènes d'endométrite persistent il faut nettoyer la cavité utérine, par l'injection de deux ou trois litres d'un liquide antiseptique. Après le lavage on donnera de l'ergotine et on placera une vessie de glace sur le ventre. Cette injection pourra être suivie d'une autre au bout de 12 à 24 heures.

Le lavage intra-utérin est contre-indiqué quand l'endométrite s'accompagne de paramétrite, de pelvi-péritonite, de thrombose des veines utérines ou des veines du bassin.

Le grattage de la muqueuse, dans l'endométrite puerpérale, ne donne pas de résultats inférieurs aux lavages. Il n'est indiqué que : 1° dans les endométrites qui se déclarent deux ou trois semaines après l'accouchement; 2° dans les endométrites après avortement avec rétention des membranes. Après le grattage il est indiqué de cautériser la cavité avec une solution alcoolique d'acide phénique à 50 0/0 ou de placer un crayon iodoformé. Le tamponnement de la cavité avec de la gaze iodoformée n'a de raison que lorsqu'il est survenu une hémorrhagie sérieuse. Dans les cas tout à fait graves, l'hystérectomie totale peut être tentée, en tous les cas cette intervention doit être préférée à l'opération de Porro.

L'endométrite aiguë non puerpérale est produite le plus souvent par le gonocoque, plus rarement par des microcoques pyogènes.

Le traitement général de ces endométrites comprend le repos au lit, la glace ou les compresses de Preissunitz sur le ventre, les purgatifs doux, l'opium, la codéine, etc. Dans l'endométrite gonorrhéique aiguë le traitement local doit être proscrit lorsque l'infection est limitée au vagin et au col et qu'il existe des signes indiquant une participation des annexes au processus. Dans ces cas on se contentera de lavages antiseptiques du vagin, de badigeonnages du col avec une solution de nitrate d'argent à 10 0/0, d'un tamponnement lâche du vagin avec de la gaze iodoformée. Dans le cas contraire, on peut essayer de détruire localement les gonocoques par le badigeonnage de la muqueuse avec des solutions antiseptiques caustiques. L'opération doit être suivie d'un repos au lit avec de la glace sur le ventre.

Si l'endométrite aiguë est survenue après une intervention gynécologique, il faut enlever tout ce qui a été introduit dans la cavité utérine, nettoyer cette dernière, mettre la malade au lit. Si la menace de péritonite ne disparaissait pas, on envisagera l'éventualité d'une hystérectomie vaginale.

Pour ce qui est du traitement de l'endométrite chronique, il faut envisager séparément l'endométrite du corps et l'endométrite du col.

Dans certains cas d'endométrite du corps, chez les nullipares et les vierges notamment, le traitement local ne doit être entrepris qu'après l'échec du traitement général par les toniques, le repos, les bains, le séjour au bord de la mer ou à la montagne.

Si l'endométrite du corps tient à une infection locale, il faut, avant d'entreprendre le traitement local, voir s'il n'existe pas de contre-indications, qui, dans l'espèce, sont les inflammations aiguës et subaiguës de l'utérus, des annexes, du paramètre, du péritoine du petit bassin. Si, par exemple, l'endométrite semble dépendre de l'état pathologique des annexes, il faut s'occuper avant tout de ces dernières, les enlever même quand elles sont gravement atteintes. Dans les catarrhes du vagin et du col, il faut commencer par le traitement de ces parties en utilisant la saignée locale, le massage, les injections vaginales chaudes, les tampons de glycérine, l'ergotine, l'hydrastis, le redressement de l'utérus, etc.

Le traitement intra-utérin proprement dit présuppose une dilatation suffisante du canal cervical qu'on peut obtenir soit avec les sondes métalliques, en verre, en bois, etc., soit par l'introduction de gaze suivant la méthode de Vuilliet, soit par des tiges de laminaires, les meilleures peut-être en l'espèce. Cette dilatation préalable du col est en somme indiquée : 1° dans les cas où l'on soupçonne l'existence d'un néoplasme; 2° dans les cas où l'on veut se rendre compte du siège de la tumeur, de son insertion exacte; 3° en cas de récidive après plusieurs grattages.

Le traitement intra-utérin comprend l'introduction dans la cavité de l'utérus de substances qui exercent sur la muqueuse une action caustique astringente ou simplement désinfectante. Les substances peuvent être employées à l'état liquide ou solide ou sous forme de poudre ou de pommade.

Les substances liquides sont introduites le mieux avec la sonde de Playfair. S'il existe des hémorrhagies on injecte de la teinture d'iode à 10 ou 20 0/0, de l'alcool phéniqué à 50 0/0, du sulfate de cuivre, du perchlorure de fer, du chlorure de zinc à 10 ou 20 0/0. Dans les catarrhes simples on emploie le nitrate d'argent à 5 ou 30 0/0, l'ichtyol. Chez les femmes sensibles, ces cautérisations doivent être faites au lit et être suivies d'un repos.

Les substances solides sont introduites sous forme de crayons. Leur inconvénient c'est qu'ils agissent sur la paroi antérieure et postérieure de l'utérus et n'atteignent pas les angles.

L'insufflation des poudres et les pommades sont peu utilisées : poudres et pommades ont le même inconvénient que les crayons.

Les lavages de l'utérus, d'une pratique courante, n'ont pas d'action bien nette et en tous les cas n'irrigent pas toute la cavité. Aussi vaut-il mieux de remplacer le lavage qu'on fait d'habitude avant les cautérisations et les grattages, par le nettoyage de la cavité à l'aide d'un tampon trempé dans une solution antiseptique. Dans les autres cas, le lavage est avantageusement remplacé par le tamponnement, le tampon exerçant une action mécanique sur la muqueuse qu'il anémie, et provoquant des contractions utérines qui favorisent l'expulsion des sécrétions. Le tampon saupoudré d'iodoforme, de tannin, de thymol, etc., peut exercer en même temps une

action médicamenteuse locale sur la muqueuse. Le tampon doit rester en place 12 à 24 heures.

Les courants électriques qui d'après Apostoli agiraient à la façon des caustiques ne sont indiqués que dans les endométrites tenant à la ménopause.

Le procédé thérapeutique par excellence des endométrites du corps, est le grattage. Le grattage peut être employé à titre diagnostique pour l'examen microscopique de la muqueuse enlevée, à titre thérapeutique dans l'endométrite fongueuse, déciduale, exfoliatrice, et exceptionnellement dans les formes catarrhales quand les autres procédés ont échoué. L'opération ne doit être faite que lorsqu'il n'existe pas un état inflammatoire aigu ou subaigu de l'utérus et de ses annexes. Le grattage sera fait sans le chloroforme. Les dangers de cette intervention, sans parler des accidents d'infection, sont la rupture des collections purulentes des annexes et la perforation de l'utérus.

Après le grattage, on incise la cavité utérine et on cautérise la muqueuse avec de la teinture d'iode à 10 0/0, ou de l'alcool phéniqué à 50 0/0, ou du chlorure de zinc à 20 ou 30 0/0. Le tamponnement n'est indiqué qu'en cas d'hémorrhagie sérieuse. Ordinairement le tamponnement vaginal seul suffit. Les malades gardent le lit pendant 4 à 8 jours, et on favorise l'involution de l'utérus par l'administration d'ergotine. Si le grattage a donné lieu aux complications indiquées plus haut, il faut faire l'hystérectomie vaginale en enlevant les annexes en même temps.

L'endométrite chronique du col doit toujours être traitée localement. Dans les formes légères les injections vaginales abondantes suffisent. Dans les cas où le processus s'est localisé dans le canal on peut avoir recours aux caustiques liquides pas très énergiques, au grattage de la muqueuse, à l'opération de Schrœder s'il existe en même temps une hypertrophie du col.

M. Gottschalk, qui a étudié bactériologiquement 60 cas d'endométrite, trouva des staphylocoques dans une huitaine de cas. Dans les autres cas les sécrétions utérines renfermaient des diplocoques et des petits bacilles. Les microorganismes ne sont pas les agents proprement dits de l'endométrite, mais ils sont capables d'entretenir l'inflammation quand ils envahissent une muqueuse malade.

M. Menge (Leipzig) a examiné la muqueuse du corps de 71 utérus. Dans 16 seulement elle était normale, dans 53 elle présentait les lésions de l'endométrite chronique. L'examen bactériologique de la muqueuse du col, fait dans 27 cas, a montré l'existence des lésions dans 18. Dans 6 cas seulement on trouva des bactéries dans la cavité du corps.

M. Krœnig (Berlin) a examiné les sécrétions chez 296 puerpérales fébricitantes : chez 133 il trouva des bactéries, des gonocoques chez 33 ; chez 30, des bactéries anaérobies ; chez 43, les sécrétions étaient stériles.

Les bactéries trouvées jouaient certainement un rôle étiologique dans les accidents, puisqu'ils se trouvaient en grand nombre dans les lochies, existaient dans les thromboses suppurées de l'utérus et du paramètre, étaient identiques à certaines espèces qu'on trouve dans les phlegmons et se sont montrés virulents chez des animaux.

M. Swiecicki (Posen) attire l'attention sur le rôle que les ovaires jouent dans les endométrites. Les expériences de Krukenberg ont du reste montré que les ovaires exercent une sorte d'action trophique sur les utérins. Il y aurait donc lieu d'admettre l'existence d'une endométrite d'origine ovarique.

M. Olshausen (Berlin) partage cette façon de voir et pense que l'endométrite exfoliatrice rentre dans cette catégorie d'endométrite d'origine ovarique.

M. Baumgartner (Baden-Baden) a obtenu de bons résultats par l'irrigation continue non seulement dans les endocardites catarrhales, mais encore dans les cas avec lésions profondes, accompagnées ou non d'hypertrophie. L'irrigation est continuée pendant 15 à 20 minutes avec un liquide dont la température est de 20 à 30°.

M. Sænger (Leipzig) a obtenu de très bons résultats par les cautérisations avec du chlorure de zinc. L'emploi des cautérisations après le grattage est inutile.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Séance du 11 juin 1895.

Rupture de la vessie dans le péritoine.

M. Walsham. — En 1888 j'ai déjà rapporté un cas de rupture intra-péritonéale de la vessie traitée avec succès par la suture. A la même époque j'ai fait des recherches et j'ai trouvé onze observations de cette lésion traitée par la suture. Actuellement je viens en relater un nouveau cas et M. Miles en a réuni 17 cas nouveaux dans la littérature médicale, ce qui porte à 28 le nombre total des observations publiées jusqu'à ce jour. Le malade dont je veux vous parler était âgé de 42 ans ; il entra à l'hôpital le 8 mars 1895 pour une rupture de la vessie dans le péritoine. On fit le diagnostic en insufflant dans la vessie un peu d'air à l'aide d'une poire en caoutchouc ; l'abdomen se tympanisa aussitôt et la matité du foie disparut. On sutura la déchirure à l'aide de 14 sutures de Lembert à la soie ; on irrigua la cavité pelvienne avec une solution de sublimé et d'acide borique ; on sutura l'abdomen après s'être assuré, à l'aide d'une injection de lait dans la vessie, que celle-ci était bien fermée. Le malade guérit très bien. Je crois que c'est là le premier cas où on a eu recours à l'insufflation de la vessie pour établir le diagnostic. Il suffit du reste d'insuffler une très petite quantité d'air, et cela à l'aide d'une très faible pression ; la présence d'une quantité minime d'air dans la cavité abdominale suffit pour établir le diagnostic. Cette introduction d'air dans la cavité abdominale amène un trouble intense dans l'état général du malade. Dans le cas précédent, ce malaise a disparu dès qu'on a ouvert l'abdomen. Je crois donc qu'à l'avenir il vaudra mieux ne recourir à ce moyen d'exploration que quand le malade sera déjà sur la table d'opération, de sorte que si le collapsus amené par cette investigation menaçait les jours du malade, on pût immédiatement ouvrir le ventre. Après l'opération, il est inutile de laisser une sonde dans la vessie, elle ne pourrait que favoriser l'apparition d'une cystite ou d'une infection. Sur les 28 cas publiés jusqu'ici, il y a eu 11 guérisons et 17 morts. Sur les 11 sujets qui guérirent, un seul présentait déjà de la péritonite lorsqu'on opéra. Sur les 17 malades qui moururent, 8 et probablement 9 présentaient de la péritonite lors de l'intervention. Les causes de la mort chez les 8 sujets n'ayant pas présenté de péritonite lors de l'opération, sont les suivantes : choc ou hémorrhagie dans 5 cas, péritonite ultérieure dans 3 cas. Deux de ces péritonites furent le résultat d'une fermeture insuffisante de la déchirure de la vessie. Les autopsies ont démontré que sur les 28 cas quatre fois la suture de la vessie avait été insuffisante ; il importe donc bien d'essayer cette suture en injectant du lait dans la cavité vésicale.

M. Barker. — Je suis étonné que la pénétration de quelques centimètres cubes d'air dans la cavité abdominale amène des symptômes graves. Je pense que d'autres facteurs interviennent pour produire ce collapsus. Les organes abdominaux sont continuellement soumis à des pressions variées sans qu'il en résulte aucune réaction dans l'état général du sujet ; je ne pense pas que dans l'observation de M. Walsham les symptômes alarmants aient été produits par l'insufflation de l'air. Je crois que pour essayer la valeur de la suture vésicale, il vaut mieux recourir à un autre liquide que du lait, dont l'emploi peut n'être pas inoffensif. Dans un cas d'hydronéphrose, j'avais fait une fistule aseptique aboutissant à la région lombaire. Je voulais savoir si de ce côté l'urine passait de l'uretère dans la vessie, aussi je fis couler du lait dans cet uretère par la fistule. Il se produisit une violente cystite en même temps qu'une inflammation du bassinet du rein.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON 12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES

DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 17 juin au 6 juillet 1895.

Mercredi 26. — M. Bartoli. Quelques considérations sur les résultats du traitement médical dans la salpingite. — M. Bécart. Considérations sur l'hémoglobinurie et les hémoglobinuries brightiques. — M. Ducroux. Contribution à l'étude de la neurasthénie. Rapports de la maladie de Bearœ avec les maladies infectieuses. — M. Katzevellenbogey. Des lipomes symétriques. — M. Westberge. La scrofule moderne comparée à la scrofule ancienne. — M. Huber. Recherches physiologiques sur la résorption rénale. — M. Neveux. De la gangrène du médiastin et de la gangrène pulmonaire consécutive. — M. Cocagne. Du pronostic dans la présentation du siège. — M. Abd el Nour. Les méfaits du tamponnement vaginal dans le placenta-prœvia démontrés par les statistiques récentes de ses partisans. — M. Jallot. Des opérations conservatrices dans le traitement de l'ostéosarcome. — Mme Magnus. Etude clinique des tumeurs adénoïdes, leur traitement chirurgical. Résultats post-opératoires. — M. Gourdet. Etude sur l'aplatissement comparé du thorax par les différents procédés de résection costale, et spécialement sur un nouveau procédé de thoracoplastie.

Jeudi 27. — M. Maignant. Contribution à l'étude des péricystites suppurées. — M. Dutournier. Contribution à l'étude du diabète bronzé. — M. Marmasse. Du curettage dans les accidents des suites de couches. — M. Dubois. Contribution à l'étude de l'hypertrophie mannaire dans le cours de la grossesse. — M. Barau. Des reproches faits à la cocaïne dans son emploi en chirurgie. — M. Acard. Contribution à l'étude des cirrhoses pigmentaires. — M. Malherbe. Contribution à l'étude du mycosis tongoïde et spécialement des érythrodermies prémycosiques. — M. le Maitre. Des états cataleptiques dans les maladies mentales.

Mercredi 3. — M. Moreigne. Etude sur le dosage de quelques éléments importants de l'urine. — M. Colonna d'Istria. Influence de la grippe sur la tuberculose. — M. David H. Contribution à l'étude de la polyurie protuberculeuse. — M. Lacroix. Traitement des épaississements de la cloison des fosses nasales. Scies et trépans électriques. — M. de Saint-Gilles. Contribution à l'étude des pseudarthroses par ostéomalacie. — M. Groll. Traitement des hernies gangrénées par l'enfouissement et l'invagination. — M. Vigneron. De l'énucléation des kystes hydatiques du foie.

Jeudi 4. — M. Svynos. Contribution à l'étude des nouveaux traitements des adénites tuberculeuses. — M. Stamatiades. Traitement de certaines tumeurs malignes des fosses nasales par les voies naturelles. — M. Litinski. Essai d'une classification rationnelle des appareils physiologiques de l'organisme. — M. Grépin. Etude sur la puissance hémostatique de l'antipyrine. — M. Lavergne. Contribution à l'étude de la néphorraphie. — M. Anderodias. Contribution au traitement chirurgical des otites chroniques suppurées rebelles, par l'ouverture large des cavités de l'oreille moyenne.

Concours d'agrégation, anatomie, physiologie. — Questions (suites) : L'appareil électrique des poissons. — Les systèmes porte. — Le corps thyroïde. — Les dérivés branchiaux. — La glande mammaire. — Le neurone d'après les conceptions récentes. — Des modes de communication des vaisseaux sanguins. — L'ectoderme et ses dérivés. — Les commissures dans le système nerveux. — Des bourses dites muqueuses et séreuses. — Cartilages et fibro-cartilages articulaires. — Caractères généraux des ganglions des nerfs cérébro-spinaux. — Développement, ossification et évolution de la voûte du crâne.

VARIÉTÉS

Bureau central de médecine. — Le total des points obtenus aux trois premières épreuves est : MM. Guinon 60, Morel-Lavallée 59, Boulloche 58, Dalché, Barbier, Thiroloix 57.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les Essences de niavuli et de cajeput, considérées comme des auxiliaires dans la lutte contre les maladies microbiennes vulgaires de l'appareil respiratoire, par le Dr F. Forné, médecin en chef de la marine de réserve. In-8°, 1895, avec figures, 2 francs.

Troubles et accidents de la ménopause (âge critique de la femme), par les Drs Ch. Barbaud, médecin-consultant aux eaux de Luxeuil, fondateur, directeur de l'établissement aérothérapique d'Arcachon, et A. Rouillard, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'asile de Villejuif. Histoire clinico-thermale de la femme aux trois grandes périodes de sa vie : *puberté, union sexuelle, ménopause.* 1 volume in-8°, précédé d'une préface de M. le Dr F. Labadie-Lagrave, médecin de La Charité. Paris, Jouvet et Cie, éditeurs.

La mort apparente du nouveau-né, par le Dr Demelin, chef de clinique d'accouchement à la Faculté de médecine de Paris. Société d'éditions scientifiques. 27e volume de la petite encyclopédie médicale. Collection in-18 raisin cartonné à 3 francs.



GOUDRON FREYSSINGE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Comment doit-on traiter la blennorrhagie aiguë chez l'homme?

Tout à fait au début, on peut songer à instituer un *traitement abortif;* mais ce traitement n'a des chances de succès que si la sécrétion uréthrale est encore plutôt séreuse que purulente, si les bords du méat ne sont pas tuméfiés; aussi le traitement abortif ne peut être appliqué que rarement, la plupart des malades n'ayant recours au médecin que quelques jours après le début de la maladie. On peut faire avorter une blennorrhagie à l'aide des *grands lavages avec une solution de permanganate de potasse*, lavages dont la technique sera indiquée plus loin.

Le permanganate de potasse agit par son pouvoir antiseptique mais surtout par la propriété qu'il possède de déterminer une sécrétion séreuse, abondante, cette sécrétion ayant pour effet de balayer les gonocoques, de les entraîner hors des glandes de l'urèthre.

Le premier lavage peut être fait avec une solution à 1 0/00; les lavages suivants avec des solutions plus faibles à 2 ou 4 0/00 (Janet). M. Guiard est partisan de l'emploi de doses plus faibles encore 1/5000 à 1/10000. Ces dernières sont mieux tolérées et ont une efficacité tout aussi marquée que les doses fortes. La quantité de liquide nécessaire pour chaque lavage est d'un demi-litre. On prépare extemporanément une solution au 5000e en versant dans un demi-litre d'eau (préalablement bouillie) une cuillerée à café de la solution suivante :

Permanganate de potasse......	2 grammes.
Eau distillée..................	100 —

Deux lavages quotidiens sont faits pendant les trois ou quatre jours, un seul suffit pendant les quatre ou cinq jours suivants; le traitement dure huit jours en moyenne.

Plusieurs cas peuvent se présenter : ou bien l'écoulement cesse après le premier lavage, ou bien il persiste.

La cessation de l'écoulement n'implique pas nécessairement la guérison; en effet le râclage de l'urèthre permet parfois de constater la persistance des gonocoques dans les cellules épithéliales et les leucocytes et l'écoulement peut reparaître.

Inversement la persistance de l'écoulement n'implique pas que la guérison rapide ne puisse être obtenue. Le pronostic dépend essentiellement de l'existence ou non des gonocoques dans cet écoulement, et non du degré d'abondance. Si les gonocoques s'y rencontrent, l'espoir d'une guérison rapide doit être abandonné.

Au contraire s'ils ne se rencontrent plus dans l'écoulement, celui-ci ne tarde pas à se tarir, alors même qu'on a cessé les lavages.

La recherche quotidienne des gonocoques est donc nécessaire. Cette recherche est très facile à effectuer. Une parcelle de pus étant étalée sur une lamelle bien propre, on la fixe en passant rapidement, à trois reprises, la lamelle sur la flamme d'une lampe d'alcool et on la plonge pendant quelques instants dans un bain colorant. On se sert habituellement du liquide Löffler, ainsi composé :

Solution aqueuse de potasse au 1/10000e....	100 vol.
Solution alcoolique concentrée de bleu de méthylène (1,50/100e).	30 vol.

On lave et on sèche.

Un grossissement de 700 diamètres environ est nécessaire. Les gonocoques se reconnaissent aux caractères suivants :

1° Ils sont associés deux par deux; ce sont des diplocoques; de plus ils se présentent par groupes composés d'un certain nombre d'éléments (15 à 40 en moyenne).

2° Ces groupes sont situés dans l'intérieur des leucocytes et des cellules épithéliales (tous les leucocytes n'en contiennent pas; on n'en rencontre que dans un leucocyte sur 30 environ).

A la période d'état de la blennorrhagie, la conduite à tenir varie suivant le degré d'acuité de la blennorrhagie; mais il existe un certain nombre de *règles hygiéniques* que l'on doit prescrire chez tous les malades indistinctement.

1° Garder un *repos* relatif; éviter les exercices violents, les longues marches, les excès vénériens.

2° Eviter dans l'*alimentation* les mets épicés, le gibier, les truites, le poisson de mer, les truffes, les asperges, les céleris, le vin pur, les liqueurs, la bière. (Cette dernière tout particulièrement).

3° Porter un suspensoir.

4° Laver avec soin les organes génitaux avec une solution faible de sublimé; obturer le méat avec un capuchon de coton hydrophile; éviter de porter la main aux yeux et les plonger après chaque pansement dans une solution de sublimé.

5° Prendre chaque jour un *grand bain*, et s'il existe de la balanite, du gonflement de la verge, faire des enveloppements de la verge dans des compresses froides.

6° Boire chaque jour un litre d'une tisane délayante (orge, graine de lin, queue de cerise, eau édulcorée avec du sirop d'orgeat) ou mieux d'eau additionnée d'un *mélange alcalin*, suivant la formule de M. Balze :

Bicarbonate de soude......	30 grammes
Salicylate de soude.........	10 —

(2 cuillerées à café dans un litre de limonade de citron).

Certains *symptômes* doivent être combattus; les douleurs à la miction par l'usage des bains ou simplement en faisant uriner le malade, la verge plongée dans un verre d'eau froide; les érections par les bains, par l'usage d'un lit dur et peu couvert, par le décubitus latéral de préférence au décubitus dorsal, par les ablutions froides, par l'opium et l'antipyrine en lavements :

Eau froide..................	50 grammes
Antipyrine..................	2 —
Laudanum de Sydenham	X à XV gouttes

les pollutions par le bromure de potassium :

Sirop d'écorces d'oranges amères pur.............	100 grammes
Sirop de codéine	100 —
Bromure de potassium.......	10 —

Deux à trois cuillerées à bouche dans la soirée.

7° Le traitement local est beaucoup plus efficace que le traitement interne par les balsamiques pour amener la disparition de l'écoulement.

Les moyens locaux sont au nombre de deux : les lavages et les injections; les lavages sont préférables aux injections.

A quel moment doit-on commencer à faire les *lavages*?

Au bout de dix à quinze jours, si la blennorrhagie est d'intensité médiocre; au bout d'un temps plus long s'il s'agit d'une blennorrhagie très aiguë avec écoulement très abondant, tuméfaction notable de la verge, etc. Dans ce dernier cas on ne commencera les lavages que quand l'écoulement sera nettement en décroissance, et

que les phénomènes inflammatoires tendront à disparaître.

Les lavages se font avec une *solution de permanganate de potasse*, tant qu'il existe des gonocoques; on les fait sans se servir de sonde, en utilisant la pression atmosphérique. On se sert comme réservoir soit d'une poche en caoutchouc, soit du « bock d'Esmarch », muni d'un tube en caoutchouc de 2 mètres de long qui aboutit à une canule en verre, à bout conique, s'adaptant étroitement au méat.

La technique diffère suivant que l'on veut laver uniquement l'urèthre antérieur ou les deux urèthres.

Dans le premier cas on élève le récipient à une faible hauteur, 0 m. 50 à 0 m. 75 seulement et on lave l'urèthre d'abord à distance, en faisant bâiller le méat, puis en introduisant le bout de la canule dans le méat en l'y forçant et la retirant ensuite pour laisser le canal se vider. On fait ainsi le lavage par des mouvements de va-et-vient alternatifs. Le malade peut être couché ou simplement assis, mais il faut éviter qu'il soit debout, les lavages pouvant provoquer des syncopes. Chez certains malades nerveux, particulièrement impressionnables, le malade doit avoir uriné avant le lavage.

Pour laver les deux urèthres, il est nécessaire d'avoir recours à une pression suffisante pour forcer le sphincter membraneux, c'est-à-dire d'élever le récipient à une hauteur de 1 m. 50 environ. On lave d'abord l'urèthre antérieur, puis on fixe solidement la canule au méat, en comprimant l'extrémité de la verge, pour empêcher le reflux du liquide. On recommande alors au malade de faire de grandes inspirations et de faire des efforts comme s'il voulait uriner, ces deux manœuvres ayant pour but de relâcher le sphincter.

Au bout de quelques minutes le malade éprouve une sensation spéciale au niveau du périnée et éprouve le besoin d'uriner, ce qui indique la pénétration du liquide dans la vessie. On cesse alors la compression du méat et on laisse le malade uriner; puis on recommence; au bout de trois à quatre reprises, tout le liquide du récipient se trouve utilisé. Certains médecins font passer un litre de la solution de permanganate dans l'urèthre; d'autres (Guiard) n'emploient qu'un demi-litre.

On peut se borner à laver l'urèthre antérieur tout à fait au début de la blennorrhagie, mais la pratique ayant enseigné que l'invasion de l'urèthre postérieur est à peu près constante, au bout de quelques jours, il vaut mieux avoir recours au lavage de l'urèthre dans sa totalité.

Un seul lavage par jour suffit; quant au nombre de lavages nécessaires, il est des plus variables; en moyenne il faut de 8 à 15 lavages. Ceux-ci doivent être continués quelques jours encore après la disparition des gonocoques. Si après avoir disparu complètement pendant quelques jours, l'écoulement reparaît, il faut immédiatement recommencer les lavages.

Il peut se faire que l'écoulement persiste pendant plusieurs semaines après la disparition générale des gonocoques; la persistance de l'écoulement est due à des infections secondaires qui se produisent très fréquemment à la période de déclin et contre lesquelles le permanganate de potasse est impuissant.

Dans ces cas il faut avoir recours aux *lavages avec solution de sublimé* très étendue (au 20000e), préparée sans alcool. Il suffit souvent de deux ou trois lavages de cette sorte pour tarir un écoulement rebelle.

Les lavages, avons-nous dit, sont préférables aux *injections*. Celles-ci, en effet, ne peuvent atteindre que l'urèthre antérieur, car avec les seringues dont on se sert habituellement et dont la capacité est de 5 à 6 cent. cubes on ne parvient à remplir et à nettoyer que la première partie de l'urèthre. Pour désinfecter tout l'urèthre il faudrait se servir de seringues d'une capacité d'au moins 20 cc. On se sert pour les injections, comme pour les lavages, d'une solution de permanganate de potasse :

Permanganate de potasse....	5 centigrammes.
Eau distillée...............	200 grammes.

(On fait disparaître aisément les taches que cette solution détermine sur les mains, en plongeant celles-ci dans une solution concentrée de bisulfate de soude). On peut encore employer avec avantage la résorcine (2 gr. p. 100); l'ichthyol (1 p. 100) etc.

On fait de deux à trois injections par jour. On ne conseillera les injections que dans les cas où le malade sera dans l'impossibilité matérielle d'employer les lavages.

Lavages et injections sont formellement contre-indiqués :

1° Quand il y a complication d'orchite ou de prostatite;

2° Quand il existe des foyers d'infiltration ou de suppuration le long de l'urèthre;

3° Quand il existe un rétrécissement résultant d'une blennorrhagie antérieure; dans ce dernier cas les lavages ne seront employés qu'après dilatation préalable et prudente du canal.

L'emploi des *balsamiques* à la période de déclin complète utilement le traitement.

On peut employer le *copahu*, le *cubèbe*, le *santal*.

On administre habituellement le copahu et le cubèbe ensemble; la dose active du premier est d'au moins 8 grammes, celle du second de 10 à 30 grammes.

On les prescrit commodément sous forme de bols, suivant la formule suivante :

Copahu..........................	1 gramme
Cubèbe fraîchement pulvérisé...	2 grammes
Essence de menthe..............	8 gouttes

Pour un bol, 8 par jour.

Le santal s'emploie en capsules de 30 ou 40 centigrammes, à la dose de 2 à 6 grammes par jour.

Résumé du traitement. — Tout à fait au début essayer le traitement abortif à l'aide des lavages au permanganate de potasse (2 par jour, chacun avec un demi-litre d'une solution au 5000e).

A la période d'état, si la blennorrhagie est très aiguë, s'abstenir de tout traitement local; prescrire uniquement le traitement antiphlogistique, grands bains, boissons alcalines.

Si la blennorrhagie est peu intense, faire chaque jour un lavage avec la même solution. Faire les lavages tant que dure l'écoulement et les continuer pendant quelques jours encore après la disparition de l'écoulement.

Si celui-ci reparaît et qu'il contienne encore des gonocoques, reprendre les lavages.

Si dans un écoulement persistant on ne retrouve plus les gonocoques, remplacer les lavages au permanganate par un lavage au sublimé (solution au 20000e).

G. Lyon.

NOUVELLES

Hôpital de Versailles. — Un concours pour la nomination de deux internes en médecine à l'hôpital-hospice de Versailles s'ouvrira le 4 juillet 1895.

Par autorisation de M. le recteur de l'Académie de Paris, les élèves de troisième et de quatrième années d'études médicales peuvent faire, comme internes à Versailles, le stage hospitalier exigé par la Faculté de médecine.

Les candidats pourront avoir des renseignements complé-

mentaires au cabinet du directeur de l'hôpital, de huit heures du matin à deux heures du soir.

La peste en Chine. — La peste a refait son apparition à Hong-Kong, où plusieurs cas viennent d'être officiellement constatés ; on en signale entre autres quatre dans une seule maison. La population européenne de la colonie est fort irritée contre les autorités britanniques qui ont refusé de prendre aucune mesure sérieuse pour prévenir la propagation de cette épidémie qui était signalée de Macao.

Distinctions universitaires. — A l'occasion de l'inauguration des nouveaux bâtiments des Facultés à Lille ont été nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Lambling, Morello, professeurs à la Faculté de médecine ; Philipart (Roubaix).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Bédard, Carpentier et Focken, chefs des travaux à la Faculté de médecine.

Hôpitaux de Paris. — MM. les élèves internes en pharmacie, actuellement en fonctions, et ceux qui seront nommés à la suite du concours, sont prévenus qu'il sera procédé, dans les formes ordinaires, à leur classement et à leur répartition dans les établissements de l'administration pour l'année 1895-1896.

En conséquence, MM. les élèves devront se présenter au chef-lieu de l'administration, avenue Victoria, 3, pour retirer eux-mêmes et signer leur carte de placement, sans laquelle ils ne seraient pas admis dans les établissements.

Ces cartes seront délivrées dans l'amphithéâtre de l'administration centrale, avenue Victoria, 3, savoir : à MM. les internes de 2e, 3e et 4e années, le mardi 25 juin, à 3 heures ; et à MM. les internes de 1re année, le jeudi 27 juin, à 3 heures.

Association française pour l'avancement des sciences. — XXIVe session — Bordeaux 4, — 9 août 1895. L'ordre du jour de la XIIe section (sciences médicales) porte cette question :

1° Comment déterminer et fixer le type de la nutrition anormale.

2° Comment différencier la nutrition normale de la nutrition pathologique ?

Le président de la 12e section est le professeur A. Pitres, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux, correspondant national de l'Académie de médecine.

Prière d'adresser les lettres au secrétaire du Conseil, rue Serpente, 28, Paris, ou au président de la section, cours d'Alsace-Lorraine, 119, à Bordeaux.

Voici le programme du Congrès :

Dimanche 4 août. — Séance d'ouverture.

Lundi, mardi, 5 et 6 août. — Séances de sections, visites industrielles, conférences.

Mercredi 7 août. — Excursion générale à Royan, Pauillac.

Jeudi 8 août. — Séances de sections, visites industrielles.

Vendredi 9 août. — Séances de sections et séance de clôture.

Samedi 10 août. — Excursion à Arcachon, Dax, jointe à l'excursion finale (dimanche à mercredi, 11 au 14 août) à Bayonne, Biarritz, Saint-Jean-de-Luz, Hendaye, Fontarabie, Saint-Sébastien, Bilbao.

Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Première épreuve* : MM. Peraire, 23 ; Rieffel, 28 ; Thiéry, 26 ; Sebileau, 30 ; Morestin, 27 ; Guillemain, 28 ; Mauclaire, 27 ; Chevalier, 26 ; Clado, 25 ; Cazin, 23 ; Reblaud, 24 ; Faure, 28 ; Villemin, 27 ; Demars, 22 ; Lyot, 27 ; Reynaud, 24 ; Arrou, 26.

Seconde épreuve : MM. Morestin, 16 ; Chevalier, 17 ; Clado, 15 ; Rieffel, 17 ; Villemin, 16 ; Arrou, 18 ; Faure, 16 ; Mauclaire, 15 ; Guillemain, 16.

Concours aux emplois de médecins du traitement à domicile, du 4 juin 1895 (Assistance publique). — Le jury, composé des Drs Dambax, Jacquemard, Guiard et Rueff, a terminé la première partie de son travail d'examen.

Les candidats dont les noms suivent ont été admis à suivre l'épreuve définitive spéciale à chacun des arrondissements :

MM. Dutard, Ripault, Courdoux, Joy, Isidor, Boudin, Henry, Grenet, Vételet, Recht, Blind, Fauvel, Bertrand, Morisse, Euvrard, Picot, Droubaix, Doucet Ehrardt, G. Lyon, Fabre, Toutain, Caslinel, Gauja, Rescoussié, Dambies, Ducellier.

Congrès international de thalassothérapie (troisième session). — Ce Congrès aura lieu, du 27 au 31 août prochain, à l'Hôtel de Ville d'Ostende. Ordre du jour :

1° La phthisie pulmonaire au bord de la mer.

2° Technique de la cure marine.

Indépendamment de la discussion de ces deux questions tous les membres pourront présenter au Congrès tel travail qui leur conviendra, à la condition qu'il ait trait à une affection réclamant le secours de la thalassothérapie.

Les séances auront lieu tous les jours, de dix heures du matin à midi et de trois à cinq heures du soir.

Pendant toute la durée du Congrès aura lieu une exposition internationale d'hygiène et d'hydrothérapie.

La vaccination. — Les préfets viennent d'être invités par une circulaire de la direction générale de l'hygiène publique, à prescrire aux médecins-vaccinateurs de procéder, d'ici au 30 juin au plus tard, à une tournée de revaccination de tous les enfants âgés de plus de dix ans, et principalement de ceux qui fréquentent les écoles publiques.

Les médecins ne devront employer pour les inoculations que de la pulpe vaccinale d'origine éprouvée, ou du vaccin animal pris sur une génisse saine.

La vaccination de bras à bras est rigoureusement interdite.

Désinfection des chiffons destinés à l'importation. — L'importation des chiffons étrangers aux Etats-Unis est actuellement soumise aux règles suivantes :

Les chiffons et déchets de tissus recueillis et emballés à l'étranger doivent, avant d'être expédiés aux Etats-Unis, être désinfectés dans le port d'exportation. La désinfection doit se faire, soit par l'immersion dans l'eau bouillante pendant trente minutes, soit par le traitement à la vapeur à 100° pendant le même temps, soit par l'exposition en chambre close pendant six heures aux fumées d'acide sulfureux aux quatre centièmes.

Les médecins attachés aux consulats américains, en France, doivent veiller à ce que ces désinfections soient faites avec le plus grand soin. Si le choléra, la fièvre jaune, la variole ou le typhus existent à l'état épidémique au port d'expédition, aucune patente de santé ne peut être délivrée pour les envois de chiffons avant un délai de trente jours après la disparition de l'épidémie et après désinfection.

Les étudiants en médecine dispensés. — Par lettre collective n° 86, du 25 avril 1895, le ministre de la guerre fait connaître qu'il a arrêté les dispositions suivantes en ce qui concerne les étudiants en médecine, dispensés par l'article 23 de la loi du 15 juillet 1889, qui ont été au mois de novembre incorporés dans les régiments d'infanterie, en exécution du règlement du 23 mars 1894 (article 4).

Dès que ces jeunes gens auront reçu une instruction militaire suffisante, ils seront mis à disposition du médecin chef de service, pour recevoir les premiers éléments de l'instruction d'infirmier, et pourront être utilisés dans les groupes alpins, comme le prévoit l'instruction du 23 avril 1890. Ils ne feront pas partie du peloton spécial qui doit comprendre exclusivement les dispensés susceptibles de devenir officiers de réserve. Cette dernière mesure s'applique également aux étudiants en pharmacie qui continueront le service régimentaire normal.

Légion d'honneur. — Sont nommés chevaliers : M. le Dr Audubert, maire de Sainte-Fortunade (Corrèze) ; sœur Joséphine, supérieure de l'hospice civil et militaire de Périgueux.

Distinctions honorifiques. — Deux médailles d'honneur en or sont décernées : 1° à M. le Dr Dussumier, médecin de l'hospice mixte de Bergerac ; 2° à la sœur Sophie, supérieure des religieuses du même établissement.

REVUE DES JOURNAUX

Un cas de tabes dorsal avec nécrose du maxillaire (Ein Fall von Tabes dorsalis mit Kiefernekrose), par

Kalischer (*Deut. med. Woch.*, 9 mai 1895, n° 19, p. 304). — Il s'agit d'un maréchal ferrant, âgé de 42 ans, sans antécédents syphilitiques, qui présente actuellement un tableau très complet des phénomènes tabétiques. Du côté des yeux, atrophie du nerf optique, signe d'Argyll Roberstson, ptosis; du côté de la face, anesthésie dans le domaine du trijumeau, chute des cheveux et des dents, nécrose de la mâchoire inférieure, du côté de l'appareil respiratoire des crises d'angine de poitrine. Il présente en outre, le phénomène de Romberg, la disparition des réflexes patellaires, des troubles de la sensibilité et des troubles vésicaux, de l'ataxie et des douleurs lancinantes. Pour ce qui a trait à la nécrose de la mâchoire, on connaît déjà depuis longtemps ce trouble trophique dans le tabes. On peut la retrouver dans toutes les périodes du tabes associée assez souvent à d'autres troubles trophiques, arthropathies, mal perforant, chute des ongles, etc. La cause de cette ostéite raréfiante avec nécrose de la mâchoire doit être rapportée à la participation du nerf trijumeau au processus tabétique. Déjà Westphal avait décrit la dégénérescence de la racine ascendante du trijumeau dans des cas de tabes; Oppenheim a trouvé en plus en dehors de cette lésion une dégénérescence du ganglion de Gasser, lésion qui a été retrouvée aussi par Demange dans un cas de tabes avec chute des dents. Les lésions du trijumeau dans le tabes se traduisent par des névralgies, hyperesthésie, paresthésie ou avec le masque tabétique. Comme troubles trophiques, on trouve surtout la chute des dents et la nécrose de la mâchoire. Quelquefois on a remarqué un certain degré d'ataxie des muscles de la face et des muscles masticateurs.

La participation du trijumeau moteur est plus rare dans le tabes. Raymond et Arthaud, Schultze, Petersen, Déjerine et Schwostelk ont décrit des paralysies et atrophies des muscles masticateurs dans la maladie de Duchenne. L'auteur pense avec d'autres observateurs, du reste, qu'il n'est pas nécessaire d'admettre avec Buzzard, dans la moelle allongée, un centre trophique pour les os.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 *juin* 1895.

Présidence de M. Empis.

M. Albert Robin proteste contre l'abus fait de son nom par des industriels en vue de vendre des produits pharmaceutiques.

Election.

M. Regnard est élu membre titulaire dans la section de physique et chimie médicale par 56 voix contre 25 à M. Pouchet.

Thérapeutique et prophylaxie de la diphthérie.

M. Cadet de Gassicourt, à propos de la communication faite il y a quinze jours par M. Dieulafoy sur les angines pseudo-herpétiques, rappelle qu'il y a quinze ans, il a déjà publié un fait du même genre. Depuis que l'attention des praticiens a été appelée sur la présence de bacilles diphthéritiques dans un grand nombre de ces angines, les cas mieux observés se multiplient et comme la persistance du bacille de Lœffler se prolonge longtemps, il est indispensable que l'on procure aux médecins le moyen de faire ce diagnostic, afin d'assurer plus aisément la prophylaxie de la diphthérie. (Voir *Gazette hebdomadaire*, p. 25, 49 et 109) Aussi propose-t-il le vœu suivant :

L'Académie convaincue que le seul moyen d'assurer le diagnostic et d'enrayer la propagation de la diphthérie, est de s'éclairer de toutes les lumières de la science moderne, émet le vœu que des laboratoires d'examens bactériologiques, dirigés par des savants spéciaux, soient ouverts, dans le plus bref délai, et que tous les médecins en soient avisés par la plus large publicité.

M. Albert Robin cite des faits analogues qu'il vient d'observer. A la demande de **M. Dieulafoy**, la discussion est reportée à la prochaine séance.

Laryngotomie sans trachéotomie.

M. Ch. Périer présente deux malades auxquelles il a enlevé des tumeurs du larynx en pratiquant la laryngotomie mais sans avoir eu recours à la trachéotomie préalable ou consécutive.

Chez ces deux malades la destruction des papillomes avait été tentée sans succès par la voie endo-laryngée; chez toutes deux les suites de l'intervention chirurgicales furent des plus simples. Quant aux suites thérapeutique elles n'ont pas été identiques : chez les deux malades on a redouté d'abord une récidive rapide, mais chez l'une il y avait eu méprise, la muqueuse du larynx décollée en un point et n'ayant pas été prise dans la suture flottait donnant l'illusion d'une tumeur. Chez l'autre, au contraire, on a vu le papillome réapparaître, bien qu'on ait eu le soin de brûler au galvano-cautère tous les points suspects de la muqueuse. Ce papillome récidivant est actuellement en voie de destruction par la voie endo-laryngée, mais il nécessitera peut-être une deuxième intervention.

M. Périer présente, en outre, une fillette opérée deux fois en 1892 pour des papillomes de larynx. Cette malade qui avait été trachéotomisée est actuellement guérie; elle parle et chante d'une façon très distincte.

Alcoolisme.

M. Rochard propose à l'Académie d'émettre le vœu suivant, en vue de diminuer la consommation de l'alcool :

1° Rétablir l'autorisation préalable pour l'ouverture des cabarets avec les garanties qu'exigeait le décret du 29 décembre 1850 et prononcer leur fermeture définitive après deux condamnations encourues pour contravention à la loi sur l'ivresse ;

2° Élever les droits sur l'alcool et réprimer la fraude avec sévérité.

M. **Bordas** lit au nom de M. **Ch. Girard** et au sien, un mémoire sur le pouvoir antiseptique du phosphate de chaux.

Comité secret.

L'Académie entend un rapport de M. Raphaël Blanchard sur les titres des candidats à la place déclarée vacante dans la section de thérapeutique et histoire naturelle médicale. La liste de présentation est fixée comme il suit : 1° M. Ferrand, 2° M. Huchard, 3° *ex æquo* MM. Du Castel, Hutinel et Sevestre.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 21 *juin* 1895.

Présidence de M. Cornil.

Aphasie.

M. Dufour montre le cerveau d'une femme qui, après avoir été aphasique, avait complètement recouvré l'usage de la parole; on constate au niveau des circonvolutions les lésions classiques de l'aphasie.

Rupture du cœur.

M. Jay présente le cœur d'une femme trouvée morte dans son lit. La mort était due à une rupture du cœur, rupture secondaire à un infarctus cardiaque déterminé par une obstruction complète de la coronaire antérieure par un caillot développé au niveau des plaques athéromateuses.

Kyste multiloculaire du rein.

M. Chrétien montre une tumeur occupant la plus grande partie de la cavité abdominale et constituée par une vaste poche cloisonnée remplie de liquide louche sanguinolent; sur un point de la poche on retrouve une petite masse solide ayant les caractères du rein. On serait en présence, en effet, d'après M. Cornil, d'un grand kyste multiloculaire du rein. L'autre rein était atrophié, réduit au volume d'un haricot.

Athérome de la coronaire. Endocardite chronique.

M. Auclair présente le cœur d'un malade ayant succombé à des crises de dyspnée dans le service de M. Cornil. Il existe une oblitération complète de l'artère coronaire droite dont les parois sont athéromateuses. Dans toute la portion du ventricule qui correspond au septime interventriculaire et derrière la grande valve de la mitrale, l'endocardie était transformé en un tissu blanc épais, nacré.

M. Cornil dit que ces lésions sont de la même famille que celles qui déterminent les anévrysmes de la pointe, et la rupture du cœur, elles sont dues aux troubles circulatoires tenant aux lésions des vaisseaux.

Pseudo-tuberculose.

M. Du Cazal montre trois tumeurs cérébrales, du volume d'une grosse noix, dures, élastiques, arrondies et semblant formées de couches concentriques qui leur donnent l'aspect d'un bulbe d'oignon. Outre ces tumeurs, il existait des tumeurs de même nature le long du rachis, dans les reins, à la surface des plèvres.

L'examen bactériologique n'a pas démontré la présence de bacilles de Koch dans ces tumeurs, qui, au point de vue histologique, ont la structure de tubercules fibro-caséeux.

Se basant sur l'absence de bacilles de Koch et sur l'analogie de ces tumeurs avec des tumeurs de même nature, dans lesquelles M. Vaillard et lui ont trouvé non pas du bacille de Koch, mais un bacille spécial, M. du Cazal pense être en présence d'un cas de pseudo-tuberculose bacillaire comparable à celui qu'il a décrit en 1891 avec M. Vaillard dans les Annales de l'Institut Pasteur.

Papillome corné de la langue.

M. Cornil montre une tumeur de la langue opérée par M. Péan. Cette tumeur est formée de villosités, coniques, dures, et de petits mamelons de sorte que la langue ressemble à une peau de porc-épic. L'évolution de la tumeur a été beaucoup plus lente (4 ans) que lorsqu'il s'agit d'épithélioma; on ne peut d'ailleurs songer ici à cette affection, car au lieu de s'enfoncer dans la profondeur des muscles, comme dans les cas d'épithélioma, la tumeur est toute en surface et ne pénètre pas dans le tissu sous-jacent de la muqueuse.

L'examen histologique montre d'ailleurs qu'il s'agit ici d'un papillome corné; on voit sur les coupes de nombreuses papilles, plus ou moins divisées, formées de vaisseaux et de tissu conjonctif et sur lesquelles sont implantées des cellules tassées d'épithélium pavimenteux stratifié. De place en place on trouve des globes épidermiques dont le centre est corné.

Salpingo-ovarite à streptocoques.

M. Reymond rapporte l'observation d'une femme qui, portant depuis plusieurs années des lésions des annexes, a succombé en trois jours à une péritonite généralisée à streptocoques, due à la rupture d'un petit abcès de l'ovaire.

Cachexie surrénale sans pigmentation.

M. Marie montre les capsules surrénales d'un malade ayant présenté, comme seuls symptômes cliniques, une asthénie extrême et de la fièvre, sans trace de pigmentation de la peau et des muqueuses. Les capsules surrénales sont le siège de lésions tuberculeuses très intenses, les autres viscères sont normaux ; on ne peut retrouver, à la dissection du plexus cœliaque, les ganglions semilunaires.

Utérus bicorne.

M. Griffon montre un utérus présentant une double anomalie : cet organe est bicorne, et chaque lobe utérin est séparé de celui du côté opposé par une cloison médiane vésico-rectale.

M. Mermet présente un sarcome mélanique du gros orteil.

M. L'Ombredane montre un cancer de l'œsophage ouvert dans la trachée, il existait un autre cancer au niveau de l'estomac.

M. Walsch rapporte un cas de kyste de l'épididyme avec nécrose totale du testicule.

MM. Schachmann et **Frænkel** rapportent un cas d'épithélioma du sein généralisé aux os, sans qu'il y ait de retentissement ganglionnaire.

Fernand Besançon.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 22 *juin* 1895.

Présidence de M. Chauveau.

Tubercule dans l'aorte thoracique.

M. Hanot, en faisant l'autopsie d'un individu ayant succombé à une tuberculose miliaire aiguë, a trouvé, dans la partie supérieure de l'aorte thoracique, un tubercule des dimensions d'une tête d'épingle, situé dans l'épaisseur de la membrane interne du vaisseau. L'examen microscopique, qui permit de constater la structure histologique classique du tubercule, fit voir en même temps la présence des bacilles de Koch.

Un cas d'acromégalie avec hémianopsie bi-temporale et diabète sucré.

M. G. Marinesco présente une malade âgée de 30 ans et présentant, en dehors du tableau clinique de l'acromégalie, certains symptômes encore peu étudiés.

Dans ses antécédents, on relève à 22 ans des attaques épileptiques qui survenaient trois à quatre fois par semaine sans aura et dont la fréquence a diminué progressivement. Il y a cinq ans, prise d'un étourdissement, elle a fait une chute du 2e étage. Six mois après cet accident, elle remarqua que ses pieds augmentaient de volume, au point qu'elle ne trouvait plus de chaussures assez grandes ; les mains, la face, la poitrine prirent un développement excessif. Depuis un an elle était torturée par une soif invincible et un appétit très exagéré. Elle urinait abondamment et ses urines tachaient le linge. En même temps elle perdait ses forces et se plaignait particulièrement d'affaiblissement des jambes. Elle affirme avoir beaucoup maigri depuis une année.

Etat actuel. — La face est énorme, allongée de haut en bas. Le maxillaire inférieur est saillant, les lèvres sont grosses, surtout l'inférieure. Le nez est hypertrophié avec une cloison et des ailes volumineuses. Le sternum est élargi et bombé, les clavicules sont très longues, les seins atrophiés. Il y a de la cyphose cervico-dorsale. Les mains sont élargies et épaissies, et il est à remarquer que l'augmentation porte aussi bien sur le diamètre longitudinal que sur le diamètre transversal. Les pieds sont énormes, mais l'hypertrophie porte aussi sur le diamètre antéro-postérieur. La langue est très hypertrophiée et sa surface est traversée par des sillons et des dépressions. La bouche est sèche, les gencives douloureuses. L'appétit est extrême. Du côté de l'appareil circulatoire, on note une augmentation de la matité précordiale. A l'auscultation, on entend à la base un souffle qui occupe la présystole et le 1er temps. Œdème des membres inférieurs. Pas de trouble de la sensibilité tactile, thermique ou douloureuse. Tous les autres sens, excepté la vue, paraissent normaux. La malade se sent très faible et incapable de marcher beaucoup. L'examen des yeux a donné les résultats suivants : Parésie pupillaire plus prononcée à gauche. Réaction consensuelle conservée. Hémianopsie bi-temporale avec conservation intégrale de la moitié saine de la rétine. Il n'y a pas de réaction hémiopique. Œil droit V = 1/2, œil gauche V = 1/3. Strabisme divergent amblyopique de l'œil gauche. Diplopie passagère.

La malade urine 10 à 12 litres par jour, couleur claire, réaction légèrement acide. Sucre, 48 grammes par litre, traces d'albumine. La vulve et les grandes lèvres sont hypertrophiées et recouvertes d'eczéma.

Il est difficile de préciser quel a été le rôle du traumatisme dans l'éclosion des symptômes d'acromégalie et peut-être

aussi du diabète. Unverricht, dans un récent travail, a posé cette question sans la résoudre. Quant à la pathogénie de l'acromégalie, l'origine hypophysaire émise pour la première fois par M. Marie semble la plus probable.

M. Garnault fait une communication sur la structure de l'organe de Jacobson chez les coléoptères.

M. Missalowsky (de Kazan) fait une communication sur la structure de la moelle des poissons sterlet.

R. Romme.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 10 *juin* 1895.

Traitement de la morsure des serpents venimeux

MM. Phisalix et **Bertrand.** — Nous avons fait connaître un sérum antivenimeux dont les effets sont incontestables. Mais il serait bon de connaître des antidotes qui exercent la même action. On a essayé différentes substances : chlore, brome, iode, trichlorure d'iode et hypochlorites. Or, en expérimentant avec une solution de chlorure de chaux, nous avons vu que ce corps agit non pas, comme on l'a dit, en formant une substance antitoxique ou en détruisant le venin dans la circulation générale, mais simplement par action locale : elle détruit le venin et mortifie les tissus. L'absorption des toxiques est ainsi empêchée.

Au point de vue pratique, on comprend qu'injecter le chlorure de chaux ailleurs qu'au niveau de la morsure ne conduira à aucun résultat appréciable, parce que ces injections n'ont pas, comme on l'a cru, d'action immunisante. C'est donc au niveau même où a porté la pénétration des crochets, sous la peau, qu'on fera une injection profonde.

Causes de la coloration et de la coagulation du lait par la chaleur.

MM. Cazeneuve et **Staddon.** — Si l'on chauffe du lait à l'air pendant quelque temps, on le verra se colorer en jaune et se coaguler. Au bain-marie, il faut pour cela dix ou quinze heures. A l'ébullition, la coloration jaune devient caramel.

Pour expliquer la coloration, on a invoqué l'altération de la lactose ou de la caséine. Mais, la coagulation n'a jamais été nettement interprétée. Différentes expériences que nous avons tentées à ce sujet nous ont conduit aux résultats suivants :

1° Le jaunissement du lait par la chaleur est dû à l'oxydation de la lactose en présence des sels alcalins du lait;

2° La lactose, dans cette oxydation, donne des acides et entre autres de l'acide formique facile à constater, dont la présence suffit à expliquer la coagulation du lait comme il arrive avec n'importe quel acide ;

3° La caséine coagulée n'est pas altérée dans ces conditions, mais simplement teinte en jaune par les corps bruns formés aux dépens de la lactose.

Séance du 17 *juin.*

Lymphadénome généralisé expérimental.

M. Pierre Delbet. — Je viens pour la première fois démontrer complètement que le lymphadénome est bien une maladie de nature infectieuse, et je m'appuie, pour le prouver sur la reproduction de la maladie par inoculation de cultures pures d'un bacille.

Ce bacille a été trouvé dans le sang de la rate d'une femme atteinte de lymphadénome généralisé à forme surtout splénique, ainsi que l'autopsie l'a nettement confirmé.

Ayant obtenu des cultures de ce bacille, je les ai inoculées à des chiens à doses massives et répétées. Ce dernier point est fort important, car il est impossible qui l'agent d'une tumeur chronique, comme le lymphadénome, ait la virulence d'un agent de maladies aiguës, Aussi une seule injection à faible dose ne donnera-t-elle pas de résultat.

Je n'ai encore sacrifié qu'un seul chien. Ce chien avait été inoculé le 16 mai, pour la première fois; le 18, pour la seconde. Puis les injections ont été faites à des intervalles variables. Elles ont porté en partie dans le péritoine, en partie dans le tissu cellulaire. Le chien a été mis à mort le 15 juin.

A ce moment, il pesait 2 kilogrammes au lieu de 9 ; il avait donc fortement maigri. En l'examinant, j'ai trouvé des ganglions au mésentère, au mésocôlon, aux deux aiselles, à l'aine droite ; enfin, il y avait des ganglions thoraciques et prévertébraux. Ils étaient tous fortement hypertrophiés.

Le chien était donc bien mort de lymphadénome généralisé. De plus, pour bien montrer que l'état des ganglions avait avec les inoculations d'autres rapports que ceux d'une simple coïncidence, comme on aurait pu le croire, j'ai fait des cultures avec les ganglions de ce chien, et elles m'ont permis d'affirmer que les ganglions contenaient du bacille à l'état de pureté.

J'ajouterai enfin qu'au cours de l'expérimentation il s'est produit des abcès au siège de l'inoculation à deux reprises différentes. Ils contenaient le bacille en question à l'état de pureté, et ont très bien guéri.

La présence des bacilles inoculés dans les ganglions, tandis que le sang n'en contient pas, constitue bien une démonstration incontestable, et je crois que c'est la première fois que le lymphadénome a été reproduit expérimentalement par inoculations de cultures pures d'un bacille. Il reste à faire connaître l'étude biologique de ce bacille et les conséquences anatomo-pathologiques et thérapeutiques de cette expérience : ce sont des faits sur lesquels je reviendrai plus tard.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 *juin* 1895.

Myomectomie.

M. Championnière se demande pourquoi M. Richelot qui vient, en somme, avec un petit nombre d'observations, qualifie son procédé de « définitif ». Dans cette question, M. Championnière depuis quelques années a suivi M. Doyen, un de ceux qui ont le mieux montré comment se débarrasser de pédicule. Mais il est impossible d'adopter un procédé unique : Une fois M. Doyen a pratiqué devant M. Championnière une opération fort laborieuse, et dans un cas personnel M. Championnière, qui d'ailleurs s'accuse d'une faute, a perdu sa malade. Aussi est-il revenu au procédé qui consiste à extirper secondairement le col par le vagin, méthode qu'il a pratiquée 8 fois, avec 2 décès. A mesure qu'on perfectionnera la technique, la mortalité diminuera, mais ce qui est remarquable, c'est la simplicité de suite chez les malades qui guérissent. Non seulement le pédicule externe cause bien des ennuis secondaires, mais c'est un procédé avec lequel M. Championnière a été très malheureux, en partie sans doute parce qu'il l'a appliqué à de très mauvais cas, rebelles au traitement par l'électricité. Pour ce traitement si complexe des myomes, actuellement on est en progrès, mais les cas ne sont pas comparables entre eux, il ne saurait être question actuellement d'un procédé définitif, et on ne saurait prévoir quel sera le procédé.

M. Championnière s'étonne en terminant que certains chirurgiens aient conseillé de curetter à l'avance la cavité utérine pour désinfecter : c'est impossible à faire dans un utérus fibro-mateux.

Ethérisation.

M. Delorme, se plaçant spécialement au point de vue de la chirurgie de guerre, cite des statistiques anciennes pour prouver que le chloroforme n'est pas si dangereux qu'on l'a dit, il se prononce contre l'éther, en particulier parce que, exigeant l'emploi de doses considérables, c'est un anesthésique très encombrant dans les transports. Cette manière de voir a d'ailleurs été approuvée par les partisans les plus déclarés de l'éther, **MM. Ollier, Le Dentu, Poncet.**

Dans cette discussion, où l'on continue à reproduire à peu près celle qui a eu lieu il y a quelques mois, **M. Le Dentu** a soulevé la question des accidents pulmonaires consécutifs à l'éthérisation. Il en a observé quelques-uns, mais les documents précis lui font défaut pour savoir s'ils sont plus ou

moins fréquents qu'après la chloroformisation. **M. Ollier** répond, sans hésiter, qu'ils sont moins fréquents, et que l'éther n'a pas d'action sur les bronches. Mais **M. Championnière** rappelle que cette action est admise par presque tous les éthériseurs, même les plus enragés : on diminue la mortalité par la table d'opération, mais on la remplace par des décès tardifs, dus à la bronchite. D'autre part, on dit que l'éther est à repousser chez l'enfant, chez le vieillard, en guerre : donc, il faut toujours apprendre à donner le chloroforme.

M. Poncet, qui reste partisan de l'éther d'une manière générale, le trouve contre-indiqué, en raison de l'irritation bronchique, chez les enfants au-dessous de 12 ans et chez les vieillards. Il ajoute d'ailleurs que dans la genèse des broncho-pneumonie post-opératoires, le refroidissement pendant l'opération joue un rôle important.

M. Lejas lit une note sur l'emploi du bouton de Murphy.

A. Broca.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 21 juin 1895.

Présidence de M. Hayem.

Grand eczéma chez un enfant de six mois.

M. Le Gendre communique l'observation d'un enfant qui présenta vers le sixième mois un eczéma envahisant dont il mourut avec des phénomènes de septicémie. Au début on incrimina le lait de la nourrice qu'on suspecta d'alcoolisme à cause de l'existence d'une acné rosée Mais malgré le changement de lait, l'eczéma continua à s'étendre et dès ce moment des symptômes gastro-intestinaux se développaient accompagnés d'amaigrissement.

On songea dans ces conditions que l'enfant avait été trop rapidement sevré du lait excitant de la première nourrice, et on lui donna du grog, mais les symptômes ne s'améliorèrent pas et aucun médicament, aucun régime ne purent arrêter la diarrhée et l'amaigrissement. On changea de nourrice plusieurs fois sans succès, jusqu'au moment où consécutivement à une stomatite de l'enfant, on remarqua une éruption papuleuse sur le sein de la nourrice, inoculée par celui-ci. Quelques jours après l'enfant succombait à des phénomènes de septicémie.

Thyroïdite aiguë terminée par la guérison.

M. Galliard relate l'observation d'une femme de 40 ans, n'ayant jamais eu de goître qui, après une grippe, s'exposa au froid pendant la période menstruelle. A la suite elle éprouva une douleur vive à la région cervicale, avec gêne de la déglutition, fièvre, tuméfaction de la base du cou. Trois jours après elle entrait à l'hôpital avec une tumeur du lobe droit du corps thyroïde, grosse comme un œuf de poule, rouge et douloureuse. A gauche il existait un gonflement mais moins accentué ; au bout de six jours il n'y avait plus ni gonflement ni douleur. A la suite, sans gonflement thyroïdien, M. Galliard constata de la tachycardie, 120 à 140 pulsations, et des palpitation cardiaques.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 17 juin 1895.

Présidence de M. Coyne.

Salpingite tuberculeuse.

M. Hugon présente les trompes d'une malade âgée de 18 ans traitée chez M. Dudon pour une tumeur blanche du genou par des pointes de feu et l'immobilisation.

Des lésions pulmonaires se manifestent et on la fait entrer dans le service de M. Rondot où elle succombe.

La nécropsie fait constater des lésions tuberculeuses qui avaient été diagnostiquées dans le poumon, mais en outre on trouve un semis de granulations tuberculeuses sur le péritoine, l'intestin, le foie. Enfin les trompes sur lesquelles on trouve aussi des granulations sont dilatées et remplies par des masses caseuses.

Jamais la malade n'avait attiré l'attention du côté de ses annexes, et l'on n'avait pu soupçonner leurs lésions.

Complications d'une otite moyenne.

M. Lapalle présente des pièces anatomiques provenant d'un malade entré dans le service de M. Mandillon avec une otite moyenne droite et un phlegmon le long du sterno-cleido-mastoïdien du même côté.

La nécropsie a fait constater que le sinus latéral droit était rempli de pus. En arrachant la dure-mère à ce niveau, nous avons trouvé une perforation de la base du crâne.

L'arachnoïde présentait des traces manifestes d'inflammation.

L'apophyse mastoïde présente des cellules petites, mais remplies de pus.

Quant au phlegmon situé le long du sterno-cleido-mastoïdien, il était constitué par la veine jugulaire interne dilatée et pleine de pus.

Enfin dans le poumon droit se trouvait un abcès sous-pleural.

Epilepsie jacksonienne et nævus.

M. Arnozan montre la photographie d'un enfant de huit ans qui présente un nævus sur le côté gauche du front, nævus qui descend sur la racine et le dos du nez.

Cet enfant qui n'a eu ni méningite, ni traumatisme présente de l'épilepsie jacksonienne du côté droit. Il se demande si ces convulsions ne peuvent pas être provoquées, par une vascularisation anormale du cerveau du côté gauche.

Cet enfant présente en outre une acuité auditive excessive.

Angiome caverneux de la lèvre.

M. Fieux présente des photographies d'une malade opérée par M. le professeur Lanelongue.

C'est une jeune fille de 18 ans qui avait un volumineux angiome de la lèvre inférieure, avec dégénérescence cirsoïde des artères qui s'y rendaient et développement très rapide.

L'excision complète de la tumeur est une opération avantageuse. Dans les cas de tumeur en voie d'évolution, elle permet une guérison rapide ; les autres interventions sont très longues.

Ce traitement est aussi excellent au point de vue esthétique comme les photographies permettent de le constater.

Pseudo-kyste sacculaire ; ligature latérale de la veine fémorale.

M. Chavannaz. — Un malade âgé de 44 ans entre dans le service de M. le professeur Demons avec une tumeur de l'aine droite, grosse comme un œuf de pigeon et considérée comme une tumeur ganglionnaire ou herniaire ; le diagnostic le plus probable paraît être : épiplocèle irréductible.

L'intervention permet d'enlever un petit lipome avec cavité kystique contenant un liquide noirâtre ; en arrière apparaît une pointe d'épiploon.

Pendant l'exécution de la cure radicale, la veine fémorale reçoit un coup d'aiguille ; M. Demons fait la ligature latérale.

Le malade sort de l'hôpital guéri sans présenter aucune particularité post-opératoire.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 10 juin 1895.

Leucémie aiguë.

M. Benda revient sur la communication de M. Fraenkel

(v. *Mercredi médical*, n° 23, p. 276) pour rapporter les lésions qu'il a trouvées à l'autopsie de trois malades atteintes de leucémie aiguë. Dans deux cas on trouva des lésions tout à fait caractéristiques : lésions des organes hématopoiétiques, lymphomes multiples, etc. Le sang renfermait des cellules polynucléaires, des lymphocytes à noyaux, avec nucléoles ou figures karyokinétiques. La même variété d'éléments a été constatée dans les ganglions lymphatiques, dans la rate, la moelle osseuse, etc.

L'importance en l'espèce des cellules polynucléaires ressort quand on compare les organes des leucémiques avec des organes normaux.

A l'état normal, un ganglion lymphatique est limité en dehors par une capsule traversée par des vaisseaux afférents et efférents. En dedans de la capsule on trouve les sinus lymphatiques qui sont en communication directe avec les vaisseaux afférents et efférents. Les sinus sont entourés d'une masse de cellules dont les noyaux se colorent très vivement. En dedans de cette zone se trouve le centre germinatif à grosses cellules contenant de noyaux volumineux à granulations. Les figures karyokinétiques, dans un ganglion normal, ne se trouvent que dans cette zone. On peut donc croire que le corpuscule lymphatique se segmente dans la cellule du centre germinatif pour être repoussé dans la zone périphérique des sinus lymphatiques où il se transforme en lymphocyte.

Dans le ganglion lymphatique la zone de sinus lymphatiques disparaît et le ganglion est uniformément rempli d'un mélange de cellules de la zone germinative et de leucocytes. Il est donc probable que les cellules abandonnant dans ces cas le centre des ganglions traversent la couche externe et remplissent tout le ganglion. Il se forme ainsi une sorte de tumeur qui possède les caractères du centre germinatif et de la couche lymphoïde. On s'explique ainsi de quelle façon les cellules lymphoïdes et les cellules du centre germinatif pénètrent dans la circulation par le fait d'une communication directe avec les vaisseaux efférents.

M. Heubner a observé chez un enfant un cas de leucémie aiguë qui s'est terminé en 6 jours par la mort. Les phénomènes ont été ceux de diphthérie hémorrhagique grave avec formation de fausses membranes et hémorrhagies nasales et pharyngiennes. C'est la seconde fois que M. Heubner a l'occasion d'observer cette évolution de la leucémie aiguë.

Dans son premier cas la rate était molle et les reins infiltrés de lymphomes. Dans le second cas la rate était dure et, à l'examen du sang, on trouva une diminution du nombre de leucocytes avec transformation des cellules mononucléaires en polynucléaires.

M. Richter a observé à la clinique du professeur Senator un cas de leucémie aiguë notablement amélioré par un érysipèle intercurrent. Le nombre de leucocytes diminua progressivement et la malade finit par guérir.

M. Golscheider a essayé depuis plusieurs années de traiter les leucémiques par les substances contenant de la nucléine (extrait de malt, etc.) afin d'obtenir une diminution du nombre de leucocytes. L'effet était obtenu, mais les malades n'en mouraient pas moins.

M. Litten a publié dans le temps plusieurs cas de leucémie aiguë survenue dans des circonstances un peu singulières. Dans un cas la leucémie aiguë se développa chez un malade atteint d'anémie pernicieuse; dans un autre l'affection se développa après une amputation. Souvent la leucémie aiguë se déclare après une maladie infectieuse, et récemment M. Litten a observé un cas de ce genre, avec des métastases dans le cerveau.

Dans un cas de leucémie aiguë compliquée de pleurésie, M. Litten donna du bleu de méthyle. L'urine prit une coloration bleuâtre, mais les leucocytes du sang conservèrent leur coloration normale.

M. Klemperer a essayé de pratiquer la transfusion : la malade fut momentanément améliorée, mais succomba six semaines à près.

Dans un autre cas traité par les injections d'extrait de rate, on a constaté une diminution du volume de la rate et une diminution du nombre de leucocytes. La malade finit pourtant par succomber.

XVI° RÉUNION DE LA SOCIÉTÉ BACTÉRIOLOGIQUE DE BERLIN

Tenu du 7 au 11 mars 1895.

Les irrégularités et les intermittences des battements du cœur chez les obèses.

M. Kisch (Marienbad) dit que les accidents cardiaques chez les obèses seraient relativement rares et ne s'observeraient que dans une proportion de 8 0/0. Chez les individus jeunes, l'irrégularité et les intermittences affectent une forme légère et disparaissent souvent spontanément. Le cœur reste ordinairement normal et tout au plus si l'on trouve une adipose qui est le premier stade du cœur gras. Chez les individus ayant dépassé la cinquantaine, les irrégularités et les intermittences sont plus accusées et s'accompagnent d'autres symptômes souvent assez bruyants, dyspnée, asthme cardiaque, troubles circulatoires, phénomènes de stase, etc. Ici encore l'amélioration est possible, mais le pouls ne récupère jamais sa régularité. L'arhythmie cardiaque excessive ne s'observe que chez les individus ayant présenté les mêmes phénomènes que ceux du second groupe, mais à un degré plus élevé, et comporte dans ces cas un pronostic excessivement sombre.

Un autre phénomène très rare que l'on observe chez les obèses est la *bradycardie* qui, d'après M. Kisch, doit être attribuée à la compression des centres intracardiaques par la graisse qui se dépose dans le myocarde.

M. Lindemann a constaté que quelquefois on observe du ralentissement du pouls en cas de séjour au bord de la mer. Il s'agit peut-être d'une irritation du pneumogastrique sous l'influence du chlorure de sodium contenu dans l'air.

M. Schuster fait observer que la bradycardie est assez fréquente chez les artério-scléreux.

M. Frey a observé un cas de bradycardie où à l'autopsie on trouva une adipose du cœur et une dégénérescence des artères coronaires.

De la balnéation chez les artério-scléreux.

M. Groedel (Nauheim). L'artério-sclérose passe généralement pour une contre-indication formelle de la balnéation. M. Groedel croit qu'on a tort de généraliser et qu'en prenant certaines précautions bon nombre d'artério-scléreux peuvent être baignés en toute sûreté. Si le bain est donné à une température au-dessous de la normale, on observe, il est vrai, au début, une accélération du pouls, mais la dilatation compensatrice des vaisseaux internes ne tarde pas à diminuer la tension sanguine, et le cœur se ralentit. Le danger n'existe donc qu'au début et réside dans une élévation brusque de la température : on peut donc l'éviter facilement en donnant des bains d'une température initiale pas trop basse, en procédant très progressivement à l'immersion du corps, ou bien encore en mouillant légèrement le corps du malade avant son entrée dans le bain. En tous les cas, les bains doivent être de courte durée, et à quelques degrés seulement au-dessous de la température du corps.

A Nauheim, où l'on prend toutes ces précautions, M. Groedel n'a jamais observé d'accidents, bien qu'on ait baigné des anciens apoplectiques cérébraux. Les bains ne sont contre-indiqués qu'en cas de thrombose des vaisseaux cérébraux et chez les artério-scléreux avec néphrite. Ils réussissent, par contre, admirablement chez les goutteux et les rhumatisants.

M. Kisch pense pourtant que chez les artério-scléreux, à pouls rapide, il vaut mieux ne pas donner de bains, surtout de bains de boue ou de vapeur; plusieurs fois il a vu la mort survenir après ces bains. Si l'on veut abaisser la tension sanguine chez les artério-scléreux, on y arrive le mieux par une cure d'eau contenant une très faible quantité d'acide carbonique.

M. Frey ne croit pas que les bains de vapeur soient si dangereux chez les artério-scléreux.

M. Jarislawsky est du même avis, toutefois il a observé deux cas d'apoplexie mortelle, survenue pendant le bain.

Action de l'ingestion abondante d'eau sur la diurèse et la diaphorèse.

M. Frey (Baden-Baden) a étudié cette question dans une série d'expériences faites sur lui-même. S'étant astreint à un régime déterminé, il prenait tous les jours tant avec les aliments qu'en nature 2.095 gr. d'eau, 1.600 grammes comme boisson, 495 grammes sous forme d'aliments liquides. La quantité journalière d'urine a été dans ces cas de 1.321 grammes en moyenne, 53 d'urée et 71 centigrammes d'acide urique. Sur les 2.095 grammes d'eau pris journellement, les reins diminuaient donc seulement 1.321; le reste du liquide était diminué de la façon suivante : 428 grammes par la peau, 300 grammes par les poumons et 50 grammes par l'intestin.

La diurèse était influencée par des conditions multiples. Ainsi pendant l'été, la quantité journalière d'urine était diminuée de 40 gr. 100. Le travail physique exerçait une influence analogue. En cas d'excitation psychique les mictions s'effectuaient toutes les deux heures et la quantité journalière d'urine montait à 2.250 grammes. Cette action de l'excitation psychique, Frey l'attribue à la suppression de la transpiration cutanée et à d'autres facteurs encore inconnus.

Si avec le même régime M. Frey prenait le matin 1 litre d'eau ordinaire ou d'eau thermale la quantité d'urine augmentait, le poids spécifique du liquide diminuait, la proportion d'urée montait très légèrement, celle d'acide urique montait à 0 gr. 75 avec l'eau ordinaire et à 1 gr. 025 avec l'eau thermale. L'eau thermale donnait donc lieu à une élimination abondante d'acide urique dont la proportion dans l'urine était augmentée de 45 pour 100.

L'action générale de l'eau ordinaire et de l'eau thermale différait encore sous plusieurs autres points. Tandis que l'usage continu d'eau ordinaire amenait une augmentation du poids du corps et un léger état catarrhal de l'estomac, l'eau thermale n'exerçait aucune action sur l'estomac ni sur le poids du corps.

Les reins remplissent donc en somme deux fonctions : la diurèse dans le sens propre du mot; l'élimination du surplus d'eau introduite dans l'économie, et cette seconde fonction s'exerce en rapport direct avec les causes qui la mettent en jeu, et varie encore avec la nature de l'excitant. Si l'on introduit dans l'économie un surplus de 1 litre d'eau ordinaire; l'élimination est terminée au bout de huit à douze heures, mais dans les mêmes conditions l'élimination de 1 litre d'eau thermale demande plusieurs jours pendant lesquels la quantité d'urine est augmentée.

Traitement hydriatique de la gonorrhée.

M. Schutze (Kœsen) préconise le traitement de la gonorrhée par les grands lavages de l'urèthre avec une sonde spéciale, qui permet de graduer la pression et de faire passer sans inconvénient de grandes quantités d'eau.

Ces lavages sont faits avec de l'eau ordinaire. Quant à l'action de cette eau, il faut l'envisager sous plusieurs points de vue. Il y a d'abord la question de la température. Toute température au dessous de celle du corps amène une contraction des capillaires, puis par voie réflexe une augmentation de la diurèse et une surélimination des toxalbumines. L'eau agit ensuite mécaniquement ; elle enlève le milieu de culture propre au développement des gonocoques, et balaie ces derniers qu'elle atteint, quand on élève la pression dans les coins et recoins de la muqueuse.

Ces lavages sont faits une à trois fois par jour et amènent la guérison dans un espace de temps variant de quinze jours à six semaines (c'est-à-dire comme tous les autres traitements). L'avantage du procédé, c'est qu'après on n'observe jamais de rétrécissements; du reste les rétrécissements compliquant la gonorrhée chronique cèdent souvent à ce traitement hydriatique.

Pavillons d'inhalations sur les plages.

M. Furst (Berlin), pour rendre plus efficace le séjour aux bords de la mer, propose la création, sur les plages, de pavillons d'inhalation.

Il a notamment trouvé que l'air au bord de la mer ne renferme presque pas de chlorures qui sont emportés avec les vents à l'intérieur du pays. Pour remédier à cet inconvénient, on pourrait d'après lui, construire de vastes « hall » très confortables fermés du côté de la terre et largement ouverts du côté de la mer. On pourrait encore y établir des sortes de cuves remplies d'eau de mer en nature ou saturée de chlorures, et soumises à l'évaporation lente à une température de 30 degrés. On pourrait enfin établir même des pulvarisateurs spéciaux afin de mettre les malades dans la possibilité de faire une véritable cure d'inhalation.

Diabète.

M. Lenné (de Neuenahr) admet que l'organisme diabétique assimile plus ou moins bien les hydrocarbures dans la glycosurie, l'altération nerveuse intervient d'une façon certaine, tandis que dans la glycosurie alimentaire on n'a à compter qu'avec un processus, en dernier lieu physiologique.

Pour ce qui est du traitement diurétique du diabète, M. Lenné admet que le régime dont sont exclus les hydrocarbures permet non seulement de subvenir à toutes les dépenses de l'organisme, mais à fournir encore une certaine somme d'énergie. Toutefois si l'on constate que les diabétiques assimilent une certaine quantité d'hydrocarbure cette quantité peut leur être permise.

Effets des bains chauds sur les échanges nutritifs.

M. Bornstein a étudié expérimentalement sur lui-même une série d'expériences pour étudier les effets des bains chauds sur les échanges organiques. Ces expériences ont duré un mois environ. Tous les jours M. Bornstein prenait entre cinq et six heures du soir un bain de 40 à 42 degrés. dont la température était progressivement élevée à 44°5. Il restait dans le bain dix-sept à vingt minutes, s'habillait ensuite pendant un quart d'heure et rentrait à la maison.

Les effets de ces bains se manifestaient de la façon suivante :

La température de la bouche qui était avant le bain de 34 degrés, montait à la fin du bain à 38°,5 pour revenir progressivement à la normale. Le pouls au début mou et accéléré, devenait plus lent et plus plein, la respiration plus profonde et plus lente. La quantité d'azote de l'urine qui était de 14 gr. 47, tomba à 13 gr. 715 pour se relever ensuite ; l'azote des matières fécales qui était de 15 gr. 006 tomba à 14 gr. 54, et revint ensuite progressivement à sa valeur ordinaire ; la sueur de la face renfermait ordinairement 0 gr. 065 d'azote.

En somme, chez l'homme normal, le bain très chaud ne produit aucun trouble d'état général, n'agit pas sur l'estomac et n'augmente pas la diurèse. Le seul phénomène qu'il produit est une diminution de la quantité d'azote des matières fécales et de l'urine, laquelle diminution tiendrait d'après M. Bornstein à l'élimination d'une quantité notable d'azote par la transpiration.

L'hydrothérapie chez les cardiaques.

M. Pospischill (d'Hartenstein) croit que l'on a beaucoup exagéré les dangers de l'hydrothérapie chez les cardiaques ; personnellement du moins, il a obtenu par ce traitement des résultats tout à fait remarquables chez des cardiaques athéromateux ou non, avec troubles de compensation, ayant un cœur qui ne répondait plus à la digitale. Dans tous les cas, l'effet a été d'améliorer considérablement la situation et de rendre le cœur de nouveau sensible à l'action de la digitale.

L'hydrothérapie telle que la pratique Pospischill est, en effet, très simple, très douce, pour ainsi dire : frictions froides sur tout le corps au réveil et avant de se coucher, irrigation locale avant le déjeuner, frictions froides et quelquefois bains de vapeur, la tête hors de la baignoire, dans l'après-midi. Avec cette hydrothérapie bénigne, jamais d'accidents. Quant à son mode d'action, Pospischill voit que les frictions et les enveloppements froids ont pour effet d'allonger la durée de la diastole pendant laquelle le cœur se repose et qui est plus courte chez les cardiaques que chez les individus à cœur normal. Frey se déclare également partisan de l'hydrothérapie chez les cardiaques, mais à la condition de ne pas procéder d'une façon uniforme. Il a pu constater que l'hydrothérapie réussit fort bien dans les cas où les troubles circulatoires peuvent être compensés par l'action du cœur gauche ; dans tous les autres cas, la balnéation est inutile ou même dangereuse. Chez les individus de la première catégorie l'hydrothérapie peut faire disparaître pour plus ou moins

longtemps les accidents, mais ceux-ci reviennent à l'occasion d'une fatigue, d'un excès, d'une infraction au régime.

M. Liebreich reconnaît les avantages de l'hydrothérapie mais ne pense pas que l'hydrothérapie rende inutile le traitement pharmaceutique des affections du cœur.

M. Frey pense que l'hydrothérapie est utile chez les cardiaques chez lesquels les troubles de circulation sont compensés par une hypertrophie du ventricule gauche. Mais chez les cardiaques non compensés l'hydrothérapie est dangereuse.

L'hydrothérapie dans les affections de l'estomac et de l'intestin.

M. Strasser (de Vienne) a obtenu de très bons résultats avec l'hydrothérapie dans les affections de l'estomac. L'hydrothérapie agit dans ce cas comme un excitant périphérique qui provoque une réaction intense du côté de l'organisme.

Il s'agit de se rendre compte tout d'abord du pouvoir réactionnel de chaque malade et doser ensuite l'hydrothérapie d'après les indications acquises. Si l'affection du tube digestif est secondaire et dépend d'un état nerveux morbide, l'hydrothérapie agit sur l'affection priositive et secondairement sur l'estomac.

Les recherches faites par M. Strasser lui ont montré que sous l'influence de l'hydrothérapie, la digestion s'améliore et les fonctions de la muqueuse gastro-intestinale se régularisent.

M. Wegele admet que l'hydrothérapie puisse rendre des services dans les troubles fonctionnels de l'estomac, mais ne pense pas qu'elle soit d'une grande efficacité dans les lésions organiques, catarrhe ou dilatation de l'estomac. Pour ces cas, le traitement médicamenteux garde tous ses avantages.

M. Schweinburg a constaté que certaines névroses et dilatations de l'estomac qui ont résisté au traitement médicamenteux et aux cures de Carlsbad, étaient guéries par l'hydrothérapie.

VIe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE GYNÉCOLOGIE

Tenu à Vienne du 5 au 7 juin.

Endométrite cervicale avec ectropion.

M. Ruge (Berlin). — Dans l'endométrite cervicale provenant d'un catarrhe du col on a trouvé, à côté de la rougeur et de la tuméfaction de la muqueuse, des anomalies de sécrétion. Plus le processus est accusé, plus les mucosités sont troubles, purulentes. Dans certains cas où il existe un rétrécissement de l'orifice externe, les sécrétions ne pouvant plus s'écouler au dehors s'accumulent et finissent par provoquer une atrophie de la muqueuse. Dans d'autres cas, on peut observer des proliférations partielles du tissu conjonctif avec formation de productions polypeuses.

Dans l'endométrite du col, l'appareil glandulaire participe au processus : les glandes prolifèrent et s'il existe en même temps une prolifération du stroma la muqueuse du col prend un aspect velouté, papillaire, toutefois moins accusé que dans l'endométrite glandulaire.

Les lacérations du col n'exercent, dans certains cas rares, aucune influence sur la muqueuse, mais le plus souvent elles provoquent un certain état d'inflammation en rendant le col déchiré et entr'ouvert plus accessible aux traumatismes extérieurs. L'endométrite cervicale en cas de déchirure du col se complique fréquemment d'ectropion; l'augmentation de volume de la muqueuse enflammée, jointe aux effets de la pression abdominale favorisant l'éversion des parties malades.

Gonorrhée de l'utérus.

M. Wertheim (Vienne). — L'utérus est après l'urèthre le siège de prédilection de l'infection gonorrhéique. Très souvent, l'utérus est infecté directement et dans un certain nombre de cas il est la seule portion infectée du tractus génital. La gonorrhée de l'utérus débute toujours d'une façon aiguë. Il est indiqué de distinguer au point de vue clinique et bactériologique un stade aigu et un stade chronique de la gonorrhée de l'utérus, bien qu'il soit très difficile d'établir une limite précise entre les deux stades.

La gonorrhée de l'utérus présuppose toujours l'existence d'une inflammation de la muqueuse utérine que l'on peut considérer comme une endométrite interstitielle dérivant d'un catarrhe purulent. Dans bon nombre de cas où la gonorrhée évolue d'une façon chronique on observe une prolifération des glandes, autrement dit, une endométrite glandulaire. Dans certains cas les modifications du côté de la muqueuse s'accompagnent de modifications du côté de la couche musculaire, se présentant sous forme d'infiltration de tissu conjonctif entre les faisceaux musculaires et d'hyperplasie des parois vasculaires aboutissant en dernier lieu à une hyperplasie du tissu conjonctif aux dépens des éléments musculaires.

L'augmentation de volume de l'utérus et les douleurs locales qu'on trouve dans ces cas doivent être considérées comme une expression de la métrite concomitante.

Les tissus du col paraissent d'autant moins enflammée qu'ils sont plus près du col.

La présence des gonocoques dans la muqueuse a été constatée dans un certain nombre de cas, mais le plus souvent on ne peut les déceler ni au microscope ni par le procédé de cultures. La recherche des gonocoques est particulièrement difficile dans les couches profondes.

Les modifications anatomiques de la métrite gonococcique relèvent de la présence des gonocoques, conclusion que justifient : 1° la présence des gonocoques dans la muqueuse ; 2° l'absence d'autres bactéries dans l'utérus; 3° l'existence des mêmes lésions même chez les nullipares.

La gonorrhée de l'utérus peut présenter au cours de son évolution des exacerbations attribuables aux modifications du terrain sous l'influence des causes variables, souvent sous l'influence d'une nouvelle infection. Sous ce rapport, c'est-à-dire sous le rapport des causes occasionnelles favorisant les exacerbations, la puerpéralité joue peut-être le premier rôle ; en second lieu, on peut citer la menstruation, le coït, les manipulations intra-utérines.

Pression intra-utérine pendant l'accouchement.

M. Schutz (Rostock) a fait des mensurations précises sur les variations de la pression intra-utérine pendant l'accouchement. Il résulte de ces recherches que la pression intra-utérine au début de l'accouchement étant prise comme titre de comparaison et figurée par 1, cette pression est égale à 1 1/4 pendant la période de dilatation, à 1 1/2 pendant la descente de la tête, à 2 pendant le dégagement de la tête et à 4 ou 5 pendant la sortie du placenta.

Asepsie humide pendant la laparotomie.

M. Sænger (Leipzig) a utilisé, dans 147 laparotomies qu'il a eu l'occasion de faire, les irrigations avec la solution de Tavel, composée de 7 gr. 50 de chlorure de sodium et de 2 gr. 50 de bicarbonate de soude pour 1 litre d'eau. Les résultats ont été excellents en ce sens qu'il n'y eut pas formation d'adhérences comme on a pu s'en convaincre à l'autopsie de 6 opérés qui ont succombé plus ou moins longtemps après l'opération.

Iléus consécutif à la laparotomie.

M. Stumpf (Munich) a observé deux cas d'iléus paroxystique après laparotomie. Les deux malades ont guéri. Dans le premier cas, il s'agit d'une femme de 42 ans, opérée pour un myome de l'utérus gravide : chez elle l'iléus apparut le jour même de l'opération. Dans le second cas où il s'agissait également d'une laparotomie pour myome utérin, les phénomènes d'iléus survinrent au 3e jour après l'opération.

Les causes de l'iléus post-opératoire sont multiples et comprennent l'éviscération, les lésions de l'intestin pendant sa reposition, les troubles de circulation et enfin les coudures par formation d'adhérences. L'antisepsie sèche ne peut être incriminée comme cause d'iléus.

Le traitement est avant tout prophylactique en ce sens que l'asepsie rigoureuse doit être la règle dans ces sortes d'interventions. L'iléus relevant d'une paralysie de l'intestin doit être traité par la médication interne ; mais si les phénomènes de sténose apparaissent seulement plusieurs semaines après

l'opératien, on peut penser à la formation des adhérences, et l'on doit faire la laparotomie.

M. Zweifel a eu avec l'antisepsie sèche 3 cas d'iléus sur 58 laparotomies. Avec l'antisepsie humide, en utilisant la solution de Tavel, les résultats qu'il a obtenus ont été moins bons.

M. Freund fait observer que depuis quelque temps les cas d'iléus après laparotomie sont devenus plusrares. Pour lui, ce fait tient à l'amélioration de la technique opératoire, à la durée plus courte des interventions, à la position élevée du bassin qui permet d'éviter l'éviscération. Sur les 4 cas d'iléus observés depuis 5 ans à la clinique de Strasbourg, on trouve 3 fois un étranglement de l'S iliaque.

M. Schauta a observé 4 cas d'iléus sur 1,300 laparotomies. Tous ces quatre cas ont été dans les cas, au nombre de 650 opérés avec l'asepsie humide ; sur les 650 autres opérés avec l'asepsie sèche, il n'y eut pas un seul cas d'iléus. Du reste, la question n'est pas tant dans l'asepsie sèche ou humide que dans l'observation d'une asepsie rigoureuse.

M. Skutsch a observé un cas d'iléus grave par adhérences après une ovariotomie des plus simples.

Opérations sur les annexes.

M. Schauta. — La voie vaginale est supérieure à la voie abdominale dans les opérations sur les annexes chaque fois que cette voie peut être suivie. Les résultats de ces interventions ne sont pourtant pas satisfaisants. En effet dans 56 0/0 des cas seulement les malades retirent un bénéfice réel de l'intervention. Dans tous les autres cas, les troubles reviennent (écoulements, hémorrhagie, douleurs), et si l'on intervient à nouveau, on trouve des adhérences entre la vessie, l'intestin, l'épiploon, les organes du petit bassin, avec un foyer purulent au centre du magma. Presque toujours, ces lésions sont dues à la présence de l'utérus dans le bassin. Aussi quand on intervient sur les annexes, surtout dans les affections gonorrhéiques vaut-il mieux d'extirper en même temps l'utérus. Dans tous les cas où la castration a été combinée avec l'hystérectomie, les malades ont été radicalement guéries; de plus, la mortalité n'a pas été supérieure dans ces cas que dans la castration simple.

Quand on intervient, il s'agit avant tout de détruire les adhérences. La castration unilatérale dans les annexites gonorrhéiques donne de mauvais résultats, et il faut lui préférer la castration bi-latérale.

M. Fritsch (Bonn) partage entièrement la façon de voir de M. Schauta. Dans les tumeurs malignes de l'ovaire, M. Fritsch extirpe également l'utérus.

M. Landau croit aussi que dans toutes les annexites, la castration doit être suivie d'hystérectomie, et ceci d'autant plus que les troubles après la castration seule sont plus accusés que lorsqu'on enlève l'utérus en même temps.

M. Schauta tient à préciser cette question. Pour lui l'hystérectomie est indiquée dans les annexites d'origine gonorrhéique, et tout à fait inutile dans les annexites à streptocoques, où l'affection est strictement localisée aux annexes.

Hernies ventrales et suture de l'abdomen.

M. Winter (Berlin). — Les hernies ventrales sont une complication fréquente des laparotomies, et il y a encore quelques années cette complication s'observait dans un quart ou un tiers des cas ayant subi la laparotomie. Actuellement la proportion est tombée à 12, voire même à 8 0/0, résultat que M. Winter attribue à la suture exacte de l'aponévrose de l'abdomen. La durée de l'abdomen se trouve dans ces cas allongée seulement de 10 à 12 minutes.

M. Zweifel (Leipzig) a constaté que les hernies ventrales ne se produisent pas dans les cas où la réunion de la plaie abdominale a lieu par première intention. Le pansement occlusif (gaze iodoformée et collodion) est inutile.

M. Dührssen (Berlin) fait observer que les hernies ventrales s'observent seulement quand la plaie suppure. La suture doit être faite à la soie.

M. Chrobak (Vienne) se sert depuis longtemps des sutures à trois étages à la soie et malgré cela il observe de temps en temps de petits écartements de la ligne de réunion.

M. Martin (Berlin) pense que dans cette question des hernies ventrales il faut prendre en considération l'état de la paroi abdominale, qui varie avec chaque cas.

M. Muller (Berne) fait observer que la plupart des hernies ventrales se déclarent ordinairement 8 à 10 ans après l'intervention. Il est donc impossible de juger maintenant la valeur de nouveaux procédés du suture.

M. Meinert (Dresde) pense qu'il faut tenir compte de certaines anomalies constitutionnelles se manifestant par l'atonie du tissu conjonctif et la formation des déhiscences. L'entéroptose joue également un certain rôle dans cette question.

M. Ziegenspeck ne fait pas, pour éviter les hernies, la laparotomie médiane, mais incise le long des droits de l'abdomen ou même le long des obliques. Dans le dernier cas on observe encore la formation de petites hernies qui diminuent avec le temps.

M. Olshausen (Berlin) dit que les hernies se produisent fatalement quand, en absence d'une réunion par première intention, la suppuration envahit l'aponévrose.

La suture exacte constitue le meilleur moyen prophylactique des hernies ventrales. Toutefois on ne peut nier qu'il n'existe une prédisposition aux hernies chez des individus âgés ou cachectiques.

M. Schatz pense que la suture à étages est superflue chez les individus à parois abdominales flasques, maigres. Les suppurations avec le catgut s'observent seulement dans les cas où le catgut a été fait avec des intestins qui n'étaient pas frais, et dans ces cas la stérilisation du catgut ne sert à rien car si les microbes sont détruits, les toxines persistent.

Les résultats éloignés de la vagino-fixation intra-péritonéale.

M. Dührssen (Berlin) a eu sur 100 vagino-fixations intra-péritonéales un cas de récidive chez une femme chez laquelle, malgré l'extirpation d'un myome volumineux, l'utérus resta gros, et un cas de mort par hémorrhagie secondaire. Une fois également on a, au cours de l'opération, blessé les uretères. Dans tous les autres cas les résultats ont été excellents.

Pour la vagino-fixation simple, l'incision transversale suffit. Si l'on veut combiner la vagino-fixation avec une opération sur les annexes, l'incision doit être agrandie.

Si l'on prend toutes les précautions de rigueur, la vagino-fixation est une opération qui n'expose à aucun danger, et qui fait disparaître la rétro-flexion et les troubles consécutifs, sans exercer la moindre influence sur la grossesse et l'accouchement.

M. Dœderlein a eu l'occasion d'opérer trois cas de rétroflexion par un nouveau procédé qui consiste à faire, après l'ouverture du cul-de-sac antérieur, une incision de 3 à 5 cm. sur la face antérieure de l'utérus, incision assez profonde, et à réunir cette incision selon une ligne transversale, de façon à obtenir une flexion de l'utérus sur sa face antérieure.

Traitement de la rétro-flexion de l'utérus.

M. Theilhaber (Munich). — Dans la grande majorité des cas les rétroflexions peuvent guérir sans intervention chirurgicale. Les troubles dont les malades se plaignent dans ces cas sont produits par l'atonie de l'intestin, par l'hystérie, etc. En effet ce qui frappe surtout c'est le désaccord complet entre l'intensité des troubles dont se plaignent les malades, et les lésions souvent insignifiantes qu'on trouve à l'examen.

Dans ces cas on obtient des résultats excellents par le massage, l'électricité, la gymnastique.

Cystite gonorrhéique.

M. Wertheim (Vienne). — L'existence des cystites gonorrhéiques est encore fort discutée. On croit que les cystites où les lésions existent sur toute la muqueuse de la vessie, sont produites par une infection mixte. Pourtant dans ces cas on trouve fréquemment dans l'urine des corpuscules de pus, remplis de gonocoques.

Dans un cas de ce genre, M. Wertheim excisa une partie de la muqueuse. L'existence microscopique montra que les gonocoques remplissaient non seulement les cellules épithéliales, mais encore le tissu conjonctif sous-jacent.

Colpotomie antérieure dans les interventions sur les organes du petit bassin.

M. Martin (Berlin). — Il existe actuellement en gynécologie une tendance très marquée à utiliser dans les interventions sur les organes du petit bassin la voie ouverte par l'incision du cul-de-sac antérieur du vagin, laquelle voie donne assez de jour et permet d'éviter la blessure des organes importants. Cette voie vaginale peut être utilisée pour l'extirpation des annexes, l'ablation des organes, la section des adhérences, le drainage des collections purulentes, etc.

Personnellement M. Martin a utilisé cette voie dans 60 cas. Après l'ouverture du cul-de-sac antérieur on tombe ordinairement sur un tissu induré dont la section permet de faire facilement le décollement de la vessie. L'hémorrhagie est dans ces cas insignifiante et la hernie des anses intestinales très rare. On peut alors très facilement couper les adhérences qui entourent l'utérus. L'opération ne devient difficile que lorsque les annexes sont complètement immobilisés.

L'opération terminée on suture le péritoine, on fixe l'utérus et on ferme le cul-de-sac. Dans les 60 cas (14 opérations pour myomes, 7 retro-flexions et prolapsus, 3 ovarites, 34 pelvi-péritonites) où M. Martin est intervenu, les résultats ont été très satisfaisants.

Cœliotomie vaginale et interventions conservatrices sur les annexes.

M. Dührssen (Berlin). — L'originalité du nouveau procédé consiste dans la possibilité d'enlever par la voie vaginale de petits fibro-myomes du corps de l'utérus. L'opération ne présente aucun danger et l'utérus peut être conservé.

Les opérations par la voie vaginale faites par M. Dührssen peuvent être divisées en cœlio-myomectomie vaginales et encœlio-salpingo-oophorectomies. Les ovaires ne peuvent être enlevés à travers le cul-de-sac postérieur que lorsqu'ils sont mobiles et peu augmentés de volume.

Personnellement M. Dührssen a fait 31 cœliotomies vaginales : 2 fois pour grossesse tubaire, 3 fois pour pyosalpinx, 4 fois pour annexite chronique (avec un cas de mort par suppuration d'un hématome), 8 fois pour sarcomes des ovaires et des trompes. Dans 2 cas où l'extirpation des annexes par la voie vaginale n'a pas réussi, on a été obligé de faire la laparotomie. Ce qui rend difficile l'extirpation par la voie vaginale, c'est moins le volume de la tumeur que l'existence des adhérences au niveau des parois latérales du bassin.

La voie vaginale est indiquée : 1° dans les kystes des ovaires ou les ovarites non immobilisées ; 2° dans la grossesse tubaire quand il n'existe pas d'adhérences étendues ; 3° dans les annexites et ovarites immobilisées quand les adhérences sont limitées à l'espace de Douglas.

De la voie vaginale dans l'extirpation des fibromes utérins.

M. Veit (Berlin). — Il importe avant tout dans le choix de la voie de bien préciser les cas qu'on peut opérer par la voie vaginale et ceux que l'on doit opérer par la voie abdominale. Les myomes volumineux, à accroissement rapide, ne se prêtent pas à être enlevés par la voie vaginale. La voie abdominale est également indiquée dans les cas où l'on soupçonne une dégénérescence maligne de la tumeur ; toutefois on peut tenter la voie vaginale, si la tumeur n'est pas volumineuse. La voie vaginale est par contre la seule indiquée dans les myomes enclavés.

Avant d'aborder la voie vaginale il faut encore se rendre compte si la tumeur peut être engagée dans l'excavation, et opérer par la voie abdominale chaque fois que cet engagement semble impossible. D'un autre côté il faut savoir que le morcellement de la tumeur n'est pas aussi facile ni aussi simple qu'on le dit et que souvent on aura à compter avec des hémorrhagies sérieuses.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE D'EDIMBOURG

Séance du 12 juin 1895.

Chorée des femmes enceintes.

M. Buist. — J'ai étudié la chorée de la grossesse d'après 255 cas où cette complication a apparu chez des femmes enceintes. Dans un cas les mouvements choréiques diminuaient pendant les douleurs et s'accentuaient de nouveau dans leurs intervalles ; l'enfant eut deux accès de chorée après sa naissance. Chez deux femmes la chorée avait pour causes un hymen demeuré intact et un polype de l'urèthre ; ces deux causes étaient la source de vives douleurs ; quand on les eut fait disparaître la chorée disparut aussi. Sur les 255 cas, 66 femmes avaient déjà eu de la chorée antérieurement à la grossesse ; six fois la chorée apparut en même temps que la grossesse. Cette complication devient très rapidement de plus en plus rare après 24 ans. 108 fois cet accident se montra dans les trois premiers mois, 70 fois entre le 3e et le 6e mois, 25 fois dans le 3e trimestre, 15 fois après le travail. 45 fois les malades moururent, ce qui donne une mortalité de 17,5 p. 100. Mais parmi ces morts plusieurs devaient être rapportés à d'autres complications comme l'albuminurie, l'éclampsie. Le pronostic doit être surtout basé sur l'intensité des symptômes. 61 fois la guérison survint avant le début du travail, 91 fois après la naissance et 7 fois l'affection passa à l'état chronique. On a noté que des grossesses ultérieures peuvent très bien ne pas s'accompagner de cette complication.

Sang des nouveau-nés.

MM. Elder et **Hutchison.** — Nous avons obtenu du sang des nouveau-nés provenant du cordon ombilical, au moment même de la naissance. D'autres observateurs ont examiné le sang 6 à 8 heures après la naissance. Chez le nouveau-né les hématies sont au nombre de 5,346,000 par c. m. c. ; on en trouve donc, par c. m. c., de 350,000 à 500,000 de plus que chez l'adulte. Pendant un ou deux jours ces hématies paraissent augmenter rapidement de nombre ; puis ce nombre diminue graduellement. Leur forme et leur taille ne présentent pas de différences avec celles de l'adulte. Beaucoup de ces hématies des nouveau-nés sont nuclées ; au bout de deux ou trois jours le nombre de ces hématies nuclées a beaucoup diminué et au bout de 5 jours, on n'en trouve plus du tout. Dans 5 cas nous avons trouvé que, chez la mère, le nombre des hématies variait de 2 à 5 millions par c. m. c. et était par conséquent au-dessous du chiffre ordinaire. Nous avons toujours trouvé ce chiffre bien supérieur chez l'enfant et dépassant celui de la mère d'un million environ par c. m. c. Il y a donc anémie chez la mère et pléthore chez l'enfant. La quantité d'hémoglobine chez l'enfant varie de 95 à 115 p. 100 du chiffre normal d'hémoglobine ; chaque globule est donc plus riche en hémoglobine chez l'enfant que chez l'adulte. Chez la mère la richesse en hémoglobine varie de 60 à 83 p. 100 ; elle est donc à peu près les 2/3 de ce qu'elle est chez l'enfant. Les leucocytes, chez l'enfant, sont en moyenne, au nombre de 17.800 par c. m. c. ; ils sont donc à peu près deux fois plus nombreux que chez l'adulte ; chez l'enfant il y a un leucocyte pour 298 hématies ; chez l'adulte, il y a un leucocyte pour 500 hématies. Le nombre des leucocytes augmente après la naissance, puis décroît proportionnellement à celui des hématies. 11 fois nous avons trouvé chez la mère 14.000 globules blancs par c. m. c., chiffre bien supérieur à celui qu'on trouve normalement chez l'adulte ; dans quelques cas le chiffre était le même chez la mère et chez l'enfant. Quelques jours après l'accouchement, il y a une diminution du nombre des leucocytes, au moins chez les mères qui nourrissent. Ces observations montrent bien qu'il n'y a aucun mélange du sang de la mère et de celui de l'enfant. Peut-être l'augmentation de l'hémoglobine et du nombre des hématies est-elle compensatrice de l'absence de respiration. M. Milne Murray, au cours de ses analyses spectrales de sang de fœtus, a vu que pour obtenir le spectre de l'hémoglobine réduite, il fallait ajouter 7 fois plus d'agent réducteur avec le sang du fœtus qu'avec celui de la mère. Le sang du premier est donc plus riche en hémoglobine que celui de cette dernière. Mais cela prouve aussi que l'hémoglobine a des propriétés chimiques plus actives chez l'enfant, de sorte que, dans le placenta, du côté de la mère, l'oxygène est faiblement retenu, tandis que du côté fœtal il est fortement attiré, grâce à l'affinité de l'hémoglobine du fœtus pour cet agent.

N° 27 — 3 JUILLET 1895 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 8 au 13 juillet 1895.

Mardi 9. — M. Feuchère. Traitement précoce de la prostatite tuberculeuse par l'incision périnéale et le curettage de la prostate. — M. Moricet. Contribution à l'étude des hypertrophies thyroïdiennes.

Mercredi 10. — M. Fossati. Contribution à l'étude des formes frustes de l'angine diphthérique. — M. Quelmé. Contribution à l'étude des formes cliniques de la maladie de Stokes-Adinis. — M. Tchaperoff. Colotomie iliaque gauche dans les rectites graves et ulcérations du rectum. — M. de Manny. Des kystes épidermiques traumatiques à contenu d'apparence sébacée de la paume de la main et de la pulpe des doigts. — M. Jay. Des anévrysmes dans les cavernes de la phthisie pulmonaire. (Anévrysme de Rasmussen). — M. Michel. Quelques considérations cliniques sur l'eczéma aigu. — M. de Bourdineau. Contribution à l'étude des rash dans la varicelle. — M. Vanuxcem. Etude sur le rhumatisme blennorrhagique chez l'enfant.

Jeudi 11. — M. Clavier. Péritonite tuberculeuse. Diagnostic. Modes de traitement. Résultats éloignés. — Mlle Weinberg. De l'angine à pneumocoques. — Mlle Zeligson. Contribution à l'étude des kystes du vagin. — M. Jolis. De la galactophorite chez le nouveau-né. — M. Comar. Contribution à l'étude des troubles urinaires dans le prolapsus vagino-utérin. — M. Leblanc. Contribution à l'étude bactériologique et anatomo-pathologique de la bartholinite. — M. Byl. Du peu d'action du gaïacol comme médicament antithermique. — M. Cadilhac. Affections broncho-pulmonaires chez l'enfant rachitique.

Concours d'agrégation, anatomie, physiologie, histoire naturelle. — Nomination :

ANATOMIE. — *Paris* : M. Thiéry. — *Bordeaux* : M. Cannieu. — *Lyon* : MM. Siraud, Durand. — *Montpellier* : M. Mouret. — *Nancy* : M. Jacques. — *Toulouse* : M. Soullier.

PHYSIOLOGIE. — *Bordeaux* : M. Pachon. — *Lyon* : M. Doyon. — *Montpellier* : Delezenne. — *Nancy* : M. Lambert.

HISTOIRE NATURELLE. — *Bordeaux* : M. Beille. — *Montpellier* : Galavieille. — *Nancy* : M. Vuillemain.

Concours du prosectorat. — Nomination : MM. Bouglé, Auvray.

Concours des clinicats. — Nomination : *Médical.* — Hôtel-Dieu, M. Hochet, Pitié, M. Lesage, M. Thiroloy, adjoint.

Chirurgical. — Hôtel-Dieu, M. Cazin, Pitié, M. Reblaud; Charité, Rieffel.

Voies urinaires. — Necker, M. Chevallier.

Système nerveux. — M. Charcot.

Ophthalmologie. — M. Terson.

Obstétrical. — MM. Bouffe de Saint-Blaise, Baudelocque; Dubrisay, R. d'Assas.

École de médecine de Dijon. — Le 17 juin 1895, s'est ouvert devant la Faculté de médecine de Lyon un concours pour la place de professeur suppléant de pathologie et de cliniques chirurgicales et de clinique obstétricale.

Le jury était composé de MM. Fochier, Augagneur, professeurs à la Faculté de médecine, Condamin, agrégé, et de MM Parizot et Broussoles, professeurs à l'Ecole de médecine de Dijon.

Trois candidats étaient inscrits. Deux seulement ont pris part au concours qui s'est terminé par la nomination de M. le docteur Lagoutte, ancien interne des hôpitaux de Lyon.

VARIÉTÉS

Corps de santé de la marine. — M. Sadoul, médecin de deuxième classe de la marine, est promu au grade de médecin de première classe.

— **Les médailles d'honneur** ci-après ont été décernées pour récompenses des actes de dévouement à l'occasion de l'épidémie de grippe infectieuse compliquée de méningite cérébro-spinale, de pneumonie, de bronchite purulente, qui a sévi sur les troupes de la garnison de Vitré, en avril et en mai 1895, savoir :

Médaille d'or : M. Landriau, médecin-major de première classe au 70e régiment d'infanterie.

Médaille de bronze : MM. Jartel, étudiant en médecine et Barbé, soldat de deuxième classe au 70e régiment d'infanterie.

Médaille d'argent : Mme Caillière, en religion sœur Saint-Pierre (salle militaire de l'hospice mixte de Vitré).

La IVe session du Congrès International d'hydrologie, de climatologie et de géologie, conformément à la décision prise au Congrès de Rome en 1894, se tiendra à Clermont-Ferrand à la fin de septembre 1896.

Les sociétés et associations scientifiques, les savants de la France et de l'Etranger sont invités à prendre part à cette réunion internationale.

Hôpitaux de Paris. — Par arrêté préfectoral, le tarif des journées dans les hôpitaux de Paris est fixé de la manière suivante :

Journées d'adultes : médecine, 3 fr. 30; chirurgie et accouchements, 5 francs.

Journées d'enfants : médecin, 2 fr. 80; chirurgie, 3 fr. 50 — Hôpital de Berck, 2 fr. 10.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Hémorrhagie par rupture du sinus circulaire d'un placenta normalement inséré, par M. L. Hirigoyen (Communication faite à la Société de gynécologie, d'obstétrique et de pædiatrie.)

Il y a quelques mois, M. le professeur Budin communiquait à la Société obstétricale de Paris un mémoire sur les hémorrhagies causées par la rupture du sinus circulaire. Ce travail de notre distingué collègue a été très remarqué, car il a eu le très grand mérite d'attirer l'attention sur un fait pathologique qui demeurait on peut dire toujours ignoré et dont les conséquences étaient mal interprétées.

La rupture du sinus circulaire amène, en effet, des hémorrhagies qui ont été jusqu'ici confondues avec celles que produit le décollement du placenta vicieusement inséré ou la déchirure des sinus utéro-placentaires. La similitude presque complète des symptômes cliniques explique que les hémorrhagies dues à la rupture du sinus circulaire n'aient pas été différenciées des hémorrhagies des derniers mois de la grossesse et que leur description ne se trouve encore dans aucun traité d'accouchement.

Comme le fait remarquer M. Budin, Jacquemier et M. Duncan avaient soupçonné la possibilité de la rupture du sinus circulaire dont la disposition anatomique, la minceur et la fragilité avaient été signalées par Meckel, mais c'est à M. Budin que revient le mérite d'avoir fait les premières constatations cliniques concluantes et publié six observations de sa pratique.

A l'occasion de sa communication, MM. Bonnaire, Maygrier et Porak ont pu citer aussi quatre observations analogues, et nos confrères ont pensé que, maintenant, l'attention étant attirée sur ce point, on ne tarderait pas à confirmer cette observation exacte par la relation de nouveaux cas. C'est ce qui m'engage à vous communiquer l'observation suivante, datant de 1890, que j'ai retrouvée dans mes notes, classée comme un cas d'insertion vicieuse du placenta et qui se trouve être, en réalité, un exemple très net de déchirure du sinus circulaire :

Mme D..., ayant déjà accouché trois fois à terme et dans les conditions les plus normales, est à huit mois et demi de sa quatrième grossesse au mois de juin 1890. La grossesse a été en tous points physiologique et la femme devait être assistée par son accoucheuse habituelle, lorsque le 18 juin, pendant le sommeil et sans qu'aucune cause mécanique ou émotionnelle puisse être invoquée, une perte de sang se produisit. Cette hémorrhagie ne dura pas, il n'y eut ni douleur, ni contraction utérine et tout rentra dans l'ordre. Le 20 juin, trente-six heures après la première hémorrhagie, il s'en produisit une nouvelle mais moins abondante, deux ou trois cents grammes environ et toujours dans les mêmes conditions, c'est-à-dire sans cause apparente immédiate. C'est à ce moment que je suis appelé. La femme ne paraît pas fatiguée, son état général est bon, la perte ne continue pas. Je constate une présentation du sommet, enfant vivant, pas de travail, pas de dilatation. J'applique avec soin un tampon antiseptique avec bourdonnets de coton imbibés de liqueur de Van Swieten, le 20 juin dans la soirée. La nuit se passe sans incident et le lendemain, 21 juin, dans la matinée, je renouvelle le tampon qui est un peu coloré par du sang. Le travail, qui n'avait pas encore débuté, ne tarde pas à commencer et les douleurs deviennent fortes.

A trois heures de l'après-midi, je retire le tampon et je constate que la dilatation est complète. La présentation du sommet persiste, il y a une poche d'eaux saillante et résistante; je ne trouve aucune portion du placenta au voisinage du col. Pensant que les hémorrhagies devaient être attribuées à une insertion marginale du placenta, l'indication me paraît être de terminer immédiatement l'accouchement. Je perce la poche et il s'écoule une grande quantité de liquide amniotique *clair*, il n'y a pas trace d'hémorrhagie. Une application de forceps très facile me permet d'amener un enfant bien vivant. La délivrance se fait normalement sans la moindre hémorrhagie.

Croyant toujours avoir eu affaire à un décollement d'un placenta marginal, j'examine avec soin le délivre et je constate que les membranes sont entières, que leur déchirure a eu lieu à plus de dix centimètres du placenta. Celui-ci est de forme régulièrement arrondie sans trace de lésion quelconque ni de décollement ancien ou récent ; mais, — et c'est là le point important qui explique les phénomènes observés, — il existe un caillot volumineux, épais, de la grandeur de la paume de la main, fixé à l'intersection des membranes et du bord du placenta, du côté de la face utérine, en partie sur le sinus circulaire et sur les membranes voisines. Le caillot est un peu foncé de couleur et sa formation paraît remonter à quelques heures. Les suites de couches ont évolué sans le moindre incident.

Cette observation paraît intéressante en ce sens, que la symptomatologie a été absolument celle d'un cas d'insertion vicieuse marginale du placenta ;

Que le traitement par le tamponnement a été très favorable en facilitant probablement la formation d'un caillot et l'arrêt des hémorrhagies; en activant aussi la marche du travail et en permettant enfin de terminer l'accouchement de la façon la plus simple et la plus rapide.

Tous les faits ne sont pas, malheureusement, aussi favorables que celui-ci, et les dangers et les difficultés varieront, dans les cas de rupture du sinus circulaire, suivant l'étendue de la déchirure, l'abondance, la rapidité et le siège de l'hémorrhagie. Il n'y a donc pas de traitement spécial à indiquer, pas plus qu'il n'est possible de compter faire un diagnostic certain avant la sortie du délivre.

Quant au pronostic de la déchirure du sinus circulaire, il paraît sérieux d'après la relation des observations connues jusqu'ici. Plusieurs fois, en effet, la mort a été observée à la suite d'une hémorrhagie abondante survenant avant ou pendant le travail (Observation de Maygrier).

L'expérience apprendra sans doute à quelle époque de la grossesse et dans quelles circonstances anatomo-pathologiques la déchirure du sinus circulaire sera le plus à redouter.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Réparation d'une difformité nasale par la prothèse métallique, par le Dr F. Villar, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, chirurgien des hôpitaux.

Au mois de juin 1894, j'eus l'occasion de réparer une difformité nasale en me servant du support métallique d'après la méthode de Martin (de Lyon). Je comptais bien publier ce cas, mais je voulais attendre la sanction du temps. L'intéressante communication faite par M. Chaput devant la Société de chirurgie au mois de décembre dernier et les faits rapportés ensuite par M. Delorme, m'ont décidé à faire connaître mon cas dès aujourd'hui. D'ailleurs mon malade est opéré depuis dix mois, ce qui constitue un laps de temps assez raisonnable pour permettre de juger (du moins en partie) la valeur de la méthode.

Voici mon observation :

X..., âgé de 49 ans, a joui d'une excellente santé jusqu'en 1870. A cette époque, faisant partie d'un régiment de lanciers

campé à Vincennes, il attrape la syphilis avec une des femmes qui rôdaient autour du bivouac. Au niveau du filet apparaît un petit chancre qui est soigné par le vétérinaire au moyen de lotions au vin aromatique. Le malade continue à monter à cheval et fait même une partie de la campagne, se soignant très mal comme bien on pense, de sorte que le chancre dont il était atteint ne guérit qu'au bout de cinq à six mois.

Un an après le début de ce chancre, nous dit le malade, les testicules ont été le siège d'abcès. Un médecin militaire consulté à cette époque prescrit de l'iodure de potassium.

Trois mois plus tard, par conséquent quinze mois après l'apparition du chancre, X .. se marie. De ce mariage il eut trois enfants : une fille, aujourd'hui âgée de vingt ans, qui est aux aliénées depuis quatre ans; un garçon venu deux ans après cette fille et qui se porte à merveille ; enfin une autre fille qui a neuf ans et qui est superbe. Il n'y a pas eu de fausse couche.

A partir de son mariage, X .. a commencé à souffrir de migraines et a constaté à plusieurs reprises l'existence de plaques dans la gorge. Sa femme n'a présenté aucun signe de syphilis.

Le début de la lésion actuelle remonterait à l'année 1884; à cette époque des croûtes se formaient dans l'intérieur du nez et ces croûtes gênaient un peu la respiration. En 1889, apparition d'odeur fétide; bientôt se détache un petit morceau d'os que le malade retire lui-même. Mon excellent confrère, M. le docteur Lichtwitz, qui avait vu le malade avant moi, en a retiré d'autres; j'ai vu un de ces morceaux assez volumineux, provenant de l'ethmoïde.

Du jour où le malade retira lui-même le premier séquestre, le nez commença à s'affaisser; depuis, cet affaissement ne fit que s'accentuer et voici quel était l'état du nez lorsque le malade vint me consulter :

Le nez était diminué de longueur, il était aplati, rentré pour ainsi dire entre les apophyses montantes des maxillaires supérieurs ; c'était un nez en lorgnette. Au niveau de sa racine, au-dessous du front, existait une dépression profonde; la peau trop longue à ce niveau était plissée. La sous-cloison, attirée en haut et en arrière, entraînait un peu la lèvre supérieure dans la même direction. A la place du sillon naso-génien gauche se voyait une profonde gouttière ; le nez était légèrement dévié de ce côté ; l'aile correspondante était aplatie, enfoncée vers la cavité de la fosse nasale. On peut du reste se rendre un compte plus exact de ces déformations en examinant les photographies que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société.

En examinant le malade de plus près, je pus constater que les os propres du nez et toute la cloison avaient disparu, faisant communiquer largement entre elles les deux fosses nasales.

Inutile d'ajouter que la figure du malade était repoussante et l'on comprend qu'il soit venu réclamer une intervention chirurgicale.

Je l'opérai le 26 juin 1894 ; après anesthésie chloroformique, je pratiquai du côté gauche une incision étendue de la racine du nez à la partie inférieure de la sous-cloison et empiétant même un peu sur la lèvre supérieure ; il va sans dire que cette incision suivait le pli naso génien. Je mobilisai mon lambeau nasal, obtenant ainsi un volet que je rabattis à droite. Comme il fallait s'y attendre, l'incision et les manœuvres de libération donnèrent lieu à un écoulement sanguin assez abondant.

Après l'avoir arrêté aussi complètement que possible, je procédai à la pose d'un support métallique que j'avais fait préparer par M. Creuzan, un des fabricants d'instruments de chirurgie de notre ville. Ce support, en platine, était disposé de la façon suivante :

1° Une partie médiane, axile, de 30 millimètres de longueur, sur 8 de largeur, à bords incurvés en bas et arrondis, étalée à son extrémité inférieure dans le point qui devait correspondre au lobule du nez. A son extrémité supérieure était adaptée une tige de fixation. 2° De l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs de la lame médiane, se détachaient deux branches latérales longues de 20 millimètres et larges de 4, terminées chacune par une tige de fixation. Ces branches ne descendaient pas verticalement ; elles étaient recourbées, à convexité externe, de façon à soutenir les ailes du nez.

Pour mettre cet appareil en place, pour le fixer au squelette, je fis d'abord trois trous de pénétration en me servant du tour de S. S. White (de Philadelphie) couramment employé par les dentistes; cet appareil est réellement très commode. Forgue (de Montpellier), qui a eu l'occasion de s'en servir, en a fait ressortir les avantages dans un article des *Archives Provinciales de Chirurgie*. J'ajoute en passant qu'il existe en Amérique un appareil de ce genre pour la chirurgie osseuse ; il porte le nom de Dr *Bonwille surgical engine*. Le professeur Garritson (de Philadelphie) et son chef de clinique, le Dr Crifer, s'en servent constamment. Dans les trous ainsi pratiqués, j'enfonçai les tiges terminales de mon support : l'une fut placée à la partie antérieure de l'échancrure ethmoïdale du frontal, les deux autres à la base de l'apophyse montante du maxillaire supérieur.

M'étant rendu compte de la solidité de l'appareil, je le recouvris avec le lambeau nasal que je suturai aux parties avoisinantes au moyen de crins de Florence.

Rien à signaler au point de vue des suites opératoires, si ce n'est un point de suppuration au niveau d'un des fils de suture.

Il me reste à parler du résultat définitif de mon intervention. Le nez a été redressé, mais il laisse à désirer ; il est un peu saillant du côté droit et pas assez relevé au niveau de la racine. A part cela, la cicatrice est à peine visible; le malade ne souffre pas du tout et se mouche très bien sans éprouver la moindre gêne. Voilà sa situation. Cette situation est-elle bonne ou mauvaise? Dans l'appréciation des résultats de la rhinoplastie, il est difficile de juger les choses sans parti pris. On connaît les histoires des opérés de Denonvilliers, de Michon, de Blandin : ces opérateurs vantaient leur succès, fiers des résultats obtenus et cependant, au dire de certains chirurgiens, leurs malades étaient horribles ou du moins très laids. Eh bien, je commence par le déclarer, le résultat que j'ai obtenu n'est pas idéal.

Ainsi que je l'ai dit tout à l'heure, le côté droit du nez est resté un peu saillant, et la partie correspondant aux os propres n'est pas assez soulevée. Je m'empresse de rendre responsable de ces imperfections l'ouvrier qui a construit l'appareil, auquel j'avais donné des instructions qu'il n'a pas suivies. S'il avait donné plus de convexité à la lame médiane, la racine du nez aurait certainement été suffisamment relevée comme elle l'est habituellement pour les os propres du nez. Des inconvénients de ce genre peuvent être évités avec un peu de pratique. Je conseillerais, en particulier, dans les cas où il y a simplement effondrement de la charpente osseuse, d'avoir deux supports de dimensions différentes. Il est en effet difficile de prendre des mesures précises lorsque les parties molles sont intactes.

D'ailleurs le résultat est satisfaisant, ainsi qu'on peut le constater sur ces photographies prises avant et longtemps après l'opération.

Sur l'une d'elles, où le malade est pris de profil, le résultat paraît même beau.

Ce qu'il importe surtout de signaler, c'est la tolérance de l'appareil; celui-ci est très bien supporté par mon malade depuis dix mois.

Ce seul fait ne me permet pas de porter un jugement définitif sur la méthode de Martin; mais il me semble, comme l'a dit M. Delorme à la suite de la communication de M. Chaput, il me semble, dis-je, qu'en lui apportant des modifications, on arrivera à en obtenir de bons résultats, au moins dans les cas de difformités nasales qui ne sont pas d'origine néoplasique et dans ceux surtout ne s'accompagnant que d'un affaissement du support osseux, sans lésion des parties molles.

J'attire de nouveau l'attention sur les services que rend le tour dentaire de White en permettant un forage commode et régulier des trous de fixation.

PHYSIOLOGIE

Ablation des capsules vraies et accessoires chez le rat d'égout, communication à la Société de biologie, par le docteur Boinet, médecin des hôpitaux, agrégé, professeur à l'Ecole de médecine de Marseille.

J'ai pratiqué l'ablation complète des deux capsules surrénales sur 95 rats d'égout et j'ai souvent constaté la longue survie et la grande résistance à la fatigue de nombreux rats décapsulés qui ne présentaient, à l'autopsie, aucune trace de régénération des capsules enlevées (communications du 9 mars, 6, 27 avril 1895).

MM. Abelous et Langlois objectent justement que ces rats décapsulés possèdent souvent des capsules accessoires qui peuvent suppléer les capsules surrénales absentes (communication du 4 mai 1895).

Pour répondre à cette objection j'ai enlevé simultanément à 12 rats les capsules vraies et accessoires. Cette acapsulisation peut être obtenue par le procédé suivant : éthérisation, incision cutanée dorsale, recherche du bord externe de la masse lombaire que l'on récline en dedans, section avec le galvano-cautère : 1° des capsules vraies et accessoires voisines; 2° des capsules supplémentaires échelonnées le long du bord interne et de la face postérieure des reins ou situées au confluent des veines rénales.

Survie. — Sur ces 12 rats 4 sont morts dans les 48 heures, 1 a survécu 8 jours, les 7 autres ont guéri; l'ablation complète des capsules accessoires a été faite chez deux rats décapsulés depuis 1 et 9 mois. Le premier est mort, le second est en excellent état 20 jours après cette opération complémentaire. Elle a été pratiquée aussi avec succès sur un rat qui avait subi 8 mois avant la ligature d'une capsule et l'inclusion intra-péritonéale après section de la seconde capsule. Ce dernier organe avait diminué de moitié et il conservait encore son aspect normal.

Résistance à la fatigue. — Quatre rats encapsulés depuis 14 et 20 jours ont résisté, comme des rats sains, pendant 14 et 15 minutes à la fatigue produite par les chocs électriques répétés toutes les secondes au moyen du chariot de Dubois-Raymond (bobine à fil moyen. Distance 6 divisions) et fournis par 8 éléments Leclenché. L'un de ces rats est mort le lendemain, les autres sont en bon état. Si l'acapsulisation est trop récente, les animaux se fatiguent plus vite. Ainsi, 4 rats acapsulés depuis 6 jours n'ont résisté aux mêmes chocs électriques que 5, 6, 8, 9 minutes. Deux sont morts le lendemain et à l'autopsie on trouva de la congestion pulmonaire. Toutes les capsules avaient été bien enlevées. Les deux rats qui ont survécu ont été soumis 12 jours plus tard à la même fatigue qu'ils ont supportée 14 et 15 minutes c'est-à-dire presque autant de temps que les rats normaux.

Une autre série de rats acapsulés a subi un autre genre de fatigue intensive provoquée par une rotation à 22 tours par minute imprimée à un tourniquet de cage d'écureuil mû par un moteur à gaz. Un rat acapsulé depuis 20 jours n'a été fatigué qu'au bout de 38 minutes tandis qu'il n'avait résisté que 13 minutes 16 jours après cette acapsulisation. Un autre rat opéré depuis 8 jours a été surmené à la vingt-cinquième minute de rotation et est mort le lendemain. A l'autopsie, on notait de la congestion pulmonaire. On ne retrouvait aucune trace de capsules.

Lorsque l'acapsulisation est de date plus ancienne, le rat ne meurt habituellement pas de surmenage. Ainsi, un rat acapsulé depuis trois semaines, a pu tourner sans interruption pendant 26 minutes, il avait à ce moment 104 respirations par minute : il s'est vite remis de cet excès de fatigue.

Enfin, un vieux rat doublement décapsulé depuis neuf mois et privé de ses capsules accessoires trois semaines avant cette expérience de surmenage, n a été fatigué qu'après 35 minutes de rotation ininterrompue. Il présentait à ce moment une dyspnée passagère assez forte (120 respirations par minute); il s'est promptement rétabli.

Ces expériences prouvent donc que l'ablation des capsules vraies et accessoires permet encore au rat d'égout de résister assez longtemps à un surmenage considérable; elles confirment les conclusions de nos communications antérieures sur la résistance à la fatigue des rats doublement décapsulés. Elles montrent comme les trois séries de faits suivants que le rôle vicariant prêté aux capsules accessoires est exagéré.

I. — On ne trouve pas en effet dans les capsules accessoires des rats, privés simplement de leurs deux capsules vraies depuis 5 et 6 mois, l'hypertrophie compensatrice, qui devrait exister dans le cas de suppléance fonctionnelle active. De plus, ces capsules supplémentaires peuvent manquer chez des rats doublement décapsulés depuis 6 et 7 mois.

II. — J'ai disséqué avec soin 30 rats sains et 15 rats décapsulés depuis longtemps et j'ai constaté que ces capsules accessoires n'ont pas toujours l'importance anatomique qu'on leur accorde.

III. — Enfin l'examen histologique des capsules accessoires de 20 rats sains et de 12 rats décapsulés indique la structure embryonnaire de ces organes, qui ne sont constitués que par la zone glomérulaire de la couche corticale des vraies capsules. La couche médullaire fait défaut; elle n'existe que rarement à l'état rudimentaire dans les capsules accessoires voisines des capsules vraies. C'est pour cette raison que le persulfate de fer ne bleuit pas les capsules accessoires comme la partie médullaire des capsules vraies. Cette réaction indiquée par Vulpian a été constatée dans les capsules du rat, du lapin, du mouton, du cobaye, de l'âne, du bœuf, du chien.

Maladie d'Addison expérimentale. — Cependant un rat, sur lequel j'avais essayé d'enlever les capsules trois semaines avant, a été surmené en huit minutes : il présentait tous les phénomènes de l'autocurisation (lenteur extrême des mouvements, résolution musculaire presque complète, diminution du nombre et de l'ampleur des respirations, chute de la température rectale à 35°). Il est mort le lendemain de cet excès de fatigue produit par cette rotation, et à l'autopsie on constatait toutes les lésions d'une maladie d'Addison expérimentale. Il existait de larges taches pigmentaires dans le tissu cellulaire sous-cutané de l'abdomen et des flancs, dans les ganglions lymphatiques sous-cutanés, lombaires, mésentériques, dans le mésentère surtout le long des vaisseaux, dans certains points de la rate. La présence de deux foyers caséeux, du volume d'un pois, situés au niveau du siège normal des capsules vraies, complétait la ressemblance avec la maladie d'Addison chez l'homme. On constate rarement une infiltration du pigment aussi étendue : il est plus fréquent de voir au microscope quelques amas pigmentaires dans les ganglions lombaires de rats décapsulés. Dans ces conditions, ces animaux paraissent moins bien résister à la fatigue, et cette remarque expérimentale cadre bien avec les faits cliniques observés chez les malades atteints de maladie d'Addison, dont l'asthénie musculaire est, en général, plus prononcée au moment où l'infiltration pigmentaire est plus considérable.

NOUVELLES

Etudiants étrangers. — Par arrêté ministériel, en date du 25 juin 1875, il est institué au ministère de l'Instruction publique une commission chargée d'examiner les demandes d'équivalence et de dispense formées par les jeunes gens de nationalité étrangère qui désirent être inscrits dans les Facultés et Ecoles de médecine comme aspirants au grade de docteur en médecine.

Cette commission est composée : du directeur de l'enseignement supérieur et de six membres du comité consultatif de l'enseignement public (section de l'enseignement supérieur).

Hôpitaux de Bordeaux. — Par suite de la retraite de M. Gervais, nommé chirurgien honoraire des hôpitaux de Bordeaux, M. Boursier, chirurgien titulaire à l'hôpital des Enfants, est nommé chirurgien titulaire à l'hôpital Saint-André; — M. Pousson, chirurgien-adjoint à l'hôpital Saint-André, est nommé chirurgien titulaire à l'hospice des Enfants; — M. Villar, chirurgien à l'hospice Général, passe au même titre à Saint-André; — M. Binaud, récemment promu, remplace M. Villar à l'hospice Général.

— Les concours de clinicat des hôpitaux de Bordeaux se sont terminés par les nominations suivantes : M. Cabanes est

nommé chef de clinique ophthalmologique, et M. Vitrac est nommé chef de clinique chirurgicale.

Ecole de médecine de Limoges. — M. le Dr Gusse est nommé professeur de physique (chaire nouvelle).

Ecole de médecine de Marseille. — M. le Dr Alezais est institué suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

Les étudiants des écoles annexes de médecine. — En raison de la réorganisation des études médicales et de l'institution d'un certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, le ministre de la marine, après avoir consulté le ministre de l'instruction publique, a adopté les dispositions suivantes relatives aux étudiants en médecine qui solliciteraient, en novembre prochain, de redoubler une année d'études dans les écoles annexes.

Comme les années précédentes, ces étudiants pourront, sur la proposition du préfet maritime, obtenir l'autorisation de redoubler; mais ils cesseront d'être soumis au régime de 1878 et suivront le nouveau régime dont l'application est fixée au 1er novembre.

Toutefois, d'après l'avis du ministre de l'instruction publique, les étudiants ayant subi avec succès le premier examen de doctorat pourront seuls être admis à redoubler leur première année en vue du concours de 1896 pour l'école de Bordeaux; en second lieu, s'ils échouent à ce concours, ils ne pourront se prévaloir de la seconde année faite dans les écoles annexes pour demander, en novembre 1896, à être inscrits dans une faculté ou une école de médecine comme étudiants de troisième année à douze inscriptions.

REVUE DES CONGRÈS

(*Congrès tenu à Paris du 6 au 9 mai 1895.*)

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE

(*Suite*).

Sept années d'ophthalmologie à l'hôpital marin de Pen-Bron.

M. Dianoux. — Chez les tuberculeux, l'appareil oculaire reste relativement indemne. Chez les lymphatiques, au contraire, il devient très souvent le siège de manifestations diathésiques. Les kératites parenchymateuses forment le contingent le plus nombreux des affections oculaires que j'ai observées. Elles se présentent la plupart du temps à la période d'état et chez des rachitiques, chez qui il n'existe pas d'antécédents hérédo-syphilitiques. Je pratique dans ces cas des injections de solution de chlorure de sodium.

Les bains de mer exercent sur tous ces malades une action favorable très marquée.

M. de Wecker. — J'attribue l'action favorable exercée par le séjour au bord de la mer, non pas à l'action des douches salées, mais plutôt à l'air pur et dépourvu de microbes que les malades y respirent.

Contribution au diagnostic des tumeurs vasculaires de l'orbite.

M. Jocqs (Paris). — J'ai voulu dans ce travail étudier un symptôme rare qui peut aider au diagnostic des tumeurs vasculaires de l'orbite. Ce symptôme consiste dans l'arrêt du souffle par la compression des affluents de la veine ophthalmique. Malgré mes nombreuses recherches dans la littérature française et étrangère, je n'ai trouvé qu'un cas de M. de Wecker où ce phénomène ait été relaté. Je l'ai observé moi-même une fois, chez un malade présentant également du souffle et de l'exophthalmie et où le diagnostic de tumeur vasculaire rétrobulbaire n'était pas douteux.

Je crois que ce souffle est dû à la compression de l'artère ophthalmique par la veine ophthalmique dilatée. En comprimant les affluents de la veine ophthalmique, on vide cette veine, ce qui supprime la compression et le souffle. Ainsi se trouve corroboré le diagnostic de dilatation veineuse.

La pathogénie de la dilatation veineuse peut s'expliquer dans les cas traumatiques par une fracture au niveau de la fente sphénoïdale ; dans les cas spontanés par une endophlébite, ainsi que l'examen anatomique l'a démontré dans un cas de M. de Wecker.

Ce symptôme est d'une grande importance, puisqu'il permet d'éliminer l'anévrysme artérioso-veineux, qui nécessite quelquefois une opération des plus graves : la ligature de la carotide.

En raison du diagnostic *dilatation veineuse*, il nous semble qu'on ne doit pas penser à une intervention chirurgicale sanglante. Nous conseillerions plus volontiers le traitement médical, surtout dans les cas spontanés, où il peut être question d'une lésion des tuniques veineuses.

La compression du globe oculaire nous semble également utile.

Quant à la compression de la carotide, nous n'en voyons pas la nécessité.

La guérison semble possible d'après deux cas de M. de Wecker et même d'après le nôtre, où nous voyons le souffle disparaître de temps à autre pendant un certain temps.

Points de repère anatomiques pour les opérations chirurgicales de la région orbitaire.

M. Motais (Angers). — Je propose pour la topographie chirurgicale de la région orbitaire deux points de repère qui m'ont rendu de très grands services dans mes dissections anatomiques : en dehors, le rebord orbitaire externe au niveau de la commissure ; en dedans, le point d'insertion du tendon de l'orbiculaire.

L'instrument (orbitomètre) que j'ai fait construire pour l'utilisation de ces deux points de repère se compose de deux branches de compas à extrémité mousse, d'une tige horizontale graduée en millimètres, sur laquelle glisse une tige verticale graduée qui porte elle-même un stylet avec tampon imbibé d'aniline.

L'orbitomètre permet, à l'aide d'un tableau, de déterminer la distance, par rapport à ces points de repère, des points d'insertion musculaire, des points d'émergence des nerfs, suivant les différentes largeurs de l'ouverture orbitaire. Il permet aussi de déterminer les degrés d'exophthalmie, de faire la mensuration du lambeau dans l'opération du ptosis par le procédé de Gillet de Grandmont, etc.

Du nettoyage des masses corticales par injection et aspiration, après l'opération de la cataracte.

M. Dransart (Somain). — J'ai opéré plus de 500 cas de cataracte par ce procédé, qui doit son origine aux travaux des élèves de M. Panas, et que mon collaborateur, le docteur Bettremieux, a fait connaître dans sa thèse inaugurale en 1885. Les résultats obtenus dans la cataracte traumatique par l'aspiration, préconisée par MM. Coppez et Redard, ont également contribué à ma pratique pour le nettoyage des masses corticales. Le but poursuivi par ce procédé est exclusivement mécanique; il vise l'évacuation aussi complète que possible des débris corticaux, après l'expulsion du noyau cristallinien.

Le résultat de cette évacuation est de procurer une augmentation immédiate de la vision chez les opérés et d'empêcher la formation des cataractes secondaires. J'ai fait jusqu'à présent ces injections au moyen d'une seringue de Pravaz, armée d'une petite spatule creuse recourbée et percée de plusieurs trous à son extrémité; les injections ont été faites avec de l'eau boriquée cocaïnisée ou avec de l'eau bouillie cocaïnisée. Je pense, avec M. Bettremieux, que l'évacuation complète des couches corticales est le meilleur moyen pour diminuer la fréquence des hernies de l'iris.

L'aspiration pratiquée après ces injections joue un rôle capital dans l'évacuation des couches corticales.

M. Chibret. — J'attends d'avoir une grosse série de cas pour donner les résultats que j'ai obtenus par ce procédé avec mon instrument. Je n'ai encore jusqu'à présent que quarante cas.

M. Wicherkiewicz. — En 1886, j'ai publié les résultats obtenus par les injections dans les cas de cataractes qui n'étaient pas arrivées à maturité. Depuis cette époque, j'emploie cette façon de faire et j'enlève ainsi tous les débris capsulaires.

M. Vacher (Orléans). — J'apprécie la valeur de l'instrument imaginé par M. Chibret, pour les injections dans la chambre antérieure après l'extraction de la cataracte. Je me sers dans ma pratique d'une poire en caoutchouc injectrice et aspiratrice.

M. Panas (Paris). — Tous les instruments en poire de caoutchouc sont mauvais, parce que si l'on exerce plusieurs pressions sur cette poire, elle aspire de l'air qui est ensuite injecté dans la chambre antérieure. Le même reproche est à adresser aux compte-gouttes que l'on veut utiliser comme injecteurs. Les seringues valent mieux. J'emploie les injections après l'extraction, non pas pour nettoyer la chambre antérieure des débris corticaux, mais pour antiseptiser le terrain opératoire. Je suis opposé à l'évacuation des débris par les injections, qui ne font que les refouler. On les évacue bien mieux avec une curette antiseptisée, qu'on peut introduire sans inconvénient dans la chambre antérieure, aussi souvent que la chose est nécessaire.

M. Parinaud (Paris). — Je fais des injections dans le but d'évacuer les débris et je me sers d'une poire en caoutchouc, mais d'un volume assez grand, de façon à ne pas avoir besoin de la presser plusieurs fois et à ne pas injecter d'air.

M. Galezowski. — Lorsqu'il y a beaucoup de sang dans le champ opératoire, je pratique des injections pour nettoyer la chambre antérieure. Mais il n'y a aucune nécessité d'en pratiquer pour obtenir l'évacuation des couches corticales qui, de la sorte, ne sont que refoulées plus profondément.

M. Darier (Paris). — Je me sers, après l'extraction de la cataracte, d'un instrument construit de façon à injecter et à aspirer à la fois.

M. Dransart. — Je pratique mes injections, d'abord dans un but antiseptique; puis ensuite dans un but exclusivement mécanique, c'est-à-dire pour obtenir une complète évacuation des masses corticales, but réalisé surtout par l'aspiration, dont l'action, à ce point de vue, est certainement plus importante que celle de l'injection, et qui procure immédiatement aux opérés une sensible amélioration de l'acuité visuelle.

La sclérotomie postérieure et la sclérectomie dans le glaucome.

M. Parinaud (Paris). — J'ai déjà signalé en 1885 l'utilité, dans le glaucome, des ponctions sclérales au couteau, qui, depuis, ont reçu le nom de sclérotomie postérieure. A 8 ou 10 millimètres de la cornée, on enfonce le couteau de Græfe, à une profondeur de 4 à 5 millimètres. Après un léger temps d'arrêt, on fait exécuter au couteau un quart de tour et on le retire lentement en débridant un peu la sclérotique, perpendiculairement à la position première de la lame, de façon à obtenir ainsi une plaie triangulaire.

Le fait capital, c'est d'éviter toute inflammation au niveau de la plaie, de façon à obtenir la persistance de l'ouverture scléroticale, la cicatrisation se faisant seulement par le tissu conjonctival et épiscléral. Il s'établit parfois une fistule borgne, surtout si l'on opère plus en arrière. Cette fistule, qu'on ne doit rechercher que dans le glaucome absolu, peut être supprimée par le galvanocautère. On augmente beaucoup les effets de l'opération par le massage de l'œil. Il sera fait par le chirurgien, le troisième ou le quatrième jour après l'opération, puis après, par le malade lui-même.

La sclérotomie postérieure est indiquée dans le glaucome non irritatif, où elle peut même être répétée avec avantage. Dans les cas aigus, il y a lieu de la pratiquer tout d'abord; ses effets immédiats sur la vision sont remarquables, et s'il est nécessaire de faire l'iridectomie, celle-ci sera rendue plus facile, surtout dans les cas nombreux où la chambre antérieure est très effacée. C'est ce qui a engagé Priestley Smitt à associer systématiquement les deux opérations.

Quand l'iridectomie a échoué, la sclérotomie postérieure peut encore rendre des services. Enfin, en la pratiquant plusieurs fois, dans les cas de glaucome absolu et douloureux, on peut rendre l'énucléation inutile.

La sclérectomie consiste à enlever un petit lambeau de sclérotique de trois à quatre millimètres, de façon à obtenir une excavation en cupule qui arrive sur la choroïde. On se sert, pour cela, d'une aiguille sur manche, courbe à son extrémité, et d'un couteau de Græfe. Le but de cette opération est de diminuer la résistance de la sclérotique, pour obtenir des ponctions, faites à ce niveau, une filtration plus facile. Pour comprendre son utilité, il faut savoir qu'après l'ablation du lambeau sclérotical, on peut obtenir la fermeture de la plaie, sans cicatrisation de l'ouverture sclérale, ce qui se traduit par la persistance d'une tache noire, qui n'est autre chose que la choroïde vue par transparence.

M. Masselon (Paris). — J'ai vu des épanchements de sang consécutifs à la sclérotomie postérieure. Cette opération se pratique depuis un siècle, à une époque où l'on pensait que le glaucome était dû à une hydropisie de l'œil : de cette façon de l'envisager, découlait naturellement l'indication opératoire.

M. Terson (Toulouse). — Je ne pratique la sclérotomie postérieure que pour éviter l'énucléation. Sans quoi, je trouve qu'il y a quelque danger à s'attaquer ainsi au corps vitré. Il faut, dans les sclérotomies répétées, toujours faire les ponctions au même point, pour réaliser une cicatrice cystoïde.

M. Jocqs (Paris). — Il faut réserver cette opération à certains cas. Dans le glaucome aigu, où il est quelquefois difficile de procéder immédiatement à l'iridectomie, la sclérotermie postérieure se fait en attendant et souvent elle produit une amélioration qui se maintient un jour ou deux et alors l'iridectomie se trouve bien facilitée.

M. Galezowski. — Je ne vois pas quel avantage on peut trouver à faire la sclérotomie avant l'iridectomie. Dans le glaucome aigu, l'iridectomie s'impose d'urgence et l'on doit y procéder le plus tôt possible, tout retard pouvant devenir préjudiciable.

Dans le glaucome simple, non irritatif, l'iridectomie ne donne aucun bon résultat et c'est alors que la sclérotomie sera avantageuse; mais antérieure et non postérieure. Postérieurement, elle n'agit qu'à la façon d'une simple ponction et ne rétablit pas l'équilibre dans le tonus oculaire. Au contraire, pratiquée dans le segment antérieur et répétée un certain nombre de fois, elle produit une ouverture dans le canal de Schlem et s'oppose à l'oblitération partielle de l'œil, qui est la cause du glaucome.

M. Parinaud. — L'opération que j'ai décrite est inoffensive. On ne peut pas établir de règle fixe et invariable dans une affection aussi mobile et aussi changeante que le glaucome, mais il y a souvent intérêt à pratiquer la sclérotomie pour faciliter l'iridectomie.

Complication rare après l'extraction de la cataracte.

M. Oger de Spéville (Paris). — J'ai observé, à la suite d'une opération de cataracte et après cicatrisation du lambeau, un aplatissement de la chambre antérieure, qui s'est prolongé pendant des mois. Je n'ai trouvé que trois observations analogues de cette complication, que je n'ai pas trouvée mentionnée dans les livres. Cet aplatissement n'a cédé qu'à l'iridectomie.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 juillet 1895.

Présidence de M. Empis.

Election.

M. Ferrand est élu, par 48 voix contre 21 à M. Huchard et

1 à M. Hutinel, membre titulaire dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale, en remplacement de M. Dujardin-Beaumetz, décédé.

Injection de fortes doses d'alcool éthylique et de glycose dans le sang veineux.

M. Gréhant. — J'ai déjà démontré qu'on pouvait faire supporter à un chien une forte dose d'alcool en injectant directement dans la veine jugulaire avec une grande lenteur au moyen d'une burette graduée, un mélange d'alcool et d'eau à 20 0/0. Cinquante minutes après cette injection et pendant plus de 8 heures la proportion d'alcool contenue dans le sang devient absolument constante. L'alcool se fixe en partie dans les tissus mais s'élimine en outre par les poumons, la peau et les reins.

Je me suis demandé ce qui arriverait si au lieu d'alcool on injectait dans le sang veineux une solution de glycose pure; j'ai donc fait une autre série d'expériences: après avoir injecté dans le sang veineux d'un chien du poids de 6 kilogs 37,6 grammes de glycose dissoute dans 122 c. c. d'eau distillée, injection qui a duré 43 minutes; 5 minutes après j'ai fait une première prise de sang artériel dont 20 c. c. ont été injectés dans 40 c. c. d'alcool. Puis deux autres prises ont été faites une heure et deux heures après la première.

J'ai trouvé cinq minutes après l'injection 8 gr. 6 de glycose pour 1000 c. c. de sang; une heure après 1 gr. 85 et deux heures après 0 gr. 36.

Ces chiffres démontre que la glycose, loin de rester dans le sang en proportion constante comme l'alcool, diminue avec une très grande rapidité. Le milieu extérieur ne supporte pas une certaine quantité de cette substance qui est pourtant essentiellement alimentaire.

Hémothérapie.

M. P. Delbet. — En 1888 M. Richet a, le premier, obtenu des effets de vaccination en transfusant du sang d'animaux vaccinés dans le péritoine d'autres animaux. En dehors de cette tentative, on s'est toujours servi pour les injections dans le tissu cellulaire non pas de sang en nature, mais de sérum. Toutefois celui-ci ne représente qu'une partie du sang, et encore cette partie est-elle profondément altérée. Aussi est-il rationnel de penser que les injections du sang en nature seraient plus efficaces que celles du sérum.

Ce qui a conduit à employer le sérum, c'est sans doute la difficulté de conserver le sang liquide; mais elle n'est plus insurmontable, depuis qu'Arthus et Pagès ont montré que la présence de sels de chaux dissous est indispensable au phénomène de la coagulation. Il suffit pour conserver du sang liquide de précipiter les sels de chaux en y ajoutant 2 p. 1000 de fluorure de sodium, ou 1 p. 1000 d'oxalate d'alcalins ou encore des citrates. Je prépare, par exemple, une solution aqueuse d'oxalate de soude exactement titrée à 2 p. 0/0 et parfaitement stérilisée; 50 c. c. suffisent à précipiter tous les sels de chaux d'un litre de sang. Le mélange ainsi obtenu contient donc 1 milligramme d'oxalate par centimètre cube. Une injection de 20 c. c. renfermerait 0,020 milligr. d'oxalate, dose qui n'est pas toxique. Le sang reste ainsi parfaitement liquide; lorsqu'on le laisse immobile, les globules se déposent entraînés par leur poids, mais il ne se produit aucune coagulation. Si on agite le vase, le cruor et le plasma se mêlent et la liqueur reprend la couleur et toutes les apparences du sang normal; le sang passe facilement au travers de la seringue de Roux.

Quant à savoir si ces injections ont des inconvénients l'expérience seule pourra prononcer. Je suis arrivé à produire expérimentalement le lymphadénome sur le chien et actuellement j'essaie de traiter une malade atteinte de lymphadénome ganglionnaire généralisé avec le sang d'un chien que j'ai lieu de croire vacciné. En tout cas, les injections de sang oxalaté sont sans danger, au moins par doses progressives et jusqu'à huit centimètres cubes par injection.

Il y a donc aujourd'hui trois manières de traiter les maladies infectieuses par le sang d'animaux vaccinés : 1° la sérothérapie; 2° la plasmathérapie ou injection du plasma privé seulement des sels de chaux; 3° l'hémothérapie. Il est permis d'espérer que ces deux derniers procédés seront plus actifs que le premier et qu'ils pourront réussir là où celle-ci a échoué.

Angine diphthérique à forme herpétique.

M. Dieulafoy. — Cinq nouvelles observations qui m'ont été communiquées par MM. Kelsch, Huchard, Roché et Gouguenhein, Roux, Martin et Chaillou prouvent comme celles que je faisais connaître il y trois semaines que l'angine dite herpétique n'est parfois qu'une angine diphthérique prenant les apparences grossières de l'angine avec herpès.

Aussi je propose de démembrer l'angine dite herpétique, telle que nous l'avaient léguée nos prédécesseurs; elle ne doit plus occuper dans le cadre nosologique la place quasi-intangible qu'elle y occupait. Il faut qu'elle subisse à son tour le sort de toutes les angines. A supposer qu'on veuille conserver encore l'existence d'une angine herpétique dans le sens ancien du mot, il faut bien savoir actuellement qu'il y a moins une angine herpétique que des angines avec herpès, staphylococciques avec herpès, pneumococciques avec herpès, et ce qui nous intéresse le plus, il y a des angines diphthériques avec herpès, et je reviens en guise de conclusion à la déclaration oubliée de Trousseau : La diphthérie mortelle débute souvent sous la forme d'une angine herpétique.

Le diagnostic bactériologique de toutes les angines sans exception s'impose aujourd'hui. Il ne manque pas cependant de médecins qui espèrent pouvoir arriver au diagnostic des angines par le secours seul de la clinique et qui voudraient réserver l'examen bactériologique aux cas réputés indécis et douteux. L'examen bactériologique systématiquement pratiqué leur paraît exagéré. Que ne voit-on pas quelles erreurs, souvent retentissantes, les cliniciens, même les plus renommés, ont commis autrefois à cet égard; certains d'entre eux expliquaient leur embarras en écrivant, comme Gubler, que l'angine herpétique peut engendrer des paralysies généralisées à l'égal de la diphthérie, ou en créant comme Lasègne le mot d'angine diphthéroïde, dénomination qui créa une confusion qui n'a été dissipée que par la bactériologie.

Dans leur 3e mémoire MM. Roux et Yersin ont constaté que sur 52 angines membraneuses d'apparence diphthérique, 19 ne l'étaient pas; M. Morel, dans sa thèse, que sur 86 angines membraneuses simulant la diphthérie, 20 ne l'étaient pas; M. Martin, que sur 112 malades envoyés aux Enfants-Malades comme atteints d'angine diphthérique et diagnostiqués cliniquement comme tels, 36 n'avaient pas la diphthérie. Les mêmes erreurs de diagnostic, plus graves et plus nombreuses se constatent dans, tous les services hospitaliers spéciaux de l'étranger. Moi-même j'étais exposé à en commettre de semblables dans plusieurs cas récemment observés, si je ne m'étais empressé de recourir à la bactériologie.

Aussi faut-il chercher à vulgariser le plus possible les examens bactériologiques; ils sont tellement simples en ce qui concerne la diphthérie qu'il n'est pas de pharmacie bien outillée où ils ne pourraient être pratiqués. Faisons donc appel à nos collègues des écoles de pharmacie et demandons-leur que les travaux bactériologiques entrent à l'avenir pour une large part dans les études des aspirants au grade de pharmacien. C'est pourquoi je propose d'ajouter au vœu de M. Cadet de Gassicourt celui-ci :

« L'Académie émet également le vœu que les études bactériologiques prennent à l'avenir une place plus importante dans les écoles de pharmacie. ».

M. Planchon. — Le Conseil de l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris s'occupe de cette question ; il pense qu'elle aura très prochainement reçu une solution dans ce sens.

M. Laborde. — Il serait non moins nécessaire d'ajouter l'enseignement de la bactériologie dans les écoles de médecine.

M. Cadet de Gassicourt. — Je suis informé que dans très peu de jours, le laboratoire bactériologique de la Ville de Paris, dirigé par M. Miquel, sera en mesure de faire gratuitement pour tous les médecins de la capitale, les examens de fausses membranes conformément à une délibération du Conseil municipal.

Action cardiaque de la digitale et de la digitaline.

M. François Franck. — Des recherches que je viens d'entreprendre sur ce sujet m'ont donné les principaux résultats ci-après :

Les effets produits sur les ventricules par la digitale ne sont pas subordonnés à ceux que produit ce poison sur les oreillettes ; son action particulière ne résulte pas davantage de ces effets sur les vaisseaux contractiles ; les modifications fonctionnelles sont partiellement subordonnées à des troubles de l'innovation extra-cardiaque.

Quant à la comparaison de l'activité toxique de la digitale et des digitalines, j'ai pu constater l'équivalence toxique des françaises (la dose mortelle est en moyenne de 6 à 7 dixièmes de milligrammes par kilogramme) ; la digitoxine allemande m'a paru avoir une puissance toxique trois fois plus élevée. En présence de cette toxicité élevée de ce dernier produit on s'étonne qu'on puisse prescrire sans accidents comme cela se fait fréquemment en Allemagne, jusqu'à 5 à 6 milligrammes de la digitoxine de Merck équivalant à 15 milligrammes de nos digitalines, alors qu'en France nous ne dépassons pas volontiers 1 milligramme par 24 heures de digitaline cristallisée chloroformique.

D'autre part, 1 gramme de feuilles de digitale équivaut comme effet toxique à 5 ou 6 milligrammes de digitaline cristallisée chloroformique française ou à 2 milligrammes environ de digitoxine allemande. Dès lors, quand on croit, de par le rendement moyen de la feuille de digitaline, lequel dépasse rarement 1 milligramme par gramme, prescrire avec un gramme de feuilles l'équivalent de 1 milligramme de digitaline cristallisée française, en réalité nous exerçons une action 5 ou 6 fois plus énergique.

Il faut, d'ailleurs, ne pas oublier que l'action de la feuille de digitale varie régulièrement non seulement avec son âge, ses procédés de dessiccation, etc., mais aussi avec la façon dont est préparée l'infusion et avec les conditions de chaque malade. Dans cette incertitude, on comprend la préférence donnée par beaucoup de cliniciens au produit cristallisé, toujours comparable à lui-même ; mais aussi il est rationnel et inoffensif d'administrer la digitaline à doses plus élevées que celles que nous prescrivons habituellement en France.

M. Soulié (de Lyon) lit un travail sur un cas d'exostoses ostéogéniques de croissance (*sera publié*).

Comité secret.

Sur le rapport de M. Lucas-Championnière, l'Académie fixe comme suit la liste de présentation à la place déclarée vacante dans la section de médecine opératoire : 1° M. Reclus ; 2° *ex æquo*, MM. Delens, Delorme, Ch. Monod, Pozzi et Richelot.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 28 juin 1895.

Présidence de M. Cornil.

Splénomégalie primitive.

M. Picon présente une rate de 2.800 grammes enlevée par M. Bouilly au cours d'une laparotomie. La malade à laquelle appartenait cette rate, souffrait depuis plus d'un an de douleurs abdominales et de ménorrhagies abondantes, et présentait dans la région hypogastrique au-dessus du pubis une tumeur volumineuse qu'on avait diagnostiquée fibrome utérin.

Il s'agit en réalité d'une hypertrophie primitive de la rate ; celle-ci à la section est de couleur gris rosé, d'aspect uniforme. L'examen histologique montre que les corpuscules de Malpighi sont peu développés, plutôt atrophiés, le système des vaisseaux capillaires est en partie disparu et la rate semble entièrement constituée par une série de pseudo-alvéoles, contenant dans leur intérieur de grandes cellules d'aspect épithélial. Les travées qui délimitent ces cellules ne sont pas formées de tissu conjonctif adulte, mais bien par des capillaires autour desquels se voient des cellules embryonnaires ; quant aux cellules elles semblent comprises entre les mailles d'un tissu nettement réticulé ; l'aspect des préparations rappelle les figures décrites par M. Gaucher dans sa thèse.

M. Cornil rappelle que se basant sur la description histologique, donnée par Robin des follicules clos, certains auteurs ont admis l'existence d'un véritable épithélioma de la rate. Il ne pourrait être question d'après lui d'épithélioma de la rate, il y a simplement ici hypertrophie des cellules lymphatiques de la rate, comme cela se voit dans certaines hypertrophies ganglionnaires qu'il a étudiées.

Sarcome mélanique du foie.

M. Gauche présente un volumineux sarcome mélanique du foie, consécutif à une tumeur mélanique du cuir chevelu ; le foie pèse 8 kilogrammes, il est bourré de tumeurs d'un noir d'ébène variant du volume d'une noix à celui d'une tête de fœtus, l'évolution de la maladie s'est faite en neuf mois ; le diagnostic exact de la nature de la tumeur cancéreuse, ne fut révélé que par la couleur café clair des urines, qui par adjonction de perchlorure de fer, montrèrent un précipité abondant de mélanine ; il n'existait pas de métastases dans les divers viscères ; la tumeur du cuir chevelu avait été constatée 24 ans auparavant par la malade.

Endocardite verruqueuse.

M. Vermorel présente un cœur qui est le siège d'une double lésion : l'une ancienne, vulgaire, d'endocardite rhumatismale qui a frappé la mitrale, l'endocarde ventriculaire et légèrement l'aorte, l'autre récente, qui siège sur l'endocarde de l'oreillette gauche, sur les deux faces de la grande valve de la mitrale et sur un point limité de l'endocarde du ventricule gauche, cette dernière lésion donne à l'endocarde un aspect verruqueux rappelant la péricardite fibrineuse.

Hernie diaphragmatique étranglée.

M. Ombredanne rapporte un cas de hernie diaphragmatique étranglée ; l'intestin grêle faisait hernie sur une longueur de 1 mètre 40 dans la cavité pleurale ; l'agent d'étranglement était le foliole gauche du diaphragme.

Adénome gastrique.

M. Chaput montre la tumeur et les coupes histologiques d'un volumineux adénome gastrique qu'il a opéré il y a plusieurs mois, et dont il a déjà publié l'observation. La tumeur qui adhérait par un pédicule à la muqueuse de l'estomac, au niveau de la face postérieure de celui-ci, faisait saillie dans la cavité stomacale.

L'examen histologique montre qu'il s'agit bien d'un adénome pur.

Œdème de l'ovaire.

M. Lenoble (en son nom et au nom de M. Potherat) présente deux ovaires œdématiées. Celui du côté gauche, dont le pédicule avait été tordu trois fois sur son axe, a le volume d'une orange moyenne, celui du côté droit d'une petite mandarine. On avait cru à un kyste de l'ovaire. La coupe montra qu'il s'agissait d'une tumeur solide. Histologiquement l'ovaire gauche présente un œdème infiltré entre des mailles de tissu conjonctif, un extravasat sanguin, et une infiltration de petites cellules rappelant vaguement l'aspect du tissu muqueux. En somme il s'agit d'un ovaire œdématié avec extravasat sanguin dû à la torsion du pédicule, et véritable néoplasme de nature assez difficile à déterminer.

Papillome corné du pied.

M. Lenoble présente un papillome de la plante du pied. Le malade qui en était porteur avait vu sa lésion débuter par un durillon il y a vingt ans. Huit ans après apparut le papillome qui prit l'aspect actuel en deux années. Histologiquement c'est un papillome corné simple avec de distance en distance des globes épidermiques. Les axes conjonctivo-vasculaires présentent une infiltration embryonnaire assez intense due aux infections secondaires. La recherche de microbes est restée infructueuse.

Fernand Besançon.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 17 *juin* 1895.

De la sérothérapie dans le cancer.

M. P. Gibier (de New-York). — J'ai déposé en novembre 1893 un pli cacheté contenant une note dans laquelle je proposais d'inoculer à un animal le suc d'une tumeur cancéreuse et de se servir ensuite du sang ou du sérum de cet animal pour en faire des injections à la personne affectée de cette tumeur. Je faisais en même temps une proposition analogue pour la syphilis. Depuis lors, j'ai préparé du sérum suivant le procédé que j'indiquais dans ma note et j'ai pu récemment l'expérimenter sur deux malades. Le premier, qui était atteint d'une tumeur cancéreuse du cou étendue au pharynx et gênant la déglutition et la respiration, vit, après une dizaine d'injections, le néoplasme se ramollir au point qu'il semblait devoir s'ouvrir à l'extérieur, pendant que la déglutition et la respiration devenaient plus faciles. Le deuxième cas est celui d'une femme qui avait été opérée à deux reprises d'un volumineux carcinome du sein gauche. Quand on commença le traitement par le sérum, la tumeur récidivait autour de la cicatrice et dans l'autre sein. Après une semaine du traitement, les injections hypodermiques étant faites chaque jour dans le voisinage des nodules, on put constater que ces derniers pâlissaient et diminuaient de volume. Au bout de deux semaines un nodule de la grosseur d'une petite noisette avait presque entièrement disparu.

Ces deux malades continuent de recevoir le traitement. Malgré le changement remarquable qui s'est produit dans les tumeurs dont ils sont affectés, je n'ose espérer que l'amélioration se continuera et qu'une guérison permanente pourra être obtenue. J'ai pensé néanmoins que, tels qu'ils sont, les résultats produits par un nombre encore restreint d'injections de sérum méritent d'être signalés.

Quoique le pli cacheté que j'ai adressé à l'Académie soit antérieur aux travaux que MM. Richet et d'Héricourt ont fait connaître récemment (Voir *Mercredi médical*, 1895, p. 235), je tiens à déclarer cependant que l'idée de renforcer la résistance naturelle de certains animaux à l'inoculation de tumeurs malignes qui se développent chez l'homme, et d'employer ensuite le sérum de ces animaux au traitement du cancer, m'a été inspirée par les enseignements de la sérothérapie dont les premiers principes et la première application sont incontestablement dus à ces auteurs.

De l'action directe de la lumière sur l'iris.

M. Charles Henry. — J'ai cherché à résoudre le problème qui consiste à savoir si l'iris de l'homme vivant est sensible à une action directe de la lumière. Dans ce but, j'ai fait construire un pupillomètre qui permet de démontrer que la pupille se dilate presque toujours quand, sans modifier en rien l'éclairement de la rétine, on soustrait à la lumière une portion de l'iris.

En général, les iris foncés se dilatent plus que les iris clairs : c'est la première fois que la couleur des yeux intervient dans une question d'optique physiologique. Il y a, sans doute, dans ces mouvements, à côté d'une réaction directe probable de l'iris, des réflexes d'origine centrale, car la pupille de l'œil gauche, par exemple, se dilate si l'on soustrait à la lumière l'iris de l'œil droit.

Plusieurs conséquences importantes ressortent de ces faits, entre autres une explication immédiate de la photophobie très intense que l'on constate dans l'iritis sans qu'il y ait la moindre altération rétinienne.

Il résulte également de cette action directe de la lumière sur l'iris que notre photométrie doit être affectée d'une erreur systématique, d'ailleurs légère : quand l'œil se dirige vers la plus lumineuse de deux sources un peu différentes, notre iris se contracte; il tend à égaliser pour notre rétine ces deux sources. C'est peut-être dans ces mouvements de l'iris qu'il faut chercher l'explication du déplacement qu'il faut toujours faire subir à deux sources, vérifiées égales par les meilleurs procédés de la photométrie, pour obtenir la parfaite verticalité d'une tige de *vicia sativa* placée au milieu de la distance qui les sépare.

Colloïdes de synthèse et coagulation.

M. J.-W. Pickering (Londres). — On sait qu'il y a une dizaine d'années, M. Grimaux a obtenu par synthèse des substances colloïdes comparables par leurs réactions aux matières albuminoïdes et qui constituent pour ainsi dire de véritables albuminoïdes élémentaires : ce sont des corps de même fonction que les albuminoïdes. J'ai repris les expériences de M. Grimaux sur les colloïdes synthétiques et j'ai obtenu des résultats qui non seulement ont confirmé ses observations, mais encore me permettent d'ajouter que chacun de ces corps, outre qu'il se comporte chimiquement d'une manière remarquablement semblable aux albuminoïdes, produit aussi, lorsqu'on l'injecte en solution de 1 à 2 0/0 dans les veines à des lapins, une coagulation intravasculaire. Diverses expériences montrent que ces corps ressemblent par leurs réactions aux globulines et que, dans leur action physiologique, ils agissent absolument comme les nucléo-albumines. Les colloïdes de synthèse se comportent donc comme les nucléo-albumines et le venin des serpents, les deux seules classes de substances qui, dans l'état actuel de nos connaissances, sont considérées comme capables de produire la coagulation intravasculaire.

Modifications de la chaleur rayonnée par la peau, sous l'influence des courants continus.

M. Lecercle. — On admet que le courant continu qui ne provoque pas de contraction musculaire ne modifie pas la température d'un thermomètre placé sur la peau traversée par le courant. Nous avons cherché à savoir si un thermomètre placé à une certaine distance de la peau recevant la chaleur rayonnée demeurait également stationnaire. Des expériences faites sur des lapins ont montré que cette chaleur rayonnée, qui, d'une façon générale, subit une légère diminution pour une intensité de 10 milliampères, augmente pour des intensités dépassant 20 milliampères. D'autre part, nous avons constaté que, sous l'influence des courants, la température cutanée ne subit pas de modifications; quant à la température rectale, elle baisse, du moins pour des intensités comprises entre 10 et 30 milliampères, tandis qu'elle s'élève pour des intensités plus fortes susceptibles de produire des contractions généralisées.

— M. le docteur Laveran (médecin militaire) a été élu correspondant dans la section de médecine et de chirurgie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 29 *juin* 1895.

Présidence de M. Chauveau.

Présence du bacille de Koch dans le sang de la veine ombilicale de fœtus humains issus de mères tuberculeuses.

MM. Bar et Rénon. — Pour essayer d'élucider la question si intéressante de la transmissibilité directe par le placenta de la tuberculose bacillaire de Koch de la mère au fœtus dans l'espèce humaine, nous avons dans cinq cas recueilli au moment de la naissance une certaine quantité de sang s'écoulant par le bout placentaire de la veine ombilicale, et nous l'avons immédiatement injecté à des cobayes sous la peau de l'abdomen.

Dans trois cas les résultats ont été négatifs et les cobayes ne sont pas devenus tuberculeux; dans deux cas les résultats furent positifs.

Dans le premier cas il s'agissait d'une femme tuberculeuse pulmonaire à la troisième période, et dont les crachats contenaient des bacilles de Koch, qui mit au monde un fœtus, mort depuis la veille. Le placenta ne présentait pas de lésions apparentes. Le sang s'écoulant de la veine ombilicale fut injecté à un cobaye qui présenta un chancre d'inoculation caséeux et ulcéreux et succomba deux mois plus tard avec de la tuberculose du foie et de la rate : la pulpe splénique et la masse caséeuse du chancre contenaient des bacilles de Koch. L'autopsie de l'enfant pratiquée immédiatement après la mort ne permit pas de trouver des tubercules dans les

organes; d'ailleurs des frottis sur lamelles avec la pulpe splénique, hepatique, rénale, pulmonaire de l'enfant ne contenaient pas de bacille de Koch. On injecta à trois cobayes de cette pulpe de foie, de poumon et de la sérosité péritonéale : de ces trois animaux, deux succombèrent; d'abord, le cobaye inoculé avec la sérosité péritonéale de l'enfant, présentant une tuberculose de la rate, mais sans chancre, et nous n'en avons pas tenu compte pour cette raison, puis le cobaye inoculé avec la pulpe du foie présentant un chancre d'inoculation, et une tuberculose du poumon, du foie, et de la rate : la pulpe splénique et les parois du chancre contenaient des bacilles de Koch.

Dans le second cas la mère avait des cavernes pulmonaires étendues, mais l'examen des crachats n'a pas été pratiqué. L'enfant né vivant succomba le quarantième jour avec de la bronchopneumonie. Le placenta paraissait normal. Au moment de la naissance on recueillit du sang de la veine ombilicale et on l'injecta à deux cobayes. Un de ces animaux survécut, l'autre succomba avec un chancre d'inoculation et une tuberculose viscérale généralisée; la rate farcie de tubercules adhérait à la paroi abdominale au niveau du chancre : sa pulpe contenait des bacilles de Koch. Injectée à deux autres cobayes cette pulpe leur donna une tuberculose généralisée reconnue bacillaire de Koch par l'examen bactériologique.

Il nous a semblé qu'il existait un certain rapport entre la gravité de l'affection et les résultats positifs de l'inoculation au cobaye, les mères étant dans ces deux faits mortes peu après l'accouchement.

Nous pensons qu'en adoptant la technique que nous avons suivie on pourrait réunir rapidement un assez grand nombre de faits qui permettraient peut-être d'élucider définitivement la question de la transmissibilité de la tuberculose de la mère au fœtus.

Influence du sérum sur les infections.

M. Meyer a fait sous la direction de M. Charrin une série de recherches sur l'influence du sérum sur les infections. Il résulte de ses expériences que les sérums d'animaux vaccinés, sérums antitoxiques, ralentissent la marche de l'infection tandis que les sérums divers augmentent au contraire l'infection.

Ces faits peuvent s'expliquer dans l'action générale des sérums antitoxiques qui augmentent la résistance des divers appareils et aussi par des phénomènes phagocytaires, tandis que l'aggravation par les différents sérums s'explique par la superfétation d'une nouvelle intoxication.

Exostose ostéogénique de croissance.

M. Soulié présente la photographie d'un malade atteint d'exostose ostéogénique qui a pu être considéré comme présentant une myosite ossifiante.

Action de l'ozone sur les microbes.

M. d'Arsouval décrit un procédé spécial pour obtenir l'ozone, il expose ses recherches sur l'action bactéricide de ce corps. L'ozone n'aurait aucune action, contrairement à ce qui a été dit.

Réapparition des réflexes tendineux dans le cours du tabes.

M. Raïchline a observé avec M. Landrieux un cas de tabes ancien, compliqué d'une hémiplégie organique laquelle a été suivie non seulement d'une contracture secondaire mais encore du retour des réflexes tendineux. Les cas de ce genre sont excessivement rares; ordinairement une hémiplégie survenant au cours du tabes reste flasque ou tout au plus s'accompagne de contracture, mais les réflexes tendineux ne reviennent pas. L'abolition des réflexes tendineux dans le tabes ne tiendrait donc pas à une destruction complète de l'axe réflexe, mais s'expliquerait plutôt par l'influence inhibitrice qu'exerce la lésion tabétique sur l'activité réflexe de la moelle; mais si la réflectivité médullaire se trouve exagérée, par exemple sous l'influence de dégénération secondaire du faisceau pyramidal, les réflexes abolis pourront apparaître de nouveau.

La minéralisation du lait.

M. Gaube conclut de ses recherches sur la minéralisation du lait que :

1° Une alimentation riche en phosphates, continuée pendant trois semaines, n'augmente pas la quantité des phosphates du lait chez une vache saine, robuste ; elle ne l'augmente même pas de manière à corriger les inconvénients du repos et de la stabulation;

2° La saturation minérale du lait normal est représentée par 6 gr. 75 p. 1000 de sels, en moyenne;

3° La moyenne de l'acide phosphorique contenu dans le lait normal est de 2 gr. 45 p. 1000;

4° Tout lait de vache contenant moins de 6 gr. de sels p 1000 doit être considéré comme *insuffisant*;

5° Les rapports entre la quantité d'acide phosphorique et de caséine contenus dans le lait étant constants, tout lait de vache contenant moins de 2 gr. 30 p. 1000 d'acide phosphorique doit être considéré comme *insuffisant*.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 juin 1895.

Hystérectomie abdominale.

M. Richelot, prenant la parole le dernier, dans cette discussion qu'il a ouverte, répond aux diverses critiques qui lui ont été adressées. D'abord, son procédé n'est pas exclusif, car il sait parfaitement que tous les myomes ne sont pas justiciables de l'hystérectomie abdominale; mais il le croit définitif pour les cas qui en sont justiciables. Il insiste surtout sur ce fait que son procédé n'est pas semblable à celui de Lanphear; sur ce fait aussi qu'il est purement abdominal, et non abdomino-vaginal comme on a semblé le croire.

Traitement de l'appendicite.

M. Jalaguier lit un rapport au sujet d'une observation présentée par M. Rigal, médecin militaire à l'hôpital Saint-Martin.

Il s'agit d'un malade ayant déjà éprouvé, en juin 1893, de vives douleurs abdominales à la suite d'une ingestion d'eau froide. Il commença son service militaire au mois de novembre suivant, lorsque le 18 février 1894, il fut soudain pris de coliques vives et de douleurs spontanées dans la fosse iliaque droite. Deux jours plus tard, on l'amena à l'hôpital Saint-Martin. M. Rigal constata un empâtement dans la fosse iliaque droite, le pouls était à 120, la température à 38°. Il y avait des vomissements bilieux; ni selles ni gaz n'avaient été rendus depuis trois jours. M. Rigal porta tout d'abord le diagnostic d'occlusion intestinale et administra, contrairement à l'opinion généralement admise en pareil cas, des lavements et des purgatifs qui furent sans effet. Mais devant l'aggravation des symptômes, il décida, le surlendemain, une intervention sanglante. Une incision fut faite au-dessus de l'arcade crurale en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure droite. On trouva la cavité abdominale congestionnée, des anses d'intestin grêle agglutinées. On souleva le cæcum, on recueillit une cuillerée à bouche d'un liquide sanguinolent et l'on vit à la face postérieure du cæcum une ulcération non encore perforée. L'appendice fut réséqué, un drain mis dans la plaie et celle-ci refermée. Guérison qui s'est maintenue parfaite.

On doit, tout d'abord, féliciter M. Rigal d'avoir opéré de bonne heure et de ne pas s'être arrêté plus longtemps qu'il ne l'a fait au diagnostic d'occlusion intestinale avec lequel on confond d'habitude l'appendicite. M. Rigal a noté la discordance entre le pouls et la température chez son malade, signe sur lequel M. Jalaguier insiste depuis plusieurs années pour établir le pronostic de la péritonite. M. Jalaguier s'élève de toutes ses forces contre l'emploi de purgatifs dans le cas dont il s'agit. Il est aujourd'hui acquis que l'intestin doit être endormi par les opiacés et non excité par des lavements ou des purgatifs, que l'on pense à l'occlusion ou à l'appendicite. Les purgatifs de M. Rigal n'ont, il est vrai, produit aucune action, mais ils pouvaient en produire et il aurait pu en résulter des accidents fâcheux, surtout étant donnée l'ulcération cœcale.

Quant à la résection de l'appendice, il ne faut la faire que si l'appendice se montre. Il est regrettable que M. Rigal n'ait donné aucun détail sur la nature de cet appendice et sur la nature du liquide qu'il a retiré. Par là, son observation est un peu incomplète.

M. Routier relate quatre cas d'appendicite : une résection à froid pour appendicite à rechute ; trois abcès péricæcaux incisés.

M. Monod demande que cette question soit mise à l'ordre du jour.

Tuberculose de la moelle des os et désarticulation de la hanche.

M. Le Dentu a communiqué au Congrès français de chirurgie (V. *Gazette*, 1889, p. 732) deux faits prouvant que l'on peut, au cours des résections pour tuberculose osseuse, rencontrer des moelles malades et atteintes gravement par la tuberculose ; ces moelles présentent des suppurations interminables, à la suite de l'intervention, lesquelles sont dues, sinon à l'infection tuberculeuse, du moins à une ostéomyélite aiguë d'autre nature. Il y a là une indication à désarticuler le membre et en particulier deux fois cette constatation en opérant des malades pour résection du genou a conduit à la désarticulation de la hanche et les deux malades ont parfaitement guéri.

M. Le Dentu a pratiqué en outre trois désarticulations de la hanche pour ostéo-sarcome du fémur. Dans la technique opératoire, il insiste sur la nécessité de la ligature préalable de la fémorale; quant au genre de lambeaux adoptés, il a fait trois fois l'amputation en raquette et deux fois l'amputation à deux lambeaux.

Deux des opérés pour ostéo-sarcome sont morts de shock opératoire : un est mort six mois après l'opération avec généralisation. Les conditions locales avaient été des plus défavorables.

M. Quénu. — Je ne retiens de la communication de M. Le Dentu que le fait de la tuberculose de la moelle osseuse deux fois constatée par lui, et qui l'a conduit deux fois à désarticuler la hanche.

Faut-il, de là, conclure, comme il le fait tacitement, que nous devons désormais abandonner les résections pour les désarticulations, quand nous avons à traiter des tuberculoses osseuses? Je ne le crois pas. J'ai cité des cas où j'ai curetté le canal médullaire des os comme on curette l'utérus, ne laissant même parfois qu'une simple lamelle de tissu compact et mes malades ont parfaitement guéri sans aucune trace de fistule ni de nécrose osseuse. L'ablation de la moelle par curettage n'entraîne donc pas la nécrose osseuse et je crois qu'il convient de s'en tenir à la résection et au curettage, puisqu'ils donnent de bons résultats, sans aller à la recherche d'une thérapeutique autrement grave pour les fonctions du malade.

M. Lucas-Championnière. — Je souscris aux objections de M. Quénu et je trouve mauvaises les conclusions thérapeutiques de M. Le Dentu. Comme M. Quénu, j'ai souvent vidé la moelle de l'os sans voir de nécrose osseuse et mes malades ont très bien guéri. Avec la méthode antiseptique, cette conduite a donc un double avantage et je condamne la désarticulation au profit de la résection,

M. Le Dentu. — Mon opinion se modifiera peut-être devant les objections de mes collègues. Mais je maintiens que j'ai cru devoir désarticuler la hanche chez mes deux malades, parce qu'ils présentaient des phénomènes d'ostéomyélite infectieuse non tuberculeuse et dont le traitement par curettage me paraissait insuffisant.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 juin 1895.

Présidence de M. Hayem.

Sclérodermie avec hémiatrophie linguale ayant débuté par le syndrome de la maladie de Raynaud.

M. A. Chauffard. — La malade dont je présente l'histoire montre les relations qui unissent la maladie de Raynaud à la sclérodermie. Agée de 59 ans, migraineuse, dyspeptique, et un peu hystérique, elle a dans ses antécédents une série d'érysipèles à répétitions survenant toujours au moment de ses règles.

La première crise de syncope locale remonte à 1893, elle occupa les trois derniers doigts de chaque main et des pieds. Depuis, les accidents se reproduisirent à chaque exposition au froid. En même temps se montraient des troubles trophiques des ongles, une atrophie du masque facial et d'une moitié de la langue. Aujourd'hui la malade présente tous les caractères de la sclérodermie. Les ongles sont incurvés, la peau des doigts est lisse et rigide; la face est comme figée. Enfin, sur différentes parties du corps se sont montrées, à côté d'un eczéma ancien, des taches de vitiligo.

Le syndrome de Raynaud a donc marqué au début la vraie nature de la maladie qui a évolué vers la sclérose au lieu d'évoluer vers la gangrène. Il y a là vraisemblablement une question de siège et de degré dans les lésions : l'endartérite oblitérante amenant la gangrène symétrique, l'endopériartérite vulgaire, la sclérose dermique et hypodermique.

Le début vasomoteur de la sclérodermie n'est pas exceptionnel. On en trouve des exemples dans la thèse de Bauttier, dus à Senator, à Babinsky; mais ce qui est intéressant ici c'est la localisation linguale et la prédominance unilatérale. S'agit-il d'une destruction du noyau bulbaire de l'hypoglosse ou du nerf lui-même? Rien ne peut faire supposer la première hypothèse car il n'existe ni paralysie du voile du palais ni paralysie de la corde vocale inférieure.

On ne peut non plus invoquer une névrite de l'hypoglose. Dans ce cas comme dans le précédent la langue continue à pouvoir être projetée au dehors et se dévie, dans cette position, *en croissant* vers le côté atrophie ; or, chez notre malade, la pointe de la langue dépasse à peine l'arcade dentaire. Il s'agit donc d'une localisation de ces scléroses musculaires décrites par Méry, et qui permet de décrire une *hémiatrophie linguale myopathique.*

On peut se demander si les 26 attaques d'érysipèle facial n'ont pas contribué à cette localisation de la sclérose, étant admis les faits de Bauttier. de Lewins et de Heller qui font jouer un rôle aux lésions traumatiques ou infectieuses des téguments.

La malade présentant enfin un petit corps thyroïde, nous l'avons soumise au traitement thyroïdien. Les crises de syncope locale sont survenues aussi souvent et avec la même intensité, mais la réaction vasomotrice terminale a été moins douloureuse. Le même fait a été relevé chez une autre malade atteinte de maladie de Raynaud.

Vomissements hystériques d'origine cérébrale.

M. A. Mathieu communique l'observation d'une jeune femme de 29 ans, qui entre à l'hôpital le 15 mars 1895 se plaignant d'une céphalée intolérable et de vomissements journaliers ; et cela depuis près de 15 mois, sans cause connue.

La céphalée, frontale, survenait vers 2 heures du matin et une heure après il survenait des vomissements verdâtres, amenant une intolérance gastrique absolue. La crise durait 7 à 8 heures, et se répétait tous les jours depuis un an.

En l'absence de toute autre notion étiologique je pensai qu'il s'agissait d'une céphalée névropathique, indépendante de la migraine. Je ne relevai cependant pas tout d'abord de stigmates hystériques bien nets, mais l'exploration de la peau du front, à l'endroit d'où partaient les crises douloureuses me permit de déterminer une zone d'anesthésie médiane large comme une pièce de 5 francs, au-dessus de la racine du nez.

Je prescrivis 2 gr. de bromure de potassium et fis de la suggestion ; les vomissements cessèrent immédiatement, la céphalée plus rebelle disparut au bout de dix jours ; seule l'anesthésie frontale subsistait, 15 jours encore après que la malade était sortie de l'hôpital.

Lésions médullaires de l'ostéite déformante de Paget.

MM. Gilles de la Tourette et Marinesco. — Les lésions ont leur maximum dans la région dorsale de la moelle surtout dans les régions moyenne et inférieure. La zone radiculaire moyenne et toute la bande de substance blanche

qui avoisine la corne postérieure et qui se dirige vers la commissure postérieure sont normales. La lésion porte sur la partie médiane des cordons postérieurs et la zone radiculaire postérieure, où on note une raréfaction des fibres nerveuses, et une hyperplasie de la gaîne lamelleuse des faisceaux nerveux et une augmentation du tissu conjonctif intrafasciculaire. Il s'agit donc d'une périenaonévrite. Les racines postérieures et la colonne de Clarke sont intactes, de même la zone de Lissauer, les cornes et les racines antérieures.

Il s'agit probablement d'une lésion médullaire endogène, attendu que les fibres des racines postérieures sont intactes. Quant aux nerfs, ils sont le siège d'une névrite interstitielle très probablement d'origine vasculaire.

Il est difficile de dire encore maintenant, si les altérations osseuses de la maladie de Paget, sont ou non des troubles trophiques dépendant des lésions médullaires.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 13 *juin* 1895.

Présidence de M. Richelot

Périartérite probablement syphilitique chez le fœtus. Lésions cardiaques consécutives Dissociation des vaisseaux funiculaires par fonte de la gélatine de Warton. Placenta marginal.

MM. Bar et **Tissier**. — L'enfant, qui pesait 3.400 gr., naquit en état de mort apparente. Ranimé, il ne respira que quelques instants et succomba. Le cordon ne mesure que 60 centimètres. Près de son insertion placentaire, sur un parcours de 7 à 8 centim. son revêtement amniotique est complet, mais un peu plus loin l'amnios semble avoir éclaté, le tissu de la gélatine de Warton fait hernie. Pendant quelques centimètres le cordon reprend son aspect, puis il se désagrège complètement et les vaisseaux funiculaires forment trois cordons isolés les uns des autres. En sectionnant le cordon, dans sa partie non altérée et au niveau des artères dissociées, on a été frappé de la résistance de son tissu qui criait sous le couteau. Le cordon, qui contenait la veine, notamment, était formé d'un tissu crétacé. Autour des trois vaisseaux on voyait une gangue très épaisse. Au microscope les vaisseaux du placenta sont le siège d'une énorme ectasie.

L'autopsie de l'enfant a montré un thrombus situé autour de la veine ombilicale et allant jusqu'au foie, dans lequel il semble pénétrer; au-dessus du foie, le sang monte jusqu'au diaphragme et dissèque dans leur partie antérieure le ligament falciforme. Ce thrombus était dû à une rupture de la veine ombilicale quelques millimètres en dedans de l'anneau. Les vaisseaux du foie ont un calibre énorme, ils sont béants et entourés d'une gaine scléreuse. Le cœur était énorme et remplissait presque la cavité thoracique : le muscle cardiaque était hypertrophié, les cavités droites et l'oreillette gauche fortement distendues. Il y avait insuffisance de la valvule tricuspide, ouverture large du trou de Botal, dilatation de la veine cave inférieure, de l'artère pulmonaire, de l'aorte, du canal artériel.

Au microscope, les veines centrales des lobules hépatiques sont énormes, les cellules hépatiques sont aplaties et séparées les unes des autres par des canalicules sanguins très ectasiés. Dans les espaces intra-lobulaires, gros vaisseaux veineux plongés dans une gaine de tissu fibreux fort épaisse; les parois des veines et des artères sont hypertrophiées. Dans le rein, les vaisseaux sanguins sont aussi entourés d'une gaine de tissu fibreux. Mêmes lésions dans la rate. Ces lésions sont semblables à celles qu'on trouve chez les fœtus syphilitiques, et dans le rein on pouvait voir de véritables gommes. La mère ne présentait pas de lésions spécifiques lors de son accouchement, mais elle aurait eu des accidents au début de sa grossesse.

En terminant, M. Bar insiste sur le placenta qui était marginé; il pense qu'ici la genèse des infarctus blancs qu'on trouve en ceinture autour du placenta peut s'expliquer par ce fait que dans les premiers temps de la vie intra-utérine, le champ d'insertion du chorion placentaire s'est trouvé rétréci par une affection choriale, telle que de la périartérite.

Sur un cas de dissociation des vaisseaux du cordon par fonte de la gélatine de Warton.

MM. Macé et **Durante**. — L'enfant est né vivant et est encore bien portant.

Le chorion funiculaire était déchiré et les artères se montraient par place à nu; elles étaient dures comme des lombrics. Au microscope on trouve de l'endo et de la périphlébite intense et ferme tout le long du cordon, peut-être plus forte du côté du fœtus.

Les artères sont à peu près saines.

La substance gélatineuse présente des amas de cellules rondes surtout à la périphérie.

Par places, soit dans la substance gélatineuse, soit dans la tunique externe de la veine, petits amas de cellules rondes qui sont des gommes.

En résumé, endopériphlébite jeune probablement de nature syphilitique.

Pathologie utérine et maladie de Basedow.

M. Doléris. — A propos de la communication de M. Jouin, à la dernière séance, M. Doléris est surpris du nombre de cas que cet auteur a rencontrés. Il croit que la thérapeutique utérine ne peut guérir que les femmes ayant de la tachycardie, simulant la maladie de Basedow, mais que chez celles ayant véritablement un goître exophthalmique, il serait imprudent de promettre de les guérir de leur goître par une intervention dirigée contre leur affection utérine.

M. Jouin. — Dans ces cas douteux, j'ai fait contrôler mon diagnostic par M. le professeur Potain, qui l'a toujours confirmé. Je suis convaincu que maintenant l'attention est attirée sur ce point, on trouvera souvent chez les utérines des cas de goître exophthalmique.

Thérapeutique intra-utérine.

M. Bonnet. — Dans le traitement de la cervicite, chez les nullipares, et chez les multipares dont le col a conservé un volume à peu près normal, l'auteur pratique l'évidement du col au moyen d'une curette à boucle très tranchante. Au moyen de cet instrument, on abrase de haut en bas, non seulement la muqueuse, mais des copeaux du tissu musculaire sous-jacent. On est sûr ainsi d'enlever ou d'ouvrir toutes les glandes et de rendre leurs culs-de-sac accessibles aux pansements consécutifs. Chez les multipares, lorsque le col est déchiré bi-latéralement il a recours à l'opération de Schrœder. Quant aux inflammations annexielles, leur traitement indirect ne lui paraît pas répondre à tous les besoins; cependant, en raison de son innocuité et des avantages qu'on peut en retirer, même en cas de nécessité ultérieure d'un traitement radical, on doit le proposer aux malades, si on a sur elles autant d'autorité pour le leur faire accepter avec les inconvénients de sa durée et l'éventualité d'un succès incomplet ou même d'un insuccès possible.

M. Ch. Fournel. — La dilatation de l'utérus, appliquée aux lésions pelvi-annexielles suppurées, n'est pas une méthode conservatrice comme elle le prétend; c'est un procédé destructeur, responsable des mutilations et d'une grosse mortalité. En effet : 1° Elle sphacèle et mortifie les ovaires par macération prolongée dans le pus non évacué, d'où stérilité; 2° Elle rend indispensable la castration totale, parce que le pus gagnant en profondeur est devenu inaccessible à l'incision; 3° Elle porte au maximum le danger de cette castration en faisant pratiquer une opération plus difficile (multiplication des adhérences) sur une malade moins résistante (auto-intoxication prolongée); 4° La dilatation tue encore par mort brusque en rompant une collection de pus dans le péritoine.

M. Labusquière désire rectifier l'interprétation faite par M. Pichevin, des cas de mort cités par Olshausen. Il ne s'agit pas d'un cas de perforation utérine, mais bien d'accident de nature septique. M. Labusquière n'a pas cité ces faits comme objection à la thérapeutique intra-utérine envisagée d'une façon générale, mais il croit qu'on peut les opposer aux succès très rares, très incertains avec cette méthode dans les affections suppurées des annexes. Personnellement, il a eu recours à la dilatation extemporanée (dilatateurs métalliques) ou progressive (laminaires aseptiques, gaze iodoformée), et au

curettage suivi de lavages antiseptiques dans plusieurs cas d'accidents post-partum ou post-abortifs et, surtout dans les derniers, avec de très bons résultats. Il a également fait le curettage, toujours suivi de l'application de substances caustiques, dans des cas d'endométrite, de métrite, — et, le plus souvent, les suites de l'intervention ont été heureuses.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÆDIATRIE DE BORDEAUX

Séance du 11 juin 1895.

Hémorrhagie par déchirure du sinus circulaire.

M. Lugeol. — Depuis 1893, M. Budin a appelé l'intention, dans une leçon faite à la Charité et dans une communication à la Société d'Obstétrique, sur certaines hémorrhagies simulant par leur forme symptomatique celles que provoque l'insertion vicieuse du placenta, sans que cependant à l'examen du délivre on trouvât rien d'anormal en sa disposition. Aucune des causes générales ou locales qui sont capables d'entraîner une hémorrhagie des derniers mois de la grossesse ne pourrait être invoquée. M. Budin démontre, pièces en main, que l'hémorrhagie était due à une rupture du sinus qui entoure le placenta ou sinus coronaire. Cet organe avait une insertion normale, la rupture de la poche des eaux s'était faite en un point assez éloigné de son bord. Un caillot hémorrhagique communiquait avec l'orifice de rupture du sinus circulaire. Quelques nouveaux faits furent publiés par MM. Porak, Bonnaire, Maygrier. Cette cause d'hémorrhagie est certainement rare, mais beaucoup de faits de ce genre ont dû passer inaperçus. Aussi, croyons-nous intéressant de communiquer les deux cas suivants observés par nous à la Maternité de Pellegrin, en 1893.

Une femme entra au service perdant du sang d'une façon constante depuis le matin; elle était à peu près à terme. L'hémorrhagie était déclarée brusquement, sans cause appréciable. Le vagin était plein de caillots, il fut lavé par une grande injection et l'on peut constater une présentation du sommet en O. I. G. A.; le col était dilaté presque comme la paume de la main; la poche des eaux bombait fortement; elle fut rompue artificiellement. L'hémorrhagie cessa et l'accouchement eut lieu assez rapidement. La délivrance se fit sans encombre. L'examen du placenta ne montra aucun signe d'insertion vicieuse. Je trouvai un caillot volumineux, allongé, qui se prolongeait en s'effilant jusque dans le sinus coronaire rompu en un point.

Chez cette femme, comme chez celle qui fait l'objet de ma seconde observation, aucune autre cause générale ou locale d'hémorrhagie ne pouvait être invoquée. Il s'agissait cette fois d'une femme qui, au huitième mois de sa grossesse, fut prise brusquement d'une hémorrhagie assez abondante qui céda au repos, aux injections chaudes, etc. Elle accoucha peu après; l'insertion du placenta était normale; mais le sinus coronaire était largement rompu en un point où l'on trouvait les traces de l'hémorrhagie. M. Fieux, qui était alors mon interne, a reproduit la disposition de ces deux placentas.

M. Hirigoyen. — Voir page 313.

M. Lefour. — Ces observations sont fort intéressantes, mais il ne faudrait pas, toutes les fois qu'une hémorrhagie des derniers mois de la grossesse n'est pas attribuable à l'insertion vicieuse du placenta, la mettre sur le compte de la rupture du sinus circulaire. Il existe, en effet, bien d'autres causes, dyscrasiques ou autres, de ces hémorrhagies.

M. Lugeol. — Nous savons tous cela, les causes des hémorrhagies dans les derniers mois de la grossesse sont, en effet, très multiples; aussi, ai-je eu soin de bien indiquer que j'avais passé en revue ces diverses causes générales ou locales et que j'avais acquis la certitude qu'elles ne jouaient aucun rôle chez ma malade.

M. Hirigoyen. — J'ai également dit, d'une façon très formelle, que j'éliminais toute autre cause de la rupture du sinus coronaire.

M. Chaleix. — Dans les cas de Budin, c'est l'hémorrhagie interne qui a constitué le plus grave danger. Il semble que, dans les observatiens de MM. Lugeol et Hirigoyen, il n'y ait pas eu d'hémorrhagie interne. C'est elle qui est la conséquence la plus redoutable de la rupture du sinus circulaire et qui, au dire de M. Budin lui même, rend difficile le choix du traitement.

Grossesse gémellaire.

M. Lefour a eu à accoucher une femme secondipare, chez laquelle un volume considérable de l'utérus faisait songer à une grossesse gémellaire. L'auscultation révélait un double foyer de battements fœtaux. Mais ces battements étaient isochrones; cependant, au niveau de l'un des deux foyers se trouvait un souffle fœtal qui n'existait pas à l'autre foyer. Cette circonstance aidait au diagnostic. Les deux œufs étaient hydramniotiques. La grossesse a été jusqu'à son terme.

ÉTRANGER

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ OPHTHALMOLOGIQUE

Séance du 12 juin 1895.

Ophthalmie noduleuse.

M. Lawford. — L'ophthalmie noduleuse est une affection causée par la pénétration de poils de chenilles dans les yeux. En septembre 1894, un garçon de 16 ans reçut une chenille dans l'œil; la peau de la main avec laquelle il toucha cette chenille s'enflamma et se couvrit de nombreuses petites taches blanches. L'œil s'enflamma; il y eut de l'œdème des paupières, de la photophobie, du larmoiement; la pupille était contractée; à l'abri de la lumière, il n'y avait aucune douleur. On fit des instillations de cocaïne et d'atropine et deux jours après la photophobie avait diminué et la pupille était redevenue normale; on put retourner la paupière supérieure mais on n'y découvrit rien d'anormal. La conjonctive palpébrale inférieure était congestionnée et présentait à sa surface quelques papules pâles; la cornée était pâle; il n'y avait pas de synéchies. Quelques jours après, à l'aide d'une loupe, on put distinguer deux ou trois taches noires correspondant au centre des papules. On vit bientôt que ces taches noires étaient l'extrémité de soies de chenille implantées dans la conjonctive et on put les retirer. L'œil s'améliora progressivement, mais il y eut une série de rechutes. Cette maladie est, en effet, caractérisée par des exacerbations et des rémissions. Le pronostic de cette affection doit toujours être réservé; la pupille peut être complètement obturée, comme dans tout ce qui touche à l'iritis. Tous les malades atteints de cette affection viennent de la campagne, et la maladie débute pendant la période d'activité des chenilles.

Chancres de la conjonctive.

M. Snell. — J'ai observé neuf chancres de la conjonctive. Dans un cas, il s'agissait d'une femme de 21 ans ayant un chancre de l'angle interne de l'œil, envahissant les deux paupières et la caroncule; l'ulcération avait les dimensions d'une pièce de un franc et l'induration était des plus manifestes. Les ganglions préauriculaires et sous-maxillaires étaient envahis. Cette malade était nourrice et avait dû contracter cette affection auprès d'un enfant syphilitique. Depuis elle a fait cinq fausses couches; le dernier enfant, le sixième, est né avant terme: vers l'âge de 10 mois, il a présenté des signes de syphilis congénitale et a eu depuis des crises suivies de paralysie. Dans un autre cas, il s'agit d'un homme de 30 ans, marié et père de cinq enfants bien portants; il contracta un chancre de la paupière supérieure après s'être blessé dans un abattoir. Les autres cas sont analogues à ces deux premiers.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES

DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 15 au 20 juillet 1895.

Mercredi 17. — M. Vannier. Amyotrophie Charcot-Marie chez l'adulte. — M. Buquin. La médication thyroïdienne dans l'obésité. — M. Bourguignon. Des crises gastriques dans le tabes. — M. Lévy. Contribution à l'étude de l'érythème noueux. — M. Patin. Etude sur les symptômes de début de la tuberculose pulmonaire (Du liseré gingival). — M. Le Houle. Des tumeurs de la paroi extérieure de l'aisselle. — M. Weill. Le courant continu en gynécologie. — M. Trouchaud. Contribution à l'étude des manifestations cutanées de l'intolérance iodique. — M. Monestié. De l'actinomycose cutanée. — M. Foubard. Etude sur le traitement des lupus des membres et en particulier des lupus verruqueux par le râclage et l'ablation au bistouri. — M. Saint-Pé. De l'œdème dit cachectique chez les phthisiques. — M. Desgranges. Etude des sarcomes kystiques de la mamelle. — M. Caillaud. Contribution à l'étude des pseudo-coliques néphrétiques. — Mlle Podobedoff. Resultats éloignés de l'opération de Schrœder. — M. Gellé. Des pressions centripètes (épreuve de Gellé). Etude de séméiologie auriculaire.

Jeudi 18. — M. Moundlic. Du délire hypocondriaque chez les épileptiques. — M. Lecert. Essai de la symptomotologie de la morphinomanie. — M. Guertin. Essai sur le rôle de l'infection dans les maladies du système nerveux central. — M. Bonnet. Contribution à l'étude de la leucocythémie chez l'enfant. — M. Bienfait. Contribution à l'étude du traitement des vomissements incoercibles. — M. Chaudebois. Des injections intra-parenchymateuses du poumon dans le cas de tuberculose pulmonaire. — M. Detchart. Traitement du rhumatisme blennorrhagique et en particulier par les injections et les frictions mercurielles. — M. Sanchez. Contribution à l'étude clinique des pseudo-plasmes de l'orbite. — M. Sourdille. La kératite filamenteuse. — Mlle Eleneff. Manifestations oculaires de la syphilis cérébrale. — M. Wassermann. Epithélioma primitif de l'urèthre. — M. Michon. Valeur thérapeutique de l'incision hypogastrique de la vessie. — M. Perrion. Contribution au traitement de l'hydrocèle vaginale par l'injection d'une solution de chlorure de zinc. — M. Poirrier. Exostoses ostéogéniques de la voûte du crâne. — M. Legras de Grandcourt. Etude et diagnostic des fausses cystites. — M. Bazor. De la mort subite dans les fibromes utérins. — M. Gauthier. Des larges excisions de tissu adipeux dans l'obésité.

Vendredi 19. — M. Boudeau. Le trional. Son action hypnotique. — M. de Goyon. Des indications thérapeutiques du régime lacté. — M. Aupinel. Considérations sur le processus curatif spontané de la tuberculose pulmonaire. — M. Bernard (Laurent). La suture de la cornée dans l'extraction de la cataracte.

BORDEAUX (année scolaire 1894-1885).

64. — M. Louradour. Contribution à l'étude du cancer primitif du clitoris. — M. Dupeyron. La vie intra-utérine au point de vue médico-légal. — M. Long. Du traitement chloruré sodique dans la scrofule infantile. — M. Viratel. De l'action de l'arsenic sur la nutrition. — M. François dit Jonchères. Contribution à l'étude de la sérothérapie dans la diphthérie (ses résultats à l'hôpital des enfants de Bordeaux).

69. — M. Fournier. De l'arthrodèse du genou. — M. Gusse. De la vision chez les élèves d'un lycée. — M. Duclos. Etude sur les dimensions du cristallin. — M. Maffré de Lastens. De la valeur du procédé optométrique de Cuignet dans le diagnostic des amétropies chez les enfants (observations recueillies à l'hôpital des Enfants-Assistés de Bordeaux). — M. Cabannes. Contribution à l'étude des hémorrhagies intra-oculaires après l'extraction de la cataracte.

74. — M. Vitrac. Drainage de l'utérus — procédés les plus usuels. Description d'un procédé nouveau. — M. Lautraite. Neurasthénie et hémorrhagies des muqueuses. — M. Vialloux. De l'action antithermique du gaïacol. — M. Audouin. Traitement de la pleurésie tuberculeuse par la sérothérapie. — M. Delmas-Marsalet. Etude générale des déviations utérines consécutives à la fièvre puerpérale.

79. — M. Brieu. Le cathétérisme et la miction spontanée post-partum dans les maternités de Bordeaux. — M. Donnadieu. De l'anurie calculeuse et en particulier de son traitement chirurgical.

VARIÉTÉS

Légion d'honneur. — Ont été nommés :

Au grade de chevalier : MM. les docteurs Rejan (marine) et Bertin (Nantes).

Bureau central de médecine. — Ont été nommés : MM. Louis Guinon, Morel Lavallée, Dalché.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Diagnostic et traitement des paralysies des muscles de l'œil, par le Dr A. Bourgeois (Reims). Paris, O. Doin, éditeur. Un vol. in-8° avec 25 planches en couleurs hors texte. Prix : 4 fr.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

De la conduite à tenir dans les accidents gravido-cardiaques, communication faite à la Société de gynécologie, d'obstétrique et de pædiatrie, par le docteur RIVIÈRE, professeur agrégé.

Dans la séance de notre Société du 11 décembre dernier, MM. Chambrelent et Oui vous communiquaient une observation intéressante d'accidents gravido-cardiaques au huitième mois d'une grossesse, accidents suffisamment sérieux pour rendre nécessaire la provocation immédiate de l'accouchement. Il s'agissait, permettez-moi de vous le rappeler, d'une primipare qui, devenue enceinte en décembre 1893, avait, au quatrième mois, en avril 1894, éprouvé pour la première fois de l'essoufflement et des palpitations de cœur, en même temps qu'elle constatait un léger œdème palpébral. Elle ne prit du reste nullement garde à ces troubles qu'elle attribuait au développement normal de sa grossesse, ne se préoccupa point davantage de ses fonctions urinaires, cela jusqu'en fin juillet, c'est-à-dire jusqu'au huitième mois. Mais le 31 juillet, elle est subitement réveillée dans la nuit par une crise de dyspnée des plus intenses, avec accès de toux incessants, expectorations sanguinolentes, phénomènes qui la font transporter à la Clinique, le 1er août, à neuf heures du matin.

A ce moment, la dyspnée reste extrême; il y a de l'œdème généralisé, le cœur est affolé, les poumons congestionnés, les urines peu abondantes et albumineuses, l'état si grave en somme qu'on croit devoir immédiatement provoquer artificiellement l'accouchement.

Toutefois, les accidents ne cèdent pas avec la délivrance; le 5 août encore, la dyspnée persiste avec grande intensité et une crise à ce moment est telle qu'une saignée devient nécessaire. Le calme renaît enfin et la malade ne conserve plus qu'un souffle à la pointe qui semble témoigner de l'existence d'une lésion valvulaire définitive de l'orifice mitral.

Quant à l'enfant, bien qu'expulsé spontanément et vivant, il n'a vécu que quelques heures, succombant, semble-t-il, aux phénomènes asphyxiques maternels de trop longue durée pour sa propre circulation.

Provocation de l'accouchement, telle a donc été la conduite tenue par MM. Chambrelent et Oui.

Mais cela veut-il dire que la provocation de l'accouchement soit la seule méthode à laquelle on puisse recourir en présence d'accidents gravido-cardiaques, même aussi graves que ceux présentés par la malade dont je viens de vous résumer l'histoire; est-ce à dire même que ce soit la meilleure, je ne le crois pas et n'en veux pour preuve que l'observation qui a servi de thème à une récente leçon du professeur Tarnier et qui est, à ce point de vue, pleine d'enseignement.

Il s'agissait également d'une jeune primipare qui, essoufflée dès l'enfance, enceinte de fin d'avril 1894, entre le 15 décembre, à la clinique d'Assas, dans une crise de dyspnée atroce; les lèvres sont blêmes, les yeux saillants hors de l'orbite, le front perlé de sueur; l'asphyxie est telle qu'on compte 76 respirations à la minute. Le cœur a 122 pulsations, bat tumultueusement, comme affolé, mais on ne peut entendre ni intermittences, ni faux pas, ni souffle; en outre, l'expectoration est hémoptoïque, les jambes œdématiées et les urines albumineuses.

M. le professeur Tarnier fait saigner la malade ; un écoulement de 260 gr. de sang seulement amène aussitôt un soulagement extraordinaire ; le nombre des respirations tombe à 45, le pouls à 100. Le lendemain, respiration à 40, pouls à 88. Depuis, l'amélioration persiste et la grossesse continue son cours : M. Tarnier se réservant de mettre la malade au régime lacté absolu, tranquille ou à peu près sur la fin de la grossesse, préoccupé seulement de l'accouchement, à cause des efforts qu'il nécessite. Efforts, chez une femme prédisposée, pouvant à eux seuls, provoquer l'asystolie, mais ne pouvant être plus considérables, on le reconnaîtra bien, dans l'accouchement à terme, que dans l'accouchement provoqué, si même ils ne sont moindres.

En résumé, voici deux observations d'asystolie gravidiques heureusement terminées chez deux femmes, par un accouchement provoqué pour la première, par une simple saignée pour la seconde, c'est là le point que je veux pour l'instant retenir.

C'est qu'en effet, cette question de la provocation de l'accouchement dans les accidents gravido-cardiaques est actuellement fort discutée. Je ne veux point, pour l'heure, prendre parti, mais il me semble toutefois, en comparant les deux observations qui précèdent, pouvoir en conclure que lorsqu'une femme enceinte, *non surveillée jusque là*, est atteinte, vers le huitième mois de sa grossesse d'accidents asystoliques, il y a lieu, avant de se décider à la provocation de l'accouchement, de chercher à combattre les accidents eux-mêmes.

Si la femme, en effet, est en dyspnée, si son cœur est forcé, affolé, c'est que ses reins fonctionnent mal, c'est que ses poumons œdématiés ne se laissent pas assez pénétrer par l'oxygène de l'air. Voyez les deux observations qui précèdent; elles sont concordantes : urines diminuées, albumineuses; poumons œdématiés et passivement congestionnés; comment le cœur pourrait-il, dans de telles conditions, résister ? La femme, asphyxiée par ses poumons, s'intoxique par ses reins et le cœur succombe à la tâche. De là, les merveilleux résultats de la saignée, résultats immédiats, dans le cas de M. Tarnier; de là, la lenteur de la résolution, dans l'observation de MM. Chambrelent et Oui, puisque la dyspnée subsistait encore cinq jours après l'accouchement et qu'il fallut pour y mettre un terme, se résoudre à la saignée.

Il semble donc, en telle occurrence, que la meilleure conduite à tenir soit d'abord la saignée, puis les inhalations d'oxygène, la révulsion dorsale par les ventouses et les larges cataplasmes sinapisés, au besoin les injections abondantes de sérum sous la peau, et, en dernière analyse, comme ultime ressource, si les moyens précédents ont définitivement échoué, l'accouchement provoqué, devenu alors absolument légitime.

Je vais même plus loin et j'estime que la provocation de l'accouchement, en pleine crise d'asystolie, a l'inconvénient d'agir sur un cœur surmené; les efforts et les douleurs du travail sont bien plus faits pour exagérer les accidents que pour y mettre un terme et on s'expose peut-être à voir la mort survenir avant la délivrance.

Au contraire en venant tout d'abord au secours du cœur, en libérant les reins, en diminuant la dyspnée, on peut, si l'on juge ensuite la provocation de l'accouchement indispensable, se trouver en présence d'un cœur en bien meilleur état de résistance fonctionnelle.

La provocation de l'accouchement, déjà exceptionnelle en présence d'accidents franchement asystoliques, doit être plus rarement indiquée encore dans les cas où on est appelé plus tôt à donner des soins aux malades.

Il faut bien observer, en effet, que dans les deux observations dont j'ai parlé tout à l'heure, des accidents plus ou moins légers s'étaient déjà produits vers le sixième ou septième mois de la grossesse, mais que les patientes n'avaient reçu aucun soin jusqu'au moment de leur entrée à l'hôpital en formidable crise d'asystolie. Celle-

ci se serait-elle produite au huitième mois si les malades eussent plus tôt reçu les soins nécessaires. Il est permis d'en douter? Mais, dans la clientèle, on peut être appelé bien plus tôt, dès les premiers accidents.

Faut-il alors, parce que la femme est cardiaque et par crainte d'accidents asystoliques, soit dans la suite de la grossesse, soit au moment de l'accouchement, provoquer celui-ci d'emblée.

C'est là une méthode préconisée par certains auteurs mais que je ne puis approuver. Je prétends en effet, que chez une cardiaque, même gravement atteinte dans son cœur, il ne faut pas voir seulement cet organe et les troubles qu'il présente. Assurément la grossesse est pour un pareil cœur une redoutable épreuve qu'il eût été préférable de lui éviter, mais en surveillant et soignant les reins, la peau, l'intestin et les poumons, on peut soulager le cœur, empêcher l'asphyxie et l'intoxication, gagner ainsi du temps et si l'on ne sauve la mère, du moins donner à l'enfant de meilleures chances de vie.

L'enfant est, en effet, un facteur de réelle importance et en présence d'une femme irrémédiablement atteinte, en raison des dangers qu'elle doit fatalement courir au moment de l'accouchement, spontané ou provoqué, je crois qu'il y a tout intérêt à pousser la grossesse aussi loin que possible, et à attendre même son terme normal.

C'est la conduite que j'ai tenue dans la circonstance suivante et j'ai tout lieu, je crois, de m'en féliciter.

Observation I. — Mme Marie F..., trente ans, est atteinte depuis plusieurs années, d'insuffisance et de rétrécissement mitral; le moindre effort lui est pénible, et s'accompagne d'oppression plus au moins marquée; la face et les extrémités sont facilement violacées, il y a parfois un très léger œdème des membres inférieurs; la bronchite la plus insignifiante s'accompagne d'expectoration sanguinolente. Elle vivait cependant sans trop d'encombre, lorsqu'en 1889, elle se décida à se marier. Je fis tous mes efforts pour empêcher une pareille union; inutile de dire que ce fut en vain. Peu après Mme F... devint enceinte.

Les quatre premiers mois furent supportables; mais à ce moment, la circulation devient difficile et il se produit un peu d'œdème pulmonaire. Au sixième mois, l'état s'aggrave, la dyspnée devient plus grande, les tissus prennent une teinte violacée permanente, le cœur est menacé d'asystolie. La situation devient grave, d'autant que les urines, sans être albumineuses, sont devenues très peu abondantes.

Je ne crois pas devoir cependant provoquer l'accouchement, et M. Lefour, appelé par moi auprès de la malade, partage mon opinion.

Je n'en institue pas moins une thérapeutique énergique, qui est continuée avec persévérance jusqu'au terme normal de la grossesse.

L'œdème pulmonaire constituant pour le cœur le danger le plus direct, je prescris des inhalations d'oxygène, à raison de trente litres toutes les deux heures. L'asphyxie par diminution de la surface respiratoire est ainsi conjurée, car une amélioration immédiate se produit; la dyspnée cesse, la teinte violacée des téguments disparaît, l'oxygénation normale du sang rétablit.

Les jours suivants, l'état se maintient; peu à peu même, l'œdème pulmonaire diminue et avec lui l'asphyxie; je diminue proportionnellement la quantité d'oxygène absorbée, sans cependant en suspendre complètement l'emploi, tant la patiente éprouve du bien-être à le respirer.

Aussi, pendant les trois derniers mois de la grossesse, l'emploi de l'oxygène fut-il continué avec persévérance, si bien que la malade en absorba pendant cette période environ trente mille litres.

Mais il ne pouvait suffire de s'occuper seulement des voies respiratoires; il importait aussi de ne pas négliger l'intestin et les reins.

Pour l'intestin, je prescrivis des petits verres d'Eau de Rubinat, répétés tous les huit à dix jours. Je fis une antisepsie intestinale minutieuse avec le napthol et le charbon. Quant aux reins, surveillés de très près, ils ne faillirent pas à leur tâche, grâce à un régime lacté, interrompu périodiquement par un régime mixte, destiné à rendre moins pénible le régime lacté absolu.

Certes, malgré ce traitement rigoureusement suivi, la grossesse eut grand'peine à aller jusqu'à terme; souvent je fus sur le point, en présence de l'accentuation des troubles cardiaques, d'en arrêter le cours, mais je fus toujours retenu par la pensée du peu d'avantages qu'en retirerait la pauvre femme, et du grave préjudice que je porterais à l'enfant.

Le travail se déclara le 19 avril 1890, la dilatation fut longue et pénible; une application de forceps, faite aussitôt la dilatation complète, permit d'extraire une grosse et superbe fille en très bon état, et qui, aujourd'hui âgée de cinq ans, est une magnifique enfant. Quant à la mère, elle succomba le 22, dans une crise d'asystolie qu'aucune médication ne put enrayer.

Ce résultat, désastreux pour la mère, si favorable par contre pour l'enfant, n'est pas pour changer mon opinion sur la conduite tenue à ce moment. Les mêmes circonstances se représenteraient, j'agirais, je crois, de même sorte. Somme toute, au moment où est survenu, chez Mme F.., l'accouchement spontané, son état général était incontestablement bien meilleur qu'aux sixième et septième mois; les voies respiratoires, le système digestif, les reins fonctionnaient beaucoup mieux et l'asystolie, qui a suivi l'accouchement spontané à terme, se fût certainement produite, tout aussi redoutable et en moins bonnes conditions même, avec un accouchement provoqué.

J'ai eu, par contre, une superbe enfant bien vivante et fort robuste.

Mais ce n'est pas là le seul point sur lequel je désire appeler l'attention de la Société. Il ne s'est agi jusqu'ici que d'accidents gravido-cardiaques, se produisant, sous l'influence de la grossesse, chez des femmes déjà atteintes de lésions du cœur caractérisées.

Or, sous le nom d'*accidents gravido-cardiaques*, on peut aussi légitimement ranger des troubles fonctionnels, d'apparence fort grave, qui peuvent survenir chez des femmes, jusque-là indemnes du côté du cœur, troubles fonctionnels dus alors au surmenage de l'organe et au défaut d'action des émonctoires. Il s'agit, en somme, de phénomènes d'auto-intoxication avec dominante cardiaque très nette, au point d'en imposer parfois pour une véritable affection du cœur.

C'est dans de telles conditions qu'il importe d'être prudent au point de vue de la conduite à tenir; il faut apporter la plus grande attention au diagnostic, ne pas se laisser hynoptiser par le cœur, mais, considérer ces accidents de plus haut, rattacher ces troubles du cœur au surmenage de l'organisme tout entier et approprier la conduite à tenir à la nature bien comprise des accidents.

L'observation suivante présente, à ce point de vue, un certain intérêt :

Obs. II. — Mme L..., âgée de vingt et un ans, a toujours été, jusqu'à son mariage, en parfait état de santé: ses antécédents héréditaires et personnels sont aussi bons que possible.

Mariée le 3 février 1894, elle part aussitôt en voyage de noces, devient enceinte dès les premiers jours (car l'accouchement a lieu le 1er novembre) et se fatigue beaucoup lors de son retour à Bordeaux, soit en veillant aux soins de son installation, soit en faisant de trop nombreuses visites, qui l'obligèrent à monter de trop nombreux escaliers.

Quoi qu'il en soit, vers le mois d'avril, Mme L..., qui a déjà sensiblement maigri, se plaint d'anhélation continuelle, surtout marquée au moindre effort, d'une petite toux sèche et persistante, enfin de violentes palpitations de cœur.

Son médecin ordinaire, M. Courtin, consulté à ce moment, constate l'existence d'une grossesse arrivée au début du troisième mois, mais est surtout frappé des phénomènes survenus du côté du cœur. Cet organe est, en effet, sensiblement hypertrophié, ses battements sont fréquents, un peu irréguliers et

le premier temps, dédoublé, est légèrement soufflant. De plus, au moindre effort, celui par exemple nécessaire pour s'allonger sur le lit, les phénomènes s'accentuent : les battements cardiaques deviennent tumultueux, la face et les extrémités pâlissent et deviennent même légèrement violacées ; l'anhélation est extrême.

Du reste, la patiente a perdu tout ressort ; tout l'ennuie, la fatigue, le sommeil est agité et entrecoupé, l'appétit est diminué, la constipation opiniâtre, les urines sont rares.

Cet état va s'aggravant durant tout le mois d'avril, au point de faire craindre une crise d'asystolie.

Très préoccupé, M. Courtin me prie de voir la malade, dont je devais diriger les couches ; je constatai l'état plus haut indiqué et partageai ses inquiétudes.

Persuadés toutefois qu'il s'agit là de troubles fonctionnels dus à l'excès de travail imposé au cœur qui, bien qu'hypertrophié du fait de la grossesse, est néanmoins débordé, tenant compte surtout de l'état des reins, qui sans être précisément altérés, semblent eux-mêmes soumis à un travail forcé, nous décidons, avant de discuter l'opportunité d'une suppression artificielle de la grossesse, de chercher à rétablir l'équilibre fonctionnel de cet organisme surmené.

Les prescriptions furent les suivantes : régime lacté absolu, désinfection intestinale, repos complet dans le décubitus dorsal.

Malgré les difficultés rencontrées dans l'usage du lait, le traitement fut rigoureusement suivi pendant près de trois mois et eut bientôt pour résultat une sensible amélioration. Mme L... put peu après partir pour la campagne, y séjourner jusque vers la fin de sa grossesse, les forces revenant de jour en jour, le régime lacté ayant alors été remplacé par le régime mixte, les troubles fonctionnels disparaissant peu à à peu, la vie commune enfin redevenant possible pendant les deux derniers mois. Avec beaucoup de ménagements toutefois, car à l'auscultation, on continue à percevoir, au niveau du cœur hypertrophié et à sa pointe, le même dédoublement du premier temps, avec un souffle léger se propageant vers l'aisselle, avec des intermittences qu'exagère tout effort demandé à la patiente.

Les urines examinées avec soin et à diverses reprises, ne sont à aucun moment albumineuses ; assez abondantes, elles sont pauvres en sels, riches en urée et semblent témoigner de l'impuissance fonctionnelle du rein à maintenir l'équilibre.

Quoi qu'il en soit, les premières contractions du travail apparaissent dans la nuit du 31 octobre au 1er novembre. La période de dilatation est longue et dure jusqu'à huit heures du soir ; les douleurs sont vives et mal supportées par la patiente qui accuse bientôt des palpitations de cœur pénibles ; la respiration devient courte et anhélente, la circulation veineuse est difficile et le teint prend une coloration légèrement violacée qui ne laisse pas de m'inquiéter. Parallèlement, et c'est là un fait sur lequel j'insiste, la sécrétion urinaire devient presque nulle ; c'est à peine si dans la journée, il a été émis quelques grammes d'urine.

L'auscultation témoigne de la fatigue du cœur, qui, surmené, bat tumultueusement.

A six heures du soir, et la dilatation étant palmaire, je fais prévenir M. Courtin et d'un commun accord, nous décidons de mettre la malade en analgésie chloroformique jusqu'à dilatation complète, et en anesthésie pour procéder aussitôt à l'extraction artificielle du fœtus. Il nous paraît indiqué de mettre un terme aussitôt que possible à une situation aussi tendue et de rendre au cœur et aux reins, de meilleures conditions de fonctionnement.

Sous l'action du chloroforme, le calme ne tarde pas à survenir ; le cœur reste bien encore en battements désordonnés, mais la dyspnée a disparu, la teinte violacée des téguments a fait place à une coloration normale.

La délivrance spontanée s'accompagne d'une notable perte sanguine que je ne cherche pas trop brutalement à arrêter, estimant utile à ce moment cette saignée physiologique.

A son réveil, Mme L... n'a gardé aucun souvenir de ce qui s'est passé ; elle est calme et n'accuse qu'une lassitude extrême. Le cœur reprend peu à peu un rythme régulier, mais ses battements sont d'une lenteur très grande, 36 à 38 par minute. Cette sorte de tachycardie persiste pendant près de huit jours ; ce n'est que peu à peu et par sa progression régulière, que la fréquence des pulsations cardiaques revient à la normale. En même temps, la sécrétion urinaire, de 150 gr. environ le premier jour, augmente peu à peu ; au cinquième jour, les urines émises en vingt-quatre heures remontent à 1,500 grammes ; elles sont de composition normale et nullement albumineuses.

Les suites de couches sont du reste apyrétiques et ne sont traversées par aucun incident. L'enfant très vigoureux est confié à une nourrice, car, malgré le désir exprimé par la jeune femme, nous nous opposons formellement à toute tentative d'allaitement maternel.

Les forces reviennent lentement ; plus lentement encore le cœur reprend son fonctionnement régulier ; quinze jours après l'accouchement, on trouve un dédoublement du premier temps ; le souffle a cependant disparu, l'hypertrophie du cœur diminue. Au troisième mois l'état local et général est redevenu excellent et nul ne pourrait aujourd'hui se douter des inquiétudes que, durant tout le cours de sa grossesse, Mme L... nous a inspirées.

Cette observation, on le voit, est intéressante à plusieurs points de vue : par l'intensité des troubles fonctionnels produits par la grossesse sur un cœur somme toute non altéré ; par l'influence heureuse du régime lacté et de l'hygiène qui a permis à la grossesse d'arriver à terme, par l'influence manifestement fâcheuse du travail proprement dit de l'accouchement, influence, on le reconnaîtra bien, qui se fût fait aussi puissamment sentir dans le cas où nous nous serions décidés à provoquer prématurément la terminaison de cette grossesse si heureusement terminée somme toute pour la mère comme pour l'enfant.

De cette courte étude, je vous demanderai, Messieurs, de tirer les quelques conclusions suivantes.

Sous le nom d'accidents gravido-cardiaques, il y a lieu de distinguer :

1° Les accidents qui surviennent, sous l'influence de la grossesse, chez des femmes antérieurement atteintes de lésions cardiaques vraies ;

2° Les accidents simplement fonctionnels ceux-là, favorisés par l'hypertrophie cardiaque normale de la grossesse, par la gêne fonctionnelle des émonctoires de l'organisme, accidents graves néanmoins et demandant une médication rationnelle et énergique.

Chez une gravidique atteinte, au moment où l'accoucheur est appelé près d'elle, d'accidents cardiaques *aboutissant déjà ou près d'aboutir à l'asystolie*, la provocation artificielle de l'accouchement est rarement indiquée d'emblée. La saignée agit mieux et plus vite, aidée par une action énergique sur les poumons (oxygène), les reins (lait), l'intestin (purgatifs, désinfection intestinale).

Chez une gravidique atteinte, au moment où l'accoucheur est appelé près d'elle, d'accidents cardiaques légers, on peut, par le même traitement, enrayer les accidents, rendre possible, facile ou relativement peu pénible la fin de la grossesse et sauvegarder la vie de la mère en assurant celle du fœtus.

Le chloroforme à la fin de la période de dilatation et pendant l'expulsion, qui doit alors être artificielle pour hâter le plus possible la parturition, peut, manié avec prudence et malgré l'état du cœur, à cause même de l'état du cœur, être donné en toute assurance.

NOUVELLES

A propos d'un cas de mort par le sérum antidiphthérique. — Le compte rendu du conseil d'hygiène et de salubrité publique du département de la Seine publie une communication sur un cas de mort par le sérum antidiphthérique.

Il s'agit d'un enfant, âgé de six ans, qui, atteint d'une angine dont on ne pouvait déterminer la nature, fut, en attendant le résultat de l'examen bactériologique, soumis à une injection préventive par la méthode du docteur Roux.

Bien que cet examen fut négatif, c'est-à-dire ne révélât aucun principe de la diphthérie, l'enfant mourut huit jours après l'injection de sérum. (Voyez l'observation p. 332.)

Un médecin de l'hôpital des Enfants, appelé en consultation, estima que le jeune malade avait succombé très probablement à une intoxication aiguë due peut-être au sérum.

Chargé d'une enquête à ce sujet, M. le professeur Proust conclut dans son rapport qu'il est bien difficile dans ce cas de ne pas incriminer le sérum. C'est absolument la physionomie des accidents du sérum, avec accompagnement de l'éruption polymorphe caractéristique.

Dans le cas actuel, on peut dire sans doute qu'il eût été prudent d'attendre le résultat de l'examen bactériologique, mais le professeur Proust pense qu'il y aurait de graves inconvénients à généraliser cette conduite, parce qu'en agissant ainsi on risque de perdre un temps précieux.

Le professeur Proust a terminé en ces termes la communication faite par le conseil d'hygiène :

« Une autre question pourrait être posée : la dose n'a-t-elle pas été trop considérable ? Le sérum antidiphthérique fourni actuellement par l'institut Pasteur est sensiblement plus actif qu'au début des inoculations. Aussi, en tenant compte de ce fait, il conviendrait peut-être, surtout dans les cas douteux, de n'injecter que cinq centimètres cubes.

» Au début, la dose initiale était de vingt centimètres cubes. Chez l'enfant qui fait le sujet de cette observation, on a injecté dix centimètres cubes.

» En résumé, la mort de l'enfant M..., semble bien devoir être attribuée à l'injection de sérum.

» C'est là un fait malheureux, mais heureusement tout à fait exceptionnel, et il ne faut pas oublier les immenses services rendus par la méthode. »

Cour de cassation — Chambre criminelle. — *Réquisitions en justice — Non-enregistrement de diplômes.* — Nous tenons à faire connaître sans plus tarder l'arrêt que vient de rendre la Cour de cassation dans une affaire que l'*Association générale des médecins de France* avait tenu à faire défendre par l'un des membres de son Conseil judiciaire, Me Morillot. Il s'agissait de trois médecins du département de la Nièvre qui, n'ayant pas voulu répondre à une réquisition du commissaire de police de la Charité, réquisition qui leur avait été faite dans des conditions inacceptables, s'étaient vus condamnés par le tribunal de Cosne puis acquittés en appel par la Cour de Bourges. Le Procureur général ayant cru devoir déférer ce dernier arrêt à la Cour de cassation, celle-ci, malgré les conclusions contraires de M. l'avocat général Sarrut, a adopté les motifs éloquemment développés dans sa défense par l'avocat de l'Association générale. Elle a donc, jeudi dernier, rejeté les trois pourvois formés par M. le Procureur général près la Cour de Bourges et définitivement consacré les principes suivants : 1° L'enregistrement des diplômes n'est exigible que des docteurs en médecine reçus postérieurement à la promulgation de la loi du 30 novembre 1892 ; 2° Les médecins ne sont tenus de déférer aux réquisitions de la justice que dans le cas où celles-ci ont un caractère impératif et ont été notifiées dans des formes convenables. Nous publierons prochainement, avec les détails et les commentaires qu'ils comportent, le texte des conclusions développées par Me Morillot et l'arrêt de la Cour de cassation.

REVUE DES CONGRÈS

(*Congrès tenu à Paris du 6 au 9 mai 1895.*)

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE

(*Suite*).

Glaucome et myopie.

M. Puech (Bordeaux). — J'ai observé un homme de trente-trois ans, chez qui le glaucome, après des périodes successives de poussées et d'intermittences durant sept années, aboutit à l'atrophie des papilles avec excavation. Pendant cette évolution, la vision à distance, qui était celle d'un emmétrope, a peu à peu diminué; une myopie progressive s'est développée par suite de la distension de plus en plus grande du globe oculaire, nécessitant le port de verres concaves de plus en plus forts. Cette observation montre que la coque oculaire peut se détendre dans le processus glaucomateux, au point de produire une myopie progressive.

M. Dransart. — Plusieurs auteurs ont déjà signalé la transformation du glaucome en myopie, et cela, même chez des vieillards de quatre-vingts à quatre-vingt-deux ans, chez lesquels la coque oculaire offre plus de résistance. C'est ce qui m'a fait instituer un traitement de la myopie progressive par l'iridectomie et la sclérotomie.

M. Despagnet. — On discute, déjà depuis plusieurs années, sur l'identité du glaucome et de la myopie progressive. Chez les glaucomateux, porteurs en même temps d'une myopie forte, on ne rencontre jamais de lésions choroïdiennes, ce qui fait croire que les atrophies choroïdiennes constituent une sorte de soupape de sûreté préservatrice du glaucome.

Pour combattre les douleurs péri-orbitaires, souvent intolérables dans la myopie progressive, j'ai fait deux fois l'iridectomie avec amélioration et deux fois la sclérotomie sans résultat. J'en conclus qu'il faut toujours pratiquer l'iridectomie, dans les différentes variétés de glaucome, chez les myopes.

M. Galezowski. — J'ai observé des cas nombreux de glaucome survenant chez des myopes, et toujours j'ai vu dans ces cas, le glaucome suivre sa marche progressive, sans que la myopie paraisse l'influencer. Aussi, qu'il s'agisse d'un œil myope ou non, je ne pratique jamais l'iridectomie dans le glaucome simple, mais seulement la sclérotomie antérieure.

M. Parent. — Dans le cas de M. Puech, y avait-il propulsion du cristallin en avant ?

M. Puech. — Le cristallin m'a semblé être à sa place.

Résultats de l'opération de l'entropion et du ptosis par les procédés de G. de Grandmont.

M. Bourgeois (Reims). — Le procédé de Gillet de Grandmont est le procédé de choix dans l'entropion. Je combine l'autoplastie avec les sutures horizontales et j'obtiens de la sorte des succès constants. Pour le ptosis on obtient par le procédé de G. de Grandmont une correction complète, surtout en faisant faire des exercices du muscle frontal, dont les contractions agissent favorablement. On n'a pas à craindre, par ce procédé, une correction trop grande.

M Boucheron (Paris). — Mon procédé est le même que celui de G. de Grandmont et c'est dans la même séance que, l'un et l'autre, nous avons présenté un procédé analogue. Il y a cette différence, toutefois, c'est que dans le procédé G. de Grandmont on découpe la peau et que, dans le mien, on laisse la peau pour ne sectionner que le cartilage tarse, la peau étant assez souple, surtout chez les jeunes sujets, pour ne pas donner de déformation.

M. Jocqs. — J'ai déjà proposé de faire la suture de M. Dransart, comme le dit M. Bourgeois, pour compléter le procédé G. de Grandmont.

M. Wicherkiewicz. — Il y a des cas où une méthode convient mieux qu'une autre. Je préfère dans le ptosis congénital le procédé de Pagenstecker.

M. Bourgeois. — En incisant la peau, on peut enlever une plus grande portion de cartilage tarse.

Les affections oculaires en Vendée.

M. Chevallereau (Paris). — Il résulte de comparaisons faites avec les statistiques relevées dans divers pays par M. Truc, qu'en Vendée, dont la population est d'origine celtique, les maladies de la conjonctive sont très rares. La conjonctive granuleuse en particulier est extrêmement rare, puisque je n'en ai vu que cinq cas en cinq ans, et cependant c'est là une affection essentiellement chronique qui, par suite,

n'échappe pas facilement à l'observation, comme le font les affections aiguës. Sur ces cinq cas, trois venaient de Niort, la ville la plus importante de la région. Cela est bien en rapport avec les recherches de Chibret, qui a montré la rareté des granulations chez les Celtes.

Une particularité curieuse dans ce pays essentiellement agricole et où la grande industrie est rare, c'est la grande fréquence des affections d'origine traumatique. Ainsi, contre 63 cas de cataracte sénile complète d'origine spontanée, j'ai observé l'énorme proportion de 25 cataractes traumatiques parmi lesquelles 23 étaient causées par la piqûre d'épines de buisson. Dans le bocage, en effet, tous les champs sont séparés les uns des autres par d'épais buissons, constitués en grande partie par de l'aubépine, et qui forment des remparts impénétrables aux bestiaux. Vingt-trois de mes malades sur vingt-cinq, paysans ou chasseurs, avaient voulu, pour s'éviter un long détour, traverser un de ces buissons et se sont ainsi fait une cataracte traumatique.

Un autre fait intéressant est la fréquence relative des traumatismes par corne de vache ; j'en ai vu cinq cas, en Vendée, dans ces cinq dernières années, j'en ai vu un seul cas à Paris depuis vingt ans. Dans ces six cas l'œil était absolument détruit par le traumatisme, mais celui-ci portait uniquement sur le globe de l'œil sans que les paupières elles-mêmes eussent la moindre altération.

Des manifestations générales et réfringentes du globe de l'œil, consécutives à l'extraction du cristallin.

M. Truc (Montpellier). — Après l'extraction du cristallin, il se produit une diminution de la réfringence du globe oculaire, qu'on peut évaluer de 12 à 13 dioptries. Or, le cristallin n'ayant qu'une réfringence de 10 à 11 dioptries, la diminution, constatée après l'opération de la cataracte, tient non seulement à la suppression de la réfringence cristallienne, mais encore à un autre facteur qui me paraît provenir d'un retrait total du globe oculaire. Les expérimentations, que j'ai faites à ce point de vue sur des lapins, à qui j'enlevais toujours le cristallin du même côté et que j'énucléais plusieurs mois après des deux yeux, m'ont permis de faire des mensurations et des pesées comparatives et de constater une diminution constante dans les yeux privés de cristallin, toujours plus petits, moins volumineux et raccourcis, dans des cas où l'opération de la cataracte avait toujours réussi.

Il se produit donc toujours un retrait de la coque oculaire, qui sera d'autant plus marqué chez les individus jeunes. La diminution de l'axe antéro-postérieur de l'œil explique donc la diminution de la réfraction, qui sera surtout sensible chez les myopes.

M. Chibret. — En 1886, j'ai fait des mensurations ophthalmométriques sur mes opérés de cataracte et j'ai constaté une déformation antéro-postérieure de l'œil, la rétine s'avançant en général de 6/10 de millimètres en avant, quantité équivalente à 2 dioptries comme réfringence : d'où diminution de la réfringence oculaire de 2 dioptries qui, ajoutées aux 10 ou 11 dioptries du cristallin, donnent 12 à 13 dioptries comme diminution totale. Mes résultats sont donc identiques à ceux de M. Truc bien qu'obtenus par un procédé différent.

M. Motais. — M. Truc ne s'est pas mis en garde contre une cause sérieuse d'erreurs, provenant de la présence, chez les mammifères, du muscle rétracteur qui n'existe pas chez l'homme. Ce muscle est constamment en action après une opération de cataracte chez les animaux et il est évident qu'il contribue ainsi à l'aplatissement de l'œil dans le sens antéro-postérieur. Des expériences de ce genre auraient plus de valeur, si elles étaient pratiquées sur les singes.

M. Truc. — M. Chibret corrige ses opérés de cataracte avec 13 dioptries convexes, mais c'est pour créer ainsi chez eux une très légère myopie.

Je tiendrai compte de l'objection de M. Motais dans mes travaux futurs.

Il est une objection qui ne m'a été faite par personne et que je dois signaler : après l'opération de la cataracte, il se produit un processus atrophique, plus ou moins accentué suivant le procédé employé. Aussi, dans mes résultats, je n'ai tenu compte que des cas parfaitement réussis au point de vue opératoire.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 juillet 1895.

Présidence de M. Empis.

Election.

Par 43 voix sur 77 votants M. Reclus est élu membre titulaire dans la section de médecine opératoire, contre 25 à M. Pozzi, 5 à M. Delens, 2 à M. Delorme et 2 bulletins blancs.

Vaccine.

M. Hervieux communique à l'Académie le rapport à M. le ministre de l'Instruction publique sur les instituteurs et institutrices qui ont contribué le plus activement à la propagation de la vaccine.

Après avoir exposé les formes diverses sous lesquelles se sont manifestés leur zèle et leur dévouement, le rapporteur appelle l'attention sur les points suivants :

1° 23 départements sur 86 se sont abstenus d'envoyer au ministre les dossiers et les états de vaccination pour les candidats aux récompenses ministérielles.

2° 34 départements n'ont désigné que 2 ou 3 candidats, ne laissant ainsi à l'Académie la possibilté de faire un choix parmi les plus méritants.

3° 84 départements sur 86 n'ont pas fait mention des écoles privées ainsi que l'exigeait la circulaire du ministre. Il y a dans ce fait un déni de justice et l'omission regrettable d'une mesure qui intéresse au plus haut degré la santé publique.

M. Hervieux termine en signalant l'insuffisance du nombre des inspecteurs, la nécessité d'établir la gratuité des des vaccinations et d'en inscrire les frais au budget des communes, la nécessité encore plus grande de surveiller les écoles tant privées que publiques et d'exécuter rigoureusement les prescriptions ministérielles.

Autophakoscopie.

M. Panas donne lecture d'un rapport sur un mémoire de M. le Dr **Darier** sur un procédé d'autophakoscopie applicable à l'étude du développement de la cataracte.

Deux points sont à relever : 1° le principe de la phakoscopie n'a rien de nouveau puisqu'il s'agit toujours d'utiliser les rayons rendus divergents après dilatation de la pupille par les mydriatiques.

Grâce à ce procédé l'individu affecté de cataracte peut suivre les progrès de l'opacification ; sa curiosité sera satisfaite, mais il y a lieu de se demander s'il n'en résultera pas une influence fâcheuse sur son moral. Au point de vue du diagnostic, le médecin a ainsi une méthode objective précise pour déceler les moindres opacités cristalliniennes ; le miroir ophthalmoscopique muni d'une forte lentille oculaire convergente de plus de 20 dioptries l'affranchit complètement des renseignements subjectifs plus ou moins fallacieux fournis par le malade.

Électrolyse des voies lacrymales.

M. Panas lit un rapport sur un mémoire de **M. F. Lagrange** (de Bordeaux) concernant l'électrolyse dans le traitement des rétrécissements des voies lacrymales. Après avoir rappelé ce mode de traitement et les résultats déjà obtenus, le rapporteur estime que l'avenir seul permettra de formuler un avis sur cette méthode, à certains égards recommandable.

Prophylaxie de l'alcoolisme.

M. Motet. — Depuis quarante ans le nombre des délits ou des crimes commis sous l'influence d'excès alcooliques a considérablement augmenté. D'une enquête dont les éléments m'ont été fournis par le greffier de la prison de Sainte-Péla

gie, je puis conclure que les habitudes alcooliques se rencontrent chez 70 0/0 des individus arrêtés pour vols, escroqueries, etc., chez 88 0/0 des individus arrêtés pour coups et blessures volontaires, chez 53 0/0 des sujets condamnés pour viols et attentats à la pudeur, chez 79 0/0 des mendiants, vagabonds, etc., et enfin chez 53 0/0 des assassins, meurtriers, etc.

Ces différentes catégories de détenus m'ont avoué qu'ils ne buvaient presque jamais de vin; ils donnent la préférence aux liqueurs les plus variées qui toutes sont fabriquées avec des alcools d'industrie, dits supérieurs, qui ne sont jamais débarrassés de leurs éthers toxiques et dont le goût est masqué par des préparations chimiques qu'on appelle les « bouquets » et qui sont elles-mêmes des poisons. Si bien qu'on s'empoisonne partout; les absinthes, les bitters, les amers introduisent avec eux dans l'économie des éthers qui tantôt agissent avec une foudroyante rapidité, tantôt ne produisent leurs effets qu'à la longue. Il n'y a pas jusqu'aux petits vins blancs qu'on a remontés, avec de l'alcool, qui ne deviennent toxiques. C'est contre ces dangereuses falsifications que les pouvoirs publics devraient sévir le plus sévèrement. Jadis si l'ivresse était quelquefois turbulente, elle était le plus souvent légère, expansive et aiguë; aujourd'hui elle est querelleuse, brutale, agressive.

Pour remédier à cet état de choses l'initiative privée doit venir en aide aux pouvoirs publics en préparant le terrain, en faisant connaître dans tous les milieux, ouvriers et autres, les dangers de l'alcoolisme par des conférences, par le livre et par l'action incessante de l'instituteur auprès de l'enfance.

M. Daremberg. — Des analyses chimiques très précises démontrent que la plus grande partie des impuretés des alcools en constitue le bouquet, l'arôme; que l'alcool éthylique pur est imbuvable parce qu'il est fade et sans parfum. Les impuretés des alcools de Cognac ont un bouquet agréable et il faut le leur conserver.

Les impuretés des alcools d'industrie, surtout ceux de mélasse, de betteraves et de pommes de terre, ont un bouquet fort désagréable. Il y a tout intérêt à s'en débarrasser par une rectification absolue; mais il faudra les aromatiser par des bouquets artificiels pour les rendre buvables. La seule précaution à prendre est de ne pas tolérer la vente d'eaux-de-vie artificielles ou même naturelles, contenant plus d'impuretés qu'il n'est nécessaire pour avoir un breuvage agréable, analogue aux Cognacs ou Armagnacs authentiques.

Les liqueurs, surtout l'absinthe, contenant des poisons très violents, ne devraient être vendus que comme médicament.

Il importe d'encourager l'initiative privée à créer, pour les employés, les ouvriers, les soldats, des lieux de réunion où chaque soir ils pourraient consommer des boissons hygiéniques et non alcooliques, tout en se distrayant et s'amusant. Il faut créer des refuges du soir pour les gens qui ont un foyer triste, pauvre ou solitaire.

Les ravages de l'alcoolisme ayant deux origines, l'alcool et les impuretés de l'alcool, il importe de faire diminuer sa consommation par la suppression absolue des exemptions de droits octroyées aux bouilleurs de cru, la répression inexorable de la fraude, la diminution du nombre des débits de boissons de toute catégorie, la taxation des vins contenant plus de 12°, sauf lorsque leur provenance naturelle et française aura été constatée.

Les alcools non dénaturés, de quelque provenance qu'ils soient, les vins, eaux-de-vie et liqueurs ne devront pas contenir plus qu'un maximum d'impuretés (alcools supérieurs, aldéhyde, forfurol, bases pyridiques et autres), qui sera fixé par les corps compétents.

Les spiritueux, parmi lesquels nous comptons les vermouths, eaux-de-vie, kirsch, rhum et genièvre, qui contiendront des proportions plus fortes de ces toxiques ou d'autres toxiques non autorisés par les corps compétents, ne pourront être vendus que dans les pharmacies et ne seront délivrés que sur ordonnance du médecin.

Comité secret

Sur le rapport de M. Ch. Périer, l'Académie fixe comme suit la liste de présentation à une place d'associé national: 1° M. Azam (de Bordeaux), 2° M. Delore (de Lyon), 3° *ex-æquo* MM. Heurtaux (de Nantes) et Paulet (de Montpellier).

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 5 *juillet* 1895.

Hypertrophie primitive de la rate.

M. Picon a pratiqué l'examen du sang de la malade à laquelle M. Bouilly a fait la splénectomie et dont il a présenté la rate à la précédente séance. Cet examen a donné 1.300.000 globules rouges, et le rapport de un globule blanc pour 56 hématies.

Ostéosarcome du bassin.

M. Walch montre un volumineux ostéosarcome du bassin ayant pris naissance sur la branche ischio-pubienne, remplissant l'excavation pelvienne entre la vessie et le rectum et ayant déterminé des phénomènes d'occlusion intestinale.

La tumeur était en partie liquide; il ne s'agissait pas cependant comme l'a fait remarquer M. Cornil de transformation kystique de la tumeur, mais simplement d'infiltration hémorrhagique dans le tissu sarcomateux.

Rein unique.

M. Tesson montre un rein unique en forme de L majuscule situé devant l'angle sacro-vertébral; il existait sur une des faces un sillon qui semble le point de séparation des deux reins.

Reins polykystiques.

M. Warde présente deux reins polykystiques trouvés à l'autopsie d'un individu ayant succombé à des phénomènes d'occlusion intestinale; il semble que l'occlusion était due à des brides péritonéales qui faisaient adhérer l'atmosphère périrénale gauche avec l'intestin au point d'arrêt des matières fécales.

Sarcome de la clavicule.

M. Legueu montre une clavicule, dont l'extrémité externe est le siège d'un sarcome à petites cellules, qu'il a enlevée à une jeune fille de 20 ans. Malgré l'ablation de l'os, dès le 16e jour après l'opération, la malade avait complètement recouvré l'usage du membre et il n'y avait pas de déformation du moignon de l'épaule.

Le pronostic reste sombre cependant d'après M. Cornil, car la récidive est à peu près fatale dans ce cas; cependant elle peut ne survenir que tardivement, il a vu des survies de 20 ans.

Phlébite du sinus latéral.

M. Savariaud présente le temporal d'un malade trépané dans le service de M. Terrier, par M. Broca. Le malade était atteint d'otorrhée chronique et fut pris brusquement d'accidents encéphaliques mal caractérisés. Mais un gonflement douloureux du cou démontrait l'existence d'une phlébite de la jugulaire. M. Broca pratiqua donc la ligature de la jugulaire interne et la trépanation du sinus latéral qu'il trouva thrombosé, pour trouver le sinus, l'apophyse étant éburnée, il fallut aborder l'autre, extrêmement petit, par l'opération de Stacke qui montra que l'oreille moyenne était remplie de fongosités. Le malade opéré au 12e jour après le début des accidents mourut une heure après l'opération. L'autopsie montre un abcès subdural au niveau du rocher et un abcès du lobe sphénoïdal qui avaient échappé pendant l'opération.

Phlébite rhumatismale.

MM. Macaigne et **Laurens** montrent les pièces d'une phlébite de la veine axillaire, humérale, circonflexe externe, jugulaire, interne et externe.

L'origine de cette phlébite ne peut être attribuée qu'au rhumatisme articulaire aigu, dont était atteint le malade, il n'y a pas eu d'infection secondaire.

Cancer primitif du foie.

M. Claude montre des coupes d'un cancer primitif du foie (épithéliome alvéolaire à cellules polymorphes) propagé au col de la vésicule biliaire dans laquelle se trouvait un calcul qui fut enchatonné par le cancer.

M. Cornil insiste sur les lésions qui accompagnent la néoplasie, rétention biliaire traduite par la formation des calculs intra-lobulaires, cirrhose très prononcée, toutes lésions qui accompagnent très fréquemment le cancer primitif du foie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 6 juillet 1895.

Présidence de M. Féré.

La catalepsie des grenouilles.

M. Gley fait observer, à propos des grenouilles hypnotisées montrées dans une séance précédente par M. Tarkhanoff, que la catalepsie de courte durée s'obtient facilement chez les grenouilles en les tenant dans la paume de la main pendant une ou deux minutes. Mais tandis que chez les grenouilles âgées, le phénomène ne dure que quelques minutes, chez les toutes jeunes grenouilles il persiste pendant des heures et amène même quelquefois la mort. Les grenouilles malades se comportent sous ce rapport de la même façon que les jeunes grenouilles.

Quant aux causes de la mort qui survient dans ces conditions, M. Gley se demande s'il ne faut pas faire intervenir l'épuisement nerveux.

M. Dupuy rappelle à ce sujet que si l'on pourchasse un écureuil, il tombe mort aussitôt qu'on le prend dans la main.

Extirpation des zones motrices et section de la moelle chez un chien choréique.

MM. Coutejean et **Dussaud** ont fait les expériences suivantes sur un chien qui présentait des secousses.

Dans une première expérience, ils ont extirpé la zone motrice gauche, et constaté que sous l'influence de cette extirpation, les secousses sont devenues plus violentes du côté droit du corps.

Quelques mois plus tard, quand le chien était complètement rétabli de sa première opération, ils ont pratiqué la section occipito-atloïdienne de la moelle. En soulevant alors l'animal, on a pu constater que les membres du côté droit pendaient plus bas que les membres du côté gauche, et que lorsque les secousses ont reparu, elles étaient toujours plus accusées du côté droit que du côté gauche.

Cette expérience montre que l'état particulier déterminé dans la moelle par l'opération centrale persiste encore après l'isolement de cette partie du système nerveux.

Troubles latents de la lecture mentale chez les aphasiques moteurs corticaux.

MM. Thomas et **Roux** ont examiné sous ce rapport 17 femmes aphasiques du service de M. Déjerine, les unes améliorées, d'autres encore en traitement. Ils ont constaté que bien que ces malades paraissaient toutes pouvoir lire, il n'en existait pas moins chez elles de troubles latents de la lecture. Ainsi quand une malade connaissait toutes les lettres d'un mot, il lui était pourtant impossible de reconstituer le mot dont elle possédait tous les éléments. Sur les 17 malades, 4 seulement savaient reconstituer les mots, et ces 4 malades étaient en même temps les seules qui pouvaient écrire, fait qui montre encore une fois les rapports étroits qui existent entre l'agraphie et le défaut d'évocation spontanée de l'image visuelle.

Dans une autre série d'expériences, MM. Thomas et Roux ont pu constater que l'aphasique moteur cortical qui commence à lire recouvre successivement 1° le dessin du mot; 2° l'association des syllabes qui forment le mot; 3° l'association des lettres qui forment la syllabe ou le mot; 4° la synthèse du mot. Les aphasiques moteurs corticaux récupèrent donc la lecture dans un ordre chronologique inverse de celui suivant lequel l'enfant apprend à lire.

La sérothérapie dans la tuberculose.

M. Boinet (Marseille) a fait depuis le mois de janvier des expériences sur l'action du sérum de chèvre inoculée avec de la tuberculine, sur l'évolution de la tuberculose expérimentale chez les cobayes.

Dans chaque série, M. Boinet avait des cobayes témoins, des cobayes inoculés avec de la matière tuberculeuse et des cobayes inoculés avec de la matière tuberculeuse, et traités préalablement ou secondairement à l'infection par les injections de sérum de chèvre tuberculinisée. Or tandis que les cobayes inoculés avec de la matière tuberculeuse succombaient dans les délais ordinaires, les cobayes soumis en même temps à la sérothérapie ont tous survécu.

Fort de ces faits, M. Boinet a essayé les injections de sérum de chèvres tuberculinisées chez les tuberculeux. Ces essais ont montré que la sérothérapie donnait de bons résultats dans la tuberculose au début et échouait chez les tuberculeux avancés et dans la tuberculose aiguë, fébrile, hémoptaïque.

M. d'Arsonval fait une communication sur une méthode permettant d'établir le travail fourni et la chaleur dégagée.

M. Bordier (Lyon) fait une communication sur un procédé permettant de mesurer la capacité électrique du corps.

M. Misslavski (Kazan) fait une communication sur les modifications des cellules des canaux salivaires pendant le fonctionnement de la glande.

R. Romme.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 juillet 1895.

Tuberculose de la moelle osseuse.

M. Le Dentu n'a pas dit que la désarticulation fût indiquée parce que la nécrose menaçait de frapper la diaphyse après évidement de la moelle : on sait depuis longtemps que cette opération peut être fort bien supportée. Il y aurait sans doute quelques réserves à faire sur l'assimilation des faits expérimentaux, sur des animaux jeunes, aux interventions chez l'homme adulte et dans un os malade. Mais M. Le Dentu s'est placé à un point de vue différent. Il a cherché à faire voir que les opérations partielles peuvent être rendues inefficaces par une tuberculose médullaire diffuse et que la désarticulation permet alors seule de dépasser le mal. C'est l'application d'un principe énoncé par Reichel, Gangolphe : se porter au-dessus des lésions. D'autre part, dans un cas de M. Le Dentu, comme dans un cas de Reichel, il y avait une véritable ostéomyélite subaiguë, qui n'était certainement pas due à la tuberculose seule, mais à une association microbienne. Au total, M. Le Dentu pense que presque toujours on se trouvera bien des opérations conservatrices, mais que parfois on devra se montrer radical.

M. Félizet, tout en prenant acte des réserves que M. Le Dentu a faites de lui-même à sa communication, apporte le résultat de ce qu'il a appris par 150 résections du genou chez l'enfant. Huit fois seulement il a trouvé des lésions graves de la moelle, mais jamais il n'a eu besoin de désarticuler la hanche, deux fois il a dû amputer la cuisse. Quatre fois il a obtenu un très bon résultat en curettant la moelle, en trépanant la diaphyse et en flambant la cavité. D'ailleurs, chez l'enfant, M. Félizet a toujours constaté que le point de départ est osseux. Le siège initial est dans l'épiphyse et de là les lésions passent rarement dans la diaphyse ; en tout cas, quand elles y passent, elles s'arrêtent toujours au cartilage épiphysaire supérieur, et c'est un argument important contre la désarticulation de la hanche. M. Félizet n'insiste pas sur ce qui se passe chez l'adulte, car il n'a pas une grande expérience de cet âge, mais il cite un cas où le curettage lui a donné un bon résultat, et il croit que M. Le Dentu exagère les dangers de la tuberculose de la moelle.

M. Championnière constate que M. Le Dentu atténue ses premières assertions. Il a fait avec succès des résections du genou chez l'adulte dans des cas abominables, dans deux, en particulier, où le fémur était réduit à une simple coque. Il y a des lésions tuberculeuses à distance qui guérissent une fois le foyer principal enlevé. Depuis l'emploi de la méthode antiseptique, la nécrose des os même contus et malaxés n'est plus à craindre.

M. Delorme a eu dans un certain nombre de résections de bons résultats, malgré des lésions tuberculeuses de la diaphyse En particulier, il a opéré pour tumeur blanche suppurée du coude un homme auquel il n'a pas coupé le bras séance tenante, parce qu'avant de l'endormir il lui avait promis de ne pas l'amputer. Il a dû enlever jusqu'à l'empreinte deltoïdienne le tiers de la circonférence de l'humérus, puis curetter le reste jusqu'à la tête. La guérison a été rapide et le sujet a des mouvements du coude.

M. Poirier présente un malade auquel il a remplacé par le péroné, qu'il a déplacé en deux séances, la diaphyse tibiale détruite par l'ostéomyélite.

M. Delagénière lit un travail sur dix cas d'hystérectomie abdominale totale pour fibrome.

A. Broca.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 5 *juillet* 1895.

Présidence de M. Hayem.

Un cas d'angine non diphthérique traitée par le sérum antidiphthérique, suivi de mort.

MM. Moizard et **Bouchard.** — Les résultats heureux fournis dans le traitement de la diphthérie par l'application de la méthode de Behring-Roux ne doivent pas détourner l'attention des praticiens qui emploient ce sérum, des accidents imputables à son emploi. En voici un exemple chez un enfant non diphthérique ayant subi sur la demande expresse des parents une injection préventive, laquelle a été suivie de mort.

Une enfant de 6 ans, ayant eu une atteinte de diphthérie au commencement d'avril, présente à la fin du même mois une angine pseudo-membraneuse accompagnée de fièvre, de malaise. En raison de la maladie antérieure de la sœur, M. Bouchard qui soignait l'enfant songea à la diphthérie et avant tout examen bactériologique on fit une injection de 10 c. c. de sérum. Le 2 mai, deux jours après le début de l'angine, jusqu'au 5 mai tout semble marcher à souhait et les fausses membranes avaient disparu.

Le 6 mai, l'enfant se plaint d'une légère douleur de l'épaule droite qui disparaît rapidement.

Le 8 mai, on constate une fièvre vive, 40°; de la diarrhée, sans aucun symptôme d'ailleurs du côté de la gorge. Il n'y a pas d'albumine dans les urines.

Le 10 mai, la température atteint 40°2. Au niveau de la piqûre, à l'hypochondre gauche, il existe une éruption nutricarienne qui, dans la soirée, prend l'aspect polymorphe et scaulohémiforme. A ce moment on constate pour la première fois un peu d'albumine dans les urines.

Le 11 mai, l'éruption est généralisée, la fièvre est toujours vive, l'albuminurie persiste; l'enfant a des phases successives d'agitation et de dépression et présente des vomissements incessants.

Le 12 mai, la respiration devient irrégulière, le pouls faible; la malade tombe dans le coma après une série de convulsions et meurt dans la nuit.

On remarquera qu'il ne s'agit pas dans ce cas, comme dans ceux qui ont été publiés par MM. Guinon et Rouffilange, par M. Thibierge, d'accidents imputables à une néphrite, il n'y a pas eu d'anémie et l'albumine est apparue tardivement et en petite quantité.

L'examen bactériologique a, d'autre part, fourni la preuve que l'angine du début n'était pas diphthérique, enfin, à aucun moment on n'a eu à supposer l'existence d'une scarlatine. C'est donc bien au sérum, et au sérum seul, qu'il faut attribuer les accidents : leur nature, leur époque d'apparition correspondent bien à ce que l'observation nous avait montré jusqu'à ce jour dans cet ordre d'idées. La qualité des sérums n'est pas à soupçonner non plus que la dose (10 c. c. qui est la dose normale).

On peut donc penser qu'il s'agit d'une notion nocive du sérum sur le système nerveux et ce cas malheureux soulève naturellement la question de l'opportunité des injections préventives qui paraissent, d'après plusieurs cas observés, n'être pas toujours inoffensives et quelquefois mortelles. On agira donc sagement en attendant, pour inoculer les malades, les résultats de l'examen bactériologique.

M. Le Gendre. — J'ai été, je crois, un des premiers à conseiller de ne pas faire d'injection préventive en me basant sur ce fait que le sérum ne semble pas agir à la façon des vaccins immunisants. Ce qui caractérise mon opinion, c'est que le sérum ne met pas à l'abri de paralysies ultérieures, même de paralysies graves. J'en ai observé un exemple chez un enfant de trois ans ayant une angine d'aspect herpétique mais de nature diphthérique, et qui aurait reçu à quatre jours de distance deux injections de 10 c. c. chaque. Au quinzième jour elle eut une paralysie du voile du palais, puis des membres, puis du tronc; et au trente-deuxième jour elle succombait dans une syncope au milieu d'accidents bulbaires. On avait constaté des bacilles dans la bouche jusqu'au vingt-cinquième jour. Il faut donc attendre l'examen bactériologique avant l'injection.

M. Bucquoy. — Tout en reconnaissant la valeur de cet examen, je me demande si on ne perd pas un temps précieux sous prétexte d'avoir une certitude bactériologique. Celle-ci même ne s'obtient pas du premier coup quelquefois. Il est des cas où un premier ensemencement ne donne que du streptocoque, alors que 4 ou 5 jours après on trouve des bacilles. Ce qu'on peut dire, je crois, c'est qu'il y a des cas où l'examen clinique seul donne une telle certitude qu'on peut hardiment conclure au diagnostic diphthérie. Restent les cas douteux, les angines d'aspect herpétique, qui en général sont bénignes, et pour lesquelles on peut sans inconvénient attendre l'examen bactériologique, en faisant un traitement local.

M. Le Gendre. — L'inconvénient dans ce cas est que souvent les antiseptiques employés stérilisent les cultures. Il faut ensemencer d'abord, puis faire l'antisepsie ensuite, ou bien n'employer pour les irrigrations que des liquides neutres.

M. Gaucher. — Il me semble que toutes ces données bactériologiques obscurcissent la notion clinique de la diphthérie, telle que nous la connaissons depuis Trousseau. Pour moi toute angine à fausses membranes, avec accidents toxiques ou infectieux, est de la diphthérie, et j'agis en conséquence.

Quant au sérum son action me paraît se limiter de plus en plus. Les angines herpétiques, qu'on qualifie maintenant, du moins certaines d'entre elles, de diphthériques, guérissent toutes seules.

Dans les angines diphthériques, l'action du sérum semble se borner à faire tomber les fausses membranes, c'est du moins ce qui ressort des discussions sur les accidents et les dangers de la convalescence.

Enfin voici qu'il peut être dangereux et occasionner la mort.

M. Catrin fait observer que la *présence* du bacille ne suffit pas pour le diagnostic, et qu'il faudrait faire l'inoculation aux animaux.

M Hayem. — Il est regrettable que nous ne soyons pas fixés sur la nature chimique du sérum, et que nous n'ayons là qu'un agent thérapeutique variable dans ses effets, nocifs ou non.

Sur un cas de phlegmon périnéphrétique à pus stérile.

M. Roger et Bonnet. — On sait que le pus devient stérile dans tout foyer ancien qui ne communique pas avec l'air. On peut dans ce cas suivre l'évolution végétative décroissante des microorganismes : on les voit fertiles sur les milieux vivants, puis stériles sur ceux-ci alors qu'ils végètent encore sur les milieux artificiels usités en bactériologie, puis enfin stériles sur ceux-ci. Cependant une fois qu'ils ont disparu dans les foyers purulents, il ne s'ensuit pas que les accidents soient conjurés. En voici la preuve.

Un homme entre dans notre service pour des douleurs au niveau de l'hypochondre gauche, accompagnées d'accès fébriles revenant tous les soirs et présentant les trois stades classique de la fièvre intermittente. On trouve dans le flanc gauche une grosse tumeur que l'on prend pour une rate hypertrophiée, et on songe au paludisme. Le quinine reste sans effet. Trois semaines après son entrée, le malade rendit une grande quantité de pus par les urines. M. Tuffier qui vit le malade à ce moment, pratiqua dans la région lombaire une incision qui donna issue à deux litres d'un pus épais, rougeâtre, fétide. Au fond de la plaie, on aperçut le rein qui paraissait normal. Le diagnostic fut : phlegmon périnéphrétique ouvert dans le bassinet. Après l'opération les accès fébriles disparurent et le malade guérit rapidement.

L'examen du pus ne révéla aucun microbe, au microscope et par les cultures. L'inoculation aux animaux fut négative. Et cependant, chez le malade, il s'agissait d'un foyer envahissant déterminant des douleurs, et de la fièvre intermittente, absolument comme le font les suppurations fertiles. Ce fait montre en outre l'influence pyrétogène des produits microbiens, et la possibilité pour eux de produire la fièvre intermittente symptomatique, qu'on attribue parfois au passage des bactéries dans le sang.

M. Rendu. — Ce qui me frappe dans cette observation, c'est l'existence d'accès intermittents aussi réguliers. Dans les phlegmons périnéphrétiques que j'ai observés, c'est précisément l'apyrexie qui les caractérisait: les symptômes locaux avaient une tout autre importance.

M. Calvin. — A-t-on fait l'examen du sang au point de vue des hématozoaires de Laveran?

M. Roger. — L'examen a été fait, et il a été négatif.

M. Hayem. — Sur quoi se fonde-t-on pour admettre que ce pus a été fertile au début, pourquoi ne pas admettre des suppurations amicrobiennes?

M. Roger. — On ne se base évidemment que sur des analogies, et sur les faits bien connus auxquels je faisais allusion tout à l'heure, d'évolution décroissante de la vie des microorganismes. Mais il est certain qu'il y a et qu'on a obtenu des suppurations microbiennes.

SOCIÉTÉ D'OPHTHALMOLOGIE

Séance du 2 juillet 1895.

Conjonctivite pseudo-membraneuse.

M. Jocqs relate le cas d'une conjonctivite pseudo-membraneuse chez une petite fille. L'œil ne présentait que peu de réaction, les deux paupières supérieure et inférieure étaient recouvertes de fausses membranes difficiles à enlever en certains points, avec infiltration interstitielle, une cornée légèrement opaque.

L'examen bactériologique n'a pas été fait. Les cautérisations avec une solution faible de nitrate d'argent et la poudre d'iodoforme n'amenèrent aucune amélioration. On se servit alors du permanganate de potasse, en solution forte au 20e, qui diminua les fausses membranes, au bout de quatre jours, en même temps que la cornée s'éclaircit.

Les membranes se reproduisaient en cessant les attouchements au permanganate pour diminuer de nouveau en les recommençant. M. Jocqs croit que cette thérapeutique peut être tentée et pourra donner de bons résultats.

Blépharoplastie italienne.

M. Abadie présente à la Société un jeune garçon auquel il a fait une restauration des deux paupières par deux lambeaux avec pédicule, empruntés au bras.

Ce jeune homme est atteint d'une brûlure étendue à toute la face droite et à une partie du cuir chevelu du même côté, avec double ectropion sanguinolent. On avait déjà fait sur lui plusieurs tentatives de restauration qui ne réussirent point. M. Abadie s'est servi de la méthode italienne en faisant la suture des paupières, après incision libératrice. Il tailla des lambeaux de 8 à 9 centimètres de longueur et de 2 à 4 centimètres de largeur, à la partie interne du bras. Les deux premiers jours, la peau devint noirâtre et faisait penser à un commencement de sphacèle; mais après ce laps de temps elle se colora, reprit sa vitalité, en raison du pédicule adhérent au bras et qui ne fut sectionné que le 12e jour. Aujourd'hui le malade a deux paupières qui lui recouvrent la cornée; le résultat opératoire est très satisfaisant.

M. Despagnet ne croit point que cette restauration soit supérieure à la transplantation directe qui est sans contredit moins pénible pour le malade.

M. Valude trouve que lorsqu'on est arrivé à faire l'avivement et la suture des paupières qui est la clef de voûte des opérations de ce genre, on a réussi.

M. Vignes dit que les lambeaux transplantés se résorbent et que la suture chez les jeunes personnes ne suffit point.

M. Gorecki soutient aussi que la blépharorrhaphie des deux paupières n'est pas suffisante et qu'il faut faire une autoplastie, sinon l'ectropion se produit, même après une année de suture et il cite à l'appui de son dire un cas qui lui est personnel où l'ectropion se reproduisit peu à peu, en commençant au niveau des points de suture.

M. Meyer dit qu'il a fait des blépharorrhaphies avec transplantation de lambeaux non pédiculisés et où il a réussi, même chez de jeunes sujets.

Malformation du nerf optique.

M. Despagnet présente un malade atteint de malformation congénitale des deux nerfs optiques avec myopie très forte et diminution considérable de l'acuité visuelle, surtout dans un œil. Le nerf optique, en forme de croissant, est semblable à celui qui figure dans l'atlas de Lory.

Chorio-rétinite.

M. Oger de Spéville rapporte le cas d'un malade âgé de 14 ans, atteint de chorio-rétinite avec exsudat, auquel on a voulu faire l'énucléation de l'œil, pensant à un néoplasme. Après une quarantaine d'injections, tant sous-conjonctivales qu'hypodermiques de sublimé, l'acuité visuelle de 1/50 remonte à 1/4, mais diminue de nouveau, après la cessation du traitement.

M. Meyer, en examinant le malade, diagnostique aujourd'hui un décollement de la rétine.

Kératite interstitielle.

M. Trautas pense que le dernier mot n'est pas encore dit sur cette question et admet que la syphilis n'est pas toujours l'unique facteur de cette affection.

M. Galezowski est bien plus affirmatif et n'hésite pas à déclarer d'une façon péremptoire que la kératite interstitielle a pour unique cause la syphilis, soit héréditaire, soit acquise. Telle n'est pas l'avis de M. Meyer qui est plus éclectique et qui pense que la syphilis n'est pas toujours en cause. Il ne faudrait point croire que l'influence et la nature du traitement indiquent l'origine du mal, car l'on peut bien guérir une kératite interstitielle avec le fer, l'arsenic, les phosphates, les analeptiques, en un mot, sans avoir à recourir au mercure.

Telle paraît être l'opinion généralement admise par les membres de la Société.

M. de Wecker fait présenter un ancien modèle de pince-ciseaux par le président en même temps que M. Terson montre le couteau de Pellier de Quengsy et parle de l'usage des couteaux à tranchant convexe dans l'extraction de la cataracte.

Comité secret pour dresser la liste de présentation des candidats à la place vacante de membre titulaire.

Dr Vuillomenet.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÆDIATRIE DE BORDEAUX

Séance du 1 avril 1895.

Accidents gravido-cardiaques.

M. Rivière. — Voyez p. 325.

M. Chambrelent. — Dans l'observation qu'a rappelée M. Rivière, la malade que M. Oui et moi avons soignée était dans un état des plus graves. M. Oui, en mon absence, a cru devoir pratiquer l'accouchement prématuré, et je ne puis qu'approuver sa conduite.

Dans des cas aussi graves où l'asystolie est confirmée, c'est la pratique à laquelle je n'hésiterais pas à me rallier. Selon le mot saisissant de Peter, l'accouchement provoqué, dans de semblables conditions, n'est pas seulement la délivrance de l'utérus, mais aussi la délivrance du cœur. Cette malade était dans un état de dyspnée telle, qu'on pouvait

craindre une terminaison fatale rapide. Quant à l'enfant, né après un travail, en somme assez court, son existence était très compromise. On sait, en effet, que dans les cas d'asystolie, la mère emprunte de l'oxygène à la circulation fœtale; il en résulte pour l'enfant une menace d'asphyxie causée par une hématose incomplète.

J'estime donc que c'est agir dans le meilleur intérêt de la mère et de l'enfant, que de hâter autant que possible l'évacuation de l'utérus.

M. Lefour. — Je demanderai à M. Rivière s'il a pratiqué la saignée chez la dernière malade dont il nous a rapporté l'observation. En principe, chez les asystoliques, on doit recourir à la saignée même après une hémorrhagie liée à l'accouchement si la tension sanguine est trop élevée. A ce point de vue, l'examen du pouls a une très grande valeur.

M. Rivière. — J'ai omis, en effet, de signaler que l'accouchement a été immédiatement suivi chez cette malade d'une hémorrhagie extrêmement abondante. La patiente était si affaiblie par cette perte de sang, le pouls si petit, la tendance à la syncope telle, que je n'ai pas songé à saigner une femme qni ne l'était déjà que trop par l'hémorrhagie de la délivrance.

M. Lefour. — Dans cette question d'intervention chez les asystoliques il faut, en somme, être éclectique. Il est impossible de poser à l'avance une règle de conduite absolue, comme semble le vouloir notre collègue, et d'établir en principe qu'on interrompra ou qu'on n'interrompra pas la terminaison de la grossesse. Lorsque l'enfant est viable, il semble qu'il y ait avantage à provoquer le travail. On soustrait ainsi la mère aux dangers d'un surmenage du cœur, croissant tous les jours par le fait de la tension vasculaire de plus en plus élevée.

M. Lugeol. — Comme M. Lefour, je regrette de ne pas trouver dans le travail de M. Rivière cet électisme qui doit toujours nous guider en clinique. L'accouchement provoqué chez les cardiaques asystoliques ne saurait être condamné avec une sévérité aussi absolue. Pour mon compte je n'aurais pas cherché, comme l'a fait si laborieusement notre confrère, à mener au bout de sa grossesse la malade dont il a eu à déplorer la mort deux jours après l'acouchement. Du reste, M. Rivière, lui-même, reconnaît dans sa deuxième observation que la femme doit bénéficier de la déplétion utérine. En cette question, l'accoucheur doit surtout se guider suivant les cas particuliers. Bien des femmes enceintes, atteintes de lésions mitrales accentuées, ont été sauvées. On aurait donc tort de les considérer *a priori* comme perdues et de ne s'occuper que de prolonger la grossesse pour augmenter les chances de viabilité du fœtus. En somme, en présence d'accidents gravido-cardiaques chroniques, je crois qu'il faut mettre le plus tôt possible la femme en état de supporter l'accouchement prématuré.

M. Rivière. — C'est d'accord avec M. Lefour que nous avons décidé d'attendre chez ma malade.

M. Lefour. — Au moment où j'ai vu la malade, l'accouchement provoqué ne s'imposait pas. Mais, j'ignore ce qui s'est passé dans les mois qui ont suivi et je ne saurais partager les responsabilités dans la conduite qui a été tenue.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 2 juillet 1895.

Présidence de M. Coyne.

Tricophytie généralisée.

M. Boyer présente une malade qui a eu la teigne à l'âge de 6 ans, elle en a vingt-neuf maintenant.

Elle a des lésions cutanées dont le début remonte à 6 ans. Actuellement, elle a une éruption de même nature qui s'étend à la face, à la surface presque entière du tronc, aux cuisses, au cuir chevelu, aux ongles. Des cultures ont été faites avec ces diverses lésions, elles ont confirmé le diagnostic.

La malade présente enfin une ulcération de la cornée, et il était intéressant de savoir s'il ne s'agissait pas d'une lésion de même origine, les cultures n'ont donné aucun résultat avec cette dernière lésion.

Expulsion d'un œuf entier.

M. Audebert montre un œuf qui a été expulsé par une jeune femme de 17 ans. Elle est entrée à la clinique des accouchements; à 6 mois 1/2, on constata un début de travail. Avant que la dilatation fut complète, on commença à sentir dans le vagin une portion de l'œuf qui a été expulsé rapidement quelques instants après. Le fœtus était mort certainement depuis quelques jours, le placenta était très altéré. Ces faits assez rares à partir du 3e mois deviennent exceptionnels, après le sixième kyste dermoïde de l'ovaire.

Kyste de l'ovaire.

M. Liaras montre une tumeur que M. Dudon a enlevé à une femme de 40 ans. Depuis l'âge de 34 ans à la suite d'un accouchement au forceps, la malade éprouvait quelques douleurs du côté de ses annexes, à droite.

Le 12 juin 1895 crise douloureuse extrêmement violente siégeant dans la fosse iliaque droite, en même temps ballonnement du ventre et vomissements. Tout se calme bientôt, et la malade s'aperçoit alors de l'existence de la tumeur.

C'est un kyste dermoïde contenant un liquide hématique et des touffes de poils; le pédicule était tordu deux fois sur lui-même. La malade est très bien.

M. Boursier. — Cette présentation présente des particularités très intéressantes : la torsion du pédicule qui a probablement été la cause de la crise douloureuse et de l'hémorrhagie intra-kystique et aussi la situation du kyste qui n'est pas inclus dans le ligament large, mais qui est au-dessus de la trompe.

ÉTRANGER

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ GYNÉCOLOGIQUE DE LA GRANDE-BRETAGNE

Séance du 13 juin 1895

De quelques difficultés dans l'usage de la curette.

M. Barnes. — Le curettage n'est pas exempt de tout danger; il faut donc faire cette opération avec beaucoup d'attention. Le premier stade consiste dans la dilatation, celle ci doit être suffisante pour permettre le passage de l'index. Il y a 2 méthodes pour faire la dilatation : la méthode rapide consiste dans l'emploi du dilatateur d'Hegar ou de tout autre; c'est un procédé brutal qui amène souvent des déchirures et des contusions du col. Aussi je préfère le procédé lent, pour lequel j'emploie d'autant plus volontiers les laminaires que les sels dont elles sont imprégnées les rendent antiseptiques. Ces laminaires doivent avoir une longueur de 10 centimètres. On procède ensuite au curettage, sous l'influence d'un anesthésique et en se servant soit de la curette tranchante, soit de la curette mousse, soit de l'ongle. Les dangers immédiats sont la perforation de l'utérus et l'hémorrhagie; les dangers éloignés sont l'atrésie du col et l'inflammation pelvienne. Les deux grandes indications pour le curettage sont, d'une part, l'existence d'une endométrite, et d'autre part, la rétention dans l'utérus de fragments d'un produit de conception. Je termine en soulevant les questions suivantes : quels sont les symptômes qui indiquent nettement la nécessité d'un currettage? Quelle est la méthode de dilatation du col qui est à la fois la plus sûre et la plus naturelle? Doit-on recourir au curettage pour le cancer de l'utérus, en particulier quand le néoplasme occupe le fond de l'organe? Est-il sage de recourir au curettage comme moyen de diagnostic? Est il possible d'établir un bon système de drainage de la cavité utérine après le curettage?

M. Godson. — L'opération du curettage persistera certainement, car elle donnera souvent de très bons résultats.

M. Lavorie. — J'ai fait beaucoup de curettages et pour chaque cas j'ai toujours eu un peu d'hésitation. Cependant aucune opération ne donne de meilleurs résultats. Je me sers de laminaires et de la curette tranchante; je fais ensuite un lavage de la cavité à l'eau bouillie. Il faut pendant quelques jours maintenir la malade dans un repos absolu.

M. Harvey. — J'ai pratiqué cette opération très souvent aux Indes; je ne me suis jamais servi d'anesthésique; je crois, comme M. Barnes que pour la dilatation, il faut proscrire les éponges et se servir de laminaires, cependant l'usage de ces dernières a des inconvénients, car quelquefois elles se dilatent en sablier et leur extraction est alors difficile.

M. Sinclair. — Je ne donne pas non plus de chloroforme. Je fais à la malade une piqûre de morphine une heure avant l'opération; une demi-heure après la piqûre je lui donne une potion stimulante à l'alcool. Si le curettage est fait avec soin, il n'entraîne jamais d'accident. La curette est utile pour le diagnostic du cancer du corps de l'utérus. Quand on soupçonne un cancer du col, si on ramène une curette tranchante à travers les parties malades, elle entraîne avec elle des parties de tissu, s'il y a cancer; dans le cas contraire il s'agit de simples érosions. Je considère ce signe comme pathognomonique.

M. Smith. — Je ne crois guère à la valeur de ce signe.

M. Martin. — On ne doit faire le curettage de l'utérus que s'il n'existe aucune affection des annexes.

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séances des 12 *et* 26 *juin* 1895.

Régénération des nerfs suturés.

M. Gluck rapporte l'observation d'un enfant chez lequel, au cours d'une intervention pour tuberculose du radius, on avait sectionné le nerf radial. Le nerf sectionné fut suturé et 4 semaines après il ne restait plus trace de la paralysie radiale qui s'était manifestée après la section.

L'enfant ayant succombé quelque temps après à une méningite tuberculeuse, on a pu faire l'examen microscopique du nerf suturé. Sur les préparations on a pu constater une régénération des fibres nerveuses dont plusieurs étaient soudées au bout périphérique des fibres coupées.

Diplégie spasmodique cérébrale.

M. Oppenheim a présenté deux malades, la mère âgée de 31 ans, et la fille âgée de 10 ans, atteintes toutes les deux de diplégie spasmodique cérébrale.

La mère a présenté dès son enfance des troubles de motilité du côté des muscles du tronc, des membres, de la langue, du voile du palais et du larynx. Actuellement les troubles sont principalement accusés au niveau des nerfs crâniens céphaliques. Bien que la malade soit intelligente et entende tout, elle ne peut émettre aucun son par le fait d'une constriction spasmodique des lèvres et des mâchoires. L'excitabilité électrique des muscles des lèvres et de la langue est conservée. La déglutition ne s'effectue que très lentement, de même les mouvements des mains.

Les mêmes phénomènes, mais moins prononcés, se retrouvent chez la fille. L'enfant qui a 10 ans parle à peine, d'une façon peu intelligible, comme dans les cas de paralysie bulbaire.

D'après M. Oppenheim il existerait dans les deux cas des lésions bilatérales de la région motrice du cerveau, lesquelles lésions seraient acquises pendant l'enfance. Ordinairement on trouve dans ces cas des hémorrhagies méningées, des lésions de méningo-encéphalite, auxquelles sont dus les troubles fonctionnels des régions correspondantes du cerveau.

Intoxication saturnine aiguë chez un phthisique.

M. Israël montre les pièces provenant d'un phthisique qui a présenté les signes d'une intoxication aiguë par le plomb à la suite de l'administration d'acétate de plomb continué pendant 18 jours à la dose de 5 centigrammes par jour.

Sur les pièces on voit une destruction presque complète de la muqueuse gastrique. La muqueuse de l'intestin grêle est tuméfiée, rouge, celle du gros intestin presque normale. Les reins présentent les lésions de néphrite chronique, lesquelles lésions doivent pourtant être attribuées à la tuberculose plutôt qu'à l'intoxication; il en est de même des lésions du foie (état granuleux et atrophie).

Kyste hydatique de la rate.

M. Hahn rapporte l'observation d'une femme à laquelle il a fait avec succès la splénectomie pour kyste hydatique de la rate. La tumeur qui s'était développée pendant la grossesse occupait tout l'hypochondre gauche et arrivait jusqu'à la ligne médiane. L'examen du sang a montré le rapport de 1 à 160 entre les hématies et les leucocytes.

L'opération n'a présenté aucune difficulté. Les troubles que présentait la malade disparurent en quelques jours en même temps que le nombre de leucocytes augmenta dans une proportion considérable, si bien que l'examen du sang fait quelque temps après l'opération donna un rapport de 1 à 600.

Il existe actuellement 36 cas d'intervention pour kystes hydatiques de la rate, avec 11 morts. La ponction de la tumeur a donné le moins de succès: 9 morts sur 22 cas. L'incision en un ou deux temps donne déjà des résultats plus favorables: 2 morts sur 15 cas. Enfin la splénectomie faite dans 6 cas, a donné 4 guérisons; dans les deux cas où l'opération s'est terminée par la mort des malades, le résultat défavorable devait être attribué à l'existence de nombreuses adhérences avec le diaphragme, l'estomac, le côlon. Aussi pour M. Hahn, dans les cas de cette dernière catégorie, l'incision doit être préférée à la splénectomie.

Myxosarcomes.

M. Jurgens rapporte l'observation d'une femme de 64 ans chez laquelle il se forma, sous la cicatrice d'une fracture compliquée du fémur, datant de 10 ans, une tumeur du volume d'un poing non adhérente à la peau ni à l'os.

Cette femme ayant succombé quelque temps après à une péritonite, on put constater que la tumeur de la cuisse était un myxosarcome ayant donné lieu à des métastases dans le péritoine, les plèvres et le péricarde. Les viscères proprement dits n'ont pas été atteints.

L'examen histologique de la tumeur montra la présence de coccidies. Ces coccidies furent également trouvées dans un autre cas de myxosarcome du cou ayant donné lieu, deux ans après son extirpation, à des métastases dans le foie et le gros intestin.

Néphroptose d'origine traumatique.

M. Guterbock, en se basant sur les cas qu'il a eu l'occasion d'observer, admet que le rein mobile peut être produit par un traumatisme amenant le déplacement du rein, mais que ce déplacement, la mobilisation complète du rein ne peut survenir qu'en cas d'insuffisance concomitante du pédicule du rein. Cette insuffisance dépend de l'augmentation du volume du rein, laquelle augmentation est produite par la stase sanguine dont la cause peut être variable. Chez les femmes par exemple, la cause peut être une grossesse, une tumeur de l'utérus ou des annexes, etc.

M. Landau, tout en admettant que le traumatisme peut amener la mobilisation du rein, croit pourtant que le rein flottant n'est qu'une variété d'entéroptose. On a accusé aussi le corset, et pourtant le rein mobile s'observe aussi chez des femmes qui n'ont jamais porté de corset.

M. Ewald admet pour le rein flottant une prédisposition congénitale, puisque la néphroptose s'observe aussi chez des filles de 6 à 12 ans.

RÉUNION LIBRE DES CHIRURGIENS DE BERLIN

Séance du 13 *mai* 1895.

Fractures de la base du crâne.

M. Sonnenburg a observé cinq cas de fractures de la

base du crâne, accompagnées de troubles du côté des nerfs crâniens.

Dans le premier cas il s'agit d'un homme qui tomba sur le côté gauche du crâne, sous une voiture qui passa sur lui. A l'examen du malade amené à l'hôpital, on trouva une parésie faciale droite d'origine corticale, une déchirure de la membrane du tympan gauche et une hémorrhagie nasale. Au quatrième jour après l'accident, on nota une paralysie faciale du côté gauche. Le malade guérit en conservant la paralysie faciale du côté gauche.

Le second cas est celui d'un homme qui, après une chute dans l'escalier, présenta tous les signes de la commotion cérébrale avec hémorrhagie du nez et de l'oreille. Au cinquième jour après l'accident, on constata l'existence d'une paralysie centripète du nerf optique avec cécité à gauche et dilatation de la pupille gauche. Dans ce cas, il a dû exister une fracture de l'orbite avec déchirure du nerf optique entre le bulbe oculaire et l'émergence des vaisseaux.

La troisième observation a trait à un homme qui fut pris entre une voiture et un mur. A l'entrée du malade à l'hôpital, on trouva une hémorrhagie auriculaire double. A l'autopsie de ce malade, on trouva que le trait de fracture allait de l'apophyse mastoïde droite à l'apophyse mastoïde gauche, en passant par la base du crâne. Les nerfs abducteur et trijumeau étaient déchirés. Il existait également une déchirure des deux membranes du tympan. Pendant la vie, il existait des phénomènes paralytiques du côté de l'hypoglosse et de l'olfactif.

Recherches cliniques et bactériologiques sur l'ostéomyélite.

M. Canon a étudié, au point de vue clinique et bactériologique, 70 cas d'ostéomyélite, dont 31 cas d'ostéomyélite aiguë et 39 de chronique. L'âge de ces malades a varié entre 9 mois et 20 ans dans les cas aigus, entre 3 ans et 22 ans dans les cas chroniques. L'ostéomyélite est donc une affection de croissance.

La durée de la maladie avant l'intervention chirurgicale a été de quatre jours à quatre semaines. Cette durée exerce une influence sur la nature de l'exsudat qui est tantôt muqueux, tantôt muco-purulent, tantôt franchement purulent.

Sur les 31 cas aigus, l'articulation correspondante a été prise en même temps quinze fois, et six fois dans les 39 cas chroniques. Dans 20 cas on a pu déterminer l'origine de l'infection qui a été tantôt une maladie infectieuse, tantôt une plaie suppurée, tantôt une ulcération de la jambe, tantôt une dent cariée. Le rôle de la carie dentaire a pu être élucidé par l'identité de la microbiologie de la dent et du foyer osseux. Sur les 26 cas où l'examen bactériologique du pus a été fait, on trouve onze fois des staphylocoques dorés et six fois des staphylocoques blancs. L'examen du sang fait dans 13 cas donna neuf fois des résultats positifs. Dans ces cas, on trouva un grand nombre de staphylocoques à côté d'un certain nombre de streptocoques.

Les recherches expérimentales sur des animaux auxquels on injectait des cultures de staphylocoques venant du pus d'un foyer ostéomyélite, ont permis de reproduire dans plusieurs cas le tableau de l'ostéomyélite. Les mêmes recherches faites avec le bacille d'Eberth, le colibacille, le bacille de Lœffler ont échoué. Avec le streptocoque on parvenait à produire des abcès dans la moelle osseuse du fémur des animaux. L'immunisation des animaux avec le sérum des ostéomyélitiques ou avec les cultures affaiblies réussissait dans une certaine mesure. Le sérum paraissait conférer une immunité plus grande que les cultures affaiblies contre les staphylocoques d'une virulence moyenne, mais tous les deux échouaient contre les staphylocoques dont la virulence était accrue par le passage successif à travers une série d'animaux.

M. Karewski rapporte l'observation d'un garçon de 15 ans chez lequel 8 jours après un furoncle du cou, parut un foyer d'ostéomyélite dans la 3e côte droite. L'opération faite quatre jours plus tard permit d'enlever un séquestre qui occupait presque toute la côte. Dans un autre cas opéré par M. Karewski, il s'agissait d'un nourrisson de 8 jours qui, après un abcès du cou, présenta une tuméfaction du bras droit. Lorsque trois semaines après, le petit malade fut opéré, il a fallu enlever tout le radius du côté droit.

Chirurgie du foie.

M. Hermes a eu l'occasion d'opérer une femme de 44 ans, qui, en août 1894, présenta tous les symptômes d'une pérityphlite. La pérityphlite se dissipa au bout de quelques jours, lorsque la malade fut prise de douleurs dans l'hypochondre droit avec fièvre et tuméfaction des dernières côtes. La ponction exploratrice ayant donné issue à du pus, on réséqua les côtes et on trouva dans le lobe droit du foie un abcès des dimensions d'un poing. Incision, tamponnement et guérison sans complications. Le pus renfermait des diplocoques de Frænkel.

Dans un second cas avec phénomènes peu nets du côté du foie la laparotomie permit de découvrir l'existence dans le lobe droit d'une poche remplie de calculs et de pus. L'opération a été faite en deux temps et la malade guérit avec une fistulette.

Deux fois M. Hermes a eu à intervenir pour des calculs du cholédoque. La première opérée chez laquelle l'incision du cholédoque permit de retirer 7 calculs, guérit. La seconde succomba à la diathèse hémorrhagique.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ELBERFELD

Paralysie chloroformique ou monoplégie hystérique?

M. Franke rapporte l'observation d'une jeune fille de 19 ans qui, au réveil de la narcose chloroformique pour laparotomie, présenta une paralysie totale du membre supérieur, du côté droit. Cette paralysie persiste encore actuellement trois mois environ après l'opération, et la malade ne peut exécuter que quelques mouvements avec les doigts. La paralysie présentait encore ceci de particulier que sur la face externe du bras on trouvait une zone d'anesthésie. La réaction faradique des muscles est restée normale.

On pouvait donc penser à une paralysie dite de narcose, produite d'après Braun par la compression du plexus brachial par la tête humérale, le bras pendant l'opération se trouvant ordinairement dans une position favorisant cette compression. Il y a pourtant des phénomènes qui ne sont pas, chez cette malade, d'accord avec cette interprétation.

Ainsi dans les paralysies chloroformiques l'impuissance fonctionnelle n'est jamais aussi totale et l'anesthésie fait défaut. De plus si la paralysie était produite par une névrite on aurait dû trouver des phénomènes de dégénérescence des muscles ; or cette dégénérescence fait défaut chez la malade, bien que la paralysie date chez elle de trois mois.

Il ne s'agit pas non plus chez cette malade de monoplégie cérébrale, puisque les phénomènes cérébraux font défaut, ni de paralysie médullaire par lésion unilatérale de la moelle, puisque l'anesthésie se trouve du même côté que la paralysie. Il ne reste donc que l'hypothèse d'une monoplégie hystérique, d'autant plus soutenable que la malade accuse la sensation de la « boule », et présente plusieurs points douloureux.

M. Linkenheld qui a opéré cette malade fait observer que chez elle il ne peut être question de paralysie chloroformique, puisque le bras était simplement attaché au bord de la table d'opération, de sorte qu'il ne pouvait y avoir compression du plexus brachial par la tête humérale.

L'opération qu'avait subie la malade était une hystéropexie abdominale. Après avoir quitté l'hôpital la malade revint au bout de quelque temps pour des hémorrhagies qui se faisaient par la cicatrice. La cicatrice fut excisée et l'utérus de nouveau fixé à la paroi abdominale. C'est après cette seconde opération que survint la paralysie. La malade manifestement hystérique a avoué plus tard que les hémorrhagies cicatricielles étaient provoquées par elle-même, en grattant la cicatrice.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.



Les CAPSULES DARTOIS contiennent chacune 0,05 CRÉOSOTE DE HÊTRE *redistillée et titrée* et 0,20 huile de foie de morue. C'est le meilleur remède contre

BRONCHITES
CATARRHES
PHTISIE
TUBERCULOSE

3 ou 4 à chaque repas. Le flacon, 3 fr.
405, rue de Rennes, Paris et les pharmacies, en exigeant le timbre de l'État français.

ERGOTINE et Dragées d'ERGOTINE BONJEAN

Médaille d'Or de la Société de Pharmacie de Paris

HEMOSTATIQUE LE PLUS PUISSANT
soit en Potion soit en Injections hypodermiques
Quinze centigram. par dragée. — Accouchement Hémorrhagies de toute nature.
LABELONYE & Cie, 99, rue d'Aboukir, PARIS

QUINA ✻ FER
Chlorose, Anémie
Vins Titrés d'Ossian Henry
Membre de l'ACADEMIE de MEDECINE
Professeur à l'Ecole de Pharmacie.
BAIN & FOURNIER
43, Rue d'Amsterdam, Paris

Décret d'intérêt public. Approb. de l'Acad. de Médecine

ROYAT

EAU MINÉRALE NATURELLE
St-MART, Goutte, Rhumatisme, Gravelle.
St-VICTOR, Anémie, Chlorose, Voies respiratoires. (FERRO ARSENICle)
CESAR, Dyspepsies, Gastralgies, Flatulences.
MÊMES EFFETS QU'AUX SOURCES
Caisses de 30 et 50 bout. 20 fr. et 30 fr. *franco* Gare ROYAT
Notices et Renseignements, 5, rue Drouot, PARIS

ATONIE, DYSPEPSIE, CHLOROSE, DÉBILITÉ GÉNÉRALE

GRANULES	DRAGÉES
de 2 milligrammes	de 25 milligrammes
Quassine cristallisée	Quassine amorphe

QUASSINE ADRIAN

La **QUASSINE ADRIAN**, essentiellement différente de toutes celles du commerce, est **la seule** dont les effets réguliers aient été constatés. Elle excite **l'appétit**, développe les **forces**, combat efficacement les **dyspepsies atoniques**, les **coliques hépatiques** et **néphrétiques**.
GROS : 11, RUE DE LA PERLE, PARIS



VIN DE VIAL

au Quina, Suc de Viande et Lacto-Phosphate de Chaux

ALIMENT PHYSIOLOGIQUE COMPLET

Le **VIN DE VIAL** réunit tous les principes actifs du ***phosphate de chaux***, du ***quina*** et de la ***viande crue.*** Ces trois substances constituent par leur réunion le plus rationel et le plus complet des toniques.

A la dose d'un verre à liqueur avant chaque repas il complète la nutrition insuffisante des malades et des convalescents.

J. VIAL, Pharmacien, Ex-préparateur à l'Ecole de Médecine et de Pharmacie, Rue Victor-Hugo, 14, **LYON.**

LYSOL LE SEUL ANTISEPTIQUE DÉRIVÉ DU GOUDRON
ENTIÈREMENT SOLUBLE DANS L'EAU
FLACON D'ÉCHANTILLON
franco, à MM. les médecins qui en font la demande.
Société française du LYSOL, 24, place Vendôme, PARIS

Le SACCHAROLÉ de QUINQUINA CHARLARD-VIGIER

Renferme les principes toniques et tous les alcaloïdes de l'écorce et remplace avantageusement les autres préparations de ce médicament. — **VIGIER**, Pharmacien, **12, Boulᵈ Bonne-Nouvelle, PARIS.**

ANOREXIE

Chez nombre de malades pour qui l'alimentation est une condition indispensable à la guérison, le manque d'appétit est absolu. Tous leurs efforts pour suivre les prescriptions des médecins à cet égard se heurtent à une répugnance presque invincible et quand ils parviennent à la vaincre, les aliments pris digèrent mal, sont souvent rejetés très rarement assimilés.

Plus de vingt années de succès ont démontré que l'Elixir Alimentaire Ducro triomphe constamment de la répugnance des malades pour les aliments. Il est pris avec pl isir, toujours digéré sans aucune fatigue par l'estomac, et comme sa propriété fondamentale est d'être alimentaire, c'est le médicament-laiment par excellence des phthisiques, anémiques, cancéreux, etc... Préparé avec la viande crue, l'alcool et les écorces d'oranges amères, l'Elixir Alimentaire Ducro est tout à la fois apéritif et nutritif. L'alcool qui lui sert de véhieule lui communique ses qualités d'antidéperditeur et aussif ait de l'Élixir Ducro une préparation de viande crue exempte de tout danger des vers intestinaux.

---

15 mai **URIAGE** **15 octobre**

EAU SULFUREUSE ET SALINE PURGATIVE

Contre le **lymphatisme**, la **scrofule**, les **maladies de la peau**. — Convient particulièement aux enfants. — Remplace avec avantage Aix-la-Chapelle.

DÉPOTS : Cie de Vichy, boulevard Montmartre, 22. — Maison Trinuesse rue de la Michodière, 23. — Maison d'Esebeck, rue Jean-Jacques-Rousseau, 62.

DIGITALINE d'HOMOLLE et QUEVENNE

Approbation de l'Académie de Médecine. — Médaille d'Or de la Société de Pharmacie.

PRINCIPE ACTIF PUR de la **DIGITALE**, la Digitaline d'Homolle et Quevenne(1) offre sur la plante les avantages suivants: 1° *Inaltérabilité*; 2° *Action plus sûre*; 3° *Tolérance plus grande*; 4° *Dosage rigoureux*. — DOSE PAR JOUR : Granules (1 à 2) — Solution pour usage interne (1 à 20 gouttes).
(1) A cause des **Imitations impures**, formuler la **VRAIE DIGITALINE d'HOMOLLE** et **QUEVENNE.**
Pharmacie **COLLAS**, 8, Rue Dauphine, **PARIS**, ET TOUTES PHARMACIES.

N° 29 — 17 JUILLET 1895 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 22 au 27 juillet 1895.

Lundi. — M. Changeux. Traitement de la chorée. De l'hydrothéraphie en particulier. — M. Gouez. Contribution à l'étude de la maladie de Parrot. — M. Flamant. Dosage du déchet organique de l'urine et des matières extractives. M. Bucquet. Goître exophthalmique et grossesse. — M. Jourdan (Maurice). De la cholédocotomie. — M. Bresset. Résultats éloignés de la cure radicale dans la hernie crurale. — M. Brasseur. De l'hystérectomie vaginale dans l'inversion utérine puerpérale irréductible. — M. Baldet. Pathogénie du zona. — M. Gachon. Intervention chirurgicale dans les contusions de l'abdomen. — M. Nicolopoulo. Epithéliome primitif de la séreuse vaginale (Un cas d'). — M. Berditchewsky. Les différentes méthodes de rappel à la vie des nouveau-nés en état de mort apparente. Etude analytique et critique. — M. Quetin. — Contribution à l'étude de l'anémie hémorrhoïdaire. — M. Grémillon. Contribution à l'étude des anomalies et complications de la cicatrisation de l'ombilic. — M. Josset. Traitement de la coqueluche par l'hypersulfuration cutanée. — M. Marsan. Contribution à l'étude de la forme rénale de la fièvre typhoïde. — M. Bauzan. Du traitement de l'alcoolisme et de la dipsomanie par la strychnine. — M. Urcelay. De la résistance des petits globules rouges. — M. Odeyé. Influence des modifications utéro-ovariennes sur les affections du corps thyroïde. M. Gallice. Etude sur quelques points de l'histoire des oreillons. — M. d'Argis. De la péricardite blennorrhagique.

Mardi. — M. Bonnemaison. Contribution à l'étude du tatouage chez les aliénés. — M. Lecointre. Etude sur l'hypertrophie du segment postérieur des cornets du nez. — M. Watin. Traitement des coliques hépatiques par l'huile d'olive. — M. Durand. De la maladie dite hémorrhagie pancréatique. — M. Clément. De l'emploi de la sonde à demeure après l'urétrotomie interne. — M. Julien. Contribution à l'étude clinique du cancer de la prostate. — M. Corby. De la pollakurie psychopaltique et de son traitement. — M. Mandour. Kystes hydatiques de l'orbite. — M. Bouquet. Des atrophies utérines post-puerpérales. — M. Potel. De l'accroissement en poids des enfants nés avant terme. — M. Tréheux. Recherches sur l'acidité urinaire après le repas chez l'homme sain et chez les dyspeptiques. — M. Mazeroux. Etude clinique d'une épidémie de scarlatine observée à l'hôpital Necker en 1894. — M. Oppenot. Contribution à l'étude de l'asystolie hépatique. — M. Puech. De la stase gastrique (dilatation, tracé de l'estomac). — M. Maugard. Etude clinique de la régénération fonctionnelle du nerf radial après lésions traumatiques. — M. Jourdan. Etude sur les troubles fonctionnels et trophiques consécutifs aux fractures du radius. — M. Aschkinasi. Les otites moyennes purulentes aiguës en rapport avec les maladies infectieuses. — M. Laniol. De l'antisepsie buccale et de ses applications à l'art dentaire.

Mercredi. — M. Huot. De l'action du salophène dans le rhumatisme articulaire aigu, dans la chorée et dans les névralgies. — M. d'Andrade-Nervès. Essai sur l'influence des états utérins sur le développement de la folie. — M. Gadot. Considérations sur l'action de la teinture de buis dans certaines formes de fièvres intermittentes d'origine épatique. — M. Bailly. Etude sur le diagnostic bactériologique de la lèpre. — M. Muri. Les anévrysmes diffus de l'aorte thoracique. Leur terminaison par rupture à l'extérieur. — Mlle Amy. Essai sur la maladie de Graves-Basedow. — M. Larcher. De la transsonnance thoracique, sa valeur dans le diagnostic de la phthisie pulmonaire au début. — M. Maugue. Contribution à l'étude de la maladie de Raynaud. — M. Lévy (Georges). Essai théorique et clinique sur le traitement des fibromyomes de l'utérus. — M. Romano. Effets dynamogéniques du massage abdominal. — M. Joy. Réflexions sur un cas de brièveté accidentelle du cordon ombilical. — M. Lapique. Sur le dosage du fer dans les recherches physiologiques. — M. Desgrez. De l'influence des sérums sur les variations de quelques éléments urinaires. — M. Nazeile. Contribution à l'étude des fractures chez les épileptiques. — M. Marrel. Les phobies. Etude de psychologie pathologique. — M. Grandguillot. A propos de l'anatomie de trois cas de démence. Essai sur la clinique, la pathogénie, l'étiologie de cette affection ; sur son étiologie surtout dans les tumeurs encéphaliques. — M. Bonnet. Le bilan de l'alcoolique. Etudes sur les dons et les variétés individuelles dans l'intoxication par l'alcool. — M. Bilbilis. Contribution à l'étude du traitement des fistules recto-vaginales. — M. Georgevitch. Essai sur l'étiologie des varices. — M. Guibé. Etude sur l'emploi de l'iodure de potassium dans le traitement de la syphilis. — M. Giraudon. Contribution à l'étude du traitement des brûlures (Emploi du thyol pour leur guérison sans suppuration et sans cicatrices). — M. Mtsakiris. Instruments anciens et nouveaux pour l'intubation du larynx dans le croup. — M. Carrel. Considérations sur le pronostic opératoire et la guérison des sarcomes du fémur. — M. Berdal. Sur un cas de dégénérescence exanthémateuse. — M. Aumont. Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'anémie due au cancer de l'utérus. — M. Defrance. Considération sur la gangrène symétrique (Etiologie et pathogénie). — M. Chompert. Essai sur les gingivites infectieuses.

(*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement de la blennorrhagie chronique chez l'homme.

La blennorrhagie chronique est trop souvent rebelle à la thérapeutique; aussi fait-elle le désespoir des malades et des médecins. Toutefois, il faut reconnaître que, si la blennorrhée est souvent rebelle au traitement, sa persistance tient parfois à ce que ce traitement a été mal dirigé.

L'échec fréquent du traitement est dû en effet à ce que, dans tous les cas, on prescrit une thérapeutique stéréotypée, consistant en injections, en instillations de nitrate d'argent, sans se préoccuper de rechercher si le gonocoque existe encore ou non dans la sécrétion, si des infections secondaires l'accompagnent ou lui ont succédé, sans rechercher enfin quelles sont en profondeur et en étendue les lésions qu'ont déterminées les différentes cultures microbiennes qui se sont développées dans l'urèthre et qui à leur tour les entretiennent en les recélant dans des cryptes, des trajets fistuleux difficilement accessibles.

Ces différentes constatations sont le prélude obligatoire du traitement.

Rechercher le gonocoque est chose facile, nous avons déjà indiqué les moyens de le colorer et les caractères qui permettent de le reconnaître.

Il est de toute nécessité, pour le rechercher, de recueillir la goutte matinale; pour cela, le malade doit ne pas uriner au réveil et venir trouver son médecin aussitôt levé.

Le gonocoque peut ne pas exister dans la goutte ainsi recueillie, mais être cantonné dans des foyers para-uréthraux où il se dissimule. Il est donc nécessaire, après le premier jet d'urine qui a balayé le canal, d'exprimer l'urèthre et la prostate. Si l'on obtient une nouvelle sécrétion par ce moyen, on y recherchera le gonocoque.

Avant d'affirmer définitivement sa disparition de l'écoulement, il faut encore avoir recours à diverses réactions.

La plus simple est l'absorption de quelques verres de bière; mais il vaut mieux faire un lavage de l'urèthre antérieur avec une solution de nitrate d'argent à 1 p. 2000 ou de sublimé à 1 p. 20,000.

Ces lavages n'ont pas seulement pour effet de faire pulluler le gonocoque; ils exercent encore une action thérapeutique en combattant, au moins momentanément, les infections secondaires qui le dissimulaient.

La repullulation gonococcique a lieu en général le lendemain du lavage.

On a proposé encore d'ensemencer la cavité uréthrale à l'aide des produits de grattage des trajets fistuleux et des diverticules para-uréthraux chez les malades qui en possèdent.

Ces préliminaires peuvent paraître étranges au malade, mais il faut lui en faire comprendre la nécessité.

Les infections secondaires peuvent être associées au gonocoque ou bien être isolées. Elles sont très fréquentes, durables et récidivent fréquemment; la muqueuse de l'urèthre se trouvant, du fait de la blennorrhagie, en état parfait de réceptivité pour les autres microbes, et exposée sans cesse à la contamination des microbes de l'air et de ceux des organes génitaux de la femme.

Pour affirmer qu'il y a infection secondaire du canal, il ne suffit pas de constater quelques rares microbes dans la goutte du méat, il faut que ceux-ci s'y montrent très abondants.

L'infection secondaire peut être très localisée ou bien au contraire très étendue; il importe, pour le traitement, de constater ses limites.

Elle peut être localisée à la fosse naviculaire; le fait est très fréquent. Dans ce cas, on trouve des microbes dans la goutte du méat, mais pas dans les filaments de l'urine recueillie en deux verres.

Existent-ils dans les filament du premier verre? On peut conclure que l'urèthre antérieur est également infecté.

Enfin, si les filaments des deux verres présentent des microbes, on doit admettre que l'infection est étendue à la totalité de l'urèthre.

Ce n'est pas tout: la vessie elle-même peut être infectée secondairement. On doit soupçonner l'infection vésicale si l'urine présente un léger trouble qui ne disparaît pas sous l'influence de l'acide acétique et de la chaleur. Laisse-t-on déposer cette urine? On trouve dans le dépôt une quantité considérable de microbes libres ou inclus dans les leucocytes.

La pyélonéphrite peut enfin exister et contribuer à rendre le pronostic réservé, car elle est peu accessible à la thérapeutique.

Telles sont les diverses étapes d'extension en surface des infections secondaires.

Il faut en dernier lieu chercher à se rendre compte du degré d'extension en profondeur des infections dans la muqueuse et les glandes, dans la prostate, les vésicules séminales et les canaux déférents, etc. Le plus souvent, c'est dans ces lésions des annexes qu'il faut chercher la cause de l'insuccès du traitement.

L'explorateur à boule permet d'apprécier les différences d'élasticité et de calibre des diverses parties de l'urèthre; les bougies Béniqué donnent les mêmes sensations et permettent, en outre, de palper la paroi uréthrale, en fournissant un point d'appui. L'expression par le doigt permet de faire sourdre de la profondeur une sécrétion qui renseigne sur l'état de dilatation des glandes de l'urèthre et de la prostate, etc.

Enfin l'examen endoscopique peut être nécessaire pour compléter le diagnostic. Lui seul renseigne sur l'existence de diverses lésions, telles que les granulations, les polypes, les fissures, les abcès glandulaires, etc.

Nous avons envisagé jusqu'ici les écoulements chroniques où l'on trouve des microbes; mais il faut bien savoir qu'il existe des écoulements aseptiques et ce ne sont pas les moins rebelles au traitement. Ces écoulements sont produits par les sécrétions des glandes dilatées et peut-être aussi par l'irritation qu'exerce l'urine sur la muqueuse déjà modifiée par les infections antérieures; la perte d'élasticité de la muqueuse a pour effet de favoriser la rétention dans l'urèthre des dernières gouttes de l'urine; cette rétention uréthrale est une cause d'irritation qui n'est pas négligeable.

Ces considérations préliminaires étaient nécessaires pour montrer que le traitement de la blennorrhagie n'a pas une formule unique, qu'il est complexe et doit répondre à des indications multiples.

Il faut, en effet, pour arriver à guérir une blennorrhagie chronique débarrasser l'urèthre des gonocoques, s'il y a lieu, ainsi que des microbes d'infection secondaire et prévenir le retour offensif de ces infections, rendu facile par l'état du canal; il faut ensuite essayer de modifier les lésions uréthrales tant superficielles que profondes et traiter enfin les lésions localisées.

La *suppression des gonocoques* est la partie du traitement qu'il est le plus facile d'exécuter. On y parvient aisément à l'aide des *grands lavages au permanganate de potasse*, à la condition que le lavage atteigne les foyers extra-uréthraux si fréquents dans la blennorrhagie chro-

nique, c'est-à-dire les diverticules du méat, les végétations, les abcès glandulaires et les trajets fistuleux. Pour cela, il est nécessaire d'exciser les végétations, d'ouvrir largement les abcès des lèvres du méat, de la fosse naviculaire, les diverticules du méat, enfin de masser la prostate et d'exprimer l'urèthre, avant le lavage, afin de bien faire pénétrer le liquide dans les glandes.

On fait un lavage complet de l'urèthre chaque jour avec un litre de solution dont la première moitié sert à laver l'urèthre antérieur et dont la seconde pénètre dans la vessie. Janet (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, juin 1895) recommande de commencer par une solution à 1 p. 4000, d'employer le lendemain une solution plus concentrée (1 p. 2000), se tenir à cette solution jusqu'au 7e lavage et enfin d'utiliser pour les derniers lavages, une solution à 1 p. 1000.

Douze lavages suffisent en moyenne; parfois il est nécessaire d'en faire un plus grand nombre; la modification de l'écoulement qui cesse d'être purulent, mais surtout l'examen microscopique renseignent sur la disparition des gonocoques.

Si ce traitement échoue, il faut en chercher la cause dans la présence d'un foyer extra-uréthral, ouvrir ces foyers s'ils sont accessibles, et avoir bien soin, ainsi qu'il a été dit, de masser l'urèthre et la prostate avant chaque lavage.

Le *traitement des infections secondaires* est déjà moins aisé. Si les gonocoques existent encore, on emploiera les lavages au permanganate en ayant soin d'ajouter aux deux premiers lavages 50 centimètres cubes d'une solution de sublimé à 20 p. 100, pour un litre de la solution de permanganate. Il n'y a aucune incompatibilité chimique entre le sublimé et le permanganate.

L'infection vésicale peut résister aux *lavages de permanganate sublimé*; dans ce cas, qui se présente surtout chez les malades qui ne vident pas leur vessie (Janet), il est préférable de renoncer aux lavages et de remettre à une époque ultérieure la désinfection vésicale que l'on fait avec la *sonde et les lavages au nitrate d'argent* (1 p. 2000) ou les *instillations* de quelques cent. cubes d'une solution de nitrate d'argent à 1/100 ou 5/100.

Les infections secondaires peuvent persister, alors que le gonocoque a disparu.

Dans ce cas il faut avoir recours aux *lavages de sublimé*, deux en tout, espacés de 24 heures, le premier à 1/20000, le second à 1/10000 (Janet).

Ces infections étant supprimées, il faut en prévenir le retour; dans ce but, on prescrit aux malades de faire soigneusement chaque matin une *désinfection du méat* avec un tampon de coton hydrophile imbibé d'une solution de sublimé à 1 pour 2 ou 3,000. Cette désinfection est obligatoire après tout coït.

Si néanmoins une réinfection se produit, annoncée par la recrudescence de l'écoulement, du picotement uréthral, il est nécessaire de revenir aux lavages au sublimé.

Si les infections secondaires se sont étendues profondément aux glandes uréthrales, à la prostate, aux vésicules séminales, les lavages ne suffisent plus à les détruire; il faut s'efforcer de remédier aux lésions qui les abritent; mais chaque tentative opératoire doit être précédée immédiatement d'un lavage au sublimé.

Signalons brièvement les moyens dont on peut disposer pour traiter les *lésions*.

Quand l'uréthrite chronique est récente, que par suite les lésions sont encore superficielles et constituées par une infiltration embryonnaire, sans néoformation fibreuse, Janet recommande d'employer encore dans ce cas les *grands lavages au permanganate*, même si les gonocoques ont disparu. « Par l'afflux de sérosité qu'ils provoquent dans la muqueuse, son retrait dans l'intervalle des lavages et par l'exagération de la sécrétion glandulaire, la muqueuse se trouve pour ainsi dire balayée de ses éléments embryonnaires, c'est un véritable massage automatique de la muqueuse. » (Janet)

On peut encore faire des *instillations de nitrate d'argent* (une vingtaine de gouttes d'une solution à 1 ou 5 pour 100 dans l'urèthre postérieur, et 10 à 20 gouttes en différents points de l'urèthre antérieur). Lavages ou instillations seront espacés; on ne les fera que deux à trois fois par semaine.

Dans le cas de lésions anciennes avec sclérose de la muqueuse uréthrale, les moyens précédents ne suffisent plus, car ils ne peuvent exercer leur action qu'à la superficie. Il faut alors avoir recours à la *dilatation*.

La dilatation doit être précédée d'un lavage de l'urèthre et de l'injection dans la vessie d'une solution de sublimé à 1/20000; aussitôt la dilatation faite, le malade évacue sa vessie.

On fait la dilatation avec une série de trois béniqués stérilisés à l'eau bouillante; le dernier doit rester en place le plus longtemps possible. Deux à trois séances par semaine de dilatation suffisent. Il faut pousser la dilatation au plus haut point possible.

L'endoscopie permet enfin de traiter les *lésions localisées* telles que les polypes, les lacunes, etc.

Le malade a suivi les traitements qui viennent d'être indiqués. Est-il en état de se marier? Telle est la question qu'il pose et à laquelle il importe de répondre avec précision.

Il est exceptionnel qu'avec les lavages, le massage de la prostate, la destruction des foyers extra-uréthraux, on ne parvienne à détruire définitivement les gonocoques; mais il n'en est pas de même des infections secondaires. Les métrites, les salpingites, si fréquentes chez les jeunes mariées, sans être précédées par les symptômes habituels de la blennorrhagie et sans que l'on puisse retrouver le gonocoque chez les maris, s'expliquent par la transmission des infections secondaires.

Celles-ci, il est vrai, disparaissent souvent grâce au traitement, laissant seulement l'urèthre en état de réceptivité. Aux malades désinfectables, le mariage est donc permis, à la condition de faire des lavages quotidiens du méat après le coït et de se désinfecter à nouveau s'il y a lieu.

Mais les infections secondaires peuvent aussi être absolument rebelles, c'est-à-dire céder momentanément aux lavages, pour reparaître dès qu'on supprime ceux-ci. Les malheureux que l'on ne peut débarrasser de leurs infections secondaires, ne peuvent songer à se marier.

G. L.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hopital Trousseau, M. Broca.

Luxation bilatérale de l'axis en avant par choc direct sur la nuque. — Paralysie progressive des deux membres supérieurs. — Extension continue. — Guérison; travail adressé par le Dr Braquehaye, ancien interne des hôpitaux de Paris, à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux.

O... (Blanche), onze ans, est amenée à la consultation (hôpital Trousseau, service du professeur Lannelongue, suppléé par M. Broca), le 27 décembre 1894. Cette enfant, dont

les antécédents héréditaires sont excellents, a toujours eu jusqu'ici une très bonne santé. Elle est actuellement très vigoureuse pour son âge.

Elle nous raconte que le 21 décembre 1894, étant en récréation, elle s'assit brusquement sur un banc, contre le dossier duquel elle heurta violemment sa nuque. Elle ressentit aussitôt une douleur aiguë dans la région cervicale supérieure. Sa tête, immobilisée, restait légèrement fléchie en avant et la petite malade remarqua qu'il persistait une douleur vive à la partie supérieure de la nuque, dont l'acuité augmentait au moindre attouchement. En même temps, elle accusait des fourmillements dans les membres supérieurs.

Cependant, elle resta en classe toute la journée sans se plaindre. Le soir, quand elle rentra chez elle ses parents remarquèrent que son cou était raide. Au lit, elle ne pouvait se tenir que dans le décubitus dorsal, le décubitus latéral étant très douloureux.

Elle continua cependant encore à aller à l'école le 22 et le 23 décembre ; mais dans la soirée du 23, elle sentit une gêne de la main droite qui l'empêcha de faire ses devoirs.

Le 24, le membre supérieur droit était complètement paralysé.

Le 25, le membre supérieur gauche se prenait à son tour. Elle vit alors un médecin, qui prescrivit des frictions à l'alcool camphré et une potion avec du bromure de potassium, ssns aucun résultat d'ailleurs.

Le 26, elle fut à la consultation de Lariboisière, d'où on l'adressait à l'hopital Trousseau.

Le 27, lorsque nous la voyons, elle présente les symptômes suivants : La tête et le cou sont raides, immobilisés dans la flexion. Les mouvements spontanés sont impossibles et les mouvements provoqués causent de la douleur.

A l'examen, on constate qu'en arrière il y a une légère dépression semblant correspondre à l'apophyse épineuse de l'axis. Il existe, nettement localisée à ce point, une douleur manifeste, moins vive, nous dit la malade, que pendant les quelques jours qui ont suivi l'accident.

Par le toucher pharyngien, ont sent une saillie transversale, à arête bien marquée, correspondant à la ligne prolongée de la voûte palatine dans la rectitude de la tête. Cette saillie surplombe la paroi pharyngienne postérieure située au-dessous. Pas d'ecchymose pharyngée.

Il existe, en outre, une paralysie des deux membres supérieurs, qui pendent flasques le long du corps; les doigts dans un léger degré de flexion.

Des deux côtés, il y a une hyperesthésie notable à la piqûre avec conservation complète des sensations de tact et de température.

Le diaphragme fonctionne normalement.

Du côté des membres inférieurs, il n'existe aucun symptôme de compression médullaire.

Le jour même de son entrée, elle est mise à l'extension avec un poids de 1 kilo à la tête et de 2 kilos aux pieds.

Dès le lendemain 28 décembre, on voit apparaître quelques mouvements dans les doigts de la main gauche.

Le 29, la motilité revient dans les doigts de la main droite Il n'existe plus de douleur à la pression en arrière.

Le 31, les membres supérieurs des deux côtés commencent à se mouvoir. La petite malade peut serrer légèrement avec ses mains. La tête redevient mobile à son tour.

L'hyperesthésie à la piqûre persiste encore à droite et à gauche, comme au premier jour.

Les jours suivants, l'amélioration continue.

Quand elle quitte le service, le 18 janvier 1895, la tête est mobile. Il n'y a plus de flexion permanente.

Les mouvements des membres supérieurs sont revenus et la sensibilité est normale.

On sent encore par le toucher pharyngien, la saillie transversale dont nous avons parlé ; mais elle est moins marquée qu'au premier jour.

Cette petite malade était bien atteinte d'une luxation de la colonne cervicale.

Il ne saurait, en effet, être question ici d'une simple entorse puisqu'il y avait saillie d'un corps vertébral à la paroi postérieure du pharynx.

La marche de l'affection, la rapidité de la guérison, nous permet d'éliminer le diagnostic de fracture et de luxation pathologique. Il s'agit donc d'une luxation traumatique bilatérale, car 1° la saillie pharyngienne était nettement transversale; 2° il n'y avait pas de rotation de la tête.

En outre, d'après le siège de la saillie pharyngienne au niveau du prolongement du plan de la voûte palatine, nous nous croyons en droit d'affirmer — malgré l'extrême rareté du fait et bien que l'heureuse issue de notre cas ne nous ait pas permis de le constater directement — que nous étions en présence d'une luxation de l'axis en avant.

Cette observation est intéressante à plusieurs titres :

1° Il s'agit d'un cas extrêmement rare, dont nous n'avons trouvé aucun autre exemple dans la littérature médicale ;

2° Ce fait nous démontre l'importance du toucher pharyngien dans le diagnostic des lésions de ce genre;

3° Il nous fait voir encore que, dans ces cas, l'extension continue donne de meilleurs résultats que les tentatives de réduction, si graves, lorsque les lésions siègent au voisinage du bulbe.

REVUE DES CONGRÈS

(*Congrès tenu à Paris du* 6 *au* 9 *mai* 1895.)

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE

(*Fin.*)

Des manifestations oculaires graves de la syphilis et de leur traitement.

M. Abadie (Paris). — Par manifestations graves de la syphilis, j'entends celles qui frappent la choroïde, la rétine et le nerf optique, qui évoluent rapidement et qui, abandonnées à elles-mêmes ou incomplètement soignées, amènent la perte de la vue. Ces manifestations sont toujours tardives et se développent, dix, quinze, vingt ans et plus après l'accident initial. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'elles sont précoces et éclatent pendant la période secondaire. La plupart du temps les accidents primitifs ont été insignifiants.

Les accidents oculaires, tardifs et graves, ne guérissent pas avec les moyens thérapeutiques ordinaires (mercure à l'intérieur). Il ne faut pas seulement guérir le malade, mais il importe de l'empêcher de perdre la vue, en le guérissant avant que des lésions irrémédiables se soient produites dans le nerf optique. A ce point de vue, je ne connais rien de plus actif que les injections sous-cutanées et mieux encore, que les injections intra-veineuses qui n'occasionnent jamais d'accidents; j'ai du reste exposé cette méthode à la Société française de syphiligraphie (*Mercredi médical*, 1895, p. 255).

M. Galezowski. — La méthode des injections sous-cutanées n'est pas nouvelle : c'est Bacelli qui les a pratiquées le premier. Elles ne sont pas aussi inoffensives que M. Abadie le prétend, car à Buda-Pesth, où elles ont été expérimentées, on a signalé plusieurs accidents consécutifs (abcès, phlébites).

M. Abadie présente un malade dont la vue est perdue depuis huit ans et chez qui des rechutes fréquentes se manifestent. Il fait des injections jusqu'à ce qu'il se produise de l'amélioration, puis il interrompt le traitement, pour le reprendre ensuite. Or, les choroïdites syphilitiques ont une évolution régulière et progressive; il est par conséquent de la plus grande importance que le traitement ne soit jamais interrompu et soit poursuivi pendant une période de deux années consécutives, ainsi que je l'ai exposé à plusieurs reprises déjà, et dernièrement à la Société de syphiligraphie (*Bull. méd.*, 1895, p. 402). Les améliorations obtenues au bout d'un temps relativement court, ne correspondent pas à la guérison du processus, qui reste latent et peut reprendre sa marche offensive si on ne continue pas à le combattre jusqu'à ce qu'il soit complètement éteint.

M. Chibret. — La supériorité des injections en général sur les autres modes de traitement est reconnue, de même que son innocuité. Il faut se préoccuper sérieusement d'interrompre de temps en temps l'administration du mercure, afin de surveiller son élimination. Car son usage prolongé amène souvent des accidents d'intoxication, surtout chez les malades d'un certain âge et chez ceux dont les reins fonctionnent imparfaitement.

C'est à M. Abadie que revient le mérite d'avoir préconisé et vulgarisé la méthode des injections, indépendamment de la priorité du procédé qui peut appartenir à d'autres. A M. Galezowski, revient celui d'avoir toujours et partout insisté sur la prolongation du traitement par le mercure. Il estime que le traitement doit être appliqué pendant deux ans consécutifs; mais il en faut quelquefois quatre et même plus. Il faut notamment surveiller ce que j'appellerai les tournants de la syphilis, qui se produisent entre quarante et cinquante ans, époque critique de la maladie, où apparaissent les accidents tardifs, chez les malades qui se croient guéris depuis longtemps.

M. de Wecker. — Nous devons agir dans la syphilis oculaire, comme dans la syphilis générale. Dans l'une comme dans l'autre, il est élémentaire de prolonger le traitement, et cette prolongation n'est pas spéciale aux manifestations oculaires.

M. Sulzer (Genève). — Les injections de sels insolubles de mercure sont dangereuses.

M. Parisotti. — J'ai pratiqué des injections intra-veineuses et n'ai jamais eu d'accidents qui sont seulement imputables à une technique défectueuse.

M. Darier. — Je pratique les injections sous-cutanées avec une seringue de 5 cc. et une solution de cyanure de mercure dans du sérum artificiel, qui agit avec une grande rapidité.

M. Abadie. — Je ne revendique aucune priorité pour les injections intra-veineuses, sachant, comme tout le monde, que c'est Bacelli qui les a essayées le premier. Je m'étonne, ainsi que M. Parisotti, de voir signaler des accidents sérieux, qui doivent être mis sur le compte d'une pratique défectueuse.

Nouvelle application des verres toriques à la correction de certaines formes d'astigmatisme irrégulier.

M. Javal (Paris). — Un tore est un anneau engendré par un cercle qui tourne autour d'une droite située dans le plan de ce cercle. Un verre torique est celui dont une des surfaces est un segment de la zone équatoriale d'un tore et par suite de la différence de courbure de ses deux méridiens, il agit à la façon d'un verre sphéro-cylindrique, mais avec cette avantage qu'il est plus périscopique.

En taillant un verre dans la zone polaire d'un tore, on a un cylindre courbé, qui donne une ligne focale courbe au lieu de la ligne focale droite des verres cylindro-sphériques. Ces verres toriques polaires améliorent la vision dans les cas d'astigmatisme irrégulier. Les yeux décentrés sont plus communs qu'on ne le pense. De même qu'il existe toujours un peu d'astigmatisme physiologique, il y a dans presque tous les yeux un peu de décentration, c'est-à-dire d'astigmatisme irrégulier négligeable et cela non seulement à la suite de certaines affections de la cornée, mais physiologiquement. Les cas prononcés sont rares, mais les cas légers sont très fréquents et il est intéressant d'étudier cette question.

Sur le meilleur mode de traitement des hernies de l'iris.

M. Grandclément (Lyon). — Dans les hernies de l'iris consécutives à l'opération de la cataracte, une opération est indispensable. L'excision offre des dangers, la cautérisation au galvano-cautère est douloureuse. Le procédé opératoire que j'ai adopté consiste en une incision transversale de la tumeur.

M. Chibret. — Je suis partisan de l'opération de M. Grandclément. Mais il est bon de prévenir les hernies de l'iris par une iridectomie ou une sphinctérotomie pratiquées dans certains cas particuliers.

NOUVELLES

Corps de santé militaire. — Ont été promus aux grades de : *Médecins majors de 1re classe* : MM. de Casabianca, Jagot-Lacoussière, Christy.

Médecins majors de 1e classe : MM. Lejeune, de Vernejoul, Trouillet, Ravoux.

Medecins aides-majors de 1re classe : M. Marrel, Herr.

Paquets hygiéniques. — La ville de Montpellier est, croyons-nous, la première en France qui ait réglementé le mode de pliage que les marchands doivent employer pour les denrées alimentaires. Un arrêté municipal, exécutoire depuis quelques mois, interdit l'emploi de tous les papiers de couleur; il ne tolère l'usage des papiers imprimés ou manuscrits non maculés que pour le pliage des légumes secs, raciness ou tubercules : toutes les autres matières alimentaires ne peuvent être enveloppées que dans des papiers de pliage *neufs*, soit blancs, soit paille.

Distinctions honorifiques. — Les médailles suivantes ont été remises, le 12 juillet, à l'Hôtel-Dieu, par le Président de la République : *Médailles d'argent* : Mmes Alande, surveillante à la Salpétrière; Cottin (sœur Saint Jacques), à Saint-Louis; Graby, surveillante à la Pitié; Reimond (sœur Saint-Ignace) à l'Hôtel-Dieu; M. Saingest, suveillant à Bicêtre.

Médailles de bronze : Mmes Colbe, surveillante à Saint-Antoine; Cuillère, surveillante à Bicêtre; Nivromont, surveillante à Bichat.

Ecole d'hydrologie médicale. — Une Ecole d'hydrologie médicale, avec un laboratoire de chimie médicale et hydrologique, créée sur l'initiative de M. le docteur Garrigou, chargé du cours d'hydrologie à la Faculté de médecine de Toulouse, sera ouverte à Luchon le 15 juillet 1895.

Cette Ecole offre *sept places absolument gratuites* aux élèves les plus méritants des Facultés ; en outre, tous les étudiants en médecine ainsi que les docteurs récemment reçus qui voudront aller à Luchon à leurs frais seront admis à suivre gratuitement l'enseignement donné dans cette Ecole, à laquelle sont attachés neuf professeurs. L'enseignement principal (clinique médicale hydrologique) est confié à M. Garrigou.

École de médecine de Tours. — M. le docteur Guibbaud, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est nommé professeur de physiologie.

École de médecine de Caen. — M. Gosselin, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, et M. Gramond, suppléant de la chaire de pharmacie et de matière médicale, sont prorogés dans leurs fonctions pour une durée de trois ans.

Des médailles d'argent ont été décernées à MM. Chabry et Terrien, internes des hôpitaux de Paris : Ont contracté la diphthérie dans l'exercice de leurs fonctions.

Au Palais. — M. Anastay, le père du jeune officier qui assassina il y a quelques jours environ la baronne Dellard, était poursuivi cet après-midi devant la 10e Chambre correctionnelle pour exercice illégal de la médecine. Il tenait, en effet, sous le nom de docteur Armand, un cabinet médical où étaient traitées certaines maladies spéciales. M. Anastay a été condamné à 1,000 francs d'amende.

Bureau central en chirurgie. — Le concours vient de se terminer par la nomination de MM. Sebileau et Faure.

Légion d'honneur. — Ont été promus et nommés :

Commandeurs : MM. Tillaux, Chauveau, Brassac (marine).

Officiers : MM. Nicaise, C. Paul, Luys, Marc Sée, Vincent (marine); Trucy (colonies.)

Chevaliers : MM. Delens, Ferrand, Landrieux, Kirmisson, Audigé, Leboucq, Gillebert d'Hercout, Lecaudey ; Parnet (colonies) ; Lombard, Bourguignon, Julien-Laferrière, Gorron, Fruitet, du Bois Saint-Sevrin, Laugier (marine).

Hôpitaux de Paris. — *Concours du prosectorat.* — Le jury est provisoirement composé de MM. Campenon, Duplay, Farabeuf, Galliard, H. Gombault, Lannelongue et Quénu.

Création de l'adjuvat d'anatomie à l'amphithéâtre de Clamart. — On sait que les étudiants affluent à la Faculté de Médecine de Paris, et que l'Ecole pratique est devenue insuffisante et ne peut plus faire face aux besoins d'aussi nombreux élèves. Aussi après de nombreux échanges de vues entre la Faculté de Médecine et les Hôpitaux, a-t-il été décidé d'un commun accord que deux cents étudiants en médecine seront adressés par la Faculté à l'amphithéâtre des hôpitaux.

Pour faire face à ces nouvelles charges, il a été décidé que les deux professeurs de Clamart verraient leur traitement augmenté et porté à la somme d 3,000 francs, ce supplément de solde étant payé par le ministre de l'instruction publique. De plus, deux places d'aide d'anatomie vont être créées et ces aides d'anatomie pourront concourir au prosectorat de la Faculté de médecine. Le concours de l'adjuvat de Clamart se composera des mêmes épreuves que celui de la Faculté. Il aura le même jury que le prosectorat et les deux concours se suivront.

Ecole de médecine de Tours. — Par arrêté ministériel, en date du 6 juillet 1895, un concours s'ouvrira le 13 janvier 1896, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie près de l'Ecole de médecine de Tours.

Les étudiants des écoles annexes de médecine. — En raison de la réorganisation des études médicales et de l'institution d'un certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, le ministre de la marine, après avoir consulté le ministre de l'instruction publique, a adopté les dispositions suivantes relatives aux étudiants en médecine qui solliciteraient, en novembre prochain, de redoubler une année d'études dans les écoles annexes :

Comme les années précédentes, ces étudiants pourront, sur la proposition du préfet maritime, obtenir l'autorisation de redoubler; mais ils cesseront d'être soumis au régime de 1878 et suivront le nouveau régime dont l'application est fixée au 1er novembre.

Toutefois, d'après l'avis du ministre de l'instruction publique, les étudiants ayant suivi avec succès le premier examen de doctorat pourront seuls être admis à redoubler leur première année en vue du concours de 1896 pour l'école de Bordeaux; en second lieu, s'ils échouent à ce concours, ils ne pourront se prévaloir de la seconde année faite dans les écoles annexes pour demander, en novembre 1896, à être inscrits dans une faculté ou une école de médecine comme étudiants de troisième années à douze inscriptions.

Etudiants étrangers. — Sont nommés membres de la commission instituée par le ministre de l'instruction publique en vue d'examiner les demandes d'équivalence et de dispense formées par les jeunes gens de nationalité étrangère qui désirent être inscrits dans les Facultés et Ecoles de médecine comme aspirants en grade de docteur en médecine : MM. Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris; Darboux, doyen de la Faculté des sciences de Paris; Gréard, vice-recteur de l'Académie de Paris; Himly, doyen de la Faculté des lettres de Paris; Lannelongue, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Liard, directeur de l'enseignement supérieur; Tannery, maître de conférences à l'Ecole normale supérieure; Généres, chef de bureau à la direction de l'enseignement supérieur, secrétaire; Soulès, sous-chef, secrétaire-adjoint.

La réclame médicale. — La Chambre des médecins de Vienne a discuté récemment au delà de quelles limites la réclame devait être interdite aux médecins et elle a adopté les articles ci-dessous comme formant Code en la matière.

Un médecin commet une faute contre la dignité professionnelle par un des actes suivants :

1° Faire ou laisser faire ou ne pas empêcher de faire (si c'est possible) des annonces dans les journaux (à l'exception des journaux médicaux), les affiches, les indicateurs, les guides, les annuaires (sauf ceux médicaux), les feuilles volantes, les circulaires et autres imprimés.

Cette règle ne s'applique pas à l'annonce dans les journaux, répétée trois fois au plus, ni à l'envoi unique d'une circulaire pour faire connaître l'établissement d'un médecin, son retour après une longue absence ou son changement de demeure. Dans ce cas l'annonce ne doit se composer que du nom, du grade académique, du titre médical légal, de l'indication de la spécialité, de l'adresse et de l'heure des consultations;

2° Publier ou laisser publier les lettres de remerciements et les attestations de reconnaissance de personnes soignées par lui;

3° Recommander directement ou indirectement dans des brochures et publications populaires ses propres services, un médicament ou un procédé portant son nom en opposant ces services, médicament, procédé à ceux des autres médecins;

4° Donner une remise aux sages-femmes, garçons d'hôtel, commissionnaires, concierges, etc., pour les malades adressés;

5° Attirer sur soi l'attention du public au moyen d'enseignes charlatanesques;

6° Faire connaître d'une façon charlatanesque l'établissement médical qu'on possède ou que l'on dirige.

Laboratoire départemental de bactériologie de la Somme. — Plus heureux que bien d'autres, ce département possède un laboratoire qui du 18 janvier au 1er mai 1895 a distribué gratuitement aux médecins de la Somme 58 flacons de sérum de 10 centimètres cubes, et a effectué 102 diagnostics, portant sur 58 cas de diphthérie pure ou associée et 44 cas d'angine non diphthéritique, la plupart à streptocoques et à staphylocoques. La proportion de la diphthérie sur le nombre des cas examinés est donc de 56,86 0/0, et la proportion des angines non diphthériques est de 43,14 0/0 (*Gaz. de Picardie*).

L'Académie des sciences a élu M. Engelmann (d'Utrecht), membre correspondant de la section de médecine et de chirurgie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 juillet 1895.

Présidence de M. Empis.

Election.

M. Azam (Bordeaux) est élu associé national par 47 voix sur 55 votants, contre 4 à M. Heurtaux (Nantes), 2 à M. Delore (Lyon), 1 à M. Paulet (Montpellier) et 1 bulletin blanc.

Prophylaxie de l'alcoolisme.

M. Bergeron. — Si je me suis associé aux vœux de M. Laborde et à leurs considérants, c'est qu'ils sont au fond tout à fait conformes à ceux sur lesquels dès 1870, quelques semaines à peine avant la guerre, j'avais proposé à l'Académie d'émettre un avis favorable. A cette époque cependant le fléau de l'alcoolisme ne paraissait pas si menaçant qu'aujourd'hui; aucune mesure sérieuse n'a été prise encore pour enrayer ce fléau; les droits sur l'alcool ont à 25 francs près atteint le chiffre invraisemblable dont je parlais en 1871. Il est de toute évidence qu'on n'arrivera à un résultat sérieux que si l'on écarte du buveur novice, plus encore que du buveur endurci, l'occasion de développer et de satisfaire sa passion.

La vie est surtout rude pour l'ouvrier qui peine et si l'alcool ne devait lui faire perdre ses forces, son intelligence et tout sentiment moral, il faudrait être indulgent pour l'irrésistible besoin qui le pousse à chercher dans les liqueurs alcooliques les illusions qu'elles lui ont procurées à petites doses au début, mais que peu à peu il ne parvient à retrouver que par des doses croissantes et que jamais ne lui donneront ni le thé, ni le café à quelque bas prix qu'on les lui livre. Et d'ailleurs les habitudes mêmes de la vie des classes élevées ne les conduisent-elles pas trop souvent à de semblables résultats. Mais l'ouvrier qui, lui aussi, veut festoyer comme les bourgeois ne peut boire que de mauvais vins alcooliques avec des flegmes, ou des liqueurs dont les essences augmentent les funestes effets et l'amènent à une ivresse brutale, trop souvent féroce.

La loi du 17 juillet 1880, qui a abrogé le décret de 1851, exigeant pour l'ouverture d'un cabaret l'autorisation préfectorale, a été funeste, car, à partir de ce moment, le nombre des débits s'est élevé de 56,000. Il est aujourd'hui par toute la France de 460,000, dont 27,000 pour Paris seul ; l'abrogation de cette loi est donc une œuvre qui devait tenter le patriotisme du Parlement. M. J. Reinach a proposé de soumettre tout au moins les nouveaux débits à une autorisation préalable. Je voudrais qu'on exigeât des débitants un droit de licence très élevé et qu'on ne le leur accordât que si les autorités compétentes en constataient la nécessité ou se trouvaient en présence de garanties morales indiscutables ; je voudrais qu'on leur interdît de vendre des alcools à crédit, toute dette contractée de ce chef étant déclarée nulle ; de débiter des spiritueux à des enfants de moins de quinze ans ou à des personnes ivres et enfin qu'on les rendît responsables des désordres qui pourraient se produire dans leur établissement sous peine d'amende ou même d'emprisonnement. Je voudrais encore qu'on leur imposât, par la crainte d'inspections et d'analyses fréquentes, l'obligation de ne vendre que des alcools complètement rectifiés. Je voudrais enfin qu'on refusât, de la manière la plus absolue, toute licence aux maisons de commerce ou aux boutiquiers autres que les cabarets et les débits de boissons proprement dits.

M. Laborde commence, sur l'expérimentation physiologique des alcools d'industrie et leur toxicité, une communication qui sera analysée après son achèvement dans une prochaine séance.

Désorganisation du corps vitré, cécité, électrolyse.

M. Ch. Abadie présente un malade, âgé de 32 ans, qui, jusqu'au 1er janvier 1894, avait toujours été bien portant et plein de force et de santé. A cette date il se mit dans une violente colère.

Une heure après, sa vision commença à s'obscurcir et dans l'espace de deux à trois heures elle disparut complètement. Aucun examen immédiat du fond de l'œil n'ayant été pratiqué à ce moment, aucun diagnostic ferme ne put être établi. Il est probable que des hémorrhagies intra-oculaires se produisirent qui désorganisèrent le corps vitré.

Quoi qu'il en soit, à partir de ce moment, la vision fut complètement abolie à droite et à gauche. Il ne restait qu'une faible perception lumineuse quantitative. Ce malade vint à Paris et il fut soigné par plusieurs spécialistes par des moyens purement médicaux mais sans résultat appréciable. Pensant qu'à la suite d'hémorrhagie intra oculaire, le corps vitré désorganisé avait perdu sa vitalité, M. Abadie fit pénétrer dans le corps vitré de l'œil gauche une fine aiguille, en platine iridié, de 0.008 mm. de longueur. Cette aiguille fut mise en contact avec le pôle positif d'un appareil à courant continu dont le pôle négatif était appliqué au bras. Puis, pendant cinq minutes on fit passer un courant d'environ trois à quatre milliampères. Le lendemain, le malade commençait à compter les doigts, et le fond de l'œil, jusqu'alors tout à fait obscur, devenait éclairable à l'ophthalmoscope. Depuis un mois que cette opération a été faite, la vision a été toujours en s'améliorant ; ce malade se conduit seul, il voit les noms des rues et les numéros des maisons. Quant à l'œil droit, auquel on n'a pas encore touché, il est resté dans la même situation qu'auparavant, c'est-à-dire sans perception qualitative et le corps vitré trouble et opaque.

M. Abadie a appliqué depuis ce même traitement à un autre malade qui se trouvait dans des conditions analogues, ayant eu le corps vitré désorganisé par des hémorrhagies successives ; il a guéri également.

Actinomycose.

M. Meunier lit une note clinique sur les quatre cas d'actinomycose cervico-faciale, dont trois inédits, qu'il a observés dans la ville de Tours. Il se range à l'avis de Poncet (de Lyon), relativement à la fréquence de cette maladie.

Il insiste sur les symptômes extérieurs, la disposition étalée de la tuméfaction, l'induration compacte des tissus, la coloration violacée de la peau, l'aspect et la texture fongueuse des abcès superficiels, caractères qui font à cette maladie encore peu connue, une individualité incontestable, et permettent de la différencier des lésions d'origine dentaire, tuberculeuses, syphilitiques et cancéreuses de la région.

Les granulations mycosiques dont la constatation est indispensable au diagnostic sont parfois difficiles à reconnaître en raison de leur petitesse et de leur rareté.

Cette affection, qui peut être très grave, guérit promptement par l'iodure de potassium, comme une lésion syphilitique. Ici on se tromperait si l'on jugeait que la nature du traitement indique par ses bons effets la nature de la lésion.

Comité secret.

Sur le rapport de M. Bucquoy, l'Académie fixe comme suit la liste des candidats au titre de correspondant étranger dans la première division : 1° M. Perroncita (de Turin), 2° M. Adamkiewicz (de Vienne), 3° M. Coin (de Buenos-Ayres.)

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 13 *juillet* 1895.

PRÉSIDENCE DE M. BRAULT.

Sarcome du rein chez un enfant.

M. Lantzenberg présente une énorme tumeur du rein droit trouvée chez un enfant de deux ans. Hématurie antérieure, développement considérable de l'abdomen avec circulation collatérale, présence d'une tumeur dans le flanc droit, tels ont été les symptômes cliniques. La mort est survenue à la suite d'accidents pulmonaires. L'autopsie montra une énorme tumeur du rein droit, de consistance encéphaloïde et quelques noyaux secondaires dans le foie et dans les plèvres.

Plaque de méningo-myélite dans une moelle de tabétique.

MM. Nageotte et **Lenoble** rapportent l'histoire d'un individu tabétique et paralytique général. Pas de syphilis dans les antécédents. Le cerveau présentait les altérations pathognomoniques de la paralysie générale ; la moelle, en plus des lésions tabétiques, présentait dans le cordon latéral gauche une petite plaque de méningo-myélite non systématique et sans dégénérescence secondaire ascendante ou descendante.

Rupture du cœur.

M. Guillemot présente le cœur d'une femme morte subitement dans le service du docteur Brault à l'hôpital Tenon. Depuis quelque mois, cette femme présentait des accidents de petite asystolie : œdème malléolaire, palpitations, douleurs pseudo-angineuses. Ce sont ces accidents qui l'amènent à l'hôpital. Elle meurt subitement en quatre à cinq minutes.

L'autopsie montra un épanchement sanguin dans le péricarde, occasionné par une rupture du ventricule gauche. Le muscle dans toute cette région était très altéré, ramolli ; ces altérations avaient été occasionnées par l'obstruction de la coronaire antérieure par un thrombus fibrineux.

Apoplexie pancréatique.

MM. Chantemesse et **Griffon** rapportent l'histoire d'une femme, prise subitement de douleurs abdominales atroces, sans irradiations bien nettes. La mort survint par le fait d'accidents pulmonaires. A l'autopsie on trouva de très nombreux foyers hémorrhagiques dans l'arrière cavité des épiploons, à l'entour du pancréas, au niveau du grand cul-de-sac de l'estomac. Le pancréas lui-même était peu atteint. Sur les coupes les artères présentaient quelques altérations, mais pas d'hémorrhagies. Ces hémorrhagies doivent probablement reconnaître, comme cause, des oblitérations des artères qui proviennent du tronc cœliaque. L'artère splénique n'a pu être retrouvée et l'artère hépatique présentait un thrombus dans son intérieur.

Rein mobile.

M. Legueu rapporte l'autopsie d'une femme qui présentait pendant sa vie une mobilité très grande des reins. Il insiste particulièrement sur les points suivants :

1° Absence d'anomalies vasculaires. Allongement des

artères rénales. La droite mesurait 11 centimètres et la gauche 13 centimètres.

2° Le péritoine était normal, simplement soulevé. La capsule fibreuse du rein était conservée mais agrandie et amincie à sa partie inférieure.

3° L'uretère était infléchi et coudé, mais les coudures restaient mobiles et perméables. Aussi le rein ne présentait-il pas d'hydronéphrose. Ce n'est que dans les cas où les coudures de l'uretère sont fixes que la perméabilité disparaît et que survient alors l'hydronéphrose.

Gomme du cœur.

M. de Massary présente les pièces d'une femme morte d'asystolie et qui présentait à la partie supérieure du ventricule gauche une gomme grosse comme un œuf de pigeon. On ne peut se prononcer d'une façon absolue sur la nature de cette gomme; l'absence de bacilles, de follicules tuberculeux et de cellules géantes, permettent de penser qu'il s'agit plutôt d'une gomme syphilitique.

Nerfs du foie.

M. Azoulay montre des préparations faites d'après la méthode de Golgi, et à l'aide desquelles on peut très bien suivre le trajet des nerfs dans le foie et voir leurs terminaisons.

Dégénérescence amyloïde des viscères.

MM. Lafitte et **Brouardel** rapportent l'histoire d'un vieux paludéen, présentant un ictère chronique et mort de cachexie. L'autopsie montra une dégénérescence amyloïde de la rate, des reins et du foie. Le foie présentait également un degré très avancé de cirrhose. Les travées scléreuses partaient des parois de la veine porte, et se trouvaient ainsi avoir le même centre que la dégénérescence amyloïde, qui était uniquement périportale.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 13 juillet 1895.

Présidence de M. Féré.

Importance de la porte d'entrée dans les intoxications microbiennes.

M. Charrin. — Lorsqu'on incorpore dans l'organisme une substance microbienne, une toxine, les effets varient avec le point d'inoculation. La toxine pyocyanique par exemple ne provoque aucun phénomène lorsqu'elle est ingérée par l'animal; introduite directement dans la circulation générale à dose bien moindre, elle provoque une diarhée violente avec ulcérations et hémorrhagies intestinales.

Ce fait a été vérifié pour 11 infections : pour le choléra, l'infection pneumococcique, la fièvre typhoïde, etc. M. Charrin, qui vient de constater le même fait pour les toxines du tétanos, en conclut que certaines diarrhées ne relèvent pas d'une lésion primitive de l'intestin, mais plutôt d'une cause d'origine centrale.

M. Langlois demande si, dans l'absence des effets toxiques, quand les toxines sont introduites dans l'intestin, il ne faut pas faire intervenir l'action protectrice du foie?

M. Charrin ne nie pas l'action protectrice du foie, mais les effets sont si différents que cette action n'intervient que pour une part seulement, dans l'absence des phénomènes toxiques.

M. Richet admet également que certaines diarrhées peuvent être d'origine centrale et indépendantes de toute lésion ou excitation de la muqueuse intestinale. Il est de ces diarrhées comme des vomissements qu'on peut provoquer par l'injection sous-cutanée de certaines substances.

Etiologie de la grippe.

M. Trouillet (de Grenoble). — Depuis le 26 novembre 1893 et d'une façon continue, je me suis occupé de recherches expérimentales sur la grippe afin d'établir à quel agent pathogène on avait affaire dans cette affection et quels étaient les caractères de cet agent. Ces recherches ont eu lieu au laboratoire de bactériologie de l'école de médecine de Grenoble.

Après avoir examiné cent malades cliniquement atteints de la grippe, après avoir inoculé et observé trente et un animaux, fait des cultures en série jusqu'à la vingt-troisième avec le même point d'origine et noté leur virulence, après avoir cultivé le germe morbide dans le bouillon, sur gélose, sur gélatine, sur sérum, sur pomme de terre, dans le lait; après avoir inoculé des cultures faites sur ces différents milieux et pratiqué ou suivi vingt autopsies humaines et celles de trente animaux, je suis arrivé aux conclusions suivantes :

1° Que la grippe est une affection due à un micro-organisme spécial qui se présente à l'état de diplocoque, de bacille et de streptobacille suivant le cas. Dans le sang des grippés il existe toujours dans la période d'état sous forme diplococcique. il peut en être retiré et donne lieu à des cultures sur les différents milieux. Dans ces derniers, au fur et à mesure qu'il vieillit et se développe, on voit apparaître les autres formes.

2° Le micro-organisme, cultivé et injecté à la dose de 1 c. c. à 2 c. c. au cobaye et au lapin, reproduit une affection semblable à la grippe chez ces animaux et amène leur mort dans un délai de deux à vingt jours.

3° Le sang, les liquides organiques et spécialement le liquide encéphalo-rachidien, les organes des hommes grippés et des animaux en expérience, contiennent le micro-organisme. Il n'existe rien de pareil chez les animaux sains ou atteints d'affection autre que la grippe.

4° Ce micro-organisme se colore par les couleurs d'aniline.

5° Il liquéfie le sérum.

6° Il est transmissible par voie sous-cutanée, intra-veineuse, intra-péritonéale, par la voie digestive, par le contact.

7° Il vit dans l'eau, il y est encore vivant au bout de dix-huit jours.

8° Il est toujours mobile.

9° Coloré par la méthode de MM. Nicolle et Morax il se montre à 1500 d. avec des flagella.

Pour l'examiner dans le sang, il suffit de recueillir entre une lamelle et un couvre-objet flambés une goutte de sang issue de la pulpe de l'index nettoyé à l'éther, puis au sublimé à 1/1000. Cet examen doit avoir lieu immédiatement et autant que possible au lit du malade. En attendant davantage on s'expose, en effet, à voir les micro-organismes pincés entre des réseaux fébrineux comme les mouches dans une toile d'araignée et du coup leur grande mobilité disparaître. L'examen devient alors très difficile, étant donné qu'il ne faut employer pour être sûr du résultat aucune matière colorante.

La violence paraît siéger en partie dans la toxine sécrétée et en partie dans les corps bacillaires tirés à l'autoclave pendant vingt minutes à 115°.

Dans nos dernières recherches qui ont porté sur 65 cas de méningite grippale, nous l'avons toujours retrouvé dans le sang et dans douze autopsies humaines, nous l'avons toujours retrouvé en grande abondance surtout dans le liquide encephalo-rachidien. Les cultures dans le bouillon faites avec ce point d'origine tuent un petit lapin du poids de 600 grammes en quarante-huit heures à la dose de 1 cc en injection intraveineuse.

Description d'un faisceau de fibres cérébrales descendantes, allant se perdre dans les corps olivaires (faisceau cérébro-olivaire).

M. Luys. — Je crois avoir démontré, à l'aide des planches photographiques et des pièces disséquées que j'ai présentées à la société, il y a déjà plusieurs années, dans mon travail sur *l'agencement des fibres cérébrales* (juin 1881), que ces fibres, malgré leur complexité, obéissent à un ordre général et qu'elles présentent des dispositions plus simples qu'on ne pense.

Ainsi, d'après les recherches de l'Anatomie pathologique et de l'Anatomie comparée, je crois pouvoir formuler les conclusions suivantes :

I. Les unes, transversales, passent d'un hémisphère à l'autre et forment le système de fibres commissurantes (corps calleux, commissures diverses).

II. La plupart des autres fibres obéissent à plusieurs centres d'attraction.

Nées de tous les points de la périphérie corticale, au milieu

des réseaux de cellules, elles forment plusieurs systèmes et sont toutes convergentes; les unes se pelotonnent autour de la couche optique et vont se perdre dans ses réseaux: elles constituent le système de fibres *cortico-thalamiques*. Elles sont connues isolément sous la dénomination de *couronne rayonnante de Reil* pour la portion moyenne, de *capsule interne* pour la portion antérieure, et de *fibres de Kœlliker* pour la portion postérieure.

Un second groupe va se perdre dans le réseau du corps strié et du noyau jaune que j'ai particulièrement signalés, dès 1865, à l'attention des anatomistes (système de fibres cortico-striées).

III. Un troisième groupe de fibres blanches passant sous la couche optique, système cortico-sous-optique, et confondues jusqu'ici sous la dénomination d'*expansion pédonculaire*, va se perdre dans les différents départements de la substance grise des régions protubérantielle et bulbaire (noyau rouge de Stilling, substance grise de la bandelette accessoire que j'ai le premier décrite en 1865, noyau rouge de la protubérance et corps olivaires).

On peut donc voir que, si les noyaux centraux opto-striés reçoivent un contingent ascendant de fibres venues de la moelle, contingent sur lequel j'aurai à m'expliquer plus tard, la majeure partie de fibres blanches cérébrales convergent comme des rayons partis de la périphérie d'une sphère creuse, qui se concentreraient vers le noyau central; elles vont donc toutes se perdre dans les différents noyaux centraux.

C'est, en un mot, l'écorce tout entière qui se relie, par ses fibres blanches, aux différents départements de l'axe.

Parmi ces faisceaux descendants, il en est un très nettement accusé, sur lequel je viens particulièrement appeler l'attention des anatomistes. C'est un faisceau bilatéral, en forme de bandelette en éventail, qui descend avec le contingent de fibres blanches descendantes. Il passe en arrière de la substance grise de la protubérance, dans une direction curviligne, et gagne ainsi l'extrémité de chaque corps olivaire correspondant; il l'entoure et lui forme une sorte de capsule ovalaire enveloppante, en se moulant sur la périphérie de ses anfractuosités. Il se perd au milieu de ses plis et replis, et forme des fibres afférentes à ces ganglions. Les planches photographiques et les pièces naturelles que je présente donnent une idée indiscutable de cette disposition.

Les corps olivaires du bulbe, comme les noyaux optostriés des lobes cérébraux, se trouvent donc, eux aussi, reliés aux éléments multiples de l'écorce, et désormais on peut dire qu'ils forment un système conjugué, un véritable névrome dont les éléments sont strictement associés.

Comme preuve, je rappelle que les corps olivaires sont proportionnels comme masse, non pas à la moelle, mais à celle des lobes cérébraux proprements dits.

Dans la moelle du bœuf et du cheval, les corps olivaires se présentent sous forme de linéament rudimentaire, ce qui prouve que ce ne sont pas des éléments anatomiques liés à ceux de la moelle. Chez l'homme les corps olivaires sont au maximum de développement et proportionnels à la masse cérébrale. L'existence du faisceau que je signale vient donc confirmer ces rapports mystérieux dont on n'avait pas jusqu'ici trouvé l'explication et dont la physiologie est tout entière à faire, puisqu'ils peuvent être considérés comme un des facteurs silencieux de l'activité cérébrale.

M. Gley dépose au nom de **M. Guinard** (de Lyon) une étude comparée sur la pression artérielle pendant la morphinisation. M. Guinard a notamment constaté que, tandis que sous l'influence de la morphine la pression sanguine baisse chez les animaux susceptibles, elle augmente au contraire chez les animaux qui ne sont pas sensibles à la morphine.

M. Retterer présente au nom de **MM. Debierre et Lemerre** une note sur l'innervation des muscles de la face. Ces auteurs ont notamment constaté que le nerf buccal ne donne au muscle buccinateur ni fibres motrices ni fibres sensitives.

M. Bourquelot fait une communication sur l'action du suc pancréatique et du suc intestinal sur le trialose.

M. Richet présente un appareil à filtrer les liquides difficiles à filtrer.

R. Romme.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 juillet 1895.

Appendicite.

M. Monod fait une communication sur 41 cas d'appendicite observés par lui. Il met à part 4 cas de résection à froid de l'appendice. Restent donc 37 cas, dont 32 ont été traités opératoirement. Ce n'est pas que M. Monod soit opérateur quand même, mais on n'appelle guère le chirurgien auprès des malades encore justiciables du médecin. Ces 37 cas se décomposent en 23 hommes et 14 femmes; la prédominance des hommes (62 0/0) n'est pas égale à celle qu'indique Talamon (80 0/0), mais M. Monod a une série de faits venant d'une maison exclusivement réservée aux femmes. De même, observant dans des services d'adultes, M. Monod n'a recueilli que 8 faits au-dessous de 15 ans, alors que l'appendicite est en réalité très fréquente chez l'enfant. Presque tous ses malades ont de 15 à 30 ans. Dans l'étude clinique, M. Monod pense qu'on a un peu exagéré la fréquence du début brusque; il ne l'a noté que 17 fois, contre 20 débuts plus ou moins insidieux, sans que d'ailleurs cela soit en rapport avec la gravité ultérieure des cas. Les symptômes sur lesquels M. Monod insiste sont :

1° La colique appendiculaire, souvent méconnue, prise, par exemple, pour des coliques hépatiques sans ictère.

2° La fièvre, fort irrégulière, aisément méconnue si on n'a soin de prendre la température rectale. Ainsi M. Monod a trouvé la température oscillant de 38° à 39° chez un homme qu'on disait apyrétique, auquel il a ouvert un gros abcès. La chute de la température ne doit d'ailleurs pas rassurer outre mesure : dans deux cas où pour ce motif M. Monod a différé l'opération, la fièvre n'a pas tardé à reprendre, légère d'ailleurs et le malade, opéré en péritonite aiguë, a succombé. Avec Jalaguier, on doit tenir très grand compte du désaccord entre le pouls et la température. Pour les chutes peu expliquées de température, M. Monod résume deux observations. D'abord, celle d'un homme qui, quatre jours après un début brusque, entre à l'hôpital et y reste quatre jours avec fièvre et tumeur iliaque droite; à ce moment la fièvre cesse, la tumeur disparaît et la fosse iliaque gauche devient sensible à la pression; mais quatre jours après le malade a 39°, puis il est vrai 37°5 le lendemain matin; alors M. Monod opère et par incision médiane tombe sur un foyer de chaque côté, avec péritonite généralisée; mort. Récemment, M. Monod est appelé auprès d'un enfant qui souffrait depuis quinze jours; il avait 39°, puis tomba à 37°5; sous l'influence de l'opium, on obtint quinze jours de calme, puis de nouveau 39°; M. Monod opère, ouvre le péritoine qu'il trouve sain, met jusqu'à la région cæcale un drain et une mèche de gaze iodoformée et voit sortir un flot énorme de pus quand, au troisième jour, il change cette mèche.

3° La tumeur est quelquefois absente; quelquefois, au contraire, elle est pour ainsi dire trop évidente et ces tumeurs énormes peuvent en imposer pour un phlegmon périnéphrique. Il ne faut jamais, pour opérer, attendre que la tumeur soit à fleur de peau. Quelquefois, sous le chloroforme, lorsque les muscles se détendent, on sent une tumeur jusqu'alors méconnue. Mais cette rétraction est déjà, par elle-même, un signe précieux pour le diagnostic, de même que la submatité, que la douleur exquise à la pression au point dit de Mac Burney.

Le moment de l'intervention dépend non seulement de l'acuité du processus, mais aussi de celui où le chirurgien est appelé, c'est-à-dire souvent trop tard. C'est ainsi que si M. Monod a opéré 19 fois dans les treize premiers jours, 9 fois il a opéré du vingt et unième jour au soixantième et toujours il a trouvé du pus, même dans trois opérations faites du troisième au quatrième jour; jamais il n'a regretté d'être intervenu trop tôt, et quelquefois au contraire, il a regretté d'être intervenu trop tard.

Les quelques particularités à signaler parmi trois opérations de M. Monod sont les suivantes :

Deux fois l'incision a dû être faite à gauche; une fois des deux côtés, et la malade eut à gauche une fistulette stercorale. Une péritonite aiguë généralisée a été guérie par une incision médiane et une incision latérale droite. Parmi les sièges anormaux, notons un cas où l'abcès siégeait sous le foie. L'appendice n'a pas même été vu 24 fois; 3 fois il a été vu mais respecté; 5 fois il a été réséqué et un des malades

est mort. Soit par la résection, soit par l'autopsie, il a été constaté que l'appendice était enflammé, mais non perforé; 3 fois il y a été trouvé des scybales, et il est à remarquer, comme l'a dit Roux, que la perforation ne siège pas nécessairement au niveau du corps étranger. Quatre malades ont eu des fistules stercorales, qui ont guéri toutes seules.

La statistique comporte 9 morts dont 1 méningite tuberculeuse; 5 opérés *in extremis*; 2 opérés trop tard dont l'observation est résumée ci-dessus, où un foyer pelvien a été méconnu.

Atrésie utérine acquise. Sérum antistreptococcique.

M. Pozzi relate l'histoire d'une femme qui, ayant subi une amputation sus-vaginale du col pour métrite, en vit résulter une oblitération complète de l'orifice utérine, d'où hématosalpinx, hématométrie et hématocèle rétro-utérin. Vu la difficulté de l'hystérectomie vaginale, le col étant absent, M. Pozzi enleva les annexes par laparotomie. A la suite de cette intervention, qui provoqua peut-être des contractions utérines, la cicatrice cervicale se rompit, le sang de l'utérus fut spontanément évacué, mais des phénomènes septiques survinrent, et l'hystérectomie vaginale fut pratiquée. Mais les accidents infectieux furent graves, et ils furent enrayés d'une façon remarquable par M. Marmorek, qui injecta du sérum antistreptococcique. C'est là le fait capital de cette observation. M. Pozzi insiste sur les inconvénients de l'amputation sus-vaginale du col chez les femmes encore réglées. Quand le col est absent, on peut mener l'hystérectomie vaginale à bien, comme l'a fait M. Pozzi, en ouvrant d'abord le cul-de-sac postérieur et en cherchant par là le corps utérin. On peut aussi, dans certaines circonstances, prendre appui à l'intérieur à l'aide d'érignes spéciales introduites dans la cavité utérine.

M. Segond croit qu'il aurait probablement mieux valu attaquer directement toutes les lésions, en une fois, par l'hystérectomie vaginale. L'ancienne amputation du col rendait sans doute la besogne très difficile; M. Segond le sait, car au moins une dizaine de fois il a dû opérer des femmes pour atrésie utérine consécutive à des amputations du col mal faites. La difficulté, c'est l'attaque du cul-de-sac antérieur, car les rapports avec la vessie et surtout avec l'uretère sont modifiés. Aussi faut-il pénétrer par le cul-de-sac postérieur et faire basculer en arrière l'utérus sur le corps duquel on prend appui. A partir de ce moment on est tranquille.

M. Delbet lit une observation de cholécystentérostomie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 *juillet* 1895.

Présidence de M. Hayem.

Acromégalie fruste avec macroglossie.

M. A. Chauffard. — L'acromégalie bien connue depuis les travaux de P. Marie ne se présente pas toujours avec ses caractères typiques et complets. En voici un exemple dans ce malade qui ne ferait pas penser à l'acromégalie si un gros symptôme, la *macroglossie*, n'attirait l'attention de ce côté et ne permettait de porter le diagnostic d'*acromégalie fruste*.

C'est un peintre en bâtiment de 32 ans, de souche nerveuse, ayant subi force aventure, à Madagascar et aux colonies, où il a eu, dit-il, la fièvre jaune, la variole, le scorbut, etc. C'est un alcoolique, un tabagique, un saturnin ayant présenté sept coliques de plomb et une paralysie des extenseurs. Pas de syphilis; de plus, c'est un hystérique.

Il entre dans le service pour des crises d'étouffement qui ne s'y sont pas reproduites. Mais c'est l'hypertrophie de la langue qui attire l'attention. La langue est bombée, molle, lisse, large de sept centimètres, dépassant de cinq centimètres et demi la lèvre inférieure, épaisse de 21 millimètres. Elle occasionne par son volume des troubles variés de fonctions. Pas d'hypertrophie des lèvres, ni de l'isthme du pharynx.

Les stigmates qui attirent l'attention vers l'acromégalie sont : un allongement du maxillaire inférieur survenu depuis deux ans, les dents de la mâchoire supérieure sont tombées, celles d'en bas sont déchaussées, projetées en avant. Le front est bas, avec de grosses rides transversales, le nez un peu épaissi à la pointe depuis plusieurs mois. Le crâne est dolichocéphale sans hypertrophie des sutures ni des sinus frontaux. Au rachis, légère cyphose cervico-dorsale, avec lordose dorsolombaire compensatrice. La verge, depuis quelques mois est devenue plus grosse et plus longue. Le corps thyroïde semble petit, pas de signes attribuables à la persistance du thymus. Troubles importants de l'œil : perte complète de la vue à gauche. Réactions pupillaires peu accusées ; à droite : myopie, staphylome postérieur récent et peu étendu; papille hyperhémiée, atrophie du pigment rétinien. A gauche, on note seulement une décoloration du segment externe de la papille, fréquente chez les tabagiques. En plus, il existe quelques troubles nerveux : céphalée, etc., et urinaires : mictions fréquentes, besoins impérieux, etc.

Quant aux membres, l'examen ne révèle aucune modification pathologique.

En somme, c'est l'aspect de la langue, le prognathisme progressif, la cyphose cervico-dorsale, la céphalée habituelle, les troubles de la vue surtout qui permettent de porter le diagnostic d'*acromégalie fruste*, et de penser qu'il y a déjà une hypertrophie de l'hypophyse.

M. Rendu. — Ce cas m'intéresse d'autant plus que j'ai observé un malade chez qui le diagnostic avait été hésitant et qui fut plus tard diagnostiqué acromégalique par M. Raymond. Il avait alors la barre occipitale, une céphalée permanente, des troubles périphériques vaso-moteurs, enfin un prognathisme progressif.

Rhumatisme poly-articulaire aigu post-séro-thérapique.

M. L. Galliard. — Une femme de 33 ans, atteinte d'une angine légère d'abord, puis s'aggravant, reçoit une injection de 40 cc. de sérum de Roux. Pas d'accidents immédiats. La malade sort du service sept jours après; l'examen bactériologique avait donné seulement des staphylocoques et des streptocoques sans bacille de Lœffler.

Seize jours après l'injection, la malade revint dans mon service avec un érythème polymorphe et un rhumatisme poly-articulaire aigu. Le rhumatisme cède à l'influence de deux doses de six grammes de salicylate de soude (6 gr. par jour). Ces accidents cutanés et articulaires me semblent imputables au sérum.

Note sur les lésions histologiques viscérales de la pellagre.

MM. Gaucher et **E. Sergent.** — Les recherches faites dans un cas ont été négatives au point de vue bactériologique.

Quant aux lésions histologiques, elles confirment les examens antérieurs. Les lésions siègent surtout sur l'appareil digestif; hyperhémie du tube digestif dans son ensemble, gastrite interstitielle, entérite ulcérative. Le foie est en état de dégénérescence graisseuse totale, sauf dans quelques îlots au centre du lobule, autour des veines sus-hépatiques.

Cette intensité des lésions digestives et cette généralisation sont tout à fait spéciales.

La moelle offre des lésions analogues à celles décrites l'an dernier par Marie : sclérose peu accentuée des cordons postérieurs, occupant le cordon de Goll et les faisceaux en virgule ; intégrité de la zone contre-radiculaire, dégénérescence et atrophie du groupe postérieur des cellules, des colonnes de Clarke.

Sur l'intoxication chronique par le café.

M. Gilles de la Tourette. — Les symptômes de l'intoxication par le café, étudiés déjà par Guelliot (de Reims), sont presque toujours confondus avec ceux de l'intoxication alcoolique, et en réalité l'une et l'autre produisent sur l'estomac et sur le système nerveux des effets analogues. La quantité capable de provoquer l'intoxication varie selon la susceptibilité individuelle, ce sont surtout les femmes qui y sont sensibles.

Elle affecte tout l'organisme, et en premier lieu *l'estomac* : en donnant lieu à une dyspepsie analogue à la dyspepsie alcoolique, pituites matinales, douleurs, anorexie, etc..., au point

de produire une véritable cachexie, dénommée par M. Gueillot dyspepsie caféique. Des troubles intestinaux s'y ajoutent parfois sous forme de diarrhée.

Du côté de la circulation on note du ralentissement du pouls, qui tombe à 50 ou 60 pulsations :

Les phénomènes nerveux ne sont pas moins importants : excitation coupée de périodes de dépression, insomnie, rêves terrifiants, etc., plus tard on note un tremblement bien marqué des membres supérieurs et inférieurs, et des tremblements fibrillaires plus ou moins généralisés, dégénérant même en véritablss secousses ; en particulier dans les masses musculaires du mollet et de la cuisse, de là de véritables crampes à exaspération nocturne.

Chez quelques malades il existe des troubles de la sensibilité, anesthésie symétrique.

Les réflexes tendineux sont normaux. Il n'y a pas d'atrophie musculaire localisée, les réactions électriques sont normales; la question des paralysies périphériques d'origine caféique reste à résoudre.

La suppression du café amène assez rapidement la disparition des symptômes.

M. Le Gendre attire l'attention sur ce fait que les symptômes d'intoxication par *le thé* présentent de grandes analogies avec ceux du caféisme. En ce qui concerne celui-ci, il serait bon de rechercher quels sont dans le café les principes chimiques qui causent les accidents : est-ce la caféine, ou comme on l'a prétendu la théine?

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 9 juillet 1895.

Présidence de M. Coyne.

Fibrome de la paroi abdominale.

M. Fieux rapporte l'histoire d'une jeune femme de 25 ans qui remarqua, il y a quatre mois, l'existence d'une petite tumeur indolente au-dessus du pli de l'aine à droite. Deux mois après, elle consulte M. le Professeur Lanelongue, la tumeur avait alors le volume d'un gros œuf de poule; elle refuse alors une intervention et attend deux mois encore avant de se décider.

Elle revient avec une tumeur ayant déjà le volume des deux poings. Diagnostic : fibrome.

Opération le 18 avril, on constate que la tumeur placée derrière les muscles obliques n'était séparée du tissu cellulaire sous-péritonéal que par le fascia transversalis. Pas d'adhérences péritonéales; pas de pédicule. Guérison rapide.

Le développement rapide de la tumeur pouvait faire songer à un fibro-sarcome, l'examen microscopique a permis de constater que toute la tumeur était constituée par du tissu conjonctif, tissu fasciculé sans la moindre trace d'éléments embryonnaires; pas la moindre trace non plus de fibres musculaires.

Ostéome du sinus frontal.

M. Liaras présente les fragments d'un ostéome enlevé par M. le Dr Dudon à un jeune homme de 23 ans. Début il y a deux ans, par de l'exophthalmie et des douleurs de la région temporale.

A son entrée à l'hôpital, on constate que l'œil gauche est porté en avant et dévié en dehors. Pas d'épiphora.

Par les fosses nasales on constatait que la tumeur arrivait presque jusqu'à la cloison; par le toucher pharyngien, on pouvait aussi l'atteindre.

Opération le 24 juin. Incision partant de la racine du nez et descendant le long du sillon naso-génien gauche; on arrive rapidement sur la tumeur qui est extrêmement dure, et que l'on ne peut enlever que par la fragmentation. On constate que le sinus frontal d'où l'on a retiré le dernier fragment est largement ouvert et dilaté. Le nez est aujourd'hui guéri, sans déformation du visage, le nez n'est pas affaissé; il n'y a plus d'exophthalmie ; pas d'épiphora.

On peut conclure que l'abaissement total suivant la méthode d'Ollier n'est pas indispensable, qu'une simple incision unilatérale peut suffire.

Exostose du conduit auditif externe.

M. Brindel présente une petite exostose du volume d'un gros pois que M le Dr Moure a enlevée. Il avait d'abord essayé de perforer la tumeur avec un trépan, mais le tissu était si dur, si résistant qu'il a préféré se servir de la gouge et du maillet. Ces exostoses sont assez rares, c'est la seconde seulement qui a été vue par le présentateur. Dans les deux cas, le conduit auditif externe était presque complètement obstrué par la tumeur.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Séances des 21 *et* 28 *juin* 1895.

Angiome du pharynx.

M. Moure présente à titre de curiosité un homme de trente-huit ans chez lequel existe un nœvus congénital siégeant sur la voûte palatine, l'amygdale gauche et la base de la langue. Le laryngoscope permet de constater que le nœvus s'étend aussi dans le ventricule de Morgagnie du côté gauche.

Ces cas sont rares. Le malade n'est nullement gêné par son nœvus.

Kératose pilaire.

M. W. Dubreuilh présente un malade atteint de kératose pilaire, affection récemment dénommée ainsi par Brocq. Elle siège ici dans les régions sourcilières : d'une marche lente, cette affection peut cependant rétrocéder après la chute des sourcils, en laissant des plaques pseudo-cicatricielles. Ce n'est pas une entité morbide très nette, car elle se rapproche par certains caractères de l'échthyose.

Pelade.

M. W. Dubreuilh présente deux malades atteints, en apparence, de la même affection du cuir chevelu. Mais en réalité le premier a une pelade vraie, caractérisée par une surface garnie de cheveux cassés et morts. L'autre est atteint de la tondante vraie, caractérisée au début par la présence du trichophyton. Mais plus tard les distinctions entre ces deux affections s'effacent.

La contagiosité de la pelade est reconnue, mais on n'en connaît pas le mécanisme.

Exostose de l'orbite.

M. Martin présente un malade de vingt-trois ans atteint d'une tumeur de l'orbite gauche qui chasse l'œil devant elle. Il s'est ouvert un abcès dans la région frontale et les paupières ont été le siège d'un œdème énorme. L'os propre du nez du côté gauche est très gonflé; le malade éprouve des douleurs temporales vives, il a du larmoiement continuel et du coryza. La vision est très réduite du côté de l'œil gauche. L'ophthalmoscope ne revèle ni atrophie du nerf, ni compression des veines.

A l'examen de la narine gauche, on constate une tumeur siégeant à l'ouverture antérieure, dont le volume dévie la cloison du nez et provoque l'exophthalmie. Actuellement il est difficile d'en trouver le point de départ. M. Martin pense que c'est un ostéome.

M. Lagrange pense que c'est bien un ostéome des fosses nasales, dont le pronostic est d'une bénignité relative. Car si la tumeur en elle-même n'est pas dangereuse, elle est toutefois susceptible d'occasionner des délabrements énormes autour d'elle. Il faut donc intervenir rapidement et le malade guérira.

Cataracte et glaucome.

M. Lagrange montre un homme de cinquante-neuf ans opéré de cataracte gauche en 1880. Peu après il eut une cataracte droite non opérée. A partir de 1895 il a présenté des accidents glaucomateux de ce côté, qui ont amené une luxation du cristallin dans l'humeur vitrée.

L'acuité visuelle est normale, il est donc facile d'extraire le cristallin par la kératomie inférieure. La guérison ne demandera que quelques jours. Cette intervention est facile.

On fait l'incision de la cornée de manière à laisser sortir lentement l'humeur vitrée qui attire le cristallin vers l'ouverture. On l'accroche aisément. Mais il faut s'abstenir d'aller chercher dans l'intérieur de l'œil avec des crochets.

Récidive du zona.

M. Dubreuilh. — Le zona passe généralement pour ne pas récidiver. C'est là l'opinion de M. Landouzy. Cependant, il existe des cas certains de récidives. Or, M. Dubreuilh présente une femme atteinte actuellement de zona, qu'il a vu évoluer. En examinant sa poitrine on trouve d'anciennes plaques, caractéristiques par leur disposition et leur anesthésie. Ces deux particularités ne laissent aucun doute sur l'existence d'un ancien zona.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÆDIATRIE DE BORDEAUX

PROCÈS-VERBAL OFFICIEL DE LA SÉANCE DU 15 MAI 1895.

Ostéomyélite aiguë.

M. Piéchaud. — Je désire vous rapporter quelques faits tirés de ma pratique qui touchent à certains points du traitement de l'ostéomyélite aiguë chez les enfants.

1° Un enfant, à la suite d'une chute sur la main, présentait tous les signes d'une ostéomyélite aiguë du pouce. La région était considérablement tuméfiée: il existait des phénomènes généraux graves. Je fis un large débridement et je retirai, séance tenante, deux phalanges nécrosées. Qu'allais-je faire de ce doigt ainsi évidé? J'ai imaginé de substituer aux deux phalanges absentes deux fragments de même forme taillés dans de l'os de veau décalcifié. Un pansement antiseptique soigneusement appliqué fut laissé en place pendant quinze jours. Au bout de ce temps, la plaie était cicatrisée. L'opération remonte aujourd'hui à trois mois : on sent nettement le nouveau squelette; les mouvements d'opposition du pouce sont possibles et tout fait espérer qu'il en sera de même pour les mouvements de flexion.

2° Mon deuxième cas concerne un enfant atteint d'accidents inflammatoires du membre inférieur, dont le diagnostic laissait quelques doutes avant l'intervention. Une grande incision fut pratiquée en avant du tibia; je trouvai l'épiphyse décollée et l'articulation tibio-tarsienne largement ouverte. Fallait-il enlever d'emblée une partie étendue du tibia ou bien attendre? Je me suis rangé à ce dernier parti, me contentant d'assurer une bonne antisepsie. Trois mois après, un séquestre mobile était aisément enlevé. et la guérison suivit de près.

3° Dans un troisième cas, je me suis trouvé en présence d'une fracture spontanée de l'épiphyse. Ici encore j'ai attendu pendant trois mois l'élimination spontanée des parties malades; l'enfant a très bien guéri.

4° Le dernier fait est un remarquable exemple de la forme la plus grave que puisse revêtir l'ostéomyélite chez les enfants. Il s'agit d'une ostéomyélite du tibia droit. Le petit malade offrait à son entrée un ensemble de signes des plus alarmants. La température marquait 40°; la langue était sèche, la peau brûlante avec éruptions disséminées; il y avait de la congestion des deux bases, de la diarrhée, du subdélirium. Plusieurs incisions avaient été pratiquées en ville le long du tibia droit. Du côté gauche, on constatait de la douleur et un certain empâtement au niveau du péroné.

Deux jours après, l'état s'était encore aggravé ; une pneumonie double s'était déclarée. Le lendemain matin, je procédai à l'opération du petit patient qui se trouvait dans un état voisin de la mort. Je me chargeai moi-même du chloroforme, en raison des craintes sérieuses que m'inspirait la situation. Dix-neuf couronnes de trépan furent appliquées de haut en bas sur le tibia. Le canal osseux était rempli de pus. Il fut évidé dans son entier. Sur le péroné gauche, une couronne de trépan appliquée au-dessus de la malléole pénétra dans un foyer purulent. Un filon de pus remontait le long de l'os et fut poursuivi jusqu'à son extrémité supérieure. L'os fut soigneusement rugîné dans toute sa longueur. L'enfant put être maintenu pendant deux heures sous le chloroforme. Il est aujourd'hui guéri et va éliminer encore un séquestre.

En somme, chez ces quatre sujets, j'ai suivi la règle de conduite qui est aujourd'hui bien établie; en présence d'accidents d'ostéomyélite aiguë, quelle que soit leur forme : intervention rapide et profonde.

M. A. Moussous. — L'examen bactériologique at-il été pratiqué ?

M. Piéchaud. — Non, mais je suis sûr cliniquement qu'il s'agissait, dans tous ces cas, d'ostéomyélite à staphylocoques.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 1er juillet 1895.

Pathogénie de la goutte.

M. Klemperer. — L'origine des dépôts d'acide urique et des inflammations, voire même de la nécrose des tissus qu'on rencontre dans la goutte, est encore très discutée, on ne sait pas non plus d'une façon précise si ce sont ces dépôts d'acide urique qui sont la cause de la nécrose des tissus et s'il existe un rapport bien déterminé entre la quantité d'acide urique éliminé avec l'urine et les modifications des tissus. Tandis que Garrod admettait, dans la goutte, une accumulation d'acide urique dans le sang et une diminution de son élimination avec l'urine et attribuait à ces deux phénomènes les dépôts d'acide urique, qu'il considérait comme la cause de la nécrose des tissus, Ebstein soutenait que la nécrose était le phénomène primitif et le dépôt d'acide urique un phénomène secondaire.

Les recherches ultérieures ont confirmé seulement en partie la conception de Garrod. Mais la plupart de ces recherches faites à l'aide des méthodes imparfaites (la méthode de Heintz pour la recherche d'acide urique) ne peuvent guère résoudre la question en litige.

Personnellement M. Klemperer a étudié cette question chez trois goutteux de la clinique du professeur Leyden. L'examen du sang de ces malades a permis de constater chez eux une augmentation notable de la quantité d'acide urique du sang, comparée à celle qu'on trouve dans le sang des individus bien portants. Mais d'un autre côté l'examen du sang d'un pneumonique, d'un leucémique et de deux brightiques montra également chez tous ces malades une augmentation de la quantité d'acide urique du sang. L'augmentation de la quantité d'acide urique du sang ne peut donc être considérée comme la cause des accès de goutte. L'examen de l'urine a permis de constater également qu'il n'existait aucun rapport entre la quantité d'acide urique de l'urine et l'accès de la goutte. Enfin l'hypothèse de la surcharge du sang par de l'acide urique pendant l'accès de goutte n'a pu non plus être démontré, les recherches faites dans cette direction ayant montré que le sérum du goutteux ne possède pas, pendant l'accès de goutte, le pouvoir de dissoudre plus d'acide urique que le sérum des individus bien portants et que le sérum pris pendant l'accès de goutte pouvait encore dissoudre une certaine quantité d'acide urique. Tous ces faits montrent donc que ce sont les tissus nécrosés qui possèdent une affinité toute particulière pour l'acide urique.

Mais d'où viennent ces nécroses? Noorden admettait l'existence d'une cause nocive inconnue donnant lieu à des lésions goutteuses locales qui par l'intervention d'un ferment provoquaient la formation secondaire d'acide urique. Pour M. Klemperer cette cause nocive ne serait autre qu'un poison inconnu qui en circulant avec le sang provoque les nécroses. Cette hypothèse est appuyée par M. Klemperer sur ce fait

que dans l'intoxication saturnine on observe quelquefois des accès de goutte.

M. Weintraud a trouvé que lorsqu'on nourrit les animaux avec du thymus on provoque une augmentation de la quantité d'acide urique du sang et de l'urine. Les essais de provoquer chez ces animaux un accès de goutte par le traumatisme ou le refroidissement ont échoué. On peut donc en conclure que la richesse du sang en acide urique n'est pas la cause des accès de goutte.

M. Frankel ne pense pas que la simple nécrose suffise pour provoquer l'accès de goutte. Si l'on provoquait cette nécrose chez des animaux, on verrait que les tissus nécrosés ne deviennent pas le siège de dépôts uratiques. Il faut donc admettre chez le goutteux l'existence d'un processus chimique particulier.

M. Leyden rappelle que les expériences de Zaleski ont montré que l'acide urique ne joue pas un rôle important dans l'évolution de la goutte. Zaleski liait les uretères chez des poules et bien que dans ces conditions il se formât des dépôts d'acide urique, les animaux n'eurent pourtant pas de goutte. Il faut donc pour que la goutte se produise que les tissus soient le siège d'une altération particulière.

RÉUNION LIBRE DES CHIRURGIENS DE BERLIN

Séance du 13 mai 1895.

Apoplexie du pancréas.

M. Sarfert a observé trois cas d'apoplexie du pancréas. Dans le premier cas, il s'agit d'un homme qui, en pleine santé, fut pris brusquement de douleurs abdominales avec vomissements et constipation. A son entrée à l'hôpital, quatre jours après le début des accidents, on trouva du tympanisme abdominal, une douleur localisée à l'estomac. La laparotomie permit de constater l'existence du sang dans l'abdomen, sans aucune lésion de l'intestin. La plaie fut donc fermée, et le malade mourut dans la soirée. A l'autopsie, on trouva le pancréas augmenté de volume et transformé en une masse sanguinolente. Dans le second cas, le malade, qui a présenté le même tableau clinique que le malade précédent, succomba au bout de 15 jours sans être opéré. A l'autopsie, on trouva le pancréas nécrosé et rempli de caillots. Dans le troisième cas enfin, où il s'agissait d'un tuberculeux, l'autopsie permit de constater les mêmes lésions du pancréas.

Dans tous les trois cas, à côté de cette hémorrhagie du pancréas, il existait une nécrose du tissu adipeux de l'intestin et du péritoine.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE HEIDELBERG

Résection intracranienne du trijumeau.

M. Beck rapporte trois cas de névralgie du trijumeau, traités par la résection intracranienne du nerf après l'échec d'autres interventions. L'opération a été faite d'après le procédé de Krause qui consiste à pénétrer dans le crâne par la voie temporale, avec formation d'un lambeau ostéo-cutané haut de 6 cm., large de 5 cm. 5, et dont la base correspond à l'os zygomatique. Le lambeau étant rabattu du côté de l'os zygomatique, on décolle la dure-mère de la fosse moyenne de façon à mettre à nu le trou épineux avec l'artère méningée moyenne, le trou ovale, le trou rond et la fente orbitaire supérieure avec les trois branches du trijumeau. Après quoi on les isole jusqu'au ganglion de Gasser et on les coupe entre ce dernier et les canaux osseux qui les renferment. Le ganglion peut être laissé en place ou extirpé en même temps.

L'opération a réussi dans tous les trois cas opérés, l'un depuis un an et sept mois, le second depuis un an et quatre mois, le troisième depuis deux mois. La névralgie n'a pas récidivé et tout porte à croire qu'elle ne reviendra plus, car les causes d'échec de la résection extra-cranienne, telles que la compression des nerfs dans les canaux osseux, la compression par la cicatrice périphérique, les tiraillements auxquels est exposé le bout central, n'existent plus avec la résection intracranienne.

Parmi les complications qui peuvent survenir au cours de l'opération, il faut citer en premier lieu les hémorrhagies de l'artère méningée moyenne par déchirure des vaisseaux au moment où l'on rabat le lambeau ostéo-cutané. Il n'est pas toujours facile d'arrêter cette hémorrhagie, et sous ce rapport on a à choisir entre la torsion du bout central ou sa cautérisation dans le trou épineux, et le tamponnement. Or, le tamponnement a l'inconvénient d'interrompre l'opération que l'on ne peut reprendre qu'au bout de un ou deux jours.

Sur les trois opérations, on eut deux fois, dans les cas que rapporte M. Beck, à compter avec l'hémorrhagie. Dans le premier cas on fit le tamponnement et l'opération n'a pu être reprise qu'au bout de trois jours. Dans le second on eut recours à la torsion du vaisseau, et l'opération fut terminée en une seule séance. Seulement douze jours après l'opération le vaisseau s'ouvrit de nouveau et l'hémorrhagie ne fut arrêtée que par la cautérisation au fer rouge.

Pendant l'isolement de la première branche du trijumeau, à partir du ganglion de Gasser jusqu'à la fente orbitaire, il faut faire attention de ne pas blesser le sinus caverneux auquel elle est accolée. D'un autre côté, cet isolement est rendu également difficile par le voisinage des nerfs oculo-moteurs.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE HALLE

Hystérectomie vaginale pour prolapsus.

M. Graefe pense que dans la majorité de cas la colpo-périnorrhaphie antérieure et postérieure complétée par la fixation ventrale ou vaginale de l'utérus suffit pour amener la guérison du prolapsus. Mais dans les cas où les opérations précédentes échouent, où le prolapsus se reproduit après l'opération, l'utérus étant devenu irréductible, — dans ces cas il ne reste qu'à faire l'ablation de l'utérus, surtout quand il s'agit de femmes ayant dépassé l'âge de la ménopause.

C'est dans un cas de ce genre, chez une femme de 50 ans, que M. Graefe fit l'hystérectomie vaginale. La malade resta au lit pendant quatre semaines. Lorsqu'elle quitta l'hôpital, on constata déjà à ce moment un prolapsus de la paroi postérieure du vagin, lequel prolapsus ne fit que s'exagérer par la suite, si bien que deux mois plus tard on fut obligé de faire une large colporrhaphie qui a parfaitement réussi.

M. Fehling pense que dans le prolapsus de l'utérus il faut avant tout élucider les conditions étiologiques de chaque cas. Dans la grande majorité des cas, le prolapsus tient au relâchement des parois du vagin, à l'atonie de l'anneau vulvaire. Dans ces cas la colporrhaphie et la périnéorrhaphie donnent des résultats très satisfaisants.

Dans d'autres cas le prolapsus de l'uterus tient à un relâchement du péritoine du petit bassin, et dans sa descente l'utérus entraîne avec lui le vagin. Pour ces cas, la colpo-périnéorrhaphie seule est insuffisante : il faut la compléter par une hystéropexie abdominale ou vaginale ou par une hystérectomie. En tous les cas, ce qui importe, c'est de savoir que l'hystérectomie seule échoue souvent.

M. Keil fait observer que dans certains prolapsus on obtient de fort beaux résultats par l'amputation du col combinée à la colpo-périnéorrhaphie. L'amputation diminue le poids de l'uterus et s'oppose à sa descente.

M. v. Herff pense que la vaginofixation combinée à la colpopérinéorrhaphie peut donner des résultats excellents, quand l'opération est bien faite, ce qui n'est pas toujours le cas. Quant à la ventrofixation, M. v. Herff a eu plusieurs fois l'occasion de constater que l'utérus ne reste pas en place, que la cicatrice s'allonge et que fréquemment la situation se complique encore de formation d'une hernie à travers la cicatrice.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

N° 30 — 24 JUILLET 1895 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction
Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 25 au 27 juillet 1895.

Jeudi 25. — M. Bessio. Adénolymphocèle (Contribution à l'étude). — M. Galtier. Infection primitive du liquide amniotique après la rupture prématurée des membranes de l'œuf humain. — M. Duhamel. Traitement des adénites tuberculeuses du cou. — M. Borrel-Deroide. Anesthésie par l'éther. Le masque de Julliard. — M. Cotta. Contribution à l'étude des abcès du foie à pus stérile. — M. Piétri. Du pansement oculaire pulvérulant, occlusif ou lorétinate de bismuth. — M. Sarrazin. Des lipomes du cordon spermatique. — M. Cazenave. Des tumeurs papillaires de l'ovaire avec métartase péritonéal. — M. Bergé. Pathogénie de la scarlatine. — M. Ganca. L'oxalurie. Etude historique et critique. — M. Crochet. Accidents nerveux de l'érysipèle. — M. Delaporte. Essai d'hygiène rurale. De la désinfection à la campagne. — M. Devauchel. Du gaïacol synthétique dans le traitement de la tuberculose. — M. Héroguelle. Contribution à l'étude du traitement de l'état de mal épileptique. — M. Debray. De l'absence de microbes dans les abcès du foie. — M. Tourlet. Cure radicale de l'hypertrophie prostatique. — M. Audoucet. Autoplastie de la lèvre inférieure. Essai sur un nouveau procédé. — M. Favraud. Lymphangites périauriculaires simulant la mastoïdite. — M. Biaille de Langibaudière. De l'hématocèle virginale traumatique.

Vendredi 26. — M. Béziat. De la sciatique hystérique. — M. Vignau. Contribution à l'étude de la péricardite à pneumocoques. — M. Sauvage. Du dialecte sucré dans ses rapports avec la tuberculose pulmonaire. — M. Martin. Contribution à l'étude de la dacryocysbile. — M. Lafont. Traitement des abcès de la prostate par l'incision rectale. — M. Geogo. Pneumonie aiguë ou broncho-pneumonie paludéenne. — M. Iliesco. Etude clinique de la thrombose du tronc basilaire. — M. Chatinière. Contribution à l'étude des microorganismes du canal génital de la femme. — M. Roland. La cirrhose alcoolique infantile. — M. Tahier. Les éléments figurés de l'urine dans les néphrites (cellules, globules, cylindres). Etude microscopique et clinique. — M. le Becq. Contribution à l'étude du traumatisme dans les attaques d'épilepsie.

Samedi 27. — M. Fragnaud. Contribution à l'étude de la rectile probifirante par M. Fraynaud. — M. Fayet. Les aponévroses cervicales. — M. Poisson. Les fossettes péri-duodénales et leur rôle dans la pathogénie des hernies rétropéritonéales.

Statistique pharmaceutique. — On estime qu'il n'y a pas moins de trois cent mille personnes aux Etats-Unis se livrant au commerce des drogues.

A New-York, il y a plus de mille cinq cents débitants de drogues au détail, représentant un capital de dix millions de dollars.

Pour l'ensemble des Etats-Unis, on compte plus de deux mille établissements avec un capital d'environ cent millions de dollars engagé dans la fabrication des drogues et de produits chimiques.

Il se vend environ chaque année près d'un million de sondes molles, dont trois cent mille en caoutchouc et cent mille bougies.

Ce dernier détail donne une idée peu favorable de la largeur des urèthres américains.

VARIÉTÉS

Fécondité de la race canadienne ; prime à la fécondité. — La province de Québec n'est pas près de se dépeupler, et Malthus n'y trouverait pas grand accueil.

Une loi récente du conseil provincial a édicté que cent acres de terre appartenant au gouvernement seraient alloués à chaque famille qui compterait douze enfants vivants issus d'un mariage légitime. A ce jour, cent soixante-quatorze mille deux cents acres de terre les plus favorables à l'agriculture ont été distribués à mille sept cent quarante-deux chefs de famille ayant plus de douze enfants et remplissant les conditions légales. Et tout le monde n'est pas encore satisfait !

Les familles de vingt et plus d'enfants ne sont pas rares, et leurs chefs réclament une récompense à leurs patriotiques efforts. Un monsieur Paul Bellanger, de la rivière du Loup, ne demande pas moins de trois cents acres; il base sa réclamation sur ce fait qu'il a trente-six enfants vivants. M. Théoret, de Sainte-Geneviève, n'accuse que dix-sept enfants, mais son épouse n'a que trente ans; elle compte à son actif deux triples naissances en cinq ans et trois doubles pendant le même temps. Que ne continue-t-elle dans ces proportions? Elle posséderait bientôt à elle seule toute la province de Québec! (*L'Union médicale du Canada.*)

Corps de santé militaire. — Ont été promus :

Au grade de médecin major de deuxième classe : MM. Gilles, Huguet, Deumié, Sicard.

Légion d'honneur. — Ont été nommés :

Au grade de chevalier : MM. Malassez et Raphaël Blanchard (Paris); Besson (Madagascar); Pietry-Bey (du Caire).

Association française de chirurgie. — Dans sa séance du 26 juin, le conseil d'administration a nommé :

1° Président du Conseil d'administration, M. le professeur Guyon (de l'Institut), en remplacement de M. le professeur Verneuil décédé.

2° Vice-président du Conseil d'administration, M. le professeur Lannelongue, en remplacement de M. le professeur Guyon, nommé président.

Ont été nommés, après présentation et conformément à l'article 2 des statuts, membres de l'Association :

M. Ratimoff, professeur de l'Académie impériale militaire de médecine, président de la Société des chirurgiens russes de Pirogoff, à Saint-Pétersbourg.

M. Demoulin, chirurgien des hôpitaux de Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité des maladies du cœur chez les enfants, par E. WEILL, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, médecin des hôpitaux chargé de la clinique des maladies des enfants. Paris, O. Doin, éditeur. Un volume in-8° de 390 pages. Prix : 8 francs.

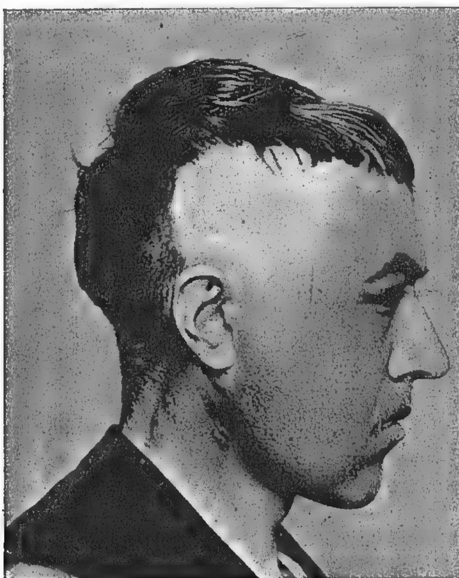
CLINIQUE CHIRURGICALE

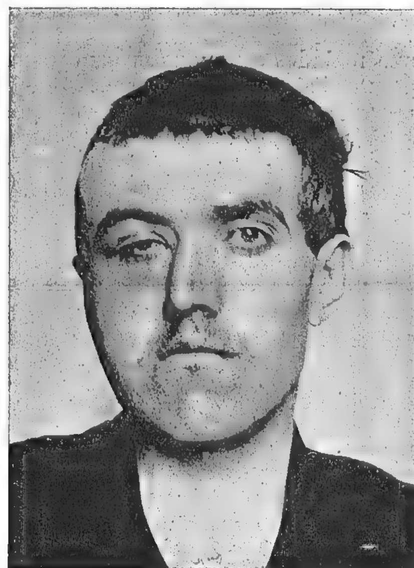
Hotel-Dieu de Lyon. — M. le professeur Poncet.

Actinomycome de la région cervico-faciale droite. — (Leçon recueillie par M. Pétouraud, interne des hôpitaux.)

Le malade que je vous présente, et qui fera l'objet de cette leçon, est un jeune homme de vingt-six ans, qui est entré hier dans nos salles, pour des lésions inflammatoires du cou et de la région temporo-maxillaire droite.

Nous nous trouvons, je crois, en présence d'un nouveau cas d'actinomycose; et, en m'appuyant sur les observations de dix autres malades atteints d'accidents plus ou moins similaires, et chez lesquels l'examen histologique avait révélé la présence d'actinomyces, je n'hésite pas, d'après les caractères objectifs de l'affection, d'après la marche de la maladie, à porter le diagnostic d'actinomycose.





Il s'agit d'un jeune homme exerçant la profession de cultivateur à Paugres, petit village de l'Ardèche. Dans ses antécédents, nous n'avons à noter aucune particularité pathologique. Il est indemne de syphilis, et pendant son service militaire, il s'est bien porté. Notons cependant une fièvre scarlatine qu'il aurait eue il y a quatorze mois, et qui aurait laissé à sa suite quelques bourdonnements dans l'oreille droite.

Le début de l'affection actuelle remonte à huit mois. Il fut caractérisé par des douleurs vives du côté des dernières molaires droites du maxillaire inférieur, quoique jusqu'à ce jour le malade n'eût pas éprouvé de maux de dents, et alors que ses dents lui paraissaient saines, sans que rien n'eût appelé l'attention de ce côté.

En même temps, apparaissait une tuméfaction de la joue correspondante, empiétant également sur la région sous-maxillaire.

On crut, comme cela est du reste la règle, à un abcès d'origine dentaire, et on pratiqua l'extraction de l'avant-dernière molaire. Le gonflement ne rétrocéda pas, et peu de temps après, deux ouvertures spontanées se produisaient au-dessous de l'angle inférieur de la mâchoire, dans la région sous-maxillaire et pré-mastoïdienne. Le malade fut alors soulagé; et trois semaines après leur formation, les fistules plus ou moins taries parurent se cicatriser. En même temps, le gonflement diminuait d'une façon appréciable.

Un mois après, apparition d'une nouvelle fistule qui sembla également se cicatriser spontanément au bout d'une dizaine de jours.

Enfin, il y a un mois et demi, alors que l'état local était à peu près stationnaire, survenaient des phénomènes douloureux du côté de l'oreille et de la fosse temporale. Ces douleurs, particulièrement vives, coïncidaient avec une tuméfaction de la fosse temporale, remontant plus ou moins haut du côté du crâne.

Ces douleurs, fait dans l'espèce caractéristique, car nous les avons toujours rencontrées chez tous nos actinomycosiques, étaient particulièrement vives. Elles revenaient par accès surtout pendant la nuit; et quoique assez bien localisées dans la région tuméfiée, elles s'irradiaient du côté de la tête, et surtout en arrière, au niveau de l'occiput. En même temps, le gonflement de la joue augmentait; le trismus, qui avait existé dès le premier jour, s'accentuait; et quatre ou cinq mois après le début des premiers accidents, un abcès, d'après les renseignements fournis par le malade, s'ouvrit du côté de la cavité buccale. Du pus se serait écoulé par la bouche, et en même temps un soulagement notable se produisait; les douleurs diminuaient.

L'état local ne subissait toutefois pas grande transformation; l'alimentation était toujours rendue très difficile par un écartement des mâchoires de quelques millimètres seulement, et c'est alors que le malade entra à l'Hôtel-Dieu une première fois dans notre service.

M. Rollet, agrégé, qui me suppléait pendant le concours d'agrégation, soupçonna l'actinomycose; mais, en l'absence de l'examen microscopique des sécrétions pathologiques, il crut volontiers à un phlegmon simple d'origine dentaire, avec adénite sous-maxillaire.

Les fistules existantes furent alors agrandies sous l'anesthésie. Le stylet ne conduisant sur aucun point

dénudé du squelette, elles furent excisées, curettées et drainées.

Une incision pratiquée sur la partie la plus saillante de la tuméfaction, et qui, faussement fluctuante, répondait assez bien à la naissance de l'arcade zygomatique, conduisit sur des tissus scléreux non suppurés, et ne donna issue qu'à du sang.

A la suite de cette intervention, il y eut une détente dans l'état local, et le 18 juin, sept jours après, le malade retournait soulagé dans son pays.

Il nous est revenu hier 30 juin, se plaignant de souffrir beaucoup depuis quelques jours; accusant des douleurs irradiées dans la moitié droite du crâne, surtout dans la fosse temporale, dont l'empâtement se serait notablement accru.

Telle est, messieurs, l'histoire pathologique de ce malade, qui dans ses détails ressemble beaucoup à celle d'autres sujets que nous avons reconnus atteints d'actinomycose cervico-faciale.

Nous nous trouvons, en effet, en présence d'un homme habitant la campagne, et chez lequel, en dehors de toute lésion dentaire antérieure ou existante, l'apparition de douleurs vives avec gonflement de la joue et de l'angle inférieur de la mâchoire doit éveiller l'idée de l'actinomycose.

Sur les onze malades que nous avons observés, et qui étaient porteurs d'actinomycose, sept fois les lésions occupaient ce siège : Angle inférieur de la mâchoire, région temporo-maxillaire. C'est donc bien là un lieu d'élection pour le champignon rayonné.

Nous n'avons pas trouvé, il est vrai, chez lui l'étiologie maintes fois signalée : Quoique vivant en contact avec les animaux domestiques chez lesquels l'actinomycose n'est pas rare, il ne semble pas, d'après les renseignements qu'il nous a donnés, qu'aucun de ces animaux fut malade.

Il n'a point non plus l'habitude de se mettre à la bouche des grains de blé, d'orge, des fétus de paille, des brins d'herbe, etc., qui peuvent être, comme on le sait, les hôtes, et par cela même, les véhicules des actinomyces. Chez lui, une telle étiologie fait défaut; mais n'oubliez pas que, dans maintes circonstances, il n'est pas possible d'établir le mode de contamination, et qu'en dehors des causes que nous venons d'énumérer, il en existe certainement d'autres que nous ignorons encore.

Quoi qu'il en soit, le début de l'affection, son siège, l'existence de douleurs souvent atroces, douleurs revenant par accès, et que ne semblent point expliquer les accidents inflammatoires qui évoluent plutôt sourdement que d'une façon aiguë; enfin un trismus précoce et persistant devaient éveiller l'idée de l'affection parasitaire dont nous avons observé, dans l'espace seulement de trois ans, onze cas des plus nets, démontrés par l'examen microscopique.

Ajoutons comme autre signe probable en faveur de ce diagnostic, l'apparition de fistules à des époques plus ou moins éloignées, et alors que ces ouvertures du côté de la peau ou de la muqueuse buccale succédaient à une poussée plus ou moins aiguë de la maladie, s'accompagnant de douleurs très vives qui disparaissaient, tout au moins pendant quelque temps, avec l'issue au dehors de produits pathologiques.

En pareil cas, la suppuration est peu abondante, et lorsque les tissus superficiels s'ulcèrent, les sécrétions sont plutôt séreuses que vraiment purulentes. Dans tous les cas, on n'a pas affaire à un pus franchement phlegmoneux; et si l'on soupçonne l'actinomycose, on trouve assez facilement dans la sérosité les petits grains jaunes caractéristiques de cette maladie.

Si l'évolution des accidents plaide en faveur de cette affection parasitaire, le diagnostic ne semble plus laisser aucun doute, lorsque l'on fait avec soin l'inventaire des lésions. Nous nous trouvons en présence d'un grand garçon, pâle, amaigri, ce qui s'explique par les douleurs éprouvées, par les insomnies, par la gêne de l'alimentation, et probablement aussi par un certain degré de septicémie due aux lésions elles-mêmes.

La face est le siège d'une déformation des plus appréciables, caractérisée par une asymétrie due à un gonflement notable non seulement de la joue et de la région sous-maxillaire droites, mais encore de la région temporale, et des régions frontale et pariétale voisines.

Les cheveux étant rasés sur une certaine hauteur au pourtour de l'oreille droite, on aperçoit, partant surtout de l'angle inférieur de la mâchoire, une tuméfaction diffuse, uniforme, sans changement de coloration bien appréciable de la peau, si ce n'est au-dessous de l'angle inférieur de la mâchoire, où l'on voit deux petites cicatrices plus ou moins en saillie, répondant à deux anciennes fistules.

Le gonflement remplit toute la fosse temporale. Il occupe également la région massétérine, et donne lieu à une sorte de plastron qui se confond, par gradations insensibles, avec les tissus voisins non envahis.

Il existe, du côté des paupières de l'œil droit, un peu de bouffissure œdémateuse qui reconnaît pour cause l'extension d'accidents inflammatoires survenus depuis quelques jours sous forme d'une nouvelle poussée, sensiblement à l'union de l'écaille du temporal et du frontal. A ce niveau, il existe une sorte de masse très-douloureuse au toucher; la peau qui la recouvre a une teinte légèrement rosée, et la pression méthodique y révèle de la fluctuation.

Au niveau de l'arcade zygomatique on aperçoit une cicatrice non fistuleuse qui correspond à une incision pratiquée il y a quelques semaines.

Enfin dans la région sous-maxillaire, les deux trajets fistuleux anciens sont révélés par de petites saillies bleuâtres, ampullaires et répondant à des orifices par lesquels la pression fait sourdre un peu de sérosité.

L'ensemble de la lésion, je ne crains pas de le dire, a quelque chose de pathognomonique. Un tel gonflement ne rappelle en rien les lésions classiques, et ce serait vraiment perdre notre temps que de chercher à établir un diagnostic différentiel entre les diverses variétés de phlegmons : Phlegmon habituel ou staphylococcien, syphilitique, tuberculeux, etc...

Si nous poussons plus loin notre investigation, nous rencontrons encore moins les signes de l'une ou l'autre de ces affections.

Nous nous trouvons en présence, comme le révèle une pression méthodique, d'une induration scléreuse, ligneuse, qui englobe tous les tissus de la région malade, et qui, pour un clinicien non prévenu, laisserait supposer une sorte de néoplasme en nappe, néoplasme périostique, à marche plus ou moins rapide.

A côté de ce sclérome, éveillant si bien à première vue l'idée d'un sarcome, existent des lésions inflammatoires non douteuses; et c'est cette association bizarre de néoplasie et d'inflammation simple, qui est précisément, comme je l'ai fait souvent remarquer, un des caractères les meilleurs du diagnostic.

Ajoutons l'intégrité du squelette, qui fait de la maladie, pendant un temps plus ou moins long, une affection périsquelettique, pouvant à la longue, envahir le tissu osseux.

Chez notre malade, le squelette est bien indemne. Le doigt introduit dans la cavité buccale et délimitant exactement les faces du maxillaire, ne constate aucune hypérostose; c'est le tissu cellulaire sous-cutané, c'est

surtout le tissu celluleux lâche qui forme les couches parostales périmusculaires qui est envahi, et qui nous paraît être le terrain de prédilection choisi par les actinomyces pour s'étendre de proche en proche. Il y a là une sorte de gangue qui englobe les organes et les tissus dans lesquels se développe le parasite.

Si l'on saisit la joue entre deux doigts, on constate une induration de phlegmon chronique, caractérisée par une augmentation notable de volume, qui s'accroît au niveau du masséter.

L'exploration de la cavité buccale ne nous a pas révélé de fistule, ni de séquestre. Au niveau des dents enlevées, la muqueuse est saine, et les dents voisines ne présentent aucune altération.

Je crois, messieurs, que le diagnostic d'actinomycose s'impose chez notre malade. C'est vous dire que nous le soumettrons à un traitement méthodique par l'iodure de potassium, qui a été, dans nombre de cas, le spécifique de cette maladie.

L'expérience a démontré qu'il fallait le donner à la dose de un à deux grammes par jour, en poussant, suivant la tolérance, jusqu'à quatre grammes et au delà.

Vous ne perdrez pas de vue que cette médication iodurée, pour produire son effet, doit être continuée souvent pendant un temps assez long. C'est ainsi que chez un de nos malades, atteint également d'actinomycose temporo-maxillaire, et dont l'observation a été publiée dans le *Mercredi médical* du mois de juin 1895, il n'a pas fallu moins d'un traitement de cinq mois à la dose de quatre grammes d'iodure de potassium par jour, pour amener une guérison complète.

Au traitement ioduré, nous associerons le traitement chirurgical, c'est-à-dire l'incision et l'évacuation de la masse ramollie fluctuante ; les incisions et le râclage des fistules existantes.

Par l'association de ces moyens, on fait disparaître plus rapidement la douleur, on assure aussi, croyons-nous, une guérison plus rapide.

L'actinomycose, ainsi que je l'ai maintes fois fait remarquer depuis deux ans, est probablement aussi fréquente dans notre pays qu'à l'étranger (treize cas à Lyon dans l'espace de trois ans) (*Gazette hebdomadaire* et *Mercredi médical*, 1895). Pour la reconnaître, il faut d'abord y penser, et j'espère que, ce malade aidant, vous saurez dorénavant la diagnostiquer, et par cela même, instituer le traitement ioduré qui, ne l'oubliez pas, agit d'autant mieux que la lésion est moins ancienne et qu'elle est restée plus localisée.

Si l'actinomyce, pénétrant par une effraction cutanée ou muqueuse, infiltre plus ou moins rapidement le tissu cellulaire, il peut, plus souvent probablement qu'on le suppose, car sur ces treize malades nous comptons quatre morts, s'étendre, se généraliser par la voie vasculaire ou autre et provoquer, du côté des viscères, des lésions mortelles à plus ou moins brève échéance.

La leçon terminée, M. Dor, chef du laboratoire de M. Poncet, fit sourdre par une des fistulettes un peu de sérosité et recueillit un petit grain jaune démonstratif à l'œil nu et qui, porté immédiatement sous le champ du microscope, révéla l'existence du champignon soupçonné.

Le lendemain, 2 juillet, le malade étant éthérisé, M. Curtillet, chef de clinique, incisa, sous les yeux de M. Poncet, la bosse temporo-frontale fluctuante. Il s'écoula du sang en quantité avec quelques stries purulentes qui, recueillies dans une éprouvette stérilisée, laissèrent déposer sur les parois du verre quelques petits grains jaunes tout à fait caractéristiques.

De ce foyer, on énucléa avec le doigt une masse fongueuse du volume au moins d'une amande, d'une coloration plus ou moins gris jaunâtre, surtout à la coupe et rappelant assez bien une production xanthélasmique.

Ce tissu pathologique renfermait aussi des petits grains jaunes histologiquement constitués par des actinomyces.

NOUVELLES

Circonscriptions sanitaires maritimes. — Le décret suivant vient d'être promulgué :

Article premier. — Le nombre, le siège et l'étendue des circonscriptions sanitaires du littoral maritime de la France, relevant des directions et agences principales, est fixé conformément au tableau joint au présent décret pour remplacer, en ce qui concerne lesdites circonscriptions, le tableau annexé au règlement susvisé du 22 février 1876.

Art. 2. — Les directeurs de la santé adressent, chaque mois, au ministère de l'Intérieur, un rapport faisant connaître l'état sanitaire des ports de leur circonscription et résumant les diverses informations relatives à la santé publique dans les pays étrangers en relations avec ces ports, ainsi que les mesures sanitaires auxquelles auraient été soumises les provenances desdits pays. Ce rapport est accompagné d'un état des navires ayant motivé l'application de mesures spéciales. Ils avertissent immédiatement le ministre de tout fait grave intéressant la santé publique, soit de leur circonscription, soit des pays étrangers en relation avec celle-ci.

Art. 3. — Les dépenses du service sanitaire sont réglées annuellement, en prévision, par des budgets spéciaux préparés par les directeurs de la santé pour chacun des départements de leur circonscription et approuvés, sur l'avis des préfets, par le ministre de l'Intérieur.

Aucune dépense ne peut être effectuée ni engagée en dehors de ces budgets sans une autorisation expresse du ministre de l'Intérieur, à moins toutefois qu'il n'y ait urgence. Dans ce cas, il en est référé immédiatement au ministre pour faire régulariser la dépense effectuée ou engagée.

Aussitôt après la clôture de l'exercice financier, les directeurs de la santé adressent au ministère de l'Intérieur, par l'intermédiaire des préfets et indépendamment des pièces exigées par les règlements sur la comptabilité, un compte détaillé des dépenses ordinaires ou extraordinaires effectuées au cours de l'exercice dans chacun des départements de leur circonscription.

Tableau des circonscriptions sanitaires du littoral maritime de la France, indiquant le siège des directions, les départements formant une circonscription sanitaire avec l'indication de la ville où se trouvent pour chaque département les agences principales de la santé.

Ajaccio : (Corse).

Marseille : (Alpes-Maritimes), Nice ; Var (Bouches-du-Rhône), Toulon ; (Gard), Grau-du-Roi ; (Hérault), Cette ; (Aude), La Nouvelle ; (Pyrénées-Orientales), Port Vendres.

Pauillac : (Basses-Pyrénées), Bayonne ; (Landes, Gironde), Cap Breton ; (Charente-Inférieure), Rochefort.

Saint-Nazaire : (Vendée, Loire-Inférieure), Les Sables-d'Olonne ; (Morbihan, Finistère), Lorient.

Brest : (Côtes-du-Nord), Portrieux ; (Ille-et-Vilaine), Saint-Servan.

Le Havre : (Manche), Cherbourg ; (Calvados), Caen ; (Eure, Seine-Inférieure), Quillebeuf ; (Somme), Saint-Valéry.

Dunkerque : (Pas-de-Calais, Nord), Boulogne.

Le tabac dans les hôpitaux. — Le décret suivant vient d'être promulgué. Il règle une question dont on a déjà parlé il y a quelque temps. Celle du tabac au rabais pour les malades des hôpitaux.

Article premier. – Il pourra être délivré, dans la limite de 100 grammes par dizaine pour chaque ayant droit, aux conditions de prix déterminées par l'article 5 du présent décret, du tabac à fumer, à priser ou à mâcher aux malades et nécessiteux recueillis dans les établissements hospitaliers entretenus par l'Etat, les départements et les communes.

Art. 4. — Les directeurs, administrateurs ou supérieurs des établissements hospitaliers feront prendre les tabacs, soit

directement à l'entrepôt de l'arrondissement, soit dans les débits locaux qui auront été désignés pour la vente de ces tabacs.

Ils remettront à l'entreposeur ou au débitant, selon le cas, l'autorisation de livraison émanant du directeur des contributions indirectes.

Art. 5. — Les tabacs seront livrés aux établissements hospitaliers aux prix indiqués ci-dessous :

Tabac à fumer, 1 fr. 50 le kilogramme ;

Tabac à priser, 1 fr. 50 le kilogramme ;

Tabac à mâcher, 2 francs le kilogramme.

Lorsque les débitants serviront d'intermédiaires entre l'entrepôt et les établissements hospitaliers, il leur sera alloué un bénéfice de 20 centimes par kilogramme.

Les tabacs leur seront vendus, selon l'espèce, à 1 fr. 30 et 1 fr. 80 le kilogramme.

Les établissements de bains en France. — Le *Radical* du 8 mai publie l'entrefilet suivant :

« Sait-on qu'à Epinal, préfecture des Vosges, ville de plus de vingt-cinq mille habitants, sans compter la garnison, il n'existe pas d'établissement de bains chauds?

» Après avoir parcouru les malheureux villages si terriblement frappés par la catastrophe de Bouzey, un de nos confrères a demandé en vain, dans la ville célèbre par ses images, où il pouvait prendre un bain! — Il n'en existe pas! lui a-t-on répondu.

» Le Conseil municipal d'Epinal s'est, paraît-il, à plusieurs reprises, préoccupé de cette question, qui touche de si près à l'hygiène publique, mais il n'a rien résolu et cette importante question est tombée dans l'eau. »

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 juillet 1895.

Présidence de M. Empis.

La correspondance comprend : 1° une lettre de M. le docteur Hoffmann, sur la prophylaxie de l'alcoolisme; 2° une lettre de M. le docteur Frébault, député de la Seine, envoyant à l'Académie un pli cacheté sur le traitement de la diphthérie. (Accepté).

Elections.

L'Académie procède à l'élection de deux correspondants étrangers.

Pour la première place, sur 54 votants, majorité 28, M. Perroncito est élu par 52 voix contre 1 bulletin blanc et 1 bulletin nul.

Pour la seconde place, sur 49 votants, majorité 25, M. Adamkiewicz est élu par 45 voix contre 2 données à M. Coni et 2 bulletins blancs.

Prophylaxie de l'alcoolisme.

M. Laborde présente une série de cobayes auxquels il a injecté diverses eaux-de-vie de cognac, d'armagnac et d'industrie et montre que les vraies eaux-de-vie de cognac et d'armagnac ne produisent qu'une ébriété passagère, au contraire des phénomènes convulsifs et de la mort amenés par les alcools d'industrie. Il attire, en passant, l'attention sur l'alcool donné aux soldats, alcool de très mauvaise qualité, de très bas prix, qui est la cause d'un grand nombre d'accidents.

M. Laborde passe en revue les essences qui servent à fabriquer différentes liqueurs et les huiles qui servent à fabriquer les vins ; il propose de défendre toutes ces huiles et tous ces bouquets, sauf l'éther éthylique. Dans la prochaine séance il proposera à l'Académie de nommer une commission chargée de soumettre des vœux au vote de l'Académie.

M. Magnan veut entretenir l'Académie des asiles d'ivrognes et des asiles d'alcooliques. En Amérique l'alcoolisme a envahi le pays pendant la guerre de l'Indépendance de 1777 à 1783. Après la guerre surgirent un grand nombre d'œuvres destinées à lutter contre ce fléau. Pendant la guerre de la Sécession il y eut un nouveau progrès de l'alcoolisme beaucoup plus prononcé que celui du siècle dernier. Tout d'abord les Américains considèrent l'ivrogne comme un malade, et les philanthropes qui installèrent les premières maisons de traitement allaient chercher des individus dans les prisons pour les amener dans leurs asiles. Ces philanthropes sollicitaient des juges l'envoi dans leurs maisons de traitement de tous les individus passibles de peines pour des délits provoqués par l'ivrognerie.

En Angleterre les asiles d'alcooliques sont beaucoup moins nombreux et beaucoup moins bien installés.

Dans tous les établissements de ce genre à l'étranger on a dû soumettre les malades à une abstinence complète.

Dans le département de la Seine le niveau de l'alcoolisme s'élève de plus en plus, aussi on a songé à créer pour les alcooliques des asiles spéciaux. Pour eux la guérison ne peut s'obtenir que par la suppression tantôt lente, tantôt brusque du poison. Il est regrettable que les alcooliques guéris soient forcés de sortir trop tôt de l'asile pour subvenir aux besoins de leurs familles. Il serait désirable que ces malades en quittant l'asile pussent se livrer à un travail utile et productif pour leurs familles.

Actuellement en France pour des causes pécuniaires, on est forcé de se borner à recevoir dans les asiles les alcooliques délirants. De ces alcolisés, après leur séjour dans les asiles, plus du quart rentrent à l'asile par rechute, un autre quart tombe malade d'une maladie intercurrente tenant plus ou moins à l'alcool, un troisième quart tombe dans la paralysie générale.

Dans la séance du 6 juillet 1894, le Conseil général de la Seine a voté une somme de quatre millions deux cent mille francs, pour créer un asile d'alcooliques; il y aura sept cents places dont trois cents pour les hommes et deux cents pour les femmes. Il faut hospitaliser huit cents alcooliques chaque année dans le département de la Seine.

M. Magnan demande à l'Académie d'émettre le vœu qu'il soit créé des asiles alcooliques seuls capables d'amender et de guérir les victimes de l'alcool.

Recherches sur la virulence des poussières dans les chambres des tuberculeux après désinfection.

M. Landouzy présente les conclusions d'un travail de M. le Dr Lalesque d'Arcachon, et de M. Rivière, préparateur à la Faculté de médecine de Bordeaux.

De leurs expériences MM. Lalesque et Rivière concluent que les mesures de nettoyage et de désinfection, telles qu'elles ont été pratiquées à Arcachon dans les locaux occupés par des phthisiques pulmonaires, expectorant, sont parfaitement efficaces et suffisent à prévenir la tuberculose par inhalation des poussières.

Etude clinique sur le diabète.

M. Worms. — Dans une note que j'ai présentée ici en 1893, j'ai cherché à évaluer le nombre des diabétiques par rapport au chiffre total de la population. J'étais arrivé à une proportion de 7 0/0, plus tard je suis arrivé à 10 0/0. Depuis je continue à penser que sur cent personnes de quarante à soixante ans, de toutes conditions, il y a dix diabétiques. La quantité de sucre varie considérablement.

Une autre question est celle du rapport du nombre entre les diabètes légers et les diabètes graves. En 1889, je n'avais constaté sur quarante cas de diabète que deux cas de morts en deux ans, ce qui faisait 7 0/0 de cas graves. Sur vingt-deux survivants de 1893, aucun n'a succombé depuis deux ans. La proportion des cas graves paraît donc devoir être abaissée à 5 0/0.

Il est important que cette notion soit vulgarisée, car un grand nombre de personnes sont terrorisées par cette idée qu'elles sont diabétiques.

Une troisième question est celle-ci : tous les diabétiques cachectiques des hôpitaux ont-ils été pendant longtemps des

diabétiques latents; cette question est plus difficile à résoudre.

Quelle est la proportion des diabétiques cachectiques chez lesquels on a trouvé une lésion grave d'un des organes principaux, foie, reins, cœur, etc.?

Il est rare de trouver des personnes assez éclairées pour fournir aux médecins tous les documents qui seraient nécessaires pour élucider ces diverses questions.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 19 *juillet* 1895.

Présidence de M. Brault.

Péricardite purulente primitive à pneumocoque. Arthrite de même nature de la première articulation métatarso-phalangienne gauche chez un saturnin âgé de trente-cinq ans.

MM. Widal et **Meslay**. — On constate à l'autopsie une péricardite avec un litre de pus bien lié; une fausse membrane fibrineuse d'un demi-centimètre d'épaisseur recouvre les parois du cœur; une symphyse cardiaque partielle de deux centimètres d'étendue environ rend adhérente la pointe au feuillet fibreux du péricarde, de telle sorte que le pus était épanché non pas en avant mais en arrière entre la paroi postérieure du cœur et le sac fibreux. Cette adhérence partielle explique pourquoi cliniquement, malgré ce grand épanchement péricardique, on a perçu jusqu'à la mort les bruits du cœur à l'auscultation, en même temps qu'un frottement très net localisé à trois centimètres en dedans et audessus de la pointe. L'examen bactériologique a montré dans le pus du péricarde le pneumocoque à l'état de pureté. Cette péricardite pneumococcique semble être primitive, car dans les antécédents du malade, on ne trouve pas souvenir d'une infection à pneumocoque, et l'on ne constate aucune lésion à l'autopsie. Cette péricardite semble de date ancienne; le malade depuis quelques années fut tourmenté par intervalles de dysphagie dont il souffrait surtout dans les derniers temps de sa vie et qui est suffisamment expliquée par la compression que l'épanchement exerçait au niveau de l'œsophage.

Environ quatre semaines avant sa mort, le malade avait accusé des douleurs vives au niveau de la première articulation métatarso-phalangienne du côté gauche avec tuméfaction rougeur au niveau de la jointure. Cette douleur s'était accompagnée pendant quelques jours d'un léger état fébrile, la température oscillant entre 38°5 et 39°. Le malade n'ayant jamais souffert d'aucune autre articulation et étant saturnin, on avait pensé à une localisation possible de goutte saturnine. Une dizaine de jours avant la mort, la température était tombée à la normale et les douleurs de l'articulation avaient diminué. Le malade était resté cependant dans un état subdélirant, il s'éteignit progressivement en état de collapsus. Dans la synoviale de la jointure malade, on trouve à l'autopsie quelques gouttes de liquide séro-purulent contenant de nombreux globules de pus et des pneumocoques à l'état de pureté. L'articulation était à peu près intacte malgré cette arthropathie dont la durée avait été d'au moins quatre semaines. La synoviale était seulement injectée, les cartilages diarthrodiaux légèrement éburnés.

Cette observation est doublement intéressante: au point de vue de la localisation primitive du pneumocoque au niveau du péricarde et au point de vue de sa localisation exceptionnelle, au niveau de cette articulation métatarso-phalangienne. La goutte a peut-être été le point d'appel du microbe au niveau de cette jointure.

Fractures multiples et ruptures viscérales causées par un traumatisme.

M. Mouchet présente des pièces provenant d'un jeune homme de seize ans tombé de la hauteur d'un premier étage et mort en quelques heures. Les deux radius étaient fracturés, l'os frontal était éclaté à sa partie antérieure. Un trait de fracture en partait et parcourait toute la base d'avant en arrière. Le rein droit, le foie, la rate étaient le siège de ruptures multiples qui avaient occasionné une abondante hémorrhagie péritonéale.

Myome de la cuisse droite.

MM. Weinberg et **Blanc** présentent des coupes d'une tumeur sous-cutanée de la cuisse. Cette tumeur datait d'environ vingt-neuf ans. Elle avait pris un accroissement notable à la suite d'un traumatisme survenu l'année précédente. L'examen microscopique montra que l'on avait affaire à un néoplasme d'interprétation difficile ou myome à fibres musculaires lisses ou sarcome fascicule.

M. Weinberg croit plutôt à un myome.

Nerfs de la rate.

M. Azoulay montre des préparations par la méthode de Golgi, où l'on voit un très riche plexus péri-vasculaire. Est-ce un plexus nerveux ou ne s'agit-il que de fibres conjonctives? M. Azoulay penche plutôt vers la première hypothèse.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 8 *juillet* 1895.

Comparaison de l'échauffement qu'éprouvent les muscles dans les cas de travail positif et de travail négatif.

M. A. Chauveau. — Dans ma théorie générale du travail musculaire, considéré au point de vue de l'énergétique, j'ai démontré: 1° que ce travail, pendant la *contraction statique*, consiste dans une création d'élasticité dont la valeur est proportionnelle au degré de raccourcissement du muscle et à la charge qu'il supporte; 2° que l'énergie mobilisée dans l'effort du muscle est exactement proportionnelle aussi à la charge supportée et au degré de raccourcissement musculaire. J'ai admis, en outre, qu'il en est de même pendant la *contraction dynamique*, consacrée au soulèvement ou à l'abaissement d'un poids. Mais dans la discussion de mon sujet, je n'avais pas tenu compte de l'élément additionnel que le déplacement même du poids introduit dans l'acte de la contraction musculaire.

Depuis lors, j'ai entrepris de nouvelles expériences, que j'ai faites d'abord sur le biceps d'un sujet auquel je faisais soulever ou abaisser un poids de cinq kilogrammes: dans ce cas j'ai constaté que le travail négatif déterminait toujours moins d'échauffement dans ce muscle que le travail positif; en second lieu, j'ai étudié comparativement l'échauffement du muscle triceps crural dans les cas de travail positif et de travail négatif correspondant, pendant la montée et la descente d'un escalier (le sujet opérait la descente à reculons pour assurer l'identité des mouvements par la conservation de la même attitude dans les deux cas): là encore, et dans tous les cas sans exception, la descente a déterminé un échauffement moindre que la montée, autrement dit le travail négatif produit un moindre échauffement que le travail positif.

Le travail négatif met donc en œuvre moins d'énergie que le travail positif, parce que l'effort musculaire qu'exige celui-ci est plus considérable. Dans le cas de travail positif, le muscle emprunte l'énergie avec laquelle il crée son élasticité physiologique, essence même de la contraction musculaire, exclusivement aux processus chimiques qui deviennent alors plus actifs dans le tissu du muscle. Dans le cas de travail négatif, une partie de cette énergie est fournie par le travail mécanique détruit, mais ce travail avait en lui-même pour origine le métabolisme chimique du muscle au moment du soulèvement de la charge.

Ces propositions ne changent rien aux principes fondamentaux que j'ai établis sur le mécanisme du travail musculaire. Elles mettent seulement au point quelques détails restés indécis faute de données précises sur la valeur de l'énergie originelle et du travail *intérieur* avec lesquels le muscle effectue le travail mécanique *extérieur*.

En somme, l'élasticité musculaire, créée dans le cas de la contraction dynamique par le soulèvement d'une charge, a deux rôles à remplir: 1° équilibrer la charge dans toutes les positions qu'elle prend; 2° la faire passer d'une position à une

autre. La valeur de l'énergie consacrée au premier rôle est toujours la *moitié* de celle qui est nécessaire au soutien fixe de la charge à la hauteur minima où celle-ci est soulevée par la contraction dynamique (*énergie statique*). Il s'y ajoute nécessairement l'énergie qui prouve le passage de la charge d'une position à une autre, c'est-à-dire la valeur même du travail mécanique accompli.

Séance du 15 *juillet* 1895.

Sur la pénétration des embryons d'anguillule stercorale dans le sang de l'homme.

M. P. Teissier. — Chez un homme devenu profondément anémique à la suite d'un séjour prolongé à la Guyane et qui était atteint à la fois de diarrhée et de fièvre intermittente à accès irréguliers et surtout vespéraux, j'ai pu constater dans le sang la présence de nombreux embryons de vers nématodes et dans les matières fécales une quantité considérable d'anguillules stercorales à tous les degrés de développement.

Les anguillules des garde-robes présentaient tous les caractères assignés à l'anguillule stercorale. On en trouvait des mâles et des femelles. Celles-ci, plus volumineuses, mesuraient 1 millim. 29 de longueur sur 60 à 84 de largeur ; l'utérus, vide parfois, renfermait le plus souvent un certain nombre d'œufs, de 15 à 30, à des degrés bien différents de maturité, depuis le stade primitif avec protoplasma granuleux non segmenté jusqu'à la formation de cellules embryonales, jusqu'au développement complet de l'embryon. Il m'a été donné, à de nombreuses reprises, de constater l'éclosion de cet embryon dans l'utérus, d'assister à son issue par l'ouverture vulvaire ; les œufs, comme j'ai pu le remarquer, comme l'attestait leur présence en très grand nombre dans les matières, étaient expulsés aussi soit avant maturité complète, soit en état de maturité ; l'éclosion se faisait, en ce cas, dans les matières fécales.

Les embryons issus de l'œuf avaient une longueur de 200 à 240 μ, une largeur de 12 à 18 μ. Ils étaient cylindriques, amincis aux deux extrémités, surtout à l'extrémité caudale. Sans structure apparente, ils étaient exclusivement formés d'une paroi renfermant une masse granuleuse jaune brun disséminée dans la partie moyenne et s'arrêtant à une certaine distance de la tête et de la queue.

Sur des embryons plus développés, à structure différenciée, j'ai parfois observé la présence d'une gaine claire dans laquelle le corps de l'animal pouvait se mouvoir dans le sens de la longueur.

Les formes adultes et embryonnaires, ces dernières surtout, étaient animées de mouvements de reptation très rapides.

Les nématodes embryonnaires contenus dans le sang présentaient des caractères absolument identiques à ceux des embryons d'anguillule trouvés dans les matières fécales et dont j'avais pu constater l'issue hors de l'utérus ou de l'œuf. L'aspect, la forme, les dimensions, les mouvements étaient absolument comparables. Il est donc légitime d'admettre que les embryons observés dans le sang provenaient des anguillules intestinales et avaient pénétré dans le système circulatoire après avoir pris naissance dans l'intestin. Cela est d'autant plus présumable que, durant le séjour du malade à l'hôpital, ces hématozoaires ont fini par disparaître entièrement du sang, en même temps que les anguillules stercorales perdaient beaucoup de leur vitalité et étaient expulsées en grand nombre à l'état de cadavres.

J'ajoute que la fièvre a cessé à la suite d'un traitement qui a modifié la vitalité des anguillules stercorales, et que la disparition des embryons du sang a coïncidé avec la disparition même de la fièvre. Il est donc vraisemblable que la fièvre a été déterminée par la présence dans le sang des embryons provenant de l'anguillule stercorale.

Os et cartilage.

M. Joannès Chatin. — Lorsqu'on se limite aux enseignements classiques de l'histologie humaine, rien ne semble plus dissemblable que le tissu osseux et le tissu cartilagineux : le premier avec ses petites cellules étoilées et longuement anastomosées, le second avec ses cellules massives et isolées.

Si absolues qu'elles puissent paraître, ces différences tendent pourtant à s'effacer dès qu'on les soumet au contrôle de l'histologie comparée. M. Joannès Chatin l'établit nettement par un exemple des plus démonstratifs : en examinant la sclérotique d'un geckotien, il l'a vue constituée par un cartilage à cellules polymorphes et fréquemment anastomosées ; à certains égards, elles rappellent les cellules cartilagineuses des céphalopodes, mais caractérisent une nouvelle espèce histique, franchement intermédiaire entre le tissu osseux et le tissu cartilagineux, affirmant entre eux la plus étroite parenté.

Electricité de la torpille.

M. d'Arsonval. — Tout le monde connaît, tout au moins pour en avoir lu la description, ces curieux poissons qui disposent comme moyens de défense d'une véritable batterie électrique.

Dans cet ordre d'idées, M. d'Arsonval communique à l'Académie les premiers résultats de recherches qu'il vient d'entreprendre à son laboratoire de Concarneau sur la décharge électrique de la raie-torpille. Cet animal, quand on le touche, envoie une décharge électrique volontaire assez forte pour tuer les poissons dont il fait sa nourriture et peut même paralyser un homme momentanément.

A l'aide d'instruments spéciaux de son invention M. d'Arsonval est arrivé à faire inscrire par la torpille elle-même tous les phénomènes qui accompagnent sa décharge électrique.

L'intensité du courant que l'animal émet *volontairement* est, d'après ces expériences, beaucoup plus grande qu'on ne pouvait le penser.

Une raie-torpille de taille moyenne (trente à quarante centimètres de diamètre) donne un courant variant entre deux et dix ampères avec une force électro-motrice de quinze à vingt volts.

M. d'Arsonval met en évidence cette production d'électricité d'une manière frappante. Une lampe électrique à incandescence de dix bougies environ est mise en rapport métallique avec l'organe électrique de la torpille. Si l'on vient alors à irriter la bête en lui pinçant légèrement la peau, elle envoie sa décharge et la lampe aussitôt brille d'un vif éclat. M. d'Arsonval montre à l'Académie une lampe qui a été brûlée par la décharge d'une torpille un peu trop vigoureusement excitée.

Ce même courant, actionnant une bobine de Ruhmkorf, illumine très vivement des tubes de Geissler, ces tubes de colorations diverses bien connus des enfants et des commençants qui prennent leurs premières notions de physique. Enfin, mis en rapport avec une amorce électrique, il fait détoner des cartouches de dynamite, etc. Ces expériences ne laissent aucun doute, pour le grand public, sur la nature électrique de la décharge de la torpille et sur sa grande intensité.

En poursuivant cette analyse M. d'Arsonval montre que l'organe électrique se comporte, au point de vue physiologique, comme un muscle transformé qui donne de l'énergie électrique au lieu de donner de l'énergie mécanique. Ainsi la décharge est discontinue et se compose d'une série de décharges partielles (15 à 20) se succédant à 1/100e de seconde environ, et étant toutes de même sens de façon que le dos de la torpille constitue le pôle positif et le ventre le pôle négatif de ce nouveau générateur d'électricité.

La courbe qui représente la production d'électricité est tout à fait semblable à la courbe de contraction d'un muscle.

Enfin, lors de la décharge, l'organe électrique rend un son comme le fait un muscle en contraction qu'on ausculte. L'organe s'échauffe pendant la décharge comme le fait un muscle, mais seulement si le courant est fermé sur lui-même. Le mécanisme de la production d'électricité est le même que le mécanisme de la contraction musculaire, si bien mis en lumière par M. d'Arsonval. Dans l'un et l'autre cas la production du phénomène est due aux variations de la tension superficielle comme cela a lieu dans l'électromètre capillaire de M. Lippmann.

Depuis dix-huit ans, M. d'Arsonval avait donné la théorie scientifique de cette production d'électricité. Les expériences qu'il vient de rapporter la confirment définitivement.

M. Marey fait observer qu'on modifie complètement l'action

musculaire en soumettant un animal à l'influence préalable de la vératrine.

Il y a là, pense-t-il, une série d'expériences intéressantes à tenter.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 20 juillet 1895.

Présidence de M. Féré.

De l'application de la méthode de Golgi-Cajal à l'étude du foie d'homme adulte.

MM. V. Hanot et **Léopold Lévi.** — Cette courte note a pour but d'attirer l'attention sur la possibilité d'imprégner par la méthode rapide au chromate d'argent de Cajal les canalicules biliaires sur des foies d'individus adultes recueillis dans les conditions habituelles des autopsies. On conçoit, dès lors, l'importance qui peut résulter de ces recherches en ce qui concerne l'anatomie pathologique des cirrhoses hépatiques. Déjà, M. Azoulay avait imprégné les capillaires biliaires du foie sur le cobaye et le fœtus humain.

Les figures que nous présentons sont dessinées à la chambre claire. La première représente un réseau de canalicules biliaires. On voit dans les parties où l'imprégnation a été complète des figures géométriques polygonales, ici véritables hexagones, parfois pentagones, tubes réguliers à double paroi avec lumière, le plus souvent rectilignes, parfois cependant légèrement sinueux. On reconnaît là une disposition du réseau capillaire biliaire analogue à celle qu'on obtient chez le lapin par injection.

Sur une autre préparation représentée sur la deuxième figure entre les travées hépatiques se trouvent les lacunes où l'on reconnaît la situation des capillaires sanguins, telle que peuvent la montrer les différentes méthodes. Remarquons cependant qu'il a été impossible d'imprégner jusqu'à présent les capillaires sanguins dans le foie par la méthode Cajal. Les capillaires biliaires imprégnés sont superposés aux travées parallèles au grand axe de la cellule et séparés des vaisseaux sanguins par une certaine épaisseur de protoplasma cellulaire.

Il est enfin une figure fort intéressante que nous désirons montrer dès maintenant sans toutefois fournir une interprétation définitive. Il s'agit d'un réseau à mailles généralement arrondies formé d'un tissu plein qui se subdivise en branches de plus en plus fines. S'agit-il là d'une disposition normale, d'une disposition pathologique, d'une disposition normale mise en évidence par suite d'un état pathologique? Ce que nous pouvons dire, c'est que nous avons obtenu ces figures d'une netteté absolue dans des régions du foie où les cellules étaient en pleine dégénérescence graisseuse ou en voie de dégénérescence.

Essais d'immunisation contre la tuberculose aspergillaire.

M. Rénon. — Nous avons essayé d'immuniser les animaux contre l'infection tuberculeuse due à l'aspergillus fumigatus, par l'injection de toxines, de sérums, d'agents non pathogènes, et de spores plus ou moins modifiés.

L'aspergillus ne forme pas de toxine dans les milieux de culture usuels (Kotliar). Nous avons essayé d'en déceler dans le mycelium jeune avant la formation des spores, en dissolvant ce mycelium dans une solution aqueuse de potasse à 40/100. Des produits ainsi formés, nous avons fait deux parts : l'une a été soumise à la dialyse, l'autre a été précipitée par l'alcool à 90°, lavée à l'alcool à 60°, et dissoute dans une solution aqueuse de chlorure de sodium. Les pigeons inoculés sous le muscle pectoral, avec ces substances ainsi préparées, ne sont pas morts. L'action toxique était nulle ; l'action vaccinante l'était également puisque ces animaux injectés à différentes reprises, sous le muscle pectoral et dans les veines, avec des spores virulents d'aspergillus, ont tous succombé.

Le sérum antistreptococcique de Marmorek, le sérum de lapin infecté par l'aspergillus et recueilli peu avant la mort, ne protègent pas les lapins : il meurent tous après avoir reçu des spores virulents.

Il en a été de même après l'injection préalable dans les veines de bouillon, de proteus vulgaris non virulent, et de spores d'un aspergillus non pathogène, l'aspergillus niger.

L'injection de spores développés sur des milieux contenant du nitrate d'argent, de l'iode, de l'iodure de potassium, a tué aussi rapidement les lapins que l'injection de spores virulents.

La chaleur humide à l'autoclave à 110° et à 100° pendant cinq minutes, à 82° pendant six heures, à 60° pendant cinq heures et demie, à 57° 1/2 pendant quinze heures, a empêché le développement des spores ; ils ne tuaient pas les lapins par injections intra-veineuses, mais ne les mettaient pas à l'abri d'injections de spores virulents, car ils ont succombé, et d'autant plus vite que le degré de stérilisation des spores injectés antérieurement avait été plus élevé. Soumises à 60°, pendant dix minutes, à 57° pendant trente minutes et une heure un quart, à 53° pendant quarante-huit heures, les spores ont poussé : les lapins inoculés avec ces spores sont tous morts, sauf un seul, qui, inoculé ensuite avec des spores virulents, a succombé aussi rapidement que le témoin.

L'injection de spores virulents sous la peau, puis dans les veines, à doses progressivement croisssantes, permet d'augmenter à chaque nouvelle injection et les doses injectées, et la résistance des lapins : mais si l'on donne des doses d'épreuve trop élevées, les animaux succombent, longtemps cependant après les témoins; ces faits confirment pleinement l'opinion émise par Rittert en 1887 et vérifiée par nous en 1892 et 1895.

En présence de tous les résultats négatifs que nous avons obtenus, nous pensons que c'est par l'injection progressivement croissante de spores virulents qu'il faut chercher à résoudre le problème de l'immunisation des animaux contre cette mycose.

Méthode du clivage et du moulage, appliquée à l'étude du système nerveux.

M. Luys. — Dans un domaine aussi délicat et aussi compliqué que le système nerveux on ne saurait avoir à sa disposition trop de méthodes d'études variées pour pénétrer soit d'un côté, soit d'un autre, les mystères de son organisation intime, on peut comparer ainsi leurs avantages et leurs inconvénients et grâce à ces concours variés on peut arriver à fixer ainsi définitivement certains points de structure.

Parmi les procédés d'étude que je préconise en ce moment je citerai d'abord la *méthode du clivage* des fibres nerveuses suivant leur direction naturelle, comme on suit, en les déchirant par exemple, des fibres d'un morceau de bois, et ensuite le moulage de ces mêmes régions pour fixer par le plâtre d'une façon indélébile les résultats obtenus.

Le clivage consiste, ainsi que je l'ai expliqué déjà dans une brochure spéciale, à soulever légèrement à l'aide de la lame d'un scapel quelques paquets de fibres blanches au moment où elles émergent de la substance grise corticale et à suivre leur direction comme s'il s'agissait de suivre des fibres d'un morceau de bois jusqu'à leur terminaison dans une masse grise satellite. Une fois cette dissection naturelle faite, on coule une masse de plâtre fin sur la surface des anfractuosités ainsi obtenues, et on a ainsi en relief la saillie et la direction des fibres cérébrales ou centrales. On obtient ainsi de véritable clichés durables et permanents de telle ou telle région du système nerveux. Je présente ainsi à la Société, différents échantillons de fibres cérébrales traitées de cette sorte et qui permettent de juger ainsi de leurs rapports et de leurs groupements. Ainsi vous voyez sur différents échantillons, l'ensemble des fibres cortico-thalamiques, sur un autre l'ensemble des fibres cortico-striées. Sur un troisième l'ensemble des fibres cortico-sous-optiques, que l'on décrit ordinairement sous les dénominations de pied du pédoncule cérébral et qui représente des fibres descendantes cérébro-bulbaires.

Ce que je tiens à faire ressortir dans cette communication, c'est que cette double méthode du clivage et du moulage des éléments nerveux peut encore s'appliquer à des régions beaucoup plus délicates, à celles de la base de l'encéphale.

Ainsi je présente un spécimen du moulage en relief du *noyau rouge de Stilling*, que l'on voit très nettement en relief sous forme d'un petit sphéroïde du volume d'un pois : sur une autre pièce il a été énucléé par dissection de sa loge ; on voit cette loge vide en creux avec une série de fibrilles concentriques d'origine cérébelleuse pédonculaire et qui se pelotonne pour le constituer. On voit en même temps une

série de fibres descendantes qui représentent une portion du faisceau cérébro-olivaire dont j'ai présenté à la dernière séance une préparation originale. Il y a là une série d'études à faire d'une grande importance.

M. Guinard envoie une note sur les modifications de la vitesse du courant sanguin sous l'influence de la morphine.

M. d'Arsonval fait une communication sur la décharge électrique de la torpille (voy. p. 354).

MM. Contejean et **Dussaud** relatent leurs expériences (avec présentation d'un chien) sur l'innervation sensitive des muscles.

M. Bourquelot fait une communication sur le bleuissement des champignons.

M. Azoulay relate ses recherches sur les terminaisons des nerfs dans les reins des cobayes.

R. ROMME.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 *juillet* 1895.

Uréthrectomie.

M. Pousson (Bordeaux) adresse une observation d'uréthrectomie heureuse pour un rétrécissement pénien de l'urèthre, chez un ancien blennorrhagique. M. Pousson n'a pu relever que sept observations semblables dans la littérature, tandis que les résections pour rétrécissement périnéaux se sont beaucoup multipliées depuis quelques années. Dans le cas actuel, le résultat est excellent et M. Pousson conclut en faveur de la méthode.

M. Tuffier cite à ce propos un malade chez lequel la résection a guéri un rétrécissement périnéal, mais il reste un rétrécissement pénien qui récidive constamment.

M. Schwartz a fait, il y a un an, la résection partielle de l'urèthre pour rétrécissement pénien. Le résultat a été bon.

Appendicite.

M. Tuffier. — Notre discussion, qui répète à peu près celle de l'an dernier, est justifiée parce que les médecins ont fait un retour offensif. Actuellement, je possède trente-huit observations d'appendicite, avec trente-deux opérations ; la plupart concernent des sujets de quinze à trente ans, mais j'y relève trois vieillards, et chez ces derniers j'ai remarqué l'absence de fièvre.

J'insiste sur les dangers de la temporisation. Deux de mes observations sont probantes à cet égard. L'an dernier, un malade a refusé de se laisser opérer, et pendant plusieurs mois il a semblé radicalement guéri, grâce au traitement médical : mais il est survenu une récidive mortelle en vingt-quatre heures. De même est mort, brusquement, un enfant chez lequel pendant trois jours les accidents avaient paru bénins.

L'appendicite n'est donc pas si bénigne qu'on a bien voulu le dire. Dès qu'il y a du pus, il faut aller le chercher. Même quand il y a péritonite généralisée, il faut intervenir et drainer la fosse iliaque : j'ai guéri de la sorte deux malades dont on avait désespéré.

Sur mes trente-deux cas, j'ai toujours trouvé du pus ; dix fois seulement j'ai réséqué l'appendice.

J'insisterai en terminant sur la possibilité d'abcès à distance, contenant le coli-bacille, et ne communiquant pas avec le foyer péri-cæcal. J'ai observé deux cas de cette espèce chez des sujets de douze et de quarante-trois ans qui ont eu des abcès de la paroi abdominale.

M. Brun. — Depuis un an, j'ai eu l'occasion d'observer dix-neuf cas d'appendicite qui me paraissent plaider en faveur de l'intervention aussi précoce que possible.

Sur ces dix-neuf cas, sept, en effet, mettent clairement en évidence les dangers de la temporisation ; ce sont sept exemples d'accidents péritonéaux généralisés d'origine appendiculaire qui se sont terminés par la mort. Deux fois je ne suis pas intervenu parce que je me suis trouvé en présence d'enfants agonisants qui ont succombé quelques heures après le moment où j'avais été pour la première fois appelé à les examiner. Chez les cinq autres malades j'ai fait la laparotomie, et malgré tous mes efforts le résultat n'en a pas moins été fatal. Il s'agissait, il est vrai, de cette forme spéciale d'accidents péritonéaux qui ressortissent bien plus de la septicémie péritonéale que de la péritonite vraie et qui se manifestent cliniquement moins par des symptômes abdominaux très marqués que par des signes de collapsus cardiaque. Chez la plupart de ces enfants la température était basse, le pouls incomptable, et la mort semblait si proche que j'ai souvent eu peur de la voir survenir avant la fin de mon opération. Une fois seulement j'ai cru que mon intervention allait être suivie de succès. Une amélioration très considérable s'était en effet montrée et prolongée pendant quarante-huit heures, mais les accidents réapparurent et malgré la réouverture du ventre et un nouveau lavage mon opéré succomba. Après la mention de ces faits, il me paraît difficile de mettre en doute la gravité excessive de l'appendicite et si quelques médecins se refusent encore à l'admettre, il est permis de supposer qu'ils ont dû passer et passent encore à côté des accidents qu'elle provoque sans en reconnaître l'origine. Je dois ajouter que dans tous les cas que je viens de rappeler les accidents péritonéaux n'ont fait leur apparition qu'après avoir été précédés, pendant plusieurs jours, de symptômes locaux (douleur iliaque droite, fièvre, etc.) établissant nettement l'existence d'une phase de la maladie pendant laquelle l'intervention aurait pu être pratiquée avec chance de succès.

En opposition avec les faits décourageants que j'ai tenu à mentionner tout d'abord, car ils me paraissent les plus instructifs, je puis citer huit cas d'appendicites enkystées qui toutes les huit ont guéri après intervention. Six fois l'appendice a pu être réséqué ; deux fois je n'ai pu le découvrir et les malades n'en ont pas moins guéri normalement sans présenter de fistule stercorale. Je n'insiste pas sur ces faits qui ne diffèrent en rien de ceux qui ont été déjà souvent rapportés. Je dirai cependant que dans quatre cas, à côté du foyer principal péri ou rétro-cæcal et indépendants de lui, j'ai trouvé des foyers secondaires isolés entre les anses intestinales agglutinées, foyers que je n'ai pu découvrir que grâce aux manipulations auxquelles je me livrais dans le désir de trouver l'appendice. Un siège de prédilection de ces foyers secondaires me paraît être la partie la plus interne et la plus inférieure de la région cæcale, en arrière du muscle droit, au voisinage de la vessie et je crois que dans toute opération d'appendicite enkystée il est prudent de se préoccuper de l'existence de ce foyer si l'on ne veut pas s'exposer à faire une opération incomplète.

Je ne mentionne que pour mémoire deux cas d'appendicites à rechutes opérées et guéries par la résection de l'appendice pratiquée en dehors des crises. Dans l'un de ces cas l'appendice était par son extrémité fixé à la paroi abdominale et à une masse épiploïque par des adhérences solides. Au centre de la petite tumeur qui se trouvait ainsi constituée je trouvai une petite quantité de pus, reliquat évident des crises antérieures. Chez le second, l'appendice flottait librement dans la cavité péritonéale. Oblitéré à sa base, il était dilaté dans toute son étendue et contenait un liquide puriforme. Les parois étaient amincies surtout au voisinage de son extrémité et il est facile de comprendre à quels accidents aurait donné lieu sa rupture.

Deux fois enfin je me suis trouvé en présence de crises appendiculaires qui ont cédé à une application de sangsues et au repos. Si je ne suis pas intervenu dans ces cas c'est que pendant les vingt-quatre heures qu'il m'a fallu attendre l'autorisation des parents à une opération éventuelle tous les accidents avaient disparu. En dehors de ces cas dont la nature du reste ne me paraît pas clairement élucidée je suis absolument décidé à intervenir aussi promptement qu'il me sera possible et à ne pas me laisser influencer par les améliorations trompeuses qui succèdent quelquefois au traitement médical. La chute de la fièvre n'est nullement synonyme d'absence de suppuration ; de nombreuses observations le démontrent. L'absence ou l'existence d'une tumeur dans la région cæcale ne constituent qu'une indication souvent très précaire et j'ai noté bien souvent qu'une tuméfaction même

notable qui avait passé inaperçue par suite de la contraction de la paroi devenait très manifeste pendant l'anesthésie. L'existence de la douleur en un point déterminé et sa persistance me paraissent en réalité constituer une indication suffisante à l'intervention.

Je n'ai pas un instant l'intention de mettre en doute la possibilité de la guérison par le seul traitement médical, mais je crois fermement qu'en présence d'un cas déterminé il est presque toujours, sinon toujours impossible, de poser un pronostic certain, et de dire si oui ou non le malade que l'on observe est à l'abri des accidents péritonéaux rapidement mortels. Attendre dans ces conditions, pour se décider à agir, qu'une alerte vienne à se produire, ce sera souvent, pour ne pas dire toujours, s'exposer à n'opérer que lorsque la péritonite sera déjà généralisée, c'est-à-dire dans les plus mauvaises conditions.

Dans cet ordre d'idée je puis ajouter à différentes observations déjà publiées la mention d'un fait qui m'a paru des plus démonstratifs.

J'opérais, il y a une quinzaine de jours, un malheureux enfant atteint de péritonite généralisée d'origine appendiculaire et je faisais observer aux élèves combien la situation se trouvait aggravée de ce fait que l'opération n'avait pas été pratiquée au début des accidents qui remontaient à six jours. Mon collègue et ami Moizard, qui assistait à mon opération et qui peut être considéré comme un des médecins les plus disposés en matière d'appendicite à recourir à l'intervention, me fit remarquer que, bien des fois cependant, le traitement médical lui avait permis d'obtenir la guérison et il me cita l'exemple d'un garçon entré quelques jours auparavant dans son service et chez lequel, à la suite d'une application de sangsues, la fièvre était tombée et la douleur et l'empâtement avaient presque complètement disparu. Or, dans l'après-midi même, apparurent chez cet enfant des signes manifestes de péritonite, un chirurgien, notre collègue Albarran, fut appelé et pratiqua l'opération à huit heures du soir; après une amélioration passagère, la mort survenait trente-six heures environ après l'intervention. Il ne me paraît pas douteux qu'on fût arrivé à un tout autre résultat par une intervention précoce.

M. Routier. — Je voudrais essayer de convaincre les médecins qu'il faut opérer vite. J'ai opéré vingt-huit malades et toujours j'ai trouvé à l'appendice des lésions qui justifiaient l'intervention, et je crois que la gravité du mal dépend de la rapidité avec laquelle les lésions aboutissent à la perforation de l'appendice. On peut de la sorte établir cinq catégories de cas :

1° La perforation rapide cause une péritonite généralisée d'emblée et le malade succombe sans avoir eu le temps de faire du pus. Six cas de ce genre m'ont donné six morts.

2° Dans des cas moins rapides, mais encore mortels, il y a une péritonite analogue, mais avec un foyer péri-cæcal.

3° Au foyer péri-cæcal s'ajoute une péritonite suppurée généralisée, mais avec pus lactescent et non verdâtre. Ces malades là guérissent assez bien, et j'en ai publié un cas (voyez *Mercredi médical*, 1892, p. 37).

4° Il se forme souvent un abcès local, et dans ces cas j'ai eu sept guérisons sur huit cas.

5° Il y a appendicite à rechutes traitée par la résection de l'appendice à froid.

Il faut intervenir vite, car on doit craindre d'un moment à l'autre la généralisation de la péritonite. Les accalmies sont fort trompeuses et j'en ai récemment eu une preuve chez un malade qui a eu la chance de résister à tous les purgatifs de la création et que j'ai pu opérer avec succès.

Quatre fois il s'est formé, avec une rapidité variable, des foyers intra-péritonéaux secondaires, dont un, méconnu, a causé la mort du malade.

Je crois que M. Monod a eu de la chance en voyant s'ouvrir de lui-même un foyer non trouvé lors de l'opération. Il faut toujours évacuer le pus immédiatement.

M. Quénu. — Je ne parlerai que des cas aigus, d'après dix-huit cas personnels que je catégoriserai de la manière suivante :

D'abord, il faut s'entendre sur ce qu'on appelle péritonite généralisée. On voit des individus qui meurent en vingt-quatre à trente-six heures — et j'en ai eu récemment un exemple sur un externe de mon service — avec des accidents soudains mais pas toujours violents; ces sujets succombent à la septicémie péritonéale, sans avoir de pus dans le ventre, et presque jamais nous ne pourrons intervenir à temps. C'est à distinguer des cas déjà moins mauvais, où le péritoine s'infecte secondairement et où il y a du pus. Enfin, il y a des cas, et de ceux-là j'en ai guéri un, où la péritonite est généralisée, mais adhésive et ne suppure qu'en un point. Donc, il ne suffit pas de dire qu'on a guéri une péritonite généralisée, il faut spécifier quelle forme.

Les infections partielles du péritoine peuvent être aiguës, subaiguës, chroniques; mais elles peuvent passer d'une forme à l'autre, et même devenir brusquement perforantes et généralisées.

Il faut opérer vite, sans se fier au pouls ni à la température. On tiendra compte surtout de la tumeur iliaque et de la tension des muscles abdominaux. L'absence d'hyperthermie conduit souvent à une temporisation fâcheuse.

Deux fois j'ai observé le début au moment des règles, et l'erreur de diagnostic était possible avec une hématocèle rétro-utérine, avec une salpingite.

Dans un cas, l'aspect était à beaucoup d'égards celui d'une péritonite généralisée : je rejetai ce diagnostic parce que le ventre n'était douloureux que dans la fosse iliaque droite, et l'opération m'a donné raison.

Les appendicites subaiguës se présentent avec des phénomènes locaux parfois marqués. C'est une tuméfaction énorme. Mais, comme M. Monod, je crains bien moins ces cas à grosse tumeur pleine de pus que ceux dans lesquels l'incision ne donne pas de pus. Les malades ont d'autant plus de chances de guérir que les lésions sont plus marquées, qu'il y a davantage de pus et moins de septicémie.

Sur le manuel opératoire, je dirai seulement que je ne pense pas, avec M. Routier, qu'il faille toujours amener du pus au dehors immédiatement. A trop rompre les adhérences pour chercher entre les anses, on risque d'inoculer la grande séreuse. Plusieurs fois, je me suis borné, comme M. Monod, à mettre un drain, et avec ou sans évacuation secondaire d'un foyer, mes malades ont guéri.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 19 *juillet* 1895.

Présidence de M. Hayem.

Des accidents imputables à la sérumthérapie dans la diphthérie.

M. Sevestre. — La communication de Moizard (voir dernière séance) a pu faire croire que le sérum offrait des dangers sérieux et qu'il fallait être réservé dans son emploi ; ce fait a eu un grand retentissement parmi les médecins et dans le public, qui commence à faire à la pratique des injections une opposition assez vive. Deux fois déjà j'ai été appelé pour décider de l'opportunité des injections.

Or je ne suis pas certain qu'il faille incriminer le sérum dans le cas de M. Moizard. L'interprétation de ces faits est fort délicate, et j'ai eu moi-même l'occasion d'observer des cas de ce genre.

Dans l'un, il s'agit d'une fillette guérie d'une angine diphthérique bénigne, par injection de vingt centimètres cubes de sérum, et avec persistance du bacille dans la gorge : quinze jours après l'injection, elle eut des accidents d'une gravité extrême : vomissements, fièvre, tuméfaction des ganglions du cou, angine avec exsudats blanchâtres des amygdales, arthralgies multiples, éruptions urticariennes, diarrhée fétide, anurie, troubles cardiaques, alternatives de délire et de collapsus.

Fallait-il rattacher ces accidents au sérum, ou bien ne devait-on pas penser, ainsi que je le fis, à une infection streptococcique? Voici pourquoi. Cet enfant avait une obstruction des narines due à des fausses membranes où on retrouvait le bacille de Lœffler et le streptocoque : je fis faire pour l'en débarrasser des irrigations à grande eau. Deux jours après éclataient les accidents. Ne peut-on penser que le lavage a été l'occasion d'une absorption de toxines streptococciques? Le cas de M. Moizard ne pourrait-il rece-

voir une semblable interprétation? J'ai vu des enfants présenter des érythèmes polymorphes, des arthralgies, et chez lesquels on trouvait le streptocoque soit seul, soit associé au bacille de Lœffler.

Dans un cas même le pus d'une arthrite suppurée renfermait des streptocoques. D'ailleurs ces érythèmes et ces arthralgies ont été signalés dans la diphthérie bien avant l'emploi du sérum et on sait qu'ils sont dus au streptocoque.

M. Moizard. — Il y a une lacune dans mon observation, puisque l'examen bactériologique ne mentionne pas la présence des streptocoques. Mais il existe une différence profonde entre le cas de M. Sevestre où les complications semblent être dues au streptocoque, et le mien: ici l'angine a été passagère, sans manifestation nasale. D'autre part si on connaissait les arthropathies dans la diphthérie, elles étaient exceptionnelles d'abord, puis elles avaient, par leur tendance à la suppuration, un caractère très net d'infection secondaire, et ne présentent en tout cas nullement la marche de celles qui sont consécutives à la sérothérapie, et que je persiste avec bien d'autres à attribuer au sérum. Quant aux éruptions elles n'avaient nullement le caractère polymorphine de celles qu'on voit après l'emploi du sérum.

Jusqu'à plus ample démontré je ne pense pas qu'on puisse incriminer le streptocoque, et j'estime que les accidents sont imputables au sérum seul.

M. Chantemesse. — J'ai vu dans le cours de l'érysipèle des érythèmes polymorphes, et des arthropathies non suppurés, et qui sont dus au streptocoque. Je m'écarte donc à ce point de vue de l'opinion de M. Moizard. Quant au traitement préventif, je ne saurais être non plus de l'opinion de M. Le Gendre (voir dernière séance): en injectant de faibles doses on peut prévenir le développement de la diphthérie sans accidents autres que quelques érythèmes.

M. Queyrat s'associe aux conclusions de M. Sevestre.

M. Rendu. — La mort de la malade de M. Moizard serait elle due au sérum, qu'il n'y aurait pas à incriminer la méthode. Ce qu'il faut, c'est préciser en cela comme en toute thérapeutique active les indications, qui seules peuvent permettre de ne pas faire à tort et à travers de la sérothérapie.

M. Guyot. — Quel avantage d'ailleurs a-t-on d'intervenir dans les cas légers, à nature diphthérique douteuse?

M. Chantemesse. — L'inoculation préventive empêche la dissémination de la diphthérie par la contagion.

M. Du Cazal. — L'aspect clinique doit encore guider avant tout, sinon on intervient trop tard: témoin le cas d'un malade atteint d'une angine que j'avais diagnostiquée diphthérique. Un premier examen bactériologique fut négatif. Le lendemain au contraire on obtint des cultures du bacille de Lœffler et on fit l'injection. Or le malade mourut: peut-être était-on intervenu trop tard. Il faut donc mieux dans les angines graves agir de bonne heure.

Le rétrécissement infundibulaire ou préartériel de l'artère pulmonaire.

M. Barié. — J'ai observé récemment une femme atteinte de maladie d'Addison, qui présentait en outre, un rétrécissement préartériel pulmonaire des plus caractérisés. Il consistait dans un anneau dur, scléreux, blanchâtre, limitant une ouverture de cinq millimètres de diamètre environ. La longueur de ce canal rétréci était d'un centimètre environ; ses parois étaient dures et rugueuses, mais son trajet était rectiligne, sans brides ou cloisons intermédiaires; le rétrécissement siégeait à vingt-cinq millimètres au-dessous de l'orifice pulmonaire absolument sain; les valvules sigmoïdes qui le forment étaient normales et suffisantes à l'épreuve de l'eau. Au-dessus du rétrécissement, l'artère pulmonaire était dilatée; ses parois étaient lisses et non épaisses. Le ventricule droit était dilaté et ses parois mesuraient quinze millimètres d'épaisseur.

L'orifice tricuspidien et sa valvule étaient normaux. Le cœur gauche ne présentait aucune lésion, pas plus que l'aorte et l'orifice mitral. Au point de vue clinique, l'affection donnait lieu à un frémissement vibratoire systolique extrêmement intense, et à un souffle râpeux, commençant à la systole et persistant pendant toute la durée du petit silence jusqu'à l'apparition du second bruit. Le cœur était un peu volumineux, et sa dilatation portait surtout sur les cavités droites, car la pointe, peu abaissée, était rejetée en dehors du mamelon, dans l'aisselle gauche.

Ces signes physiques ne s'accompagnaient d'aucun symptôme de cardiopathie, sauf quelques palpitations, et la malade mourut de cachexie addisonienne, avec des signes de tuberculose pulmonaire peu accentués, justifiés à l'autopsie par la présence de granulations tuberculeuses peu confluentes au sommet. En réunissant cette observation aux faits antérieurement publiés, d'ailleurs très peu nombreux, et en les comparant entre eux, je crois qu'on peut résumer l'histoire du rétrécissement préartériel de l'artère pulmonaire, dans les propositions suivantes:

Le rétrécissement infundibulaire ou préartériel de l'artère pulmonaire est une affection rare, comparée aux autres variétés de sténose pulmonaire; sur neuf cas, on l'a observé six fois chez la femme.

L'affection donne naissance à un frémissement cataire, systolique, intense et à un bruit de souffle également systolique et d'une grande rudesse. Son maximum d'intensité se trouve dans une zone limitée entre la troisième articulation chondro-sternale gauche et la pointe du cœur; en ce dernier point, le souffle est parfois encore très intense, mais la propagation vers l'aisselle est nulle ou à peine ébauchée.

La localisation particulière du bruit de souffle dans le rétrécissement préartériel permet de distinguer celui-ci du rétrécissement siégeant au niveau de l'orifice de l'artère pulmonaire, dont le souffle a son maximum dans le deuxième espèce intercostal gauche le long du sternum.

Le rétrécissement préartériel peut être congénital ou acquis; ce dernier paraît plus fréquent; quelques observations semblent établir l'influence étiologique du rhumatisme articulaire.

Le rétrécissement préartériel présente une analogie étroite avec le rétrécissement sous-aortique; comme lui il reconnaît comme origine une endo-myocardite, dont le point de départ est difficile à établir.

Comme les autres variétés de sténose de l'artère pulmonaire, le rétrécissement préartériel peut se compliquer de tuberculose pulmonaire; cette complication ne paraît cependant pas fréquente.

MM. Chantemesse et Sainton font une communication sur: *les influences nerveuses envisagées au point de vue des causes et des effets de l'érysipèle.*

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séances de juin et juillet 1895.

Paralysie récurrentielle droite produite par un anévrysme de la sous-clavière droite.

M. Chapuis. — Un homme de cinquante et un ans, ayant contracté la syphilis à vingt ans, souffrait depuis cinq ou six ans d'une aortite chronique avec dilatation cylindrique de la crosse de l'aorte. Plus tard se développèrent tous les signes d'un anévrysme du tronc brachio-céphalique artériel et de ses deux branches. La corde vocale droite était absolument immobile et paralysée; la gauche agissait très bien; cette paralysie de la corde vocale droite s'était produite brusquement et la dysphonie avait subitement fait son apparition. La corde vocale gauche ne tarda pas à présenter un jeu fonctionnel compensateur exagéré; aussi la voix est-elle devenue mieux timbrée que dans les premières semaines de l'accident. Les faits de paralysie du récurrent droit par compression d'un anévrysme de la sous-clavière droite sont très rares: on n'en connaît que trois autres cas, publiés en Allemagne par Porter, Thue et Edm. Meyer. La compression lente et progressive exercée par un pareil anévrysme sur le récurrent amène d'abord des phénomènes d'irritation qui se traduisent par la contracture des muscles adducteurs et abducteurs de la corde vocale. Or, la corde vocale se met alors en adduction, ainsi qu'on le constate le plus souvent suivant la loi de

Semon. Cela tient à ce que les adducteurs multiples de la corde l'emportent sur l'abducteur unique. Plus tard une paralysie succède à l'excitation du nerf récurrent et finalement la corde se met dans l'attitude cadavérique.

Cornes cutanées.

M. Denis présente une malade, qui porte sur la lèvre inférieure, une production cornée, datant de trois ans, et longue de cinq c. m.; elle a une autre production cornée sur le dos de la main.

Kyste dermoïde de l'ovaire.

M. Sargnan. — Une femme, fille de tuberculeux, n'ayant jamais joui d'une bien bonne santé, a eu à dix-sept ans une arthrite du poignet droit, dont elle guérit complètement. Il y a sept mois elle accoucha : deux mois auparavant M. Fochier lui avait trouvé une tumeur péri-utérine. La palpation révèle actuellement l'existence d'une tumeur peu volumineuse, située sur la ligne médiane. On endort la malade : on sectionne aux ciseaux la muqueuse vaginale au niveau du cul-de-sac postérieur, puis le péritoine; il s'écoule quelques gouttes d'un liquide rappelant de la matière sébacée; on entre dans une cavité du volume d'une orange et d'où s'écoule un flot de ce liquide. On en retire une touffe de cheveux. C'est donc un kyste dermoïde, que l'on tire hors du vagin ainsi que la trompe du même côté. On met deux pinces de Richelot sur le pédicule qu'on sectionne et on laisse les pinces à demeure sans pansement.

Recherches de pharmacodynamie comparée sur les actions cardiaques de la morphine.

M. Guinard. — La morphine renforce l'énergie du cœur, si on ne dépasse pas les doses thérapeutiques. Les doses fortes, au contraire, diminuent l'énergie des contractions. L'accélération primitive et le ralentissement consécutif du cœur du chien par la morphine sont classiques. Chez tous les animaux, l'action toxique de la morphine sur le cœur se traduit par l'accélération excessive de son rhythme et par l'affaiblissement de ses contractions. La morphine entraîne souvent des irrégularités de fonctionnement du cœur. Souvent les pulsations s'associent par groupes de trois ou quatre au plus séparés par des intermittences inégales.

Grossesse double dans un utérus double.

M. Gouilloud. — Une femme de vingt ans, réglée à douze ans, avait toujours eu de la dysménorrhée; le 14 mai, étant enceinte pour la première fois, elle fait un avortement de trois mois ; le fœtus était macéré. Huit jours après survinrent dans le côté gauche de l'abdomen des douleurs et on trouva là une tuméfaction ; la moitié droite du col était molle, perméable; la moitié gauche était dure et séparée de la précédente par une bride. Il y avait un souffle placentaire. On fit le diagnostic de grossesse double dans un utérus double. Le deuxième fœtus ne tarda pas à être expulsé.

M. Delore. — Il aurait été intéressant de savoir si les fœtus avaient la même longueur et, par suite, le même âge au point de vue de la question de la superfœtation. Je ne connais pas de cas de superfœtation dans les utérus doubles, ce qui tendrait à prouver que la fécondation suspend les fonctions ovariennes.

Pleurésie purulente métapneumonique.

M. Hassler. — Un homme de vingt-trois ans subit le 6 mai 1894 l'opération de l'empyème pour une pleurésie purulente métapneumonique, qui donna issue à un litre de pus. A ce moment le malade a eu du délire et a défait plusieurs fois son pansement. En juillet 1894, il ne sort presque plus de pus; le 4 août 1894 le malade présente des symptômes de rétention purulente; on dilate le trajet fistuleux, il en sort un demi-litre de pus. L'état général redevient bon. Le trajet fistuleux ne se tarissant pas, on fait l'opération de Gayet-Létievant-Estlander, le 23 mai 1895 : on fait la résection, des troisième, quatrième, cinquième et sixième côtes gauches; on trouve deux drains et une épingle perdus depuis dix mois dans la plèvre; il se fait une cicatrisation par première intention et le malade guérit complètement.

Psoriasis vaccinal.

M. Rioblanc. — Un homme de vingt-deux ans fut vacciné le 21 novembre 1894; les piqûres se desséchèrent sous forme de croûtes persistantes et récidivantes. Des éléments semblables se montrèrent bientôt sur les membres inférieurs, les avant-bras, surtout autour des coudes, et sur le thorax. C'est là un cas très net de psoriasis vaccinal. On s'est appuyé sur les cas d'ailleurs fort rares de psoriasis vaccinal, pour admettre la nature parasitaire du psoriasis. Mais dans aucun cas les vaccinifères n'étaient psoriasiques, ce qui enlève beaucoup de valeur à cet argument.

M. Destot. — Je me suis inoculé le psoriasis au moyen d'une plaque de psoriasis provenant d'un enfant chez qui la vaccination avait amené une exacerbation de la poussée psoriasique. Quatre jours après l'inoculation j'ai vu apparaître une plaque du côté opposé au bras inoculé. Ce psoriasis dura six mois : depuis, chaque année, au mois de mai, j'ai une poussée discrète.

M. Rioblanc. — L'apparition des éléments morbides loin du point d'insertion des squames me semble une raison pour douter que cette éruption puisse être attribuée à une inoculation parasitaire.

Eventration.

M. Goullioud montre deux femmes opérées depuis trois et quatre ans pour des éventrations ayant succédé chez l'une à une ovariotomie, chez l'autre à de nombreuses grossesses. Les résultats sont des plus satisfaisants et paraissent définitifs. Chez une des deux malades atteinte en même temps d'un prolapsus utérin opéré par ventro fixation, il y a eu depuis cette double intervention une grossesse et un accouchement normaux sans reproduction de l'éventration. C'est à la suture de l'aponévrose des muscles droits que M. Goullioud attribue le maintien de la guérison.

Mal de Pott.

M. Labonnardière présente un garçon entré dans le service de M. le docteur Vincent pour une gibbosité de la région dorsale avec paraplégie des membres inférieurs. Le chirurgien a pratiqué la résection des lames des septième, huitième, neuvième et dixième vertèbres dorsales. La paralysie a disparu et le malade semble avoir retiré un grand bénéfice de cette intervention.

Tumeur de la vessie.

M. Adenot présente des planches relatives à un cas de néoplasme de la vessie qui s'était propagé au corps caverneux, et dont il a relaté l'histoire clinique dans la dernière séance du mois d'avril dernier.

Cancer du rectum.

M. Bert met sous les yeux de la Société des pièces anatomiques relatives à un cancer du rectum inopérable, en communication avec la vessie. Un corps étranger (noyau de cerise) s'étant engagé dans l'urèthre a amené une rétention complète d'urine qui a nécessité la ponction hypogastrique, et plus tard une uréthrotomie externe pour extraire le corps étranger.

Action ocitocique du salicylate de soude.

M. Vinay relate l'observation d'une malade enceinte pour la neuvième fois, et qui à la suite d'une crise de coliques hépatiques avec ictère vit sa grossesse interrompue par la mort de l'enfant. A son entrée à la maternité de l'Hôtel-Dieu, la mort de l'enfant remontait à trois mois. Une dose quotidienne de cinq grammes de salicylate de soude quatre jours durant a provoqué des coliques utérines et amené une délivrance naturelle. M. Vinay estime que le salicylate de soude est ocitocique dans des conditions déterminées.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 10 *juillet* 1895.

Influence des hautes altitudes sur le nombre d'hématies du sang.

M. Grawitz. — Les recherches, auxquelles donnèrent lieu les travaux cliniques de Paul Bert, ont montré que chez les individus habitant sous des hautes altitudes le sang contient un nombre plus considérable d'hématies que celui des habitants des plaines. On admettait que sous l'influence des hautes altitudes il se produisait une augmentation du nombre d'erythrocytes. Si cette hypothèse était vraie, on aurait dû trouver dans le sang des habitants des montagnes des hématies à noyaux, formes jeunes, et une certaine leucocytose qui accompagne ordinairement la production abondante d'hématies. Or tel n'est pas le cas. On n'a trouvé que des microcytes dont la présence était interprétée dans le sens d'une néoformation d'hématies. Cette interprétation n'est pourtant pas justifiée puisque les dimensions des hématies sont physiologiquement très variables et varient sous l'influence de conditions très multiples.

D'un autre côté, comme l'augmentation du nombre d'hématies disparaît quand on descend dans la plaine, on pouvait supposer l'existence dans ces conditions d'une destruction d'hématies et l'apparition d'un ictère. Or cet ictère fait toujours défaut.

Se basant sur ce fait que dans les hautes altitudes l'humidité de l'atmosphère diminue très rapidement et plus rapidement que la raréfaction, M. Grawitz a fait des expériences sur des lapins qu'il plaçait pendant quinze jours sous une grande cloche en verre, reliée à une pompe à air hydraulique, permettant de raréfier l'air de la cloche à volonté. Dans ces conditions il survenait chez les animaux une augmentation du nombre d'hématies.

De tous ces faits M. Grawitz tire la conclusion que les modifications que subit le sang sur les hauts plateaux sont dues aux déperditions aqueuses de l'organisme.

Guérison du myxœdème par la médication thyroïdienne.

M. Ewald a présenté une malade guérie de son myxœdème par des tablettes thyroïdiennes. Actuellement l'aspect de la malade ne rappelle en rien celui des myxœdémateux; l'état de ses facultés psychiques est également normal. A noter que chez cette malade le traitement thyroïdien a provoqué une glycosurie qui persiste même après le traitement.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE PRAGUE

Séance du 7 *juin* 1895.

Affections cardiaques après les fièvres éruptives.

M. Pollak. — On admet généralement que toutes les fièvres éruptives peuvent à un moment donné se compliquer d'endocardite. Les points sur lesquels on discute encore se rapportent à la question du pronostic. Le désaccord entre les auteurs s'explique du reste par plusieurs faits. Tout d'abord l'endocardite exanthématique est rare, et son diagnostic n'est guère facile. En effet, tandis que les auteurs français font dans ces cas le diagnostic d'endocardite chaque fois qu'il existe un souffle, Litten exige pour ce diagnostic l'existence simultanée du souffle, de l'hypertrophie du cœur, de l'arhythmie, etc.

Quoi qu'il en soit, le souffle qui survient au cours d'une fièvre éruptive persiste longtemps, et le plus souvent ce souffle n'est pas d'origine mécanique. Personnellement, M. Pollak a observé trois cas d'endocardite dont deux consécutifs à la scarlatine et un à la rougeole. Dans le premier cas, le souffle disparut au bout de neuf mois, dans les deux autres il se développa plus tard tout le syndrome de l'endocardite valvulaire.

M. Weiss demande s'il ne s'agissait pas dans ces cas de rhumatisme scarlatin?

M. Pollak. — Dans les deux cas il est survenu des complications articulaires avec poussée fébrile, seulement ces complications parurent au moment où l'endocardite était déjà manifeste.

Nouveau bacille encapsulé.

M. Chiari a décrit un nouveau bacille qu'il a trouvé dans un cas de pyohémie avec néphrite ascendante suppurée.

Il s'agissait d'un homme entré à la clinique du professeur von Jaksch avec une série de symptômes ayant justifié le diagnostic de néphrite aiguë infectieuse. A l'autopsie du malade ayant succombé quelques jours après son entrée, on trouva une méningite suppurée, une otite moyenne suppurée du côté droit et une otite moyenne à exsudat séreux du côté gauche, une ancienne tuberculose des sommets, une ancienne endocardite de la mitrale et des valvules aortiques avec, sur cette dernière, des végétations récentes; un ramollissement purulent d'un muscle papillaire de la mitrale; une néphrite suppurée avec abcès multiples et pyélite; une cystite et une suppuration de la prostate.

L'examen bactériologique a porté sur le pus des méninges, sur le contenu des deux tympans, sur les infarctus de la rate, sur le pus du rein, de la vessie et de la prostate. L'examen microscopique de ces liquides montra l'absence des microorganismes dans le pus des méninges, la présence des diplocoques analogues aux diplocoques de Frænkel-Weichselbaum, dans le liquide de la caisse du tympan, la présence des bacilles particuliers dans le sang pris au cœur, dans les uretères, dans le contenu de la vessie, dans le pus de la prostate.

L'ensemencement sur agar de tous ces liquides donna des résultats négatifs pour le liquide de l'otite ou pour le pus des méninges. Les cultures faites avec le sang pris au cœur donnèrent lieu au développement du bacille précédemment mentionné et à un staphylocoque saprophyte. Le bacille en question était immobile, ne se colorait pas par la méthode de Gram, n'avait pas de capsule, tandis qu'il en présentait nettement dans les coupes de tissus. Les autres liquides, ensemencés sur agar, donnèrent également lieu au développement du même bacille.

Pour étudier la virulence de ce bacille, on fit des expériences sur des lapins, des cobayes et des souris. Les lapins se montrèrent réfractaires aux injections intra-péritonéales. Les injections sous-cutanées provoquaient chez ces animaux la formation d'abcès, l'injection intra-veineuse donnait lieu à une septicémie rapidement mortelle, l'injection intra-urétérale à une néphrite ascendante suppurée. Chez les cobayes, l'injection intra-péritonéale provoquait régulièrement une péritonite suppurée avec septicémie, l'injection sous-cutanée l'apparition de phlegmons étendus. Les souris succombaient à la septicémie après les injections sous-cutanées, aussi bien qu'après les injections intra-péritonéales.

D'après M. Chiari, la marche des accidents chez le malade en question a dû être la suivante : pyélo-cystite suppurée avec suppuration de la prostate, néphrite ascendante, endocardite récente, infarctus de la rate et finalement méningite.

Le diagnostic bactériologique différentiel entre le bacille trouvé et les autres bacilles morphologiquement ou biologiquement analogues permet d'affirmer qu'il constitue une espèce à part dans le groupe de bacilles encapsulés.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

N° 31 — 31 JUILLET 1895 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT
PUBLIÉ PAR
LA GAZETTE HEBDOMADAIRE
DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction
Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Facultés et Ecoles des départements. — La chaire de pathologie interne de la Faculté de médecine de Montpellier est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours à partir de la présente publication est accordée aux candidats pour produire leurs titres.

Trois concours s'ouvriront le 27 janvier 1896 devant la Faculté de médecine de Bordeaux pour les emplois de suppléants des chaires de :

1° Histoire naturelle;
2° Physique et chimie;
3° Pharmacie et matières médicales;

A l'Ecole de médecine de Poitiers.

Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

VARIÉTÉS

Distinctions honorifiques. — Des récompenses honorifiques sont accordées aux médecins ci-après désignés des sociétés de secours mutuels appropriées :

Médaille d'or : MM. Thomas (Billom); Guinemd (Saint-Brieuc).

Médaille d'argent : MM. Mongibeaux (Hautefort), Alexandrowicz (Saint-Martin-d'Alais), Lescure (Oran), Hobon (Alençon), Desgranges (Lyon), Dumoret, Servaux (Paris).

Médaille de bronze : MM. Canton (Saint-Mihiel), Boh, Desparquets (Paris), Terson (Puylaurens).

Mention honorable : MM. Werner (Angoulême), Paoli (Ajaccio), Pinet, Sébilotte (Paris).

— M. le directeur de l'Assistance publique a remis, avant la distribution des prix aux élèves de l'école d'Yzeure, cinq médailles à MM. les Drs Miguet (Autun), Guénot, Legendre (Saulieu), Gambillard (Avallon), Leblanc (Montluçon).

Indemnité aux sages-femmes. — Le Conseil général de la Haute-Loire inscrit au budget du département un crédit de 1,000 fr., destiné à payer une indemnité de 200 fr. au maximum, aux sages-femmes qui viendraient s'installer dans les cantons ou communes du département qui en sont dépourvus.

Aux termes de la délibération du Conseil général, cette indemnité sera attribuée, par la commission départementale, sur la proposition du préfet, après avis de l'inspecteur des enfants assistés, aux sages-femmes comptant un an de résidence.

Concours de l'internat. — Ce concours s'ouvrira le lundi 21 octobre à midi. Inscription au secrétariat général du 9 septembre au 5 octobre.

Concours de l'externat. — Ce concours s'ouvrira le mardi 22 octobre à 4 heures. Inscription au secrétariat général du 2 au 30 septembre.

Distinctions universitaires — Sont nommés :

Officiers d'instruction publique : MM. Bergonié, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux; Carrieu, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier; Chédevergne, directeur de l'école de médecine de Poitiers; Dupuy, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse; Guillemin, professeur à l'Ecole de médecine d'Alger; Lande, chef du laboratoire à la Faculté de médecine de Bordeaux; Lhuissier, professeur à l'Ecole de médecine de Rennes; Mayet, professeur à la Faculté de médecine de Lyon; Moutier, professeur à l'Ecole de médecine de Caen; Rœbmer, chargé de cours à la Faculté de médecine de Nancy; Vigneau, secrétaire de l'Ecole de Marseille; Cazin, chef de clinique à la Faculté de médecine; Manouvrier, directeur adjoint de laboratoire à la Faculté des sciences; Weiss, agrégé à la Faculté de médecine; Chastaing, chef de laboratoire à l'école de pharmacie; Lextrait, chef des travaux à l'école de pharmacie; Gaudry, Vaillant, Georges Ville, professeurs au muséum; Bernard, assistant au muséum.

Officiers d'Académie : MM. Artault, préparateur à la Faculté de médecine de Paris; Besnard du Temple, chef de travaux à l'Ecole de médecine de Limoges; Dayot, suppléant à l'Ecole de médecine de Rennes; Dhourdin, professeur à l'Ecole de médecine d'Amiens; Fayolle, préparateur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris; Février, agrégé près la Faculté de médecine de Nancy; Gerbaud, agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier; Gosselin, suppléant à l'Ecole de médecine de Caen.

Lapeyre, agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier; Martin-Durr, chef adjoint de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris; Meurisse, préparateur à la Faculté de médecine de Paris; Moreau, professeur à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger; Pollosson, professeur à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon; Quénu, agrégé près l'Ecole de médecine de Paris; Radais, agrégé près l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris; Robert, préparateur à la Faculté de pharmacie de Marseille; Villar, agrégé près la Faculté de médecine de Bordeaux; Weill, agrégé près la Faculté de médecine de Lyon; Wolf, professeur à l'Ecole de médecine de Poitiers; Pêcheur, aide de laboratoire de la clinique de l'hôpital Necker; Dussaud, médecin du lycée de Nîmes; Gélis, médecin du lycée de Cahors; Wickersheimer, médecin du lycée Janson de Sailly; Berthelot, médecin du lycée Condorcet.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons sur les maladies de la peau, faites à la Faculté de médecine et à l'hôpital Saint-Louis, par le Dr E. GAUCHER, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, etc. Paris, O. Doin, éditeur. Un volume in-8° de 805 pages, avec figures dans le texte. Prix : 12 francs.

Aide-mémoire du candidat au doctorat en médecine, par D. SEPTEUIL. Deuxième examen. Première partie. Questions avec réponses pour l'examen d'anatomie : ostéologie, arthrologie, myologie, angiologie, névrologie, splanchnologie. Paris, O. Doin, éditeur. Un volume in-18 cartonné de 200 pages. Prix : 2 francs.

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

La gonorrhée et son traitement chez la femme, communication faite à la Société médicale de Munich par M. G. Klein, Privat-docent.

Messieurs,

Nos idées sur la pathologie et le traitement de la gonorrhée chez la femme, se sont considérablement modifiées dans le courant de ces dernières années. Jusqu'en 1891 on admettait d'une façon générale que le gonocoque, en tant qu'agent d'inflammation ne peut exister que dans un épithélium cylindrique, que chez la femme par conséquent il peut bien provoquer une endométrite et une salpingite gonorrhéique, mais qu'il est impuissant pour provoquer une inflammation spécifique de la vulve, du vagin, du péritoine moins encore du tissu conjonctif.

En 1891 Wertheim montra que la gonocoque peut envahir non seulement l'épithélium cylindrique, mais encore l'épithélium cubique du péritoine, voire même le tissu conjonctif. Son opinion sur la possibilité d'une suppuration du tissu conjonctif sous l'influence du gonocoque, a été combattue par un certain nombre d'auteurs; tout le monde était par contre d'accord pour admettre les autres parties de son mémoire.

Nos idées sur le traitement de la gonorrhée chez la femme, se sont également modifiées, en ce sens qu'actuellement tout le monde admet que l'infection gonorrhéique aiguë demande un traitement très peu actif, pour ne pas dire une expectation armée. C'est du moins la position qu'ont prise dans cette question la plupart des gynécologues berlinois. Brœse par exemple dit ceci : « Je suis peu à peu arrivé à la conviction que l'infection gonorrhéique récente doit être, comme la plupart des infections aiguës, surmontée par l'organisme lui-même et qu'un traitement général est sous ce rapport plus utile à la malade que tous les traitements locaux ». D'après Winter le stade aigu de l'infection a son utilité, laquelle utilité consiste dans la suppuration formant défense contre l'invasion des gonocoques; il admet même qu'avec un traitement « abstentionniste » la gonorrhée peut disparaître au bout de huit jours d'une façon définitive. Veit pense aussi qu'en cas d'infection unique le gonocoque n'envahit pas les trompes ni le péritoine.

Avec un traitement approprié qui se résume en un ménagement physique et thérapeutique, le pronostic de la gonorrhée chez la femme devient bien moins sombre que ne l'admettait Nœggerath; et son opinion sur l'incurabilité de la gonorrhée chez la femme ne peut même plus s'appliquer aujourd'hui à la gonorrhée chronique.

Mais avant d'aborder certains points du traitement, je désire encore m'arrêter sur le diagnostic.

Pour faire le diagnostic, il faut trouver le gonocoque. En pratique, dans la clientèle, on est réduit à l'examen microscopique des sécrétions, et le diagnostic est fait quand on trouve les diplocoques caractéristiques inclus dans des cellules, se colorant facilement avec les couleurs d'aniline et se décolorant par la méthode de Gramm. Comme chez la femme la gonorrhée se localise principalement dans l'urèthre et le canal cervical, on prend les sécrétions de ces deux canaux dont les orifices sont préalablement nettoyés, et on les étend sur des lamelles que l'on sèche d'abord à l'air, ensuite sur la flamme d'un bec de gaz ou d'une lampe à alcool. On les colore ensuite avec une solution filtrée de bleu de méthyle, et l'imprégnation une fois faite, on les lave au bout de deux minutes avec de l'eau stérilisée. Il ne reste plus qu'à examiner la préparation avec un objectif à immersion. La décoloration par la méthode de Graml n'est pas indispensable.

On admet généralement que chez la femme l'uréthrite blennorrhagique disparaît très rapidement. Il n'en est rien et c'est pour cela que dans chaque cas, en l'absence même de symptômes uréthraux, on examinera les sécrétions uréthrales, et très fréquemment on y trouvera des gonocoques que l'on cherchera vainement dans les sécrétions du col. Il faut donc examiner toujours les sécrétions utérines et les sécrétions uréthrales, car c'est la seule façon d'assurer le diagnostic. Disons enfin que, dans certains cas, les sécrétions uréthrales, tout en étant purement séreuses, peuvent renfermer de nombreux gonocoques.

Le diagnostic microscopique de la gonorrhée est donc très important; toutefois il n'est pas indispensable, et il certain que la gonorrhée aiguë peut être diagnostiquée, en s'appuyant exclusivement sur l'ensemble des symptômes cliniques. On peut même dire que le diagnostic de gonorrhée s'impose chaque fois que chez une femme ayant eu des rapports sexuels on trouve de l'uréthrite ou de l'endométrite, ou de la métrite ou de la salpingite, dont l'origine ne remonte pas à une septicémie puerpérale.

Nous avons déjà dit que le gonocoque peut envahir non seulement tous les épithéliums, mais encore le tissu conjonctif. Ces faits sont importants à connaître, car ils expliquent les complications de vulvite, de colpite, de paramétrite, de péritonite qui surviennent dans l'infection gonorrhéique sans le concours d'autres microbes, sans le concours d'une infection mixte. Il est à remarquer qu'une certaine prédisposition à la gonorrhée et à ses complications existe d'une façon certaine. Ainsi, d'après Saenger, la vulvite gonorrhéique s'observe principalement « chez les vieilles femmes, les femmes enceintes, les femmes délicates, blondes », et Fritsch a caractérisé cette prédisposition, en disant que la prolifération du gonocoque est liée non pas à la nature de l'épithélium, mais à ses propriétés biologiques. On connaît du reste le mot de Ricord : « Si vous voulez avoir une chaude-pisse, prenez une femme lymphatique, pâle, blonde plutôt que brune, etc. »

Que le gonocoque, en pénétrant dans le tissu conjonctif, puisse y provoquer des phénomènes inflammatoires, cela est hors de doute. On a trouvé le gonocoque dans le tissu conjonctif péri-uréthral, péri-ovarique, péri-rectal, voire même dans les fentes lymphatiques du tissu sous-péritonéal. Wertheim, Saenger, Zweifel et autres ont signalé les abcès des ovaires d'origine gonorrhéique.

Les voies d'infection gonorrhéique sont très variables. Par contiguïté, le gonocoque peut remonter de la vulve dans le péritoine en passant par le vagin, l'utérus et les trompes; il peut encore suivre la voie lymphatique pour passer directement de l'utérus dans le péritoine, de la muqueuse des trompes dans les ovaires; il peut enfin pénétrer dans le sang et envahir les organes éloignés. C'est là l'origine des métastases.

En parlant des métastases, je tiens à insister sur un point fort important au point de vue pratique. A la suite des interventions dites énergiques, à la suite d'un cathétérisme, d'un curettage, etc., les tissus sont fréquemment traumatisés, et le gonocoque pénètre dans le sang. Il est certain que, dans certains cas de gonorrhée aiguë, localisée à l'urèthre ou au col, une intervention thérapeutique tant soit peu énergique a pour résultat de transporter le virus dans le paramètre, de provoquer des métastases dans les articulations et les gaines tendineuses. Très souvent un massage, un cathétérisme, destinés à redresser un utérus fléchi, sont suivis d'une inflamma-

tion aiguë des annexes avec fièvre élevée et phénomènes péritonéaux; souvent encore une endométrite subaiguë, bénigne est transformée par le curettage en une périmétrite grave dont la guérison demande des années. On ne saurait donc insister trop sur ce point que dans la gonorrhée aiguë ou subaiguë de la femme le traitement doit être aussi peu énergique que possible.

Ces années dernières on a apporté des faits fort curieux relatifs à l'envahissement de divers organes par le gonocoque. On sait maintenant que le gonocoque peut envahir non seulement les diverses parties de l'appareil génital de la femme, mais les organes et les systèmes très différents. Dohrn, Rosinski, Leyden ont signalé la stomatite ulcéreuse gonococcique des nouveau-nés; dans l'observation de Krœnig un jeune nourrisson contracte d'abord une conjonctivite gonorrhéique qui se complique de rhinite, d'otite moyenne de même nature. Sarfert a eu l'occasion d'ouvrir un abcès du sein chez une femme atteinte de gonorrhée: le pus renfermait des gonocoques. Barlow et autres ont signalé l'existence d'une cystite à gonocoques. L'existence d'une rectite catarrhale à gonocoques a été démontrée dans bien des cas, principalement chez des individus, hommes ou femmes, qui subissent le coït rectal. Notons à ce sujet que la proctite gonococcique est d'autant plus importante à connaître que souvent elle donne lieu à des ulcérations et rétrécissements ayant tous les caractères des rétrécissements dits syphilitiques du rectum.

Quant à la question de l'infection mixte dans la gonorrhée, nos connaissances sur ce sujet sont encore très obscures. Il y a quelques années, la salpingite suppurée, la péritonite circonscrite, la périmétrite ou périovarite, etc., étaient considérées, chez les femmes gonorrhéiques, comme le résultat d'une infection mixte. Cette hypothèse était erronée, et aujourd'hui on sait que toutes ces lésions peuvent être produites par le gonocoque seul. Mais d'un autre côté, on a trouvé dans le pus des trompes, des bactéries pyogènes, streptocoque et staphylocoque, à côté du gonocoque. Peut être ces faits centradictoires peuvent-ils être conciliés, en admettant que l'apparition des micro-organismes pyogènes se fait au moment où le processus gonorrhéique commence à décliner.

La question que l'on se pose souvent est de savoir jusqu'à quel point la gonorrhée est fréquente chez la femme? Il est difficile de répondre à cette question et les auteurs ne sont guère d'accord sur ce point. Noeggerrath admet que 80 0/0 des femmes sont atteintes de gonorrhée. C'est beaucoup trop. Pour Schwartz et Saenger la gonorrhée existerait chez 12 0/0 des femmes qui s'adressent aux gynécologues. Ce chiffre n'est pas assez élevé, et la vérité se trouve peut-être entre les deux extrêmes.

Ceci étant bien établi, je passe aux diverses localisations de la gonorrhée chez la femme, et à leur traitement. Mais avant tout je tiens à déclarer encore une fois que l'in'ection gonorrhéique aiguë, indépendamment de sa localisation, doit être traité par le ménagement physique et thérapeutique, par l'abstention de tout ce qui rappelle une thérapeutique énergique. A cette règle il n'existe qu'une seule exception : c'est le pyosalpinx qui presque toujours exige une intervention chirurgicale. Les indications des cautérisations et infections locales n'existent que dans la gonorrhée chronique rebelle, et même dans ce cas il faut renoncer à un traitement énergique quand il existe en même temps une lésion des annexes. Quand, dans ces cas complexes, l'affection résiste, j'ai souvent réussi d'une façon assez satisfaisante, avec le traitement que Leube emploie dans la gastrite chronique et qui comprend le repos absolu au lit et les cataplasmes chauds sur le ventre. L'opération peut être quelquefois évitée à la malade. Et il en est de même d'une foule d'autres interventions de moindre importance.

Je n'ai pas l'intention de vous exposer toutes les méthodes thérapeutiques qui ces temps derniers ont été préconisées contre la gonorrhée de la femme. Ce qui importe au praticien c'est d'avoir à sa disposition une seule méthode, mais simple et pouvant s'appliquer à la majorité des cas. En exposant ma méthode je n'ai naturellement pas la prétention de croire qu'elle est supérieure aux autres; c'est tout simplement à titre de contribution au traitement de la gonorrhée que je veux l'exposer.

Je commencerai donc par signaler les diverses localisations de la gonorrhée chez la femme.

Presque toujours la gonorrhée envahit au premier lieu l'urèthre, et dans 50 0/0 des cas, dans 70 0/0 d'après certains auteurs, on trouve en même temps une gonorrhée du col. L'envahissement de la muqueuse utérine est plus rare et survient quelquefois à l'occasion des règles, d'un accouchement, d'une intervention chirurgicale locale. Les trompes ne seraient prises que dans 33 0/0 des cas (Sænger, Rosthorn).

L'infection de la vulve et du vagin est ordinairement secondaire et s'effectue ordinairement quand l'écoulement du col ou de l'urèthre est particulièrement abondant. D'après certains auteurs la vaginite, ou la vulvite doivent dans ces cas être attribuées à l'action purement chimique de l'écoulement purulent. Seulement rien ne prouve, pour la vulve, par exemple qu'après la macération de l'épithélium il ne s'agisse d'une inflammation spécifique.

On voit par là que c'est contre l'uréthrite et la métrite gonorrhéique que l'on aura le plus souvent à lutter.

1° *L'uréthrite gonorrhéique* constitue, comme nous l'avons dit, la localisation la plus fréquente de la gonorrhée chez la femme. Presque toujours, l'urèthre est envahi soit en premier lieu, soit simultanément avec d'autres organes. Rarement l'uréthrite gonorrhéique se manifeste par des symptômes bruyants; souvent même elle passe inaperçue aussi bien pour la malade que pour le médecin et ce n'est qu'en interrogeant la malade qu'on apprend que les premiers temps après le mariage la malade a éprouvé du ténesme vésical et a eu des mictions fréquentes. Le diagnostic ne peut être fait dans ces cas que par l'examen bactériologique des sécrétions uréthrales que l'on obtient en faisant couler une goutte de liquide à l'orifice externe.

L'uréthrite aiguë ne nécessite aucun traitement local. Si les symptômes sont accusés, on met la malade au lit et on ordonne un régime doux. En fait de thérapeutique on prescrit les lavages de la vulve avec une solution de sublimé au 5000e et les injections vaginales, à titre prophylactique, avec une solution de permanganate de potasse au même titre. En même temps on veillera à la régularité des selles et on défendra d'une façon absolue le coït.

Avec un tel traitement quand on sait éviter toute intervention locale, l'uréthrite aiguë guérit en trois semaines. Le pronostic est donc relativement favorable.

Dans *l'uréthrite chronique* qui le plus souvent succède à l'uréthrite aiguë mal soignée, l'examen bactériologique des sécrétions uréthrales a également une importance diagnostique considérable. L'épreuve de deux verres peut également être utilisée, à la condition de bien nettoyer préalablement le vagin.

Le plus souvent les symptômes de l'uréthrite chronique sont peu accusés et se réduisent à des picotements pendant les mictions, à une sensation d'un corps étranger dans l'urèthre. Mais il faut savoir qu'à côté de ces cas

qui forment la majorité on en trouve d'autres où les malades souffrent pendant des années. Les symptômes qu'on trouve dans ces cas sont du ténesme vésical, des mictions douloureuses, des difficultés de miction allant quelquefois jusqu'à la rétention complète de l'urine, si bien que l'on est obligé de sonder la malade. Malgré cette symptomatologie bien nette les malades sont considérées par des médecins, et même par des médecins instruits et consciencieux, comme hystériques, névropathes, tandis qu'un simple examen des sécrétions mettrait sur la voie du diagnostic en montrant la présence des gonocoques.

Le traitement de l'uréthrite chronique doit être local. On commencera par injecter dans l'urèthre, tous les deux ou trois jours, avec une seringue de Braun une certaine quantité d'une solution phéniquée à 3 0/0, que l'on remplacera plus tard par les injections d'une solution de nitrate d'argent au 5000ᵉ. Ces injections sont rarement douloureuses, et quand elles provoquent de la douleur, celle-ci ne dure pas longtemps. En même temps on prescrira les injections vaginales tièdes avec une solution de permanganate de potasse au 5000ᵉ, des bains de siège. On mettra la malade à un régime alimentaire doux en proscrivant d'une façon absolue le vin et la bière.

2° *La gonorrhée du canal cervical*, se manifeste avant tout et en premier lieu par l'écoulement. L'écoulement est incolore, lactescent dans les cas chroniques, purulent et sanguinolent dans l'infection aiguë. En pratique c'est contre cet écoulement que l'on dirige ordinairement tous les efforts, et comme dit Fraenkel, il existe une sorte d'association d'idées entre l'écoulement et les injections vaginales avec une solution d'alun.

Certainement cette pratique banale n'est pas recommandable, et prescrire des injections en se basant exclusivement sur l'existence d'un écoulement ne constitue pas œuvre de clinicien. Mais dans l'infection aiguë du col ces injections ne sont pas mauvaises, moins dangereuses certainement que les injections caustiques plus énergiques, car l'alun peut du moins revendiquer un effet, c'est de durcir l'épithélium et de s'opposer ainsi à l'invasion du gonocoque.

Je préfère aux injections d'alun une substance désinfectante faible, le permanganate de potasse au 5000ᵉ. On peut également employer avec succès les injections vaginales de Fritsch, surtout dans les cas où la gonorrhée du col s'est compliquée d'une vulvo-vaginite. Fritsch prescrit trois cents grammes d'une solution de chlorure de zinc à 50 0/0, dont on prend une cuillerée à bouche (20 grammes) pour chaque litre d'eau. Ces injections vaginales font rapidement disparaître la rougeur de la vulve et du vagin ; très rapidement aussi les sécrétions cervicales diminuent et le col reprend peu à peu son aspect normal.

L'écoulement n'est pas le seul symptôme de la gonorrhée cervicale. Aujourd'hui on sait d'une façon certaine que les érosions du col sont également, dans la majorité des cas, de nature gonorrhéique. Dans ces conditions, si ces érosions ne sont qu'un des symptômes de l'infection gonorrhéique du col, on comprend qu'une thérapeutique dirigée exclusivement contre elles, échouera forcément surtout si la gonorrhée du col est passée à l'état chronique. Il faut donc dans ces cas s'attaquer avant tout à la muqueuse infectée, et souvent les érosions guérissent alors spontanément.

On commence donc par traiter localement la gonorrhée chronique du col. Ce qui réussit le mieux dans ces circonstances, ce sont les cautérisations de la muqueuse à l'aide des caustiques peu énergiques. On procède de la façon suivante :

Après avoir bien isolé le col dans le spéculum cylindrique ou bivalve, on le nettoie avec un tampon d'ouate trempé dans une solution phéniquée, en essayant d'enlever en même temps le bouchon du canal cervical. Si le bouchon est visqueux, difficile à enlever, on injecte avec la seringue de Braun, dans la cavité du col, soit une solution d'acide phénique à 3 0/0 ou de borax à 5 0/0 ; ou bien encore on essaie d'avoir le bouchon muqueux avec la sonde de Playfair garnie de ouate trempée dans une solution.

Le col une fois libre, on injecte dans le canal cervical une petite quantité d'une solution de nitrate d'argent au 3,000ᵉ. Mais si l'orifice externe du col est étroit, s'il s'agit d'une nullipare, il faut renoncer aux injections qu'on remplace dans ces cas par un attouchement de la muqueuse avec un tampon d'ouate enroulé autour de la sonde de Playfair et trempé dans la même solution de nitrate d'argent.

Ces injections suffisent souvent pour amener la guérison des érosions. Dans les cas contraires, il faut après chaque injection cautériser les érosions avec une solution forte (2 0/0) de nitrate d'argent.

Souvent le traitement qui vient d'être exposé permet d'éviter une intervention chirurgicale.

3° *L'infection gonorrhéique aiguë de la cavité du corps de l'utérus* se manifeste quelquefois par des symptômes très bruyants de péritonite, et souvent ce n'est qu'au bout d'une ou de deux semaines de repos au lit, d'applications de glace sur le ventre, d'administration d'opium, que l'inflammation se limite à l'appareil génital. Ce qui vient d'être dit constitue toute la thérapeutique de l'endométrite gonorrhéique aiguë : repos au lit, glace sur le ventre, opium, diète rigoureuse, mictions et selles régulières.

Mais il existe des cas où l'infection en question évolue d'une façon très bénigne, et cette période peut même échapper au malade. Aujourd'hui nous savons que l'endométrite chronique relève très souvent d'une gonorrhée méconnue. Je vais même plus loin et je dis : La plupart des endométrites chroniques survenant pendant la vie sexuelle et ne se rattachant ni à un avortement ni à des accidents puerpéraux, sont de nature gonorrhéique. Toutefois il est indiqué de ne pas considérer comme étant de nature inflammatoire toutes les hyperhémies et toutes les hyperplasies de la muqueuse utérine. Ces hyperhémies et ces hyperplasies, qui disparaissent avec les causes qui leur ont donné naissance, se trouvent encore assez souvent dans les troubles de circulation locale ou générale consécutivement à des affections du cœur, du foie, des reins, dans les déviations de l'utérus, dans les hyperhémies de l'appareil génital en cas de sarcomes, de carcinomes ou de myomes ; dans tous ces cas il s'agit non pas d'une inflammation, mais d'une hyperhémie secondaire.

Sans parler du gonocoque, l'endométrite chronique peut encore être provoquée par des bacilles tuberculeux, par des coli-bacilles, par des saprophytes, voire même par des protozoaires. Mais comme fréquence, le rôle étiologique du gonocoque vient en premier lieu, et bien que la démonstration bactériologique de la nature gonococcique de l'endométrite chronique fasse encore défaut, les faits cliniques ne laissent aucun doute sur ce point.

Si l'on admet que l'endométrite chronique est le plus souvent de nature gonorrhéique, la conclusion pratique à en tirer c'est que le curettage, devenu malheureusement de pratique courante, ne doit être appliqué que dans des cas tout à fait exceptionnels. Dans la plupart des cas d'endométrite chronique le curettage est non seulement le plus souvent d'aucun effet, mais encore quelquefois directement nuisible, en ce sens qu'il donne

une sorte de coup de fouet à l'infection qui envahit alors les organes voisins. L'inefficacité du curettage est du reste démontrée par ce fait que souvent on est obligé de revenir à la même opération trois, quatre fois, sans que le malade en retire le moindre bénéfice.

Plus efficaces que les grattages sont, dans le traitement de l'endométrite chronique, le traitement local de la gonorrhée cervicale et un traitement fortifiant général comprenant un régime alimentaire substantiel, le drap mouillé, le séjour au grand air, les injections vaginales, les bains de siège.

4° *L'infection gonorrhéique aiguë ou chronique des annexes* (trompes, ovaires, paramètre, péritoine pelvien), n'exige pas non plus un traitemen bien actif, à moins qu'il n'y ait du pus dans les trompes et les ovaires, condition qui impose l'intervention chirurgicale, l'extirpation. Mais s'il s'agit d'un empâtement diffus avec adhérences entourant comme une gangue tous ce organes, le traitement de choix sera encore « le ménagement physique et thérapeutique ».

La malade sera condamnée, pour un mois, au repos absolu dans le lit qu'on ne lui permettra pas de quitter même pour satisfaire les besoins naturels; deux fois par jour on appliquera de larges cataplasmes chauds sur le ventre; on prescrira un régime doux, on veillera à la régularité des selles et de la miction.

On supprimera les cataplasmes s'il survenait un mouvement fébrile assez accusé ou des douleurs vives. La fièvre comme la douleur doivent faire chercher l'existence d'un foyer de suppuration et cette recherche devra souvent être faite sous le chloroforme.

La malade ne quittera le lit que lorsqu'elle sera restée longtemps sans souffrir. Mais si la douleur persiste, si en un mot le traitement ci-dessus échoue, il ne faut pas hésiter à recourir à une intervention chirurgicale, à l'ablation des annexes. Mais si au contraire sous l'influence du traitement médical la situation s'améliore, si la fièvre irrégulière apparaît de plus en plus rarement, si les douleurs spontanées ou provoquées deviennent de moins en moins vives, il faut persister. On prescrira alors les résolutifs, tampon de glycérine et d'iodure de potassium, injections vaginales chaudes, bains de siège, etc.; on insistera sur l'hygiène générale, on enverra la malade à la campagne pour vivre au grand air et au soleil (1).

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement des tuberculoses cutanées par le sérum de chien tuberculeux, communication à la Société de biologie, par MM. A. Broca et A. Charrin.

On sait, surtout depuis les travaux de Cadiot, que le chien est plus fréquemment tuberculeux qu'on ne le pensait. Néanmoins, il offre une certaine résistance, si on le compare à d'autres espèces et parfois la tuberculose n'évolue chez lui que d'une manière incomplète, surtout dans des conditions particulières : c'est le sérum de chiens ainsi rendus tuberculeux par Charrin et Pottevin que nous avons utilisé.

Nous avons pensé, en présence des difficultés auxquelles on se heurte dans la sérothérapie des tuberculoses internes, à étudier les tuberculoses chirurgicales, en particulier celles de la peau : 1° parce qu'elles sont pauvres en bacilles et surtout en bacilles virulents si on en juge par la lenteur de leur extension; 2° parce qu'elles sont directement accessibles ; 3° parce que les associations microbiennes y sont plus faciles à éviter.

Actuellement, des injections pratiquées dans un ganglion cervical sous-jacent à une large ulcération cutanée semblent inefficaces, ce qui tient surtout à l'état du ganglion. Dans les lésions exclusivement cutanées, en effet, nous avons obtenu des résultats fort appréciables. Nous distinguerons : 1° Les ulcérations fongueuses consécutives à des interventions chirurgicales incomplètes; 2° le lupus ulcéré; 3° le lupus non ulcéré.

1° Dans un cas d'ulcération fongueuse consécutive à l'ablation d'un ganglion épitrochléen fistuleux, nous avons obtenu une guérison complète et solide en dix jours, alors que depuis deux mois, sous le même pansement, les progrès étaient nuls. De même chez un sujet auquel une extirpation incomplète de lupus avait laissé à chaque cuisse une ulcération atone. La rapidité a été moindre parce que des accidents toxiques légers nous ont forcés à agir avec prudence. Chez ce sujet, nous avons pu comparer chaque jour l'aspect d'une des ulcérations, non traitée, à celui de l'ulcération traitée : dès la première injection cette dernière était rose et de bonne allure alors que l'autre conservait ses caractères d'atonie.

2° Dans deux très vastes lupus ulcéreux disséminés sur presque toute l'étendue du membre supérieur, les ulcérations sont aujourd'hui à peu près complètement cicatrisées. Au début du traitement, il y a environ un mois, l'amélioration a été très rapide, elle s'est à la fin ralentie; et peut-être sera-t-il indiqué de pratiquer une rugination.

3° Dans un lupus non ulcéré, très saillant, situé au bras, l'affaissement des tissus a été très notable, mais au bout de quelques injections la mère a cessé d'amener l'enfant. Chez un autre sujet, l'amélioration d'un petit lupus de la face a été évidente, mais il y a depuis huit jours une ulcération superficielle consécutive à une suppuration locale.

Nous ferons remarquer que chez les trois malades actuellement encore en traitement (les trois lupiques) la dernière injection a provoqué une suppuration légère qui nous a forcés à interrompre le traitement. C'est sans doute dû à un défaut de préparation ou de conservation du liquide.

Ce qui est directement imputable au sérum, c'est la possibilité d'éruptions ortiées avec fièvre (40° même), comme d'ailleurs dans toute sérothérapie. Mais nous n'en avons observé aucun inconvénient sérieux; du côté des urines, en particulier, on note quelques modifications relatives à l'urée, mais il n'y a ni sucre ni albumine.

Nous n'entendons pas présenter ici un spécifique contre les tuberculoses locales, mais l'observation clinique nous permet d'affirmer que nous avons là, en l'associant au besoin à l'intervention chirurgicale, un modificateur efficace de certaines ulcérations cutanées.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 *juillet* 1895.

Présidence de M. Empis.

Le gaïacol comme anesthésique local.

M. J.-L. Championnière. — M. André, mon pharmacien, s'étant brûlé au cours d'une manipulation, appliqua comme topique une solution de gaïacol et fut immédiatement soulagé. Il me proposa donc d'essayer les propriétés de cet agent en anesthésie locale, avec des injections interstitielles de solution à 1/10 et à 1/20; on peut injecter aisément une seringue de Pravaz à 1/10 sans accidents toxiques. Les premiers essais ont été faits en chirurgie dentaire et ont été très satisfaisants. En chirurgie générale nous avons fait non pas encore de grandes opérations, mais des ablations de loupes du cuir chevelu après des injections de gaïacol et les malades n'ont éprouvé aucune douleur. L'action est plus lente à se produire et plus lente à s'éteindre que celle de la cocaïne. Sur de petits abcès les résultats ont été également très satisfaisants.

Le gaïacol peut être introduit dans l'économie à dose assez élevée sans aucun inconvénient; le gaïacol est parfaitement toléré, on n'a signalé comme accident que de petits

sphacèles locaux au niveau des gencives. Cinq centigrammes de gaïacol dans une solution au vingtième paraissent tout à fait suffisants; il est probable qu'on pourrait injecter jusqu'à un gramme sans aucun danger.

M. Magitot. — Je ne partage pas l'opinion de M. J.-L. Championnière sur la valeur du gaïacol comme anesthésique local. La douleur dans les opérations de la bouche est extrêmement variable, c'est donc un mauvais terrain pour l'étude des anesthésiques locaux. D'autre part, dans plusieurs faits sur une vingtaine d'expériences, j'ai constaté des sphacèles au niveau de la piqûre. Cette méthode n'a pas été soumise au contrôle de l'expérience sur les animaux.

M. Ferrand. — J'ai employé assez largement le gaïacol non pas en injections sous-cutanées mais en applications thermiques, et j'ai constaté dans les suites d'application thermique d'un centimètre cube à peine de gaïacol une hypothermie assez marquée et de véritables syncopes. Il est vrai que j'ai observé ces faits avec des sujets déjà déprimés. Ainsi l'application thermique d'un centimètre cube de gaïacol produit une anesthésie très précieuse, mais en même temps de l'hypothermie et des syncopes, phénomènes qui peuvent ne pas être sans danger.

M. Laborde. — Le gaïacol est un anesthésique, mais un hypothermique et même un antithermique très actif; c'est essentiellement un vaso-constricteur et c'est de là justement que peut venir le danger.

M. L. Championnière. — Il y a de l'irrégularité dans la douleur des gens, cela est évident, mais cela ne veut pas dire que ce champ d'expériences soit mauvais; quant à l'expérimentation sur les animaux, je trouve ce champ d'expériences très mauvais et je crois que c'est le dernier qu'il faut aller chercher.

M. Ferrand a vu des accidents se produire avec un centimètre cube de gaïacol, mais nous n'employons que de cinq à dix centigrammes; il y a une marge entre ces deux doses.

Quant aux escharres, elles ont été très peu nombreuses et toujours très limitées.

Il n'y a donc pas là de quoi se décourager, il y a là des faits d'anesthésie locale très intéressants et qu'il faut étudier.

Epispadias total.

M. Kirmisson a observé un cas d'épispadias total chez une petite fille de dix-huit mois; fente totale des grandes lèvres, des petites lèvres et du clitoris; hernie de la muqueuse vésicale à travers l'urèthre, divisé lui-même sur la ligne médiane supérieure. Prolapsus rectal concomitant. La guérison a été obtenue par une opération autoplastique consistant à dédoubler les parties divisées, de manière à constituer deux lambeaux, l'un muqueux, l'autre cutané, qui sont affrontés sur la ligne médiane; en somme, le procédé employé doit être classé parmi les procédés à deux plans de lambeaux superposés. Guérison de la difformité et du prolapsus rectal concomitant.

Pneumatocèle du crâne.

M. Le Dentu présente, guéri, le malade dont il a communiqué l'observation le 30 avril dernier, quelques jours après l'opération.

Alcoolisme.

M. Daremberg. — Quand on veut étudier le pouvoir toxique d'une substance sur les animaux, on l'injecte directement dans les veines de l'animal, c'est ce que j'ai fait avec divers alcools que j'ai tous ramenés à 38°, le degré ordinaire des alcools qu'on trouve chez les marchands de vins; tous ces alcools étaient à la température de 15°; les injections ont été faites sur des lapins. J'ai ainsi pu constater que les animaux mouraient aussi bien, sinon mieux, avec des injections d'eaux-de-vie authentiques, d'origine, ayant coûté fort cher. On nous a souvent fait le tableau pittoresque de l'ivresse gaie de l'alcool de vin comparativement à l'ivresse stupide des alcools d'industrie; ce tableau est surtout dû à l'imagination. S'il y avait une palme à décerner pour la toxicité des alcools, cette palme devrait être souvent accordée aux eaux-de-vie des marques les plus authentiques.

M. Laborde. — Le lapin est un très mauvais sujet d'expérience, et cela enlève beaucoup de la valeur des expériences de M Daremberg. D'autre part, les injections faites directement dans les veines sont dangereuses avec certains produits et particulièrement avec l'alcool, surtout quand on fait les injections fréquemment et en plusieurs fois, il faut les faire lentement et sans arrêt. Les expériences de M. Daremberg pêchent par le choix du sujet.

Il y a certainement des eaux-de-vie excellentes dans lesquelles il n'y a que des traces de furfurol. M. Daremberg est dans le paradoxe en venant soutenir que l'alcool naturel est le plus mauvais.

M. Magnan. — Je suis d'accord avec M. Daremberg quand il dit que tous les alcools sont des poisons; mais sa communication est en contradiction avec tout ce que j'ai vu pour ma part de la différence des alcools de vin, de betterave, de pomme de terre et de maïs. J'ai fait des expériences sur le chien en injectant directement l'alcool dans l'estomac de manière à me rapprocher le plus possible de ce qui se passe chez l'homme. Mon alcool était mélangé avec de l'eau pour ne pas irriter l'estomac et provoquer des vomissements. Le chien auquel j'avais injecté de l'alcool de vin était d'abord gai, puis il tombait sur ses pattes et s'endormait, et si après cinq heures on lui offrait sa pitance il la mangeait avec appétit.

Le chien auquel on avait injecté de l'alcool de betterave tombait rapidement dans une sorte de coma dont il ne se réveillait qu'au bout de vingt-quatre heures et toute la journée du lendemain il restait malade.

Sur l'alcool de maïs il en était à peu près de même avec quelques mouvements convulsifs en plus.

J'ai répété ces expériences un très grand nombre de fois; aussi il me paraît bien difficile d'accepter les conclusions de M. Daremberg.

Ces trois alcools ayant été rectifiés au laboratoire municipal ont alors donné des résultats identiques; mais les flegmes donnaient les mêmes résultats que les alcools primitifs.

M. Bergeron. — Nous sommes tous d'accord pour admettre que l'alcool est un poison, que l'alcoolisme est un fléau, qu'il est surtout utile de chercher les moyens de le combattre. Aussi M. le président va nous proposer la nomination d'une commission chargée de nous faire des propositions.

M. le président. — Cette commission se composera de MM. Bergeron, Laborde, Lancereaux, Riche, Magnan, Motet.

La commission pourra s'adjoindre M. Daremberg correspondant de l'Académie.

Bactériologie des angines.

M. Landouzy. — La microbiologie seule peut permettre de faire le diagnostic dans les cas d'angines à produits blancs; la clinique seule ferait faire un grand nombre d'erreurs de diagnostic et de prophylaxie. Il faut rendre pratique et facile cet examen bactériologique qui peut être rendu aussi aisé que l'examen des urines.

La revision de la nosographie des angines amènera les nosographes de demain à désigner les angines par leurs caractères pathogéniques spécifiques. Dire qu'une angine est herpétique ou membraneuse, c'est dire quelque chose de son aspect, ce n'est rien dire de sa nature véritable.

M. Cadet de Gassicourt propose à l'Académie le vœu suivant:

1° Que des laboratoires d'examen bactériologique dirigés par des savants spéciaux, soient ouverts dans le plus bref délai et que tous les médecins en soient avisés par la plus large publicité.

2° Que les facultés de médecine, les écoles de plein exercice et les écoles secondaires de médecine et de pharmacie soient pourvues de laboratoires bactériologiques, destinés à faire dès maintenant les examens et à instruire les médecins et les pharmaciens dans ces recherches spéciales.

M. Dieulafoy appuie ce vœu, mais il ne faut pas qu'il reste purement platonique; la discussion doit s'ouvrir sur ce point : à quel moment faut-il pratiquer l'injection de sérum; on doit d'une main faire l'examen bactériologique et de l'autre main pratiquer l'injection.

Le vœu de M. Cadet de Gassicourt est mis aux voix et adopté.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 28 juillet 1895.

Présidence de M. Féré.

Essai de sérothérapie contre le cancer.

M. Boureau (Tours) donne lecture du résumé d'un mémoire concernant sept cas de cancer traités avec le sérum d'âne injecté suivant la méthode de MM. Richet et Héricourt.

L'animal a reçu à trois reprises cinquante-cinq centimètres cubes de liquide provenant d'un épithélioma du sein et d'un carcinome. Ces injections ont provoqué une ascension brusque de la température de 3° suivie d'une chute très rapide pour la première injection, plus lente pour les autres.

Deux saignées pratiquées six jours et onze jours après les injections ont fourni le sérum injecté aux malades.

Les injections, faites à une certaine distance des néoplasmes pendant un laps de temps variant de six à huit semaines, à la dose quotidienne de trois centimètres cubes, ont donné les résultats suivants :

1° Dans un cas de cancer de l'amygdale à marche très rapide : aucune modification.

2° Sarcome du testicule récidivé quinze jours après l'ablation : amélioration légère au début : résultat final nul.

3° Cancer du rectum : au début, diminution des douleurs et des sécrétions. Résultat : aucune modification du néoplasme.

4° Cancer du sein récidivé avant la cicatrisation de la plaie opératoire ; la suppuration s'est tarie très rapidement, la plaie s'est cicatrisée mais les noyaux cancéreux récidivés persistent.

5° Cancer du sein récidivé dans les ganglions axillaires avec œdème de compression considérable : amélioration légère.

6° Tumeur du sein récidivée sous forme d'ostéosarcome de la troisième côte avec engorgement ganglionnaire. La tumeur osseuse a diminué de moitié, les douleurs ont disparu mais les ganglions néoplasiques persistent.

7° Cancer de la langue récidivé; asphyxie lente; trachéotomie. Sous l'influence des injections la sécrétion trachéale disparaît, le larynx redevient perméable, on peut obturer la canule. Malgré cette amélioration la récidive néoplasique persiste.

On peut de ces faits tirer la conclusion suivante :

Le sérum anticancéreux n'est pas curatif dans le sens strict du mot, mais il a donné souvent (dans six cas sur sept) des améliorations plus ou moins notables.

M. Richet, après avoir donné lecture de cette communication, rapporte le résultat de ces expériences sur les effets des injections intraveineuses d'extraits de tumeurs cancéreuses ulcérées et non ulcérées chez des animaux.

Tandis que l'extrait de tumeurs cancéreuses non ulcérées ne provoque chez les animaux aucun phénomène morbide, les injections d'extraits de tumeurs ulcérées tuent les animaux avec une rapidité extrême. Le tableau clinique diffère pourtant de celui des autres empoisonnements et rappelle celui de l'embolie. Or, ces extraits ont été filtrés et se présentent sous forme de solutions limpides. Comment expliquer les phénomènes d'embolie?

M. Richet admet donc que ces extraits provoquent une coagulation du sang, cause de l'embolie.

Quant aux effets du sérum cancéreux, M. Richet possède actuellement vingt-cinq à trente cas de cancers graves inopérables traités par le sérum. Dans tous ces cas les injections, sans amener de guérison, ont amené une amélioration considérable se manifestant déjà au bout de trois semaines par la diminution de la tumeur, la disparition de la douleur et de la sécrétion ichoreuse, etc. Mais au bout de quelque temps le cancer reprend sa marche progressive.

Influence de l'infection aspergillaire sur la gestation.

M. Rénon. — J'ai, le vingtième jour de leur gestation inoculé deux lapines dans les veines, avec des spores virulents d'aspergillus fumigatus.

Une d'elles, trois jours après l'injection, mit bas avant terme six fœtus morts et macérés. J'ai pu recueillir au moment même de leurs naissance deux de ces fœtus et j'ai ensemencé dans du liquide de Raulin du sang provenant du bout fœtal de la veine ombilicale, d'après la méthode employée pour la tuberculose humaine par Thiercelin et Londe, Londe, Bar et Rénon. Ces deux tubes donnèrent une culture d'aspergillus fumigatus ; il en fut de même des tubes ensemencés avec le foie de ces deux fœtus ; leurs poumons, par contre, restèrent stériles. La mère mourut le cinquième jour après l'inoculation, présentant une tuberculose très étendue des poumons, du foie et des reins : ces deux derniers organes ensemencés donnèrent des cultures d'aspergillus fumigatus. Les placentas étaient encore dans l'utérus ; ils ne présentaient aucune lésion tuberculeuse ; ensemencés sur Raulin, ils donnèrent tous des cultures d'aspergillus.

La seconde lapine mit bas, à terme, le trentième jour de sa gestation, six fœtus dont quatre morts et deux vivants. Les fœtus morts ne présentaient aucune lésion tuberculeuse dans leurs organes ; avec les reins, le foie, le sang du cœur de trois d'entre eux j'ai fait des cultures sur liquide de Raulin : tous ces tubes restèrent stériles. Les deux lapins vivants succombèrent deux jours après leur naissance, sans lésions tuberculeuses : les tubes ensemencés avec leur foie restèrent stériles. La mère mourut trois jours après, présentant dans son foie et dans ses reins des lésions tuberculeuses peu marquées, au premier degré de leur évolution : ensemencés ces organes donnèrent des cultures d'aspergillus. L'utérus était vide et ne contenait plus les placentas : des cultures faites avec des fragments d'utérus restèrent stériles.

Ces faits sont analogues à ceux observés dans la tuberculose humaine. La lapine la plus atteinte n'alla pas jusqu'à son terme, et ses fœtus sans lésions tuberculeuses apparentes dans leurs organes, et malgré l'intégrité apparente des placentas, présentaient des spores d'aspergillus dans le sang de leur veine ombilicale et dans leur foie. La lapine la moins atteinte mit au monde des fœtus, les uns vivants, les autres morts, aucun d'eux n'avaient hérité de l'infection mycosique, ce qui expliquait d'ailleurs l'absence de champignon dans l'utérus.

L'urine dans le rachitisme.

M. Oechsner de Coninck a reconnu dans l'urine des enfants rachitiques une grande quantité de pigments qu'il est arrivé à détruire à l'aide de bon régale et par calcination.

Dans ces conditions, le chlorure d'argent s'est précipité incolore et après lavage et dessication il était assez pur pour être pesé à la balance de précision.

Pathogénie de l'œdème.

MM. Roger et Josué. — On sait depuis les recherches de Ranvier que la ligature simple des veines d'un membre, ne suffit pas pour provoquer l'œdème et qu'il faut en plus une lésion des nerfs vasomoteurs.

Nous avons repris ces expériences et nous avons tout d'abord constaté que la ligature des trois veines de la base de l'oreille, ne provoque pas d'œdème chez les lapins. Mais si en même temps que cette ligature on extirpe chez l'animal le ganglion cervical supérieur, l'œdème apparaît à l'oreille et se maintient pendant plusieurs jours. Enfin l'œdème de l'oreille peut encore être provoqué par la ligature des veines suivie d'injection sous-cutanée de produits microbiens, de ceux du proteus vulgaris par exemple, que nous avons utilisés dans nos expériences.

Nous tenons à ajouter que l'œdème n'est pas lié à la stagnation des liquides, car une petite quantité de bouillon injecté sous la peau de l'oreille est rapidement résorbé.

Ces expériences jettent donc un certain jour sur la pathogénie des œdèmes consécutifs à certaines phlébites infectieuses.

Innervation de la vessie.

M. Guyon fils a fait au laboratoire de M. François Frank une série d'expériences sur l'innervation de la vessie,

lesquelles expériences lui ont montré que les fibres longitudinales étaient innervées par les fibres venant du plexus sacré, et les fibres circulaires par les fibres venant du grand sympathique. Il est intéressant à noter que cette dissociation de l'innervation correspond à une diversité des fonctions.

En même temps M. Guyon a étudié la résistance comparée du sphincter de la portion membraneuse de l'urèthre et du sphincter du col. Il a trouvé que, tandis que le sphincter urèthral, composé de fibres striées, présente une résistance égale à un mètre de liquide, le sphincter vésical, composé de fibres lisses, n'a qu'une résistance de quinze centimètres de liquide.

Lésion dans un cas de compression de la queue de cheval.

M. Déjerine a eu l'occasion de faire l'examen de la moelle d'une femme atteinte d'une paraplégie douloureuse et ayant succombé le jour même de l'opération qui a permis de constater l'existence d'un cancer comprimant la partie terminale de la moelle épinière.

L'examen de la moelle a permis de constater :

1° Une dégénérescence du faisceau décrit par Gombault et Philippe et considéré par ces auteurs comme l'analogue du faisceau de Schultz ;

2° L'intégrité du centre ovale de Flechsig ;

3° Une dégénérescence des collatérales réflexes ;

4° Une altération grave de la zone cornu-commissurale.

MM. Gilbert et **Cadiot** font une communication sur la cirrhose du foie d'origine morveuse, chez le cheval, et attirent l'attention sur ce fait, qui constituerait une nouvelle preuve des analogies entre la morve et la tuberculose, cette dernière provoquant également des lésions du foie.

MM. Gley et **Langlois**, qui ont étudié la résistance des hématies chez les lapins thyroïdectomisés, ont trouvé que dans ces conditions le pouvoir isotonique du sang est diminué.

M. Laborde présente deux grenouilles curarisées à l'aide d'un curare nouveau, extrait de l'écorce de strychnos toxifera. C'est la première fois qu'on arrive à avoir un produit bien déterminé, pouvant par conséquent servir en thérapeutique.

M. Rousseau a étudié les effets de la thyroïdectomie chez les lapins, et à côté des phénomènes décrits dans le temps par M. Gley il signale encore la fréquence des bronchopneumonies.

M. Bourquelot envoie une note sur l'arrêt de la fermentation alcoolique par les produits de l'aspergillus niger.

M. Phisalix fait une communication sur l'immunité du hérisson contre le venin de la vipère. L'immunité tiendrait au pouvoir antitoxique du sang de l'animal.

M. Pilliet conclut de ses expériences sur le formol, que cette substance s'élimine par les reins et l'intestin et que, contrairement à d'autres antiseptiques, elle provoque seulement des phénomènes congestifs.

M. Babès fait une communication sur la distribution des bacilles de la lèpre dans l'organisme.

MM. Courmont, Doyon et **Faviot** envoient une note sur les lésions du foie dans l'intoxication diphthérique expérimentale.

MM. Tissier et **Guinard** envoient une note sur les lésions du foie dans l'intoxication diphthérique et par les produits des pneumo-bacilles.

Les deux notes signalent dans ces cas l'existence du foie infectieux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 juillet 1895.

Bouton de Murphy.

M. Forgue (de Montpellier) adresse une observation d'ancien anus contre nature traité par l'entérectomie avec usage du bouton de Murphy. L'opération fut d'une exécution rapide. Néanmoins, le malade est mort quelque temps après.

M. Chaput. — Cette observation prouve, avant tout, combien est difficile l'application du bouton de Murphy lorsque les parois de l'estomac ou de l'intestin sont plus épaisses que la rainure du bouton.

J'ai récemment employé deux fois le bouton de Murphy, dans un cas de gastro-entérostomie et dans un cas de hernie gangrenée ; or, dans ces deux opérations, la méthode de Murphy m'a été plutôt favorable.

Mais j'ai lu environ deux cents observations où sont relatés les résultats du bouton de Murphy, et j'ai constaté que si la sténose de l'intestin ou son oblitération par le bouton sont rares, la perforation et même le sphacèle sont loin d'être négligeables. Je pense donc que cette méthode doit être réservée aux cas pressés dans lesquels la réunion des deux bouts de l'intestin doit être rapidement faite, mais que, dans les cas qui se présentent bien, la suture intestinale à trois étages donne de plus sûrs résultats.

M. Terrier. — Je suis un partisan convaincu du bouton de Murphy que j'emploie couramment quand je fais la gastro-entérostomie. Il me donne généralement de bons résultats. Sur les pièces d'un mes opérés, mort d'un gros cancer du foie quelques mois après l'opération, vous voyez que le cours des matières avait parfaitement lieu au niveau de l'application du bouton de Murphy.

Quant au bouton, qu'est-il devenu ? Je n'en sais rien, il sera sorti sans qu'on s'en aperçoive, car il n'existait à l'autopsie en aucun point de l'intestin.

Appendicite.

M. Nélaton. — Il existe une forme enkystée à foyers multiples de l'appendicite aiguë et mon dire sera basé sur des cas vus à l'autopsie. C'est là seulement que l'on peut juger nettement de l'étendue des lésions de l'appendicite.

Dans un premier cas, il s'agit d'un malade que l'on m'amène dans l'état suivant : pas de dissociation du pouls et de la température, bonnes dispositions de l'état général, mais empâtement dans la fosse iliaque droite. J'ouvre, selon la règle, la paroi abdominale au-dessus de l'arcade crurale. J'évacue des quantités considérables de pus. Selon les préceptes de Quénu, je me garde de déplacer les anses intestinales et d'ouvrir toute grande la porte du péritoine. Mon malade meurt. A l'autopsie, je vois deux foyers purulents. Le premier, celui que j'avais vidé, était libre. Mais il en existait un second, entre la vessie et le rectum, enkysté entre les anses de l'intestin grêle.

Dans un second cas, chez une jeune fille qui a tous les signes de l'appendicite aiguë, je vide deux collections localisées : l'une, dans l'excavation pelvienne ; l'autre, dans la région lombaire, ma malade meurt. A l'autopsie, je vois quatre foyers : les deux que j'avais libérés et deux autres volumineux situés entre les anses intestinales.

Voilà donc des faits constatés sur le cadavre et qui ne sont susceptibles d'aucune contradiction. Ils se rapprochent, d'ailleurs, de ceux dont nous parlait M. Brun, à la dernière séance.

Je ne crois pas que le diagnostic de ces appendicites à foyers multiples enkystés puisse être sûrement fait. Il n'y a pas de signe pathognomonique qui les distingue de la péritonite généralisée. Or, c'est précisément là le point qui nous intéresse le plus. Nous voudrions savoir d'une manière indubitable quand il y a péritonite généralisée, quand il y a, au contraire, péritonite enkystée.

Il existe, cependant, un signe, et c'est le seul auquel j'attribue pour ma part une grande valeur. *C'est la fausse occlusion intestinale.* C'est là le signe qui, aujourd'hui, me porte à songer à l'appendicite, quand mon esprit est dans le doute. J'ai vu, en effet, des erreurs de diagnostic qui confirment mon opinion.

Je rejette donc, en faveur de la péritonite généralisée, le signe de la dissociation entre le pouls et la température qui peut être certain chez les enfants, mais que j'ai vu en défaut dans bien des cas chez l'adulte.

Mais, quand je rencontre, chez un malade, un météorisme très faible avec une *douleur circonscrite* et non généralisée, des vomissements, très peu de gaz rendus par l'anus et le facies caractéristique, j'ai coutume de penser maintenant à des lésions de péritonite enkystée.

Donc, en dehors de cette *fausse occlusion intestinale*, je ne connais pas de signe pathognomonique différentiel entre la péritonite enkystée et la péritonite généralisée.

J'ai dit ce que je pensais du diagnostic. Quant au traitement, je récuse d'abord toute intervention médicale par massage, lavements d'eau de seltz et électrisation qui ont les plus funestes résultats, pour me cantonner dans l'intervention chirurgicale telle que nous sommes convenus de la faire en temps et lieu.

Mais, contrairement à l'avis de mon ami Quénu, après les deux cas de péritonites enkystées que je vous ai rapportés au début, je n'hésiterai pas à suivre l'exemple de M. Routier et à séparer les anses intestinales agglutinées pour aller à la recherche du pus.

Je termine en disant que, devant des symptômes de fausse occlusion intestinale, en raison de l'importance que je leur attribue, ma conduite serait la suivante :

J'ouvrirais dans la fosse iliaque droite comme pour faire un anus contre nature, j'explorerais la région péricæcale et, si je ne voyais là ni collection de pus, ni lésions appendiculaires, je ferais l'anus contre nature projeté.

M. Gérard-Marchand. — Je crois que, dans cette question de l'appendicite, il ne faut pas perdre de vue l'ancienne division entre les typhlites et les pérityphlites. Il est entendu que les typhlites guérissent seules, mais la pérityphlite diffère et de symptômes et de thérapeutique.

Je veux seulement parler, à ce sujet, des abcès appendiculaires extra et sous-péritonéaux. On les voit généralement dans les semaines et même dans les mois qui suivent l'attaque d'appendicite. Ils sont précédés d'une période latente avec douleur et réaction péritonéale. Le diagnostic est rendu difficile par la présence de phénomènes généraux parfois intenses et faisant penser, soit à de la méningite, soit à du rhumatisme articulaire aigu.

Mais, bientôt, l'abcès commence sa migration. J'insiste sur cette migration de la collection purulente appendiculaire. Elle peut se faire par une perforation de l'aponévrose et aller saillir dans la région lombaire, par exemple, comme j'en ai vu un cas. Elle peut aussi être localisée dans la région de la fosse iliaque et être néanmoins sous-péritonéale. C'est dans ces cas qu'il faut spécialement recommander de n'ouvrir le péritoine qu'après s'être assuré qu'il n'existait pas de collection sous-péritonéale.

J'ai vu, enfin, des cas de péritonite généralisée sans perforation de l'appendice quelque lésé qu'il fût. Je les appellerai des péritonites par propagation en attendant de pouvoir mieux les dénommer. Je ferai remarquer que ces péritonites par propagation au cours de l'appendicite sont moins graves que les péritonites par perforation.

Extirpation du ganglion de Gasser.

M. Pelletier présente un malade qui a subi l'extirpation du ganglion de Gasser par le procédé suivant : résection du maxillaire supérieur et trépanation de la paroi du crâne en se servant comme fil conducteur du nerf dentaire et du maxillaire inférieur. Ce procédé permet de lier la méningée moyenne à temps et d'éviter ainsi sa blessure.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 *juillet* 1895.

Présidence de M. Hayem.

Recherches sur les gastrites.

M. Hayem. — Je désire surtout montrer des préparations de gastrites, parmi celles que je n'ai pas encore décrites et qui concernent les gastrites dont les lésions portent surtout sur le tissu conjonctif de l'estomac.

On peut, selon moi, y reconnaître deux groupes : 1° *la gastrite mixte;* 2° *la gastrite interstitielle. La gastrite mixte* comprend indépendamment des lésions glandulaires analogues à celles de la gastrite parenchymateuse, des lésions irritatives du tissu conjonctif. On peut lui reconnaître deux variétés : Dans la première, il y a irritation des cellules de bordure et tendance habituelle à prendre la forme dite muqueuse. Dans la seconde, il y a multiplication des cellules principales et tendance à la forme dite gastrite atrophique. Il y a là deux types cliniques bien différents.

Dans *la gastrite interstitielle*, les lésions conjonctives sont prédominantes et primitives, les lésions glandulaires secondaires. On peut lui reconnaître deux formes principales : l'une, à marche *subaiguë*, se caractérise anatomiquement par une infiltration leucocytique abondante, soit dans l'épaisseur de la muqueuse, soit envahissant les tubes glandulaires eux-mêmes; ceux-ci peuvent secondairement prendre l'aspect moniliforme ou kystique. Dans l'autre, *chronique* d'emblée, l'aboutissant ultime du processus scléreux est l'atrophie de l'estomac, et en particulier de sa couche glandulaire.

Bronchite mucomembraneuse chronique primitive. Son traitement par l'iodure de potassium.

M. Huchard communique une observation de bronchite mucomembraneuse durant depuis trente-huit ans avec des périodes de rémission de durée plus ou moins longue. L'examen histologique a montré dans les produits membraneux une quantité considérable de mucine, et l'examen bactériologique l'existence du staphylocoque blanc et d'un bacille particulier dont l'étude sera poursuivie, car M. Magniaux a montré dans sa thèse que l'agent pathogène de ces formes de bronchite pouvait être le diplobacille de Friedlænder.

Une des particularités de cette observation a été l'heureuse influence de l'iodure de potassium qui a été administré d'une façon continue à la dose de trois grammes par jour.

Contribution à l'étude des complications infectieuses du cancer gastrique.

M. Achard. — Ces complications méritent plus d'importance que celle qui leur est attribuée dans les descriptions classiques.

J'ai observé deux cas de fistules ombilicales, consécutives à des phlegmons situés au devant de l'estomac. En même temps dans un de ces cas, il existait des noyaux cancéreux du foie qui avaient été eux aussi envahis par la suppuration. Dans un autre cas on a noté une pyléphlébite adhésive et suppurée des rameaux intrahépatiques de la veine porte, sans que cette phlébite se soit manifestée nettement pendant la vie : on relève cependant la prostration, la somnolence, l'hypothermie terminale comme chez les animaux à qui on a fait une ligature de la veine porte.

Dans une autre observation, c'est une femme qui entre avec un cancer gastrique et les signes d'une pneumonie. On trouve à l'autopsie dans le poumon de la congestion avec sclérose ancienne et processus inflammatoire récent, et présence de streptocoques à ce niveau. Les reins, le sang, trois heures après la mort, donnaient des cultures de streptocoques.

La pathogénie de l'infection dans cette observation est peut-être discutable, mais il est possible que l'effraction microbienne se soit faite par le cancer. Il en est de même chez une malade ayant présenté une infiltration purulente du sommet du poumon due au pneumocoque, qu'on put retrouver également dans le sang du cœur, dans la sérosité pleurale, dans la rate, et chez une autre qui présenta une infection tuberculeuse suppurée des ganglions du cou et du poumon. Dans ces deux cas on peut penser que si la porte d'entrée ne se fait pas au niveau du cancer, celui-ci prédispose certainement à l'infection en préparant le terrain.

En résumé les infections peuvent se faire par l'estomac dépourvu d'HCl et où séjournent habituellement les aliments plus ou moins altérés par la stase gastrique. De là des accidents de voisinage : phlegmon, péritonite, ou à distance : pyléphlébite, adénite, etc..., aboutissant à la septicémie ou à la pyohémie. Ce sont là ce qu'on pourrait appeler les *formes septiques* du cancer de l'estomac.

Dans d'autres circonstances, ce n'est point au niveau du cancer que se fait l'infection; mais celui-ci prédispose à l'effraction microbienne en affaiblissant les résistances organiques. A ces infections se rapportent probablement les élévations de température des cancéreux, certaines particularités de la cachexie cancéreuse, et il est probable qu'elles contribuent à abréger la durée de la maladie.

M. Catrin lit un mémoire sur la *mortalité de la pneumonie dans l'armée.*

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 11 juillet 1895.

Présidence de M. Richelot

Spina bifida.

M. Schwab présente des pièces ayant trait à une tumeur congénitale observée chez un nouveau-né.

Cette tumeur siègeait au niveau de la colonne rachidienne lombaire et pénétrait jusque dans le canal rachidien.

Elle était formée d'une masse du volume d'une mandarine, de consistance molle, recouverte d'une enveloppe extérieure ayant tous les caractères microscopiques d'une muqueuse intestinale fongueuse.

A la base de la tumeur, existaient de petits kystes qui se tendaient pendant les cris de l'enfant.

Le petit malade fut opéré par M. Périer, mais mourut au bout de quarante-huit heures.

Il s'agit, en somme, dans ce cas d'une tumeur congénitale ayant pour siège la région lombaire et qui, d'après l'examen microscopique, rentre dans le cadre des *tératomes*. Cette tumeur par son développement s'est opposée à l'occlusion du canal rachidien en arrière, et a produit ainsi une sorte de spina bifida secondaire.

Accouchement d'une morphinomane, preuve chimique du passage de la morphine à travers le placenta.

M. Bureau. — Il s'agit d'une femme qui, morphinomane depuis sept ans environ, en était arrivée à prendre un gramme de morphine par jour. Devenue enceinte pour la quatrième fois, elle accoucha spontanément d'un enfant porteur d'un pied-bot. Au moment de la section du cordon l'auteur recueillit le sang des vaisseaux ombilicaux et du placenta.

L'analyse chimique démontra la présence de la morphine dans ce sang.

Danger de l'emploi du lacs dans l'extraction du siège.

M. Narich (de Smyrne). — L'introduction du lacs avec la main constitue une manœuvre de tâtonnement. Les difficultés de passer le lacs sont parfois telles qu'il faut se servir d'instruments spéciaux dits porte-lacs. Dans l'intervalle des tractions, le lacs usuel, faisant corde au fond de la rigole de l'aîne, maintient la strangulation des tissus, ce qui contribue à produire des lésions par arrêt de la circulation et de l'influx nerveux. Quand l'opérateur rapproche le lacs de la cuisse de la mère, non correspondante au sacrum du fœtus, l'un des chefs du lacs, glisse en contournant la fesse de bas en haut et remonte le long du fémur ; de là la fracture de ce dernier. Au contraire, le tracteur du siège que l'auteur a déjà décrit précédemment, étant à la fois lacs, porte-lacs et crochet réunit les avantages de chacun de ces instruments, tout en écartant radicalement leurs inconvénients opératoires et leurs dangers.

Vomissements incoercibles de la grossesse.

M. Charpentier. — Chez une femme de vingt-huit ans, secondipare, on vit survenir, dès le début de la grossesse, des vomissements incoercibles qui résistèrent à toute espèce de traitement. En présence de l'état grave de la malade, on provoque l'avortement à trois mois. On éprouva de très grandes difficultés à provoquer le travail et on introduisit successivement dans l'utérus : Une bougie en gomme, puis une seconde le lendemain, un ballon de Champetier, toute la série des bougies d'Hégar; on fit une cautérisation de la cavité utérine au nitrate d'argent. Enfin au bout de cinq jours de tentatives infructueuses on dut décoller l'œuf, avec le doigt, introduit dans la cavité utérine, et l'extraire ainsi artificiellement sous le chloroforme. La malade guérit. L'auteur insiste sur les phénomènes hystériques qu'elle présentait, phénomènes qui ont persisté après la guérison.

Les vomissements dits incoercibles de la grossesse sont souvent des vomissements se présentant chez les hystériques à l'occasion de la grossesse.

M. Larat. — L'auteur a traité avec succès, à l'hôpital Lariboisière, un cas de vomissements incoercibles, par l'électricité.

Les vomissements étaient apparus au dernier mois de la grossesse. Après avoir eu recours à tous les traitements usités, on employa l'électricité. Dès la première séance et pendant qu'on l'électrisait, la malade put avaler et garder un demi-verre de lait. En huit jours la guérison était complète.

M. Bar présente plusieurs observations de vomissements incoercibles dans le cours de la grossesse. Dans un cas la réduction de l'utérus en rétroversion, n'avait pas fait cesser les vomissements. La galvanisation a permis d'obtenir un résultat excellent.

M. Touvenaint a essayé l'électricité dans un cas de vomissements incoercibles chez une femme atteinte de fibrome utérin. Ce traitement ne lui a donné aucune amélioration.

M. Budin a employé les courants continus chez une jeune femme qui avait des vomissements incoercibles de la grossesse. Il n'obtint aucun résultat et il allait recourir à l'avortement provoqué, lorsque subitement et sans aucun traitement la malade guérit.

Nouvelle thérapeutique médicale des fibromes utérins.

M. Jouin. — L'auteur a donné de l'extrait thyroïdien en tablettes de 0.15 centigr., de quatre à huit tablettes par jour à des malades atteintes de corps fibreux.

Trois fois il a observé la diminution des hémorrhagies, deux fois la disparition partielle de la tumeur. Un seul insuccès doit être accepté, car les deux derniers cas sont trop récents pour entrer dans la statistique.

Il estime que les recherches doivent être poursuivies dans cet ordre d'idées, bien que les dernières admises sur la physiologie de la glande thyroïde ne permettent de donner que des explications très hypothétiques sur le mécanisme de l'action du suc thyroïde dans la thérapeutique des corps fibreux.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE L'HOPITAL « CHARITÉ » DE BERLIN

Séance du 27 juin 1895.

Syphilis du cœur.

M. O. Israël a présenté les pièces anatomiques d'un individu, à l'autopsie duquel on trouva des lésions peu communes du cœur, d'origine très probablement syphilitique. Le malade étant sourd-muet, il a été impossible d'avoir le moindre renseignement sur ses antécédents. Le tableau clinique a été celui d'une hépatite interstitielle, et la mort

survint à la suite d'une hémorrhagie intestinale abondante.

A l'autopsie on trouva l'intestin rempli de sang venant probablement de l'estomac. Le foie présentait des lésions de cirrhose récente, et n'avait pas encore l'aspect granuleux caractéristique. En examinant l'organe de plus près on voyait sur le système porte des masses d'un gris rouge transparent.

Le cœur était hypertrophié et très légèrement dilaté, les orifices à peine modifiés. La mitrale était légèrement épaissie, les muscles papillaires avaient subi la dégénérescence fibreuse et présentaient en leurs bases des cicatrices élastiques avec dépôts de tissu adipeux. Il était difficile d'affirmer qu'il s'agissait là de gommes, mais cette hypothèse était très probable si l'on prenait en considération la localisation très précise du néoplasme.

Ce qui imprimait à ce cas une physionomie toute particulière, c'était l'état de l'oreillette gauche qui était flasque, dilatée, constituée presque exclusivement par du tissu fibreux résultant de l'épaississement de l'endocarde. Les fibres musculaires avaient presque totalement disparu. La surface interne présentait à côté des productions fibreuses récentes, des néoplasmes verruqueux très irréguliers.

Les lésions syphilitiques des autres organes étaient peu accusées.

Hémoglobinurie paroxystique.

M. Klemperer. — L'hémoglobinurie paroxystique caractérisée par l'émission des urines sanglantes, mais ne contenant pas d'hématies, est connue depuis une trentaine d'années. Elle a été notée dans certaines intoxications et à la suite des brûlures étendues.

L'hémoglobinurie paroxystique a été d'un autre côté notée chez des individus bien portants, à la suite de causes diverses, d'un refroidissement le plus souvent, d'une fatigue. Personnellement M. Klemperer a récemment observé un cas d'hémoglobinurie paroxystique chez un individu de trente-deux ans qui est resté assez longtemps en Russie. Le malade a eu une blennorrhagie, jamais de syphilis. En 1882, il eut une fièvre typhoïde assez grave, et c'est cinq mois après qu'il constata pour la première fois qu'il pissait du sang. Plus tard l'hémoglobinurie survenait chaque fois que le malade s'exposait au froid, et s'accompagnait alors de frissons et de douleurs dans les reins.

Lorsque le malade entra à l'hôpital de la Charité on trouva chez lui une hypertrophie du foie qui descendait à deux travers de doigt au-dessous du rebord des fausses côtes et un ictère assez accusé. L'urine était d'une couleur brune, laquelle coloration disparut au bout de quelques jours; mais chaque fois que le malade sortait dans le jardin — c'était pendant l'hiver — il était pris d'hémoglobinurie avec fièvre qui montait à 40°5.

En fait de traitement on avait essayé chez ce malade le nitrite d'amyle, tant vanté ces temps derniers. L'effet fut nul. On essaya, sur le conseil du professeur Leyden, les bains froids dont la température fut graduellement abaissé à 10°. La balnéation froide amena, contrairement à ce qu'on pouvait attendre, la guérison complète du malade. C'est le second cas d'hémoglobinurie paroxystique que M. Leyden voit guérir par le bain froid.

Au point de vue étiologique, la syphilis pouvait dans ce cas être complètement mise de côté, et l'hémoglobinurie était manifestement en rapport avec la fièvre typhoïde. Il faut donc admettre que toute cause débilitante peut amener une sorte d'état instable des hématies.

La fièvre n'a pas été notée dans tous les cas. Là où elle existe, elle est manifestement en rapport avec la destruction. Il est aussi à supposer que les leucocytes se détruisent en même temps : cette destruction met en liberté le fibrine-ferment qui explique peut-être la fièvre. L'ictère était chez ce malade dû à une surproduction de bile avec passage de cette dernière dans les lymphatiques.

D'après les recherches de ces temps derniers l'hémoglobinurie apparaît chaque fois quand un soixantième des hématies est détruit et lorsque le foie n'arrive pas à arrêter cette masse, elle passe dans les reins. Pour les cas d'hémoglobinurie sans ictère il faut admettre que les reins seuls se chargent de l'élimination de l'hémoglobine.

Pour les cas où l'on arrive à provoquer expérimentalement une hémoglobinurie, il faut admettre l'existence d'une certaine excitabilité des reins, de sorte que cette hémoglobinurie serait une maladie essentielle des reins, d'autant plus que si l'excitation est assez forte l'hémoglobinurie s'accompagne d'albuminurie, cette dernière précédant la première si l'excitation est faible.

M. Westphal a observé un cas d'hémoglobinurie paroxystique chez un aliéné qui, pour se suicider, s'était jeté dans une rivière d'où il fut retiré sans difficulté. A la première miction, il eut des urines noires comme de l'encre. L'examen montre l'existence d'une hémoglobinurie avec albumine et cylindres dans l'urine. Le foie et la rate n'étaient pas tuméfiés. L'hémoglobinurie disparut les jours suivants.

M. Lewin pense qu'un grand nombre de cas d'hémoglobinurie relèvent de la syphilis. Sur soixante cas qu'il a observés, dans vingt la syphilis était manifeste; un auteur français a trouvé également la syphilis dans quinze cas sur quarante qu'il a réunis.

Quant à la pathogénie de l'hémoglobinurie, M. Lewin pense qu'elle tient à un affaiblissement de l'organisme et que le froid n'intervient qu'à titre de cause occasionnelle.

M. Mendelssohn, attire l'attention sur la malaria qui jouerait un rôle étiologique dans la moitié des cas.

M. Senator croit aussi que la maladie prédispose à l'hémoglobinurie et ce fait est important à connaître car il permet d'espérer la guérison par l'emploi de la quinine et de l'arsenic. Personnellement M. Senator a vu un malade guérir avec ce traitement.

Au point de vue clinique, il importe de savoir que l'ictère peut faire défaut et que l'hémoglobinurie peut exister sans hémoglobinémie. Il y aurait donc là un état particulier des reins qui laisseraient passer l'hémoglobine.

Arthropathie tabétique chez une paralytique générale.

M. Westphal. — Pendant très longtemps et contrairement à l'opinion de Charcot et de son école, les arthropathies tabétiques étaient attribuées, en Allemagne, non pas à une lésion médullaire ou des nerfs trophiques, mais à des troubles de la motilité. Actuellement on a fini par revenir à l'opinion de Charcot. Les deux cas que M. Westphal a eu l'occasion d'observer viennent à l'appui de cette façon de voir.

Dans le premier cas il s'agit d'une femme de trente-huit ans présentant des phénomènes de tabes, presque entièrement marqués par ceux de paralysie générale qui dominaient le tableau clinique. La malade était démente et présentait les troubles caractéristiques de la parole, l'inégalité pupillaire, le tremblement de la langue, une démarche incertaine, titubante, mais nullement ataxique. Pas de troubles de la sensibilité. Il y a un an, a perdu, sans douleurs, toutes ses dents. Le réflexe rotulien manque à droite.

Le pied droit est plus gros que le pied gauche, et présente sur sa face dorsale une sorte d'empâtement diffus, d'œdème qui ne garde pourtant pas l'impression du doigt. Le creux plantaire est complètement effacé à droite, conservé au niveau du pied gauche. Sur la face interne du pied droit se trouve une saillie au niveau du scaphoïde et du premier cunéiforme, saillie que Charcot considérait comme caractéristique de l'arthropathie tabétique. Les mouvements passifs du pied droit sont faibles, les mouvements actifs non douloureux, mais moins étendus que du côté gauche; les mouvements s'accompagnent de craquements caractéristiques.

Le gros orteil gauche est en flexion dorsale et forme presque un angle droit avec le dos du pied. Ici encore on trouve des craquements dans l'articulation métacarpo-phalangienne. Des ulcérations cratériformes qui existaient sur les deux pieds ont guéri sous l'influence d'un traitement indifférent. Ces ulcérations ne se rencontrent que d'une façon tout à fait exceptionnelle dans la paralysie générale.

L'origine traumatique de l'arthropathie peut dans ce cas être exclue. L'arthropathie n'a été ici qu'un symptôme prodromique du tabes — et tout porte à croire qu'elle est d'origine nerveuse. Quant à la lésion nerveuse elle-même, lésion médullaire ou lésions des nerfs périphériques il est impossible de préciser sa nature dans ce cas.

Dans le second cas d'arthropathie tabétique, observé par M. Westphal, la déformation caractéristique du pied est survenue brusquement, au milieu de la nuit.

AMÉRIQUE

ASSOCIATION DES MÉDECINS AMÉRICAINS

Dixième réunion annuelle tenue à Washington les 30 *et* 31 *mai* 1895.

Empoisonnement par les leucomaïnes.

M. Rachford (Cincinnati). — L'empoisonnement par les leucomaïnes est une forme d'auto-intoxication tenant à un métabolisme défectueux et revêtant trois aspects principaux : la migraine, l'épilepsie migraineuse et la névrose gastrique migraineuse. Parmi les poisons du groupe de l'acide urique la paraxanthine est le plus actif; la xanthine est moins active. Ces deux poisons peuvent produire des symptômes nerveux très accentués. Ils sont solubles dans l'urine, dans l'eau et le sang. On ne peut isoler la paraxanthine dans l'urine qu'avec difficulté et quand elle s'y trouve en forte proportion. Ces deux poisons ne se forment point dans le rein, mais se trouvent déjà constitués dans le sang. La migraine est peut-être la forme la plus commune de l'empoisonnement par les leucomaïnes ; chez les malades qui présentent ces conditions l'urine est rouge foncé, ne contient pas d'albumine ; il y a une diminution de la quantité d'urée et une augmentation de l'acide urique. Au moment des paroxysmes, on trouve aussi de la xanthine et de la paraxanthine, ces poisons manquant dans l'intervalle des paroxysmes. L'épilepsie migraineuse est aussi une manifestation de l'empoisonnement par les leucomaïnes ; elle diffère de l'épilepsie vraie par l'absence de troubles mentaux. Injectées aux animaux, la xanthine et la paraxanthine produisent un nervosisme général, une excitabilité réflexe très marquée, de la raideur tétanique suivie de relâchement, de la dyspnée, de l'excitation du cœur. Ayant remarqué que le permanganate de potasse empêche la production de ces symptômes, j'ai employé cette substance contre l'épilepsie migraineuse et j'en ai prescrit un *grain* trois fois par jour. Le malade ne présenta aucune attaque pendant quatre-vingt-quatorze jours ; à cette époque, une première attaque se produisit et il y en eut une seconde quinze jours après. Puis il y eut une nouvelle interruption de trois mois. La gastrite nerveuse migraineuse peut survenir à n'importe quel âge ; l'attaque peut être, pendant un jour, précédée par un malaise général, l'émission d'une urine foncée, peu abondante, la rougeur des joues. L'attaque éclate avec fracas ; elle s'accompagne de douleur dans l'épigastre, de vomissements d'un mucus glaireux, d'éructations. Ces attaques se renouvellent sous formes paroxystiques jusqu'à ce qu'on les calme par une piqûre de morphine. Pendant ces paroxysmes l'urine contient de la xanthine et de la paraxanthine en quantités appréciables ; l'acide urique est augmenté et la proportion d'urée a diminué. Chez un des malades que j'ai observés je n'ai trouvé la xanthine que dans le contenu gastrique.

M. Kinnicutt (New-York). — Je demanderai si on a fait de semblables recherches pour le tétanos dont certains cas reconnaissent indubitablement pour causes des auto-intoxications. On observe souvent une dilatation de l'estomac liée à un trouble gastro intestinal intense. Sur deux cas que j'ai observés, dans l'un la mort est survenue vingt-quatre heures après le début de la crise, et à l'autopsie on n'a trouvé qu'une dilatation de l'estomac. Il y avait eu plusieurs attaques antérieures s'accompagnant de symptômes typiques et de signes annonçant un trouble gastro-intestinal profond. Le deuxième cas survint chez un enfant et le spasme fut continu ; dans ce cas aussi il y avait des troubles gastro-intestinaux très marqués et le lavage de l'estomac combiné avec un traitement approprié amena une amélioration.

M. Thompson (New-York). — Les névroses fonctionnelles ont en général un caractère intermittent, ce qui permet de penser qu'elles reconnaissent pour cause une intoxication plutôt qu'une lésion organique ; le fait qu'elles sont héréditaires ne plaide point contre cette hypothèse, car, comme on le voit dans la goutte, il peut y avoir transmission héréditaire aussi bien pour des troubles chimiques que pour des altérations morphologiques. On peut instituer un traitement prophylactique de la migraine ; pour cela, il faut recourir au benzoate d'ammonium ou de sodium.

Affections rénales consécutives à l'influenza.

M. Baumgarten (Saint-Louis). — L'influenza est une puissante cause de néphrite, et cependant cela a été peu signalé. La néphrite est pourtant une complication fréquente et sérieuse de la grippe. Outre des albuminuries passagères on trouve des dégénérescences aiguës des reins, des inflammations aiguës, les deux formes de néphrite chronique diffuse et des cas d'albuminuries persistantes atypiques. J'en ai observé huit cas. Ce n'est qu'après la grippe, à une époque où cette maladie est déjà oubliée, qu'apparaissent les complications rénales.

M. Jacobi (New-York). — J'ai en effet trouvé assez fréquemment cette complication de l'influenza. On peut la comparer aux complications de même ordre qui surviennent à la suite de la fièvre typhoïde, de la diphthérie. Dans tous ces cas elle résulte de l'action des toxines. Généralement cette complication de l'influenza se termine par la guérison et il est rare qu'elle passe à l'état chronique.

Etiologie de l'hypertrophie idiopathique du cœur.

M. Whitaker (Cincinnati). — Il n'existe pas à proprement parler d'hypertrophie idiopathique du cœur ; il y a toujours pour expliquer cette hypertrophie une cause connue ou inconnue, telle qu'une augmentation de la tension périphérique. Parmi les causes de l'hypertrophie du cœur, il faut citer les maladies valvulaires de cet organe, l'artério-sclérose, les myocardites infectieuses, les dégénérescences, les affections du système nerveux. L'hypertrophie cardiaque peut aussi se montrer chez les vieillards, par suite du surmenage ; il y a une hypertrophie pléthorique au cours de la grossesse, une hypertrophie alcoolique. L'hypertrophie du cœur peut être due à une néphrite, à des affections ou des difformités de la poitrine ; à l'emphysème, la cyphose ; elle peut dépendre d'une excitation des nerfs vagues, de l'abus du tabac, d'excès vénériens ; elle peut être provoquée par la syphilis, la goutte, le diabète.

Deux cas de dégénérescence graisseuse.

M. Stockton (Buffolo). — J'ai observé ces deux cas chez des Suédois. Le premier présenta à l'autopsie une vésicule biliaire petite, à parois épaissies, contenant de nombreux calculs de couleur foncée. La muqueuse du gros intestin présentait par places de petits points blancs. La graisse sous-péritonéale, celle du mésentère, du mesocôlon et de l'épiploon était abondante. Dans la graisse du mésentère et du mésocôlon étaient enfouis un grand nombre de corpuscules arrondis, de taille variable, présentant une section blanche et opaque. Dans le mésocôlon ils étaient très abondants ; ils étaient souvent mous et confluents ; les mêmes remarques s'appliquent à ceux qui abondaient dans la graisse rétropéritonéale, en arrière du côlon, de l'estomac et de la rate. Après l'ablation de ce dernier organe on en vit une très grande quantité se prolongeant vers le bas, entre le rein gauche, le côlon et l'estomac ; ils contenaient une substance caséeuse ressemblant à du pus ; le pancréas était au milieu de cette masse. L'épithélium du parenchyme et des conduits pancréatiques ne prenait plus les matières colorantes. Une aire de dégénérescence graisseuse occupait la queue du pancréas. On ne trouva de bacilles qu'au voisinage de la tête du pancréas. Ces bacilles étaient nombreux, courts, trapus, à bouts arrondis.

Chez le second malade, la vésicule biliaire était dilatée et étranglée en son milieu ; le canal cystique était comprimé par une bride fibreuse. Environ trois pieds au-dessus de la valvule iléo-cœcale, l'intestin était fixé par des adhérences récentes ; en les rompant, on trouva une cavité du volume d'une noix, contenant un liquide ressemblant à du pus et des masses petites et dures. La muqueuse du côlon, au voisinage

de la courbure splénique, était nécrosée. Le graisse sous-péritonéale des parois abdominales présentait des nodules clairsemés, durs, blancs, petits ; il y avait des nodules semblables en grand nombre dans le mésentère et autour du cœcum. Après ablation de la rate, on trouva une masse de tissu nécrosé contenant un liquide ressemblant à du pus et des corpuscules petits et blancs, les uns durs, les autres ramollis. La portion nécrosée du côlon était en contact par sa partie postérieure avec un tissu nécrosé noir. Les tissus graisseux entourant le pancréas faisaient partie de cette aire nécrosée. La surface du pancréas était d'un gris noirâtre et parsemée des mêmes corpuscules blancs. L'épithélium du parenchyme pancréatique ne se colorait que faiblement et dans certains points ne se colorait pas du tout. Le tissu interstitiel était augmenté; il contenait de nombreux noyaux et de petites taches hémorrhagiques. Une portion du pancréas présentait deux foyers de dégénérescence graisseuse. La capsule était épaisse et présentait de nombreux foyers hémorrhagiques. De nombreux bacilles, courts et trapus, souvent réunis en cordons, ayant des extrémités carrées, se trouvaient dans la capsule, se prolongeant un peu dans le tissu interstitiel.

Les corpuscules blancs, chez ces deux malades, se composaient de granulations, de globules et de cristaux avec une petite quantité de pigment brun : quelques-uns paraissaient entourés par du tissu conjonctif; leur circonférence était envahie par des cellules rondes. On trouvait de nombreux bacilles entre les cellules graisseuses dans le deuxième cas. Des inoculations de pancréas et des parties ayant subi la dégénérescence graisseuse amenèrent le développement de cultures pures de bacilles. Les parties graisseuses donnèrent un bacille à bouts arrondis, très mobile, liquéfiant rapidement la gélatine. Ce bacille paraît être une variété du proteus. Des inoculations faites à des animaux inférieurs amenèrent de la suppuration. Du pancréas, on obtint un bacille à bouts arrondis, non mobile ou l'étant à peine, ne liquéfiant pas la gélatine, coagulant le lait, produisant du gaz et une réaction acide dans une solution de glucose à 2 p. 100, donnant une réaction d'indol peu marquée et se comportant comme le bacillus colicommum. L'inoculation de ce bacille aux animaux provoquait une suppuration locale.

Antitoxine diphthérique.

M. Welch (Baltimore). — C'est à tort qu'on a attaqué l'antitoxine diphthérique dont les bons résultats sont absolument prouvés. Il est vrai que l'antitoxine tétanique avait donné de très bons résultats chez les animaux et n'a pu être appliquée à la guérison du tétanos chez l'homme. Mais cela tient à ce que, dans cette maladie, les toxines s'accumulent dans l'organisme à des doses déjà mortelles quand les premiers symptômes apparaissent, c'est-à-dire à un moment où on pourrait commencer à appliquer le traitement par l'antitoxine. On ne sait pas encore comment agissent les antitoxines. Pour les uns, il s'agirait d'une action chimique de même ordre que celle des antidotes et neutralisant le poison. Pour d'autres, il s'agirait d'une action vitale, se produisant par l'intermédiaire des cellules qui deviendraient plus résistantes. Contre la première théorie, on peut invoquer ce fait que dans la diphthérie, le traitement par l'antitoxine n'empêche pas l'apparition des paralysies. Le traitement est d'autant moins actif qu'on y a recours à une période plus avancée. Le diagnostic d'une diphthérie ne peut être rendu certain que par l'examen bactériologique. Des cas en apparence bénins peuvent relever de la diphthérie, d'autres au contraire s'accompagnant de fausses membranes bien caractérisées ne sont pas de nature diphthérique. Très souvent chez l'homme, la diphthérie ne résulte pas d'une infection unique, mais est le résultat d'infections multiples. L'action de l'antitoxine ne fait probablement que reproduire un mode naturel de guérison ; il est probable, en effet, que la guérison, lorsqu'elle se produit dans les conditions ordinaires, est due au développement dans le sang d'une antitoxine. Les statistiques ont montré que dans différents pays, la nouvelle méthode de traitement de la diphthérie a fait tomber la mortalité de 40 à 50 p. 100 à 10 ou 20 p. 100. Malgré ce qu'on a dit, il semble bien que l'antitoxine peut entraîner certains accidents comme l'albuminurie, la néphrite, des troubles généraux marqués.

M. Mason (Boston). — Pendant les dix années qui ont précédé l'apparition de l'antitoxine diphthérique, la mortalité était pour la diphthérie de 45 à 52 p. 100. Du 12 décembre 1894 au 14 mai 1895, sur 306 cas traités par l'antitoxine, il y a eu quatre-vingt-une morts, ce qui donne une mortalité de 26,4 p. 100. L'antitoxine a donc amené une diminution bien nette de la mortalité. La proportion des trachéotomies et des tubages a diminué depuis qu'on emploie le traitement par l'antitoxine.

M. Jacobi (New-York). — Malgré l'antitoxine, il ne faut pas négliger le traitement local. Le traitement par le mercure doit aussi être recommandé, puisque dans une série de quarante cas où il a été employé seul, il a donné trente-neuf guérisons.

M. Osler (Baltimore). — Je peux vous rapporter cinq observations d'angine membraneuse dans lesquelles on a trouvé le bacille de la diphthérie. Le traitement par l'antitoxine amena la guérison. Un cas non traité par l'antitoxine se termina par la mort : à l'autopsie, on trouva les lésions de la néphrite interstitielle chronique. Dans un cas d'amygdalite folliculaire, on trouva des bacilles de la diphthérie et le traitement par l'antitoxine amena un résultat favorable. Dans un cas d'infections multiples, il y avait un écoulement par le nez, des symptômes de coryza, un écoulement purulent par l'oreille droite et des dépôts pseudo-membraneux sur les deux pouces. Les amygdales et le larynx étaient rouges, mais n'étaient pas enflés et ne présentaient pas de fausses membranes. Dans ces différentes lésions, on trouva le bacille de la diphthérie ainsi que des staphylocoques et des streptocoques. Dans un autre cas, on ne put découvrir aucune fausse membrane, mais dans des cultures faites avec des produits de la gorge, on put trouver des bacilles typiques de diphthérie. La guérison survint sans usage d'antitoxine. Dans trois cas d'angine pseudo-membraneuse, on trouva le streptocoque deux fois et une fois le bacille pyocyanique, mais pas de bacille de la diphthérie. Enfin, chez un malade dont la gorge était rouge et tuméfiée au niveau des amygdales, avec une légère élévation de température, mais sans fausse membrane, on isola un bacille, ressemblant à celui de la diphthérie, mais plus court et plus gros. Il ne se colorait qu'irrégulièrement et n'acidifiait pas le bouillon de chaux.

Arthrite blennorrhagique.

M. Northrup (New-York). — Un enfant nouveau-né présenta, quatre jours après sa naissance, une conjonctivite et on trouva dans la sécrétion conjonctivale des gonocoques. Onze jours après, la mère, après avoir été exposée à l'humidité, fut prise d'une arthrite compliquée d'érysipèle. La mère ne présentait aucun symptôme de blennorrhagie ; on ne put trouver aucun gonocoque dans les produits de sécrétion du vagin; on ne trouva pas de filaments uréthraux dans l'urine du père. Dans un second cas un garçon présenta une inflammation du coude sans qu'on pût trouver trace de blennorrhagie. La médication antirhumatismale ne servit à rien ; la guérison fut obtenue par le repos, l'immobilisation et les mouvements passifs. Le troisième cas est celui d'un homme de trente-huit ans, ayant eu la blennorhagie deux mois auparavant et qui, pendant dix jours, présenta un gonflement douloureux du coude. La médication antirhumatismale ne servit à rien, mais on obtint la guérison par l'application d'un plâtre suivie de la provocation de mouvements passifs. Un quatrième sujet, âgé de quarante ans, présentant des antécédents de rhumatisme et ayant des habitudes d'alcoolisme, avait une blennorrhagie datant de sept semaines. Le coude droit était gonflé, douloureux et fluctuant. Le traitement, consistant en l'application de sacs de glace et l'immobilisation, amena la guérison. La cinquième observation est celle d'un homme de vingt cinq ans, ayant eu une blennorrhagie deux ans auparavant et une récidive deux mois avant l'accident actuel; le genou droit était enflammé et présentait de la fluctuation. La guérison fut obtenue par un traitement semblable aux précédents.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — **A. BROCA**, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

VARIÉTÉS

Médecin du bureau central. — Un concours s'ouvrira pour trois places le 18 novembre 1895. Inscription du 14 octobre au 4 novembre.

Adjuvat d'anatomie. — Un concours pour deux places d'aide d'anatomie à l'amphithéâtre des hôpitaux s'ouvrira le 15 octobre. Inscription (3, avenue Victoria), du 9 septembre au 28 septembre.

Faculté de médecine de Paris. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes, la Faculté de médecine de Paris procède aux examens qui déterminent la collation du diplôme de chirurgien-dentiste en deux sessions ordinaires, l'une dans le premier, l'autre dans le dernier trimestre de l'année scolaire.

La date de chaque session est fixée un mois à l'avance par le doyen.

Corps de santé des colonies. — Ont été promus dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat :

Au grade de médecin en chef de deuxième classe : MM. Le Jollec, Clavel.

Au grade de médecin principal : MM. Garnier, Paquier, Mirabo, Preux, F. Merveilleux, Collomb.

Au grade de médecin de première classe : MM. Cardeillac, Miraude, Aunac, Mas, Patriarche, Yersin.

Au grade de médecin de deuxième classe : M. Toché, médecin de deuxième classe de la marine.

Legs à l'Assistance publique. — Mme Vve Davaines lègue à l'Assistance publique une partie de sa fortune et sa propriété de Garches, pour la création d'un asile destiné à recevoir les jeunes filles convalescentes des hôpitaux.

— M. Rochard, l'un des propriétaires de la Belle Jardinière, qui faisait partie depuis de longues années du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, lègue à l'Assistance publique la nue propriété de sa fortune, évaluée à 1,800,000 francs.

L'Académie de médecine est autorisée à accepter le legs que lui a fait M. Ch.-L.-C. Herpin, d'une rente de 3,000 fr. en 3 0/0 sur l'Etat français, dont elle récompensera, sous forme de prix annuel, dit « Prix Théodore Herpin (Genève) », le meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

La pratique de l'hypnotisme en Belgique. — Un arrêté ministériel renouvelle pour un an l'autorisation accordée au sieur A.-D., à V., de pratiquer l'hypnotisme, vu, dit l'arrêté, l'instruction à laquelle cette demande a été soumise, et considérant que le requérant s'est assuré la collaboration d'un médecin diplomé !

L'autorisation est révocable et pourra toujours être suspendue, ajoute l'arrêté.

Concours de la médaille d'or (*Chirurgie et accouchement*). — L'ouverture de ce concours aura lieu le jeudi 12 décembre 1895 à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 1er au 15 octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au secrétariat général avant le 15 octobre, dernier délai.

Concours de la médaille d'or (*Médecine*). — L'ouverture de ce concours aura lieu le lundi 9 décembre 1895, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 1er au 15 octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au secrétariat général avant le 15 octobre, dernier délai.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Travaux du laboratoire d'anatomie de la Faculté de médecine de Lyon. Recherches anatomiques sur les artères des os longs (humérus, cubitus et radius. Fémur, tibia et péroné), par le Dr SIRAUD, chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de Lyon, ex-interne des hôpitaux, etc. Paris, O. Doin, éditeur. Un vol. in-8° de 100 pages avec 4 planches en chromolithographie hors texte. Prix : 4 fr.

Pasteur et les pastoriens, par MAURICE DE FLEURY. 1 petit volume in-16 avec un portrait à l'eau-forte, par Bracquemond. Paris, Rueff et Cie, éditeurs.

Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique, publiée sous la direction du Dr JULES ROCHARD. Tome VII, livres VII et VIII. Hygiène militaire, par M. VIRY. Hygiène navale, par MM. J. ROCHARD et D. BODET. Paris, L. Battaille et Cie, éditeurs. 1 vol. in-8° avec figures dans le texte, 17 fr. 50.

Die Protozen als krankheitserreger, von Dr L. PFEIFFER, Geh med. rath und Vorstand des Grossh. Sæchs, Impfinstituts in Weimar. 1 brochure in-8° avec figures dans le texte. Iéna. G. Fischer, éditeur.

Formulaire de gynécologie thérapeutique. Traitement des maladies des femmes, par le Dr R. VAUCAIRE. Paris, Maloine, éditeur. 1 vol. in-18, reliure souple, 4 fr.

Traité d'hygiène publique et privée, par JULES ROCHARD, inspecteur général du service de santé de la marine en retraite, membre de l'Académie de médecine et du conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, grand officier de la Légion d'honneur. 1 fascicule in-8°. Paris, L. Battaille et Cie, éditeurs.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Appendicite. Etude sur les formes, le diagnostic et le traitement des péritonites généralisées d'origine appendiculaire, d'après trente-trois observations, Communication à la *Société de chirurgie* par Ad. Jalaguier.

Je suis heureux que mon rapport à propos de l'observation de M. Rigal ait été le point de départ de cette discussion sur l'appendicite. Parmi les observations qui nous ont été communiquées par nos collègues, les unes, qui concernent des péritonites plus ou moins généralisées, se rattachent à la catégorie de faits que j'ai exclusivement visés dans mon rapport; les autres s'en éloignent beaucoup, tant au point de vue des indications opératoires que du pronostic; ce sont les observations d'appendicite circonscrite et d'appendicite à rechute. Comme je suis loin de partager la manière de voir de la plupart de mes collègues relativement au traitement des appendicites circonscrites, et comme la discussion de cette question si importante demanderait des développements dans lesquels je ne puis entrer aujourd'hui, je vous demande la permission de ne pas l'aborder. Je désire m'en tenir aux péritonites généralisées et vous apporter simplement, comme complément de mon rapport, un exposé aussi succinct que possible de mon expérience personnelle sur ces formes redoutables de l'appendicite.

J'ai observé, à l'heure actuelle, *soixante et onze* cas d'appendicite ou de typhlite : (j'admets encore la typhlite, mais je la considère comme fort rare). Sur ce nombre, j'ai vu *trente-trois* fois la *péritonite généralisée. Vingt-huit* observations me sont personnelles; les *cinq* autres appartiennent à MM. G. Marchant (une obs.), Nélaton (trois obs.), Ch. Monod (une obs.); elles ont trait à des malades que j'ai observés avec ces collègues, ou à des opérations auxquelles j'ai participé. Je les mentionne pour mémoire et parce qu'elles ont contribué à mon instruction, mais je les laisse dès maintenant de côté.

Sur mes *vingt-huit* malades qui *étaient tous des enfants*, je tiens à le spécifier, j'en ai laparotomisé *vingt-deux*, et je n'ai obtenu que *quatre* guérisons opératoires. Je dis guérisons opératoires, car ma dernière opérée, chez laquelle j'ai trouvé une vaste péritonite suppurée consécutive sans doute à une appendicite tuberculeuse, ne tardera vraisemblablement pas à succomber à la tuberculose pulmonaire; — la laparotomie a été pratiquée le 22 mai dernier.

Les *six* enfants que je n'ai pas opérés sont morts; je me suis abstenu *quatre fois* parce que les malades étaient agonisants et *deux* fois parce qu'ils m'ont paru trop profondément intoxiqués par l'infection péritonéale pour qu'une laparotomie pût être tentée avec quelque chance de succès. On pourra me dire que j'aurais dû opérer quand même: je répondrai que tous les enfants, *sans exception*, que j'ai laparotomisés pour cette forme terrible de la péritonite ont succombé, soit presque aussitôt après l'ouverture du ventre, soit dans les douze heures. Bien plus, je suis persuadé que l'intervention a sensiblement précipité la terminaison. Dans les deux cas en question, je n'ai pas voulu opérer quoique les enfants pussent, à la rigueur, paraître en état de supporter l'opération, parce que je suis intimement convaincu de l'impuissance de la laparotomie dans la forme d'infection péritonéale présentée par ces enfants. Je ne fais d'exception que pour les cas bien rares où l'on pourrait intervenir tout à fait au début des accidents. J'essaierai tout à l'heure d'indiquer les caractères cliniques de cette forme.

M. Quénu vous a dit qu'il fallait distinguer au point de vue du pronostic l'infection péritonéale diffuse de la péritonite purulente proprement dite : c'est une opinion que je partage absolument; — plus j'opère de péritonites, plus cette distinction me paraît fondée.

Dans mes *vingt-deux* laparotomies pour péritonites généralisées d'origine appendiculaire, j'ai rencontré *douze fois* la forme septique diffuse sans réaction inflammatoire du péritoine. Mes *douze* opérés ont succombé.

Dix fois, j'ai eu affaire à la forme purulente avec exsudats inflammatoires agglutinant plus ou moins les anses intestinales. C'est dans cette série que je compte mes *quatre* cas de guérison.

Dans la *forme septique diffuse*, on donne issue à un liquide infect, louche, ressemblant à du bouillon sale. Les anses intestinales parfois à peine rouges, sans adhérences, baignent dans ce liquide que l'on trouve en grande abondance dans le bassin, dans les flancs, jusque sous le diaphragme; — il en vient de partout; et nulle part on ne rencontre de collections nettement circonscrites. La production de cet exsudat peut être extrêmement rapide; sur une petite fille de huit ans que j'ai opérée le 8 mai dernier, avec l'aide de mon ami Nélaton, *vingt-deux* heures après le début des accidents, le liquide septique était déjà répandu dans tout l'abdomen. Il s'agit, dans ces cas, d'une véritable inondation. Parfois, on rencontre bien çà et là quelques adhérences mollasses entre les anses intestinales ou entre celles-ci et l'épiploon, comme si le péritoine avait fait effort pour endiguer; mais nulle part la barrière n'a pu être établie d'une manière efficace. On conçoit l'impossibilité de venir à bout, par des lavages aussi abondants, et par une toilette péritonéale aussi minutieuse qu'on voudra, d'une infection diffusant ainsi dans tous les méandres et tous les recoins de la cavité abdominale. Je crois pouvoir affirmer que cette forme est à peu près incurable, et je dirais volontiers qu'il faut s'abstenir de toute intervention quand on la diagnostique avec certitude et quand on n'est pas appelé très peu d'heures après le début.

Dans l'autre forme, celle dont j'ai observé dix exemples, le péritoine irrité a réagi; la formation d'adhérences s'est opposée à l'irrigation septique de toute la cavité abdominale; on a alors affaire à de *grandes péritonites enkystées*. Le pus, toujours plus ou moins séreux et fétide, s'accumule dans le petit bassin, dans les fosses iliaques, et remonte souvent dans les flancs, de manière à occuper un quart, un tiers, ou même la moitié de la cavité abdominale. Les anses intestinales réunies en paquet par des adhérences, couvertes de fausses membranes d'un jaune verdâtre, enveloppées en partie par l'épiploon, forment paroi de la cavité purulente et le liquide septique ne s'insinue pas entre elles. C'est le cas le plus favorable.

Dans quelques circonstances, il y a plusieurs cavités purulentes plus ou moins bien isolées les unes des autres. J'ai souvent rencontré la disposition suivante : Un gros foyer situé derrière le cæcum et remontant plus ou moins haut le long du côlon ascendant; un autre foyer plus considérable encore dans l'excavation pelvienne; enfin, très souvent, une troisième collection dans la fosse iliaque gauche.

Quelquefois, et il semble s'agir là de cas intermédiaires aux grands épanchements enkystés et à la forme diffuse, on évacue, outre les cavités purulentes pelviennes et iliaques, trois ou quatre foyers indépendants, bien limités et développés à une certaine distance entre les anses intestinales.

L'intervention chirurgicale peut être efficace dans les différents types de cette forme; en effet, sur mes quatre cas de guérison, j'ai rencontré : *deux fois*, une vaste cavité purulente occupant l'excavation pelvienne et les

fosses iliaques; — *une fois*, un grand foyer pelvien, et, à côté, une vaste collection remontant le long de l'S iliaque; enfin, *une fois*, j'ai vu une grande cavité pelvienne, et, à distance, quatre ou cinq abcès enkystés au milieu des anses intestinales.

J'arrive maintenant au point le plus délicat : Peut-on distinguer cliniquement les deux formes? M. Nélaton nous a dit, dans la dernière séance, qu'il ne pensait pas que ce diagnostic fut possible. Je suis loin de partager cette opinion et je crois que, dans beaucoup de cas, la *péritonite septique diffuse*, qui serait mieux nommée *intoxication péritonéale*, et la *péritonite purulente à grands enkystements*, se traduisent par des manifestations symptomatiques très sensiblement différentes; je crois qu'on peut arriver à les distinguer l'une de l'autre, sinon avec une certitude absolue, car il peut exister des cas mixtes; du moins avec une précision suffisante pour qu'il soit permis de tenir compte de ce diagnostic dans l'appréciation des indications opératoires.

La *péritonite septique diffuse* débute fréquemment comme une vulgaire indigestion; la douleur abdominale n'est ordinairement pas très vive et il faut penser à explorer la fosse iliaque droite pour la réveiller. Il n'est pas rare que les malades accusent une simple douleur épigastrique. Les vomissements font rarement défaut au début; mais ils peuvent être réduits à une ou deux évacuations alimentaires ou bilieuses. Quelquefois il y a de la constipation, mais la diarrhée est bien plus fréquente; aussi, cette forme est-elle rarement prise par une occlusion intestinale. Le météorisme, peu marqué au début, manque parfois presque absolument; lorsqu'il existe, il occupe surtout la région ombilicale et l'épigastre. La température qui s'élève vers 39° ou même plus haut pendant les premières vingt-quatre ou trente-six heures s'abaisse d'ordinaire, à partir du deuxième ou du troisième jour, à 37°, 37°5, dans le rectum, pendant que la fréquence du pouls augmente en même temps que sa force diminue. Souvent le pouls est irrégulier; le nombre et la force des pulsations varient d'une heure à l'autre. La respiration est accélérée, mais, cependant presque toujours régulière et abdominale, car l'abaissement du diaphragme est peu ou pas douloureux. La langue est habituellement humide, saburrale, rouge à la pointe et sur les bords. Le facies du malade est caractéristique; non seulement il a l'aspect péritonéal, mais il est terreux ou plombé; souvent les sclérotiques prennent une vague coloration jaunâtre, ocreuse. On a l'impression que l'organisme est très profondément touché. La palpation du ventre est, souvent, presque indolore et les muscles ne sont même pas contracturés. Ce sont les cas les plus graves. La percussion la plus minutieuse ne révèle aucune matité, au moins à une époque rapprochée du début; plus tard, on peut trouver de la submatité ou même de la matité en divers points, notamment au-dessus des arcades crurales. Le toucher rectal qu'on doit toujours pratiquer peut donner d'utiles renseignements en faisant reconnaître la réplétion des culs-de-sac péritonéaux; mais, tout à fait au début, on ne trouve rien.

En somme, ce qui caractérise cette forme, c'est l'absence presque complète de retentissement péritonéal. Aussi, bien souvent, des observateurs même prévenus, peuvent-ils penser pendant trois ou quatre jours, soit à un simple embarras gastrique, soit à une grippe avec déterminations gastro-intestinales (j'ai vu deux enfants chez lesquels, outre des symptômes légers d'indigestion, il n'y avait qu'une douleur *à la nuque*), soit à une fièvre typhoïde au début, soit, enfin, à une obstruction intestinale; mais, je le répète, cette dernière erreur de diagnostic n'est pas ici très commune, car, le plus ordinairement, il existe de la diarrhée.

La *péritonite purulente* proprement dite débute, en général, d'une manière beaucoup plus bruyante : les douleurs spontanées sont plus vives, plus nettes; leur maximum siège dans l'une ou l'autre fosse iliaque, le plus souvent à droite, mais assez fréquemment aussi à gauche. Les vomissements répétés, tenaces sont la règle; d'abord alimentaires, ils deviennent bientôt bilieux, puis porracés. Les selles sont le plus souvent supprimées au point qu'on diagnostique couramment une *occlusion intestinale*. Dans quelques cas, cependant, on note de la diarrhée, mais c'est un fait très rare. Pendant les premières périodes, les muscles abdominaux sont contracturés ; mais, bientôt, survient un météorisme qui m'a toujours paru plus général et plus marqué que dans la forme septique diffuse. La température et le pouls, bien que présentant presque toujours une certaine discordance, sont, cependant, moins nettement dissociés; la respiration est plus anxieuse, plus courte, moins abdominale, parce que l'abaissement du diaphragme est plus douloureux. Le facies toujours très altéré, n'a cependant pas au même degré que dans la forme précédente l'aspect plombé. La palpation du ventre est douloureuse, surtout dans les fosses iliaques et au-dessus du pubis; souvent on note, sinon des douleurs de cystite, du moins, des envies fréquentes d'uriner. La percussion donne presque toujours de la sonorité, car le pus est accumulé profondément au-dessous des anses intestinales agglutinées. Jamais ou presque jamais on ne trouve cette plaque d'induration iliaque qui est si caractéristique de l'appendicite circonscrite. En revanche, le doigt introduit dans le rectum reconnaît très souvent une accumulation de liquide dans l'excavation. J'ajoute que, très fréquemment, j'ai observé dans cette forme la dilatation des veines sous-cutanées abdominales au-dessus des arcades de Fallope, et, quelquefois, un œdème très léger, une sorte de boursouflure du tissu cellulaire sous-cutané; je n'ai jamais constaté ces deux signes avec la même netteté dans les cas de péritonite septique diffuse.

En résumé, on peut dire que, dans la forme diffuse, les symptômes de réaction inflammatoire sont tellement atténués qu'ils peuvent presque passer inaperçus, tandis que dans l'autre forme on a véritablement affaire à des symptômes de *péritonite*.

Sans doute il y a des cas intermédiaires, et les deux types n'existent pas toujours aussi tranchés, aussi schématiques que je viens d'essayer de vous les montrer; enfin il arrive parfois, qu'une péritonite à grands enkystements se complique soudain d'une irrigation diffuse des parties du péritoine respectées jusque-là. Néanmoins, je me crois autorisé à affirmer que, dans la majorité des cas, à un moment donné, le diagnostic de ces deux formes est possible.

J'ajoute que, en toute conscience, je ne me comporte plus aujourd'hui de la même manière lorsque je crois avoir affaire à une infection diffuse et à une vraie péritonite :

Dans les cas d'infection diffuse je n'interviens que si je suis appelé à une époque très rapprochée du début; je n'interviens plus après le deuxième ou le troisième jour. J'ai opéré *trois fois*, avant le troisième jour; mes *trois* opérés sont morts, il est vrai; cependant j'opérerai encore dans les mêmes conditions, car il y a, peut-être, une chance de salut, quelque minime qu'elle soit.

Dans les cas de péritonite nettement caractérisée, et aussi dans les cas où j'ai le moindre doute, où j'hésite tant soit peu entre la péritonite vraie et la forme septique diffuse, j'interviens toujours, et le plus tôt possible. Excepté, bien entendu, lorsque les malades sont à l'agonie.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE LANGUE FRANÇAISE

Tenu à Bordeaux le 1er août 1895.

Les psychoses de la vieillesse.

M. Ritti présente un rapport que nons publierons *in extenso* dans la prochaine *Gazette* et dónt nous donnons les conclusions pour l'intelligence de la discussion qu'il a suscitée.

1° On doit entendre par psychoses de la vieillesse les affections mentales qui se développent chez des individus arrivés au dernier âge de la vie et restés jusque-là indemnes de tout trouble psychique.

2° Les psychoses le plus souvent observées dans la vieillesse sont, par ordre de fréquence : la mélancolie sous ses diverses formes, en particulier la mélancolie simple et la mélancolie anxieuse; la confusion mentale; la manie; la folie morale; le délire systématisé.

3° La mélancolie anxieuse de la vieillesse est une des formes les plus nettement définies, par la constante agitation, l'angoisse, les impulsions violentes, le refus d'alimentation sous prétexte qu'on ne donne à manger que de la chair humaine, de la pourriture; la tendance aux obscénités, l'insomnie, etc. Cette forme est très curable.

4° Le délire de persécution qui débute à l'époque de la vieillesse présente aussi des caractères spéciaux. Il suit la même évolution que celui de l'adulte, mais elle est plus rapide; il présente en outre des hallucinations de la vue, qui ne sont pas accidentelles, mais font partie de la maladie et entrent en quelque sorte dans la constitution du délire.

5° Le délire systématisé, qu'il s'agisse du délire de persécution ou du délire des grandeurs, peut se manifester dans la vieillesse avec la même cohésion, la même activité, la même *tenue* que dans l'âge adulte. D'où l'on peut conclure que les psychoses se produisant dans les dernières phases de l'existence ne sont pas nécessairement entachées de cette déchéance intellectuelle, décrite sous le nom de *démence sénile*.

6° Une manifestation délirante qui s'observe dans presque toutes les psychoses de la vieillesse est l'érotisme. Qu'il s'agisse de la manie, de la mélancolie, du délire systématisé, on trouve chez tous les malades une suractivité dans la sphère du sens génital, se manifestant au dehors par des paroles, des gestes, des actes, souvent de la plus grande obscénité.

7° L'étude des symptômes somatiques est de la plus grande importance dans les psychoses de la vieillesse. Les troubles de la circulation, les lésions cardiaques, les lésions rénales sont très fréquentes. Il est probable que la fréquence, chez les vieillards, de la confusion mentale est due à une autointoxication (urémie) (?).

8° Les causes de ces psychoses doivent être cherchées dans l'hérédité, dans les modifications organiques accompagnant la vieillesse, dans la résistance moindre qu'oppose le cerveau sénile aux ictus moraux et autres.

9° Le pronostic de ces affections n'est pas absolument défavorable. La guérison de certaines psychoses de la vieillesse est presque aussi fréquente que celle des vésanies de l'âge mûr.

10° L'étude des psychoses *dans* la vieillesse est, en quelque sorte, le complément de celle des psychoses *de* la vieillesse. Les aliénés, et en particulier les circulaires et les persécutés, arrivent aux extrêmes limites de la vieillesse sans tomber dans la démence. La plupart du temps, ce n'est qu'à la suite d'un ictus cérébral qu'ils présentent les premiers symptômes de cette déchéance de toutes les facultés; mais alors ce ne sont pas des déments vésaniques, mais des déments organiques.

11° La médecine légale des psychoses de la vieillesse est soumise aux règles ordinaires de la médecine légale des aliénés. Les cas relatifs à la capacité y sont peut-être plus nombreux que ceux concernant la responsabilité.

M. **Vallon** (Paris) pense comme M. Ritti que de toutes les formes de psychoses chez les vieillards la plus fréquente est la mélancolie. Beaucoup de vieillards sont affectés de formes légères qui ne les conduisent pas dans les asiles, d'où défaut des statistiques faite dans les hospices.

Dans les asiles, la forme la plus commune est celle qui s'accompagne d'idées de suicide; cette mélancolie ne diffère pas de celle observée chez les adultes, quant à la symptomatologie; mais elle s'en distingue par son origine et son évolution.

Toutes les causes des psychoses chez les vieillards peuvent se résumer en une seule : la misère.

Quant à l'évolution, il faut remarquer que ces psychoses peuvent guérir très rapidement, tout simplement par la suppression de la cause principale, la misère.

M. Vergely (Bordeaux) communique six observations de psychose des vieillards.

Ces malades appartenaient tous au sexe féminin; la plus jeune avait soixante ans, la plus âgée quatre-vingt-dix. Elles avaient toujours joui d'un esprit bien pondéré; aucune tare héréditaire nerveuse ni chez les ascendants, ni chez les descendants. Pas de sénilité apparente prononcée; intégrité du cœur chez toutes les malades. Parmi les causes on note chez trois une impression morale; chez la quatrième, c'est la masturbation qui marque le début des accidents; chez toutes les six malades, les symptômes psychophatiques s'annoncent consécutivement à une bronchite aiguë ou à une poussée aiguë d'une bronchite chronique.

Les accidents mentaux se présentent avec la symptomatologie suivante : hallucinations de la vue, lueurs, cercles brillants, puis personnages en procession lugubre.

Dans un cas, un fils est accusé de propos et de tentatives obscènes; dans un autre, une femme de quatre-vingts ans réclame dans son lit la compagnie d'un homme.

Le délire est entrecoupé des périodes de pleine conscience pendant lesquelles les malades, se rendant compte de la gravité de leur état, annoncent leur fin prochaine et la désirent pour échapper à leurs pénibles hallucinations.

Tous les cas observés par M. Vergely se sont terminés par la mort.

M. Régis (Bordeaux) rapporte deux cas de psychose de la vieillesse.

Dans un premier cas il s'agit d'un homme âgé de quatre-vingts ans, d'une intelligence remarquable, mais utopiste depuis sa jeunesse. A cinquante ans il fut atteint de cataracte double, fut opéré à soixante-dix ans, recouvra la vue pendant quelque temps, puis devint définitivement aveugle. Il présenta coup sur coup deux fluxions de poitrine, à la suite desquelles il commença à délirer.

Au début, ce n'était que des rêves pendant la veille, rêves agréables d'ailleurs. Il retrouvait la notion exacte du monde extérieur au moindre appel. Plus tard, ces rêveries prennent une importance plus considérable, et il en vient à se créer un état ressemblant à l'état second des hystériques. Ces rêveries se produisent le soir, mais surtout le matin, au réveil; parfois, dans la journée, après les repas. Il est dans une demi-somnolence, immobile et comme en extase. Ce « sommeil éveillé », selon l'expression de M. Régis, se mélange d'illusions sensorielles et de tableaux vécus. Tous les soirs il entend des concerts d'oiseaux qui chantent pour lui. Il existe bien, en effet, des rossignols dans un jardin, mais il en exagère le nombre. Son jardin comprend, d'après lui, de grandes richesses et il croit jouer lui-même un rôle politique important. Tout en sachant que ce ne sont que des fictions, il a une certaine croyance à ses rêveries, et il en veut aux personnes qui l'en détournent. En dehors de ces rêves, il a une intégrité parfaite de l'intelligence et de la mémoire.

La deuxième observation a trait à une dame âgée de soixante-seize ans, arthritique, qui, en mars dernier, à la suite d'une dispute avec sa domestique, fut prise d'un accès de mélancolie avec idées délirantes provoquées par des rêves pénibles. Dans ces rêves elle voit particulièrement des émeutes populaires. Elle sort de ces rêves avec un état de vive anxiété. Peu à peu les rêves s'atténuent et la malade guérit complètement.

Le délire peut donc chez les vieillards, provenir des rêves. On en conçoit la fréquence puisque chez eux le demi-sommeil est très fréquent. Il diffère du délire vésanique par la demi-conscience de la fiction. Quand il coexiste avec lui,

comme chez la seconde malade, il s'en distingue nettement. Il ne faut pas considérer, comme on le fait communément, le délire onirique comme un signe certain de démence et d'incurabilité.

M. Mabille (la Rochelle) donne les conclusions d'un travail publié en 1890, en collaboration avec M. Lallemant.

1° Il n'y a pas une folie des vieillards, mais des formes diverses de manière d'être des folies chez les vieillards;

2° La manie franche est la forme la plus rare; elle surviendra souvent par accès à l'occasion de la vieillesse, la plupart du temps chez des prédisposés. Elle se complique souvent d'idées de vol, de troubles génitaux et d'idées ambitieuses;

3° La mélancolie qui revêt chez le vieillard presque toujours la forme anxieuse, avec ou sans idées de doute ou de suicide, avec ou sans la croyance qu'on l'a volé, dépouillé, avec ou sans délire hypochondriaque absurde, avec ou sans idées de négation, est la forme la plus fréquente; elle aboutit souvent au suicide. Cette forme de mélancolie survient le plus souvent chez des vieillards qui ont eu des accès antérieurs de mélancolie, qui comptent des aliénés dans leurs familles, ou se manifeste au même âge que chez les ascendants. L'hérédité peut être alors homochrone et similaire;

4° Le délire de persécution pur de tout mélange est relativement très rare chez le vieillard non dément. On y trouve généralement un mélange d'hallucinations de l'ouïe qui peuvent manquer, d'hallucinations de la vue, si rares chez le persécuté adulte, des troubles variés de la sensibilité générale et en particulier des troubles de la sensibilité générale.

L'évolution du délire de persécution vers les idées de grandeur paraît souvent très rapide, mais parfois aussi le délire de grandeur ne s'observe pas, ou bien se déclare à une époque éloignée de la vie. Chez le persécuté sénile on retrouvera la croyance qu'on l'a volé, dépouillé et l'anxiété des mélancoliques.

En sorte que le persécuté vieillard réagira particulièrement contre ceux qui lui volent ses biens, tandis que le persécuté adulte réagira surtout contre ceux qui l'hallucinent ou lui prennent sa pensée. De plus, les actes du sénile persécuté seront empreints très fréquemment d'une vraie puérilité qui le portera quelquefois à énumérer docilement ses griefs, sans réagir contre ses persécuteurs.

5° Il en résulte, en outre, des idées de vol, de la défiance exagérée, de l'anxiété, de l'aboulie, du délire hypochondriaque absurde, des idées de négation plus fréquentes chez les vieillards mélancoliques, et de la marche irrégulière du délire sénile de persécution; il résulte de tout cela des caractères particuliers; ceux-ci sont l'effet d'un affaiblissement plus ou moins apparent des facultés, bien que le malade ne soit pas en démence.

6° Cela paraît d'autant plus probable que chez les vieillards à lésions circonscrites du cerveau ou atteints de démence sénile on retrouvera les mêmes idées, les mêmes actes avec puérilité plus accentuée, mais ces idées délirantes seront le plus souvent incohérentes, diffuses, transitoires, sans ressemblance avec la folie proprement dite.

7° Les lésions du cœur sont très fréquentes chez les vieillards aliénés et le pronostic des formes diverses de l'aliénation sera généralement grave bien qu'un certain nombre d'accès aient été suivis de guérison.

M. Cullère (La Roche-sur-Yon) a communiqué une observation de *délire ambitieux systématisé primitif chez un vieillard de soixante-douze ans* n'offrant pas trace d'affaiblissement sénile de l'intelligence.

Les faits de ce genre sont assez rares et il serait désirable d'en réunir un certain nombre avant d'essayer de résoudre les questions multiples de clinique et de doctrine qu'ils soulèvent.

Chez le malade qui fait l'objet de la communication, on constate, en résumé, une sorte de dynamie fonctionnelle qui rappelle absolument la phase d'excitation de certains circulaires ou l'accès maniaque de certains intermittents.

Ce qui caractérise cet état mental c'est la surexcitation de toutes les facultés.

Au premier abord, ces malades font plutôt penser à l'ivresse qu'à la folie.

Malgré l'abondance de leurs idées, on ne constate chez eux aucune incohérence; ils aiment à pérorer, à improviser des poésies, à écrire de longs mémoires. Leur personnalité s'enfle jusqu'aux plus extravagantes proportions. Ils se plaisent à s'attribuer une puissance imaginaire, veulent entreprendre, réformer, édifier, fonder et parfois se ruinent en spéculations ridicules.

Telle est la physionomie de l'état mental du malade dont M. Cullère rapporte l'observation. L'excitation en est un élément capital et établit une distinction tranchée entre cet état et la folie chronique systématisée ambitieuse, désignée autrefois sous le nom de mégalomanie.

Les propensions orgueilleuses des déséquilibrés ne se manifestent jamais seules, elles sont accompagnées de tout un cortège de perversions affectives et d'infirmités morales. Le malade dont il s'agit, répudiant sa femme, abandonnant ses enfants et déclarant adultérins ceux qui ne se montrent pas disposés à céder à ses caprices, ne fait pas exception à la règle.

L'explosion tardive de troubles délirants chez les héréditaires et chez les déséquilibrés n'est point une chose rare, tant s'en faut. Morel n'a pas manqué de le faire remarquer et a même cité plusieurs observations à l'appui.

M. Christian (Paris) fait une communication sur le *délire érotique des vieillards*. Il cite plusieurs cas de vieillards, âgés de soixante-dix à quatre-vingts ans, dont l'activité génitale était éteinte et dont le délire tournait autour d'une question génésique.

ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE

63° *réunion tenue à Londres en* 1895.

Diphthérie et son traitement par l'antitoxine.

M. Sidney Martin. — On a préconisé certains remèdes comme étant susceptibles d'avoir dans la diphthérie une action générale, c'est-à-dire comme étant capables de faire disparaître les symptômes généraux de la maladie. Malgré cela, on peut dire qu'aucun médicament n'a été capable d'avoir une telle action: jamais on n'a pu compter sur de telles substances pour faire disparaître la dépression générale, la fièvre, pour empêcher la production de la bronchopneumonie, des paralysies, ou l'extension de la maladie aux autres régions. L'emploi de l'antitoxine est basé sur l'étude pathogénique de l'affection. La diphthérie peut être définie : l'inflammation membraneuse d'une muqueuse (généralement celle des voies respiratoires), inflammation due à l'invasion du bacille diphthérique, lequel ne pénètre pas dans l'organisme mais provoque dans la muqueuse même la formation de poisons qui sont la cause des symptômes généraux, de la fièvre, etc., et des dégénérescences nerveuses amenant les paralysies. Cette dégénérescence nerveuse doit être considérée comme étant un des caractères de la diphthérie. Il y a d'autres inflammations membraneuses de la gorge dues à des microorganismes, mais la diphthérie est la seule qui amène la dégénérescence nerveuse. De même la caractéristique pathologique du bacille n'est pas qu'il entraîne la mort, mais qu'il provoque des dégénérescences nerveuses. De même encore la caractéristique pathologique des poisons que l'on trouve à l'autopsie des sujets morts de diphthérie, ou qui sont formés en dehors de l'organisme par le bacille diphthérique, ne consiste pas en ce que ces poisons entraînent la mort (ce que font beaucoup d'autres poisons), mais en ce qu'ils provoquent une dégénérescence nerveuse. Cela ne signifie pas qu'il n'y a pas d'autres poisons susceptibles d'entraîner des dégénérescences nerveuses, mais on peut dire que quand il s'agit de bacille diphthérique c'est cette dégénérescence nerveuse qui forme le trait le plus caractéristique. Dans la diphthérie quelques malades meurent par obstruction mécanique, d'autres par bronchopneumonie; mais le plus souvent ils meurent par suite des effets du poison se combinant avec l'une des deux causes précédentes. C'est ce qui arrive quand la mort survient par syncope, suppression de l'urine, asthénie ou paralysie. Les poisons chimiques qu'on trouve chez les malades atteints de diphthérie appartiennent à deux classes : l'un de ces poisons se trouve dans

la membrane, l'autre est dans les tissus (surtout dans le sang et la rate). Ces deux poisons ont des actions similaires mais présentant néanmoins certaines différences. On peut extraire le poison des membranes en traitant ces dernières à l'état frais par une solution saline stérilisée ; on la dilue et on la concentre à basse température, puis on soumet au dialyseur pour se débarrasser de l'excès de sel ; on précipite ensuite par l'alcool. Ce précipité alcoolique, après dessication, peut être dissous dans l'eau. Si l'on injecte une petite quantité de ce précipité, toujours impondérable, dans le système veineux d'un lapin sain, l'animal présentera bientôt une paralysie dont l'intensité ira en augmentant ; il dépérira, il pourra avoir de la diarrhée et il mourra finalement. A l'autopsie on trouve des dégénérescences nerveuses fort étendues associées à une dégénérescence graisseuse des muscles et du cœur. Injecté dans le tissu cellulaire sous-cutané, ce poison produit de la mortification des tissus. Ce poison, qui reproduit les symptômes de la diphthérie, agissant à des doses infinitésimales paraît appartenir à la classe des ferments. Les poisons qu'on trouve dans les tissus des malades morts de diphthérie principalement dans le sang et dans la rate, diffèrent de ce poison. Ils sont de deux sortes : l'un appartient à la classe des matières protéiques de la digestion et présente les mêmes réactions chimiques que les albumoses qui se forment dans les digestions stomacale et intestinale ; l'autre n'est pas une substance protéique, c'est un acide organique. Cette dernière substance, bien qu'elle puisse produire des dégénérescences nerveuses, ne peut provoquer ni des paralysies progressives, ni la profonde altération de la nutrition qui caractérise les autres poisons diphthériques. Les albumoses ont une action très caractéristique : injectées dans le système veineux des lapins, elles provoquent en une ou deux heures une élévation de température qui, si on en injecte une nouvelle dose, durent souvent plusieurs jours. En somme, ces albumoses doivent être considérées comme les éléments producteurs de fièvre dans la diphthérie.

Bien qu'il puisse arriver qu'on tue un animal en quelques jours par une seule dose d'albumose injectée dans les veines, ce qui n'arrive jamais à la suite de l'injection du ferment diphthérique, cependant l'action caractéristique des albumoses ne se produit que par injections de deux ou trois doses faibles pendant plusieurs jours consécutifs. Quand on opère ainsi, outre la fièvre, on voit se produire au bout de huit à dix jours une légère paralysie qui augmente graduellement et qui assez souvent s'accompagne de crises de dyspnée intenses ; l'animal peut mourir dans une de ces crises. De fortes doses d'albumoses produisent un grand amaigrissement et de la diarrhée. A l'autopsie des animaux morts à la suite des injections de ces albumoses, on trouve des dégénérescences nerveuses étendues et de la dégénérescence graisseuse du cœur ; après l'injection de fortes doses, on trouve l'état de fluidité du sang qui est caractéristique chez les animaux morts à la suite d'injections de plusieurs sortes d'albumoses. Ainsi ces albumoses diffèrent du poison qu'on trouve dans les membranes, non seulement par ce fait que leur injection produit une élévation immédiate de température et que des injections répétées établissent une fièvre durable, mais aussi par ce fait qu'elles n'entraînent de la paralysie que si on en injecte des doses répétées. Injectées dans le tissu cellulaire sous-cutané, elles ne provoquent pas de nécrose, mais un œdème. Dans certaines expériences faites avec les albumoses, il n'y a pas de paralysies, mais si on tue l'animal au bout de quatre à dix semaines, on trouve des dégénérescences nerveuses en certains points du corps, montrant que le poison avait bien agi, moins insuffisamment pour provoquer des paralysies. La dégénérescence graisseuse du cœur, qui est un des résultats de l'empoisonnement par ces albumoses, peut aussi se rencontrer à la suite de l'injection d'autres albumoses produites par d'autres microorganismes, tels que le bacille du charbon et certaines formes de coccus septique. Ces microorganismes ne produisant pas de ferment toxique, comme le bacille de la diphthérie, il est probable que la dégénérescence graisseuse du cœur est due à l'action des albumoses et non point à une action directe d'un ferment. On peut obtenir ces deux sortes de poisons diphthériques, celui des membranes et celui des tissus, en dehors de l'organisme, en cultivant les bacilles sur des milieux convenables. Le ferment des membranes, souvent appelé toxine, s'obtient en cultivant le bacille de la diphthérie dans un bouillon un peu alcalin contenant 2 p. 100 de peptone et 0,75 p. 100 de sel. Si on cultive le bacille dans un bouillon alcalin contenant 0,75 p. 100 de sel, mais au lieu de peptone, 1 p. 100 d'albumine-alcali, on obtient le second poison. En effet, l'albumine-alcali est une matière protéique qui est digestible ; dans des milieux convenables la pepsine ou la pancréatine la transforment en albumoses et peptone. Le bacille de la diphthérie agit de même : il transforme l'albumine-alcali en albumoses présentant les propriétés précédemment étudiées, et il produit en même temps une petite quantité d'un acide organique. Nous connaissons donc les poisons contre lesquels doit lutter l'antitoxine.

Quand on injecte du sérum antitoxique à hautes doses dans le système veineux d'un lapin, il n'en résulte ni fièvre, ni diminution du poids. On a préparé de la toxine par la méthode de Roux (culture du bacille diphthérique dans un bouillon contenant 2 p. 100 de peptone). L'injection de un dixième de centimètres cubes de cette solution de toxine, injectée sous la peau d'un cobaye de cinq cents grammes le tuait en moins de trois heures. D'autre part, on prit deux lapins sains : on injecta à tous les deux dans la veine de l'oreille, cinq centimètres cubes de toxine et de plus on injecta à l'un d'eux trois centimètres cubes d'antitoxine. Chez le lapin qui n'avait pas reçu d'antitoxine, la température baissa dès la fin du deuxième jour ; le cinquième jour survinrent les paralysies ; l'animal maigrit rapidement et mourut le sixième jour. L'animal qui avait reçu de l'antitoxine ne présenta aucun symptôme et resta bien portant. L'animal mort présentait des dégénérescences nerveuses et de la dégénérescence graisseuse du cœur. On sacrifia l'animal demeuré sain au bout de quarante et un jours. On trouva quelques dégénérescences nerveuses au niveau de quelques nerfs. D'autres expériences analogues ont produit les mêmes résultats et permettent d'arriver à cette conclusion que l'antitoxine peut en grande partie neutraliser l'action de la toxine.

M. Goodall. — Les cas les plus graves de diphthérie sont ceux dans lesquels il y a persistance des fausses membranes, un pouls rapide, de l'albuminurine, notamment à la fin de la première semaine, de la fièvre, de l'assoupissement, des vomissements. Les cas qui s'accompagnent d'anurie sont désespérés. Sur vingt-quatre cas de diphthérie, j'en ai traité cent cinq par l'antitoxine et cent trente-six sans antitoxine ; le nombre des guérisons a été plus élevé de 11 0/0 parmi ceux qui ont été traités par l'antitoxine. L'anurie est certainement plus fréquente, quand on n'emploie pas l'antitoxine ; la paralysie se montre aussi fréquemment avec ou sans l'antitoxine.

M. Johnston. — Un pouls rapide diminuant de fréquence et devenant irrégulier, une diminution de la quantité d'urine, une augmentation de l'albumine dans ce liquide, des vomissements rendent le pronostic très sombre. Je ne crois pas qu'on puise toujours se fier au diagnostic bactériologique ; il me paraît improbable qu'un seul et même organisme soit toujours la cause de la diphthérie et, d'autre part, je crois qu'on peut trouver le bacille de Klebs-Lœffler, sans que pour cela il y ait des symptômes de diphthérie. D'après mon expérience personnelle, les résultats de la thérapeutique par le sérum antitoxique n'ont pas tenu ce qu'ils semblaient promettre.

M. Ranke (de Munich). — Dans mes salles d'hôpital j'ai traité en neuf mois cent quatre-vingt-dix-sept diphthériques. Si nous mettons à part les cas compliqués de scarlatine ou de rougeole, il nous reste cent soixante-trois diphthériques purs, généralement gravement atteints ; j'ai eu sur ce nombre une mortalité de 17,7 0/0. La plupart de ces cas ont été soumis à l'examen bactériologique et dans une proportion de 93,8 0/0 j'ai trouvé le bacille de Lœffler, qui dans douze cas existait en cultures pures. 58,3 0/0 avaient du croup au moment de l'entrée à l'hôpital ; soixante et une fois on a fait le tubage et sur ces soixante et un cas on a eu une mortalité de 32,7 0/0. Dans la plupart des cas on put enlever le tube au bout de vingt-quatre heures et dans trois cas seulement on dut le laisser pendant quatre jours. Quand il est nécessaire de laisser ainsi le tube longtemps en place, il me

paraît mieux de faire la trachéotomie. Dans tous les cas j'ai enlevé le tube tous les matins et je l'ai remis seulement si sa présence paraissait nécessaire. Soixante-huit fois le pharynx seul a été malade et ces cas ont donné une mortalité de 2,9 0/0. Ces deux cas de mort furent dus à une asthénie cardiaque. J'ai eu dix-neuf cas de diphthérie septique, avec un seul cas de mort. Deux eurent un envahissement du larynx et tous moururent. Les cas de diphthérie septique et de diphthérie associée ne sont pas les mêmes. Les cas qu'on put traiter dès le premier jour donnèrent une mortalité de 5,2 0/0, ceux qu'on ne put traiter que le sixième jour, une mortalité de 40 0/0 et ceux qu'on ne put traiter que le septième jour, une mortalité de 46,6 0/0. Cinq de mes malades avaient moins de douze mois; tous les cinq moururent. Au-dessous de deux ans la mortalité fut de 37,5 0/0; chez ceux de plus de sept ans la mortalité fut de 7,7 0/0.

Fractures du tiers supérieur du fémur.

M. Stokes. — Généralement les fractures du tiers supérieur du fémur s'accompagnent de raccourcissement, quelquefois cependant ce raccourcissement manque et exceptionnellement on a signalé des cas où il y avait un léger allongement. En général, il y a du renversement en dehors. Le raccourcissement peut se produire aussitôt après l'accident ou au contraire il peut apparaître graduellement. Quelquefois il se forme un cal énorme, d'autres fois, il n'y a aucune tendance à la formation d'un os nouveau. On admet généralement que les fractures du col du fémur ne se produisent pas chez les jeunes sujets, et cependant voici une photographie qui vous montre une fracture du col du fémur, survenue à une époque à laquelle l'épiphyse trochantérienne n'était pas encore unie à l'os. Souvent il arrive que les fractures les plus graves de cette région sont dues aux plus légers traumatismes. Plusieurs détails anatomiques ont de l'importance pour ces fractures: le principal est dû à la présence sur le col du fémur d'une enveloppe fibro-synoviale, dont l'intégrité ou les lésions ont une grande influence sur le résultat final. Le ligament cervical est surtout marqué en avant, où il présente de fortes bandes fibreuses. Quand le ligament cervical est déchiré, les vaisseaux nourriciers de la région fracturée sont lésés et le plus souvent on ne peut obtenir de consolidation. A la suite d'un traumatisme de la hanche, il peut se faire une résorption interstitielle complète du col du fémur et cela peut arriver avec ou sans fracture. L'atrophie sénile prédispose à cette résorption. Quand la résorption se produit sans fracture, il s'agit d'une ostéoporose chronique due à la contusion. Les modifications séniles ne s'accompagnent d'aucun changement de l'angle formé par le col et le corps du fémur. George Humphry a montré, il y a longtemps, que, si chez l'enfant l'angle du col fémoral est plus ouvert que chez l'adulte, en revanche à partir de l'âge adulte cet angle ne subit plus aucun changement. Certes dans quelques cas on trouve une diminution de cet angle, mais il s'agit probablement là de cas de résorption consécutifs à une contusion. Les fractures que nous étudions peuvent se diviser en deux groupes: celles du col du fémur et celles de la base du col. Les fractures du col du fémur sont celles qu'on appelait précédemment intra-capsulaires; on peut les diviser en deux groupes, suivant qu'il y a pénétration du col dans la tête ou que cette pénétration ne se fait pas. On peut établir des subdivisions suivant le degré de pénétration, le degré de déchirure du ligament capsulaire. On établit ainsi cinq classes de fractures du col du fémur. Les fractures de la base du col se répartissent en deux groupes principaux suivant qu'il y a ou non du tassement; les subdivisions s'établissent d'après le degré de l'écrasement. Dans certaines de ces fractures, il se fait un tassement partiel à la partie supérieure, ce qui ouvre l'angle que forme le col avec le fémur, d'où résulte un allongement du membre. Le renversement en dehors qui accompagne une fracture du col ou de sa base résulte de la rotation du corps du fémur séparé du col par le trait de fracture. Le renversement en dedans, qui s'observe exceptionnellement était attribué par Smith à l'action des adducteurs devenus rotateurs par suite de la situation du fragment inférieur en avant du supérieur. Mais cette explication n'est pas satisfaisante et il est probable que la rotation en dedans est due à ce que le membre était en rotation interne au moment de l'accident. On a à faire le diagnostic avec la luxation, la fracture du rebord ou du fond de l'acétabulum et la contusion. Le traitement varie un peu suivant les auteurs: on a regardé comme inutile l'immobilisation, en raison de la non-coaptation des fragments et du danger qu'il y a à immobiliser dans un lit des vieillards.

En 1883 Senn a entrepris de nombreuses expériences chez des chiens et des chats: il a vu qu'à la suite d'une fracture du col du fémur la simple immobilisation par un appareil plâtré n'amène jamais une union osseuse, mais que si on réunit les deux fragments par des chevilles osseuses ou métalliques, on obtient une union osseuse; il conseille en même temps une pression latérale sur le grand trochanter et il regarde comme important de ne pas rompre la pénétration, quand elle s'est produite. Southans a récemment rompu une fracture avec tassement siégeant au niveau de la base du col, chez un homme de vingt-cinq ans, puis il pratiqua l'extension; il obtint un résultat parfait. Mais il est probable que ce traitement n'est applicable que dans les rares cas où les fractures se produisent chez de jeunes sujets. Il faut se rappeler que dans quatre des cinq classes de fractures du col l'union peut se produire; celle-ci en effet s'obtient quand il y a eu pénétration ou quand le ligament capsulaire est intact. Le repos, l'immobilisation et l'extension sont les trois points importants du traitement; l'extension ne doit jamais être forte; je n'ai jamais employé la compression latérale et elle me paraît inutile. L'appareil de Bryant est très bon dans la plupart des cas, mais j'y ai apporté une modification fort importante surtout pour les malades âgés, car elle leur permet de s'asseoir.

M. Humphry. — Les fractures, quel que soit leur siège, arrivent à se consolider à n'importe quel âge, si on peut maintenir les deux fragments au contact. L'angle formé par le col du fémur ne subit certainement aucun changement chez les vieillards. A la base du col du fémur la réunion est la règle. Les fractures intra-articulaires se produisent d'ordinaire auprès de la tête de l'os; dans ce cas la réunion peut ne pas se produire; cela ne tient ni à un manque de production de tissu osseux, ni à une lésion des vaisseaux nourriciers, mais à l'absence de consolidation des fragments.

M. Bryant. — Au point de vue du traitement le seul point important est de savoir s'il y a ou non engrènement.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE LARYNGOLOGIE, OTOLOGIE ET RHINOLOGIE

Session de 1895

Traitement du nodule des chanteurs.

M. Poyet (Paris). — Je passe rapidement sur le mode de production de l'affection et sur les symptômes auxquels elle donne lieu. Mais j'insisterai sur les phénomènes de catarrhe qui précèdent pendant longtemps l'apparition du nodule, et sur l'irritation chronique du bord libre des cordes, irritation ayant pour cause une émission vocale vicieuse et l'habitude qu'ont beaucoup de chanteurs de pousser et de forcer, surtout quand ils chantent de poitrine.

Le chanteur s'aperçoit bien vite qu'il ne peut plus émettre les sons qu'au prix d'un effort et que sa voix mixte va chaque jour en s'altérant. L'attaque du son devient défectueuse et est toujours précédée d'un petit sifflement, dû au passage de l'air à travers les lèvres de la glotte incomplètement fermée.

Le nodule des chanteurs peut être assimilé à l'œil de perdrix et au cor des orteils. Il s'agit, en effet, d'une véritable hypertrophie épithéliale localisée, qui tantôt, cela est rare, reste limitée à une corde, tantôt se développe sur les deux cordes d'une façon symétrique et toujours au même niveau, c'est-à-dire à l'union du tiers antérieur de la corde avec les deux tiers postérieurs.

Comme les cors des orteils, les nodules laryngés sont sensibles aux variations atmosphériques et la même médication amène la guérison.

Pour ce qui concerne le traitement, en premier lieu je préconise le repos de l'organe, repos qui doit être absolu, prolongé, et lorsque le malade reprend ses travaux, il doit modifier son émission vocale.

En deuxième lieu, j'ai obtenu des guérisons par des cautérisations et en particulier par celles faites avec l'acide salicylique.

En troisième lieu, je conseille l'extirpation avec des pinces, arrachement que je préfère à la section avec la guillotine ou le couteau.

On le voit donc, ce n'est pas sans fortes raisons que j'ai comparé le nodule des chanteurs au cor des orteils. Mêmes causes produisant l'irritation et le développement épidermique, c'est-à-dire des frottements; mêmes résultats obtenus par le repos, les cautérisations, l'arrachement.

Troubles laryngés dans la syringomyélie.

M. Cartaz (de Paris). — Les troubles laryngés dans la syringomyélie sont encore peu connus malgré les études de Schlesinger, Booth, Bernard, Hoffmann, Lamacq, etc. Ils doivent se rapporter aux troubles bulbaires ou bulbo-protubérantiels, que le professeur Raymond signalait récemment dans cette maladie.

Dens les différents services de MM. Raymond, Déjerine, Duflocq et Marie, j'ai pu observer dix-sept cas de ces affections laryngées; quatre fois il y avait diminution ou abolition des réflexes, sept fois paresthésie ou anesthésie, trois fois parésie ou paralysie des abducteurs, deux fois paralysie du récurrent. Ces divers symptômes étaient associés ou dissociés sans ordre.

Les troubles sensitifs sont plus fréquents que les troubles moteurs. En général ils prédominent du côté le plus affecté sans que pourtant ce soit une règle constante.

Les troubles moteurs se manifestent sous forme de paralysie ou de parésie parfois bilatérale, à début insidieux et tardif; on l'observe rarement au début de la maladie. On ne voit pas ici, comme dans le tabes, d'accident spasmodique provoquant l'ictus laryngé ou la suffocation.

La marche est progressive et fatale.

M. Castex. — J'ai pu examiner au laryngoscope un malade atteint de paralysie agitante et dont la voix était chevrotante. On ne trouvait cependant que des cordes molles, détendues, non tremblantes.

M. Cartaz. — Dans deux cas de paralysie agitante où la voix était chevrotante, j'ai pu voir les cordes vocales agitées de mouvements fibrillaires.

Ozène trachéal.

M. Wagniez (Lille). — Il s'agit d'une jeune fille atteinte d'ozène, chez laquelle survint une aggravation intense de la fétidité de l'haleine. Au laryngoscope on trouva la trachée tapissée d'un enduit noirâtre; la malade expectora des masses noires fétides.

L'emploi des pulvérisations a été sans avantage; ce sont les injections aqueuses, surtout les solutions naphtolées, qui ont donné les meilleurs résultats sans amener la guérison.

L'examen bactériologique fait par M. Surmont, a démontré, dans les croûtes, la présence de deux sortes de coccus, dont l'un était celui que M. Lœwenberg a trouvé dans les cas d'ozène.

De la laryngite sèche.

M. Molinié (Marseille). — Cette affection est généralement secondaire; dans le cas que j'ai pu observer elle s'est manifestée d'emblée. C'est à mon avis la même maladie que celle dont M. Wagniez vient de lire une observation sous le nom d'ozène trachéal, mais elle se manifeste sous une modalité différente, et n'a pas de fétidité. Dans ce cas, comme dans le précédent, le diplocoque de Lœwenberg a été isolé; je l'ai, du reste, trouvé dans des affections du nez qui ne s'accompagnaient d'aucune fétidité.

M. Raugé. — On n'est pas d'accord sur le choix du symptôme qui doit être considéré comme pathognomonique de l'ozène. Est-ce la fétidité? Est-ce l'atrophie? Selon que l'on considère l'un ou l'autre de ces symptômes comme primordial, on accepte ou on rejette l'opinion de M. Molinié.

M. Molinié. — La fétidité a certainement une importance considérable au point de vue des rapports sociaux, mais au point de vue pathologique, c'est l'atrophie qui me paraît devoir caractériser l'ozène.

Hémorrhagie laryngée simulant une hémoptysie.

M. Ferraz (Luchon). — Dans ce cas où le diagnostic était douteux, le laryngoscope a permis de voir que l'hémorrhagie avait pour siège des varicosités de la région interary-thénoïdienne.

De l'amygdalite lacunaire ulcéreuse aiguë.

M. Mouré (Bordeaux). — Sous ce titre je désigne une affection des amygdales, sur laquelle l'attention n'a pas été encore attirée nettement. Elle se présente sous forme d'ulcérations cratériformes, à larges surfaces, allant parfois jusqu'au fond de la loge amydalienne, contenant des détritus grisâtres et des fongosités rappelant l'aspect du chancre amygdalien; toutefois la ressemblance existe surtout avec les ulcérations gommeuses. Cette amygdalite se produit, à mon avis, par une rupture des parois d'une crypte à la suite d'une forte hypertension. C'est la conséquence d'une amygdalite lacunaire. La marche est aiguë, la durée n'excède pas quinze jours. Le traitement local par les gargarismes ou les badigeonnages amène rapidement la guérison.

Amygdalite ulcéreuse chancriforme.

M. Mendel (Paris). — Le chancre amygdalien, en dehors de sa forme classique qui se rapproche du chancre induré, peut se montrer sous des aspects très variables et soulever des difficultés de diagnostic.

J'ai observé six cas d'amygdalite ulcéreuse simple, dans lesquels la distinction ne put se faire que par la durée moins longue des accidents et l'adénopathie qui était moindre; mais il y avait l'unilatéralité et l'induration.

Cette amygdalite ne s'accompagne pas de fièvre. Peut-être est-ce simplement de l'herpès ulcéré dont la vésicule a passé inaperçue.

M. Joal (du Mont-Dore). — J'ai observé, avec M. Moure, un jeune homme atteint d'ulcération amygdalienne que je crus de nature tuberculeuse à cause d'antécédents de famille; M. Moure pensa à la syphilis, niée depuis par M. Fournier qui a vu le malade.

M. Helme. — Comme moyen de diagnostic je signalerai le *signe de Garel*, c'est-à-dire la dysphagie prolongée; quand elle persiste pendant quinze jours à trois semaines on peut porter le diagnostic de syphilis.

M. Poyet. — J'ai observé plusieurs cas semblables, et j'ai été frappé de leur analogie avec les accidents tertiaires. Ils ont tous été rapidement améliorés par l'iodure de potassium.

M. Moure. — A M. Mendel je dirai que je ne crois pas qu'on puisse faire de confusion avec le chancre de l'amygdale; celui-ci est très caractéristique par lui-même et s'accompagne d'accidents aigus, engorgement ganglionnaires, etc., qui suffisent à le caractériser. Il en est de même de l'herpès. Ici la dysphagie intense, l'évolution rapide, la dissémination des lésions assurent le diagnostic. Il n'en est pas ainsi pour les accidents tertiaires et la différenciation peut être très difficile. Je crois que ces ulcérations ont une origine lacunaire.

M. Martin (Paris). — J'ai observé des cas semblables qui me mettaient dans un grand embarras pour le traitement, et dans le cours de ces hésitations, j'ai vu la lésion guérir spontanément.

M. Castex. — Le diagnostic du chancre amygdalien n'est pas toujours aussi facile que le dit M. Moure et, notamment, dans le cas d'ulcération des épithéliomas, on peut se trouver très embarrassé.

Deux cas de lymphadénome des amygdales.

M. Cartaz. — J'ai observé deux cas de lymphadénome des amygdales, chez des malades âgés d'environ soixante ans. Dans ces deux cas, il y avait hypertrophie des ganglions, cervicaux de l'aisselle et de l'aine; la rate n'était pas augmentée de volume.

Chez le premier malade, le traitement arsenical à hautes

doses (liq. de Fowler portée graduellement à trente-cinq gouttes par jour) amena une diminution des amygdales. Il y eut une survie de trois ans. Le second cas se rapporte à une femme chez laquelle les accidents de suffocation nécessitèrent l'ablation d'une partie d'une amygdale. Les accidents se précipitèrent, la malade mourut cinq semaines après.

Comme on l'a signalé, le début a eu lieu par l'amygdale gauche, l'extension à l'autre amygdale a été rapide. Il faut noter l'insomnie particulière dont ont souffert mes malades, et j'insiste sur ce fait, que les opérations, dans ces cas, paraissent augmenter les accidents; il faut donc n'y avoir recours qu'en cas de menace de suffocation. Le traitement par l'arsenic à hautes doses est le seul à recommander.

M. Beausoleil. — Dans un cas, dont j'ai présenté les pièces à la Société anatomique de Bordeaux, M. Moure dut enlever un fragment de l'amygdale. Là aussi l'opération fut suivie d'accidents graves et la mort survint rapidement.

Amygdalite linguale d'origine dentaire et buccale.

M. Raoult (Nancy). — Sur cent vingt malades atteints d'amygdalite linguale, que j'ai observés, j'ai trouvé trente-cinq fois des lésions dentaires, buccales, stomatite et gingivite. Dans dix cas c'était la seule complication, dans les autres il y avait en même temps des lésions du côté du nez ou du pharynx.

L'antisepsie de la bouche, les soins des dents, des attouchements de la langue à l'huile mentholée ont suffi le plus souvent pour supprimer la dysphagie; dans dix cas on a dû cautériser.

Sur un cas de rhinoscopie postérieure.

M. Paul Raugé (de Challes) communique un cas d'exploration intra-nasale dans lequel il a réussi à voir l'orifice du sinus maxillaire par la rhinoscopie postérieure. Le fait est probablement unique.

Après avoir rappelé les dispositions anatomiques normales qui rendent la région de l'hiatus maxillaire habituellement inaccessible à l'examen, M. Raugé énumère les circonstances exceptionnelles qui lui ont permis, chez son malade, de pratiquer très aisément cette exploration peu commune. Il s'agissait d'un ozéneux chez qui la fonte totale des cornets, l'atrophie de l'apophyse unciforme et de la bulle ethmoïdale, laissaient à découvert et ouvraient largement la gouttière de l'infundibulum, pendant que l'amplitude du pharynx, l'abaissement et l'inertie du voile, l'absence complète de réflexes rendaient exceptionnellement faciles les manœuvres pharyngoscopiques et la mise en place du miroir. Aussi M. Raugé ne donne pas ce fait comme un tour de force d'exploration, ni comme le « record de la rhinoscopie », encore moins comme une indication souvent utilisable en pratique. Il ne le cite que comme curiosité d'examen et à titre de document rare.

M. Raugé termine son mémoire en indiquant les résultats de recherches cadavériques qui lui ont permis d'établir sur des coupes antéro-postérieures de la cavité naso-pharyngienne, le manuel de cette exploration, c'est-à-dire la position du miroir, son inclinaison, la direction de la lumière, qui permettent d'éclairer et de réfléchir la région profonde où est caché l'orifice du sinus maxillaire.

Condylome syphilitique des fosses nasales.

M. Labit (Tours). — Les cas de ce genre sont très rares puisque je n'ai pu en trouver que deux observations. Chez une dame de quarante-cinq ans j'ai vu se développer dans les fosses nasales, vers la tête du cornet inférieur et sur la cloison, des tumeurs grisâtres, dures, indolores; elles disparurent rapidement par le traitement spécifique.

Le diagnostic, dans ce cas, était rendu encore plus difficile parce que les condylomes ne s'accompagnaient d'aucune autre manifestation syphilitique, comme cela a eu lieu dans d'autres cas.

Polypes muqueux et sarcome des fosses nasales.

M. Bonain (Brest). — Il s'agit d'un polype muqueux qui, après récidive, exigea l'ablation par l'opération de Rouge. L'examen histologique montra que la tumeur était un myxo-angio-sarcome. On peut se demander si, pour les polypes muqueux du nez, on ne doit pas adopter la division qu'a établie Chiari pour le larynx: en polypes muqueux vrais, inflammatoires, et en polypes muqueux myxomes dès l'origine.

Otite moyenne compliquée de délire furieux.

M. Vacher (Orléans). — Il s'agit d'un cocher de vingt-six ans, sans tare pathologique, qui se réveilla avec une douleur d'oreille intense à droite; je fus conduit par la suite à ponctionner le tympan. Il s'écoula du sang; la caisse vidée, il y eut un soulagement passager, qui fit place à un délire furieux de sept heures. Le soulagement durable ne survint qu'après la trépanation de l'apophyse mastoïde, où on ne trouva pas de pus.

Sept semaines plus tard le même accident se reproduisit à l'oreille gauche, exigea la ponction du tympan et ne fut guéri qu'après un mois de traitement.

M. Miot. — La perception osseuse était-elle conservée? Dans des cas semblables je me suis très bien trouvé de l'emploi des réfrigérants.

M. Helme. — Le malade était-il rhumatisant?

M. Gellé. — J'ai pu observer deux cas qui, à part le délire, ressemblent à celui-ci; ce sont pour moi des hémorrhagies de la caisse, affection rare mais qui existe et qui peut se produire comme les épistaxis. Il ne faut pas oublier non plus que l'epistaxis peut amener une pénétration du sang dans la caisse. A-t-on examiné les urines?

M. Vacher. — Chez mon malade les perceptions osseuses étaient intactes; il n'y avait pas de rhumatisme et les urines ne présentaient rien d'anormal.

Cholestéatome de l'oreille.

M. Lacoarret (Toulouse). — J'ai observé deux cas de cette affection. Le premier était consécutif à une vieille otorrhée, guérie depuis longtemps; il se forma par épidermisation et occasionna un abcès mastoïdien suivi de fistule. Dans le second cas, c'était un cholestéatome de la voûte qui donna lieu à du vertige de Ménière. L'ablation amena la guérison.

Le cholestéatome n'est pas une entité pathologique définie, c'est une néoformation résultant de l'épidermisation ou de la métaplasie; elle se rapproche comme production de l'amygdalite lacunaire.

Des adénoïdites.

M. Helme (Paris). — Dans les études, si nombreuses, qu'on a faites sur les végétations adénoïdes, on a négligé jusqu'ici les inflammations qui peuvent atteindre les amygdales pharyngées, qu'elles soient normales ou déjà hypertrophiées. C'est certainement à la connaissance imparfaite de ces phénomènes qu'est due cette idée, que le traitement médical suffit souvent à guérir les végétations adénoïdes hypertrophiées. Il n'en est rien. Si dans certains cas les moyens médicaux ont suffi, c'est qu'on avait affaire à de l'adénoïdite, à un enfant, par exemple, qui vivait en paix avec ses végétations et qui, brusquement, sous l'influence d'une cause banale, comme le froid, a présenté les signes qui constituent le complexus adénoïdien. Deux cas peuvent alors se présenter; ou bien l'inflammation a envahi une glande normale et alors, au bout de quelques jours, elle décline et tout rentre dans l'ordre, ou bien elle s'est portée sur un tissu déjà malade, anfractueux, et la chronicité s'établit.

Alors tous les troubles propres aux végétations apparaissent ou s'exagèrent: ronflement, cauchemars, terreurs nocturnes, bouche ouverte, etc., en même temps qu'on note de la fièvre (T. 39° à 40°) et la tuméfaction douloureuse des ganglions angulo-maxillaires, des bourdonnements d'oreille et de la céphalée postérieure. On peut se demander si la fièvre ganglionnaire de Pfeiffer et Comby est autre chose qu'une manifestation de l'adénoïdite.

A l'examen on constate la rougeur diffuse du pharynx, mais le signe pathognomonique consiste dans le muco-pus qui descend du pharynx nasal et tapisse la paroi pharyngée postérieure. Au bout de deux à trois jours tout rentre dans

l'ordre ou bien l'affection devient chronique, l'écoulement muco-purulent persiste avec du *hem*, parfois l'haleine est légèrement fétide.

Les causes les plus fréquentes sont : le coryza aigu, les inflammations de la bouche et du pharynx, l'éruption dentaire chez les enfants, enfin les maladies aiguës qui débutent par le nez et la gorge, comme la rougeole et la scarlatine.

Les complications sont nombreuses; elles sont auriculaires, pulmonaires, où gastro-intestinales; elles peuvent donner lieu à des symptômes de cachexie. Il y a une véritable infection par le muco-pus absorbé par la muqueuse du pharynx.

Le traitement, comme dans l'amygdalite aiguë, consistera en repos au lit, diète, désinfection du tube intestinal et de la région malade. Chlorhydrate de quinine (cinq centigrammes par année d'âge). Il faut isoler l'enfant. Localement, lavages du nez, très doux; ils doivent plutôt être des bains que des irrigations; enseigner avec grand soin aux parents la manière de les faire; en outre on peut mettre dans le nez des pommades iodolées ou dermatolées à 1/20e. Dans les formes chroniques insufflations nasales de poudre d'Aristol et sucre de lait, tamisés, parties égales.

Quand l'adénoïdite est primitive, essentielle, le traitement médical suffit; s'il y a de la chronicité il faut recourir au traitement chirurgical. La conduite à tenir est ici la même que dans les inflammations des amygdales palatines. On a conseillé le séjour au bord de la mer.

M. Gellé. — M. Helme a surtout en vue les adénoïdites chez les enfants, or j'ai vu des arthritiques avoir des bourdonnements dus très nettement au gonflement du bourrelet adénoïdien de l'ouverture de la trompe.

M. Lubet-Barbon. — Je ne peux qu'approuver les idées émises par M. Helme. Parfois il faut enlever des amygdales pharyngées non hypertrophiées, mais sujettes à des poussées inflammatoires répétées. Mais je proscris les irrigations nasales qui peuvent contaminer l'oreille, surtout lorsque le malade fait des mouvements de déglutition qui ouvrent la trompe.

M. Moure. — A mon avis on ne doit pas conseiller l'air marin aux adénoïdiens; ils s'en trouvent en général fort mal.

M. Helme. — Les lavages ne doivent être faits qu'avec une grande prudence, selon le conseil de M. Gellé; ils doivent être plutôt des bains. Pour l'action du climat maritime, que j'ai cité d'après la haute autorité du professeur Verneuil, je suis de l'avis de M. Moure. Depuis longtemps M. Gellé a signalé le mauvais effet de l'air marin chez les adénoïdiens auriculaires.

Hémorrhagie consécutive à l'ablation des végétations adénoïdes.

M. Beausoleil (Bordeaux). — L'hémorrhagie eut lieu cinq jours après l'opération, à deux reprises, et ne put être arrêtée que par le perchlorure de fer.

M. Castex. — La désinfection préalable a ici une grande importance; si, en effet, on opère au moment des poussées d'adénoïdite, on s'expose à des hémorrhagies.

M. Cartaz. — Les irrigations nasales, conseillées par M. Beausoleil, me semblent peu recommandables; ou elles passent et alors elles sont inutiles, ou elles ne passent pas et alors elles sont dangereuses. Les hémorrhagies tiennent à des causes bien variables, hémophilie, varices, poussées inflammatoires, etc.

M. Vacher. — Ce qui favorise les hémorrhagies c'est l'emploi de l'instrument tranchant; il faudrait pouvoir procéder par morcellement.

M. Wagniez. — C'est la muqueuse qui saigne et non le tissu adénoïde; en enlevant les tumeurs par le nez, par le procédé de Chiari, on n'a pas d'hémorrhagie.

M. Helme. — Dans trois cas d'hémorrhagies nous avons remarqué avec M. Lermoyez que la curette avait ramené une petite crête osseuse. S'agit-il du tubercule pharyngien anormalement exagéré ou d'une anomalie de la cloison, c'est ce que les recherches que nous avons entreprises sur le cadavre avec M. Lermoyez, pourront seules nous dire.

Exposé critique de quelques cas rares.

M. Castex. — Je passe en revue les faits spéciaux rencontrés dans ma pratique en 1894.

Au pharynx, je signale le rôle important du nervosisme compliquant des lésions peu graves (granulations, hypertrophies amygdaliennes).

Au larynx, j'ai souvent rencontré chez les tuberculeux l'usure par frottement réciproque du bord libre des cordes vocales. Nombre de malades avaient la voix eunuquoïde. J'insiste sur l'importance des pulvérisations antiseptiques, pour l'atténuation des divers symptômes de la tuberculose laryngée. Les cas de surmenage et fatigue vocale avec polypes consécutifs forment un chiffre important dans mes observations.

Au nez, j'ai souvent trouvé la scrofulose comme cause de la rhinite hypertrophique et les polypes muqueux comme le résultat de ce processus morbide. Les ozéneux ont présenté de fréquents érysipèles de la face. Les tumeurs adénoïdes m'ont paru occuper la paroi postérieure du naso-pharynx plus souvent qu'on ne le dit.

A l'oreille, je relève l'importance de l'hérédo-syphilis dans la genèse de certaines otites moyennes scléreuses. La plupart des cas d'otalgie étaient imputables à de mauvaises dentitions.

Dans les organes connexes, j'ai relevé plusieurs cas d'épithélioma de l'œsophage avec paralysie en adduction d'une des cordes et voix bitonale.

M. Hélot (Rouen). — J'ai observé souvent la raucité de la voix chez les enfants à la suite de la rougeole.

M. Joal. — Dans ce cas je crois qu'il faut en rechercher la cause dans l'adénopathie bronchique.

M. Raugé. — Certains enfants ont la voix rauque, sans qu'on puisse trouver le moindre trouble objectif du larynx, j'ai toujours constaté ce fait avec étonnement, n'en saisissant pas la cause.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 *août* 1895.

Présidence de M. Empis.

Angiome kystique de l'orbite; électrolyse; guérison.

M. Valude. — Les angiomes kystiques de l'orbite sont des tumeurs assez rares et difficiles, sinon impossibles à extirper en conservant l'œil; aussi le procédé indiqué dans les auteurs consiste-t-il à vider l'orbite de son contenu, œil et tumeur.

J'ai eu à soigner une jeune fille de quinze ans atteinte depuis cinq ans d'exophthalmie croissante causée par un angiome kystique de l'orbite gauche. Des ponctions, des incisions larges, des ponctions suivies d'une compression méthodique avaient été essayées mais inutilement.

Il ne restait plus qu'à employer l'extirpation après énucléation d'un œil doué d'une acuité égale à un tiers, ou à tenter une grave opération consistant à s'ouvrir un chemin vers l'orbite à travers la paroi osseuse externe de cette cavité, quand je songeai à employer l'électrolyse qui avait déjà été appliquée avec succès, dans un cas de ce genre, par Thompson.

Une première séance d'électrolyse amena une diminution si rapide, si considérable de l'exophthalmie que nous en fûmes surpris; une seconde séance huit jours après fut suivie d'une

disparition absolue de toute protrusion du globe. En moins de quinze jours guérison absolument complète et qui s'est maintenue. Le pôle négatif sous la forme d'une longue aiguille d'acier avait été introduit profondément dans l'orbite et dans l'épaisseur de la tumeur; le pôle positif était appliqué au voisinage sur la joue. Courant de quatre milliampères et demie pendant cinq minutes.

Recherches graphiques sur le mécanisme des fractures indirectes de la base du crâne.

M. Laborde, en son nom et au nom de MM. A. Chipault de Paris et J. Braquehaye de Bordeaux, adresse le résumé des recherches qui ont été pratiquées sous sa direction au laboratoire des travaux pratiques de physiologie de la faculté et qui rapprochent au point de vue mécanique les fractures indirectes de la base des fractures irradiées vulgaires, et en expliquent avec aisance tous les détails anatomiques.

Grossesse extra-utérine diagnostiquée au sixième mois; extraction d'un enfant vivant.

M. Pinard rapporte l'observation d'une femme nullipare chez laquelle la grossesse extra-utérine ne fut diagnostiquée qu'au sixième mois de la gestation. M. Pinard fit la laparotomie et trouva près de l'utérus très contractile et vide, quoique dilaté, une large tumeur dont l'enveloppe était mince comme une toile d'araignée, très vascularisée et contenant l'enfant. Il sutura le placenta au fond de la plaie qu'il laissa béante.

Le premier pansement fut fait onze jours après. Le deuxième jour commença l'élimination spontanée du placenta qui ne fut terminée que le trentième jour. Cette femme a pu se lever la cinquième semaine et actuellement elle est parfaitement guérie.

L'enfant commença à crier au bout d'un quart d'heure, il pesait 2,730 grammes. Le lendemain il tétait sa mère. Actuellement, il pèse 5,880 grammes.

Ce cas est intéressant parce qu'il est très rare de voir une grossesse extra-utérine chez une nullipare qui n'a jamais été malade. Ce qu'il faut retenir, c'est la mollesse du col, telle qu'un accoucheur des hôpitaux dix minutes avant la laparotomie, fit le diagnostic de grossesse intra-utérine.

La question du traitement est ici capitale. Après avoir fait le diagnostic de grossesse extra-utérine, j'ai attendu contrairement à ce que tout le monde admet. La formule de Weis est: toute grossesse extra-utérine doit être considérée comme une tumeur maligne; ma formule au contraire est : quand il y a grossesse extra-utérine, il faut opérer le plus tôt possible, c'est-à-dire qu'on a le droit de choisir ce moment. J'ai préféré attendre la fin de la circulation placentaire active. L'intérêt de la mère était ici seul en jeu. Au sixième mois le danger est aussi grand qu'à la fin de la grossesse et en attendant la fin on peut espérer quelquefois au moins sauver la vie de l'enfant, cependant le cas rapporté aujourd'hui par M. Pinard est le seul qui lui ait permis de réaliser son idéal.

Sur quoi faut-il s'appuyer pour fixer le moment de l'intervention; il faut prendre en considération l'époque de la grossesse quand on peut la connaître; il faut tenir compte du volume du kyste. Le moment le plus opportun de l'intervention paraît être dans le cours du neuvième mois.

Ce qui a fait préférer la laparotomie avec marsupialisation, c'est que cette méthode est beaucoup plus prudente. Il ne faut pas toucher au placenta et tout faire pour n'y pas toucher. L'élimination du placenta vivant se fait du dix-huitième au vingt-sixième jour comme dans le cas de placenta mort.

L'enfant au moment de sa naissance présente une dépression au niveau du maxillaire gauche. Dans les cas de ce genre on a souvent signalé des anomalies de ce genre, dix fois environ sur soixante cas. Actuellement cette anomalie a complètement disparu.

Fonctions de l'estomac étudiées sur un malade opéré de gastro-entérostomie.

M. G. Debove fait cette communication en son nom et au nom de M. Soupault. Il s'agit d'un homme de 37 ans qui depuis 4 ans paraissait atteint d'un ulcère de l'estomac. Le malade est très pâle, amaigri, le ventre est ballonné et lorsqu'on fait ingérer quelques aliments il se produit des contractions péristaltiques de l'estomac donnant lieu à des tuméfactions ondulatoires de la région épigastrique. Par la palpation on ne perçoit pas de tumeur. Se basant sur l'absence de cachexie, sur la conservation de l'appétit, sur la présence de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique, sur la forte proportion d'urée contenue dans l'urine, M. Debove élimina le diagnostic de cancer de l'estomac et admit qu'il s'agissait d'une cicatrice d'ulcère siégeant au pylore et développée chez un malade hyperchlorhydrique depuis plusieurs années.

Une gastro-entérostomie pratiquée le 20 janvier par M. Terrier montra que l'obstacle pylorique était de nature cancéreuse, qu'il existait au niveau du pylore une tumeur du volume d'une pomme, de coloration blanchâtre. On fit une gastro-entérostomie postérieure trans-méso-colique abouchant ainsi une partie de l'estomac voisine du pylore et située à la face postérieure de cet organe avec la première partie du jéjunum.

Cette observation est intéressante : 1° par la marche de la maladie qui semble indiquer qu'un cancer a succédé à un ulcère; 2° par l'heureuse influence de l'intervention chirurgicale; 3° par les résultats de l'exploration gastrique après l'intervention opératoire qui a montré que la stase n'a pas cessé, que le suc pancréatique et la bile refluent dans l'estomac et que ce reflux est sans inconvénient; 4° par l'engraissement rapide du malade (34 livres en moins de trois mois) malgré le trouble des fonctions mécaniques (les aliments ne passant plus par le pylore) et des fonctions chimiques (l'absence d'acide chlorhydrique supprimant la peptonisation par le suc gastrique) de l'estomac.

Opération césarienne et hystérectomie abdominale totale.

M. Guermonprez (Lille) ayant à soigner une femme enceinte, atteinte de myome utérin, fit l'opération césarienne, obtint un enfant qui est aujourd'hui encore vivant, et termina par une hystérectomie abdominale totale. L'opérée a guéri. On peut donc substituer cette intervention à l'opération de Porro. La technique opératoire est la même que pour l'hystérectomie abdominale totale hors de la grossesse; il faut seulement tenir compte de la vascularité plus grande de l'utérus.

M. R. Blache fait une communication sur la protection de l'enfance dans le département de la Seine.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 28 *juillet* 1895.

Présidence de M. Féré.

Recherches expérimentales sur le vératrol de synthèse.

MM. H. Surmont et **A. Vermesch.** — Ce corps (éther diméthylique de la pyrocatéchine dont le gaïacol est l'éther méthylique) jouit de propriétés antiseptiques que les auteurs ont étudiées vis-à-vis de quelques espèces pathogènes. Les bacilles du choléra, de la fièvre typhoïde, de la diphthérie y sont assez sensibles. Le bacille pyocyanique et le staphylococcus pyogenes aureus sont aussi impressionnés par ce produit, mais moins énergiquement. Le bacille de la tuberculose humaine ne pousse que fort mal en présence du vératrol, et si l'on agite avec ce produit des crachats tuberculeux qu'on injecte ensuite au cobaye, les animaux qui reçoivent ces crachats vératrolés meurent avec un retard considérable (plus de quarante jours dans un cas) sur les animaux témoins. Le vératrol est soluble dans l'alcool, l'éther, les huiles. On peut en préparer une solution aqueuse au centième en ayant soin de le dissoudre dans deux centimètres cubes d'alcool à 95°.

Au point de vue physiologique, le vératrol est peu toxique, environ trois fois moins que le gaïacol, mais il est un peu plus caustique. Il peut s'absorber par les voies respiratoires en inhalations, par le tube digestif, le tissu cellulaire sous-cutané, la peau en badigeonnages. Il s'élimine par les poumons, la muqueuse de l'estomac et de l'intestin, les reins. On

peut le caractériser dans l'urine. Sans action physiologique marquée à petites doses, il détermine à dose moyenne de l'ivresse et de la titubation. A dose forte, il plonge les animaux dans le coma. Sous son influence, le rhythme respiratoire s'accélère, la pression artérielle diminue, la température s'abaisse légèrement.

Appliqué en badigeonnages sur la peau des animaux fébricitants, le vératrol abaisse la température. Cette action n'est pas sous l'influence des nerfs périphériques; elle persiste après la section du sciatique se rendant à la patte badigeonnée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 31 *juillet* 1895.

De l'appendicite.

M. P. Reynier. — Depuis la dernière discussion sur l'appendicite, j'en ai recueilli vingt-deux observations et j'ai dû intervenir dans seize cas, dont trois d'entre eux se sont terminés par la mort ; de ces trois morts, l'une a été causée par la tuberculose deux mois après l'opération. Chez tous les malades que j'ai opérés, il existait du pus; deux fois l'appendicite était nettement tuberculeuse et cinq autres fois elle l'était probablement en raison des symptômes généraux que l'on notait.

En présence de ces seize cas d'appendicite suppurée, il semblerait que l'on ne devrait pas hésiter à intervenir, toutes les fois que les symptômes le commandent. Toutefois il faut tenir compte des guérisons spontanées, qui ne sont pas contestables et, pour ma part, j'en ai souvenir de plusieurs cas, dont l'un intimement personnel. On ne devra donc recourir à l'opération que s'il y a certitude que l'état des malades doit en être amélioré. En tout cas je crois que l'intervention doit être limitée à la recherche du pus sans trop insister sur la découverte de l'appendice et sur les ruptures d'adhérences.

En général, je donne la préférence à l'incision latérale ; cependant, en présence de collections éloignées, qui peuvent être dépendantes ou indépendantes du foyer cæcal, la laparotomie médiane est préférable. En résumé, notre manière d'agir doit varier suivant la forme de l'appendicite et les complications qui l'accompagnent.

M. Schwartz. — Laissant de côté les appendicites à répétition dont j'ai opéré treize cas avec succès, je ne m'occuperai que des appendicites aiguës et subaiguës. Elles se présentent sous deux grandes formes. L'une qui offre les allures de la péritonite généralisée septique, contre laquelle nous sommes désarmés ; et l'autre qui est constituée par un ou plusieurs épanchements sans caractères infectieux, mais cependant pouvant être mortelle. J'en ai vu et incisé cinq cas, dont quatre se sont terminés par un décès.

J'ai observé neuf appendicites enkystées que j'ai traitées et guéries par l'incision. Celle-ci doit être précoce dès qu'on en aura reconnu les symptômes.

Parmi les particularités que j'ai notées, je citerai dans un cas d'appendicite aiguë l'incision d'une collection lombaire qui est restée deux ans fistuleuse, une autre fistule stercorale qui a persisté une quinzaine de jours, et enfin un appendice atrophié que j'ai trouvé sur une jeune fille, qui avait présenté antérieurement les symptômes de l'appendicite et que j'opérais plus tard d'une hernie.

M. Reclus. — Je ne dirai qu'un mot de l'appendicite à répétition, qui aurait dû être laissée de côté dans cette discussion. On n'a pas assez insisté sur les difficultés que présente son manuel opératoire ; sur quatre opérations de ce genre, que j'ai pratiquées depuis quelque temps, trois fois ce n'est qu'avec peine que je les ai menées à bonne fin. En ce qui concerne les appendicites provoquant des péritonites généralisées, je n'en ai observé qu'un cas ; je m'abstiendrai donc d'en parler. J'ajouterai, néanmoins, que les péritonites septiques me paraissent déjouer toute espèce de traitement et je suis, à ce point de vue, surpris de la statistique publiée par M. Tuffier.

Pour les collections qui siègent autour de l'appendice, elles se révèlent presque toujours par de l'empâtement. C'est un symptôme que j'ai constamment rencontré et qui m'a guidé pour l'incision. Dans les vingt-sept cas que j'ai opérés d'après ce signe, j'ai toujours rencontré du pus et des adhérences ; il faut avoir soin d'inciser le plus près de l'arcade de Fallope. Toutefois, la constatation de l'empâtement ne doit pas seule faire prendre le bistouri ; il est des circonstances où il n'indique pas sûrement la présence du pus.

La question des abcès à distance est d'une certaine importance et nous connaissons le travail de Geister qui les a bien étudiés. Ils doivent être recherchés avec soin, mais à la condition qu'on ne fasse courir aucun danger ; j'en dirai autant de l'appendice, qu'on réséquera, quand il sera facile de la découvrir. Tous ces points de l'appendicite ont été naguère discutés et je vois avec quelque regret que la discussion actuelle ne nous a guère plus éclairés que nous ne l'étions auparavant.

M. Poirier. — J'ai opéré par la méthode de Roux treize malades atteints d'appendicite ; deux d'entre eux ont succombé.

Dans tous les cas, il existait du pus. Chez l'un, un foyer purulent siégeait à trente centimètres de la région cæcale ; chez un autre, c'est à travers la vessie que j'ai pu atteindre la collection.

M. Tuffier. — Je ne veux pas répéter ce que j'ai déjà dit au sujet des péritonites généralisées ; je les ai observées telles que j'en ai donné la relation. Quant aux abcès à distance, il faut distinguer, comme l'a fait M. Brun, entre ceux qui sont en rapport avec le foyer cæcal et ceux qui en sont indépendants.

M. Jalaguier. — Voy. page 373.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

RÉUNION LIBRE DES CHIRURGIENS DE BERLIN

Séance du 10 *juin* 1895.

Traitement opératoire de l'ankylose du coude.

M. J. Wolff. — La résection typique du coude dans les ankyloses fibreuses ou osseuses, rebelles au traitement non sanglant, n'a pas jusqu'à présent donné de résultats satisfaisants ; assez souvent l'ankylose se reproduisait ou bien encore, l'opération a eu pour résultat définitif de remplacer l'ankylose par une articulation flottante. On a donc essayé de modifier la technique opératoire ; de là la multiplicité des procédés parmi lesquels on peut signaler ceux de Watson, d'Ollier, de Defontaine, de Vogt.

Personnellement M. J. Wolff a essayé de traiter six cas d'ankylose de coude, dont quelques-uns datant de plusieurs années, par un nouveau procédé consistant essentiellement dans la simple section des brides osseuses ou fibreuses qui s'opposent aux mouvements, sans toucher aux surfaces articulaires proprement dites. Toutes ces sections sont faites dans la plaie ouverte au fur et à mesure que les mouvements imprimés à l'articulation font reconnaître les obstacles.

Ce procédé appliqué dans six cas d'ankylose a donné trois succès complets avec rétablissement intégral du mouvement et une amélioration considérable (deux cas d'ankylose fibreuse et deux cas d'ankylose osseuse) ; par contre, dans deux autres cas d'ankylose osseuse, l'opération n'eut aucun effet.

Le nombre de cas n'est pas grand ; pourtant si l'on prend la proportion de guérisons (quatre sur six), on doit admettre que le procédé en question doit être essayé avant d'entreprendre la résection proprement dite.

M. Wolff insiste sur ce fait que si, après la résection des surfaces articulaires, ces dernières peuvent quelquefois se reproduire, on ne peut pourtant pas prévoir cette issue heureuse. Avec son procédé la conservation des surfaces articulaires est certaine, et l'opération garantit le succès presque d'une façon certaine quand l'ankylose est fibreuse.

Résection du sacrum pour cancer.

M. Kœrte rapporte l'observation d'une femme qui, quelque temps après une chute sur les fesses, commença à éprouver des douleurs dans la région du sacrum. A l'examen fait au commencement du mois d'octobre 1893, M. Kœrte trouva une tumeur, grosse comme un poing, de la région sacrée. La tumeur n'adhérait pas à la peau, mais avait aplati le rectum sans adhérer à ce dernier.

Six jours après M. Kœrte extirpa la tumeur après avoir désarticulé le coccyx et sectionné le releveur de l'anus. La tumeur, examinée sous le microscope, fut reconnue pour un myxosarcome mou.

La malade guérit de l'opération, pour revenir un an plus tard avec une récidive dans la cicatrice. L'opération montra que le néoplasme récidivé n'était pas en rapport avec la cicatrice osseuse et que cette dernière était recouverte par un tissu fibreux lisse.

Dans un autre cas opéré par M. Kœrte, et où la malade attribuait le développement de la tumeur à un traumatisme datant de trois ans, le sacrum était transformé en une tumeur molle. L'opération a consisté dans ce cas en un grattage du sacrum suivi de cautérisation au thermocautère. La récidive, survenue dix-huit mois après l'opération, rendit nécessaire la résection du sacrum.

Kyste hydatique de la rate.

M. Hahn a rapporté un cas de kyste hydatique de la rate, qui s'est présenté dans des conditions un peu particulières.

Il s'agit d'une femme de trente-cinq ans, bien portante, qui a eu huit enfants, chez laquelle se développa après le dernier accouchement une tumeur dans le flanc gauche. La tumeur, des dimensions d'une tête d'enfant, était lisse, très mobile et pouvait être repoussée en haut sous les côtes, en bas jusque dans la région inguinale. Elle était fluctuante, indolore, arrondie; pourtant à la palpation on pouvait sentir très vaguement qu'elle se terminait en bas par un bord tranchant.

Rien du côté du cœur ni des poumons; un amaigrissement assez marqué en tant qu'expression d'un mauvais état général.

Laparotomie, et par une pression exercée au niveau de la région lombaire, la tumeur a pu être très facilement amenée hors de la plaie. On a pu alors constater qu'il s'agissait d'une tumeur kystique de la rate, développée sur la face concave de l'organe et ayant amené une atrophie pour ainsi dire complète du parenchyme liénal. Grâce à la longueur du pédicule et à l'absence des adhérences, le hile fut sectionné et le pédicule réintégré dans l'abdomen.

La tumeur était un kyste hydatique. La malade guérit sans complications.

En compulsant la littérature, M. Hahn a trouvé soixante-dix cas de kystes hydatiques de la rate, dont trente-trois ont été opérés. La ponction suivie d'injections de liquide est l'intervention qui réussit le moins et donne la mortalité la plus élevée : neuf morts sur vingt-deux cas, soit une mortalité de 49 0/0. Les résultats sont déjà meilleurs avec la simple incision : deux morts sur quinze cas. Enfin sur six cas où l'on avait fait la splénectomie, on a eu quatre guérisons et deux morts. Si l'on songe encore que quatre splénectomies pour kystes hématiques de la rate, ont donné quatre guérisons, on peut en conclure que la splénectomie est encore l'opération de choix dans les kystes hydatiques de la rate.

Quant au choix entre l'incision et la splénectomie dans les kystes hydatiques de la rate, M. Hahn pense que la première, l'incision en un ou deux temps doit être faite chaque fois que la tumeur est entourée d'adhérences nombreuses, inextricables. Par contre, dans les cas de tumeurs mobiles ou facilement mobilisables, la splénectomie doit être préférée à l'incision.

Cancer et sérum streptococcique.

M. Koch rapporte quatre cas de cancers inopérables traités sans succès par le procédé de Coley. Dans tous ces cas, l'effet des injections a été à peu près nul.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme à laquelle on avait fait, à six mois d'intervalle, une résection du maxillaire supérieur et une résection du maxillaire inférieur pour carcinome. Les injections faites pour une récidive ont semblé à un moment arrêter la marche de la tumeur ; celle-ci reprit pourtant au bout de quelque temps son évolution normale et la malade ne tarda pas à succomber.

Le second cas est celui d'une femme atteinte d'un carcinome inopérable de l'utérus. Ici encore les injections n'eurent aucun effet. Il en a été de même du troisième et du quatrième cas où il s'agissait d'un sarcome du fémur et d'un carcinome de la glande thyroïde.

Spina bifida.

M. Joachimsthal a présenté un enfant atteint de spina bifida latent, présentant les deux particularités suivantes : la position latérale de la fente, l'existence d'une travée osseuse fermant la fente par en haut.

L'enfant, un garçon de neuf ans, présente à onze centimètres de l'anus une saillie ronde qui, à la seule inspection, donne déjà l'impression d'un spina bifida. Cette saillie existait déjà au moment de la naissance de l'enfant. Si l'on palpe avec le doigt la série des apophyses épineuses, on sent au niveau de l'arc vertébral de la troisième vertèbre lombaire, une fossette qui occupe la face latérale gauche de l'arc. La moitié droite de l'arc de la quatrième vertèbre lombaire est saillante, se prolonge au delà de la ligne médiane et se termine à un centimètre et demi de cette dernière sous forme d'une saillie libre sous laquelle le doigt pénètre facilement. La cinquième vertèbre lombaire a la même conformation que la troisième.

Les apophyses épineuses du sacrum sont normales. Il n'existe pas de troubles fonctionnels du côté des membres inférieurs.

SOCIÉTÉ DERMATOLOGIQUE DE BERLIN

Nævus linéaire.

M. Alexander montre un garçon de quatre ans qui présente sur la moitié droite du tronc une série de nævi papillaires linéaires.

Dans le dos les nævi forment deux lignes correspondantes au trajet des onzième et douzième côtes, et deux autres qui suivent l'une la crête iliaque, l'autre une ligne traversant obliquement la fesse. Sur la partie antérieure on trouve trois lignes de nævi : l'une courbe, correspondant plus ou moins au bord inférieur du ventre, l'autre suivant le pli inguinal, la troisième traversant obliquement le ventre.

Les excroissances qui forment ces lignes sont assez élevées et ne correspondent ni au trajet des nerfs ni à la limite de divers domaines de la distribution des nerfs. Ce cas montre donc que l'origine nerveuse des nævi linéaires n'existe pas dans tous les cas.

M. Blaschko n'admet pas non plus l'origine nerveuse des nævi linéaires.

M. Lewin fait observer qu'on trouve dans la littérature un certain nombre de cas où la distribution des nævi linéaires correspondait bien au trajet des nerfs. Personnellement il a eu aussi l'occasion d'observer plusieurs cas de ce genre.

Chancre syphilitique extra-génital.

M. Saül présente un homme de soixante-quinze ans, entré, il y a quelques mois, à la clinique du Dr Blaschko pour un chancre syphilitique des gencives, localisé au niveau des incisives moyennes. A l'examen on trouvait en même temps une roséole et des plaques muqueuses dans la bouche. Le malade fut soumis aux injections intra-musculaires de salicylate de mercure, et bien qu'il eût une rétinite syphilitique, la vue a pu être conservée.

Les cas de chancre des gencives sont rares, et les statistiques donnent un cas sur deux cent quatre-vingt six chancres extra-génitaux.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

N° 33 — 14 AOUT 1895 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction
Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

BORDEAUX

(Année scolaire 1894-1895).

81. — M. Lambert. De l'uréthrectomie dans les rétrécissements péniens. — M. Vary dit Farvacque. Hernies de la vessie à travers l'urèthre. — M. Degos. De la péritonite à pneumocoques primitive ou isolée. — M. Cardeillac. Des modifications urinaires consécutives aux injections de sérum antidiphthérique. — M. Ginestet. Contribution à l'étude des traumatismes de l'oreille moyenne.

86. — M. Audignon. Considérations sur l'hélénine dans son emploi comme médicament. — M. Terrade. Etude sur l'amygdalite lacunaire ulcéreuse aiguë. — M. Delmas. Maladies infectieuses aiguës et paralysie générale. Contribution à l'étude étiologique de la paralysie générale. — M. Daroux. Indications et résultats du curettage dans les inflammations chroniques de l'utérus. — M. Nouvel. De la pathogénie des kystes du vagin.

91. — M. Vignes. Contribution à l'étude du carcinome de l'ovaire. — M. Mourié. Contribution à l'étude du cancer primitif du voile du palais et de la luette. — M. Pitot. Des accidents osseux de la dent de sagesse. Contribution à l'étude de leur pathogénie. — M. Bezian. Du traitement du spina bifida en général et de l'excision en particulier. — M. Faugère. Etude critique sur le tempérament.

96. — M. Moringlane. Contribution à l'étude de la congestion idiopathique du poumon chez l'adulte. — M. Wolters. Contribution à l'étude du sulfonal (revue générale. Toxicologie). — M. Couturier. Contribution à l'étude de l'hépatopexie. — M. Ribière. Etude sur le fluorol ou fluorure de sodium. Son application en thérapeutique oculaire. — M. Lestage. Contribution à l'étude des déplacements du cœur consécutifs aux épanchements pleurétiques avec fixation définitive de l'organe.

101. — M. Cornet. Etude historique et critique des anesthésiques locaux de la vessie. — M. Pillet. De l'emploi du perchlorure de fer au dixième dans le traitement de la métrite hémorrhagique. — M. de la Chapelle. Contribution à l'étude des variations thermiques constatées à la région plantaire. — M. Dutoya. Des manifestations morbides de l'alimentation surabondaute. — M. Dubourdieu. Des idées de grandeur dans la mélancolie.

106. — M. Darroux. Des rapports de la neurasthénie avec l'artério-sclérose. — M. Pussacq-Larcebau. Etude sur les tumeurs bénignes du pharynx buccal et inférieur. — M. Pujos. Contribution à l'étude du traitement du bec-de-lièvre. — M. Portes. Quelques considérations sur le cancer de l'utérus sur son traitement par le violet et le bleu de méthylène d'après la méthode du professeur Mosetig-Moorhof de Vienne. — M. Laffitte. De quelques cas de gangrène pulmonaire consécutifs à la grippe.

VARIÉTÉS

Fièvre typhoïde. — A Lille, le Dr Calmette vient de reconnaître l'existence du *bacterium coli* dans les eaux qui servent à l'alimentation. Une épidémie de fièvre typhoïde sévissant assez gravement, le Dr Napias a été envoyé en mission dans le but de rechercher si l'épidémie de fièvre typhoïde était bien due au *bacterium coli* et non au *bacille d'Eberth* que l'on ne retrouve pas. Il sera intéressant de connaître les résultats de cette enquête.

Association pour l'avancement des sciences. — La séance officielle d'inauguration du 24e Congrès de l'Association pour l'avancement des sciences, tenu à Bordeaux, a eu lieu à l'Athénée, sous la présidence de M. Emile Trélat.

M. le maire de Bordeaux a rappelé que c'est dans cette ville qu'après nos désastres, en 1871, l'Association tint son premier congrès. Il compare la situation qu'avait alors l'Association naissante, à sa prospérité d'aujourd'hui.

M. Trélat prononce ensuite un discours sur l'hygiène et la salubrité.

La section de médecine de l'association, présidée par M. Pitres (Bordeaux), a nommé présidents d'honneur MM. Hénocque (Paris), Villar (Marseille) et Duplouy (Rochefort); vice-présidents MM. Pézy (Toulouse) et Chaumier (Tours); secrétaires MM. Cazin, Abert (Paris), et Prioleau (Brives).

Hôpitaux de Rouen. — Le concours pour une place de chirurgien-adjoint des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le Dr Magniaux.

Le chirurgien général Billings, de l'armée des Etats-Unis, vient de demander sa mise à la retraite; au mois d'octobre, ce très distingué confrère quittera le Army Medical Museum dont il est administrateur, et la Library of the surgeon general's Office dont il est bibliothécaire, institutions qu'il a faites ce qu'elles sont par son habileté et par son dévouement.

Avant de prendre sa retraite, le chirurgien général Billings espère terminer le dernier volume de l'index catalogue, immense et précieux travail dont la profession médicale tout entière doit être reconnaissante au gouvernement des Etats-Unis, à son Army Medical Department et avant tout au Dr John Shaw Billings. En prenant sa retraite, le Dr Billings ne cessera pas de travailler. Il a accepté la chaire d'hygiène à l'Université de Pensylvanie.

Affaire médico-judiciaire. — Un procès impliquant une question intéressante de responsabilité médicale se plaide en ce moment à Bruxelles. Voici l'affaire résumée en quelques lignes :

Un praticien de la capitale traitait une personne qui avait des pertes utérines. Un professeur, appelé en consultation, conseille un curettage; cette opération est acceptée par le mari. La femme entre dans un institut pour être soumise au raclage. Au cours de l'opération, les médecins s'aperçoivent (après dilatation du col) qu'il y avait carcinome utérin et ils décident *stante pede* de faite l'hystérectomie totale sans demander l'avis de la patiente (qui était endormie) ni du mari absent. La malade a succombé à une hémorrhagie. Le mari a réclamé 50,000 fr. de dommages-intérêts. Le ministère public a conclu à ce qu'on lui en alloue 5,000 (*cinq mille*)!

L'affaire en est là et le jugement sera rendu à huitaine. Voilà qui n'est pas fait pour encourager les médecins à pratiquer des opérations dites d'urgence (*Le Scalpel*).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité d'anatomie humaine, publié sous la direction de PAUL POIRIER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chef des travaux anatomiques, chirurgien des hôpitaux, par MM. A. CHARPY, A. NICOLAS, A. PRENANT, P. POIRIER, T. JONNESCO. Tome III, fascicule II.

Contribution à la pathogénie de l'arthritisme, par le Dr HENRY CAZALIS, médecin à Aix-les-Bains. Paris, O. Doin, éditeur. Grand in-8° de 40 pages. Prix : 2 francs.

REVUE DES CONGRÈS

Toxines et affections nerveuses. — *Paraplégie spasmodique, épilepsie spinale, troubles vésicaux, etc., hémorrhagies du cerveau, de la moelle, d'origine bactérienne et expérimentale.* Communication au Congrès de médecine interne, par A. Charrin.

La question des myélites infectieuses, mise à l'ordre du jour du Congrès de Bordeaux, permet de mesurer les progrès accomplis dans ce domaine de la neuropathologie, depuis le jour où a été réalisé expérimentalement le premier accident nerveux d'origine bactérienne, à savoir la paralysie pyocyanique.

On peut, à coup sûr, discuter le mécanisme de cette paralysie; on peut se demander, avec le professeur Bouchard, s'il ne s'agit pas là, en raison de la fréquence des arthropathies du genou, d'un phénomène réflexe; on peut aussi, en se basant sur la bilatéralité habituelle des symptômes, sur la forme paraplégique, sur les troubles trophiques, vésicaux, sur une série de particularités rares dans ces paraplégies réflexes, on peut aussi rejeter cette interprétation, d'autant plus que dans des cas des plus rares, il est vrai, mais indiscutables, on ne décèle pas de lésions appréciables macroscopiquement.

Quoi qu'il en soit de ce mécanisme, il n'en demeure pas moins établi que les cultures stérilisées du bacille pyocyanogène injectées dans le sang ou sous la peau du lapin, font apparaître une incapacité motrice, d'abord légère, qui, par la suite, devient absolue; cette incapacité motrice frappe ordinairement les membres postérieurs, les deux, ou quelquefois un seul; elle s'accompagne, dans la majorité des cas, d'une augmentation des réflexes, d'une rétraction spasmodique, de troubles sensitifs discrets, d'arthropathies, d'incontinence d'urine, d'atrophie musculaire, du moins apparente, d'ulcérations en général minimes, du reste assez rares, d'une diminution dans les réactions électriques, etc. En somme, ces cultures stérilisées déterminent la naissance de désordres nets, précis, définis, toujours semblables à eux-mêmes.

Or, à l'époque où j'ai publié ces faits (*Acad. sc.*, 1887 et *Soc. biol.* 3 mars 1888), leur portée était considérable. Non seulement on n'avait jamais réalisé de phénomènes de cet ordre, en injectant des sécrétions microbiennes, mais la doctrine des produits solubles considérés comme causes des symptômes morbides, au cours de l'infection, était à peine assise.

En 1884, le professeur Bouchard avait, en poussant dans les veines l'urine des cholériques, fait apparaître les principaux signes de l'affection. — Pour les cultures, on ne citait guère que l'expérience de Pasteur, occasionnant la somnolence de la poule, en lui administrant les bouillons où avait vécu l'agent pathogène d'une septicémie qui sévit chez les oiseaux, après avoir privé ces bouillons de cet agent.

Toutefois, il me sera permis de remarquer que la paralysie pyocyanique, étudiée, décrite dans tous ses détails cliniques, constitue un accident infiniment moins vulgaire, moins facile à créer que cette somnolence si aisée à développer; de l'un à l'autre de ces accidents, il y a la distance qui sépare un symptôme spécifique, pathognomique, d'un signe banal, de troisième ordre, d'autant plus que j'avais fait naître, en même temps que cette paralysie, les autres troubles de la maladie que provoque le bacille du pus bleu, à savoir la fièvre, l'albuminurie, l'entérite, etc.

Depuis cette époque (1), on a inoculé une foule d'agents pathogènes; on a injecté une série de toxines; on a causé des paralysies multiples avec le streptocoque, le staphylocoque, le bacille du côlon, celui de la diphthérie, le virus de la rage, etc., ou les sécrétions de ces agents.

Au point de vue clinique, au point de vue pathogénique, rien n'a été ajouté; Roux et Yersin ont montré que ces toxines, génératrices de paralysies, s'éliminaient par les urines; mais, déjà, le professeur Bouchard avait donné la même démonstration pour les toxines pyocyaniques.

Toutefois, il convient de le dire, un desideratum demeurait à combler; on ne parvenait pas à déceler de lésions, de signature anatomique univoque, pas plus qu'on n'en découvre dans l'hystérie, dans la maladie de Landry, dans des myélites aiguës, etc.

Loin de nous la pensée de supposer que ces lésions n'existent pas; nous n'accusons qu'un défaut de technique. Ne voit-on pas tous les jours, avec les perfectionnements de technique, des altérations médullaires, cérébrales, périphériques, se révéler là où, la veille encore, aucune détérioration n'était apparue?

Quoiqu'il en soit, de 1889 à 1895, avec les travaux de Roger, Gilbert, Lion, Bourges, Vaillard, Vincent, Thoinot, Ballet, Enriquez, et de bien d'autres, on a relevé des altérations, les unes systématiques, les autres diffuses, les unes cellulaires, les autres conjonctives ou vasculaires, les unes localisées, insulaires, les autres généralisées. — Dans le cerveau, on a enregistré des inflammations, mais ces inflammations se sont presque toujours montrées comme l'œuvre des agents vivants plutôt que de leurs sécrétions. — Il en est de même de cellules des méninges que d'Abundo, que Ducamp, que Charrin, etc., ont engendrées. — Relativement aux espaces sous-méningés, j'ai reconnu, avec Chauveau, Tedeschi, Nanotti, etc., que ces espaces constituaient un milieu favorable à nombre de bactéries; quand on introduit le bacille du pus bleu par cette voie, la marche est rapide; il est vrai que l'inhibition entre peut-être en ligne de compte.

A cet égard, et pour établir que tout est possible, rappelons que pour beaucoup d'auteurs, des manifestations névropathiques, hystériformes, etc., sont favorisées par les toxiques microbiens.

Toutefois, le plus ordinairement, il y a lésion et les processus anatomiques que l'on rencontre dans le système nerveux sont multiples; à côté des dégénérescences systématiques il y a les tumeurs, les ramollissements, les hémorrhagies, etc.

Les faits que je publie aujourd'hui prouvent que l'infection, que les toxines sont capables de les déterminer, en particulier les hémorrhagies.

Déjà, en 1891, j'ai fait connaître, avec Laborde, à la Société de biologie, l'histoire d'un lapin qui, à des troubles paralytiques peu accentués, avait joint des phénomènes de tournoiement.

L'autopsie vérifia le diagnostic; on découvrit une hémorrhagie pédonculaire; cet animal avait reçu du virus pyocyanique.

Plus récemment, cette année même, j'ai présenté, à cette même Société de biologie, un second lapin également pyocyanisé. Ce lapin était atteint de la paraplégie spasmodique que nous avons décrite; toutefois il offrait, en outre, en dehors de troubles trophiques marqués du côté des ongles, une épilepsie spinale des plus prononcées; dès qu'on le soulevait par les oreilles, surtout dès qu'on irritait les orteils, un tremblement rythmique se manifestait. — On voyait également ces orteils s'écarter,

(1) Si le premier accident nerveux a été obtenu en injectant des toxines pyocyaniques, c'est aussi à l'aide de ce virus que Charrin et Rüffer ont établi l'influence du névraxe, de ses lésions sur l'infection (9 mars 1889), fait vérifié par nombre d'auteurs.

puis se rapprocher par une série de mouvements rappelant l'athétose.

Je ne crois pas, au point de vue clinique, qu'on ait jamais signalé l'infection expérimentale comme cause de cette épilepsie spinale ou de ces mouvements athétosiques.

A l'autopsie, on a décelé une vessie dilatée, épaissie, à colonnes; il y avait eu une longue rétention, accompagnée d'albuminurie. De plus, il existait une néphrite double ascendante, avec uretères élargis, surtout à gauche; de ce côté, le rein pesait trois grammes dix centigrammes de plus que l'organe symétrique.

Mais la lésion capitale consistait dans une hématomyélie, dans un vaste foyer hémorrhagique intramédullaire sectionnant, pour ainsi dire, la moelle en deux, au niveau de la région dorso-lombaire, avec dégénérescence descendante.

Ces lésions cadrent parfaitement avec les résultats de l'observation; les phénomènes enregistrés sont classiques; il est inutile, au point de vue de la physiologie pathologique, de les interpréter longuement; les réflexes devaient être et étaient exagérés; les spasmes existaient et devaient exister.

En revanche, ce qui est plus intéressant, c'est la reproduction expérimentale, à l'aide de poisons bactériens, de foyers hémorrhagiques dans les centres nerveux.

Ces foyers ne sont pas rares au cours de ces infections; on saisit leur genèse, quand on sait que les sécrétions bacillaires sont vaso-constrictives (1) ou vaso-dilatatrices, quand on sait que ces sécrétions élèvent ou abaissent la pression, altèrent le sang, les capillaires, agissent sur la vitesse du courant circulatoire, détériorent le myocarde (voir Charrin, *Congrès de Berlin*), font osciller son volume, amenant parfois des dilatations considérables; ces phénomènes ne sont-ils pas capables de nous expliquer ces hémorrhagies, comme ils sont propres à faire comprendre les souffles, les bruits de galop, les anévrysmes, les asystolies, les endocardites les myocardites des maladies infectieuses?

En somme, de jour en jour, l'expérimentation éclaire de plus en plus la pathologie nerveuse, en particulier l'expérimentation microbienne. — Ces recherches nous apprennent que les germes peuvent agir par eux-mêmes; on les retrouve dans les centres, pendant l'affection ou peu de jours après; le plus souvent ils disparaissent non sans avoir lésé les cellules, directement, traumatiquement, par eux-mêmes, ou par concurrence vitale, ou par des anémies, des congestions, attribuables aux embolies capillaires, aux désordres vaso-moteurs, ou plus encore par leurs sécrétions; ces cellules lésées continuent leur évolution morbide, alors que les agents ou leurs produits ont disparu.

Les changements anatomiques les plus variés peuvent être la conséquence de ces interventions.

On peut observer de simples paralysies réflexes, succédant à des arthropathies infectieuses; on peut enregistrer des lésions très délicates, à peine visibles; on peut ne pas découvrir de modifications; on peut constater des inflammations aiguës ou chroniques, cellulaires ou conjonctives ou vasculaires; on peut rencontrer des dégénérescences qui, à l'exemple des autres détériorations, frappent le cerveau, la moelle, les nerfs, les méninges; on peut découvrir les altérations les plus banales, des hémorrhagies, dont l'importance, en dehors de leur volume, dépend beaucoup de la dignité du tissu siège de ces extravasations.

(1) Voir Bouchard, Charrin, Gley. *Traité de médecine*; puis Arloing, Courmont, etc.

Il n'est pas sans intérêt de rappeler avec le professeur Raymond, que, dans la convalescence des fièvres éruptives, de la rougeole, en particulier, on peut voir de pareils accidents hémorrhagiques se réaliser.

Ainsi la Clinique, invoquée dès 1882 par Marie, pour éclaircir la genèse des affections du névraxe, marche d'accord avec l'expérimentation.

Les myélites infectieuses au point de vue expérimental, rapport présenté au Congrès de médecine interne, par le Dr L. Vaillard, médecin principal de l'armée, professeur au Val-de-Grâce.

I

La question des rapports qui unissent certaines affections intrinsèques de la moelle aux processus infectieux étudiés en pathologie est ouverte depuis bientôt vingt ans. On peut dire qu'elle a été posée dès 1876, lorsque Fournier eut fait connaître l'affinité du tabes pour la syphilis. Bientôt après, en 1879, Kahler et Pick signalaient la survenance fréquente de la sclérose en plaques à la suite des maladies aiguës et lui assignaient déjà pour cause l'action sur les centres nerveux de l'agent infectieux qui a déterminé l'affection provocatrice. Développant ensuite cette donnée, mais avec plus d'ampleur, Marie s'est efforcé d'établir que la sclérose insulaire trouve le plus souvent son origine dans une maladie infectieuse antécédente. Plus tard, il a étendu encore la portée de cette notion pathogénique en l'appliquant à la plupart des affections médullaires. « A part les maladies familiales et la sclérose latérale amyotrophique, on peut dire, a-t-il écrit, que toutes les affections de la moelle sont dues *soit à une infection, soit à une intoxication venue du dedans ou du dehors.* » L'idée était neuve, Marie l'a soutenue avec tant d'insistance et de conviction que le mérite doit lui rester d'en avoir été le véritable promoteur.

A vrai dire, cette opinion ne reposait que sur des présomtions; elle parut quelque peu aventureuse. Il semblait à beaucoup d'esprits que la pathologie nerveuse constitue un domaine prohibé aux entreprises du microbe, et l'on mit, peut-être, un peu trop d'insistance à le protéger contre l'intrusion de ces infiniment petits qui avaient déjà conquis une si large place en médecine. On s'imaginait mal un agent infectieux, un microbe, installé à demeure dans la moelle et provoquant les diverses maladies aiguës ou chroniques de cet organe. S'il en est ainsi, pensa-t-on, il doit être possible de déceler sur place, après la mort, cette cause vivante de la maladie. Or, aucune preuve de ce genre n'était fournie.

Cependant, du jour où furent connues les toxines microbiennes, leur action élective sur certains éléments et leurs effets à longue échéance, on put croire que cette acquisition nouvelle ne serait pas sans éclairer la pathogénie des troubles nerveux consécutifs aux maladies infectieuses. C'était déjà une notion bien assise que des poisons minéraux ou végétaux agissent sur le système nerveux et produisent des altérations, soit dans les nerfs périphériques, soit dans la moelle elle-même. Le plomb provoque en certains cas des lésions des cornes antérieures (Von Monakow, Œller, Oppenheim); l'ergotisme, des altérations très analogues à celles du tabes (Tuczek); la pellagre, des scléroses médullaires ou l'atrophie des cellules ganglionnaires (Tuczek); le lathyrisme des paralysies spasmodiques. Les poisons microbiens ne pouvaient-ils donc agir comme les toxines végétales avec lesquelles ils offrent souvent tant d'analogies? Des faits recueillis par Charrin au cours de ses études sur le bacille pyocyanique (1887-88) ne tardèrent pas à étayer cette hypothèse. Charrin montrait, en effet, que l'on obtient des paralysies motrices chez le lapin en lui injectant dans les veines *soit le microbe, soit les substances solubles qu'il sécrète.*

De ce jour, un corps était donné à l'idée jusque-là indécise et flottante qui avait cherché dans un processus infectieux la cause prochaine de mainte affection du système nerveux central. Cette hypothèse a trouvé depuis lors de tels appuis qu'il est désormais difficile de ne pas la considérer comme une vérité étiologique.

Notre tâche est précisément de l'établir, moins il est vrai par des preuves empruntées à la clinique humaine que par les enseignements déduits de la pathologie animale et de l'expérimentation. Ceux-ci démontrent, en effet, que les agents infectieux interviennent pour déterminer des affections médullaires et qu'ils peuvent agir de deux manières;

1° Par leur culture localisée dans telle ou telle région de la moelle;

2° Par leur toxine qui, diffusée dans l'organisme, impressionne les éléments constitutifs de la moelle.

A cet égard, l'histoire de la diphthérie et celle du tétanos ont établi que la toxine capable d'actionner le système nerveux peut être élaborée dans un point très restreint et souvent fort éloigné de l'axe médullaire.

II

Certains virus se localisent d'une manière constante, et presque exclusive, sur le système nerveux.

L'exemple de la rage est bien connu depuis les travaux du laboratoire de M. Pasteur. Les centres nerveux sont le siège véritable du virus rabique, le milieu par excellence où s'effectue sa pullulation. La maladie n'éclate que lorsque le virus y est parvenu et s'y est cultivé. Etant donnée cette localisation si spéciale du virus rabique dans les centres nerveux et les altérations que sa culture y détermine, on peut considérer que les symptômes de la rage traduisent l'existence d'une encéphalo-myélite infectieuse.

Aussi probante, mais moins connue peut-être, est la Dourine, ou maladie du coït.

La Dourine est une maladie propre aux équidés reproducteurs. Très contagieuse, elle se transmet presque infailliblement d'un animal à l'autre par le coït, et donne lieu parfois à de graves épidémies; elle est inoculable non seulement au cheval, mais au chien, comme l'a établi Nocard.

Son évolution clinique est caractéristique. Chez le mâle, le début se marque par l'œdème du fourreau et du pénis, avec un certain degré d'urétrite; chez la femelle, par l'œdème de la vulve et le catarrhe vaginal. Ces symptômes initiaux sont en rapport avec la localisation première du virus; ils persistent de un à trois mois. Bientôt après survient l'amaigrissement progressif des muscles du train postérieur avec voussure de la colonne vertébrale. L'animal devient nonchalant; si on l'exerce à l'allure du trot, il présente parfois des flexions spasmodiques du boulet. Sur différentes régions du corps se produisent des éruptions cutanées d'un caractère spécial : ce sont des plaques saillantes, œdémateuses, indolores, qui apparaissent brusquement et disparaissent de même, après cinq ou huit jours, sans laisser de traces. Alors aussi les groupes ganglionnaires accessibles (ganglions de l'aine, du creux poplité, de l'entrée de la poitrine, de l'auge, etc.) se tuméfient et deviennent le siège d'un engorgement mou, torpide, indolore. L'amaigrissement se prononce, et déjà aussi, même au repos, s'accusent les troubles de la motilité, avant-coureurs de la paralysie terminale. La raideur du train postérieur, la parésie s'accentuent de plus en plus. Les membres postérieurs sont incapables de supporter l'animal; celui-ci se couche pour ne plus se relever, conservant encore sa sensibilité et quelques mouvements affaiblis. La mort survient dans le marasme vingt ou trente jours après le début de la paralysie amyotrophique du train postérieur qui constitue le symptôme dominant de la période ultime. L'évolution de la maladie est apyrétique. Au cours de la phase cachectique, on peut observer des fractures spontanées.

Indépendamment de la fonte musculaire et de l'engorgement ganglionnaire, les lésions caractéristiques ont pour siège l'axe spinal. « Dans toute l'étendue de la cavité rachidienne, on trouve une grande quantité de liquide albumineux, roussâtre, un peu gélatiniforme, surtout abondant au niveau des renflements brachial et lombaire. Dans les méninges, le liquide céphalo-rachidien est plus abondant qu'à l'état normal. La moelle présente toujours des parties ramollies où les substances blanche et grise sont réduites en une bouillie rougeâtre. D'après Tanhoffer, de Buda-Pest, la Dourine se caractériserait anatomiquement par une myélite hémorrhagique. » (Nocard.)

Or, fait important dans l'espèce, la matière nerveuse des points ramollis de la moelle est *virulente*, comme Nocard l'a établi dès 1888. Inoculée aux équidés, elle provoque chez ces animaux les symptômes et les lésions typiques de la Dourine; inoculée dans la chambre antérieure de l'œil des chiens, elle détermine des paralysies amyotrophiques variées et la mort en un délai variant entre six semaines et vingt-cinq mois après l'infection.

Voilà donc une maladie contagieuse, inoculable, dont les symptômes dominants (paralysie amyotrophique, troubles trophiques cutanés et osseux) dérivent d'une altération grossière de la moelle due à l'évolution *in situ* du virus propre à l'affection. Ce virus n'est pas encore parfaitement connu, mais son existence est rendue certaine par les inoculations expérimentales. Dans les conditions naturelles de l'infection, il se transmet par la voie génitale; c'est de là qu'il se répand ensuite dans le système lymphatique et le névraxe, où on le retrouve après la mort.

Jusqu'ici, on ne connaît chez l'homme aucune maladie (à part la rage) dont la cause infectieuse présente la même affinité constante pour les centres nerveux. Il est établi toutefois que l'agent animé de quelques maladies envahit parfois la moelle et provoque des myélites à marche rapide. Le bacille typhique hante assez fréquemment ces parages. Curschmann l'y a rencontré chez un typhoïdique qui avait succombé avec des symptômes de paralysie ascendante aiguë; nous l'avons trouvé deux fois dans la moelle de sujets atteints de paralysie des membres inférieurs au cours de leur maladie. Certaines infections secondaires s'appesantissent plus particulièrement sur la moelle. Auché et Hobbs, puis Œttinger et Marinesco ont trouvé en abondance le streptocoque dans la moelle de varioleux morts de myélite aiguë, et ces derniers auteurs ont bien décrit les lésions parenchymateuses déterminées par le microbe. Ces faits de la pathologie humaine sont instructifs; ils font saisir sur le fait les rapports de causalité qui existent entre les maladies infectieuses et les affections médullaires subséquentes.

III

L'inoculation aux animaux de divers microbes pathogènes peut provoquer, en outre des symptômes propres à chaque infection, des paralysies de forme variable, liées le plus souvent à certaines lésions caractérisées de l'axe médullaire. Les faits qui l'établissent sont devenus si nombreux qu'il y a bien lieu d'en être frappé.

Le premier exemple a été fourni par Charrin, à propos du bacille pyocyanique; mention en a été déjà faite. Presque au même moment, Roux et Yersin démontraient que l'injection sous-cutanée du poison diphthérique détermine des paralysies localisées ou extensives; ces auteurs n'ont pas recherché le déterminisme anatomique de ces accidents, mais les recherches ultérieures ont prouvé qu'ils peuvent se rattacher à des lésions centrales.

Par la suite, les constatations du même genre se multiplient. Grancher, H. Martin et Ledoux-Lebard observent des phénomènes paralytiques après l'inoculation de cultures très atténuées ou même mortes de tuberculose aviaire; Gilbert et Lion, après l'inoculation de la tuberculose humaine au cobaye.

Injectant dans les veines du lapin la culture d'un bacille rencontré chez un malade mort d'endocardite, Gilbert et Lion obtiennent une fois sur trois des paralysies plus ou moins tardives. Ces mêmes auteurs observent des effets semblables chez les animaux qui survivent à l'infection par le bacille d'Escherich : sur huit lapins, quatre succombent après avoir présenté des phénomènes paralytiques. Plus récemment, Thoinot et Masselin ont fourni sur le même sujet une étude expérimentale très complète qui constitue une source de renseignements pour l'histoire générale des myélites infectieuses; on y trouve, en outre, des faits concernant les paralysies dues à l'injection intra-veineuse du staphylocoque pyogène doré.

H. Vincent rapporte un exemple de poliomyélite antérieure déterminée par l'inoculation au lapin du bacille d'Eberth associé à un microbe isolé de la rate d'un typhoïdique.

L'étude de l'infection streptococcique a été fertile à ce point de vue. Dès 1888, Manfredi et Traversa avaient signalé l'apparition d'accidents paralytiques ou convulsifs passagers chez les grenouilles, lapins ou chiens, auxquels ils injectaient des cultures stérilisées du streptocoque. Plus tard, nous

observions au cours de recherches sur la grippe que l'inoculation du streptocoque dans les veines du lapin est parfois suivie de paralysie flasque du train postérieur. Les recherches ultérieures ont montré toute l'importance que pouvait acquérir l'infection streptococcique dans la pathogénie des accidents médullaires. Avec un streptocoque de virulence amoindrie, H. Roger détermine chez tous les lapins une myélite systématique se traduisant par l'atrophie musculaire des membres postérieurs. Bourges, opérant avec un streptocoque sans virulence, obtient chez un lapin une myélite qui détruit presque entièrement le renflement lombaire, altère sur une grande longueur les cellules des cornes antérieures et se manifeste par une paralysie complète, amyotrophique, du train postérieur, avec relâchement des sphincters et eschare fessière. Au cours de cette année, Widal et Besançon ont publié les résultats de leurs recherches sur le même sujet. Sur cent seize lapins inoculés avec des streptocoques de provenance diverse, sept, soit 6 0/0, ont présenté des symptômes paralytiques consistant, tantôt en paraplégies flasques, tantôt en paraplégies avec contracture, toujours accompagnées d'amaigrissement musculaire. Dans cet important mémoire, les auteurs étudient minutieusement les lésions élémentaires présentées par la moelle des animaux atteints.

Le bilan des myélites expérimentales est donc déjà riche. Il serait oiseux de rapporter en détail chacun des faits constatés; mieux vaut en résumer les enseignements dans un examen d'ensemble. D'ailleurs, quel que soit le microbe sur lequel on a expérimenté, les paralysies obtenues ont présenté un certain nombre de caractères communs qu'il est facile de synthétiser.

Mode d'apparition. — Les troubles médullaires se manifestent à des époques variables après l'infection.

Parfois ils sont précoces; c'est au cours ou vers la fin de la maladie artificiellement provoquée que survient l'atteinte médullaire, et celle-ci paraît contemporaine des autres altérations viscérales. D'autre fois, le plus souvent peut-être, ils s'établissent à titre d'accident tardif. Les animaux ont fait les frais de l'infection grave ou mitigée à laquelle ils ont été soumis, la fièvre est tombée et la santé tend à reprendre son équilibre normal lorsque quinze jours, un mois, deux mois après la guérison apparente, se déclarent brusquement et sans raison tangible les premiers symptômes de la maladie qui va évoluer. Dans un fait observé par Thoinot et Masselin, le début des accidents a été retardé jusqu'au sixième mois après l'infection expérimentale (coli-bacille).

En quelques cas, dont l'intérêt mérite d'être souligné, l'inoculation de l'agent microbien n'est suivie d'aucun symptôme saisissable; la paralysie devient pour ainsi dire la première manifestation clinique de l'infection (Widal et Besançon; streptocoque). Une infection méconnue ou inconnue peut donc devenir le point de départ de troubles médullaires qui sembleront nés sans cause.

Caractères symptomatiques. — Les troubles médullaires présentent une physionomie assez variée.

Très ordinairement c'est une paralysie flasque, amyotrophique, intéressant presque toujours les deux membres postérieurs, quelquofois un seul membre; elle peut rester localisée ou se généraliser à tout le corps. Certains faits reproduisent le tableau clinique de la paralysie de Landry.

Parfois la paralysie est de nature spasmodique. Dans les expériences de Charrin (bac. pyocyanique), les animaux présentaient de la contracture, l'exagération des réflexes tendineux, sans amyotrophie. Widal et Besançon (streptocoque) ont également constaté des paralysies rigides : deux fois les contractures étaient généralisées à tout le corps et s'exagéraient par paroxysmes; une fois elles affectaient la forme hémiplégique.

Les faits rapportés par H. Roger (streptocoque) se distinguent des précédents en ce que les accidents nerveux ont consisté uniquement dans l'atrophie des masses musculaires de l'arrière-train sans paralysie proprement dite.

Il importe de marquer qu'une même infection (streptocoque) provoque indifféremment des paralysies flasques et amyotrophiques, des paralysies avec contractures, des contractures seules, de l'atrophie musculaire sans paralysie véritable.

Tantôt ces divers troubles sont transitoires et disparaissent sans laisser de traces; tantôt, le plus souvent, ils sont durables et se terminent par la mort de deux jours à deux mois après le début. En général, l'évolution de la maladie surajoutée est assez rapide. Elle se poursuit habituellement dans l'apyrexie; cependant Widal et Besançon mentionnent que la fièvre n'a jamais manqué pendant toute la durée des accidents nerveux.

Lésions médullaires. — D'après Charrin et Babinski, les paralysies spasmodiques consécutives à l'inoculation du bacille pyocyanique ne se lient à aucune lésion appréciable des centres, des nerfs ou des muscles; la même observation a été faite par Gilbert et Lion à propos des paralysies produites par un microbe trouvé dans un cas d'endocardite.

Tous les autres expérimentateurs signalent l'existence de lésions très accusées dans les diverses parties composantes de la moelle.

Ces lésions se concentrent d'une manière prépondérante ou presque exclusive sur les cellules ganglionnaires de l'axe gris et particulièrement sur les grandes cellules des cornes antérieures; elles se traduisent par des états différents de la cellule qui ne sont sans doute que les étapes successives d'un même processus, car on les trouve réunies dans le même segment d'organe : dégénérescence granuleuse, transformation vacuolaire du protoplasma avec altération manifeste du noyau, état vitreux de la cellule, atrophie de l'organite et de ses prolongements. Le développement de ces altérations peut être très rapide; dans un cas de Toinot et Masselin, il n'a pas fallu plus de quinze heures pour amener les cellules ganglionnaires à un état vacuolaire très prononcé. On doit remarquer l'identité complète de ces lésions élémentaires avec celles qui ont été relevées par Achard et Soupault dans les paralysies alcooliques à forme aiguë.

La substance blanche est fréquemment, mais non toujours, intéressée. Dans les faits de Thoinot et Masselin (coli-bacille), ses altérations se sont montrées fort inconstantes; lorsqu'elles existaient, elles se caractérisaient par le gonflement moniliforme, la déformation ou la vacuolisation du cylindre axe, sans qu'il y eût parallélisme entre l'état de la substance grise et celui de la substance blanche. Par contre, les cordons blancs ont toujours paru plus ou moins atteints chez les lapins de Widal et Besançon (streptocoque). Les tubes nerveux étaient frappés isolément ou par îlots. Les altérations du cylindre axe ont paru être les premières en date; elles aboutissent à l'atrophie du tube.

La névroglie des substances grise et blanche est très généralement intacte, ou bien si elle est modifiée, c'est d'une manière légère et fort accessoire. Jamais on n'y constate l'accumulation de cellules migratrices; nulle part il n'y a trace de multiplication des cellules fixes. Enriquez et Hallion sont les seuls à mentionner l'existence de foyers de sclérose névroglique avec destruction des fibres nerveuses chez deux chiens qui avaient reçu la toxine diphthérique.

Les vaisseaux sont toujours épargnés; ils peuvent être hyperémiés, dilatés, hémorrhagiés, mais leurs parois ne sont ni altérées, ni enflammées, jamais ils ne présentent d'infiltration leucocytaire dans leur épaisseur ou leur périphérie. Cette intégrité des vaisseaux contraste étrangement avec l'opinion maintes fois émise que les lésions vasculaires ou périvasculaires constituent la marque des désordres produits par les agents infectieux et caractérisent en quelque sorte leur mode d'action.

Les altérations précédentes sont habituellent disséminées, sans foyers véritables; elles peuvent occuper toute la hauteur de la moelle, mais se montrent plus marquées au niveau des renflements et surtout du renflement lombaire. Les expérimentateurs les décrivent invariablement sous le nom de *myélites*. Il est difficile de dire si cette désignation est justement appliquée; il le serait plus encore de définir exactement ce que l'on doit entendre aujourd'hui par *myélite* au point de vue anatomo-pathologique.

Pathogénie des myélites expérimentales, — Les troubles médullaires expérimentaux ont été obtenus soit par l'inoculation de cultures vivantes (c'est le cas le plus ordinaire), soit par l'injection de cultures stérilisées et ne contenant plus que les produits solubles de la vie microbienne.

Les cultures vivantes ont toujours été introduites par la voie sanguine, c'est-à-dire la voie la plus propre à disséminer immédiatement les bactéries. Apportés avec le sang dans le système nerveux central, certains microbes s'y implantent et peut-être colonisent ensuite. Tel semble avoir été le cas des expériences de Thoinot et Masselin. Ces auteurs ont recherché vingt fois le coli-bacille dans l'axe bulbo-spinal des animaux qui mouraient paralytiques; quelle que fût la durée de la survie, ils l'y ont toujours constaté par l'ensemencement des parcelles de moelle, même chez un lapin dont la paralysie apparut six mois après l'infection. « L'axe médullaire serait, d'après Thoinot et Masselin, le dernier refuge du coli-bacille qui peut ne subsister que là. » De même le staphylococcus pyogenes aureus a toujours été constaté par eux dans la moelle des animaux infectés avec le microbe. L'intérêt de ces renseignements eût été plus grand si les auteurs avaient établi par l'examen microscopique les rapports des microbes avec les lésions constatées. Malgré cette lacune, l'observation n'en garde pas moins son importance : deux microbes différents abordent la moelle par la voie sanguine, tous deux y prennent pied jusqu'à l'évolution finale de la paralysie qu'ils ont provoquée.

Mais les faits obtenus avec d'autres microbes se produisent suivant un mode différent. H. Vincent injecte dans les veines d'un lapin le bacille d'Eberth associé à un microbe pathogène indéterminé ; l'animal succombe rapidement à une paralysie amyotrophique envahissante, et, au moment de la mort, les microbes inoculés ne sont pas constatés dans la moelle. Widal et Besançon spécifient que chez les lapins devenus paralytiques après l'inoculation du streptocoque, le microbe n'a *jamais* été trouvé dans la moelle, ni par l'examen microscopique, ni par les cultures; et, cependant, dans quelques cas il existait dans le sang et les viscères. La présence ou la culture du microbe dans le tissu nerveux n'est donc pas une condition nécessaire pour que des lésions se produisent ; il suffit que les éléments nerveux soient actionnés par la substance toxique élaborée par la bactérie en d'autres points de l'organisme : tel est assurément le cas des expériences de H. Vincent, Widal et Besançon, comme l'indiquent ces auteurs.

C'est d'ailleurs une notion très certaine qu'une toxine microbienne agit comme le microbe qui l'a sécrétée pour engendrer des paralysies. Charrin les a obtenues en utilisant indifféremment le bacille pyocyanique ou ses produits solubles. Les paralysies diphthériques étudiées par Roux et Yersin étaient consécutives à l'injection de la toxine diphthérique, et c'est avec cette dernière que Enriquez et Hallion ont produit les lésions médullaires dont il a été fait mention. Manfredi et Traversa ont déterminé des accidents paralytiques ou convulsifs en injectant aux animaux des cultures stérilisées du streptocoque. Enfin, Grancher a observé des paralysies chez les lapins auxquels il inoculait des cultures mortes de la tuberculose aviaire.

La plupart des bactéries pathogènes agissant surtout par le poison qu'elles sécrètent, il y a lieu de présumer que celui-ci est la principale cause efficiente des lésions subies par les éléments nerveux. Ce poison est parfois sécrété dans la moelle, au cours d'une végétation microbienne locale ; il peut aussi être élaboré ailleurs, même dans un organe fort éloigné : la diphthérie en est un exemple typique. Le poison qui produira une paralysie au cours ou à la suite d'une maladie infectieuse pourra donc provenir d'une région fort distante de l'axe médullaire. Lorsque la maladie provocatrice aura pris fin, l'agent infectieux disparaîtra, mais les effets de sa toxine se manifesteront ultérieurement. Si la paralysie se termine par la mort, on ne trouvera pas de microbes dans la moelle; cependant la filiation sera directe entre l'infection antécédente et la myélite qui lui succède.

De l'exposé qui précède découlent quelques conclusions.

L'intervention des microbes dans la genèse des affections médullaires ne doit plus être considérée comme une hypothèse; elle représente une notion vraie, démontrée à la fois par les faits de la pathologie humaine ou animale, et par les résultats de l'expérimentation.

Il existe des myélites qui méritent réellement l'épithète *d'infectieuses*. Les unes sont dues à l'envahissement de la moelle par un virus qui s'y cultive, les autres à l'action d'une toxine sécrétée au cours d'une maladie infectieuse précédente et dans un organe autre que l'axe médullaire; dans ce dernier cas, la myélite relève d'une intoxication, mais d'une intoxication de provenance bactérienne.

Les myélites infectieuses surviennent à des périodes différentes, parfois très éloignées, après l'infection qui leur ouvre carrière, et paraissent évoluer toujours suivant le mode aigu ou subaigu; elles peuvent aboutir à la rétrocession complète des accidents, mais ne se constituent pas en maladie chronique, lentement et graduellement progressive.

Les lésions qui les caractérisent portent presque uniquement sur les éléments parenchymateux, en premier lieu et principalement sur les cellules ganglionnaires des cornes antérieures. L'altération des tubes nerveux dans les faisceaux blancs est fréquente, mais inconstante; il est difficile de dire si elle traduit un simple procès dégénératif ou une altération protopathique. La névroglie est très généralement épargnée. Les lésions vasculaires sont nulles ou insignifiantes. Elles ne commandent donc pas les modifications présentées par les éléments nobles; ceux-ci semblent être seuls à subir les effets des sécrétions microbiennes et s'altèrent d'une manière isolée, indépendante.

Les lésions sont diffuses, mais se concentrent surtout au niveau des renflements.

Certains agents infectieux ont, plus que d'autres, l'aptitude à provoquer des paralysies. Tels sont, à part quelques virus spéciaux comme celui de la rage et de la dourine, le bacille de la diphthérie, le coli-bacille, le streptocoque, le bacille pyocyanique, le bacille typhique. Un même microbe peut donner lieu à des accidents nerveux de nature variée.

Parmi les animaux inoculés avec le même agent infectieux et d'une manière identique, tous ne présentent pas ultérieurement des accidents paralytiques. Des conditions inhérentes soit au sujet, soit au microbe, doivent rendre plus ou moins facile l'altération des éléments de la moelle. Sans doute, les cellules nerveuses des divers animaux ne sont pas également impressionnables par le même poison. D'autre part, aussi, la virulence d'un agent pathogène est soumise à des variations très étendues, depuis le degré le plus faible jusqu'au maximum ; le poison qu'il sécrète pourra donc singulièrement différer en énergie.

IV

Appliquer ces conclusions à l'interprétation des diverses myélites observées chez l'homme serait peut-être prématuré; du moins peut-on en déduire quelques aperçus d'une certaine vraisemblance.

(Ici M. Vaillard passe en revue les maladies dont on trouvera l'histoire développée dans le rapport de M. Grasset.)

De ces myélites, les unes résulteront d'une colonisation microbienne dans l'axe médullaire (myélite varioleuse : Auché et Hobbs, Œttinger et Marinesco), les autres auront pour cause la toxine élaborée par le virus qui a engendré la maladie provocatrice. La relation pathogénique entre ces deux ordres d'incidents s'établira avec d'autant plus de vraisemblance qu'un intervalle moins grand les séparera l'un de l'autre. Cependant, il est des poisons microbiens dont les effets sur les viscères, le rein par exemple, peuvent se manifester plusieurs mois après leur introduction dans l'organisme; par analogie, il est loisible de supposer que l'apparition des accidents médullaires sera parfois tardive. Il est des cas où ceux-ci débuteront avec toutes les apparences de la spontanéité, sans relation saisissable avec une maladie infectieuse reconnue; mais une infection peut être assez minime ou assez fruste pour rester ignorée et prêter cependant à la genèse d'une myélite, qui alors paraîtra spontanée.

C'est une notion bonne à retenir qu'une même infection peut donner lieu à des accidents nerveux de formes variées. L'expérimentation en a déjà fourni la preuve. L'histoire de la *maladie des jeunes chiens* dépose dans le même sens. On désigne sous ce nom, en vétérinaire, une affection contagieuse, inoculable, exprimée à la fois par une éruption cutanée et par des accidents inflammatoires portant sur les muqueuses et divers parenchymes. Indépendamment des symptômes essentiels qui la caractérisent, cette maladie se fait remarquer par la fréquence des troubles cérébraux ou médullaires qui compliquent son évolution. Or, ces troubles sont de

nature très diversifiée : dépression nerveuse, alternatives de coma et d'excitation, chorée, convulsions épileptiformes, contracture musculaire, paraplégie, monoplégie. Tantôt ces phénomènes se lient à des lésions grossières du système nerveux central (hyperémie, œdème, exsudats séreux, foyers de sclérose médullaire), tantôt ils paraissent indépendants de toute altération appréciable.

. . . .

L'interprétation qui semble vraie pour les myélites aiguës ou subaiguës est-elle également admissible pour les myélites à marche essentiellement lente et chronique, dont l'évolution progressive se mesure par des années?

Les relations de la sclérose en plaques avec une maladie générale éteinte depuis un temps plus ou moins long est un fait que Marie s'est attaché à démontrer; il l'explique par un rapport étroit de causalité entre les deux incidents successifs: la sclérose en îlots serait une maladie d'origine infectieuse. Cette opinion appelle quelques remarques.

Les lésions de la sclérose insulaire se singularisent par leur nature. Elles fournissent le type achevé de la sclérose névroglique avec conservation des cylindres-axes et portent tout particulièrement sur la substance blanche; en outre, la distribution des îlots scléreux semble régie par les altérations vasculaires. Ces caractères diffèrent entièrement de ceux que l'on peut attribuer aux myélites infectieuses expérimentales; mais cet argument n'a qu'une valeur relative, car on ne saurait prétendre que l'expérimentation actuelle ait reproduit tous les faits possibles.

Un autre point mérite considération. L'évolution de la sclérose insulaire, presque toujours lente et graduelle, embrasse une période de plusieurs années; elle admet la formation successive de nouveaux îlots scléreux. Dans certains cas dont le début est lointain, on trouve, écrit Marie, des plaques de faibles dimensions offrant tous les caractères de plaques jeunes, et, sur d'autres points des centres nerveux, des îlots fortement sclérosés ayant tout l'aspect de plaques anciennes; ce que l'auteur explique par l'hypothèse suivante : l'agent morbide doit séjourner au niveau de chaque plaque, puisqu'il semble y continuer son action d'une manière indéfinie ; il persiste dans l'organisme et s'y propage encore au bout d'un temps plus ou moins long, puisque la maladie progresse d'une façon continue et présente des aggravations subites qui semblent indiquer une nouvelle poussée de lésions. Ce langage est clair et signifie que la maladie est sous la dépendance d'un parasite qui habite la moelle, vit au milieu des îlots scléreux.

L'hypothèse est peut-être exacte; mais en science on ne saurait admettre comme vrais que les faits démontrés, et, jusqu'ici, l'opinion de Marie reste à l'état de théorie. Si les recherches de l'avenir ne lui fournissent pas la preuve attendue, il est à craindre que la pathogénie de la sclérose insulaire ne puisse mieux s'expliquer par l'action de la toxine élaborée au cours de la maladie infectieuse antécédente. Les toxines ne persistent pas dans l'organisme où elles sont introduites, elles ne s'y entretiennent pas comme un virus vivant. La maladie infectieuse terminée, le poison microbien cesse d'être produit; ses effets pourront être tardifs, mais ils ne se manifesteront pas indéfiniment. Comment, dès lors, interpréter par l'intervention d'un poison qui a cessé d'agir depuis plusieurs années cette néoformation incessante, parfois très retardée, d'îlots scléreux?

Des réserves du même genre s'appliqueront à l'atrophie musculaire progressive dont H. Roger a cru devoir faire ressortir l'analogie, bien lointaine il est vrai, avec l'amyotrophie qu'il provoquait chez les lapins par l'inoculation du streptocoque.

La pathogénie du tabes considéré dans ses rapports avec la syphilis échappe à tout commentaire : la cause vivante de la syphilis reste jusqu'ici impénétrable, et toutes les hypothèses sont plausibles à l'égard d'un virus qui s'entretient si longtemps agressif dans l'organisme.

Résumé du rapport sur les myélites infectieuses en pathologie humaine, résumé du rapport présenté au *Congrès de médecine interne*, par le Dr Grasset, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

Chargé de présenter au Congrès, dans ce Rapport, un point de départ pour la discussion sur les *myélites infectieuses*, je prendrai la question au seul point de vue *clinique*, laissant l'anatomie et la physiologie pathologiques des cas spontanés et des cas expérimentaux à mon corapporteur, dont la compétence est si universellement et légitimement reconnue.

De plus, je laisserai volontairement et entièrement de côté la *syphilis* et la *tuberculose*; non certes que je ne considère ces deux maladies comme infectieuses, mais parce que ces deux grosses questions, qui ne sont pas sans analogies entre elles, des localisations médullaires de la syphilis et de la tuberculose sont tout à fait distinctes des autres maladies infectieuses, ont une histoire à part et mériteraient d'être séparément mises à l'ordre du jour des prochains Congrès.

J'essaierai donc simplement de démontrer quelques propositions qui me paraissent résumer la doctrine clinique actuelle des myélites infectieuses.

Tout d'abord, il paraît établi qu'il y a un rapport fréquent de cause à effet entre l'infection sous ses diverses formes et les diverses myélites, en donnant au mot myélite son sens le plus ancien et le plus général, qui comprend à la fois les myélites aiguës et les myélites chroniques, diffuses ou systématisées.

La démonstration rigoureuse de cette proposition ne date réellement que de ces dernières années.

Les anciens médecins connaissaient et avaient décrit les « paralysies dans les maladies aiguës ». Mais tous ces faits ne peuvent pas servir à une démonstration comme celle que nous avons à fournir.

Nous savons aujourd'hui que beaucoup des paralysies observées à la suite ou dans le cours des maladies aiguës, ou mieux des maladies infectieuses (aiguës ou chroniques), ne sont pas dues à des myélites.

Beaucoup sont névrosiques (hystérie infectieuse), et l'hystérie peut simuler toutes les maladies organiques du système nerveux. D'autres sont liées à une lésion anatomique de régions du système nerveux, autres que la moelle, comme l'encéphale et surtout les nerfs.

On sait combien le diagnostic différentiel est difficile, même pour les neurologues les plus exercés, entre certaines myélites, certaines polynévrites et certaines névroses.

Dès lors, il est impossible de faire ce départ d'une manière rigoureuse et scientifique dans les observations qui ne sont pas accompagnées du contrôle *post mortem*.

Nous n'admettrons donc, pour notre démonstration, que les *observations avec autopsie*.

Parmi les faits anciens, nous n'en citerons que deux: en 1827, un d'Ollivier d'Angers de myélite postpneumonique, et en 1856, un de Gull de myélite consécutive à la blennorrhagie.

En 1860, le mémoire classique de Gubler, qui a été l'occasion du travail d'Imbert Gourbeyre, ouvre une ère plus moderne et plus scientifique.

Il contient un grand nombre d'observations personnelles bien prises; mais, en allant au fond des choses, on voit encore qu'il ne peut pas nous servir. La plupart des malades ont guéri, et le diagnostic de myélite est impossible à affirmer. Quelques-uns sont morts; mais, dans aucune des autopsies rapportés, nous n'avons trouvé de document médullaire ayant une valeur.

Peu après commencent à apparaître les observations avec autopsie qui peuvent être utilisées pour notre démonstration.

Dans ces observations, l'auteur n'a pas toujours la préoccupation de rattacher la myélite à l'infection; mais en historien complet, il rapporte la maladie infectieuse et puis la myélite qui est démontrée *post mortem*.

Ces faits, qui comprennent à peu près toutes les maladies infectieuses, et à peu près aussi toutes les maladies de la moelle, nous les retrouverons dans les paragraphes suivants. C'est grâce à eux que, depuis vingt-cinq à trente ans, on a commencé à écrire avec précision l'histoire des myélites infectieuses. Ici, nous nous bornons à signaler le mouvement clinique considérable, et qui dure encore.

Ce mouvement clinique a été très heureusement complété par l'expérimentation, dont je ne dois pas parler en détail, mais dont il faut dire un mot, parce que c'est elle qui est venue très opportunément compléter la démonstration de la proposition inscrite en tête de ce premier chapitre.

Ces faits expérimentaux, rapprochés des observations cliniques rapportées plus haut, me semblent bien établir qu'*il y a un rapport fréquent de cause à effet entre l'infection sous ses diverses formes et les diverses myélites, la démonstration de cette proposition ne se faisant qu'avec des observations suivies d'autopsie.*

C'est la *variole* qui paraît avoir fourni les meilleures observations scientifiques de myélite infectieuse. Sept de nos faits avec autopsie appartiennent à cette infection. Ce sont ceux de Roger et Damaschino, Westphal, Auché et Hobbs, Œttinger et Marinesco, Widal et Besançon.

Voilà un faisceau de faits suffisamment démonstratifs de myélite postvarioleuse. On en cite d'autres moins concluants. Une autopsie incomplète faite par Kiener en 1871 sur un malade de Chalvet, des faits sans autopsie où une paralysie ascendante aiguë enlève des convalescents de variole (Bernhardt, Gros, de Grandmaison).

Enfin, nous pouvons mentionner aussi les faits de sclérose en plaques, développée après la variole. Ce sont les observations de Westphal, dont l'approche un fait de Charcot et Bourneville (1869).

Sans exagérer la valeur démonstrative de ces faits, on peut bien dire que la variole détermine des myélites.

Si le début de la localisation médullaire est le plus souvent tardif, postérieur à la dessiccation et fréquemment en pleine convalescence, on voit aussi la myélopathie apparaître dès les premiers jours de la maladie.

Dans cette dernière catégorie de faits rentreraient les cas de paraplégie, signalés par Trousseau notamment, à la phase initiale rachialgique de l'infection.

Marfan a publié un cas de myélopathie consécutif à la *varicelle*; mais l'étiologie infectieuse est trop complexe dans cette observation pour qu'elle soit démonstrative.

Les faits démonstratifs sont rares pour la *rougeole* et la *scarlatine*.

Je citerai cependant celui de Barlow avec autopsie : paralysie ascendante aiguë débutant au troisième jour et tuant au onzième de la rougeole. — Foyers de myélite disséminée.

On peut en rapprocher les observations (sans contrôle nécropsique) de Bergeron : quarante-deux jours après l'éruption, paralysie ascendante qui entraîne la mort ; de Liégeard : au commencement de la convalescence, paralysie généralisée à marche aiguë ascendante, suivie de guérison ; de Négrié...

Les classiques mentionnent des observations de paraplégie, de paralysie infantile, de sclérose en plaques, d'atrophie musculaire (Ormerod), de paralysie circonscrite à deux muscles symétriques (Rendu)...

Bayle qui a réuni les faits connus sans ajouter de nouvelle autopsie qui puisse nous servir, conclut, pour la date d'apparition, que les paralysies « rares au début et au cours de la maladie, surviennent six fois sur sept pendant la convalescence ou à son début ».

Pour la scarlatine, Wurtz cite un cas de Weissemberg de méningite rachidienne qui entraîna la mort en trois heures et en rapproche la rachialgie persistante constatée une fois par Sanné.

Nous ne consacrons pas de paragraphe spéciale aux *oreillons* parce que nous n'avons pas d'observation de myélite ourlienne avec autopsie. On trouvera des faits sans autopsie dans le livre de Comby.

A première vue, on croirait les documents beaucoup plus considérables pour la *fièvre typhoïde*.

C'est en effet une des maladies infectieuse qui entraîne le plus fréquemment des paralysies, et nombreuses sont les observations publiées.

Mais si on soumet tout cela à une critique scientifique sévère, on ne trouve pas beaucoup de faits démonstratifs.

Les preuves positives de la myélite posttyphoïdique se réduisent aux suivantes :

Expérimentalement, Vincent a déterminé une myélite ascendante à type de Landry avec le bacille d'Eberth associé à un microbe pathogène d'espèce indéterminée, isolé *post mortem* de la rate d'un typhoïdique.

Cliniquement. Ebstein raconte l'histoire d'un homme (quarante-quatre ans) qui fut atteint de fièvre typhoïde intense avec perte de connaissance prolongée. Pendant la convalescence apparurent les symptômes de la sclérose en plaques, qui fut confirmée par l'autopsie.

Curschmann, dans un cas de paralysie spinale aiguë ascendante, survenue pendant l'évolution d'une dothiénentérie, a trouvé des bacilles d'Eberth dans la moelle.

Enfin, on pourrait joindre les faits de méningite spinale éberthienne comme celui de Honl.

Si on ajoute encore quelques faits sans autopsie mais qui sont probants, on peut dire que les myélites posttyphoïdiques existent, mais qu'elles sont beaucoup moins fréquentes qu'on ne l'a cru jusqu'à présent, ou du moins les preuves certaines de leur existence sont beaucoup moins nombreuses qu'on ne le croit généralement, et il ne faudra pas négliger de publier de nouveaux documents sur la question toutes les fois que l'occasion s'en présentera.

Pour la *blennorrhagie*, nous avons à signaler quatre faits intéressants avec autopsie, dus à Cull, Dufour, Ullmann et Barrié.

Les faits sans autopsie sont beaucoup plus nombreux. Je me contenterai d'indiquer ici ceux d'Hayem et Parmentier, de Chavier et Février, de Spillmann et Haushalter, et de Pombrak, tous assez récents pour avoir une valeur.

On en trouvera d'autres dans la thèse de Barrié.

J'y ajouterai les discussions récentes à la Société de Neurologie et de Psychiatrie de Moscou.

Ce faisceau de preuves cliniques me paraît suffire à établir l'existence de la myélite postblennorrhagique.

Les documents expérimentaux relatifs à l'*érysipèle* et à la *streptococcie* sont relativement considérables. Mais les documents cliniques sont, jusqu'à présent, plus rares. Nous n'avons que deux observations avec autopsie : une de Jolly et une de Homen.

A côté de ces faits démonstratifs, nous pouvons en indiquer quelques-uns sans autopsie : deux assez anciens de Gubler et de Vigla, dont la valeur est médiocre dans l'espèce, et deux récents, plus importants, de Brault et de Chantemesse. Ce dernier auteur a vu une paraplégie chronique se développer un an après la guérison d'un érysipèle de la face.

Je peux placer dans le même paragraphe les faits relatifs à la *furonculose* et à la *staphylococcie*.

Le malade de Lippman est un enfant qui eut une furonculose généralisée (plusieurs centaines de furoncules) dans les premiers mois de sa vie. Les paralysies survinrent quelques jours après la disparition des furoncles. L'enfant mourut à sept mois, quatre mois après le début de la paralysie, et l'autopsie confirma le diagnostic de paralysie spinale infantile.

Dans le cas d'Eisenlohr, on trouva des staphylocoques dorés et blancs dans la moelle d'une paralysie ascendante aiguë.

Dans le cas de Schlesinger, il y eut un abcès à staphylocoques de la moelle, consécutif à une cystite et à un abcès de la prostate de cause traumatique.

La myélite postblennorrhagique de Barrié était due au staphylocoque plutôt qu'au gonocoque.

La *diphthérie* paraît produire beaucoup plus souvent des lésions périphériques que des lésions médullaires.

Nous avons cependant quelques documents expérimentaux et cliniques.

Au point de vue expérimental, nous avons vu la moelle altérée dans les expériences de Stcherbak et dans celles d'Enriquez et Hallion.

Des faits humains avec autopsie, dus à Œrtel, Vulpian et Déjerine permettaient, en 1880, à Landouzy de conclure que « du fait de la diphthérie, les cellules spinales souffrent ».

Depuis lors, nous avons les faits de Percy Kidd, de Seymour Sharkey, de Bikeles et d'Arnheim.

Les observations sans autopsie, que l'on pourrait réunir en grand nombre, seraient ici sans utilité scientifique.

On peut conclure, avec les classiques, que les lésions médullaires sont plutôt rares dans la diphthérie ; mais il serait, je crois, contraire à la vérité clinique d'en nier l'existence.

Ces complications médullaires, et en général les complica-

tions nerveuses, de la diphthérie peuvent du reste apparaître à toutes les périodes de la maladie infectieuse.

Nous rapprocherons, dans le même paragraphe, ce qui a trait au *choléra*, au *choléra infantile*, à la *diarrhée chronique*, à la *coli-bacillose* et la *dysenterie*.

Même en réunissant toutes ces infections diverses, nous aurons un paragraphe maigre.

Expérimentalement, Gilbert et Lion d'un côté, Thoinot et Masselin de l'autre, ont déterminé des myélites avec la coli-bacille.

On pourrait en rapprocher un fait de paralysie humaine coli-bacillaire (sans autopsie) annoncé par Gilbert.

Peut-être faudrait-il aussi faire rentrer dans le même chapitre les myélites par infection urinaire comme le fait qu'Orcel et Stourme ont communiqué au Congrès de Lyon.

Les observations avec autopsie se réduisent à cinq suivantes relatives à la dysenterie (Delioux de Savignac, deux; Roger et Damaschino, Hoffmann, Laveran) et à une sixième consécutive au choléra (Joffroy).

On trouvera, en outre, un assez grand nombre d'observations sans autopsie dans la thèse de Landouzy, dans le mémoire de Pugibet, dans le livre de Kelsch et Kiener et dans la thèse de Ménard.

Les localisations nerveuses de la *grippe* ont provoqué de nombreux travaux dans ces dernières années. Nous ne citerons cependant que deux cas de myélite postgrippale avec autopsie : un de Laveran et un de Leyden.

Si on voulait des observations sans autopsie, on en trouverait quelques-unes dans le travail de Bidon et dans celui de Teissier. Rendu a rapporté deux cas de sclérose en plaques, Goldflam un cas de poliomyélite antérieure avec polioencéphalite (1), Laurenti un cas de gangrène symétrique qu'il rapporte à la moelle. Enfin, dans la discussion que provoqua la communication de Leyden, divers auteurs, notamment Jolly, ont cité des faits de myélite postgrippale.

Pour la *pneumococcie*, je citerai cinq faits (de valeur inégale) avec autopsie, dus à Ollivier (d'Angers), Westphal, Carre et Bourguet, Joffroy et Achard, Bettelheim. On voit que de nouveaux faits bien étudiés de myélite pneumococcique avec autopsie sont encore désirables.

Quant aux observations sans autopsie, on en trouvera une série dans les mémoires de Netter, de Carre et de Stéphan et dans la thèse de Boulloche.

Les myélites pneumococciques peuvent se produire aux diverses époques de l'infection. Elles peuvent, suivant Netter, comme les autres manifestations extrapulmonaires de l'infection pneumococcique : 1° précéder la pneumonie de plusieurs jours ; 2° apparaître en même temps que celle-ci ; 3° survenir au cours de la période d'état ; 4° éclater en pleine convalescence plusieurs jours après la crise ; 5° se manifester en dehors de toute pneumonie.

Comme appendice à ce paragraphe, je citerai un cas de James Taylor de myélite consécutive à une *bronchite* : c'est une myélite infectieuse pour laquelle la nature de l'infection n'a pas été déterminée. Ce malade avait eu une scarlatine et une variole qui paraissent sans influence sur l'histoire ultérieure. La maladie débute en 1889 par une bronchite à la suite de laquelle il y eut de la faiblesse dans le bras droit et de la difficulté pour avaler les liquides. — A l'autopsie, on constata une syringomyélie.

Si le rhumatisme chronique et l'arthritisme sont des troubles de la nutrition, le *rhumatisme articulaire aigu* est évidemment une maladie infectieuse, dont nous devons chercher les localisations médullaires, en évitant de les confondre avec les arthropathies d'origine spinale.

Il faut également séparer les méningo-myélites qui peuvent accompagner les pseudo-rhumatismes infectieux, c'est-à-dire les arthropathies liées à d'autres infections non rhumatismales.

Tous ces départs faits, nous n'avons qu'une observation avec autopsie, et encore la myélite est-elle bien réduite dans ce cas.

Ce malade a été observé par Chevreau dans le service de Lancereaux, et on a constaté une simple congestion spinale.

Pour les faits sans autopsie, on les trouvera dans les thèses de Landouzy et de Chevreau, et on consultera la discussion soulevée en 1878 à la Société médicale des hôpitaux par une communication de Vallin.

Je termine par le *paludisme* qui sera fort court ; car je n'ai trouvé aucune observation concluante de myélite paludéenne avec autopsie. On trouvera des faits sans autopsie dans les thèses de Vincent et de Landouzy, les mémoires de Marie, de Prince, de Boinet et Salebert et de Torti et Angelini et la thèse de Ménard.

On voit d'après tout cela qu'il y a encore beaucoup à faire dans cette question, que de nouveaux faits bien observés, avec autopsie, sont à souhaiter encore dans la plupart des chapitres.

Mais cependant les documents réunis semblent suffire pour permettre de conclure que *toutes les infections paraissent pouvoir engendrer des maladies de la moelle, et cela aux diverses phases de leur propre évolution.*

L'*ataxie locomotrice progressive* est certainement une des myélites dans l'étiologie desquelles l'infection paraît jouer un grand rôle. Seulement nous y insisterons peu parce que la maladie infectieuse, qui a les rapports les plus fréquents, sinon exclusifs, avec le tabes est la syphilis que nous avons éliminée de notre cadre.

On objecte l'absence de lésions spécifiques et l'insuccès du traitement antisyphilitique. Les deux faits objectés sont vrais, mais ne prouvent pas que la syphilis n'intervienne pas dans l'étiologie de l'ataxie locomotrice.

Le tabes peut être d'origine syphilitique sans être de nature syphilitique, ce qui expliquerait la présence de la syphilis à son origine avec l'absence de lésions spécifiques, et l'insuccès du traitement antisyphilitique : c'est l'idée qu'a développée Fournier en plaçant le tabes dans les affections non syphilitiques, mais parasyphilitiques.

Je crois qu'en fait on peut dire que la syphilis se rencontre avec une extrême fréquence dans les antécédents des tabétiques. Dire qu'elle existe toujours serait, à mon sens, une exagération. Nous avons tous vu des tabétiques non syphilitiques. Mais ces cas sont l'exception, je n'hésite pas à le dire. La syphilis initiale paraît souvent avoir été bénigne et, à cause de cela, mal soignée ; mais elle existe.

Cela ne veut en rien dire que la syphilis soit le seul facteur étiologique du tabes. Nous verrons plus loin comment je conçois la superposition, on pourrait dire la *collaboration*, des causes multiples dans la genèse des myélites.

En tout cas, cela suffit à établir le rôle des maladies infectieuses dans la production de l'ataxie locomotrice progressive.

Je ne crois pas qu'il y ait de documents relatifs à l'origine infectieuse du *tabes dorsal spasmodique*.

Cela tient surtout à ce que la constitution de ce type clinique de myélite est encore récente, fort discutée et bien incomplète.

Je citerai seulement une observation de Brissaud dans laquelle le tabes dorsal spasmodique paraît s'être développé dans la convalescence d'une rougeole.

Dans les *atrophies musculaires progressives*, nous n'avons naturellement à nous occuper ici que de l'*atrophie musculaire progressive myélopathique primitive* (*type Aran-Duchenne*).

On comprend combien l'étude récente des amyotrophies névritiques et myopathiques rend plus dificile que jamais l'enquête sur le rôle des maladies infectieuses dans la genèse de la maladie d'Aran-Duchenne.

Le document le plus intéressant est expérimental. Roger a déterminé les symptômes et les lésions de l'atrophie musculaire progressive. Inoculant à des lapins des cultures vieillies du streptocoque de l'érysipèle, il a déterminé chez les animaux le développement d'une maladie chronique rappelant assez bien celle qui nous occupe.

Dans la plupart des autres études expérimentales que nous avons mentionnés plus haut, on a trouvé aussi des amyotrophies et des lésions de la substance grise antérieure.

Tous ces faits expérimentaux prouvent l'existence de la poliomyélite antérieure d'origine infectieuse, et permettent d'admettre comme possibles quelques faits (sans autopsie) d'atrophie musculaire progressive, consécutifs à la fièvre typhoïde, à la rougeole, au rhumatisme ou au choléra, que l'on trouve dans les classifications. On peut y joindre le fait de Rondot, consécutif à une pneumonie.

Je n'ai pas trouvé d'observation qui permette d'établir

(1) Pour ce cas, terminé par la mort, je n'ai pas trouvé dans le travail de Goldflam l'autopsie dont parle Teissier.

l'étiologie infectieuse de la *sclérose latérale amyotrophique.*

Il n'en est pas de même de la *paralysie atrophique spinale infantile*, et par suite de la *paralysie spinale aiguë de l'adulte* (ces deux types correspondant, en somme, à la poliomyélite aiguë antérieure).

D'abord, la plupart des faits expérimentaux que nous avons rappelés dans le paragraphe de l'Aran-Duchenne s'appliquent mieux, hors ceux de Roger, au paragraphe actuel, parce que c'est le plus souvent de la poliomyélite aiguë que les auteurs ont trouvée derrière les amyotrophies constatées.

De plus, il y a ici des documents cliniques de nature à faire admettre l'origine infectieuse de la paralysie atrophique spinale infantile.

D'abord, la maladie paraît se présenter dans certains cas sous la forme épidémique (Cordier, Leegard, Médin, Bergenholtz, Briegleb).

Marie rapproche de ces faits d'autres arguments en faveur de la nature infectieuse de cette maladie.

On voit dans un certain nombre de cas la paralysie infantile succéder à une rougeole, une scarlatine, une diphthérie, une variole, une coqueluche.

Nous avons cité plus haut deux cas de paralysie infantile de Roger et Damaschino consécutifs, l'un à une variole, l'autre à une dysenterie, et un cas de Lippmann consécutif à une furonculose.

Que l'infection initiale puisse être catégorisée ou non, la paralysie infantile débute toujours par des accidents généraux qui, « de l'avis unanime, sont absolument analogues à ceux qui se montrent dans les maladies générales aiguës fébriles ».

Enfin, au point de vue anatomique, ce sont des foyers de myélite aiguë, atteignant surtout la substance grise antérieure à cause du mode de distribution des artères spinales, foyers de poliomyélite, que Marie, avec Vizioli et Strümpell, rapproche de la lésion de l'hémiplégie cérébrale infantile.

De tout cela on peut bien conclure (sans proclamer la question définitivement tranchée) que la paralysie spinale infantile paraît être une myélite infectieuse.

Pour la paralysie spinale aiguë de l'adulte, on peut raisonner par analogie.

La plupart des faits attribués au refroidissement peuvent être mis sur le compte d'une infection indéterminée. On a cité deux cas après la rougeole et un cas après la variole (un cas après l'accouchement pourrait bien aussi être infectieux).

Pour la *myélite diffuse aiguë*, le bagage expérimental est considérable.

Au point de vue clinique aussi, la plupart des meilleurs faits que nous avons cités avec autopsie et consécutifs à une infection définie, se rapportent à la myélite diffuse aiguë.

Il me paraît y avoir là un faisceau de faits soit expérimentaux, soit cliniques, tous avec autopsie, très suffisant pour permettre de dire que les myélites diffuses aiguës sont, dans un grand nombre de cas, d'origine infectieuse.

On remarquera que, dans nos observations, il y a à la fois des myélites aiguës non envahissantes et des myélites aiguës envahissantes, c'est-à-dire des myélites réalisant le syndrome de Landry.

Œttinger et Marinesco ont récemment repris et développé dans un mémoire important cette idée de l'origine infectieuse de la maladie de Landry. En plus des observations que nous rapportons, ils citent des faits de Golgi, Schafer, Babes et Roux, après la rage.

On pourrait se contenter de dire que la *myélite diffuse chronique*, succédant souvent à la myélite aiguë, doit avoir une étiologie analogue et être par conséquent justiciable d'une origine infectieuse.

D'autre part, en ne parlant ici ni de la syphilis ni de la tuberculose, nous supprimons de notre programme une grosse part des myélites diffuses chroniques infectieuses.

Enfin, nous ne sortons pas des myélites diffuses chroniques dans les deux paragraphes suivants consacrés à la syringomyélie et à la sclérose en plaques.

Je crois que la *syringomyélie* doit figurer dans une revue des myélites, non à cause des cas de gliomatose, mais à cause des cas de myélite cavitaire que l'on a observés.

En laissant de côté la syphilis, dont Desnos et Babinski ont montré le rôle étiologique, on a signalé des maladies infectieuses à l'origine de certains cas de syringomyélie, notamment la fièvre typhoïde, le rhumatisme, la pneumonie, la fièvre intermittente, la blennorrhagie.

Il existe deux bonnes observations avec autopsie, une de Joffroy et Achard, consécutive à une pneumonie, l'autre de James Taylor, consécutive à une bronchite.

Reste la *sclérose en plaques.*

J'ai trouvé quatre observations, avec autopsie, de sclérose en plaques d'origine infectieuse : celle d'Ebstein consécutive à une fièvre typhoïde, celle de Jolly consécutive à un érysipèle, celle de Westphal consécutive à une pneumonie, et celle de Joffroy consécutive au choléra.

La démonstration n'est pas encore définitive, elle n'est pas encore aussi complètement faite que le mémoire de Marie l'indiquerait, mais cependant on ne doit pas nier une relation fréquente de cause à effet entre les maladies infectieuses et la sclérose en plaques.

En somme, et tout en appelant de nouveaux faits plus démonstratifs, il me semble que nous sommes en droit de conclure que *les divers types cliniques de myélite peuvent être engendrés par les maladies infectieuses.*

Une remarque est cependant encore utile.

Si on passe en revue les divers faits relatés, et surtout si on analyse de près les observations vraiment concluantes avec autopsie, on voit que si tous les types cliniques de myélite peuvent être engendrés par l'infection, tous ne le sont pas avec le même degré de facilité et de fréquence.

Il est certain que *les formes le plus fréquemment observées*, soit expérimentalement, soit cliniquement, *après les infections, sont les myélites diffuses, soit la myélite diffuse aiguë* (*non envahissante ou envahissante, en un foyer ou en foyers disséminés*), *soit la myélite diffuse chronique* (*en un foyer ou en plaques*).

Si nous laissons de côté le tabes qui, en fait d'infection, semble inféodé à la syphilis et par suite sort de notre cadre, les seuls faits qui semblent faire exception à cette règle sont ceux de paralysie spinale atrophique de l'enfant ou de l'adulte et ceux d'atrophie musculaire progressive (Aran-Duchenne). Or, beaucoup de ces faits sont des myélites diffuses réduites à des foyers de polio-myélite antérieure.

Si le rapport de cause à effet est évident dans bon nombre de cas entre les diverses maladies infectieuses et les diverses myélites, il est évident aussi qu'une maladie infectieuse n'est inféodée à une myélite donnée et qu'une myélite donnée ne correspond pas toujours à la même infection.

Tous les faits réunis dans notre deuxième paragraphe prouvent surabondamment que *la même infection peut développer des myélites cliniquement différentes*, et tous les faits réunis dans notre troisième paragraphe prouvent que *la myélite peut être cliniquement la même après des infections différentes.*

De plus, la myélite, une fois réalisée, n'a pas une symptomatologie différente suivant la nature de l'infection initiale.

C'est un principe qui domine toute la pathologie médullaire, et qui s'applique également ici, que les symptômes des myélites, pris isolément, sont facteurs du siège de la lésion médullaire et non de la nature nosologique de cette lésion.

Il y a des symptômes qui veulent dire cornes antérieures, d'autres, cordons postérieurs, etc., quelle que soit la nature de l'agent qui a lésé ces cornes antérieures ou ces cordons postérieurs.

Donc, dans les myélites infectieuses comme dans les autres, *le tableau clinique est commandé par le siège de la localisation sur la moelle plutôt que par la nature de l'infection.*

Ce qui pourrait changer d'une infection à l'autre, c'est le groupement des symptômes, leur mode de succession, l'évolution clinique de la myélite.

En fait, la nature de l'infection initiale n'a aucune action sur cet élément du tableau morbide.

Que la myélite soit postvarioleuse, postdysentérique ou posttyphoïdique, elle n'a pas une allure différente.

En d'autres termes, étant donnée chez un malade une myélite en évolution, on ne pourra pas, par la seule analyse clinique du cas, dire si elle vient de telle ou telle infection.

Donc, *les myélites infectieuses n'ont pas une histoire clinique différente suivant la nature de l'infection causale.*

Nous allons retrouver dans cette proposition un argument pour essayer d'établir que dans les myélites infectieuses il

n'y a peut-être pas autant de diversité dans les infections *vraiment causales* que dans les infections *initiales*.

Il y a des faits positifs dans lesquels on a trouvé des microbes pathogènes dans le foyer myélitique, et il y a des faits positifs de myélite infectieuse (myélite diphthéritique expérimentale, par exemple) dans lesquels, il n'y avait pas de miccroorganismes et dans lesquels, par suite, les poisons microbiens pouvaient seuls être invoqués.

Si on tenait à une théorie exclusive et générale, ces derniers faits seraient plus importants que les premiers. Car, quand il n'y a pas de microbes, on peut être sûr qu'il n'y a que des toxines; tandis que, quand il y a des microbes, il peut y avoir en même temps les microbes et leurs poisons.

Si donc on voulait une théorie applicable à tous les cas, il faudrait se rallier plutôt à la théorie des toxines.

Mais, comme il n'est pas prouvé que tous les cas sont justiciables du même mode pathogénique, il serait, je crois, prématuré de donner sur ce point une conclusion ferme et il vaut mieux laisser à l'avenir de décider, pour chaque infection, *si les microbes agissent sur la moelle par eux-mêmes ou par leurs toxines*.

Je crois également fort *difficile*, dans l'état actuel de nos connaissances, *de dire si chaque maladie infectieuse détermine directement la myélite ou si chaque infection spéciale appelle une infection banale secondaire de la moelle*.

J'avoue que je pencherais plutôt vers cette dernière manière de voir, mais sans pouvoir étayer mon opinion sur des preuves rigoureuses.

Expérimentalement, la toxine diphthéritique a donné à Enriquez et Hallion une myélite, et Vincent a déterminé une myélite avec le bacille d'Eberth.

Mais la diphthérie n'est pas une maladie qui aime beaucoup la moelle; l'exemple n'est donc pas très concluant et, dans l'expérience de Vincent, le bacille d'Eberth était associé à un autre microbe indéterminé.

En dehors de ces faits, toutes les autres expériences ont été instituées avec le streptocoque, le staphylocoque ou le coli-bacille, c'est-à-dire avec un microbe banal.

Et cependant c'est par l'expérimentation qu'on doit arriver à résoudre la question parce que là on peut agir avec des cultures pures et éviter les associations microbiennes dont on n'est jamais sûr de se garer en clinique.

D'autre part, en clinique, l'unité du tableau clinique, quelle que soit l'infection initiale, plaiderait plutôt en faveur de l'unité et par suite de la banalité de l'agent infectieux agissant sur la moelle.

Ainsi, toutes les localisations de l'érysipèle et toutes les localisations du bacille d'Eberth ont des allures bien séparées, bien distinctes, qui font qu'on ne confond pas en clinique une infection érysipélateuse et une infection typhoïdique. Et quand il s'agit de la moelle, tout est changé : la myélite postérysipélateuse et la myélite postéberthienne se confondent, ne peuvent pas être distinguées.

De plus, la date d'apparition des myélites infectieuses fait plutôt penser à une infection secondaire.

Sans doute on observe des myélites à toutes les phases de l'infection initiale, mais il est certain que l'époque de prédilection pour l'apparition de ces myélites est la convalescence.

C'est la période où l'infection initiale est éteinte ou sur le point de disparaître; on comprendrait difficilement sa localisation sur la moelle à ce moment.

On comprend, au contraire, très bien qu'une infection secondaire banale, associée à la première appelée par elle, se développe dans la convalescence de la première, et produise alors la myélite.

On a un bon exemple de ce processus, pris en quelque sorte sur le fait, dans le cas de Barrié : la myélite qu'il a observée était postblennorrhagique, mais due au staphylocoque plutôt qu'au gonocoque.

Cette notion pourrait, dans une certaine limite, expliquer les affections parasyphilitiques ou d'une manière plus générale para-infectieuses.

Une myélite sera para-infectieuse par rapport à l'infection initiale et infectieuse par rapport à l'infection secondaire associée. Ainsi la myélite de Barrié serait staphylococcique et paragonococcique.

Je n'insiste pas; mais il me semble que, tout en proclamant encore l'impossibilité actuelle d'une solution rigoureuse définitive, on peut conclure que *probablement les infections banales (streptocoque, staphylocoque, coli-bacille) sont le plus souvent la cause directe des myélites infectieuses, quelle que soit la nature de l'infection initiale*.

De tout ce qui précède, il résulte nettement que l'infection est un facteur étiologique puissant dans la production des myélites.

On peut même dire que, si on laisse de côté les cas traumatiques, deux causes dominent l'étiologie des myélites : les infections et les intoxications.

Ce qui permettrait de dire, si on se rattachait à la théorie probable des toxines que *la grande cause des myélites est l'intoxication d'origine animale, végétale ou minérale*.

Mais même dans les cas où l'infection pathogène de l'infection est évidente, on peut souvent constater l'intervention simultanée d'une autre cause pour la production de la myélite; c'est la disposition névropathique acquise ou héréditaire.

Quand plusieurs individus sont atteints d'une même maladie infectieuse, tous ne font pas de la myélite. Pour que l'infection produise de la myélite chez tel ou tel, il faut que chez cet individu, dans son état organique antérieur, il y ait un autre élément étiologique qui détermine la localisation sur la moelle plutôt que sur le poumon; c'est la disposition, névropathique acquise ou héréditaire.

Cette notion éclaire l'étiologie du tabes. Fournier et l'école de Saint-Louis tiennent pour la syphilis. Charcot et l'école de la Salpêtrière défendent la disposition névropathique héréditaire. Les deux opinions, loin d'être contradictoires, se complètent.

La syphilis ne donne pas le tabes à toutes ses victimes. Pour qu'elle se localise sur la moelle il faut que, d'autre part le sujet présente une disposition spéciale à cette localisation : c'est la disposition névropathique acquise ou héréditaire.

Et cela ne s'applique pas seulement à la syphilis. La même association se rencontre dans bien des faits précédemment cités, dans ceux d'Ollivier (d'Angers), de J. Lucas, de Trousseau, de Goldflam, etc.

On peut, à mon sens, faire intervenir la considération de cette même disposition névropathique dans l'interprétation de beaucoup de faits récemment étudiés, de poliomyélite à récidive ou à répétition.

On a vu des récidives, dans l'enfance même, d'une paralysie infantile. Mais on a principalement vu divers types de poliomyélite aiguë, subaiguë et surtout chronique se développer chez des individus atteints dans leur enfance de paralysie atrophique.

On ne peut guère admettre une simple extension de la première lésion et une propagation tardive aux parties voisines de la moelle, puisque très souvent la seconde affection a son point de départ anatomique très loin de la première.

J'aime mieux admettre qu'on assiste chez ces malades à des affirmations successives de la disposition névropathique du sujet. Ces affirmations ont lieu sous l'influence d'infections successives, soit que la première atteinte microbienne, restée latente, se réveille ensuite, soit que (ce qui paraît plus probable) le même sujet ait subi des infections successives; les infections pouvant du reste être semblables entre elles ou différentes au point de vue de l'agent pathogène, leur conséquence myélitique étant toujours la même à cause de l'unité persistante du fond névropathique.

En un mot, dans ces myélites successives chez le même sujet, il y a des infections multiples et une disposition névropathique constante.

On peut donc dire qu'en général *l'étiologie de myélites infectieuses est complexe : la maladie demande pour se produire le concours de l'infection et d'une prédisposition névropathique acquise ou héréditaire*.

Le diagnostic, le pronostic et le traitement des myélites infectieuses se déduisent des considérations précédentes.

Comme pour toutes les myélites, le *diagnostic* comporte deux temps : un temps anatomique et un temps nosologique.

Le diagnostic anatomique se fera d'après les règles classiques ordinaires; il n'y a rien de spécial aux myélites infectieuses.

Dans une seconde partie, il faut diagnostiquer si la myélite est infectieuse et, dans ce cas, quelle est l'infection ini-

tiale (je ne dis pas l'infection causale, parce que je ne crois pas possible de la diagnostiquer dans l'état actuel de nos connaissances).

Le second temps du diagnostic ne peut se faire que par les anamnestiques. En interrogeant le malade et l'entourage, on déterminera s'il y a eu une infection au début de la maladie, quelle a été cette infection; et enfin on déterminera aussi s'il y avait chez le sujet une disposition névropathique, acquise ou héréditaire, et quelle en était l'importance.

D'une manière générale, le *pronostic* des myélites infectieuses est relativement bénin, en ce sens qu'on paraît en guérir souvent; d'où le petit nombre des autopsies que nous avons pu réunir.

Je dis « paraît » guérir, parce que nous restons toujours dans une certaine hésitation sur le diagnostic des myélites qui guérissent.

Le pronostic varie du reste suivant plusieurs éléments.

D'abord suivant la forme de la myélite: la myélite aiguë et rapidement envahissante de bas en haut est la plus grave et habituellement mortelle, quoiqu'on l'ait vue guérir; la forme la plus bénigne paraît être celle de la paralysie infantile, c'est-à-dire à début brutal, étendu, avec rétrocession ultérieure, souvent rapide, quelquefois complète; les formes sans rétrocession et sans envahissement rapide, à début subaigu ou chronique, ne menacent guère la vie, mais aboutissent souvent à l'infirmité, parfois progressive.

Le pronostic des types cliniques définis (tabes, poliomyélites antérieures, sclérose en plaques...) reste d'ailleurs tel que les classiques l'ont établi: l'origine infectieuse n'y modifie rien.

La nature de l'infection initiale ne paraît pas non plus avoir d'influence sur le pronostic de la myélite consécutive. Ceci n'est vrai que des myélites infectieuses que nous étudions, c'est-à-dire en laissant de côté la syphilis et la tuberculose qui apportent au contraire leur note pronostique propre.

La nature et la gravité de la maladie infectieuse antérieure interviennent dans le pronostic par l'étendue et la profondeur de l'adynamie, de l'anémie, de l'asthénie qu'elle peut laisser derrière elle.

L'existence et l'importance de la disposition névropathique sont par elles-mêmes un élément considérable du pronostic

Toutes choses égales, un sujet dont l'hérédité névropathique est lourde ou dont le passé névropathique est chargé, est beaucoup plus menacé qu'un autre, dans son avenir nerveux, par une myélite infectieuse.

C'est pour cela que cette recherche de la disposition névropathique antérieure a un grand intérêt clinique.

Pour le *traitement*, en dehors de la syphilis, les myélites infectieuses n'ayant rien de spécifique dans leur histoire quelle que soit l'infection initiale, ne sont pas justiciables d'un traitement spécial à chaque infection.

Quand elles sont intra-infectieuses, c'est-à-dire quand elles se développent dans le cours même de la maladie infectieuse, c'est le traitement de l'infection qui domine absolument la scène. Tout au plus pourra-t-on ajouter quelques ventouses scarifiées ou des pointes de feu le long de la colonne vertébrale.

Mais si, ce qui est beaucoup plus fréquent, la myélite est postinfectieuse, la maladie médullaire est alors en quelque sorte émancipée de la maladie infectieuse initiale et les indications thérapeutiques sont celles du traitement ordinaire des myélites.

Ce traitement variera suivant l'acuité et la marche de la myélite.

Si la myélite est grave, envahissante, menace la vie par son ascension, j'engage, tout en faisant de la révulsion le long de la colonne, à instituer le grand traitement mixte, et cela malgré l'absence de tout stigmate syphilitique et de toute preuve de syphilis antérieure. C'est un traitement puissamment résolutif que j'ai vu réussir. Il faut l'établir énergique: frictions napolitaines ou injections sous-cutanées de mercure et en même temps iodure que l'on porte rapidement à la dose quotidienne de six à huit grammes.

Si la myélite a une allure plus calme, subaiguë ou chronique, c'est le traitement classique ordinaire, dont les éléments principaux sont:

a. La révulsion le long de la colonne: ventouses, pointes de feu, vésicatoires, cautères;

b. L'électricité et le massage;

c. Les toniques hygiéniques (régime alimentaire et plein air);

d. Les toniques médicamenteux (glycérophosphates, arsenic);

e. Les eaux minérales: ferrugineuses comme Lamalou, chlorurées sodiques comme Balarue ou sulfureuses comme Luchon.

Il est inutile d'insister sur les indications respectives de ces divers moyens thérapeutiques; c'est le traitement banal des myélites: la nature infectieuse d'une myélite ne le modifie en rien.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Session de Bordeaux.

Traitement des fissures congénitales des lèvres et de la voûte palatine.

M. Broca. — J'ai opéré soixante sujets atteints de bec-de-lièvre et vingt-quatre atteints de division congénitale du palais et du voile.

1° *Bec-de-lièvre.* — Le meilleur procédé pour reconstituer la lèvre est incontestablement celui de Mirault, et d'ordinaire on prendra le lambeau sur le bord externe; le mieux est, comme l'a proposé Lannelongue, de faire par le bord opposé un simple avivement épidermique en abrasant la muqueuse avec de petits ciseaux courbes. L'avivement simple des deux côtés est malheureusement encore pratiqué par quelques chirurgiens; il donne constamment une encoche fort disgracieuse et j'ai dû réparer plusieurs de ses résultats défectueux. Pour reconstituer convenablement la narine il est indispensable de mobiliser largement sous elle, des deux côtés, et d'appliquer avec soin le point de suture qui la concerne.

Pour éviter l'hémorrhagie grave, chez les jeunes enfants, certains chirurgiens emploient le thermocautère à ces débridements. C'est une complication absolument inutile, si l'on sait opérer vite, d'un coup de bistouri franc et rasant bien l'os; puis on comprime pendant quelques instants. De même, je ne mets jamais une pince longuette à forcipressure sur les lèvres, ce qui compromet parfois leur vitalité: il suffit de faire l'hémostase en pinçant la lèvre entre les doigts. L'opération est ainsi conduite très rapidement et la perte de sang est minime.

2° *Bord alvéolaire.* — Lorsque le bord alvéolaire est divisé, il n'en résulte aucune particularité s'il n'y a pas de différence de niveau entre les deux lèvres osseuses. L'opération est au contraire plus laborieuse quand cette différence de niveau existe.

Dans le bec-de-lièvre unilatéral, cette saillie du « promontoire » interne doit être refoulée après ostéotomie à sa base (Duplay, 1873). Mais il convient d'ajouter que sur l'enfant en bas âge, la saillie n'est presque jamais suffisante pour exiger cette manœuvre.

Dans le bec-de-lièvre bilatéral, il faut conserver le « tubercule osseux » et le refouler en place après résection triangulaire sous-périostée de la cloison, petite opération pour laquelle il suffit d'une incision médiane le long de la cloison vomérienne.

En raison des dangers de l'hémorrhagie chez les jeunes enfants, on a conseillé de reculer jusqu'à deux à trois ans ces opérations osseuses. Je crois que c'est un tort. Je n'hésite pas à faire ces interventions à partir de trois mois, à reconstituer en une seule séance la lèvre et le bord alvéolaire et aucun des enfants n'a succombé.

Je n'ai vu mourir, après l'opération du bec-de-lièvre, que les enfants en bas âge admis à l'hôpital sans leur mère: pour ceux-là la mortalité est grande, par broncho-pneumonie et par diarrhée infantile. Tous ceux, au contraire, qui ont conservé leur mère ou leur nourrice ont guéri, avec réunion immédiate. Aussi je me refuse, dans la classe ouvrière, à hospitaliser ces enfants.

3° *Uranostaphylorrhaphie.* — J'ai opéré vingt-quatre sujets atteints de divisions congénitales du palais et du voile. Ces sujets, ont subi vingt-huit opérations. Comme variétés

anatomiques et degrés, ils se répartissent de la manière suivante :

Trois divisions du voile seul;
Six — du voile et d'une partie de la voûte;
Sept — du voile et de toute la voûte;
Huit — du voile, de la voûte et du bord alvéolaire, dont quatre unilatérales et quatre bilatérales.

Je crois inutile d'insister sur la réussite constante, en une ou en deux séances, pour les cas des trois premières catégories : la chose est classique et mon seul insuccès complet concerne un enfant de trois ans et demi, que je me suis laissé aller à opérer malgré sa jeunesse. Les lavages buccaux ont été impossibles à faire régulièrement; il n'y a pas eu de sphacèle et l'enfant reste opérable, mais j'attendrai jusque vers cinq à six ans. Pour les divisions totales unilatérales, j'ai eu un échec, dans un cas où j'ai rompu un lambeau à son insertion antérieure en le décollant, les trois autres ont entièrement guéri. Deux divisions totales bilatérales avec bec-de-lièvre unilatéral m'ont donné deux succès. Enfin deux divisions totales avec bec-de-lièvre unilatéral, cas que souvent on déclare inopérables, m'ont fourni un fort bon résultat : j'ai laissé en avant un orifice, que je chercherai à combler plus tard et le reste de la suture a fort bien réussi.

Les seuls dangers de l'opération sont : la broncho-pneumonie, dont j'ai observé un cas, et l'hémorrhagie immédiate ou secondaire. Tout à fait au début de ma pratique, il y a quatre ans, j'ai perdu un de mes opérés d'hémorrhagie immédiate, quelques heures après l'opération : avec une technique mieux réglée, je n'ai plus eu aucun accident de ce genre, ni même aucune alerte, mais j'ai observé trois fois hémorrhagies secondaires, toutes vite arrêtées par la compression, parfois très tardives, jusqu'au douzième jour. Elles ont probablement été dues, autant qu'on peut s'en rendre compte à l'hôpital, à ce que les enfants, indociles, ont mangé du pain en cachette : il est indispensable de s'en tenir aux aliments liquides, du moins tant que les incisions libératrices ne sont pas entièrement comblées.

Sur le traitement du volvulus du côlon par les lavements gazeux et la ponction capillaire des anses intestinales.

M. Prioleau (Brive). — Un certain nombre d'observations cliniques et d'expériences, tant sur les animaux que sur le cadavre, nous ont amené aux conclusions suivantes :

Dans le volvulus du côlon, de l'S iliaque en particulier, la détorsion est d'autant plus facile qu'il y a moins de ballonnement. La détorsion peut être arrêtée par les coudes du côlon, qui ajoutent un léger obstacle naturel au volvulus.

Quand il y a un ballonnement, la détorsion devient impossible, à moins qu'on ne vide en grande partie les gaz situés au-dessus de l'obstacle.

La détorsion se produit généralement par le mécanisme suivant : le nœud fuit devant le gaz qui le pousse, et, en le fuyant, il s'allonge de façon que le volvulus, qui, situé en un seul point, constituait un obstacle, s'étire en quelque sorte sur une longueur telle qu'il n'y a plus d'obstacle et que les organes reprennent leur situation normale.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 août 1895.

Présidence de M. Empis.

Sur la vaccination par des toxines latentes contrebalancées par des antitoxines sanguines.

M. Babès a déjà montré qu'on peut vacciner et traiter contre la rage avec des injections alternantes de virus et de sérum. Dans beaucoup de cas sur l'homme et sur le chien, il a injecté avec succès le virus rabique et le sang immunisant. Le mélange de deux substances efficaces est loin d'avoir le même effet pour prévenir et guérir la rage. On se trouve devant deux maladies qui se comportent différemment, on fait des mélanges paralysés de toxine et d'antitoxine, le mélange diphthérique garantit contre l'action de la toxine diphthérique, tandis que le mélange rabique reste inefficace.

Le bothriocéphale et l'anémie bothriocéphalique en Roumanie.

M. V. Babès. — La présence du bothriocéphale en Roumanie a été ignorée jusqu'à présent. En effet, la Roumanie n'a pas de contact avec les deux grands foyers à bothriocéphales, la Suisse et la région de la Baltique.

Après avoir constaté les larves du bothriocéphale dans le brochet du pays, je pouvais constater les œufs du parasite chez des personnes anémiques; de plus, j'ai constaté le ver même assez souvent, et enfin j'avais fait deux autopsies de personnes mortes avec tous les caractères d'une anémie pernicieuse de Biermer, et chez lesquelles j'ai trouvé plusieurs bothriocéphales, dans un cas associés d'un ténia armé.

Il faut donc admettre un troisième foyer à bothriocéphales auquel appartient la Roumanie, et il faut admettre que chez nous le bothriocéphale est en rapport avec une anémie pernicieuse. Il faudrait donc chercher et expulser en Roumanie le bothriocéphale dans des cas d'anémie.

L'intoxication par le vin.

A Paris du moins le vin est la cause de divers accidents qui ne pourront qu'augmenter lorsqu'on aura dégrevé les boissons hygiéniques parmi lesquels on l'a rangé. Un préjugé très répandu est que le vin donne des forces; et les ouvriers qui font quatre repas boivent souvent jusqu'à trois litres de vin par jour, aussi est-il commun d'observer une hypertrophie considérable du foie qui peut remonter jusqu'au mamelon. La cirrhose n'est qu'un mode de terminaison d'une affection depuis longtemps commencée. Depuis plus de vingt ans, il m'a été impossible de trouver de la cirrhose chez ceux qui ne boivent que de l'alcool, mais seulement chez ceux qui boivent du vin. La cirrhose est assez commune dans les pays vignobles où les paysans ne boivent que le produit de leurs vignes, comme dans les environs de Lausanne et de Bourgogne, mais la cirrhose est beaucoup plus commune à Paris où le vin est en outre falsifié.

Les excès de vin conduisent à la tuberculose à marche rapide.

Les accidents causés par le vin offrent donc de réels dangers. Le jour où le vin sera dégrevé, sa consommation augmentera sans doute; il sera donc nécessaire que l'administration exerce une surveillance active sur les falsifications du vin. M. Lancereaux propose donc d'ajouter aux vœux soumis à l'Académie les deux vœux suivants : 1° que le vin doit être imposé d'une façon modérée; 2° que l'administration exerce une surveillance active sur ses falsifications.

M. Lagneau. — Deux lois régissent les cabaretiers et les condamnent lorsqu'ils laissent leurs établissements ouverts à des heures non permises et lorsqu'ils donnent à boire à des mineurs ou à des gens en état d'ivresse. Les contraventions ne sont pas très nombreuses; ce qui frappe surtout c'est le petit nombre des délits; il est probable qu'on n'a pas partout la même sévérité; ainsi il y a sept cents condamnations pour le département du Finistère, quatre cents pour le département de la Seine-Inférieure, tandis qu'il n'y en a que trente-huit dans le département de la Seine et sept dans le département du Rhône.

Essais physiologiques sur la musique.

M. Ferrand lit un travail sur ce sujet. M. Ferrand pense que la musique peut exprimer très nettement les sensations et même les sentiments mais qu'elle ne peut exprimer les idées; c'est donc un art incomplet et imparfait.

M. Magitot au contraire considère la musique comme un art absolument complet, capable d'exprimer absolument tous les sentiments. C'est un art au même titre que tous les arts connus. Il est vrai que l'art musical n'a pas encore donné sa mesure, mais il arrivera à être tout à fait complet.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

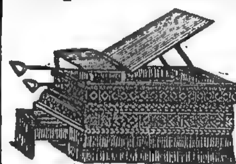
Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

Canapé-Lit Leroux

RENÉ MARGRY, 80, Rue Montmartre

PARIS

BANQUETTE à TRANSFORMATIONS Brevetée



Ce Meuble fait **Canapé**, se transforme en **Chaise-longue** pour opération et se met en deuxième transformation pour **spéculum**.

Dernière Création.

PLATE-FORME à SPÉCULUM pour CLINIQUE

Meubles de Cabinets, Salons, etc.

CATALOGUE ET DEVIS FRANCO.

Conditions spéciales pour MM. les Médecins.

Farine lactée Nestlé

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** *est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage. En outre, pour les* **adultes convalescents** *ou* **valétudinaires,** *cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.*

A. CHRISTEN, 16, rue Parc-Royal, **PARIS**, et DANS TOUTES LES PHARMACIES.

MM. les Docteurs sont priés de vouloir bien SPÉCIFIER le nom NESTLÉ sur leurs ordonnances.



VIN DE VIAL

au Quina, Suc de Viande et Lacto-Phosphate de Chaux

ALIMENT PHYSIOLOGIQUE COMPLET

Le **VIN DE VIAL** réunit tous les principes actifs du ***phosphate de chaux,*** du ***quina*** et de la ***viande crue.*** Ces trois substances constituent par leur réunion le plus rationel et le plus complet des toniques.

A la dose d'un verre à liqueur avant chaque repas il complete la nutrition insuffisante des malades et des convalescents.

J. VIAL, Pharmacien, Ex-préparateur à l'Ecole de Médecine et de Pharmacie, Rue Victor-Hugo, 14, **LYON.**

CŒUR

Médaille d'Or



Hâvre 1887

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Anévrismes Hydropisies guéries par

DRAGÉES TONI-CARDIAQUES LE BRUN

(CAFÉINE IODOFORMÉE ET STROPHANTUS)

Dépôt génl : PHARMACIE CENTRALE, Faubg Montmartre, 52, PARIS

AMPOULES HYPODERMIQUES de LIMOUSIN

Nouveau Mode de Conservation des Solutions pour les Injections hypodermiques, d'après le Système de M. PASTEUR.

Chaque Ampoule contient un centimètre cube de solution exactement dosée.

Prix de la Boîte de 10 Ampoules : 3 francs.

Phie LIMOUSIN, 2bis, rue Blanche, **PARIS**. — Envoi par poste contre mandat.

SAVONS MÉDICINAUX de Ao MOLLARD

JOUBERT, *Pharmacien de 1re Classe, Successeur*

PARIS, 8, Rue des Lombards — USINE à St-Denis (Seine) la douz.

SAVON *Phéniqué*... à 5 °/o de Ao MOLLARD **12f**
SAVON *Boraté*..... à 10 °/o de Ao MOLLARD **12f**
SAVON au *Thymol*.. à 5 °/o de Ao MOLLARD **12f**
SAVON à l'*Ichthyol*. à 10 °/o de Ao MOLLARD **24f**
SAVON *Boriqué*.... à 5 °/o de Ao MOLLARD **12f**
SAVON au *Salol*..... à 5 °/o de Ao MOLLARD **12f**
SAVON au *Sublimé* à 1 °/o ou 10 °/o de Ao MOLLARD **18f ou 24f**
SAVON *Iodé* (KI — 10 °/o).. de Ao MOLLARD **24f**
SAVON *Sulfureux* hygiénique de Ao MOLLARD **12f ou 24f**
SAVON au *Goudron* de Norwège de Ao MOLLARD **12f**
SAVON *Glycérine*...... de Ao MOLLARD **12f**

ILS SE VENDENT EN BOITE DE 1/4 ET DE 1/2 DOUZAINE AVEC **35 °/o à MM. les Docteurs et Pharmaciens.**

ANÉMIE, CHLOROSE AMÉNORRHÉE DYSMÉNORRHÉE, SCROFULES, ETC.

Pilules

à l'Iodure ferreux inaltérable

DE

BLANCARD

Solution et Comprimés BLANCARD

à l'Exalgine

NÉVRALGIES MUSCULAIRES, DENTAIRES, CARDIALGIES, RHUMATISMES, etc., etc.

Le plus actif, le plus inoffensif et le plus puissant médicament

CONTRE LA DOULEUR

VENTE EN GROS : **BLANCARD & Cie**, 40, Rue Bonaparte, PARIS.

L'APIOL DES Drs JORET & HOMOLLE régularise les ÉPOQUES.

ERGOTINE et Dragées d'ERGOTINE BONJEAN

Médaille d'Or de la Société de Pharmacie de Paris

HEMOSTATIQUE LE PLUS PUISSANT

soit en Potion soit en Injections hypodermiques

Quinze centigram. par dragée. — Accouchement Hémorrhagies de toute nature.

LABELONYE & Cie, 99, rue d'Aboukir, **PARIS**

SUPPOSITOIRES LUCIUS

à la Glycérine et Savon dialysé contre la **CONSTIPATION**

Grâce au Savon, on a : Commodité et Rapidité d'action.

PRIX DE LA BOITE : **2 fr.** — **No 1** pour *Enfants* — **No 2** pour *Adultes*.

Paris, PHARMACIE de la MADELEINE, 10, *Rue de l'Arcade*, et toutes Pharmacies.

DIGITALINE d'HOMOLLE et QUEVENNE

Approbation de l'Académie de Médecine. — Médaille d'Or de la Société de Pharmacie.

PRINCIPE ACTIF PUR de la DIGITALE, la Digitaline d'Homolle et Quevenne(1) offre sur la plante les avantages suivants : *1° Inaltérabilité; 2° Action plus sûre; 3° Tolérance plus grande; 4° Dosage rigoureux.* — DOSE PAR JOUR : **Granules (1 à 2) — Solution pour usage interne (1 à 20 gouttes).**

(1) A cause des Imitations impures, formuler la **VRAIE DIGITALINE d'HOMOLLE et QUEVENNE.**

Pharmacie COLLAS, 8, Rue Dauphine, PARIS, ET TOUTES PHARMACIES.

DRAGÉES au Lactate de Fer de GÉLIS & CONTÉ

Approuvées par l'Académie de Médecine

Le FER le PLUS ASSIMILABLE

Dose : Cinq centigrammes par Dragée.

LABELONYE & Cie, 99, Rue d'Aboukir, **PARIS**

COALTAR SAPONINÉ LEBEUF ANTISEPTIQUE

nullement irritant antidiphthérique, cicatrisant les plaies, admis dans les *Hôpitaux de Paris* et les *hôpitaux de la Marine militaire.* — **Dans toutes les PHARMACIES**

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

LYON

(Année 1894-1895).

1049. — Boissin (René). Contribution à l'étude de la symphyse cardiaque tuberculeuse chez les enfants; fréquence, pathogénie, formes cliniques. — M. Hugues (Alexandre). Des inconvénients de l'intubation laryngée dans le croup; étude critique. — M. Dupond (Camille). De la tumeur blanche sous-astragalienne. — M. Chatelus (Michel). De l'ablation directe des annexes par la voie vaginale. — M. Berruyer (Régis-Alexandre-Georges). De l'hystéropexie abdominale antérieure dans le traitement des rétroversions utérines; contribution à l'étude des résultats éloignés.

1054. — M. Toy (Jean-Antoine-Marie). Glycosurie et psychoses; contribution à l'étude de la glycosurie transitoire chez les aliénés. — M. Dayet (Pierre). Des coefficients d'identité de la graisse humaine aux divers âges de la vie, spécialement au point de vue médico-légal. — M. Bahri (Germain). Contribution à l'étude des dégénérescences malignes des fibromes utérins. — M. Agier (Gustave). De la cure radicale de la hernie inguinale par les méthodes opératoires sanglantes; revue technique et critique — M. Prunier (Marius). De la trépanation dans l'épilepsie jacksonnienne.

1059. — Sipp (Albert). Des aliénés dangereux au point de vue clinique et administratif. — M. Savy (Georges). De l'introduction diadermique des médicaments sous tension électrique. — M. Rouchon (Paul). Des déformations tardives sur les genoux réséqués ou synovectomies.

Faculté de médecine de Paris. — Sont nommés chefs de clinique pour l'année 1894-1895 :

Hôtel-Dieu. — MM. Auscher, Cazin, Terson.
La Charité. — M. Rieffel.
La Pitié. — MM. Lesage, Reblaud.
Necker. — M. Chevalier.
Salpêtrière. — M. Charcot.
Accouchements. — MM. Bouffe de Saint-Blaise, Dubrisay.

Sont maintenus dans leurs fonctions de chefs de clinique:

MM. Teissier (Charité); Parmentier (Saint-Antoine); Boulloche (Enfants-Malades); Brodier (Necker); Roubinovitch et Toulouse (Sainte-Anne).

Sont nommés prosecteurs :

MM. Bouglé et Auvray, aides d'anatomie.

Facultés de médecine. — Sont chargés, pendant l'année scolaire de 1895-1896, des enseignements complémentaires ci-après désignés:

Faculté de médecine de Bordeaux. — Maladies du larynx, des oreilles et du nez: M. Moure; maladies mentales: M. Régis; clinique interne des maladies des enfants : M. Moussous ; clinique des maladies cutanées et syphilitiques : M. Dubreuilh; clinique des maladies des voies urinaires : M. Ponsson; chimie: M. Denigès; accouchements: M. Rivière; pathologie externe : M. Denucé.

Conseil des Facultés. — Le Conseil général des Facultés de Paris a exprimé le vœu de la création à la Faculté des sciences de conférences pratiques de physiologie.

Ecole de médecine de Rennes. — L'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes est supprimée à dater du 1er janvier 1896.

Il est créé à Rennes, à partir du 1er janvier 1896, une Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie.

VARIÉTÉS

Hôpitaux de Rouen. — Un concours pour l'internat en médecine, dans les hôpitaux de Rouen, aura lieu le jeudi 24 octobre 1895. Les épreuves commenceront à 3 heures précises à l'hospice général, salle des séances.

Hôpital Saint-Louis. — Les docteurs en médecine ayant fait quatre années d'internat dans les hôpitaux de Paris, et qui désireraient poser leur candidature en vue des places d'assistant de consultation de médecine à l'hôpital Saint-Louis, sont prévenus que leurs demandes devront être remises à M. le directeur de l'administration de l'Assistance publique avant le 1er octobre prochain, *dernier délai.*

Légion d'honneur. — Est nommé *chevalier :* M. le Dr Darisot, conseiller général du Thillot (Vosges).

Corps de santé militaire. — Le médecin inspecteur Fée, directeur du service de santé du 11e corps est placé dans la deuxième section du cadre des médecins-inspecteurs.

Ecole du service de santé militaire. — Par décision ministérielle du 4 août 1895, le prix du trousseau qu'auront à verser les candidats qui seront admis, à la suite du concours de cette année, à l'école du service de santé militaire, est fixé à 1,050 fr. 43.

Ecole de médecine navale. — Les épreuves pour l'admission à l'école principale du service de santé de la marine ont commencé le 5 août à Brest, à Rochefort et à Toulon. Voici les noms des étudiants qui ont été admis à subir ces épreuves :

MM. Alain, Ayraud, Chapayron, Devillars, Fourgous, Georges, Guérin, Izambart, Lancien, Lambert, Lasserre, Mallié, Morin, Mouillac Molinier, Picot, Proust, Rabourdin, Rey, Rousseau, Sarabezolles, Tardif, Testé, Vivie, Allard, Audian, Baillif, Barthe, Bertrand, Brochard, Bruneau, Brustier, Cartron, Chemin, Clavet, Decoly, Delhoumeau, Desvaulx, Doreau, Dufour, Fermond, Giraud, Gisselbrecht, Graillot, Grange, Hédic, Jacquin, Lartigue, Laurens, Lebeaupin, Leroy, Souc, Robillard, Fargeas, Vincent, Benoist de la Grandière, Nouvat, Manine-Hitou. Marchenay, Marque, Marty, Mongie, Pascault, Petit, Pruneau, Puysségur, Richard, Rabourdin, Vallet, Hervé, Chauaud, Devillard, Constantin.

Le sujet de la composition scientifique était : *La circulation chez les vertébrés.*

Le sanatorium d'Urrugne pour enfants scrofuleux et rachitiques. — L'hôpital maritime de Berck étant devenu insuffisant, l'administration, avant de l'agrandir, résolut d'expérimenter un certain nombre d'autres plages et de stations thermales. Dans cet essai elle se laissa guider par une commission médicale composée du médecin et du chirurgien des hôpitaux, faisant partie du Conseil de surveillance, et de tous les médecins et chirurgiens des hôpitaux d'enfants.

L'expérience fut en faveur du littoral du golfe de Gascogne et, sur le rapport de M. Millard, le choix s'arrêta sur Urrugne-Hendaye.

Le Conseil municipal, sur le rapport de M. Navare, vient d'autoriser l'Assistance publique à acheter les terrains en question.

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT
PUBLIÉ PAR
LA GAZETTE HEBDOMADAIRE
DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction
Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

LILLE

(Année scolaire 1894-1895).

Thèses.

1. M. A. Masset. Fibrome du mésentère. — M. L. D'Hour. Traitement du bec-de-lièvre. — M. J. Desmons. Quelques considérations sur le traitement des pleurésies purulentes, au point de vue pratique. — M. L. Leleu. L'épileptique devant les tribunaux. — M. G. Letailleur. Essai sur l'étiologie et la pathogénie du pied-bot congénital. — M. A. Vasseur. Des kystes du canal de Nuck. — C. Gallo. Les formes graves du typhus exanthématique. — M. H. Cardon. Contribution à l'étude du drainage du péritoine. — M. L. Lecomte. Paralysies obstétricales des membres supérieurs chez le nouveau-né. — M. A. Thibaut. Essai sur l'effacement du col de l'utérus.

11. M. A. Delacroix. Des applications cliniques du nitrite d'amyle. — M. H. Brunet. De l'ostéomyélite infectieuse aiguë de l'omoplate chez les enfants et chez les adolescents. — M. D. Quattier. De la thérapeutique du raccourcissement dans les coxalgies guéries. — M. P. Haan. Modifications de la ceinture pelvienne et du membre postérieur survenues dans le passage de la station quadrupède à la station bipède. — M. A. Lamand. Contribution à l'étude du traitement chirurgical des prolapsus génitaux. — M. F. Lecoq. Essai sur les effets diurétiques de la sambucine. — M. V. Reumaux. Du traitement des abcès rétropharyngiens. — M. V. Quilliot. Polyarthrite alvéolo-dentaire. — M. E. Delbreil. Des relations qui existent entre la scarlatine de l'enfance et les grossesses ultérieures. — M. O. Caussin. Contribution à l'étude de la tuberculose vertébrale antérieure.

21. M. G. Delbecq. Contribution à l'étude de l'accouchement prématuré artificiel dans certains états pathologiques. — M. P. Desoil. Du chondrome et de l'ostéochondrome dans les tumeurs du sein. — M. F. Leduc. Etude clinique sur les hémorrhagies de la rétine (apoplexies rétiniennes). — M. J. Chuffart. De l'hémostase dans l'hystérectomie vaginale. — M. J. Douche. Contribution à l'étude des kystes du vagin. — M. A. Sanson. Etude sur le traitement du cancroïde par le chlorate de potasse. — M. L. Laranhie. Des ulcères du col de l'utérus. — M. J.-B. Lheureux. De l'albuminurie gravidique et de son influence sur la marche de la grossesse et la vie du fœtus. — M. E. Musin. De la folie consécutive aux traumatismes opératoires, sur le système génital de la femme. — M. J. Maniez. Des taches rosées lenticulaires au point de vue anatomique et symptomatique. (*à suivre.*)

Faculté de médecine de Bordeaux.
Prix de la Faculté.

1re année. — Prix : M. Bouvier.
2e année. — Prix : M. Le Moal.
3e année. — Prix : M. Lappay; mention très honorable : M. Cras.
4e année. — Prix : M. Mathis; mention honorable : M. Degroote.

Prix du Conseil général de la Gironde
Prix : M. Chemen; 1re mention honorable : M. Legros; 2e mention honorable : M. Micheleau.

Prix des élèves sages femmes
1re année. — Prix : Mlle Roubeyrie; mention honorable : Mlle Domec.
2e année. — Prix : Mme Cornudet.

Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon.

Concours pour les prix.
Médecine, 1re année, 6 candidats :
Prix : M. Colin; 1re mention : M. Patel; 2e M. Belgèze; 3e M. Gonnard.
2e année, 8 candidats :
Pas de prix décerné. Mention : M. Viannay.
3e année, 6 candidats :
Prix : M. Sacquépée; 1re mention : M. Roubion; 2e M. Gallavardin; 3e M. Lévy.
4e année, 3 candidats :
Pas de prix décerné. 1re mention : MM. Auguin; 2e M. Lafeuille.
Pharmacie, 1re année, 2 candidats :
Prix : M. Perrot-Berton; mention : M. Bretin.
2e année, 1 candidat :
Pas de prix décerné. Mention : M. Biétrix.
3e année, 1 candidat.
Prix : M. Castanet.

Ecole de médecine de Grenoble. — Le concours pour la place de professeur suppléant d'histaire naturelle à l'Ecole de médecine de Grenoble s'est terminé par la nomination de M. le docteur Paul-Victor-André Dodero.

VARIÉTÉS

Concours pour l'internat. — Le 13 décembre prochain, à deux heures et demie à l'Hôtel-Dieu d'Orléans pour 4 places d'interne titulaire et 2 places d'interne provisoire.

Pour s'inscrire au concours et pour tous les renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices d'Orléans.

Toutes facilités sont accordées aux internes pour les dissections, la médecine opératoire et les accouchements.

Les cours libres de l'Université de Bruxelles. — Par décision du Conseil d'administration, les agrégés ont obtenu le droit de donner, dans leur Faculté, des cours libres sur les différentes matières de l'enseignement universitaire. Ouverts dans le courant du deuxième semestre de l'année académique qui finit, ces cours ont attiré un grand nombre d'élèves et, à la Faculté de médecine principalement, l'on a pu constater quels grands services ils sont appelés à rendre aux étudiants.

Aussi le Conseil d'administration a-t-il décidé, dans sa dernière séance, d'inscrire au programme général de l'année académique 1895-1896, toute une série de cours libres nouveaux.

— Le Comité d'organisation du Congrès de dermatologie et de syphiligraphie a décidé que la troisième session, qui devait se tenir à Londres, en 1895, n'aura lieu qu'en 1896 du 4 au 8 août.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Nouvelles recherches sur le streptocoque (*Vaccination; immunité; sérothérapie*). Communication faite au Congrès de médecine de Bordeaux le 12 août 1895, par H. Roger.

La question de l'immunité a suscité bien des travaux et soulevé bien des discussions. Nul sujet ne présente à la fois plus d'intérêt et de difficulté. Mais, contrairement à ce qu'on aurait pu penser au premier abord, il est encore plus malaisé de rechercher les causes de l'immunité naturelle que d'étudier le mécanisme de l'immunité artificielle, c'est-à-dire consécutive à la vaccination. Dans ce dernier cas, en effet, on peut faire des recherches comparatives et envisager simultanément ce qui survient chez les animaux neufs et chez ceux qui ont subi des inoculations préventives. Voyons donc ce qui se passe chez les êtres immunisés contre le streptocoque; les récentes tentatives sérothérapiques dirigées contre ce microbe augmentent, croyons-nous, l'intérêt qui s'attache à son étude.

On peut vacciner les animaux contre le streptocoque, par trois procédés principaux: injection dans les veines d'une culture atténuée; inoculation sous-cutanée d'une culture virulente; injection intra-veineuse d'une culture stérilisée. Ces trois méthodes sont également bonnes, mais elles sont toutes les trois susceptibles de causer des accidents et de faire succomber un certain nombre d'animaux. Les streptocoques atténués peuvent produire une maladie chronique et entraîner la mort en quelques semaines; les streptocoques virulents, même quand on les introduit sous la peau, peuvent être trop actifs et tuer par septicémie; enfin, l'action des produits solubles n'est pas moins aléatoire. Les cultures de microbe renferment, en effet, des substances à action antagoniste; injectées après filtration sur bougie de porcelaine, elles se montrent fort toxiques et, d'ailleurs, loin de conférer l'immunité, augmentent la réceptivité de l'animal; pour obtenir la vaccination, il faut employer des cultures chauffées à 110 degrés; dans ces conditions, les liquides perdent la plus grande partie de leur toxicité; cependant, quand on se sert d'un microbe très virulent, ils peuvent encore provoquer une cachexie mortelle.

Quel que soit le procédé employé, les animaux qu'on a réussi à vacciner fournissent un sérum thérapeutique, et sur ce point mes recherches déjà anciennes (*Revue de médecine*, décembre 1892, p. 953) ont été confirmées par MM. Mironoff, Gromakowski, Marmorek. Je me trouvais conduit dès lors à tenter une application thérapeutique sur l'homme. Mais je ne pouvais employer le lapin, qui fournit trop peu de sang; je n'osais m'adresser au chien dont le sérum est toxique; j'eus donc recours aux équidés. Avec l'aide de M. Cadiot des mulets furent vaccinés; ils reçurent tous les quinze jours, ou, ce qui est préférable, tous les huit jours, une dose d'un liquide préparé de la façon suivante. Une culture de streptocoque dans du bouillon de huit à dix jours est évaporée au bain-marie; réduite au sixième du volume primitif, elle est chauffée à l'autoclave à 115 degrés; on introduit chaque fois 50 centimètres cubes du liquide ainsi obtenu, soit 300 centimètres cubes de la culture. Quand l'animal a reçu 8 à 10 injections, on peut considérer la vaccination comme achevée; et, huit à quinze jours plus tard, on pratique une saignée; puis, pour empêcher les propriétés thérapeutiques de s'affaiblir, on continue à faire, une fois par semaine, une nouvelle injection de cultures stérilisées. Dans ces conditions, le sérum se maintient fort efficace, si on a le soin de ne pas pratiquer des saignées trop fréquentes; les prises de sang doivent être espacées de deux mois environ, sinon l'action favorable diminue ou même disparaît.

Le sérum ainsi préparé a été essayé contre diverses affections à streptocoques, et notamment contre la fièvre puerpérale. Les premières tentatives thérapeutiques, faites avec l'aide de M. Charrin (*Société de Biologie*, 23 février et 30 mars 1895), ont donné des résultats encourageants, confirmés par MM. Josué, Hermary, Jacquot. Il est démontré actuellement que le sérum antistreptococcique provenant d'animaux immunisés au moyen de cultures stérilisées, ne présente aucun danger; injecté à dose de trente à quarante centimètres cubes, il abaisse la température, amène le détachement des fausses membranes, dans les cas de plaie diphthéroïde, améliore rapidement l'état général; son innocuité est telle qu'on peut répéter plusieurs jours de suite des injections de cinquante centimètres cubes; dans un cas d'une gravité extrême, on a introduit trois cents centimètres cubes de sérum. Les résultats sont d'autant meilleurs qu'on intervient plus tôt; employé au début de la fièvre puerpérale, le sérum peut arrêter court son évolution; employé à une période plus tardive, il ralentit le processus et transforme les cas aigus en cas à marche lente. Son influence heureuse se fait sentir après la guérison, car la convalescence est remarquablement courte.

Mais ce n'est pas le côté pratique de la question que je désire aborder aujourd'hui; les faits thérapeutiques sont encore trop peu nombreux pour qu'on puisse poser des conclusions définitives. Je voudrais simplement rechercher par quel mécanisme se produit l'immunité artificielle contre le streptocoque et à quelles modifications sont dues les propriétés thérapeutiques du sérum.

Deux théories, on le sait, se partagent la faveur des bactériologistes: l'une invoque un état chimique des humeurs, une action bactéricide; l'autre admet un rôle dynamique des cellules, un processus phagocytaire.

La théorie bactéricide peut-elle s'appliquer aux animaux vaccinés contre le streptocoque? Mes premières recherches sur ce sujet semblaient conduire à une conclusion négative: j'avais établi, en effet que le développement du streptocoque se faisait avec la même facilité dans le sérum des animaux neufs et dans le sérum de vaccinés. Mais, poursuivant l'étude de la question (1) j'ai reconnu que, si le développement numérique de microbes est semblable dans les deux cas, leurs propriétés pathogènes sont bien différentes: les microbes provenant du sérum des vaccinés sont beaucoup moins virulents que ceux qui ont poussé dans le sérum des animaux neufs; injectés sous la peau, ils produisent une lésion légère, rapidement curable, tandis que les cultures dans le sérum des animaux neufs provoquent un violent érysipèle, souvent mortel. Les différences sont semblables quand on pratique des inoculations par la voie intraveineuse. Suivant la virulence du germe originel et l'état d'immunité de l'animal qui fournit le sérum, on verra la culture provoquer une maladie chronique ou ne produire aucun trouble appréciable, alors que les témoins succombent en quelques jours.

Ces résultats, qui m'avaient conduit à attribuer au sérum des animaux vaccinés contre le streptocoque une action atténuante, ont été vivement attaqués; on n'a pas nié les faits, mais on a combattu l'interprétation. On a objecté qu'il ne s'agissait pas d'une atténuation du virus, mais d'une action curative du sérum. En inoculant la

(1) *Soc. de Biologie*, 25 octobre 1890; *Revue générale des Sciences*, 30 juin 1891.

culture développée dans les humeurs des vaccinés, on introduit évidemment une certaine quantité de sérum ; celui-ci, dit-on, renfoncerait la résistance de l'organisme, sans exercer d'action sur le germe microbien.

L'objection avait une grande valeur et méritait d'être soumise au contrôle expérimental.

Or voici une expérience que j'ai répétée bien des fois, toujours avec le même résultat. J'injecte dans les veines de deux lapins quelques gouttes d'une culture de streptocoque développé dans du sérum normal et, en même temps, un ou deux centimètres cubes du sérum d'un lapin vacciné : un des animaux reçoit les deux liquides séparément, c'est-à-dire soit successivement l'un après l'autre, soit simultanément par deux veines différentes ; chez le deuxième animal, les deux liquides sont introduits ensemble, après avoir été mélangés; dans ce dernier cas, la mort est toujours plus tardive, parfois même il ne se produit aucun trouble notable. Il est bien évident que la survie devrait être la même chez les deux animaux, si le sérum agissait en augmentant la résistance de l'organisme infecté; puisqu'il n'en est pas ainsi, il faut donc admettre que le sérum de l'animal vacciné agit sur le streptocoque, qu'il le dépouille d'une partie de sa virulence. Cette action est presque instantanée : il suffit d'un contact de quelques secondes pour que l'agent pathogène soit atténué. Voilà une expérience qui jette déjà un certain jour sur la question qui nous occupe; mais elle conduit à un nouveau problème: il faudrait rechercher maintenant si le sérum modifie la vitalité de l'agent pathogène ou détruit les produits qu'il sécrète et dont quelques-uns, comme je l'ai établi antérieurement (1), sont capables de favoriser l'infection.

Quelle que soit l'interprétation à venir, le fait n'en subsistera pas moins; mes premiers travaux se trouvent donc confirmés par ces nouvelles recherches, comme ils l'avaient déjà été par celles de M. Courmont. Cet auteur se sert du staphylocoque doré, qu'il cultive en série comparative dans du sérum d'animaux normaux et d'animaux vaccinés; après plusieurs passages successifs dans ces deux milieux, il reconnaît que la virulence s'est maintenue intacte dans le sérum normal, qu'elle a diminué ou disparu dans le sérum provenant de l'animal rendu réfractaire.

Tous ces faits concordants établissent donc que le sérum peut dépouiller certains microbes de leurs propriétés pathogènes; ce pouvoir atténuant éclaire son action thérapeutique ; il rend compte des cas où le sérum a transformé une infection aiguë en infection lente.

Mais, les résultats qui viennent d'être relatés peuvent-ils expliquer le mécanisme de l'immunité? Autrement dit, le pouvoir atténuant appartient-il au sang ou au sérum? Apparaît-il après la coagulation, au moment où le caillot laisse exsuder la partie liquide, ou existe-t-il déjà dans le sang circulant? Ceux qui dénient aux humeurs toute intervention dans la résistance prétendent que les propriétés bactéricides, toxinicides ou atténuantes, n'existent pas dans le sang, tel qu'il est dans les vaisseaux; elles représenteraient une sorte de phénomène cadavérique ; elles seraient dues à l'éclatement des leucocytes et à la diffusion de la matière curatrice qu'ils contiennent.

Il y a donc un grand intérêt à étudier, non plus l'action du sérum, mais celle du sang lui-même. L'expérience peut être réalisée très facilement de la façon suivante : on prend une culture de streptocoque dans du sérum normal, on en injecte quelques gouttes dans les veines d'un lapin, qui servira de témoin ; un deuxième lapin, inoculé de la même façon, recevra en plus un à deux centimètres cubes du sang d'un animal vacciné (les deux injections seront faites séparément, de préférence par deux veines différentes, pour éviter tout contact entre la culture et le sang); enfin, un troisième lapin recevra un mélange de sang et de culture. C'est la répétition de l'expérience réalisée avec le sérum; la seule difficulté est de transfuser le sang sans l'altérer. Il faut pour cela opérer très vite; voici comment nous faisons. L'animal qui fournit le sang est solidement attaché sur le dos; la carotide est mise à nu et on y introduit une canule, au-dessous de laquelle on place une pince à pression continue ; puis, après avoir lâché la pince, on aspire le sang avec une seringue ordinaire; on retire la seringue et on l'adapte à une canule placée d'avance dans la veine de l'animal qui doit recevoir le sang. Avec un peu d'habitude, on peut accomplir tous les temps de l'opération en moins de vingt secondes. Quand il s'agit d'injecter le mélange de sang et de culture, on commence par introduire celle-ci dans la seringue; le sang arrive avec une force suffisante pour que le mélange se fasse parfaitement.

Cette dernière expérience, quand elle est bien réussie, est tellement rapide qu'on ne peut invoquer une intervention des phagocytes; d'ailleurs, si on examine au microscope une gouttelette du liquide injecté, on constate facilement que tous les spectocoques sont restés libres; on n'en trouve pas encore dans les cellules. On ne peut pas supposer non plus qu'il y ait eu un éclatement ou une altération des leucocytes, car ces éléments se conservent longtemps dans le sang, et c'est justement pour ne pas les altérer que j'ai toujours employé des cultures dans du sérum de lapin : s'il y a donc un effet produit, force est d'invoquer l'action de substances chimiques, présentes dans le sang vivant, tel qu'il est dans les vaisseaux. Or les résultats obtenus dans ces conditions, sont exactement les mêmes que lorsqu'on emploie du sérum. Les témoins meurent les premiers, en trois ou quatre jours ; les animaux qui ont reçu séparément la culture et le sang, succombent un ou deux jours plus tard ; ceux qui ont reçu le mélange de sang et de culture survivent de huit à quinze jours ; l'un d'eux résista même vingt jours, et, bien que l'injection eût été faite dans les veines, fut atteint d'un érysipèle assez intense au niveau de l'oreille.

Ainsi le sang des animaux vaccinés possède un pouvoir atténuant ; nos recherches n'éclairent donc pas seulement l'action thérapeutique du sérum, elles fournissent une base nouvelle aux théories de l'immunité acquise. Mais on conçoit aussi que les propriétés chimiques des humeurs soient incapables, à elles seules, d'assurer la protection de l'organisme : les germes pathogènes, bien que dépouillés partiellement de leur virulence, ne sont pas complètement détruits ; c'est alors qu'interviennent les autres moyens de protection dont les animaux disposent. Au premier rang se place la phagocytose, qui s'exerce aisément sur les microbes affaiblis et rendus moins redoutables. On est ainsi conduit à une conception mixte, qui invoque à la fois les modifications des humeurs et l'intervention des cellules.

Il semble du reste que les doctrines exclusives aient fait leur temps : on assiste actuellement à un effort de conciliation entre les diverses théories de l'immunité. Depuis les travaux de M. Bouchard, personne n'admet plus que les propriétés du sang ou du sérum soient dues à la présence de matières spéciales, déposées par les microbes ; les substances bactéricides ou atténuantes sont des produits secrétés par l'organisme ; les modifications des humeurs ne sont que le résultat des change-

(1) *Soc. de Biologie*, 27 juillet 1889 ; *Acad. des Sciences*, 29 juillet 1889.

ments survenus, sous l'influence des toxines microbiennes, dans la nutrition des cellules. Voilà le terrain d'entente où viendront se fusionner les doctrines humorales et cellulaires qui, au premier abord, semblaient complètement opposées. Mais, pour établir solidement la conception nouvelle, il fallait démontrer que les modifications humorales ne représentent pas un simple phénomène cadavérique ; si vraiment nos expériences établissent que le sang, tel qu'il est dans les vaisseaux, possède déjà le pouvoir d'atténuer les germes pathogènes. elles serviront à mieux faire comprendre le mécanisme et les causes de l'immunité acquise.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Bordeaux.

DISCUSSION SUR LES MYÉLITES INFECTIEUSES

Anatomie pathologique des myélites.

M. G. Marinesco. — L'auteur propose la classification provisoire suivante destinée à mettre un peu d'ordre dans la pathologie médullaire.

1° Maladies qui se localisent principalement dans la substance grise antérieure (le type principal est la paralysie infantile).

2° Infections ou maladies infectieuses qui se localisent principalement dans la substance grise antérieure et postérieure. (Les cas sont rares et présentent en quelque sorte le tableau clinique de l'hématomyélie.)

3° Affections qui envahissent la substance *grise* et la substance blanche d'une façon progressive et ayant une marche aiguë ascendante (syndrome de Landry).

4° Affections déterminant les lésions de ce que l'on connaît sous le nom de myélites transverses (variole, tuberculose, syphilis, etc.).

5° Affections se localisant principalement dans la substance blanche latérale et réalisant la forme spasmodique d'Erb-Charcot (syphilis, infections mal déterminées).

6° Lésions pouvant déterminer par leur localisation, le syndrome de Brown-Séquard (syphilis, tuberculose).

7° Lésions intéressant d'une façon diffuse et sur une grande étendue la substance blanche et la substance grise, ayant une marche *chronique*. Les racines postérieures sont plus ou moins prises dans ces cas (syphilis, tuberculose, infections mal déterminées).

En ce qui concerne l'action des agents infectieux, il est bon de distinguer les conséquences immédiates dues aux microbes et à leurs toxines, des suites lointaines. Nous n'avons trouvé des microbes que dans un cas de paralysie ascendante aiguë de Landry et dans un cas de myélite diffuse chronique.

Myélites expérimentales.

MM. Ballet et **Lebon** (Paris) rapportent une série d'observations de myélites infectieuses expérimentales.

Dans une première catégorie, les lésions médullaires furent déterminées par l'inoculation d'une culture de pneumocoque,

L'inoculation fut faite à des cobayes et à des lapins. Chez les premiers on obtint des résultats moins précis. L'un d'eux cependant fut pris huit jours après de paralysie. A l'autopsie, on constate macroscopiquement un ramollissement de la partie inférieure de la moelle. Microscopiquement, les granulations chromophiles étaient beaucoup moins manifestes que normalement.

Les contours des cellules étaient aussi plus arrondis.

Parmi les dix lapins inoculés aussi avec le pneumocoque, un seul présente des phénomènes paralytiques. La paraplégie débute dix jours après l'inoculation, et cela brusquement, en envahissant les membres postérieurs : après quatorze jours, elle fut suivie de mort. L'examen microscopique de la moelle ne révéla rien de particulier. Microscopiquement la substance grise présentait des troubles vasculaires consistant en une hypérémie très accusée de tous les vaisseaux, et plus particulièrement dans les cornes antérieures et postérieures. En quelques points s'étaient même formés de petits foyers hémorrhagiques. Les vaisseaux n'offraient pas d'altération de leurs parois, pas d'infiltration leucocytique.

Les cellules affectaient quatre types différents : le premier comprenait des cellules à forme nettement triangulaire prenant parfaitement le picrocarmin ; le deuxième groupe était formé de cellules plus arrondies mais se colorant à peine par le picrocarmin. Dans le troisième groupe figuraient des cellules un peu analogues aux précédentes, mais à noyau à peine visible et à protoplasma raréfié. Le quatrième type était représenté par des cellules ne contenant qu'un amas granuleux protoplasmique. Dans ces quatre types, les deux derniers seuls étaient pathologiques. La substance blanche était normale, les racines n'offraient rien de particulier. Les muscles présentaient une simple atrophie. Il y a donc eu myélite hémorrhagique.

Chez les neuf autres lapins on trouva des lésions analogues aux précédentes, mais moins accusées. Il semble donc qu'il y ait un processus plus général qu'on ne le suppose.

L'inoculation de staphylococcus aureus, pratiquée sur des cobayes, détermina leur mort rapide, mais on ne trouva pas de lésions médullaires avancées L'inoculation faite à douze chiens chez un détermina la mort rapide, en vingt-quatre heures, sans phénomènes paralytiques. Chez sept autres, il n'y eut pas de phénomènes paralytiques. Quatre enfin furent paralysés, mais suivant des modalités cliniques variées. L'un, neuf jours après l'injection, fut pris de paralysie ascendante (type Landry) qui le fit mourir dix jours après. Le second eut de la paraplégie flaccide neuf jours après l'injection et mourut six jours plus tard. Le troisième présenta le même phénomène. Quant au quatrième, il fut atteint d'hémiplégie spinale vingt jours après l'inoculation et mourut dans un délai de onze jours.

Ces expériences établissent que la forme de la paralysie n'a rien à faire avec la nature de l'infection : on trouve, dans tous les cas, les mêmes hémorrhagies très accusées, et les mêmes lésions cellulaires très légères.

Dans un cas cependant il y avait au niveau de la moelle lombaire un foyer de myélite portant sur la corne antérieure et sur la partie correspondante du cordon antéro-latéral. Les vaisseaux, fait important, avaient leur paroi épaissie et présentaient une prolifération nucléaire manifeste.

Les myélites expérimentales obtenues reproduisent certains types cliniques de myélite, le type ascendant par exemple, mais on n'obtient pas les formes lentes notamment la sclérose en plaques, car expérimentalement on ne peut exercer tous les jours cette influence sur la moelle que présente un processus pathologique lent et progressif.

Ce n'est pas à dire pour cela que les myélites chroniques ne soient pas infectieuses.

M. Roger. — Les premiers auteurs qui réussirent, au moyen de cultures pures, à produire chez les animaux des manifestations paralytiques, ne trouvèrent à l'autopsie aucune lésion matérielle. En 1891, le hasard me permit de déterminer, pour la première fois, une myélite infectieuse expérimentale. Au moyen du streptocoque, je produisis une maladie à évolution lente, caractérisée par une atrophie des muscles, surtout marquée aux membres postérieurs. Dans d'autres cas, les symptômes sont différents ; ils consistent en une paraplégie, souvent accompagnée de rétention d'urine. A l'autopsie, on trouve dans la moelle de profondes altérations portant surtout sur les cellules des cornes antérieures ; leur protoplasma subit la dégénérescence vacuolaire ou vitreuse ; les noyaux résistent d'abord, puis finissent par disparaître ; dans les cas anciens, les vaisseaux sont dilatés et il se produit même de petits foyers hémorrhagiques.

Si le streptocoque suscite si souvent des myélites chez les animaux, il ne se comporte pas de même chez l'homme ; ce n'est pas à dire qu'il épargne chez lui le système nerveux ; mais ce qu'il détermine surtout, ce sont les troubles cérébraux, comme on peut s'en convaincre en parcourant l'excellente thèse de M. Crochet (1895). La différence s'explique facilement ; chez les animaux la localisation se fait sur la moelle, parce que c'est la partie des centres nerveux qui a la plus grande activité fonctionnelle ; voilà pourquoi, chez l'homme,

c'est surtout le cerveau qui sera frappé. L'histoire des empoisonnements nous fournit des exemples analogues : la morphine est un poison cérébral pour l'homme ; c'est un poison médullaire pour les animaux. Le rapprochement est d'autant plus justifié que c'est par les substances toxiques qu'il secrète que le streptocoque semble agir ; on ne trouve plus de microbes dans la moelle des animaux quand les paralysies apparaissent.

M. Morel (de Toulouse) adresse une note sur une myélite à streptocoque chez un lapin, emporté en cinq jours.

La moelle était normale macroscopiquement. Au microscope, elle présentait des altérations analogues à celles décrites par MM Widal et Besançon. Cette observation prouve seulement que le streptocoque peut pulluler et coloniser dans le canal épendymaire et dans les vaisseaux médullaires.

MM. Sabrazès et **Mongour** (Bordeaux). — L'ictère dit catarrhal est considéré à juste titre comme le résultat d'un processus toxi-infectieux. La cause est-elle endogène ou exogène comme pourraient le faire penser les séries épidémiques ? Pour aider à la solution de cette question, nous rapportons l'observation suivante avec les recherches expérimentales dont elle a été le point de départ.

Il s'agit d'un homme de cinquante ans, cocher, alcoolique, qui, le 22 février 1894, fut pris d'ictère sans cause immédiate connue. Outre la coloration caractéristique des téguments, on constatait un état saburral des premières voies digestives, des vomissements, de la diarrhée, de la décoloration des selles. L'estomac était très dilaté, la rate hypertrophiée, la matité hépatique augmentée avec douleurs vagues dans la région. Les urines, diminuées de quantité, étaient hypoazoturiques, contenaient des pigments biliaires et de l'albumine rétractile.

La température a oscillé de 38° à 39° pendant cinq jours. La défervescence s'est faite au bout d'une semaine par lysis. L'évolution de l'ictère fut normale et, le 4 avril, cet homme était complètement guéri.

Le 9 mars, toutes les précautions d'usage étant prises, on fit au niveau du foie une ponction qui permit de retirer un quart de centimètre cube de sang environ. Ce sang fournit, à l'état de pureté, un streptocoque. Le 15 mars un nouvel ensemencement ne donnait encore que ce streptocoque. Le 21 mars, une culture récente de ce microbe, dans du bouillon, est inoculée dans la veine marginale de l'oreille d'un lapin. Le 23 mars, ce lapin présente un début de *paraplégie antérieure* qui va s'accentuant et s'étend les jours suivants aux quatre membres. Cette paralysie s'accompagne d'atrophie musculaire et de troubles très marqués de la sensibilité à la piqûre et à la température. L'animal est mort douze jours après l'inoculation ; il avait perdu deux cents grammes de son poids.

Il résulte de l'examen complet du système nerveux et des muscles de ce lapin que cette paralysie progressive, avec amaigrissement musculaire et troubles sensitifs, était sous la dépendance d'une myélite dégénérative diffuse subaiguë, intéressant surtout les cellules des cornes antérieures, mais n'épargnant nullement les cornes postérieures, non plus que les cellules des ganglions spinaux. La substance blanche est sensiblement intacte, ainsi que les racines antérieures et postérieures et les nerfs, au niveau des plexus comme à leur entrée dans les muscles. Ceux-ci ne présentent pas d'altération grossière.

Il n'a pas été retrouvé *post mortem* de streptocoques dans la moelle.

Un lapin qui avait été en même temps inoculé sous la peau de l'oreille droite n'a eu que des lésions banales *in situ*.

Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est, d'une part, le résultat fourni par l'étude du lapin inoculé. La paralysie généralisée dont il a été frappé a *débuté par les membres antérieurs*. Les troubles moteurs étaient associés aux troubles sensitifs. Ces constatations n'avaient pas été faites avant nous. D'autre part, nous nous sommes mis, grâce à la ponction du foie faite chez notre malade *intra vitam*, à l'abri des causes d'erreur relatives aux invasions microbiennes agoniques ou cadavériques.

Dans notre cas, le streptocoque de faible virulence, retiré du foie, a été évidemment la cause de l'ictère ; il a dû, hôte du duodénum, franchir le cholédoque et envahir les canalicules à la faveur d'une modification quantitative et qualitative de la bile et d'un affaiblissement de la résistance du foie et de son rôle définitif, lié à l'alcoolisme du sujet.

Nous insisterons particulièrement sur les lésions variables qu'un même microbe, le streptocoque, est capable de provoquer dans le foie suivant le degré de la virulence et surtout l'état de réceptivité de l'organe envahi : des abcès (Zancarol), des altérations dégénératives suraiguës aboutissant à l'ictère grave (Babes) et comme nous venons de l'établir, une angiocholite catarrhale qui, dans l'espèce, n'était qu'une infection atténuée des voies biliaires.

MM. Enriquez et **Hallion** ont entrepris une série d'expériences qui leur ont permis d'obtenir chez le singe une lésion systématisée. Jusqu'alors ils n'avaient pu obtenir que des foyers de myélite diffuse.

Un singe subit deux injections d'une culture très virulente dont un dixième de centimètre cube suffisait pour tuer un cobaye. Après l'injection, survint un état parétique des membres, puis une diminution de leur volume.

A l'autopsie, on trouve un rein granuleux et une hypertrophie cardiaque déjà signalée à la Société de biologie. Quant à la moelle, elle était saine à l'œil nu, mais les régions lombaire et sacrée présentaient une inégalité des cornes antérieures. Histologiquement, on constatait une lésion plus marquée dans les cornes antérieures que dans les postérieures. Pas d'altération de la pie-mère, des artères ou des veines, pas plus que des cordons blancs. Dans les cornes antérieures, et surtout dans une, les cellules étaient toutes disparues, sauf une ou deux ; de l'autre côté, elles persistaient en plus grand nombre. Dans les racines antérieures de la région lombaire existaient deux faisceaux altérés correspondant à la corne la plus atteinte.

Le bulbe était intact.

De ce que les lésions médullaires prédominaient dans notre cas, on peut déduire que la paralysie diphthérique de l'homme relève probablement plutôt de la myélite que de la névrite.

M. Mossé rapporte deux faits de myélite infectieuse aiguë dues à une infection secondaire.

Dans le premier cas, il s'agit d'un lapin à qui fut inoculé au niveau de la veine de l'oreille un centimètre cube de sang provenant d'une femme atteinte d'infection puerpérale à la période ultime. Il survint une paraplégie flasque du train postérieur suivie de mort le neuvième jour. La myélite affectait le type ascendant. L'ensemencement du sang et de la moelle donnèrent des cultures pures de coli-bacille. La moelle était profondément altérée au niveau du renflement lombaire et était très vascularisée, mais un examen microscopique approfondi n'en fut pas entrepris.

Le deuxième fait a trait à l'inoculation d'un ganglion ramolli au cours de la récidive d'un épithélioma de la langue. Le chien, injecté aux d ux aines et dans une aisselle, a été pris de paraplégie du train postérieur. Actuellement, il est encore vivant. Il s'agit néanmoins d'une myélite par infection secondaire, favorisée sans doute par la fatigue physique que présentait ce chien au moment de l'expérience.

M. Mayet (de Lyon) a obtenu trois cas de lésions médullaires dans ses expériences sur l'inoculabilité du cancer.

Dans le premier cas, il survint tardivement chez un rat une syringomyélie avec déformation de la colonne vertébrale dorsale et lombaire et paraplégie flasque des membres postérieurs. L'autopsie révéla l'existence d'une cavité centrale dans la moelle ; l'examen bactériologique ne fut pas pratiqué. Il est bon d'indiquer que le liquide injecté n'avait pas été stérilisé ni filtré.

Mais, dans deux autres cas, le liquide à injecter fut préparé par les macérations dans l'eau stérilisée d'un fragment de carcimone du sein. L'injection fut faite dans la veine auriculaire de deux lapins qui présentèrent des accidents aigus rapides. Après deux ou trois jours, les membres postérieurs étaient r gides, la mort survint en deux ou trois mois. L'autopsie pratiquée dans le laboratoire du professeur Strauss ne révéla aucune lésion apparente de la moelle, mais l'examen microscopique ne fut pas entrepris.

Actuellement est en expérience un troisième lapin qui a reçu, dans la veine auriculaire, de la macération d'un sarcome

des os : après quelques jours il fut pris de paraplégie spasmodique.

Les deux second faits démontrent que les toxines microbiennes ne sont pas les seules à déterminer des lésions médullaires, puisqu'on peut retrouver ces lésions après inoculations des toxines produites dans les tumeurs malignes.

De la myélite diphthéritique.

M. Crocq fils (de Bruxelles). — M. le professeur Grasset, dans son intéressant rapport, déclare que les paralysies diphthéritiques semblent dépendre de lésions périphériques ; nous ne partageons pas son avis. Nous avons inoculé à des lapins soit des cultures pures de bacilles de Lœffler, soit des cultures filtrées sur porcelaine; la culture mère, dont nous nous sommes servis, provenait du laboratoire de M. Van Ermegen, elle était âgée de quatre mois et sa virulence était notablement atténuée. En injectant des doses croissantes et en fractionnant les doses, nous avons pu produire l'empoisonnement diphthéritique avec survie de trois à trente-neuf jours. Les lapins inoculés présentaient des paralysies des membres postérieurs puis des membres antérieurs, la sensibilité était intacte.

A l'examen histologique nous avons reconnu les lésions suivantes :

1° Dès le troisième jour, les cellules nerveuses de la moelle épinière deviennent globuleuses, perdent leurs prolongements et se colorent mal ; vers le cinquième jour, commence à apparaître la prolifération névroglique. Les cellules nerveuses continuent à s'altérer et bientôt elles s'atrophient complètement.

2° Les nerfs sont entrepris dès le cinquième jour, leurs contours deviennent irréguliers, la myéline se segmente en blocs arrondis puis en gouttelettes, les noyaux se multiplient, le protoplasma devient abondant, les cyclindres axes se segmentent puis se résorbent, de telle sorte que les fibres nerveuses sont finalement réduites à la gaine de Lehmann contenant du protoplasma et des noyaux. Ces altérations sont très prononcées aux racines antérieures, très faibles aux postérieures.

3° Le bulbe n'est atteint que dans la partie tout à fait voisine de la moelle épinière ; les altérations sont semblables à cellés de la moelle, mais elles ne dépassent pas la tuméfaction trouble des cellules.

Considérant que la myélite est antérieure aux altérations névritiques, que les nerfs altérés sont ceux-là seuls dont le point d'origine est lésé, que la névrite présente l'aspect de la dégénérence wallérienne, nous croyons pouvoir conclure que, *chez le lapin*, les paralysies diphthéritiques dépendent d'une myélite primitive.

Ces résultats sont-ils applicables à l'homme ? C'est là une question au sujet de laquelle il faut être reservé.

Les paralysies diphthéritiques se manifestent chez l'homme sous deux formes bien différentes; ou bien elles sont localisées à la gorge, à la bouche, au nez, aux yeux, ou bien elles sont généralisées et débutent par les membres inférieurs pour s'étendre ensuite aux membres supérieurs, au tronc, etc. Les premières s'accompagnent toujours d'anesthésie, les secondes respectent ordinairement la sensibilité.

Nous croyons que les paralysies généralisées de l'homme sont dues, comme chez le lapin, à une myélite primitive, mais nous pensons au contraire que les paralysies localisées sont bien les résultats d'une névrite périphérique; ces dernières se montrent en effet dans un groupement de muscles innervés par la plupart des nerfs craniens, alors que les autres muscles innervés par ces mêmes nerfs restent intacts ; de plus elles s'accompagnent d'anesthésie ; au contraire, les paralysies généralisées atteignent tous les muscles innervés par un même nerf et respectent généralement la sensibilité. Cela ne prouve-t-il pas que la cause interne de ces deux genres de paralysies diffère essentiellement.

Myélites infectieuses consécutives à la grippe.

M. Mossé (Toulouse) a observé trois malades, tous vivants d'ailleurs actuellement.

Le premier malade était un homme de quarante-cinq ans qui après deux attaques de grippe est pris de douleurs dans une jambe, puis dans l'autre. Les douleurs sont suivies d'impotence et dans l'espace de quatre mois le malade ne peut presque plus marcher. Les réflexes ne sont pas abolis et les réservoirs ont toute leur intégrité. En dépit de la réaction de dégénérescence, l'amélioration progressive survient, et aboutit à la guérison. Il s'agissait probablement là de phénomènes inflammatoires superficiels portant sur les méninges spinales et le renflement dorso-lombaire.

Le deuxième malade était surmené quand il fut pris d'une grippe légère. Après deux ou trois jours, il est saisi brusquement dans la nuque par une douleur si intense qu'elle empêche tout mouvement. Puis cette dernière se déplace et envahit les reins : elle s'accompagne d'une sensation de raideur et, pendant cinq jours, le malade ne peut se retourner. Des douleurs atroces s'irradient dans les membres inférieurs et s'accompagnent de phénomènes paralytiques rapides. Il y a rétention d'urine, coïncidant avec de la polyurie.

Postérieurement les phénomènes paralytiques ont disparu peu à peu.

Le troisième cas a trait à une hystérique qui, trois jours après la grippe, est prise d'une paralysie des membres inférieurs rendant la marche très difficile. Les phénomènes douloureux sont très marqués et il y a du steppage. Les membres supérieurs se prennent à leur tour avec atrophie musculaire. La main est en griffe et on note la réaction de dégénérescence. Les troubles des réservoirs se traduisent par de la rétention d'urine. Il s'agit là d'une forme atténuée dans l'évolution de la paralysie ascendante ou mieux du syndrome de Landry.

L'auteur se résume en déclarant que la grippe ouvre la porte aux affections secondaires.

MM. Regaud et Weill mentionnent le cas d'une jeune fille de quinze ans qui, quinze jours après avoir été atteinte de la grippe, vit débuter des phénomènes de polynévrite, se montrant d'abord sous forme de phénomènes viscéraux semblables aux crises ataxiques. La mort ne tarda pas à survenir. La moelle ne donna pas de lésions par la méthode de Pal. Il s'agissait d'un cas de polynévrite infectieuse aiguë à marche ascendante. L'auteur ajoute que, pendant la vie, le sang des veines n'a donné aucune culture.

Myélite du béribéri.

M. Cassaët (de Bordeaux) décrit un cas qu'il a observé sur une moelle de Sakalave qui lui a été envoyée de Madagascar. Les lésions ne présentaient rien de systématique. Elles étaient aussi fréquentes et aussi importantes dans les parties blanches entourant la zone grise. La substance d'abord mucoïde devenait colloïde. Le canal de l'épendyme était comblé par l'épithélium gonflé. La substance blanche était traversée de bandes scléreuses irrégulières de tissu conjonctif divergeant, en partant du canal de l'épendyme.

Myélite aiguë ascendante.

M. Babès (de Bucarest) décrit une myélite aiguë ascendante, survenue après une maladie infectieuse et dans laquelle on trouva par ensemencement des microbes. Ceux-ci affectaient la forme en virgule, mais plus grands que le bacille du choléra ils ne liquéfiaient pas la gélatine. L'inoculation aux animaux détermina une septicémie hémorrhagique comme chez l'homme.

Il décrit ensuite une sorte de fièvre typhoïde chez le cheval, se caractérisant par une paralysie rapide ascendante avec infection hémorrhagique généralisée, se rapprochant de ce qu'il a observé chez l'homme. La moelle avait un aspect normal. Par la coloration des tissus pour déceler les lésions, il constata la disparition complète des granulations.

Enfin résumant les divers modes d'action des micro-organismes sur la moelle, il rappelle que certains microbes (lèpre) peuvent entrer directement dans les cellules nerveuses sans rien altérer. D'autres virus (la rage) produisent une prolifération caractéristique nodulaire. Une autre catégorie sera une action préalable sur les vaisseaux (bacille virgule). Quant au streptocoque il agit surtout par ses toxines sur la moelle. Cependant quand il est en grand nombre, il peut déterminer des lésions vasculaires.

Paralysie infantile épidémique.

M. Ricochon (de Champdeniers) dit qu'il a constaté combien étaient rares, en pratique rurale, les faits de pathologie spinale ; c'est tout au plus s'il a pu voir quelques cas de chorée et de paralysie agitante. Comme myélites aiguës, il a observé seulement des cas de myélite transverse, trois cas de paralysie infantile survenus la même semaine dans trois villages différents, deux cas mortels de paralysie ascendante généralisée suraiguë survenus la même semaine chez deux frères vivant sous le même toit. Il n'a jamais vu de myélites chroniques systématisées. Il est possible que cette rareté des lésions spinales chez les habitants des campagnes tienne à ce que le système nerveux n'est pas soumis aux mêmes intoxications ou auto-infections qui sont l'apanage de la vie urbaine. Ces faits traduisent à leur manière l'importance du terrain dans les infections.

M. André (Toulouse) rapporte une épidémie de paralysie infantile qui s'est produite dans deux villages à douze kilomètres de Saint-Girons.

Cinq cas se produisirent en 1893, la maladie frappant surtout les enfants issus de parents névropathes.

L'orateur rapporte ensuite deux cas qui lui sont personnels. Le premier cas débuta par des accidents méningitiques; dans le voisinage se trouvait un autre enfant de deux ans, ayant eu des accidents méningés suivis d'hémiplégie. Dans le cas qu'il a pu observer, c'est-à-dire chez le premier enfant, l'affection prit la forme transitoire dont M. Marie admet la possibilité. A la même époque mourait un diabétique âgé de cinquante trois ans, emporté par une polyencéphalite. Quelque temps avant, un cas identique s'était produit à Toulouse; la mort était survenue en quinze jours. L'auteur rapproche ces faits sans les interpréter.

Polynévrite dans l'hydrargyrisme aigu.

MM. Spillmann et Etienne (de Nancy). — Les auteurs ont eu l'occasion d'observer, coup sur coup, trois malades atteints de polynévrite au cours de l'hydrargyrisme aigu ou subaigu; dans ces trois cas, il s'agissait d'intoxications thérapeutiques chez deux syphilitiques et chez un blennorrhagien. La polynévrite s'est révélée par des troubles de la sensibilité (douleurs intolérables), des troubles moteurs (impotence absolue) et des troubles trophiques (atrophie musculaire) s'établissant en quelques jours, persistant un certain temps, puis rétrocédant assez rapidement et suivis d'une guérison complète. Ces trois cas analogues aux observations antérieurement publiées de Leyden, de Gilbert et Notta, se distinguent nettement au point de vue clinique des névrites du mercurialisme chronique, étudiées par Letulle.

COMMUNICATIONS DIVERSES

Hydro-pneumo-thorax.

M. L. Galliard (de Paris). — Ce travail pourrait être intitulé : Sur un son hydro-aérique ou métallique fourni par la percussion d'une grande collection liquide de la plèvre gauche — ou bien : Sur un signe insolite et fugitif de l'hydro-pneumo-thorax total, à gauche — ou encore : plessimétrisme pleuro-stomacal dans un cas d'hydro-pneumo-thorax total à gauche.

Chez un phthisique âgé de vingt-cinq ans, soigné dans mon service pour hydro-pneumo-thorax total à gauche, avec refoulement du cœur à droite du sternum, sans abolition complète de la sonorité de l'aire de Traube, la percussion profonde permettait de distinguer, en allant de bas en haut, quatre zones superposées, le malade étant assis :

1° Zone très étroite avec matité absolue;

2° Zone horizontalement étendue de la colonne vertébrale (niveau des neuvième et dixième vertèbres dorsales) jusqu'au voisinage de la ligne mamelonnaire, haute de trois travers de doigt en arrière, plus haute en avant, limitée en haut par une ligne obliquement ascendante qui passait près de l'angle inférieur de l'omoplate, fournissant un bruit hydro-aérique ou métallique, bien distinct du bruit de pot fêlé;

2° Zone fournissant de la matité absolue;

4° Zone tympanitique correspondant à la collection gazeuse.

Le malade étant couché à droite, tout le côté gauche devenait tympanisé. Le malade étant couché à gauche ou sur le dos, je retrouvais la sonorité hydro-aérique, toujours dans la seconde zone, à condition que le liquide vînt baigner la paroi thoracique; impossible de déterminer de la matité absolue dans cette zone, impossible de trouver la sonorité spéciale en dehors de cette zone.

Le phénomène ne persiste que pendant six jours avec ces caractères. Le liquide s'étant élevé vers le tiers supérieur de la poitrine, disparition du phénomène, qui ne fut pas retrouvé après la thoracentèse.

La masse liquide étant ébranlée par la percussion, c'est l'estomac qui a joué le rôle de caisse de résonance. Piorry a constaté un symptôme analogue dans la pleurésie diaphragmatique à gauche, au voisinage de l'estomac.

Kystes hydatiques du poumon.

M. Troquart (de Bordeaux). — Les kystes hydatiques du poumon peuvent être divisés en kystes centraux et kystes périphériques. Les premiers, assez fréquents, se terminent habituellement par une vomique; nous ne nous en occuperons pas.

Les seconds, beaucoup plus rares, siègent au voisinage de la plèvre et se rompent dans sa cavité, mettant cette cavité en communication avec une bronche ulcérée, d'où signes d'hydro-pneumo-thorax. Nous avons réuni dix-huit observations de cette variété de kystes, dont un cas nous est personnel.

Il s'agit d'un jeune homme, sujet depuis quelques années à des hémoptysies de cause inconnue, qui fut pris un jour subitement de douleur déchirante dans tout le côté gauche du thorax, avec orthopnée. On trouve tous les signes d'un hydro-pneumo-thorax. Empyème le vingtième jour. Issue d'une grande quantité de pus fétide et d'une vaste poche kystique. Irrigations antiseptiques de la plèvre pendant deux mois. A ce moment la cavité mesure vingt-cinq centimètres dans tous les sens. Elle paraît trop vaste pour permettre une opération d'Estander. Un mois plus tard, la cavité s'était comblée d'elle-même, et la guérison était parfaite.

Au point de vue symptomatologique, l'auteur conclut que, chez un sujet bien portant en apparence, accusant des hémoptysies fréquentes, bien que ne présentant aucun signe de tuberculose, si l'on observe une douleur brusque et très violente dans un côté de la poitrine avec dyspnée extrême et signes immédiats d'hydro-pneumo-thorax, on doit songer à un kyste hydatique du poumon ouvert dans la plèvre.

Les ponctions ne sont justifiées que comme moyen de diagnostic ou comme traitement palliatif. Le seul mode de traitement rationnel, c'est l'empyème. Sur les dix-huit observations réunies, il y a sept cas de non-empyème qui sont sept cas de mort. Les onze cas opérés donnent six guérisons et cinq morts, et encore la plupart de ces derniers ne sont-ils pas imputables à l'opération.

L'empyème est donc *nécessaire* ; en outre, il doit être *large* pour permettre l'issue facile des paquets membraneux, et *précoce* afin que le malade ne soit pas en période d'infection.

Les grands lavages antiseptiques de la plèvre, parfois dangereux à cause de l'existence d'une fistule pleuro-bronchique, sont en général utiles. De gros drains doivent assurer l'évacuation facile du pus. La prétention d'empêcher l'entrée de l'air dans la plèvre, à l'aide d'un tube-siphon, est illusoire.

Plus souvent que dans la pleurésie purulente, on aura une guérison spontanée, sans résection costale secondaire.

La rupture des kystes hydatiques dans la plèvre ne constitue pas un accident aussi grave qu'on l'a cru, à la condition d'être reconnue à temps et d'être traitée par l'empyème.

Rétrécissement mitral et hystérie.

M. Picot. — Les travaux du Pr Potain ont montré que les maladies du cœur peuvent avoir une influence sur l'hystérie : dans cette dernière, on observe aussi des troubles cardiaques.

L'hystérie peut déterminer l'existence d'un rétrécissement mitral passager et curable. De ce fait il n'y a pas de preuve nécropsique, mais deux observations très concluantes :

Le premier cas a trait à une jeune fille de dix-neuf ans franchement hystérique; elle avait depuis quelque temps des palpitations violentes. Il n'a été trouvé à l'examen qu'un peu d'hypertrophie du ventricule droit accusé par une déviation transversale de la pointe. Trois mois après, elle revint avec un dédoublement du second bruit, constant, ayant son maximum à la partie moyenne du sternum. Il y avait encore un ronflement diastolique et un souffle présystolique. Une zone hystérogène s'était développée au niveau de la pointe du cœur.

Par le traitement hydrothérapique continué deux ans, les signes auscultatifs disparurent et, quelques mois après, la pointe reprit sa place normale. Depuis, la jeune fille s'est mariée et ne s'est jamais plainte du cœur.

Le deuxième cas se rapporte à une jeune fille de vingt ans qui avait des stigmates francs d'hystérie et avait fait de la monoplégie brachiale pendant deux jours. Elle présentait les signes stéthoscopiques du rétrécissement mitral, mais en plus, il y avait des battements très nets de l'oreillette gauche. Après six mois de durée, les phénomènes disparurent. Ces deux faits paraissent très nets. Pour expliquer une guérison assez franche, il faut probablement penser à la possibilité de la contracture des muscles tenseurs de la valvule mitrale.

Guérison d'insuffisance aortique.

M. Picot. — L'auteur rappelle l'histoire d'un homme âgé de trente ans, manifestement alcoolique et présentant un athérome généralisé, des symptômes évidents de dilatation de l'aorte et en plus une insuffisance aortique se traduisant par un souffle au deuxième temps, maximum sur le milieu d'une ligne allant du deuxième espace intercostal droit au troisième espace intercostal gauche. Il y avait de l'hypertropie du cœur gauche: la pointe descendait dans le sixième espace intercostal et tendait à dépasser la ligne mamelonnaire.

Le malade cesse de boire et est soumis au traitement par l'iodure de potassium à doses minimes (1 gr. 5 à 2 gr. par jour). Trois mois après, on ne note pas d'amélioration. Au contraire, apparaissait une insuffisance mitrale à souffle systolique de la pointe. Le malade est revu six mois après : le souffle d'insuffisance aortique est considérablement diminué ; le souffle systolique de la pointe est presque imperceptible. Après six nouveaux mois, on constate la disparition totale de l'athérome; la temporale et la radicale ont recouvré une souplesse relative. Les souffles ont tout à fait disparu. Pendant le traitement, qui a duré deux ans et demi, le malade est suivi tous les trois mois et on observe le retrait du cœur, qui reprend son volume et sa situation primitive.

Le deuxième cas se rapporte à un malade porteur d'un anévrysme peu volumineux de la crosse aortique, se traduisant par la matité à la percussion, la bitonalité de la voix et des troubles iriens. Cet anévrysme était accompagné d'une insuffisance aortique très nette. Sous l'influence du traitement ioduré, après sept à huit mois, le souffle de l'insuffisance avait disparu. La voix revenait normale, l'anévrysme était stationnaire.

De ces deux observations, il résulte que l'insuffisance aortique peut arriver à guérir par un traitement prolongé chez des sujets pas trop âgés.

Spasmes musculaires rythmiques dans l'urémie.

M. André Moussous relate deux cas de mal de Bright accompagnés de lésions cardiaques secondaires. Chez les deux malades, dont l'une était une femme de trente-cinq ans, l'autre un homme de cinquante-neuf ans, l'évolution de la maladie, qui se termina par la mort, a été caractérisée par l'importance, la variété, la longue durée, des accidents urémiques.

A une période avancée, l'on vit apparaître des spasmes rythmiques des muscles des parois abdominales. Les spasmes purent être observés pendant plusieurs mois de suite, cessèrent à plusieurs reprises pour se montrer à nouveau. La volonté des malades était impuissante à les empêcher ; aucune médication n'avait d'action sur eux. Ils offraient des alternatives d'exacerbation et d'atténuation parallèles à celles des divers accidents urémiques.

M. Moussous développe les raisons qui empêchent de considérer ces spasmes musculaires comme des tics et celles qui semblent peu favorables à l'hystérie.

Il croit, sous toutes réserves, pouvoir conclure qu'on est en présence d'accidents urémiques.

Il a voulu appeler l'intention sur l'étude de ces faits, à un moment où le rôle des auto-intoxications dans le développement des différents troubles du système nerveux est une question à l'ordre du jour.

Phénomènes de flot dans les épanchements pleurétiques.

M. Bard (de Lyon) rappelle les procédés qui ont été indiqués par le professeur Tripier et son élève, M. Mouisset, pour obtenir la *fluctuation* vibratoire et la sensation de flot dans les épanchements pleurétiques et indique deux modifications de ces procédés.

La recherche du flot doit être pratiquée dans le sens antéro-postérieur, dans l'exploration bimanuelle, la main antérieure étant placée au niveau du sinus costo-diaphragmatique. Dans la recherche avec une seule main, il faut procéder par des percussions courtes et rapides, de façon à obtenir une sensation de *tremblotement* qui est d'ailleurs facile à percevoir.

Ce dernier signe est précoce, et donne de bons renseignements sur l'état du poumon sous-jacent, le degré de tension et de mobilité de l'épanchement. Le flot antéro-postérieur fixe sur la quantité de l'épanchement et sa limite supérieure, ainsi que sur l'existence ou non d'adhérences pleurales.

L'intervention dans la tuberculose rénale primitive est-elle légitime?

M. A. Pousson (de Bordeaux). — C'est aux médecins que revient le rôle d'apporter à la discussion de cette question certains éléments préjudiciels importants, à savoir la réalité de l'existence de la tuberculose rénale primitive, son degré de fréquence, ses types cliniques, sa marche et son pronostic. On sait, en effet, le désaccord qui existe entre les chirurgiens et les médecins au sujet du mode de début de la tuberculose urinaire : tandis que les premiers, appelés à voir les malades à une période avancée de leur affection, pensent que le rein est le plus souvent pris consécutivement, les seconds, les examinant dès le début, estiment que cet organe, dans la majorité des cas, est frappé primitivement. L'accord entre ces deux opinions opposées se fera peut-être le jour où il sera possible de saisir dans l'évolution clinique de la bacillose rénale quelques caractères permettant de différencier *a posteriori* les cas où elle a envahi primitivement le rein d'avec ceux où elle l'a atteint secondairement. Quoi qu'il en soit, nos connaissances actuelles sur la manière dont évoluent les lésions suivant que les bacilles y sont ensemencés par la voie sanguine (zone glomérulaire) ou y parviennent par la voie uréthrale (zone des pyramides), permettent de dire que ces deux formes de tuberculose, sanguine et urinaire, sont très différentes l'une de l'autre. De même, il existe deux types fort nets de tuberculose rénale primitive : une forme douloureuse et une forme hématurique.

Si les inconnues que présente l'histoire de la tuberculose primitive du rein pouvaient être dégagées, il semble qu'un grand pas serait fait dans la voie des indications et des contre-indications opératoires. Mais il n'en est rien, car l'intervention ici comme dans toutes les tuberculoses locales, ne saurait avoir la prétention de mettre à l'abri des récidives dans le rein opposé ou dans d'autres organes. Il y a plus; la difficulté d'apprécier l'état de l'autre rein, malgré toute la perfection de nos moyens actuels d'investigation, rend la néphrectomie toujours aléatoire, et nous ne la croyons indiquée que lorsqu'il existe des phénomènes forçant la main, par exemple des douleurs excessives, des hématuries profuses.

Sur la phosphaturie.

M. Bézy (de Toulouse). — Avec deux de mes élèves, MM. Verdun et Guizol, j'ai fait, en 1894-1895, une série d'analyses d'urines d'enfants rachitiques. Nous avons pu constater que le parallélisme entre la courbe de l'azoturie et celle de la phosphaturie est la règle chez les rachitiques. Cette règle peut cependant comporter des exceptions dues soit à des

états morbides, soit à des agents thérapeutiques. L'antisepsie intestinale n'a pas paru produire de modifications notables. Les bains salés ont toujours abaissé les deux courbes, surtout chez les enfants jeunes. L'acide phosphorique a produit une augmentation notable de l'azoturie, et une, beaucoup moins marquée, de la phosphaturie. Le glycéro-phosphate de chaux a déterminé une élévation notable de la double courbe. Il ne constituerait donc pas un médicament de choix dans le rachitisme.

M. Vergely (de Bordeaux). — Les observations de M. Bézy concordent avec les recherches de M. Sansom. Je voudrais savoir si l'augmentation des phosphates dans les urines ne pourrait être attribuée à ce que les petits malades étaient soumis à l'alimentation par le lait de vache. J'ai pu souvent constater que ce régime déterminait une élévation de la quantité des phosphates.

M. Bézy. — La remarque de M. Vergely est, en effet, exacte pour les enfants très jeunes; elle ne pourrait, je crois, s'appliquer aux enfants plus âgés soumis au régime mixte de l'hôpital.

(*A suivre.*)

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Séance du 6 août 1895.

Détermination du type de la nutrition normale.

M. Arnozan (Bordeaux), *rapporteur.* — Est-il possible de déterminer le type de la nutrition normale? Est-il possible de la différencier des nutritions pathologiques?

La première partie du problème est peut-être la plus difficile à résoudre. Il n'est pas de médecin qui, mis en présence d'un malade imaginaire, n'ait éprouvé le plus extrême embarras à se prononcer. Or, ce diagnostic de la santé parfaite si difficile en pratique, c'est justement par suite de l'absence de tout critérium qu'on hésite à le porter. Où le chercherons-nous, en effet, ce critérium? Sera-ce dans l'état physique des organes? Dans les caractères physico-chimiques des excrétions? Sera-ce dans l'étude physiologique des diverses fonctions?

Sans doute, l'examen physique du corps est d'une haute importance, mais la constatation même très méthodique des qualités physiques normales des différents organes ne permet pas d'affirmer que la nutrition est normale, parce que les changements de volume et de consistance ne surviennent que longtemps après des altérations très sérieuses de leur fonctionnement et traduisent des lésions déjà avancées et tout à fait grossières de leur parenchyme. Si ces changements indiquent un trouble important de la nutrition, la proportion inverse n'est pas exacte : l'absence de ces changements ne peut servir à démontrer l'intégrité de la nutrition, et c'est ailleurs qu'il faut chercher le critérium demandé.

L'étude biologique et chimique des sécrétions et des excrétions peut rendre les plus grands services. Il est bien entendu que dans cette étude on devra se mettre à l'abri de toute cause initiale d'erreur, en prenant une connaissance exacte de tous les *ingesta :* air, boissons et aliments. La chose est pratiquement assez compliquée; cependant elle est réalisable et, en soumettant un sujet à une alimentation simple et fixe, comme le régime lacté, en pesant exactement le lait qu'il boit chaque jour, en ayant soin de prendre du lait pur et bien stérilisé, enfin en maintenant le sujet en question dans une atmosphère très pure, on peut par l'étude des *excreta* se faire une idée assez précise du mouvement nutritif.

Il y aurait un intérêt de premier ordre à faire porter les recherches sur toutes les excrétions simultanément, — la chose se comprend d'elle-même, — et c'est seulement par leur étude simultanée chez le même sujet qu'on pourra réussir à prendre une notion précise du mouvement et des mutations organiques. Mais c'est une étude difficile pour le sujet au point de vue de l'élimination respiratoire, répugnante pour le chercheur au point de vue des matères intestinales, encore irréalisable au point de vue des sécrétions cutanées, fait regrettable et sur lequel j'ai insisté autrefois au point de vue dermatologique. En sorte que l'on se contente très souvent de limiter les recherches à l'urine, qui est d'ailleurs la plus importante des voies d'élimination. Réduite à ce seul terme, l'étude des résidus organiques est encore pleine d'imprévus et pleine de promesses. Seulement il ne faut pas nous faire d'illusion : nos connaissances chimiques sont actuellement trop imparfaites, trop rudimentaires pour nous donner la clé de la solution cherchée.

Dans ses grandes lignes, la composition de l'urine est bien connue. Un adulte de taille moyenne, soumis à un régime mixte, doit rendre par jour mille cinq cents grammes d'urine, contenant de vingt-cinq à trente grammes d'urée, un peu plus de quinze grammes de chlorures, un peu moins de deux grammes de phosphates et de sulfates. Les variations de ces proportions de substances minérales, la recherche des produits incomplètement oxydés et de ce qu'il a appelé le *coefficient d'oxydation*, ont inspiré à M. Albert Robin les idées les plus ingénieuses sur la nutrition et le rôle de certains médicaments dans cette nutrition. D'autre part, M. Bouchard, en étudiant le *coefficient toxique* des urines, a ouvert une voie toute nouvelle et riche de découvertes. L'urine est un poison pour l'animal qui la fabrique; si sa toxicité diminue, c'est que l'animal garde dans l'intimité de ses organes les poisons dont son filtre rénal ne sait plus le débarrasser; ou bien encore, dirai-je, c'est qu'il ne fabrique plus ces substances mêmes. Dans les deux cas, sa nutrition est compromise.

Le problème nouveau qui se pose est donc celui de la découverte des poisons normaux de l'urine : or, si M. Bouchard nous a appris à connaître les caractères physiologiques (action convulsivante, comatogène, mydriatique, etc.), il n'a pu les isoler chimiquement. Quelle ptomaïne, quelle leucomaïne est capable de produire des désordres? Par quel atome d'oxygène en moins, par quel atome de substance inconnue en plus diffère-t-elle des produits plus complètement élaborés et désassimilés? C'est là le point que l'avenir nous apprendra bientôt sans doute, et dont la connaissance nous servira alors à déterminer approximativement le type normal de la nutrition.

La constatation des qualités physiques des organes, l'étude chimique et biologique des sécrétions, de l'urine en particulier, permettent d'avoir une appréciation de probabilité sur l'état de la nutrition, sans autoriser à affirmer qu'elle est normale, le nombre des inconnues étant encore trop considérable. Il reste une dernière source de renseignements à explorer, c'est celle des fonctions physiologiques. Inconnue, ou à peu près, dans son essence même, ne se manifestant pas d'une façon suffisante pour nous par l'examen des organes ou des liquides de l'organisme, la nutrition ne pourrait-elle pas être jugée d'après ces fonctions mêmes? Un organe bien nourri doit bien fonctionner; et il me semble que ce n'est pas faire une pétition de principe que de dire : un organe qui fonctionne mal doit avoir une nutrition défectueuse. Tout sujet dont la nutrition est normale devra donc posséder le plein et parfait fonctionnement de ses organes : bien respirer, bien digérer, avoir des mouvements souples et faciles, se maintenir dans un bon équilibre au point de vue de son poids et de sa température. J'ajoute, enfin, qu'il devra avoir conscience de son bon état de santé et ne pas se plaindre de douleurs ou de troubles fonctionnels qui jurent souvent avec une bonne mine et une apparence de santé florissante. Les neurasthéniques, en effet, comme on les appelle aujourd'hui, ne sont point, tant s'en faut, des malades imaginaires : à mon sens, les souffrances qui leur arrachent tant de lamentations sont bien réelles, et si elles ne décèlent pas un trouble grave de l'organisme, elles dénotent un trouble nutritif, ou de l'estomac, ou du cœur, ou peut-être du système nerveux, dont la trace se retrouvera un jour, soit dans l'étude de l'urotoxie, soit peut-être dans l'appréciation des qualités thermiques ou électriques de l'organisme, si mal déterminées encore.

S'il est souvent difficile d'affirmer que la nutrition est normale, il est, en revanche, plus aisé de démontrer que dans un cas déterminé elle est pathologique. Sur ce point, les travaux de M. Bouchard établissent, pour les recherches ultérieures, une base tout à fait suffisante et nous donnent des caractères assez précis pour permettre réellement le diagnostic de la nutrition *retardante.*

Mais ce type de la nutrition retardante n'est sûrement pas le seul type de nutrition pathologique, et ici le problème commence à se compliquer de nouveau, car nous nous trouvons tout d'un coup en présence de toutes les intoxications, de toutes les infections, de toutes les perversions nutritives héréditaires; en un mot, de toute la pathologie considérée au point de vue des échanges organiques. Chez un homme intoxiqué par le plomb ou l'alcool, la nutrition ne se fera pas comme chez l'homme sain; chez le sujet empoisonné par le coli-bacille, elle ne s'effectuera pas comme chez celui qui est infecté par des miasmes palustres; le syphilitique se nourrira autrement que le tuberculeux; enfin, celui qui compte dans ses ascendants des goutteux ou des diabétiques aura sa nutrition autrement réglée que celui dont la race est indemne de toute tare. Tous ces exemples ne sont sûrement pas comparables entre eux : dans les uns, les phénomènes morbides sont éclatants; dans les autres, ils sont obscurs, et loin de s'offrir d'eux-mêmes au regard de l'observateur, ils doivent être dépistés par d'attentives recherches. Je les ai néanmoins rapprochés pour rappeler que dans toutes les maladies générales, chroniques ou aiguës, apyrétiques ou fébriles, la nutrition est en souffrance. Dans les intoxications, les troubles urologiques, en dehors de toute autre constatation, suffisent à le montrer. Dans certaines infections, tout à fait locales en apparence, les inoculations révélatrices le prouvent d'une façon éclatante. Prenons une série d'animaux, chevaux et vaches, et injectons-leur, suivant les procédés de M. Nocard, aux uns de la malléine, aux autres de la tuberculine. Les animaux sains ne présenteront aucun phénomène pathologique; ceux, au contraire, qui portent dans l'intimité de leurs organes un nodule tuberculeux ou morveux, et dont la santé générale semble pourtant tout à fait bonne, auront des réactions locales et générales de la plus grande intensité. N'est-ce pas la preuve que la nutrition de tout l'être est atteinte par cette petite lésion ? Et n'y a-t-il pas là un moyen vraiment merveilleux de déceler des troubles nutritifs latents? Peut-être des procédés analogues pourront-ils, un jour ou l'autre, servir à découvrir les troubles de la nutrition, provoqués non par l'introduction d'un germe étranger à l'organisme, tel que le microbe de la phthisie ou de la morve, mais bien les troubles déterminés par des intoxications d'origine interne et dus au défaut de fonctionnement d'un organe important ou à l'accumulation, dans l'économie, de substances nuisibles.

Il est difficile de poser ici des principes généraux. Si la nutrition normale est une, les nutritions pathologiques sont multiples. Elles sont aussi nombreuses et variées que les germes pathogènes eux-mêmes; aussi nombreuses que les poisons minéraux ou végétaux que nous pouvons ingérer; aussi nombreuses que les toxines que nos organes peuvent fabriquer. Germes, poisons, toxines, troublent en effet la nutrition chacun à sa manière, et il ne paraît guère possible, actuellement, de formuler une loi unique capable de déterminer les types si variables de ces innombrables nutritions pathologiques.

M. Chiaïs (Menton). — Quand on veut étudier l'état de la nutrition, il est indispensable de déterminer exactement la proportion des ingesta et des excreta en tenant compte de la limite de réduction normale ou pathologique.

On doit pour cela distinguer, d'une part, les éléments qui ne se modifient pas dans l'organisme ; c'est-à-dire l'eau et les chlorures, et d'autre part ceux qui y subissent une modification, c'est-à-dire les albuminoïdes et les éléments ternaires.

On doit, pour les analyses de chaque élément, tenir un compte attentif des rapports existant entre les différents excreta.

M. Cazin (Paris). — Pour étudier la nutrition dans les divers états pathologiques, il faut soumettre les sujets à une alimentation simple et toujours la même. C'est pour cela que, dans les recherches de MM. Duplay, Savoire et moi avons faites sur la nutrition des cancéreux (Voir *Semaine médicale*, 1895, p. 258), nous avons eu recours exclusivement au régime lacté. Nous avons constaté que, sous l'influence de ce régime, l'hypoazoturie, considérée par Rommelaere comme caractéristique des néoplasmes malins, n'était point un phénomène constant et en tout cas qu'il n'était nullement pathognomonique.

M. Chiaïs. — Durant combien de jours les urines des malades de M. Cazin ont-elles été analysées? Les propriétés diurétiques du lait pourraient, en effet, suffire à expliquer une augmentation de l'urée pendant deux ou trois jours.

M. Cazin. — Les analyses ont été faites durant dix jours consécutifs; on peut donc, dans l'interprétation de ces résultats, faire abstraction des propriétés diurétiques du lait pour expliquer le relèvement du taux de l'urée.

M. Catillon (Paris). — On pourrait rapprocher de ce qui vient d'être dit, les observations que j'ai faites avec M. Féris (médecin de la marine) et qui sont relatives au traitement de la diarrhée de Cochinchine par un régime approprié. Alors que l'appareil digestif ne supportait pas l'alimentation ordinaire, nous avons pu de la sorte alimenter nos malades; leur cachexie était cependant aussi prononcée que celle des individus atteints de cancer.

M. Maurel (Toulouse). — J'ai eu bien fréquemment l'occasion, en médecine navale, d'être appelé à donner mon avis sur la question de la ration d'entretien ; d'autre part, j'ai fait sur moi-même, sous des climats divers, dans des saisons différentes, de nombreuses analyses comparatives de sang et d'urine, en m'efforçant de conserver le même poids au moyen d'une alimentation variant suivant les conditions où j'étais placé.

J'ai ainsi pu me convaincre que, dans les pays tempérés, la ration d'entretien correspond, pour un kilogramme de poids, à un gramme cinquante centigrammes de substances ternaires; dans les pays chauds, cette ration correspond, pour les mêmes principes, à un gramme et à quatre grammes; dans les pays froids ou pendant la saison d'hiver, ces chiffres s'élèvent pour les matières azotées à un gramme soixante-quinze centigrammes, et, pour les substances ternaires, à sept et neuf grammes.

ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE

63e *session tenue à Londres du* 30 *juillet au* 2 *août* 1895.

Hernie de l'S iliaque à travers le canal inguinal; absence de sac herniaire.

M. W. Anderson (Londres). — J'ai eu l'occasion d'observer dans le courant de l'année passée trois cas de hernie de l'S iliaque à travers le canal inguinal; dans les trois cas, il y avait absence de sac herniaire. Cette lésion n'a pas encore été décrite, que je sache, bien que des hernies analogues de la vessie et du cæcum aient été déjà signalées. Mes malades étaient des ouvriers sains et robustes, âgés de trente, quarante et quarante-quatre ans. La hernie datait de quelques mois chez deux d'entre eux et de douze ans chez le troisième. Deux fois il s'agissait d'une hernie oblique; dans le troisième cas je crois avoir eu affaire à une hernie directe.

Dans deux cas la hernie était facilement réductible, mais comme elle ne pouvait être maintenue au moyen d'un bandage, les patients en réclamaient la cure radicale. Un malade fut admis à l'hôpital avec un étranglement herniaire de date récente.

La tumeur herniaire ne présentait rien de particulier, sauf que dans les deux cas où elle était réductible, il me fut impossible de percevoir, au moment où je faisais rentrer l'intestin dans la cavité abdominale, cette sorte de glissement brusque, d'échappement que l'on constate d'habitude pendant la réduction d'une entérocèle ordinaire.

En incisant légèrement la tumeur herniaire, j'ai mis à nu, dans mes trois cas, la couche musculaire du bord convexe d'une anse intestinale mesurant de sept à douze centimètres environ de longueur, dont le bord concave était recouvert, sur environ la moitié de sa circonférence, par le péritoine et présentait même, chez deux malades, des replis adipeux manifestes. Dans le troisième cas ces replis n'étaient pas visibles, probablement parce que l'intestin n'était pas suffisamment abaissé.

Après avoir sectionné le péritoine, j'ai pu suivre l'intestin avec le doigt le long de la fosse iliaque gauche vers la partie postérieure de la crête iliaque et me convaincre qu'il était

fixé à l'aponévrose iliaque par un repli péritonéal passant au-devant de l'intestin, sans cependant former de mésentère proprement dit.

Le traitement mis en œuvre dans les trois cas a consisté à suturer l'incision exploratrice du péritoine, à réduire l'S iliaque et à suturer également le canal inguinal, dans le but de retenir l'intestin dans la fosse iliaque jusqu'à ce que sa tendance à s'abaisser disparût ou diminuât. Dans un cas la hernie récidiva peu de temps après que l'opéré eut repris son travail; dans les deux autres le résultat de la cure opératoire s'est maintenu jusqu'à ce jour.

Les conditions anatomiques donnant lieu à la production de la hernie inguinale — sans sac — de l'S iliaque n'ont pas encore été décrites dans les traités classiques. Cependant, dans son *Atlas d'anatomie chirurgicale*, Maclise fait allusion à la possibilité de cette variété de hernie.

L'S iliaque, qui comprend ce qu'on appelle la « première portion du rectum » est, ainsi qu'on le sait, fixé à la paroi postérieure de la cavité pelvienne au moyen d'un mésentère généralement bien développé. Celui-ci, comme le montrent les cas de colotomie inguinale, présente une longueur fort variable, parfois suffisante pour permettre un prolapsus considérable de l'intestin dilaté à travers la plaie abdominale, tandis que dans d'autres cas ce prolapsus est très léger. Parfois le mésentère peut manquer complètement. Dans ces conditions et lorsque le tissu conjonctif sous-péritonéal unissant l'intestin avec la fosse iliaque est lâche, une hernie de l'S iliaque peut se produire à travers le canal inguinal.

On sait que l'oblitération du sac herniaire est, dans les cas ordinaires, le point essentiel de la cure radicale de la hernie inguinale ; or, dans les faits comme ceux que je viens de décrire, comme il n'existe pas de sac herniaire, l'opération a moins de chance de réussite.

Du traitement chirurgical des tumeurs de la vessie.

M. E.-H. Fenwick (Londres). — Le diagnostic différentiel entre les tumeurs vésicales et les calculs urinaires n'est pas toujours facile. Bien que les papillomes bénins de la vessie soient caractérisés par l'apparition périodique d'une certaine quantité de sang dans l'urine normale, et cela sans douleur et sans cause apparente, il est cependant des tumeurs de ce genre qui provoquent des symptômes analogues à ceux de la lithiase vésicale. Ce fait est dû à la longueur insolite du pédicule du néoplasme, qui dans ces conditions peut se déplacer facilement et pénétrer même jusque dans l'orifice vésical où il agit à la manière d'un tampon. Les papillomes bénins peuvent donc être divisés en deux variétés distinctes, que j'appellerai *papillomes obstructeurs* et *papillomes non obstructeurs*. Ces derniers sont de beaucoup les plus fréquents.

J'attache une grande importance à ce que, dans ces deux variétés de tumeurs vésicales, les malades ne soient jamais sondés dans le but de rechercher chez eux la présence de calculs.

Lorsqu'il s'agit de néoplasmes non obstruants, les symptômes sont si caractéristiques et si différents de ceux de la pierre que — surtout si l'on a affaire à des sujets du sexe masculin âgés de moins de cinquante ans — le sondage pratiqué dans ces conditions est inutile et même nuisible. Il en est autrement des malades ayant dépassé la cinquantaine, chez lesquels il peut exister de petits calculs d'acide urique, logés derrière une prostate volumineuse faisant saillie dans la vessie, et qui provoquent des symptômes semblables à ceux d'une tumeur vésicale bénigne.

Dans les cas de néoplasmes obstructeurs une analyse exacte des symptômes de début permettra toujours de faire le diagnostic différentiel et d'éviter ainsi les conséquences fâcheuses du cathétérisme explorateur. En effet, dans les cas de ce genre l'occlusion de l'orifice vésical par la tumeur se répercute toujours sur les reins et amène une stagnation de l'urine dans le bas-fond de la vessie ; or, on sait que dans ces conditions le cathétérisme peut amener facilement la production d'une cystopyélite.

Aussi, chaque fois qu'on soupçonnera l'existence d'une tumeur de la vessie, fera-t-on bien de procéder à l'examen cystoscopique, entre deux accès d'hématurie, en s'arrangeant de façon que la vessie soit remplie d'urine à ce moment. A défaut de cystoscope, le meilleur procédé d'exploration consiste à pratiquer une boutonnière sus-pubienne assez grande pour permettre l'introduction du doigt.

Dans le traitement opératoire des tumeurs bénignes de la vessie, les meilleurs résultats ont été obtenus précisément chez les malades qu'on s'était abstenu de sonder. La méthode la plus sûre est de procéder dans la même séance à l'exploration de la vessie, puis à l'opération. Dans tous les cas où l'on est intervenu immédiatement après l'examen cystoscopique, le résultat a été favorable. D'ailleurs, il en est de même des opérations faites dans le but d'extraire des calculs vésicaux.

Les papillomes pédiculés de la vessie paraissent être plus fréquents chez la femme que chez l'homme. Beaucoup de ces tumeurs peuvent être enlevées facilement à travers l'urèthre dilaté ; mais, lorsque leur base d'implantation est large ou bien que le pédicule est très gros, il faut opérer soit à travers le septum vaginal, soit par la voie sus-pubienne.

Chez l'homme, le seul procédé rationnel consiste à opérer par cette dernière voie. Lorsqu'il s'agit d'une tumeur plus ou moins pédiculée, il est bon de procéder à l'ablation de sa base d'implantation au moyen de l'excision seule ou associée à l'écrasement. L'emploi de la curette est indiqué seulement en présence de masses néoplasiques sessiles ou de petits nodules secondaires. L'hémorrhagie provenant de la surface d'implantation de la tumeur extirpée doit être complètement arrêtée avant que le patient ait quitté la table d'opération. Le meilleur moyen hémostatique me paraît être une ligature dont on laisse pendre les bouts hors de la vessie, ou bien l'application du fer rouge à travers un tube de Keith.

J'hésite souvent à procéder à l'ablation de petites tumeurs vésicales sessiles chez les sujets du sexe masculin âgés de moins de trente-cinq ans, attendu que la croissance de ces tumeurs est généralement très lente. On peut dire d'une façon générale que la consistance d'un papillome bénin non obstructeur de la vessie est d'autant plus dense qu'il est de date plus ancienne.

Pour ce qui concerne les néoplasmes malins de la vessie, je dirai que l'opinion que j'ai émise, il y a deux ans, à l'égard des interventions opératoires qu'ils comportent n'a pas été modifiée par l'expérience clinique ultérieure. Les cancers durs, à évolution lente et disposés en foyers uniques, peuvent être extirpés avec des chances de voir survenir un retard considérable dans l'évolution de la maladie, si toutefois la base du néoplasme et le tissu sous-jacent sont complètement enlevés au bistouri. Par contre, une intervention, qui laisse subsister la base d'implantation du carcinome ou qui n'a pour effet que de broyer la surface du néoplasme ne peut qu'augmenter la rapidité de développement de la tumeur.

Les néoplasies malignes siégeant dans le trigone vésical ou à sa proximité ne doivent pas être opérées. Si elles amènent l'obstruction de l'orifice vésical, on aura recours au drainage hypogastrique. Les néoplasmes affectant la forme d'une infiltration des parois vésicales peuvent être diagnostiqués par le toucher rectal ou bimanuel pratiqué pendant que le malade est anesthésié par l'éther. Les tumeurs disséminées multiples, constatées au moyen du cystoscope, sont inopérables. Les petits néoplasmes malins indolents et disposés en foyers uniques peuvent être extirpés même lorsqu'ils ont pénétré jusque dans la couche musculaire de la vessie, pourvu que la paroi vésicale sous-jacente soit réséquée dans toute son épaisseur en même temps que la tumeur, ce qui n'est pas toujours possible. Lorsqu'une partie du péritoine a dû être enlevée avec la néoplasie, il faut pratiquer le drainage de la vessie pour laisser à la plaie vésicale le temps de guérir.

J'ai en tout soixante-dix extirpations de tumeurs de la vessie : cinq de mes opérés sont morts et parmi eux deux ont succombé des suites immédiates de l'intervention. Les trois autres décès, survenus chez des cancéreux, trois semaines environ après l'opération, sont imputables à des complications rénales.

Du prurit et de son traitement.

M. McCall Anderson (Glasgow). — Les éléments nerveux qui participent au mécanisme anatomo-physiologique du prurit sont les suivants : les ramifications termi-

nales des nerfs cutanés dans l'épiderme ; les petits groupes de cellules en forme de coupe et de godet communiquant avec les filaments nerveux et situés dans les couches profondes de l'épiderme ainsi que dans les couches superficelles du derme ; enfin, les cheveux et les poils : en effet, chaque élément pileux étant entouré à sa base d'un fin réseau de fibres nerveuses à myéline, les cheveux et les poils doivent être considérés comme des organes du tact, et il est probable que l'irritation de leur follicule peut provoquer le prurit.

Il est difficile d'expliquer pourquoi le prurit se manifeste dans certaines affections cutanées et ne s'observe pas dans d'autres dermatoses. A ce propos je ferai ressortir aussi ce fait inexplicable, à savoir que les déterminations précoces de la syphilis ne sont pas prurigineuses, tandis que les lésions cutanées tardives de cette diathèse s'accompagnent souvent de démangeaisons.

Parmi les facteurs étiologiques les plus importants du prurit il faut mentionner la sénilité, l'ictère, la goutte, les troubles digestifs, le diabète, les influences saisonnières (*pruritus hiemalis*), enfin les désordres nerveux et psychiques.

Sans vouloir nier le rôle des irritations d'origine réflexe dans la pathogénie du prurit, je suis d'avis que dans la plupart des cas les sensations prurigineuses sont dues à l'irritation directe des terminaisons nerveuses dans l'épiderme.

Le traitement du prurit doit tout d'abord être dirigé contre la cause présumée de l'affection. Si, malgré cette thérapeutique rationnelle, les démangeaisons persistent, on s'adressera aux moyens empiriques. Je n'attache qu'une importance secondaire aux applications médicamenteuses locales. Les médicaments destinés à l'usage interne sont généralement plus efficaces. Les meilleurs d'entre eux sont la teinture de gelsemium sempervirens, la teinture de cannabis indica, l'acide phénique et surtout l'atropine administrée par la voie sous-cutanée, ainsi que l'antipyrine et la phénacitine à doses progressivement croissantes. L'électrothérapie do ne aussi de bons résultats. Enfin, chez les sujets débilités, l'usage des toniques, tels que le phosphore, l'arsenic et la strychnine (ces deux derniers seront administrés avec avantage en injections hypodermiques), est également indiqué.

M. Myrtle (de Harrogate) signale les difficultés qu'on rencontre si souvent dans le traitement du prurit et qui dépendent des réactions individuelles des malades. C'est ainsi que des médicaments très utiles chez certains sujets se montrent nuisibles chez d'autres, bien qu'il s'agisse d'affections cutanées identiques. Les meilleurs médicaments internes sont, d'après l'expérience de l'orateur, les diverses substances dérivées du goudron (antipyrine, phénacétine, etc.) et le chloral. Dans les cas graves de prurit, les applications sur la région atteinte d'une solution de potasse caustique à 3 ou 6 0/0 procurent un soulagement considérable.

M. Waldo (de Bristol) dit qu'un vésicatoire appliqué sur la colonne vertébrale, à un niveau qui correspond à la région cutanée atteinte, exerce souvent une action très favorable sur les démangeaisons. Dans le prurit associé à des lésions ostéo-arthritiques l'orateur s'est bien trouvé de l'usage interne du salicylate de soude.

M. Stopford Taylor (de Liverpool) estime que dans la majorité des cas de prurit les médications internes ne sont d'aucune utilité, aussi faut-il insister particulièrement sur les mesures hygiéniques, le régime alimentaire et les exercices physiques appropriés. Le changement fréquent de linge et les lotions alcooliques donnent de bons résultats dans le prurit anal si fréquent chez les individus qui se livrent à l'exercice de la bicyclette. Quant aux applications d'une solution de potasse caustique, elles ne sont nécessairss que dans les formes graves de prurit.

Mme Garret Anderson (de Londres) fait observer que le prurit est particulièrement fréquent dans le sexe féminin, ainsi que chez les hommes qui mènent un genre de vie analogue, sous certains rapports, à celui de la plupart des femmes : la sédentarité, un régime alimentaire insuffisant et peu varié, le surmenage intellectuel sont dans ces conditions la cause du prurit. On recommandera à cette catégorie de malades une alimentation plus abondante, un repos complet pendant une heure avant le repas du soir, et, lorsque la chose est possible, le port d'étoffes de soie au lieu de vêtements de toile ou de coton.

M. Barendt (de Liverpool) dit avoir obtenu dans certains cas de prurit d'excellents résultats en faisant appliquer sur les parties atteintes, pendant cinq minutes environ, de l'huile d'olive phéniquée à 2 0/0.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 août 1895.

Présidence de M. Empis.

M. Lancereaux analyse le travail d'un auteur qui conseille de pratiquer chez les futurs naufragés, au moment du danger, l'insufflation du tissu conjonctif sous-cutané.

M. G. Colin adresse un mémoire sur la toxicité des alcools.

M. Javal, après avoir analysé le travail d'un américain qui dit guérir toutes les maladies, y compris le diabète, par le port de lunettes à verres prismatiques, fait une communication sur l'écriture droite et présente des livrets scolaires qu'il a établis.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 22 juillet 1895.

Présidence de M. Coyne.

Coloration des figures karyokinétiques.

M. Auché montre des préparations dans lesquelles les figures karyokinétiques sont remarquablement distinctes. Pour les colorer, il se sert d'une solution aqueuse alunée ancienne de cochenilles avec laquelle la préparation faite au microtome après inclusion dans la paraffine reste en contact vingt-quatre heures ; il lave ensuite à grande eau. Cela fait, il colore très légèrement le protoplasma cellulaire avec une solution alcoolique d'acide picrique. Le titre de cette dernière solution importe fort peu, car si la coupe est trop vivement colorée il est toujours très facile de la décolorer à l'aide de lavages à l'alcool ordinaire. Il suffit ensuite de laisser évaporer l'alcool, d'éclaircir à l'essence de bergamotte, de laver au xylol et de montrer dans le baume au xylol.

M. Dubreuilh. — Quel est le mode de fixation employé?

M. Auché. — Les procédés ordinaires réussissent très bien ; le mieux est d'employer l'alcool sublimé ou une solution aqueuse saturée de sublimé et additionnée de 5 0/0 d'acide acétique.

M. Dubreuilh. — Ce point me paraît très important, car avec l'emploi classique par la liqueur de Fol, on ne peut pas bien voir les autres détails histologiques ; on peut les voir au contraire si l'on a fixé par l'alcool.

Présence de streptocoques dans les cellules de la moelle de lapins morts de septicémie streptococcique.

M. Auché. — Le lapin avait été infecté avec une culture de streptocoques injectée dans le torrent circulatoire, il est mort le sixième jour paraplégique.

On trouve sur les coupes de la moelle de nombreux microcoques dans les cavités logeant les cellules de la moelle et dans les cellules elles-mêmes notamment dans les cellules motrices.

Hydrosalpinx double chez une tabétique; laparotomie; retard dans la réunion.

M. Armand présente deux hydrosalpinx enlevés par M. le docteur Baudriment à une tabétique : le diagnostic, très délicat, avait été celui de kystes de l'ovaire.

Le onzième jour après l'opération, les lèvres de la plaie paraissant réunies par première intention, les points de suture sont enlevés, un nouveau pansement est placé. Deux jours après, treizième jour après l'opération, le pansement est plein de sérosité, on le défait, et l'on constate une large éventration comprenant toute la suture superficielle des téguments et le tiers supérieur du surjet réunissant les muscles et les aponévroses.

Par cet orifice fait saillie une masse épiploïque du volume du poing.

Les bords de la plaie sont blanchâtres, sans tendance au bourgeonnement, complètement insensibles; on peut les aviver de nouveau aux ciseaux et suturer sans douleur.

La réunion se fait complètement et quinze jours après, la malade sort de l'hôpital.

Trois cas de cancer du corps thyroïde.

MM. Bundel et **Liaras** présentent un mémoire sur ce sujet.

Ils concluent que pendant longtemps les épithéliomas du corps thyroïde évoluent comme les goîtres bénins; qu'une récidive après thyroïdectomie doit faire craindre une tumeur maligne; que la transformation des goîtres bénins en goîtres malins n'est peut-être simplement que l'évolution très lente d'abord, très rapide ensuite d'un cancer thyroïdien; que le diagnostic entre les deux lésions étant très difficile, le chirurgien devra traiter les goîtres parenchymateux colloïdes et kystiques comme des tumeurs malignes et en pratiquer l'ablation par le procédé d'énucléation.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 31 *juillet* 1895.

Présidence de M. Vinay.

Contribution à l'étude de la sécrétion interne de la rate et du pancréas.

M. Lépine, en collaboration avec **M. Martz**, a fait de nouvelles expériences pour vérifier l'opinion de Schiff et Herzen relative à l'influence de la rate sur la production de trypsine par le pancréas, opinion qui, comme on sait, n'est pas acceptée actuellement par les physiologistes.

Dans une première série d'expériences, MM. Lépine et Martz broient un pancréas tout à fait frais, et le partagent en deux parties égales A et B. — A est additionné de glycérine pure, B de glycérine dans laquelle a macéré une rate de chien en digestion et qui n'a elle-même aucun pouvoir digestif. Au bout de quelques heures on éprouve le pouvoir tryptique des deux glycérines et on trouve invariablement que celui de la glycérine B est plus considérable. Donc la glycérine dans laquelle a macéré une rate développe dans le pancréas, mieux que la glycérine pure, un pouvoir tryptique. En tenant compte de la théorie de Heidenhain sur le développement de la trypsine dans le pancréas on dira que la macération de rate dans la glycérine favorise la transformation de la protrypsine en trypsine.

Dans une autre série d'expériences, MM. Lépine et Martz dosent comparativement le pouvoir tryptique du sang d'un chien normal et d'un chien ayant subi, deux jours auparavant, l'ablation de la rate. Dans ce dernier cas, le pouvoir tryptique du sang est presque nul. MM. Lépine et Martz déterminent le pouvoir tryptique du sang en le laissant digérer lui-même ses propres albuminoïdes pendant cinq heures d'étuve; ils dosent les albuminoïdes du sang au sortir du vaisseau et, après cinq heures d'étuve, la perte (c'est-à-dire la quantité de matières albuminoïdes *solubilisées)* donne la mesure du pouvoir tryptique.

MM. Lépine et Martz se sont convaincus que le pouvoir tryptique du sang de la veine pancréatique, quelques heures après la faradisation du bout périphérique du vague, est beaucoup plus marqué que celui du sang carotidien. La trypsine du sang provient donc de la sécrétion *interne* du pancréas et non du suc pancréatique versé dans l'intestin, et qui aurait été partiellement résorbé.

Gastroplastie pour estomac biloculaire.

M. Paul Courmont, interne des hôpitaux, présente une malade, sur laquelle M. Jaboulay pratiqua, il y a quatorze jours, l'opération de la gastroplastie.

Cette femme était depuis un mois dans le service de M. Bouveret qui, après un examen clinique approfondi, posa fermement le diagnostic d'estomac biloculaire par cicatrice d'un ancien ulcère. Cette femme avait présenté des signes d'ulcus vers l'âge de vingt ans. Au moment de l'opération elle présentait, depuis un an, des troubles graves analogues à ceux produits par une sténose pylorique et, depuis plus de trois semaines, ne se nourrissait plus que par lavements alimentaires. L'indication de l'intervention chirurgicale fut posée par M. Bouveret et l'opération pratiquée par M. Jaboulay le 17 juillet. Une incision sur la ligne blanche entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde montra l'état des viscères. On voyait d'abord une poche stomacale fortement adhérente, par sa partie supérieure, au lobe gauche du foie; puis, en dégageant davantage l'organe de l'abdomen, une seconde poche stomacale réunie à la première par un orifice très étroit formé très nettement par une cicatrice d'ulcère.

De plus la poche inférieure présentait une torsion notable de son grand axe rétrécissant encore plus l'orifice de communication devenu à peu près infranchissable, comme en témoignaient d'ailleurs les signes cliniques des dernières semaines.

Aucun point ne montrait l'aspect d'une dégénérescence cancéreuse.

L'opération de la gastroplastie fut aussitôt pratiquée suivant la méthode de la pylocoplastie de Heinecke.

Une incision longitudinale de sept à huit centimètres fut menée suivant le grand axe de l'estomac, passant par le point rétréci de réunion des deux poches; la suture des deux bords fut faite au contraire transversalement, de façon que les points extrêmes de l'incision devinssent la partie moyenne de la suture et là communication largement assurée entre les deux poches stomacales.

La suture des bords de l'incision fut faite à trois plans à points séparés, au catgut. L'anesthésie avait été pratiquée à l'éther; pas d'incident opératoire.

Les suites furent des plus simples. Le soir de l'opération la malade ne présentait aucun shok. La température, qui était avant l'opération de 38°-38°2, monta, le premier soir, à 39°3 pour descendre, le lendemain, à 38°2 et enfin, le neuvième jour, définitivement à 37°5. Au bout de trois jours d'une diète absolue (nutrition par des lavements alimentaires) la malade prit quelques morceaux de glace; au bout de cinq jours elle put boire du champagne et, le lendemain, un peu de lait. Dès le dixième jour les fils de la paroi furent enlevés; la malade put ingérer sans fatigue des potages légers et liquides et se lever sans danger. Actuellement, quatorze jours après l'opération, elle continue de s'alimenter par la bouche avec des aliments liquides. Ceux-ci passent sans aucune difficulté; les troubles de pesanteur, douleurs à la suite d'ingestion de liquides, éprouvés par la malade avant l'opération, n'ont pas reparu. Pas de vomissements; pas de coliques; selles normales. Mais la malade est toujours très faible à cause de sa cachexie antérieure très prononcée.

L'opération actuelle est seulement la troisième gastroplastie pratiquée pour estomac biloculaire; le premier cas appartient à Doyen de Reims. C'est le second cas seulement opéré après diagnostic sur le vivant.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

DRAGÉES au Lactate de Fer de
GÉLIS & CONTÉ
Approuvées par l'Académie de Médecine
Le **FER le PLUS ASSIMILABLE**
Dose : Cinq centigrammes par Dragée.
LABELONYE & Cie, 99, Rue d'Aboukir, **PARIS**

CAPSULES DE SULFATE DE QUININE

De **PELLETIER** ou des Trois Cachets

Ces capsules, de la grosseur d'un pois, contiennent dix centigr. de sulfate de quinine, garanti par l'inscription, sur chacune d'elles, du nom de (PELLETIER) elles s'entr'ouvent en quelques minutes dans l'eau froide, ne durcissent pas comme les pilules, s'avalent plus facilement que les cachets. Le prix pour le Pharmacien est de **six centimes** la pièce par Flacon de 100, il peut les détailler au gré du médecin.

LES SELS SUIVANTS :

Bisulfate de Quinine.	Valérianate de Quinine.
Bromhydrate de Quinine.	Chlorhydrate de Quinine.
Lactate de Quinine.	Chlorhydrosulfate de Quinine.

Se délivrent également en capsules de 10 centig., mais leur prix varie suivant les cours

Pharmacie VIAL, 1, rue Bourdaloue, PARIS

ANÉMIE, HERPÉTISME, DIABÈTE, ASTHME
GRANULES de FOWLER
(1 MILLIG. D'ARSÉNITE DE POTASSE PAR GRANULE)

INAPPÉTENCE, AFFECTIONS D'ESTOMAC
GRANULES de BAUMÉ
DU **DOCTEUR LEGROS & Cie**
LICENCIÉ ÈS-SCIENCES, LAURÉAT DES HÔPITAUX
(Chaque Granule correspond à 2 gouttes de teinture).
PHARMACIE FRANÇAISE, 1 & 3, Place de la République, Paris.

SIROP & VIN DE DUSART

AU LACTO-PHOSPHATE DE CHAUX

Le procédé de dissolution du phosphate de chaux dans l'acide lactique, qui est l'acide du suc gastrique, est dû à M. DUSART; le corps médical a constaté l'efficacité de cette combinaison dans tous les cas où la nutrition est en souffrance. Il est donc indiqué dans la phthisie, la grossesse, l'allaitement, le lymphatisme, le rachitisme et la scoliose, la dentition, la croissance, les convalescences.

SIROP — VIN — SOLUTION (2 à 6 cuillerées à bouche avant le repas)

DÉPOT : 113, Faubourg-St-Honoré et toutes Pharmacies.



Les **CAPSULES DARTOIS**
contiennent chacune
0,05 CRÉOSOTE DE HÊTRE
redistillée et titrée et
0,20 huile de foie de morue.
C'est le meilleur remède contre
BRONCHITES
CATARRHES
PHTISIE
TUBERCULOSE
3 ou 4 à chaque repas.
Le flacon, 3 fr.
105, rue de Rennes, Paris et les pharmacies, en exigeant le timbre de l'Etat français.

PHOSPHATE DE FER

Pyrophosphate de Fer et de Soude, de **LERAS,** Dr ès-sciences.

Solution ou **Sirop** incolores, sans goût de fer, n'ayant aucune action sur les dents, ne provoquant pas de constipation, toujours bien supportés par les estomacs les plus délicats; ils réunissent les principaux éléments des os et du sang, fer et acide phosphorique, et contiennent 20 centigr. de sel de fer par cuillerée à bouche.— CHLOROSE, ANÉMIE, APPAUVRISSEMENT DU SANG. — **1, rue Bourdaloue.**

ERGOTINE et Dragées d'
ERGOTINE BONJEAN
Médaille d'Or de la Société de Pharmacie de Paris
HEMOSTATIQUE LE PLUS PUISSANT
soit en Potion soit en Injections hypodermiques
*Quinze centigram. par dragée. — **Accouchement***
Hémorrhagies de toute nature.
LABELONYE & Cie, 99, rue d'Aboukir, **PARIS**

ANOREXIE

Chez nombre de malades pour qui l'alimentation est une condition indispensable à la guérison, le manque d'appétit est absolu. Tous leurs efforts pour suivre les prescriptions des médecins à cet égard se heurtent à une répugnance presque invincible et quand ils parviennent à la vaincre, les aliments pris digèrent mal, sont souvent rejetés très rarement assimilés.

Plus de vingt années de succès ont démontré que l'Elixir Alimentaire Ducro triomphe constamment de la répugnance des malades pour les aliments. Il est pris avec plaisir, toujours digéré sans aucune fatigue par l'estomac, et comme sa propriété fondamentale est d'être alimentaire, c'est le médicament-aliment par excellence des phthisiques, anémiques, cancéreux, etc... Préparé avec la viande crue, l'alcool et les écorces d'oranges amères, l'Elixir Alimentaire Ducro est tout à la fois apéritif et nutritif. L'alcool qui lui sert de véhicule lui communique ses qualités d'antidéperditeur et aussi fait de l'Elixir Ducro une préparation de viande crue exempte de tout danger des vers intestinaux.

PILULES DE
QUASSINE
FREMINT
(Quassine amorphe pure 0.02)
DIURÉTIQUES, TONIQUES, APÉRITIVES
1 ou 2 avant chaque repas contre **l'Anorexie. Faiblesse générale, Convalescences difficiles. Atonie des Voies digestives** *(Diarrhée et Constipation rebelles)*, **Coliques hépatiques et néphrétiques.** — Le fl. **3** fr., rue d'Assas, 18, Paris, *et toutes pharmacies, en exigeant le timbre de l'Etat français.*

N° 36 — 4 SEPTEMBRE 1895 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES DES FACULTÉS DE MÉDECINE

LILLE

(Année scolaire 1894-1895).

Thèses.

31. M. A.-P. Ruc. De la transmission de la tuberculose et de sa prophylaxie dans l'habitation. — M. P. Dhaussy. De l'action du chlorhydrate d'apomorphine sur le chimisme stomacal. — M. Hennartt De l'hémiplégie dans la méningite tuberculeuse des adultes (symptomatologie-pathogénie). — M. J. Caffeau. Etude sur la pathogénie du colobome de l'iris. — M. E. Biat. De la kératoscopie (Essai de perfectionnement et de synthèse). — M. A. Vermersch, Etude sur le vératrol. — M. R. Brucant. Contribution à l'étude de la tuberculose mammaire. — M. F. Lenoir. Contribution à l'étude du traitement de l'ascite dans la cirrhose alcoolique. — M. J.-B. Razemon. Contribution à l'étude des sarcomes des nerfs. — M. A. Pierchon. Les grandes hématuries dans la tuberculose de la vessie.

41. M. Faucompré. Quelques considérations à propos du traitement des ruptures musculaires. — M. A. Plouvier. De l'hystérectomie abdominale totale pour fibromes utérins. — M. J. Vandermeersch. Traitement des tuberculoses locales par l'iode métalloïdique.

LYON

(Année scolaire 1894-1895.)

1062 M. Blanchon (Henri). De l'ostéomyélite aiguë chez l'adulte. — M. Baurand (Henri). De l'entrée de l'air dans les sinus utérins. — M. Caillot (Jean). Contribution à l'étude de quelques bruits extra-cardiaques. — M. Boissat (François). Du traitement de la pneumonie par les badigeonnages de gaïacol. — M. Schrameck (Emmanuel). Du spasme de l'œsophage dans le cancer de l'estomac. — M. Roy (Charles). Contribution à l'étude des cavernes muettes. — M. Julhiet (Louis). Quelques considérations sur les kystes dermoïdes de l'ovaire. — M. Pitre (M.). Contribution à l'étude du myxœdème par la médication thyroïdienne. — M. Maire (F.-A.). Traitement des lésions de l'anse intestinale étranglée. — M. Bonavita (Jean-Marie). Contribution à l'étude de la pathogénie, de la prophylaxie et du traitement des éventrations post-opératoires.

1072. M. Marenge (Joseph). Contribution à l'étude de la désinfection des appartements. Du rôle et de l'importance de la sédimentation des germes atmosphériques dans l'épuration totale des pièces habitées. — M. Guichard (Pierre). Contribution à l'étude de la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire. — M. Vernet (Joseph). Sur la coexistence d'une angine pseudo-membraneuse atypique et d'un microbe nouveau. — M. Pauly (Raymond). Du réveil des affections anciennes des centres nerveux. — M. Albert (Raymond). Recherches sur les causes de la disparition des fièvres palustres dans le haut Limousin. — M. Deydier (Henri). Rachitisme tardif. Etude anatomo-pathologique et clinique. — M. Alban de Grailly. De la néphrotomie dans l'anurie. — M. Gagnière (Joseph-Alphonse). Quelques essais sur le traitement de la tuberculose pulmonaire. — M. Pétouraud. Cancer gastrique et acide lactique. — M. Reboulet (Claude). Contribution à l'étude du traitement de la pulpe dentaire exposée.

VARIÉTÉS

École principale du service de santé de la marine de Bordeaux. — Liste des candidats admis après concours.

1. Adam, Alain, Allard, Aubert, Audiau, Baillif, Barthe, Benoist de la Grandière, Bernard, Berthail.

11. Bertrand, Blanc, Bouillet, Briand, Bourges, Brochard, Broquet, Brustier, Carceill, Cartron.

21. Cavazza, Chauaud, Chemin, Chapeyron, Colineaux, Constantin, Combes, Crenn, Dagorn.

31. Décoly, Delhomeau, Desvaulx, Doreau, Dousset, Dufour, Duval, Erdinger, Fermond, Fourgous.

41. Gallet de Santène, Georges, Gilbert, Gisselbrecht, Graillot, Grange, Guérin, Guibaud, Guilbot, Guillemain.

51. Haguet, Hédie, Hémet, Honorat, Imbert, Izambard, Jacquin, Jartel, Joncour, Kérambrun.

61. Kérandel, Lallement, Lartigue, Lasserre, Latour, Laurens, Laurenti, Lebeaupin, Le Bigot, Le Coniac.

71. Le Forestier de Lesmadec, Le Gouaille, Lenoir L., Lenoir P., Leroy, Long, Lorans, Loro, Lucas, Manine-Hiton.

81. Marchenay, Mariani, Marque, Marty, Meistermann, Ménard, Mongie, Morin, Mornu, Mouillac.

91. Moulinier, Munier, Nédelec, Nicollet, Noc, Normet, Oudard, Péraldi, Petit E., Petit R.

101. Picot Pin, Prat, Proust, Pujol, Puysségur, Rabourdin H., Rabourdin L. Revault, Revel.

111. Rey, Ribot, Richard, Robilliard, Rouflandis, Rousseau A., Rousseau M., Roustan, Sambuc, Sarrabezolles.

121. Stéphan, Tardif, Thébaud, Thibault, Vallet, Verdier, Vial, Vincent, Violle, Vivie.

131. Féret, Gueit, Hardy, Lambert, Perdrigeat, Taupin.

Congrès des aliénistes. — Au moment de clore sa session à Bordeaux, le Congrès des aliénistes et des neurologistes de langue française a décidé que le Congrès de 1896 se tiendrait à Nancy. Le professeur Pitres, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux, en a été nommé le président; le docteur Lallement, médecin des asiles de Nancy, secrétaire.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Vient de paraître à la librairie A. HIRSCHWALD (Berlin).

W. A. R. POTTEN. *Hebammen- Unterricht und Hebammenwesen.* Brochure in-8°, 32 p.

SIEGEL. *Die mundseuche (stomatitis epidemica, maul und Klauenseuche des Menschen)*, Brochure in-8° 29 p., avec une planche de chromo. (Etude complète de la stomatite aphtheuse chez l'homme.)

M. J. ŒRTEL. *Das laryngostroboscop.* Brochure in-8°.

PASSEW. *Eine neue Transplantation. Méthode fur die Radicaloperation bei chronischen. Eiterungen des mittelohres.* Brochure in-8°, 9 pages.

Procédé pour épidémiser la cavité après la trépanation de l'aphophyse mastoïde et de la caisse; une figure fort claire.

K. ABEL. *Die mikroskopische. Technik und Diagnostik in der Gynækologischen praxie.* Brochure in-8°, 110 p.

J. LEMOINE. *Les misères de l'enfance.* Une brochure in-16 de 100 pages. Paris, A Maloine, 1895. Prix : 1 fr. 50.

REVUE CRITIQUE

La tuberculose mammaire, par MM. Sabrazès et W. Binaud, professeurs agrégés de la Faculté de Bordeaux.

En 1891, le Dr Angelo Fiorentini montre, dans un travail publié en collaboration avec le Dr Parietti (*Journ. de la Soc. royale d'Hygiène*, XIV, p. 6, 7 et 8) :

1° Que le lait de beaucoup de vaches tuberculeuses peut contenir des bacilles de Koch;

2° Que cette contamination du lait s'observe exclusivement dans les cas de tuberculose généralisée ou de lésions bacillaires de la mamelle.

Comment le bacille pénètre-t-il dans le lait?

Certains auteurs admettent la possibilité de l'infection du lait, même quand la mamelle est indemne, s'il existe un foyer tuberculeux dans un organe, le poumon par exemple (Bollinger, Hirschberger, Ernst, Stein, May, Savarisi, Fries, Schrœder, etc.).

Pour d'autres, la présence du bacille dans le lait témoigne toujours de l'existence d'une lésion mammaire (Chauveau, Cohnheim, Nocard, Bung, Terni, Vertova, Nosotti, Parietti).

Le Dr Fiorentini s'est efforcé de résoudre cette question litigieuse (1).

Il rappelle que la tuberculose mammaire de la vache affecte deux formes inégalement fréquentes. La première est cliniquement reconnaissable : c'est l'infiltration *in toto* d'un lobe de la glande.

La seconde forme, la plus commune, ne peut être diagnostiquée pendant la vie : c'est la forme miliaire à granulations disséminées. Pour la déceler, il est indispensable de multiplier les coupes de la glande; elle peut échapper à un examen superficiel.

Les recherches histologiques de l'auteur l'amènent à penser que les granulations tuberculeuses se développent dans les tractus conjonctifs qui séparent les acini glandulaires.

Il a étudié dix-sept paires de mamelles provenant de vaches tuberculeuses. Douze étaient saines, cinq présentaient des lésions spécifiques.

Toutes ces pièces indistinctement ont été mises en coupes histologiques et, de plus, inoculées, après raclage, sous les téguments du cobaye.

Parmi les cinq paires de mamelles tuberculeuses, une appartenait à la forme infiltrée, quatre répondaient au type miliaire.

Sur les douze paires de glandes saines, qui toutes provenaient de bêtes tuberculeuses à des degrés divers, les recherches histo-bactériologiques et l'inoculation donnaient des résultats négatifs.

Les glandes infiltrées de tubercules ne montraient pas de bacilles, mais inoculaient positivement le cobaye.

Dans les formes miliaires, l'examen histo-bactériologique était positif ainsi que l'inoculation. Dans un cas, une seule glande renfermait deux petits nodules miliaires, l'autre mamelle étant saine; seule, l'inoculation de la première réussit.

L'auteur se croit autorisé à conclure :

1° Que la présence du bacille de Koch dans la mamelle témoigne d'un processus tuberculeux *in situ* et que le passage du bacille dans le lait n'est possible que dans ces conditions;

2° Que chez la vache, la tuberculose de la mamelle est toujours secondaire à la tuberculose d'un autre organe et affecte le plus ordinairement la forme miliaire, qui est cliniquement d'un diagnostic quasi impossible.

Le point de départ des bacilles est un foyer caséeux initial plus ou moins éloigné de la glande. L'apport des bacilles dans les régions mammaires s'effectuerait par l'intermédiaire des grands leucocytes mononucléaires entraînés par le courant sanguin dans les divers organes et, par les artères mammaires, dans ces glandes. Les bacilles, ainsi transportés jusqu'aux capillaires péri-acineux, échoueraient finalement — par diapédèse des leucocytes qui les englobent — jusque dans le tissu conjonctif interstitiel, où se forme la granulation initiale, dans l'intervalle des culs-de-sac glandulaires; les parois de ces culs-de-sac et leur revêtement épithélial sont rapidement compris dans le processus de nécrose qui marque l'évolution du tubercule et livrent passage aux bacilles qui pénètrent dans les conduits galactophores et se mélangent à la sécrétion lactée. Le mécanisme est le même si les bacilles suivent la voie lymphatique pour atteindre la glande mammaire.

II

Le Dr H. Reerink (1) vient d'étudier, dans le service du professeur Kraske (de Fribourg), un cas de tuberculose de la mamelle chez une femme de vingt-deux ans (sans hérédité tuberculeuse et sans manifestations pulmonaires) qui n'avait jamais eu antérieurement d'affections du sein. Ses deux enfants, qu'elle n'avait pas allaités, sont morts l'un de pneumonie, l'autre d'une adénopathie. La mamelle gauche était creusée de petits abcès froids multiples. Au tissu glandulaire s'était substituée la néoformation tuberculeuse en voie de caséification et de sclérose. On retrouvait çà et là quelques acini, mais ils étaient débordés par les follicules tuberculeux.

La multiplicité et l'isolement apparent des abcès aurait pu faire penser à la forme *disséminée* décrite par Dubar, mais on voit tous les intermédiaires entre cette dernière modalité et le type *confluent*; dans l'intervalle des abcès existaient de petits tubercules. Les lésions prédominaient le long et sur la paroi des conduits excréteurs. Dans les coupes on a décelé quelques rares bacilles.

L'auteur envisage les divers modes du processus tuberculeux dans la mamelle.

Il admet :

a) La possibilité d'une infection directe se faisant de dehors en dedans par la voie des conduits galactophores;

b) La propagation de proche en proche d'une lésion bacillaire du voisinage à la glande mammaire;

c) L'origine hématogène; l'apport du bacille, à distance, par la voie sanguine.

Reerink insiste avec raison sur les cas, à vrai dire les plus fréquents, où le point de départ de l'inoculation glandulaire réside dans un foyer tuberculeux voisin. Il cite l'observation très démonstrative de Johannet : un tubercule sous-pleural envahit la mamelle après avoir perforé le troisième espace intercostal. Même quand la partie de la gande mammaire contiguë à l'aisselle est tuberculisée en même temps qu'un ganglion adjacent à la lésion du sein (Kœnig), la tuberculose de la glande est consécutive au foyer ganglionnaire.

On doit réserver le nom de tuberculose primitive aux cas où nulle affection bacillaire ne préexiste dans les

(1) Angelo Fiorentini. La tubercolosi della chiandola mammaria in rapporto all' infezione del latte, con alcune considerazioni intorno al latte che si consome in Milano e'relativi suggerimenti pratici (*Giornale della reale Societa italiana d'Igiene*, janv. 1895, Milan).

(1) H. Reerink, Beitrag zur Lehre von der Tuberkulose der Weiblichen Brustdrüse (*Beitræge zur klinischen Chirurgie.* Mitheilungen aus den chirurgischen Kliniken zu Basel, Bonn, Freiburg, Graz, Heidelberg, Rostock, Strassburg, Tübingen, Zurich).

régions péri-mammaires. Le virus est apporté dans le territoire glandulaire par la voie sanguine ; il existe une localisation primitive latente d'où le germe s'est répandu au loin.

Les recherches de Curt Jani nous ont appris qu'au cours d'une phthisie pulmonaire le bacille tuberculeux peut se disséminer et s'arrêter dans certains organes, le testicule, la prostate sans qu'on puisse déceler des lésions aux points d'arrêt. Il en est vraisemblablement de même dans la glande mammaire. Au moment de la puberté, sous l'influence d'une grossesse, l'afflux sanguin est plus marqué dans la mamelle où se trouvent réalisées des conditions de fixation et de développement des agents infectieux. Jamais, en effet, la tuberculose mammaire n'a été observée avant la puberté.

L'auteur déclare que chez les vierges la tuberculose du sein coïncide toujours avec des lésions scrofulo-tuberculeuses du voisinage.

Dans quelques cas, des enfants ont sucé le lait de mamelles tuberculeuses; on ignore si cet allaitement a été funeste aux nourrissons; dans un cas l'enfant était resté sain, même après plusieurs mois. On sait que chez les bovidés la tuberculose du pis n'est pas rare et que l'ingestion du lait qui en provient rend fatalement les animaux tuberculeux (Bang). Reerink montre en terminant les difficultés du diagnostic, lorsqu'il n'existe pas de trajets fistuleux, de paquets ganglionnaires, de lésions spécifiques voisines. Dans la forme dite *disséminée* la confusion est facile avec un carcinome en voie de ramollissement.

L'extirpation est le traitement de choix. Huit mois après l'opération, la guérison s'était maintenue dans le cas de cet auteur.

III

Tels sont résumés à grands traits les travaux de Fiorentini et de Reerink. Ce dernier n'apporte aucune donnée nouvelle; il confirme les résultats de nos propres recherches sur les modes de tuberculisation mammaire. Nous ne saurions admettre toutefois, comme lui, la réalité de l'envahissement de la glande de dehors en dedans par l'intermédiaire des conduits galactophores. Kramer (1) a bien rapporté un cas d'infection ascendante consécutive à un ulcère tuberculeux du mamelon. Mais rien ne prouve que le virus ait cheminé dans la lumière même des canaux excréteurs ; il s'est plutôt propagé par les lymphatiques jusqu'aux lobules.

De plus, nous estimons qu'il est exagéré de prétendre que la tuberculose dite primitive ne peut s'observer chez des vierges ; dans l'observation que nous avons publiée il s'agissait précisément d'une vierge indemne de toute altération tuberculeuse péri-mammaire. Cette femme, revue plus d'un an après l'intervention, était parfaitement guérie.

Le travail d'Angelo Fiorentini concorde avec nos conclusions pathogéniques et anatomo-pathologiques. Voici, disions-nous, comment on pourrait, à l'heure actuelle, concevoir et classer les diverses modalités de la tuberculose mammaire (2) :

« Dans un premier groupe de cas, l'invasion se fait de proche en proche, par continuité; il existe, en effet, au voisinage immédiat du sein, une lésion tuberculeuse quelconque, ulcère, abcès froid, carie costale ou sternale.

» Dans une seconde catégorie de faits, le contage réside *en dehors des régions paramammaires dans un organe plus ou moins éloigné* ; il est entraîné loin de son *foyer originel* jusqu'au contact des acini glandulaires par les voies de la circulation sanguine ou lymphatique. C'est un processus de cet ordre qui paraît avoir présidé à la genèse du cas de tuberculose mammaire que nous avons observé.

» La malade, prédisposée par ses antécédents héréditaires, avait en dépôt, en un point quelconque de l'organisme, des bacilles tuberculeux restés inactifs jusqu'au moment où l'intervention d'un traumatisme a réalisé des conditions favorables à leur entrée en scène. Parmi ces germes, il en est que des leucocytes ont incorporés et transportés à travers le courant sanguin ou lymphatique jusque dans le tissu interstitiel de la mamelle, au niveau des zones traumatisées ; l'accumulation des cellules migratrices, leur conflit avec le bacille et avec ses toxines ont abouti à la formation sur place d'un abcès caséeux. »

Les recherches de l'auteur italien nous autorisent à penser qu'il existe, en outre de ces deux modalités, vraisemblablement une forme de *tuberculose miliaire* de la glande mammaire, forme qui échappe à l'investigation clinique mais que l'étude histo-bactériologique poursuivie *post mortem* pourra déceler.

La concordance de nos conclusions avec celles des auteurs précités est d'autant plus intéressante à signaler que MM. Fiorentini et Reerink ne paraissent pas avoir eu connaissance, au moment de la publication de leur travail (janvier 1895), de notre mémoire qui a paru dans les *Arch. de méd. expérimentale* le 1er novembre 1894.

(1) Kramer, *Centralb. für Chir.*, XV, S. 867.

(2) Sabrazès et Binaud. Sur l'anatomie pathologique et la pathogénie de la tuberculose mammaire de la femme (avec une planche reproduisant la photographie directe des lésions). *Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, n° 6, 1er nov. 1894.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Bordeaux.

COMMUNICATIONS DIVERSES

Maladie d'Addison.

M. Boinet. — La clinique et l'anatomie pathologique ne permettent guère de se prononcer catégoriquement sur la pathogénie de la maladie d'Addison, parce que l'on trouve le plus habituellement, à l'autopsie des addisoniens, des altérations tuberculeuses des capsules et des lésions concomitantes des ganglions nerveux péricapsulaires, semi-lunaires et des branches du grand sympathique abdominal voisin.

Cependant on a signalé des cas bien nets de maladie d'Addison avec intégrité ou absence des deux capsules : aussi la théorie nerveuse est-elle actuellement préférée, bien que les altérations des ganglions nerveux péricapsulaires, solaires et des branches voisines du grand sympathique ne soient pas constantes.

Dans ces conditions, il est utile de recourir à l'*expérimentation*, pour chercher l'explication des trois symptômes cardinaux de la maladie d'Addison : 1° l'*augmentation du pigment noir* et la *mélanodermie;* 2° l'*asthénie;* 3° les *troubles gastro-intestinaux* (vomissements, etc.).

a) J'ai recherché le pigment dans le sang de cinquante-huit rats pris au hasard parmi les quatre-vingt-quinze auxquels j'ai enlevé les deux capsules. Le pigment noir, semblable à celui qui existait dans le sang d'une femme atteinte de maladie d'Addison, dans la peau, les muqueuses d'une autre addisonienne, a été trouvé vingt-neuf fois en petite quantité, quinze fois en assez grande abondance; il manquait quatorze fois. Il est en plus grande quantité dans le sang

des rats décapsulés qui ont déjà été soumis à une fatigue intensive provoquée par la rotation ou par des chocs électriques.

b) Le sang d'une seconde série de rats dont les capsules ont été irritées avec du nitrate d'argent, de la teinture d'iode, du perchlorure de fer, du chlorure de zinc, du pus, contenait du pigment dans les mêmes proportions que celui des rats de la série précédente.

c) Enfin, le pigment est plus abondant dans le sang des rats qui ont survécu à l'ablation des deux capsules vraies et des capsules accessoires, surtout s'ils ont été soumis à une fatigue exagérée. Sur douze rats acapsulés, trois sont morts addisoniens avec les symptômes et les lésions de la *maladie pigmentaire* observée chez les lapins par Brown-Séquard et Tizzoni.

On peut aussi trouver dans plusieurs autres organes ou tissus des infiltrations ou dépôts de ce pigment noir. Je l'ai constaté à plusieus reprises dans la *moelle du fémur* de rats décapsulés depuis longtemps, et de rats acapsulés, surtout s'ils ont été soumis à une fatigue intensive. Il existait en assez grande quantité dans la moelle du fémur d'un rat qui avait subi la ligature d'une capsule et l'ablation de l'autre.

On observe, dans le tiers des cas, des granulations de pigment noir en plus grande abondance au niveau des taches pigmentaires qui existent assez souvent à l'état normal sur la surface des *circonvolutions cérébrales* du rat. J'ai retrouvé encore ce pigment noir sous la capsule fibreuse et dans la partie corticale des *ganglions* lombaires de rats décapsulés anciennement. Ce pigment se rencontrait en plus grande abondance dans les ganglions mésentériques, périrénaux et lombaires de quelques rats acapsulés, soumis à la fatigue.

Chez trois rats de cette dernière catégorie, l'infiltration pigmentaire était encore plus considérable, et même appréciable à l'œil nu. Les ganglions abdominaux, mésentériques, certains points de la *rate*, du *mésentère* et le *tissu cellulaire sous-cutané* des flancs avaient une coloration noire, due au pigment.

En outre, ce dépôt de pigment existait dans la cicatrice cutanée, les ganglions, le poumon, le péritoine, un kyste du foie et des reins chez un rat qui avait subi, en 1894, la ligature d'une capsule avec ablation et greffe péritonéale de l'autre.

On trouve souvent des *granulations noires* mêlées au pigment noir dans le sang des rats décapsulés ou acapsulés ou dans leur moelle osseuse. Elles paraissent provenir de la matière colorante du sang ; elles existent surtout lorsque le sang contient des *cristaux* variés, qui tantôt dérivent de l'hémoglobine, ou tantôt ressemblent aux cristaux de cholestérine et autres trouvés dans les muscles de rats décapsulés. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'on note une infiltration de pigment dans la cicatrice opératoire des rats décapsulés ou acapsulés.

Si on étudie le *mode de répartition du pigment noir* dans les différents tissus ou organes des rats acapsulés, on voit que tantôt il existe des dépôts de granulations noires mélangées ou non à des grains ocre qui sont nettement d'origine hématique. Ces amas de pigment ne peuvent provenir, dans ces cas, que des modifications subies par le sang et ne peuvent avoir été transportées que par le torrent circulatoire. Tantôt, au contraire, le pigment noir est contenu sous forme de poussière très fine dans de grandes cellules d'apparence migratrice. Cette disposition existait dans les lacunes de plusieurs ganglions lombaires de rats décapsulés et dans les bronches ou alvéoles du poumon infiltré de pigment provenant d'un rat acapsulé.

Ces dépôts pigmentaires se rencontraient dans les capsules surrénales tuberculeuses, et en certains points des taches bronzées de la peau, de la muqueuse de la bouche et des gencives provenant d'une jeune fille morte de maladie d'Addison ; mais ils ne suffisent pas à expliquer la mélanodermie que de nombreuses théories cherchent à interpréter.

Les *ganglions nerveux intra et péricapsulaires* présentent des altérations souvent liées à la tuberculose surrénale, comme j'ai pu m'en rendre compte d'après les examens anatomo-pathologiques des capsules, des ganglions et nerfs sympathiques provenant d'une femme morte de maladie d'Addison et d'après deux faits expérimentaux.

Les altérations nerveuses suivent une marche dégénérative ascendante ; le *plexus solaire* est atteint consécutivement. Les lésions initiales des ganglions péricapsulaires ne sont pas indispensables; la névrite des rameaux sympathiques afférents suffit. Puis la dégénérence ascendante atteint le splanchnique. L'examen histologique du *grand sympathique abdominal* de 24 rats morts de décapsulisation a donné les résultats suivants, après action de l'acide osmique : cassure ou simple fragmentation du nerf sympathique, 8 fois; névrite avec boules graisseuses, fragmentation, 6 fois; disparition par place du cylindraxe avec dégénérescence graisseuse, 2 fois; intégrité complète du nerf, 8 fois. Ces recherches montrent bien l'importance du rôle du grand sympathique abdominal dans la pathogénie de la maladie d'Addison.

Cette dégénérescence du sympathique, à marche ascendante et progressive, peut finir par gagner la moelle.

L'examen de vingt *moelles* de rats décapsulés a décelé trois fois l'altération dégénérative du cordon latéral. Elle correspondait, dans un cas de ligature de la capsule du même côté, à une atrophie de la substance grise. La moelle d'un autre rat, auquel les deux capsules avaient été enlevées puis greffées dans le péritoine, présentait, après l'action de l'acide osmique, une coloration noire du cordon antéro-latéral, des cordons de Goll et de Burdach. Sur une autre moelle on voyait une coloration noire, produite sous l'influence de l'acide osmique, dans la zone triangulaire correspondant au siège de la zone de Clarke.

Des lésions nerveuses analogues ont été observées, comme on le sait, chez l'homme, dans plusieurs cas de maladie d'Addison.

La coexistence si fréquente de la tuberculose des capsules et du syndrome clinique de la maladie d'Addison indique que l'*insuffisance capsulaire* joue un rôle dans la pathogénie de cette série de faits et ne doit pas être éliminée, de parti pris, sous prétexte qu'elle ne s'applique pas à tous les cas.

Du reste, si nous nous reportons à nos décapsulisations sur le rat, nous voyons que la pigmentation et l'asthénie ont pu exister sans lésions histologiques du grand sympathique. De plus, diverses recherches m'ont prouvé que l'ablation des capsules peut augmenter la toxicité du *sang*, des *viscères* et des *muscles* des rats opérés, ce qui, mieux que les lésions nerveuses, explique certains symptômes de la maladie d'Addison.

La rétention de ces principes toxiques dans le sang et les viscères des rats décapsulés apporte dans la constitution du sang des modifications susceptibles de favoriser la formation du pigment.

Nous ferons remarquer aussi que le pigment noir existait dans le sang, dans les ganglions lombaires de plusieurs rats décapsulés, dont le sympathique abdominal était normal. De plus, les causes telles que la fatigue intensive, l'ablation des capsules accessoires, etc., etc., qui augmentent la toxicité du sang, des viscères et des muscles des rats décapsulés sont favorables à l'accroissement de la quantité de pigment contenu dans le sang.

Cette rétention de substances toxiques rend mieux compte que la théorie nerveuse du coma et des convulsions, qui précèdent si souvent la mort des addisoniens.

L'asthénie, ce symptôme presque constant, ne résulte pas uniquement, comme le veut la théorie nerveuse, de l'appel incessant du sympathique au centre cérébrospinal ; il tient aussi à des altérations plus directes. Aussi, le suc musculaire d'un rat, qui avait une pigmentation des divers organes à la suite d'une suppuration des deux capsules, renfermait du pigment noir, des cristaux de taurine, de cholestérine, etc. Les mêmes éléments existaient aussi dans les muscles d'un rat devenu addisonien à la suite de la ligature d'une capsule, de l'ablation de l'autre, d'une fatigue intensive et d'une extraction complémentaire des capsules vraies et accessoires.

Le suc musculaire des animaux décapsulés est doué d'une toxicité spéciale, déjà bien étudiée. Injecté à des animaux sains, il produit des phénomènes analogues à ceux de la curarisation. De nombreuses expériences personnelles confirment ces faits et prouvent que la toxicité des extraits musculaires est augmentée par la fatigue, par la décapsulisation suivie de mort rapide, par l'ablation des deux capsules avec surmenage, par l'acapsulisation, par l'infiltration étendue du pigment noir, d'origine capsulaire, observée chez trois rats addisoniens. De plus, la décapsulisation récente diminue la

résistance du rat opéré aux effets toxiques des divers extraits musculaires.

La plupart de ces données expérimentales sont applicables à la pathogénie de l'asthénie musculaire chez les addisoniens atteints de tuberculose des capsules surrénales.

Les vomissements, les douleurs épigastriques, lombaires, les palpitations, les vertiges sont surtout dus à la névrite des plexus solaires, des ganglions et nerfs sympathiques. Cependant les caractères de ces vomissements matutinaux composés de matières muqueuses et incolores rappellent trop ceux de l'urémie pour qu'on ne songe pas, dans un certain nombre de cas, à une origine toxique.

En résumé, les théories de l'insuffisance capsulaire et de l'altération du grand sympathique, qui ont été opposées l'une à l'autre pour expliquer la pathogénie de la maladie d'Addison, contiennent chacune une part de vérité, mais elles ont le tort d'être trop exclusives. Dans les cas d'absence ou d'intégrité des capsules, on ne peut invoquer que la théorie nerveuse; cependant la clinique et l'expérimentation démontrent que la destruction pathologique ou expérimentale des capsules agit non seulement par la dégénérescence ascendante et secondaire du grand sympathique et de ses ganglions, mais encore par l'insuffisance capsulaire. Cette suppression des fonctions des capsules favorise la rétention dans le sang, les viscères et les muscles de produits toxiques, qui paraissent jouer un certain rôle soit dans la formation du pigment dans le sang, soit dans la production et l'augmentation de l'asthénie.

M. Pitres (de Bordeaux). — J'ai pu observer deux faits cliniques qui viennent à l'appui d'une des assertions de M. Boinet. Chez deux malades atteints de maladie d'Addison, j'ai constaté que les injections de suc de capsules surrénales, outre une irritation locale très douloureuse, déterminaient en même temps une aggravation de l'état général.

Traitement climatérique de la coqueluche.

M. Festal (d'Arcachon). — De l'étude des nombreux cas de coqueluche que j'ai eu l'occasion de soigner, il résulte que des modifications favorables suivent presque immédiatement l'arrivée des malades à Arcachon et qu'elles se traduisent par une diminution sensible des quintes en intensité et en nombre, le retour de l'appétit et du sommeil, le relèvement des forces, une amélioration de l'état général se traduisant par une augmentation du poids qui a varié de deux cent quatre-vingts grammes à quatre kilogrammes, la durée du séjour ayant été de un à quatre mois.

La durée totale de la coqueluche, à dater de l'arrivée jusqu'au moment de la disparition complète des quintes, a oscillé entre quinze et vingt-neuf jours.

Dans trois cas où un déplacement avait été tenté sans résultat avant l'envoi à Arcachon, les résultats favorables ont été aussi immédiats et aussi marqués.

Enfin, deux observations de bronchopneumonie grave ont eu assez rapidement une heureuse issue et n'ont laissé que des traces à peine appréciables.

Le traitement a été le même que celui qu'on applique actuellement à la tuberculose pulmonaire, c'est-à-dire l'aération continue, de jour et de nuit, sans aucune médication adjuvante.

M. Arnozan dit avoir envoyé à Arcachon un malade atteint de coqueluche grave avec bronchopneumonie; l'amélioration a été des plus rapides: la fièvre est tombée dès le premier jour. Le changement d'air est certainement satisfaisant, mais l'atmosphère d'Arcachon paraît particulièrement favorable. Quant à l'interprétation des résultats, elle est délicate. M. Festal pense que l'élément spasmodique est surtout influencé; je crois que c'est plutôt l'élément infectieux.

M. Davezac (de Bordeaux) croit que les changements intempestifs de milieu peuvent être déplorables, quand ils ne sont point surveillés par le médecin. Il reconnaît la très grande efficacité du climat forestier d'Arcachon. Le bien-être physique qui résulte du séjour de cette station est pour beaucoup dans les améliorations rapides. L'orateur est partisan des pulvérisations phéniquées comme complément de la cure à Arcachon.

Disparition du premier bruit du cœur dans la fièvre typhoïde.

M. Mongour présente les observations de deux malades chez lesquels il a constaté dans le cours d'une fièvre typhoïde la disparition du premier bruit du cœur.

De l'étude de ses observations et des cas analogues, M. Mongour croit pouvoir tirer les conclusions suivantes:

1° La disparition du premier bruit du cœur à la pointe ou à la base, et à quelque période de la fièvre typhoïde qu'elle apparaisse, n'a pas de signification pronostique grave, si le nombre de pulsations ne dépasse pas 110 au maximum. Si la tachycardie est supérieure à ce chiffre, la disparition du bruit systolique peut être considérée comme un signe fatal.

2° Tandis que cette disparition paraît être liée à l'existence d'une myocardite, l'accélération cardiaque semble plutôt dépendre d'une action toxique sur les centres nerveux phrénateurs ou accélérateurs. Cette seconde détermination de l'agent toxique comporte plus de gravité que la myocardite, qui, somme toute, guérirait assez généralement.

M. Picot approuve les idées de M. Mongour. Il n'a jamais dit que la disparition du *premier bruit* du cœur est un signe de mort. Il avait seulement attiré l'attention sur ce phénomène, qui traduit l'existence d'une myocardite dont les malades mouraient fréquemment.

La dysphagie dans la fièvre typhoïde.

M. Vergely (Bordeaux). — La dysphagie est un accident de la fièvre typhoïde dont la fréquence ne peut être exactement déterminée: assez fréquente dans quelques épidémies, elle n'a été que rarement observée dans d'autres, Louis l'a noté dans un cinquième des cas; dans l'enquête que nous avons faite, elle serait rare dans les épidémies qui ont sévi dans la Gironde.

On peut diviser en trois groupes les formes de la dysphagie. Le premier comprend les dysphagies de cause mécanique, produites par des mucosités bucco-pharyngiennes, langue chargée d'enduits épais: sang, exsudats, produits médicamenteux; le second groupe comprend les dysphagies réflexes dues à une lésion de voisinage, de la langue, de la bouche, des amygdales, des piliers, du voile du palais, du naso-pharynx, du pharynx buccal, de l'épiglotte, du larynx et causées par des lésions qui peuvent être depuis une simple rougeur jusqu'à des ulcérations, des abcès et la gangrène; le troisième groupe comprend les dysphagies d'origine nerveuse, qu'on peut diviser en deux sections: la première comprend les dysphagies fréquemment consécutives à la paralysie du pharynx, causées par des lésions corticales bulbaires ou périphériques, survenant le plus souvent à une période avancée de la maladie et presque toujours mortelles; la seconde section comprend les dysphagies, purement spasmodiques, liées soit à une hystérie légère, ignorée, préexistant à la maladie, soit à de l'hystérie ou de la neurasthésie provoquée par la fièvre typhoïde. Les caractères de cette forme sont quelquefois difficiles à séparer de la première. La période de la maladie pendant lequel le spasme s'est montré, l'absence de phénomènes bulbaires concomitants, particulièrement de la respiration, de la circulation, de phénomènes nerveux graves permettront d'assigner à la dysphagie sa véritable cause. Cependant, on doit se rappeler que dans quelques cas exceptionnels, la dysphagie a été le seul symptôme nerveux de la maladie et le prélude de symptômes nerveux graves de la convalescence.

Le traitement (antiseptiques, antispasmodiques, calmants, anesthésiques, bains froids, cathétérisme) n'ont pas paru exercer d'influence sur la dysphagie dans notre cas.

Endocardite ulcéro-végétante.

MM. Picot et J. Hobbs (de Bordeaux). — Nous avons observé un cas de streptococcie généralisée au cours de laquelle s'est manifestée une endocardite ulcéro-végétante dont l'histoire clinique et bactériologique résume tout ce que nous ont appris les endocardites expérimentales.

Il s'agissait d'un charpentier âgé de trente-neuf ans atteint de lymphangite aiguë de la jambe droite dont la cause nous a semblé devoir être rapportée à un mauvais état général de

la peau qui était le siège de nombreuses ulcérations à forme ecthymateuse.

Le malade entra à l'hôpital le sixième jour de sa maladie et, à ce moment, il était plongé dans un état presque typhoïde. Au niveau de la jambe droite, il y avait une lymphangite très accusée avec quelques points en voie de sphacèle. La température était 39°, 8, les réflexes testiculaire et abdominal étaient abolis. En examinant le cœur, nous fûmes surpris de constater une dépression systotique de la paroi au niveau du quatrième espace intercostal gauche, dépression causée par un frémissement.

A l'auscultation, on entendait un souffle systoliques très intense, masquant complètement le second bruit et se propageant dans toute la région précordiale. Le foie était hypertrophié. L'examen des poumons rappelait la symptomatologie habituelle de l'œdème pulmonaire. — L'endocardite dominait ici toute la scène. Nous avons cru devoir la rapporter de suite à une infection très aiguë dont la porte d'entrée devait être placée au niveau de la peau; il s'était produit une lymphangite septique, bientôt les produits septiques étaient tombés dans la circulation générale et l'endocardite en était résultée.

Le lendemain, l'état du malade s'était aggravé et la mort survenait au milieu de l'appareil symptomatique de la veille.

A l'autopsie on put constater plusieurs plaques mortifiées au niveau de la jambe droite; les ganglions de l'aine étaient très hypertrophiés. Tout le membre était infiltré de sérosité.

L'examen du cœur nous montra une endocardite ulcéreuse de tout l'orifice mitral avec des végétations épaisses de un millimètre environ; mais cette endocardite aiguë était venue se greffer sur une lésion ancienne de la même valvule dont le bord libre présentait des points ayant subi la dégénérescence calcaire; il y avait aussi quelques plaques d'athérome au niveau de l'aorte. Du reste, le foie pesant 2,800 grammes était le type du gros foie cardiaque mou.

L'examen bactériologique a été fait très complet par M. Auché, agrégé de la Faculté, avec l'aide de l'un de nous. Du sang fut pris dans la veine basilique du malade le jour de son entrée à l'hôpital, la sérosité de la lymphangite fut également prise et avec ces deux produits, on ensemença des tubes de gélose et de bouillon qui donnèrent tous dans les vingt-quatre heures du streptocoque à longues chaînettes, à l'état pur

Deux lapins furent inoculés avec ce streptocoque; l'un reçut dans la veine marginale de l'oreille droite un centimètre cube de bouillon ensemencé depuis deux jours; quatre jours après l'animal succombait. Le second lapin inoculé sous la peau de l'oreille eut un érysipèle dont il guérit un mois après. Des coupes histobactérioscopiques de la peau et de la valvule mitrale ont montré l'existence à ce niveau de nombreux streptocoques à courtes chaînettes.

En somme, nous avons assisté à une streptococcie primitivement cutanée qui s'est généralisée par la voie sanguine et a frappé l'endocarde qui avait souffert autrefois, la clinique réalisant ainsi l'expérience de Rosenbach sur le rôle du traumatisme dans la production des endocardites ulcéreuses.

Péristaltisme stomacal.

M. Matton (de Dax). — Les nouveaux cas de péristaltisme stomacal visible que j'ai observés dans ces dernières années m'autorisent à conclure, tout au moins provisoirement, de la façon suivante :

Au point de vue physiologique, l'estomac prend l'habitude d'entrer en contraction forcée en amont de l'obstacle pylorique, que celui-ci soit organique (ulcère cicatrisé, cancer) ou simplement spasmodique (hystérie, tabes). Ce péristaltisme régulièrement périodique apparaît aux heures habituelles des repas, que ceux-ci soient pris ou non. De plus, la force de cette habitude motrice de l'estomac est telle que sur le vivant, après rétablissement opératoire par la gastro-entérostomie de la voie gastro-intestinale obstruée, l'ondulation visible intermittente persiste encore un certain temps, bien qu'il n'y ait plus d'obstacle et par suite nécessité d'effort musculaire. Enfin, dans aucun cas, la contraction stomacale exagérée et visible ne m'a montré de division entre un canal cardio-pylorique supérieur et en cul-de-sac inférieur séparé, ce qu'on est amené à rechercher, sur la foi des auteurs qui accordent ce rôle de séparation à la cravate de Suisse.

Au point de vue clinique, le phénomène dont il s'agit est un gros signe de présomption en faveur du diagnostic de lésion organique et en particulier de cancer du pylore, car il est moins rare dans ces cas que dans les états purement névropathiques. D'autre part j'ai observé le péristaltisme visible dans un cas de cancer pylorique ancien; et de ce fait, j'hésite à m'associer à l'opinion de M. Hanot, qui veut voir dans ce signe un phénomène connexe de l'évolution rapide du néoplasme.

Toxicité de l'urine des nouveau-nés.

M. Charrin. — Parmi les influences propres à faire osciller la toxicité urinaire figurent l'âge, l'alimentation, le taux de la désassimilation, la richesse en matières colorantes, etc. Ces facteurs nous ont conduit à supposer que l'urine de l'enfant sain qui n'a pas dépassé trois mois, tout en ayant plus de quatre semaines, devait, au point de vue des effets nuisibles, s'écarter de la moyenne. Un enfant de 5,040 grammes urine 328 centimètres cubes fournissant 1.704 d'urée par litre. Cette urine est injectée dans la veine de l'oreille d'un lapin pesant 1,840 grammes. Au 60e centimètre cube, la pupille commence à se rétrécir; on note des soubresauts. La mort se produit au 65e centimètre cube. L'urine d'un autre enfant, du poids de 5,320 grammes, contient 1.705 d'urée pour 344 centimètres cubes. La mort du lapin se produit au 172e centimètre cube. Six autres expériences, faites dans les mêmes conditions, ont permis de conclure que l'urine du nouveau-né est peu toxique, elle tue en moyenne 76 centimètres cubes par kilogramme. Elle paraît contenir les mêmes principes que l'urine normale de l'adulte; elle fait contracter la pupille, elle provoque le sommeil, détermine la diurèse, des convulsions, de la diminution de la température. Toutefois, ces phénomènes se manifestent d'une façon atténuée; la toxicité paraît inférieure à celle de l'adulte, surtout au point de vue quantitatif. Ces résultats s'expliquent si l'on tient compte de la perfection de l'assimilation, du défaut de désassimilation, du manque de toxiques de l'alimentation bien que Marette ait accusé le lait, accusation formulée en étudiant les humeurs de l'homme fait, c'est-à-dire en se plaçant dans des conditions telles que les tissus lavés plus parfaitement puissent céder plus de déchets. Peut-être aussi convient-il de tenir compte de la pauvreté en pigments, en matières minérales, ces principes extractifs, toutes choses nettement établies par l'analyse.

Toutefois si on rapporte les chiffres au poids, on voit que le coefficient urotoxique est de 0,900 et qu'en vingt-quatre heures un nouveau-né de deux à trois mois fabrique une dose suffisante pour l'intoxiquer. Cette toxicité, comme la composition du liquide, varie d'ailleurs sous l'influence de causes nombreuses.

Tumeurs sudoripares nævi formes.

MM. Villard et **Paviot** (de Lyon). — Les auteurs appellent l'attention sur certaines tumeurs de la peau, ayant l'apparence et les caractères cliniques des nœvi materni, mais constitués histologiquement par des adénomes sudoripares avec un développement parallèle télangiectasique des vaisseaux.

Les tubes sudoripares se sont ordonnés autour de ces vaisseaux dilatés. La paroi des vaisseaux est le plus souvent réduite à l'endothélium et une fine lamelle connective; parfois le sang seul fait reconnaître la nature d'une lumière circulaire, qui apparaît entourée de tous côtés par des cellules épithéliales. Aucun élément pigmenté n'a été rencontré.

Il semble donc que le tissu conjonctif lâche de l'adventice des vaisseaux a servi de voie d'extension à la tumeur; et quant à la télagniectasie parallèle, on peut l'expliquer par le surcroît de nutrition locale qu'entraîne le néoplasme.

Certains caractères cliniques pourront, d'après les auteurs, faire soupçonner la nature histologique de ces tumeurs :

1° La vascularisation moindre de ces nævi se traduisant par : une réductibilité incomplète, l'absence de gros vaisseaux à la périphérie, la disparition très facile de la coloration par une pression légère, enfin l'absence d'hémorrhagie lors de l'incision chirurgicale;

2° La sensation d'une tumeur persistant malgré une compression énergique ayant expulsé le sang des vaisseaux, persistant après l'ablation du néoplasme;

3° L'extension se manifestant soit localement soit à distance en d'autres points du tégument. Nous proposons de donner à cette variété de néoplasme le nom de tumeurs næviformes sudoripares. Leur diagnostic est important, car l'extension de certaines d'entre elles nécessite un traitement chirurgical radical, l'excision. Toute autre méthode, cautérisation, injection, ne peut qu'irriter l'élément néoplasique.

Zona fémoro cutané dans un cas de cancer de l'utérus.

M. Carrière (de Bordeaux). — Les altérations névritiques qu'on rencontre assez fréquemment chez les cancéreux se traduisent par quelques symptômes assez rares parmi lesquels on doit placer le zona.

Une femme de quarante-cinq ans se présente en août 1894 avec tous les symptômes d'un cancer inopérable de l'utérus. En mai 1895, elle est prise de douleurs très vives dans le territoire du nerf fémoro-cutané gauche. Quelques jours après, apparaît sur une ligne allant de l'apophyse épineuse de la deuxième lombaire au grand trochanter et sur une autre allant de ce point à vingt centimètres au-dessus de la rotule, une éruption de zona typique avec anesthésie complète des parties altérées et hyperesthésie au contraire des intervalles de peau saine. La malade mourut un mois après. Les nerfs examinés après fixation dans l'acide osmique à 1 pour 100 étaient tous sains à l'exception du fémoro-cutané gauche qui présentait des lésions très avancées de névrite parenchymateuse. La moelle était absolument saine. Les nerfs malades ne présentaient aucune trace de l'infiltration carcinomateuse décrite par Colomati. Etant donné d'autre part que ce nerf n'était compris ni dans la néoplasie, ni comprimé par les ganglions cancéreux hypertrophiés, on a donc bien affaire à une névrite périphérique due à l'action directe et locale des toxines cancéreuses et dont le zona avait été la principale manifestation.

Laryngite nodulaire des enfants.

M. Moure (de Bardeaux. — Après avoir rappelé que les nodules des cordes vocales ont été parfaitement étudiés chez l'adulte, M. Moure appelle l'attention sur des formations analogues observées chez des enfants de sept à dix ans, à la suite de surmenage vocal.

Dans la plupart desmaisons d'éducation, on a l'habitude de faire chanter des enfants en chœur ; or, ce sont particulièrement ceux qui font la seconde partie qui sont le plus souvent atteints de ces enrouements chroniques. Le traitement devrait être surtout prophylactique, car il est ensuite difficile d'arriver à guérir ces sortes de laryngites, étant donné que le repos de l'organe est impossible à obtenir ; et le traitement local régulier peu facile à appliquer.

Etudes statistiques sur la fréquence de la dothiénentérie, du rhumatisme articulaire aigu et de la phthisie pulmonaire.

M. Mayet (de Lyon). — Sur deux mille quatre cent trente et un cas de dothiénenterie, on compte un nombre à peu près égal pour les deux sexes (52,2 p. 100 sexe masculin; 47,8 p. 100 sexe féminin). Les chiffres démontrent la rareté de cette maladie pendant les deux premières années. Entre huit et quatorze ans, le nombre devient notable. Le maximum de fréquence se présente pendant la période de seize à vingt ans pour les deux sexes, mais il est un peu moindre alors pour les filles. La diminution considérable et graduelle des atteintes à partir de la jeunesse est due soit à l'immunité due aux atteintes antérieures, soit aux modifications du terrain dues à l'âge.

Sur 577 cas de rhumatisme articulaire aigu, on peut noter 61,9 0/0 hommes, 38,1 0/0 femmes, inégalité due à la différence des professions. Le maximum pour les deux sexes est de vingt et un à trente ans.

Le nombre des cas diminue aussi bien chez l'homme comme chez la femme, surtout à partir de quarante ans.

Sur 1,306 cas de phthisie pulmonaire chronique évolutive, il existe une proportion de 18 0/0 pour le sexe masculin, et 41 0/0 dans le sexe féminin. C'est pendant l'adolescence, qu'est très marquée la période réelle de fréquence commune. A partir de trente ans, la diminution du nombre des cas s'accentue.

Hyperglobulie instantanée et neurasthénie vasculaire.

M. J. Chéron (Paris) rapporte une expérience curieuse qui a pour but de produire une hyperglobulie instantanée et d'expliquer par quel mécanisme physiologique elle se produit.

Sur un sujet anémique et neurasthénique, par exemple, si l'on fait une injection du sérum artificiel le plus élémentaire, cinq à dix centimètres cubes d'eau salée à 1 0/0, après avoir préalablement compté le nombre de ses globules, fixé le taux de l'hémoglobine et mesuré la tension artérielle, on observe : 1° une élévation notable de la tension artérielle ; 2° une augmentation parfois considérable du nombre des globules souvent accru d'un cinquième (1/5), d'un quart (1/4), voir même d'un tiers (1/3), suivant les cas.

Quelle explication plausible donner de ce phénomène ?

Sous l'influence de la stimulation que l'injection hypodermique imprime à l'appareil circulatoire tout entier, par l'intermédiaire du système nerveux central, le système vasculaire se resserre, sa capacité diminue, la masse liquide du sang fortement comprimée s'échappe dans les tissus périvasculaires et les globules rouges, baignant dans une quantité de liquide beaucoup moindre apparaissent beaucoup plus nombreux, dans un espace donné. Tel est le mécanisme de l'hyperglobulie instantanée provoquée dans l'expérience qui précède, tel est sans doute le mécanisme de l'hyperglobulie instantanée observée chez l'homme et les animaux qui gagnent les altitudes.

L'auteur pense que cette expérience est d'une grande importance au point de vue de la pathogénie et du traitement des anémies. Un grand nombre d'aglobulies dépendent, à n'en pas douter, de cette ptose de l'arbre circulaire qu'il propose de dénommer : *neurasthénie vasculaire*.

Chancre de l'amygdale.

M. Brousse (Montpellier) communique trois observations de chancres syphilitiques de la région de l'amygdale présentant chacun une localisation différente du syphilome, celui-ci siègeant tantôt directement sur l'amygdale, tantôt sur le pilier antérieur, tantôt enfin sur ces deux organes à la fois. Il en conclut qu'on peut décrire aux chancres amygdaliens *trois formes cliniques* distinctes : 1° chancre de l'amygdale proprement dite ; 2° chancre du pilier antérieur ; 3° chancre amygdalien à localisation mixte. Ces différentes variétés ont des symptômes communs en rapport avec la situation régionale du syphilome, mais elles présentent un certain nombre de signes objectifs et même subjectifs qui permettent de les distinguer entre elles dans la plupart des cas.

Névroses traumatiques.

M. Crocq fils (de Bruxelles). — Faut-il avec Vibert, attribuer à la commotion physique et aux lésions organiques le rôle principal dans le développement des névroses traumatiques, ou bien, doit-on, avec Oppenheimer, considérer les névroses traumatiques comme une entité morbide à part ; ou bien est-il logique d'envisager ces affections comme étant de nature hystérique et neurasthénique, selon les vues de Brodie et Charcot ; ou bien enfin est-il plus rationnel de dire, avec Grasset, que ces accidents nerveux sont bien des formes d'hystérie, mais d'une hystérie spéciale, ayant ses caractères propres ? De ces diverses propositions, je n'hésite pas à en accepter deux : la première et la troisième.

Le *rôle du traumatisme* est très important dans la catégorie des troubles nerveux graves avec commotion ; il est beaucoup moins important dans celle des névroses traumatiques pures

Le *rôle de l'émotion*, au contraire, nous semble avoir une action capitale dans la production des névroses traumatiques pures ; il nous paraît peu important dans la pathogénie des névroses graves.

Le *rôle de la prédisposition* est presque nul pour les névroses graves, il est capital pour les névroses pures. La lésion anatomique des cas graves nous semble être une méningo-encéphalo-myélite chronique et diffuse.

L'incertitude du pronostic de ces affections s'explique par la distinction qui précède : tantôt, en effet, il existe des lésions, tantôt il n'y a que des perturbations psychiques.

Empyèmes des cavités accessoires du nez.

M. L. Lichtwitz. — Ces affections consécutives aux suppurations des sinus méritent d'être connues du praticien : souvent, en effet, ce sont elles seules qui dominent la scène, tandis que la cause dont elles dépendent, la sinusite, passe inaperçue.

M. Lichwitz base son étude sur cent quarante-neuf cas d'empyèmes des différents sinus ; cent vingt-sept de ses malades étaient atteints d'une suppuration unilatérale ou bilatérale d'un même sinus, les vingt-deux autres cas concernaient des sinusites combinées.

1° Les complications peuvent porter sur les organes voisins : *Fosses nasales proprement dites* : pseudo-ozène, treize fois ; petits polypes du méat moyen, douze fois; coryza caséeux, trois fois ; sensation de mauvaise odeur (cacosmie) dans presque un tiers des cas ; *Pharynx nasal* : troubles désignés autrefois sous le nom de catarrhe naso-pharyngien ou maladie de Tornwaldt ; *Pharynx buccal* : abcès des amygdales ; *Oreilles* : otite suppurée, récente ou ancienne, quinze fois ; otite subaiguë, sept fois ; otite classique, quatorze fois ; bourdonnements nerveux, neuf fois ; vertiges, trois fois ; *Yeux* : trois cas de dacryocystite, deux cas d'exophthalmie, deux cas d'atrophie partielle du nerf optique, etc. ; *Système nerveux* : hémicrânie, céphalalgie frontale ou occipitale, lourdeur de tête, cinquante-une fois. Les sinusites frontale et sphénoïdale fournissent le plus grand contingent à cette complication. Névralgie trifaciale dans cinq cas de sinusite maxillaire. *Peau de la face* : érysipèle à répétition, quatre fois ; ezéma à l'entrée du nez et sur les lèvres, cinq fois ; acné rosacée six fois ; séborrhée huileuse du front, une fois ; érythème avec œdème fugace en placards, deux fois.

2° Les complications peuvent porter sur les organes éloignés : *Appareil broncho-pulmonaire* ; en premier lieu, il faut citer la *pseudophymie*, constatée chez sept malades chez lesquels le diagnostic de tuberculose avait été posé par les confrères les plus distingués. Un malade atteint d'empyène latent doublé du sinus maxillaire, a présenté tous les symptômes d'un abcès pulmonaire ou d'une pleurésie interlobaire; trois fois une toux opiniâtre ne cédait qu'à l'évacuation des sinus affectés, et cinq fois, la sinusite s'accompagnait de crises d'asthme.

Troubles du tube digestif : dyspepsie et dilatation stomacale, quatre fois ; diarrhée rebelle, trois fois.

Troubles cardio-vasculaires : Un cas de ralentissement du pouls (vingt-huit à trente-deux pulsations) que le traitement nasal améliorait, deux cas de phlébite des membres inférieurs. L'auteur se demande si un cas d'insuffisance aortique, dont est mort un de ses malades, et les cas d'albuminurie et d'affections articulaire et musculaire qu'il a observées plusieurs fois doivent être comptés parmi les complications de ces suppurations chroniques ou être envisagés comme de simples coïncidences. Il opte pour la première hypothèse, étant donnée la résorption permanente de matières septiques.

3° *Modification de l'état général* : Affaiblissement avec amaigrissement, dix fois; fièvre, quatre fois ; insomnie, trois fois, somnolence diurne invincible, trois fois ; cérébrasthéthénie, quatre fois. Chez un garçon de dix ans, atteint de sinusite sphénoïdale double, existaient des pertes de connaissance subites, analogues au petit mal épileptique avec céphalée postérieure intense, qui disparurent en même temps que l'affection suppurative.

Le *traitement* consistait à évacuer régulièrement le pus et à empêcher sa formation. Pour le sinus maxillaire, le mieux est de l'ouvrir largement, soit par la fosse alvéolaire, soit par la fosse nasale canine. Pour les autres sinus, il a suffi de les laver régulièrement par leurs orifices naturels pour améliorer ou même guérir la plupart de ces complications.

Il est probable que parmi les complications qui viennent d'être passées en revue, quelques-unes n'étaient que des simples coïncidences, mais dans la grande majorité des cas, il s'agissait bien d'accidents étroitement liés aux empyèmes des sinus. La prédominance de certains troubles chez tel ou tel sujet s'explique par les prédispositions individuelles.

Sérothérapie anticancéreuse.

M. Boinet (de Marseille). — J'ai injecté soit dans les veines, soit dans le tissu cellulaire sous-cutané de quatre ânes et de dix chiens des tumeurs cancéreuses non ulcérées (épithélioma, sarcomes, cancer du sein) et j'ai inoculé aux malades cancéreux le sérum provenant d'animaux *injectés avec la même variété anatomo-pathologique de cancer.* J'ai fait à chacun de ces malades, tous les deux jours, une injection dans le tissu cellulaire sous-cutané de l'abdomen de deux centimètres cubes de sérum. Le nombre des injections a varié entre vingt-cinq et quarante.

Les injections ne sont pas douloureuses, elles ne provoquent que rarement des abcès ; elles sont parfois suivis de fièvre, d'urticaire et d'éruptions scarlatiniformes (trois cas), analogues à celles qui ont été observées après les injections de sérum anti-diphthéritique. Dans deux cas, des phénomènes de *collapsus* se sont produits. Ils n'ont eu qu'une courte durée et n'ont pas été nuisibles aux malades. Une demi-minute après l'injection, ces malades ont éprouvé une sensation de défaillance cardiaque, avec sueurs profuses et rougeur vive et intense de toute la peau, affolement du cœur, pouls petit, rapide, précipité. Puis tous ces phénomènes se sont très rapidement calmés. Ils sont probablement dus à l'introduction directe du sérum dans une petite veine. Ils se sont développés, une fois, à la suite d'une injection interstitielle dans un cancer du sein récidivé.

Mais, d'une manière générale, à part ces rares exceptions, ces injections n'ont pas d'inconvénients. Elles améliorent souvent l'*état général ;* mais cette amélioration ne persiste guère plus de trente-cinq semaines, si les cancéreux sont arrivés à une période de cachexie avancée. Souvent, les *douleurs* diminuent très notablement pendant la série des injections, elles se reproduisent, lorsque l'on cesse la médication sérothérapique.

On constate encore une modification avantageuse dans le nombre et l'abondance des hémorrhagies, qui, dans certains cas, ont cessé complètement pendant plusieurs semaines.

Du côté de la tumeur cancéreuse, nous avons les modifications suivantes : dans 5 cas de cancers ulcérés du sein, 2 cas de cancers opérés récidivés non ulcérés, 6 cas de cancers inopérables, avancés et récidivés de l'utérus.

1 cas de cancer de la langue, 4 cas d'épithélioma : de la lèvre, des joues, de la verge, du scrotum.

a Jamais, la guérison n'a été observée.

b Les gros fongus cancéreux n'ont pas sensiblement diminué, mais souvent les hémorrhagies qui suintaient à la surface de ces cancers ulcérés se sont arrêtées.

c Dans un cas, une assez grande ulcération cancéreuse de col de l'utérus s'est presque complètement cicatrisée. Une autre ulcération consécutive à l'ablation d'un cancer du sein a diminué des deux tiers.

d Souvent l'empâtement périphérique de ces cancers a diminué dans de notables proportions.

e Deux cancers du sein opérés et récidivés, avec adhérence de la peau non ulcérée, ont subi des modifications favorables. Ils ont diminué d'un tiers et la peau est devenue plus mobile sur la surface de la tumeur.

f Un fibrome utérin volumineux a diminué d'un cinquième à la suite d'injections de sérum de sang de chien inoculé avec du suc de fibrome utérin.

En résumé, ces injections améliorent souvent l'état général, diminuent les douleurs et les hémorrhagies ; elles sont sans danger et il est possible qu'en les pratiquant avant et après les opérations chirurgicales des cancers, elles arrivent à retarder la récidive, qui est à peu près constante dans un laps de temps plus ou moins rapproché.

M. Ferré. — Par la sérothérapie anti-cancéreuse, on observe un affaiblissement considérable des bords de l'ulcération, une diminution de la congestion périphérique, un affaiblissement des bourgeons de l'ulcération qui ne paraît pas diminuer d'étendue.

Cette amélioration a été partiellement obtenue au moins chez une malade par injection préalable de sérum d'âne non immunisé. Elle a été plus apparente lorsqu'on a utilisé du sérum d'âne injecté au préalable suivant le procédé de M. Richet.

Suppuration.

MM. Roger et Josué. — La suppuration est un processus morbide banal, nullement spécifique, pouvant relever d'agents infectieux divers. Elle peut être provoquée par les toxines microbiennes ou même par des substances chimiques aseptiques. Dans l'immense majorité des cas, elle est due à l'envahissement d'un organisme en état de moindre résistance par les germes qui l'assiègent de toutes parts.

Deux ordres de cause favorisent donc la production du pus : les unes générales (intoxication par des substances introduites accidentellement, ou formées dans l'organisme, ou sécrétées par des microbes), les autres locales. C'est à préciser l'influence de certaines de ces dernières que nous nous sommes attachés dans ce travail.

Gravitz a montré *l'action de certaines substances chimiques* tendant à altérer les tissus. Nous avons constaté que l'inoculation de un demi-centimètre cube de bacterium coli, après injection sous la peau de cinq décigrammes de triméthylamine ou de un demi-décigramme d'acide phénique dans un centigramme cube d'eau, amène la production de phlegmons diffus. L'injection de doses faibles d'acide phénique ne produit aucun effet ni bon, ni mauvais.

Le *traumatisme* favorise aussi l'infection locale. Quel est le rôle, dans cette action, des lésions des artères, des veines et des nerfs?

Nous avons lié l'artère fémorale ou l'iliaque externe, puis injecté soit du staphylococcus aureus, du bacterium coli, du proteus vulgaris, du streptocoque sous la peau. A l'exception de deux lapins ayant reçu du streptocoque trop virulent, morts sans lésion locale, et d'un autre auquel on a inoculé une vieille culture peu virulente de bacterium coli, tous les lapins dont les artères étaient liées ont présenté de vastes phlegmons diffus, les témoins n'ayant qu'un petit abcès circonscrit.

La ligature des veines fémorales n'a pas donné de résultats nets, à cause du rétablissement facile de la circulation par les nombreuses anastomoses qui unissent cette veine à celles du bassin et de la paroi abdominale. Mais si on lie les trois veines de la base de l'oreille du lapin et si on inocule du proteus vulgaris dans le tissu cellulaire de cet organe, il se produit un phlegmon gangreneux avec tendance marquée au sphacèle. Il n'y a pas en effet de différence absolue entre la suppuration et la gangrène. Entre les cas extrêmes, il y a toute une série de transitions; ces mêmes agents peuvent, d'autre part, donner naissance soit à l'une soit à l'autre suivant les modifications du terrain. La suppuration et la gangrène sont donc deux modalités différentes d'un même processus inflammatoire.

La section ou l'arrachement du sciatique, nerf à la fois moteur, sensitif et vaso-moteur, n'a pas donné de résultats nets. Il contient en effet des fibres antagonistes au point de vue de l'action sur les agents infectieux comme l'a montré l'un de nous au niveau de l'oreille du lapin, où ces éléments sont dissociés (les nerfs moteurs venant du facial, les vaso-moteurs du ganglion cervical supérieur du grand sympathique et les sensitifs du nerf auriculo-cervical); tandis que la section du grand sympathique favorise la guérison de l'érysipèle, la section du nerf sensitif le rend plus grave.

La congestion active des tissus favorise donc la guérison, l'anémie (ligature de l'artère) rend la lésion plus grave; la stase sanguine (ligature des veines) a la même conséquence avec tendance au sphacèle.

Si l'on injecte les toxines du proteus vulgaris on produit un abcès aseptique; si on les injecte, après avoir lié les veines, on détermine un œdème énorme qui disparaît en quelques jours et laisse un petit abcès; cette expérience n'explique-t-elle pas l'œdème de la phlébite? Ce dernier serait dû à l'action des toxines secrétées par les microbes ayant altéré la veine. Si on lie les veines et si on coupe le nerf sensitif, il se fait un œdème avec tendance gangreneuse. La section de ce nerf a donc la même action, que l'on inocule des microbes (streptocoque de l'érysipèle) ou des toxines.

Enfin deux abcès à évolution très lente, dus à l'inoculation l'un de bacterium coli, l'autre de proteus vulgaris, se sont montrés aseptiques après un mois (l'examen microscopique, les cultures, l'inoculation l'ont prouvé). *Ces cas expérimentaux de suppurations secondairement aseptiques* ne donnent-ils pas la confirmation absolue de la théorie de l'origine microbienne de ces abcès avec perte consécutive de la virulence des microbes, puis disparition des germes dans le foyer?

Régime microbien de la Garonne devant Bordeaux.

M. E. Cassaet. — A la suite de très nombreuses analyses, continuées pendant plusieurs mois, j'ai cherché à établir l'action de la marée sur la repullulation des espèces microbiennes, sur l'orientation et l'étendue des variations de leur nombre par rapport à la direction des courants, et les résultats obtenus me paraissent, pour les riverains du fleuve, avoir une valeur plus que spéculative.

Les prises ont eu lieu devant Bordeaux, au moment de la pleine mer, de la demi-marée descendante, de la basse mer et de la demi-marée montante; quelques autres ont été effectuées en amont et en aval de l'agglomération bordelaise.

Les chiffres constatés prouvent qu'au moment de la demi-marée montante, les détritus entraînés en aval reviennent avec le courant de ce flot et polluent au maximum l'eau de la rivière; puis, quand la masse d'eau augmente avec la pleine mer, sans exercer en temps ordinaire une action bien sensible sur le lit, les immondices se trouvent diluées et la purification commence. Elle s'accuse, avec la demi-marée descendante, quand le flot se retire et se trouve remplacé par l'eau du fleuve; enfin elle se parfait quand toute l'eau d'aval s'est écoulée, au moment de la basse mer.

Ce sont les brassages alternatifs du flux et du reflux qui amènent ces variations dans le nombre des colonies. Leur action devient surtout manifeste, quand on prélève un échantillon immédiatement après le passage du mascaret ou dans un jour de forte crue. C'est ainsi que le mascaret a pu élever le nombre des colonies de 2,300 à 76,400 par centimètre cube, et que dans un jour de forte souberne, il a passé de 3,575 à 129,800 par centimètre cube. Cette énorme pollution cesse avec la cause qui l'a produite.

Du reste l'effet de ces courants est mis hors de doute par des analyses faites sur des échantillons prélevés simultanément à quelques kilomètres en aval de Bordeaux et, en amont, au-dessus du point-mort de marée, c'est-à-dire là où les eaux devraient être le plus pures, puisque ce sont des eaux de source. Or, dans le point aval, « la Baranquine », la moyenne des espèces est inférieure à celle de Bordeaux; il y a donc eu destruction partielle, bien que les immondices aient tendance à s'accumuler en ce point; dans le point amont, au contraire, la teneur est quadruple de celle d'aval, bien que les eaux soient des eaux de source.

On peut donc affirmer :

1° Que dans une rivière soumise au régime de la marée, la pollution ne se propage pas à une grande distance de son point maximum;

2° Que les mouvements alternatifs du flux et du reflux sont une des causes les plus énergiques de la destruction des espèces microbiennes et partant de l'assainissement du fleuve;

3° Que la zone d'assainissement ne dépasse pas celle où le courant de flot se fait sentir et que le nombre des espèces devient plus considérable, même dans les points où l'eau de source seule alimente le fleuve;

4° Enfin, pour ce qui concerne Bordeaux, que la pollution y est minime, ce qui explique que les riverains d'amont aient pu longtemps faire usage des eaux du fleuve, sans les filtrer au préalable et sans en ressentir de bien graves inconvénients.

Epidémie de grippe de 1895.

M. Chédevergne (de Poitiers) décrit principalement les formes que cette épidémie a revêtues. Pour lui, elle a particulièrement porté sur l'intestin, ce qui constitue une forme

abdominale non pas avec une diarrhée cholériforme comme quelques auteurs l'ont signalée, il y a une vingtaine d'années, mais avec une constipation difficile à vaincre. La grippe cette année a atteint plus spécialement les personnes à tempérament arthritique et a déterminé des accidents divers afférents à cette constitution, des arthrites aiguës ou chroniques, des endocardites, des phlébites, des congestions et même des apoplexies pulmonaires.

Ces deux manifestations : intestinales et articulaires ou congestives n'en constituent au fond qu'une : la forme arthritique.

Exanthèmes sérothérapiques.

M. W. Dubreuilh. — Les exanthèmes consécutifs à la sérothérapie ont été surtout observés dans le traitement de la diphthérie, parce que dans aucune maladie l'on n'a appliqué cette méthode thérapeutique sur une aussi large échelle ; on a pu cependant observer des éruptions analogues dans bien d'autres circonstances.

Dans le traitement sérothérapique de la diphthérie on a observé des éruptions de type très variable; ce sont, par ordre de fréquence décroissante, l'urticaire, les éruptions scarlatiniformes, rubéoliformes ou à type d'érythème polymorphe, c'est-à-dire avec des éléments isolés, érythémateux, papuleux ou même infiltrés. Ces exanthèmes sont généralisés ou localisés, surtout sur le tronc ou sur les membres du côté de la flexion; ils peuvent débuter au voisinage de l'injection pour se généraliser ensuite. L'éruption est rarement homogène; les types scarlatiniforme et rubéoliforme sont souvent mélangés entre eux ou avec l'urticaire de sorte que le classement en est souvent difficile; ils peuvent se succéder sur le même malade ; à quelque type qu'il appartienne, l'exanthème est souvent prurigineux; dans quelques cas il n'y a même que le prurit.

Le moment d'apparition de l'exanthème est très variable. Quelquefois il se montre dès les premières heures, mais, en général, il est tardif, voire jusqu'au vingtième jour; il se déclare le plus souvent entre le septième et le treizième jour après l'injection, dure toujours trois ou quatre jours et s'efface ; il est suivi quelquefois d'une légère desquamation; son évolution est continue ou intermittente avec des poussées quotidiennes. D'une façon générale, on peut dire que les éruptions précoces sont plutôt urticariennes et les tardives rubéoliformes, mais il y a de nombreuses exceptions.

L'exanthème fait partie d'un syndrome qui comprend la fièvre, des douleurs musculaires ou articulaires avec gonflement des jointures, de la diarrhée; ces divers symptômes peuvent se montrer sans éruption, ou, plus souvent, l'éruption est isolée, les autres phénomènes faisant défaut.

La fréquence varie de 5 à 50 pour 100; en moyenne, elle est de 14 pour 100.

Dans la plupart des maladies où l'on a employé des injections de sérum d'animaux immunisés, on a observé des éruptions tout à fait analogues. On en a observé avec une fréquence au moins égale dans les cas où l'on a injecté du sérum d'animaux non immunisés, ou dans ceux où l'on a préventivement injecté à des individus sains du sérum d'animaux immunisés ou non. Il faut donc admettre que l'exanthème, et les autres phénomènes qui peuvent l'accompagner, sont dus à l'introduction dans l'économie d'un sérum étranger. Je n'ai pas trouvé de cas d'éruption consécutive à l'usage du sérum humain; ils sont peu fréquents après l'injection du sérum de chien, de mouton ou de rongeurs; le sérum des équidés (cheval, âne, mulet) est celui qui les provoque le plus fréquemment.

Même si l'on s'en tient au sérum de cheval, il y a de grandes différences dans la fréquence des exanthèmes, les pourcentages les plus bas étant fournis par les statistiques allemandes et les plus élevés par les statistiques anglaises. Dans un même service hospitalier, le sérum fourni par un même laboratoire présente à ce point de vue de grandes variations ; or, comme les complications de la sérothérapie dont l'exanthème est la plus fréquente et la plus bénigne sont loin d'être toujours sans gravité, il importe de rechercher si elles tiennent à une particularité persistante et individuelle du cheval ou à des conditions contingentes d'alimentation ou de stabulation.

Electrothérapie et hypnotisme.

M. Crocq fils (de Bruxelles). — L'électrothérapie agit souvent par suggestion. L'auteur a observé une jeune fille atteinte de chorée rythmique hystérique, qui guérit au bout de trois semaines de franklinisation, sans avoir été isolée sur le tabouret de verre.

Le même résultat fut obtenu chez une femme atteinte de monoplégie hystérique, en remplaçant les fils conducteurs en un point par un cordon de soie de 10 centimètres.

L'auteur rapproche ces faits de ceux obtenus par les aimants et les métaux, qui produisent des guérisons incontestables.

La thérapeutique oculaire basée sur l'antisepsie et la bactériologie.

M. Jocqs (de Paris). — Les progrès de la bactériologie et de la clinique ont singulièrement rétréci, au grand bénéfice du pronostic, le champ d'influence de l'état général sur la pathologie oculaire. Bien des affections qui étaient mises sur le compte d'états généraux comme la scrofule, l'anémie, l'arthritisme, etc., ne sont que des lésions locales infectieuses, primitives ou inoculées secondairement (kératites des enfants coïncidant avec de l'impétigo de la face ou du cuir chevelu, ulcère de la cornée, blépharites ulcéreuses).

Pour combattre ces affections, le traitement général ne devra pas être négligé; mais ce sera le traitement local qui donnera les meilleures et les plus rapides résultats. Ce traitement devra être autant que possible chirurgical, c'est-à-dire porter directement sur la lésion elle-même au moyen de l'instrument tranchant et de topiques antiseptiques (raclage des ulcères de la cornée, brossage des granulations, cautérisation des ulcères blépharíques, injections sous-conjonctivales, ablation des tuberculoses locales, etc.)

Lorsque l'infection proviendra d'une autre lésion de l'organisme, celle-ci devra être traitée en même temps que celle de l'œil.

Sur les streptocoques et sur les épidémies des complications des maladies.

M. V. Babès (de Bucharest). — Ma méthode d'examen bactériologique des cadavres frais m'avait permis de pouvoir établir les associations microbiennes et leur rôle dans la plupart des maladies infectieuses; la même méthode nous permettra de constater de vraies épidémies causées par des microbes déterminés qui, dans certaines époques, compliquent les différentes maladies.

En étudiant une telle épidémie, dès novembre 1892, j'ai constaté que, à cette époque, il y avait, auprès des septicémies primitives, des maladies par plaies, des maladies éruptives des enfants, des pneumonies, la tuberculose, les opérations et le puerpérisme qui tous devenaient graves et septiques en se compliquant de l'invasion d'un streptocoque virulent.

En étudiant les steptocoques en général et ceux de cette époque en particulier, j'ai trouvé que :

1° Dans les différentes maladies à streptococci on ne trouve pas toujours les mêmes streptococci; ainsi, on peut trouver dans l'érysipèle des différents streptococci, de même que dans le phlegmon, la scarlatine, etc.

2° La division des streptococci en longs et courts n'est pas justifiée, car il y a un grand nombre de streptococci qui se développent tantôt en chaînettes longues, tantôt en chaînettes courtes : *a*) il y a parmi les streptococci qui se présentent ordinairement en chaînettes courtes des formes avec des caractères beaucoup plus éloignés que ceux qui existent entre la plupart des streptococci longs et courts en général; *b*) ni les streptococci longs ni les streptococci courts ne possèdent des caractères communs absolus.

3° Toutefois, faut-il admettre des espèces ou des variétés parmi les streptococci.

a) Streptococci en chaînettes ordinairement longues qui perdent facilement leur virulence en troublant ou non le bouillon.

b) Streptococci tantôt longs, tantôt courts, non virulents dans différentes maladies septiques.

c) Streptococci longs, très virulents avec une virulence

stable et troublant ordinairement le bouillon (scarlatine) Babès.

d) Streptococci très minces, se développant à une haute température, devenant neutres sur sérum, non pathogènes.

e) Streptococci ordinairement lancéolés, avec ramifications et crosses, intermédiaires entre streptococci et diphthéridées.

f) Lancéolés liquéfiants.

g) Streptococci courts très virulents colorés (jaunes, rouges) ou non liquéfiant la gélatine.

h) Différentes espèces de streptococci engendrant des maladies déterminées chez les animaux.

4° En thèse générale, le sérum antistreptococcique est efficace contre différentes maladies streptococciques, mais il y a tout de même des exceptions.

5° Certains streptococci ne se localisent pas comme dans une série d'expériences; les streptococci de moindre virulence ont causé tardivement la mort des lapins, on n'y trouvait plus des streptocoques, constatation qui explique le résultat bactériologique négatif dans certains cas de néphrite, d'atrophie jaune du foie, des myélites, etc.

6° Nous supposons que les streptococci gagnent dans des conditions premières une pathogénéité telle qu'ils produisent des épidémies compliquant les différentes maladies.

7° La constatation de la fréquence étonnante des streptococci dans certaines saisons parle pour l'unité génétique des différents streptococci.

8° En constatant ces faits, je ne veux nullement nier le rôle important que jouent les moments prédisposants dans la production de ces complications.

9° Nous avons observé d'autres épidémies analogues dues au staphylococcus ancien et tout dernièrement une épidémie de complications gangreneuses due à une association des saprogènes avec des diphthéroïdes et des streptococci.

Pleurésie purulente, à streptocoques morts, dans le cours d'une tuberculose pulmonaire. Tumeurs blanches expérimentales sans traumatisme articulaire antérieur.

M. Auché (de Bordeaux). — Dans le cours d'une tuberculose pulmonaire au premier degré se développe rapidement une pleurésie purulente gauche à infection double, tuberculeuse et streptococcique. Les *bacilles de Koch* sont fort rares puisque l'examen de plusieurs lamelles n'a pas permis de les découvrir ; ils sont aussi peu virulent puisqu'un lapin, inoculé dans le tissu cellulaire sous-cutané de l'oreille, n'a eu aucune manifestation tuberculeuse et qu'un autre, après injection intra-veineuse du pus, n'a eu que deux tumeurs blanches sans autre localisation microbienne. Les streptocoques, très apparents sur les lamelles, n'ont poussé dans aucun milieu, ni en culture aérobie, ni en culture anaérobie, et n'ont donné lieu à aucune réaction sur deux lapins inoculés avec une forte dose de pus. Il faut en conclure qu'ils étaient morts, ou tout au moins qu'ils avaient perdu leur pouvoir de végétabilité. Agents de la suppuration pleurale, ils avaient succombé à leur œuvre, tués par le milieu purulent qu'ils avaient engendré.

Dans cette observation plusieurs faits méritent d'attirer l'attention. C'est la première fois qu'on signale dans la pleurésie purulente la présence de streptocoques morts. Peut-être y aurait-il lieu de se demander si, dans certains cas, les microbes pyogènes ne peuvent pas arriver à disparaître complètement, et si dès lors il est bien exact de poser comme règle absolue que tout épanchement pleurétique purulent, dans lequel ni les cultures, ni l'examen microscopique ne permettent de reconnaître la présence d'agents pyogènes, doit être forcément rattaché à la tuberculose seule.

Ce fait met aussi en évidence l'action pyrétogène des produits d'élaboration des streptocoques, puisque, toutes choses restant les mêmes au point de vue du poumon, la fièvre tombe immédiatement et définitivement après la suppression de cette source de résorption. Les streptocoques étant morts, leurs produits toxiques se trouvaient seuls en cause.

Enfin, ce cas démontre la possibilité d'une localisation primitive et exclusive de la tuberculose expérimentale sur une ou plusieurs articulations, sans traumatisme articulaire antérieur.

Traitement du diabète sucré par la levure de bière.

M. E. Cassaet. — La levure de bière, administrée à la dose quotidienne de cinquante grammes, au moment des principaux repas, à trois diabétiques, deux hommes et une femme, a produit de bons résultats, bien que son emploi n'ait pu être suffisamment prolongé, en raison de la difficulté pratique qu'il y a à empêcher, durant l'été, toute fermentation acétique ou putride.

Bien acceptée par les malades, elle produit dans les quelques instants qui suivent son absorption une très grande quantité de gaz qu'éliminent des éructations très fréquentes, puis, dans le cours de la première ou de la seconde journée, une diarrhée très fétide avec des gaz en abondance. Après quelques jours la tolérance s'établit et le malade ne tarde pas à éprouver un bien-être depuis longtemps inconnu. Son état général se relève, son appétit renaît, ses forces augmentent, ses douleurs s'atténuent, son poids enfin se modifie.

C'est ainsi que j'ai constaté des augmentations de trois, cinq et huit livres au bout de quinze jours de traitement, chez trois malades dont l'un était phthisique en même temps que diabétique et avait perdu treize kilogrammes depuis deux ans ; dont le second était atteint de diabète très grave. Ce qui prouve l'action directe de la levure, c'est la facilité avec laquelle le poids retombe lorsqu'on abandonne la médication.

Les forces augmentent parallèlement, et j'ai noté une amélioration de douze à vingt kilogrammes pour la main droite, de dix-sept à vingt-deux kilogrammes pour la main gauche, dans le temps où le diabétique cachectique augmentait de cinq livres.

Enfin les urines s'améliorent, l'urée reste stationnaire ou augmente et le sucre diminue. Dans un cas il est tombé de trente-deux à sept grammes quarante par litre, diminuant si on s'en rapporte à la quantité totale émise par un malade, des trois quarts dans l'espace de quinze jours et des deux tiers chez un autre.

En résumé, chez les diabétiques gras, maigres ou même phthisiques, la levure fait disparaître les douleurs, relève les forces, améliore l'état général, diminue le sucre et augmente le poids. Ne tiendrait-on compte que de ce dernier résultat, qu'il faudrait encore conclure à l'efficacité de la médication, tant il est difficile de maintenir et surtout d'augmenter, en temps ordinaire, le poids d'un diabétique qui se cachectise.

Quant au mode d'action de la levure, il n'est pas encore établi qu'il relève plutôt de ses fonctions de ferment figuré, que de l'énergie de son ferment soluble. Des expériences ultérieures viendront combler cette lacune.

Traitement du diabète pancréatique par l'ingestion de pancréas de veau.

M. Ausset. — A des chiens dont j'avais *totalement* extirpé le pancréas, ainsi que l'ont prouvé les autopsies consécutives, j'ai administré du pancréas de veau, légèrement cuit et mélangé avec la pâtée des animaux. La glycosurie disparaissait toujours dès le début du traitement et se maintenait tant que durait ce traitement.

A un homme nettement diabétique (38 grammes de sucre dans les vingt-quatre heures, élimination des chlorures et des phosphates plus que doublée, diminution des forces, etc.), nous avons donné également du pancréas de veau. Le deuxième jour du traitement, le taux du sucre est descendu à 4 grammes et la quantité de sels éliminée est redevenue normale. Au neuvième jour je notais la disparition totale du sucre, qui s'est maintenue depuis plus d'un mois.

Si le suc pancréatique en injections, comme les injections de suc thyroïdien, a pu produire des effets nocifs, par contre, on n'observe que très rarement des accidents avec l'ingestion de pancréas, pas plus d'ailleurs qu'avec l'ingestion de lobes thyroïdiens; on pourra donc, par analogie, poursuivre cette *méthode pancréatique* que j'assimile tout à fait à la *médication thyroïdienne*, et voir ce qu'elle est susceptible de donner.

Elément rénal dans le diabète sucré.

M. Lépine (de Lyon). Le rapport étroit qui existe entr le degré d'hyperglycémie et la polyurie est incontestable

mais souffre cependant des exceptions. Dans un cas où le sang contenait 5.1 pour 1000 de sucre, l'urine en renfermait 66 grammes ; dans un autre, pour 4.5 pour 1000 de sucre, l'urine était beaucoup plus riche et en renfermait 74 grammes.

Chez les chiens rendus diabétiques par l'extirpation du pancréas, toutes choses égales d'ailleurs, l'hyperglycémie est en raison inverse de la polyurie, la glycémie étant moindre si le sucre est plus facilement éliminé par le rein.

L'état de fonctionnement du rein est donc un élément fort important dans la constitution d'une hyperglycémie, celle-ci variant non seulement avec la production et la destruction du sucre, mais aussi avec la perméabilité rénale. Il en résulte aussi que le chiffre pour mille du sucre de l'urine ne peut donner une idée exacte ni du degré d'hyperglycémie, ni de la gravité du diabète.

Traitement de la tuberculose diabétique par le nitrate d'argent.

M. Crocq père (Bruxelles). — D'après l'orateur, le nitrate d'argent introduit dans l'estomac favorise la digestion et est un des meilleurs agents thérapeutiques dans la gastrite chronique. Or, au contraire, la créosote donnée chez les tuberculeux a l'inconvénient d'affaiblir la nutrition.

Le nitrate d'argent, au contraire, non seulement accroît la nutrition, mais diminue l'expectoration pulmonaire et la congestion des tissus malades. On pourra d'ailleurs l'associer à l'opium et à la morphine : on conseillera en outre le repos absolu.

L'observation a porté sur deux malades, et des résultats satisfaisants se maintiennent depuis plusieurs mois.

Dissociation dite syringomyélique de la sensibilité dans un cas de pachyméningomyélite due à un mal de Pott, sans cavités médullaires.

MM. A. Pic et **C. Regaud** (Lyon). — Nous avons eu l'occasion d'observer un malade, âgé de trente ans, atteint d'un double foyer de tuberculose vertébrale, l'un cervical, l'autre dorsal. Les premiers symptômes consistèrent en une amyotrophie considérable des muscles scapulo-thoraciques avec douleurs irradiées dans le domaine des nerfs cervicaux. Au début il n'existait aucun trouble objectif de la sensibilité. Plus tard survinrent de la paralysie flasque des membres supérieurs, de la paralysie spasmodique des membres inférieurs, des troubles trophiques de la peau, etc., enfin de la thermo-anesthésie avec conservation de la sensibilité tactile, aux mains seulement. C'est sur cette dernière particularité que porte seulement la présente communication.

Le malade succomba sept mois après le début de la maladie, moins aux progrès de la tuberculose vertébrale qu'à la cachexie progressive résultant des lésions médullaires et nerveuses périphériques.

L'autopsie permit de constater la présence de deux foyers de pachyméningite externe correspondant aux deux foyers vertébraux, l'un à la région cervicale moyenne; l'autre à la région dorsale supérieure. La moelle était libre dans le canal dure-mérien, et, tout en étant étroitement enserrée, elle n'était nullement comprimée. Par contre, au niveau des deux foyers les racines rachidiennes étaient englobées dans des masses scléro-tuberculeuses et impossibles à isoler.

La moelle débitée, ainsi que le bulbe, en coupes sériées, montra les lésions suivantes : myélite diffuse au niveau des foyers de pachyméningite ; la substance blanche, la substance grise et les racines sont très altérées. Dans la substance grise, on note une atrophie considérable des cellules des cornes antérieures, surtout à la région cervicale, de la sclérose de la colonne de Clarke, l'oblitération complète du canal épendymaire. Dans la substance blanche, on trouve de la dégénération diffuse prédominant à la périphérie de l'axe médullaire, principalement dans les cordons postérieurs et latéraux ; à partir de la région dorsale, sclérose marquée des faisceaux pyramidaux croisés. Les lésions fines consistent en une fragmentation de la myéline qui disparaît complètement en nombre de points ; les gaines périvasculaires sont absolument remplies de leucocytes.

Les racines, tant antérieures que postérieures, sont extrêmement altérées. A la région lombaire, loin des foyers de pachyméningite, on trouve des tubercules dans les racines postérieures.

Nulle part il n'existe de cavité médullaire, si petite soit-elle.

Nous pensons que les lésions des racines sont surtout primitives. Les lésions médullaires nous paraissent dues presque exclusivement à un processus de myélite infectieuse chronique, d'origine tuberculeuse, absolument distincte de toute compression, qui n'existait pas dans notre cas.

Quant aux symptômes présentés par notre malade, et en particulier en ce qui concerne les troubles sensitifs, il est difficile, à cause de la complexité des lésions, de faire la part des altérations des racines et celles des altérations médullaires proprement dites. Mais l'absence dûment constatée de toute cavité médullaire permet d'ajouter notre observation à celles déjà nombreuses qui tendent à démontrer que la dissociation des sensibilités thermique et tactile n'a pas, pour le diagnostic de la syringomyélie, la valeur pathognomonique qu'on lui a longtemps attribuée.

M. Crocq père (Bruxelles). — La dissociation de la sensibilité dite syringomyélique peut être due à de tout autres circonstances que la syringomyélie. Pour moi, cette dissociation n'indique nullement la syringomyélie que j'ai vue exister sans elle, mais bien plutôt une lésion quelconque de la substance grise médullaire. L'intoxication mercurielle chronique peut, comme j'ai pu le constater, déterminer la dissociation dite syringomyélique parfaitement caractérisée. Il ne s'agissait cependant pas, en pareil cas, de syringomyélie, car au bout de quelques semaines les phénomènes de dissociation de la sensibilité avaient complètement disparu.

M. Pitres. — Tout le monde semble admettre aujourd'hui que le syndrome de la dissocation syringomyélique est un phénomène banal qui peut se rencontrer dans les maladies de la moelle, des nerfs périphériques, sans parler de l'hystérie.

M. Marinesco. — Je crois qu'on peut admettre actuellement que la dissociation dite syringomyélique dans les affections spinales relève d'une lésion destructive de la corne postérieure. L'histoire clinique de l'hématomyélie de certaines myélites et de la pachyméningite hypertrophique le prouve. Il est fort probable que les sensibilités thermique et douloureuse sont conduites par certaines fibres collatérales qui aboutissent à la corne postérieure, pour se mettre en rapport indirect avec les neurones sensitifs. Du reste, même dans le cas de MM. Pic et Regaud, la corne postérieure est affectée.

M. Regaud. — Sans doute il existait dans notre cas des lésions manifestes des cornes postérieures médullaires, de la colonne de Clarke surtout, au niveau des régions lombaire et cervicale, mais il peut y avoir des lésions des cornes postérieures sans dissociation de la sensibilité. D'autre part les conditions dans lesquelles on constate le syndrome thermanesthésie sont si variées, les altérations observées sont si complexes, nos connaissances sur les conditions physiologiques et anatomiques de la sensibilité thermique sont si peu étendues que l'on ne peut faire à ce sujet que des hypothèses.

Phénomènes du pied et du genou dans la fièvre typhoïde.

M. Bernheim (Nancy). — L'exaltation des réflexes tendineux du genou et du pied dans la fièvre typhoïde, déjà signalée par les auteurs, existe très souvent. Sa fréquence peut être évaluée à environ 60.70 0/0 des cas. Cette trépidation réflexe peut être très marquée, persister indéfiniment ; parfois elle est exclusivement représentée par quelques mouvements réflexes peu nombreux, peu durables ; elle peut ne pas être égale des deux côtés. Le phénomène du genou n'existe pas sans le phénomène du pied, mais le premier est moins marqué que le second. L'un et l'autre peuvent apparaître à toutes les périodes, dans la convalescence parfois ; je les ai vus dans un cas persister pendant plus de cent jours.

Ce symptôme peut s'accompagner d'un certain degré de paralysie. Sept fois j'ai constaté de la paraplégie ; dans certains cas il existait de la titubation réelle (rétropulsion ou latéropulsion). A vrai dire, on ne peut attribuer ces troubles moteurs à l'exagération des réflexes tendineux.

On a interprété de façons variables cette exagération des réflexes; on l'a rangée, tout d'abord, parmi les phénomènes ataxiques de la fièvre typhoïde. Or, j'ai vu des cas de fièvre typhoïde où tous les phénomènes ataxiques se manifestaient sans exaltation des réflexes tendineux, alors que, dans d'autres cas, ce phénomène existait en dehors de toutes autres manifestations arthritiques. On ne peut pas incriminer l'hyperthermie, ni l'adynamie; dans des fièvres typhoïdes, relativement peu pyrétiques, cette exaltation réflexe peut se manifester, tandis qu'elle peut faire défaut dans des cas d'adynamie considérable avec catalepsie spontanée. Il y a, à mon avis, dans ce phénomène, une détermination typhique sur la moelle épinière, du genre des lésions dénutritives viscérales que l'on peut constater dans la dothiénentérie. Cette trépidation réflexe est curable; jamais elle ne s'accompagne de contracture.

Dans deux autopsies j'ai pu constater la présence au niveau de la moelle lombaire de lésions nerveuses caractérisées surtout par la fragmentation ou la disparition de la myéline et localisées principalement au niveau des cordons latéraux. Il s'agit, en définitive, d'une myélite infectieuse de type curable.

Symphyse cardiaque et asystolie paradoxale symphysaire.

M. Rondot. — J'ai pu me convaincre par l'étude de trente observations, dont quinze suivies d'autopsie, que le diagnostic de la symphyse cardiaque repose surtout sur l'immobilisation de la pointe du cœur et sur la fixité des limites de cet organe dans toutes les positions. C'est là le signe fondamental autour duquel gravitent les autres (rétractions rythmiques augmentant par le décubitus latéral, modifications de l'espace de Traube traduisant la gêne plus ou moins accusée des mouvements du diaphragme et la constatation d'une hypertrophie régulière).

Les phénomènes d'auscultation, en dehors de ceux qui révèlent des insuffisances organiques ou fonctionnelles, comprennent le claquement mésosystolique, le bruit de galop, plus rarement le dédoublement du second bruit. On peut entendre un frottement-souffle présentant les caractères des souffles extracardiaques (mais n'ayant pas sa cause dans le poumon) et se modifiant surtout sous l'influence des changements de position.

La symphyse peut simuler les insuffisances valvulaires et le rétrécissement mitral. L'analyse des caractères du pouls, les signes physiques permettent de donner aux phénomènes d'auscultation leur exacte interprétation.

De la symphyse cardiaque d'origine rhumatismale.

M. Merklen (Paris). — Les incertitudes que l'on trouve dans l'histoire clinique de la symphyse cardiaque tiennent à la diversité de ses causes et de ses formes, qui se prêtent peu à une description synthétique. La variété des formes dépend des lésions concomitantes de l'endocarde et du myocarde, et celles-ci sont elles-mêmes en relation avec la maladie causale : rhumatisme, tuberculose, artériosclérose, infections pyogéniques, traumatisme. Dans une thèse récente, M. Manesse a tenté, d'après mes conseils, de classer les deux principales formes cliniques de symphyse cardiaque d'après ces données étiologiques : symphyse rhumatismale et symphyse tuberculeuse. La symphyse rhumatismale est la mieux caractérisée. C'est la moins latente des symphyses, celle où l'on retrouve la plupart des signes classiques qui se révèlent à la faveur de l'hypertrophie cardiaque. Toutefois cette symphyse est fréquemment méconnue, parce qu'elle est rarement pure et presque toujours associée à des lésions de l'orifice mitral et même de l'orifice aortique par endocardite chronique. Dans ces cas, la symphyse échappe à l'examen si l'on n'a soin de pratiquer l'exploration méthodique de la région précordiale. Ce diagnostic présente un réel intérêt au point de vue du pronostic des cardiopathies rhumatismales chroniques.

Dans tous les cas que j'ai observés, il s'agissait à la fois d'endocardite chronique et de symphyse. Celle-ci se caractérisait par un syndrome toujours identique : soulèvement en masse de la région précordiale avec dépression systolique des régions sterno-costale inférieure et épigastrique ; grande matité cardiaque, rappelant celle des épanchements péricardiques et ne se modifiant pas sous l'influence des changements d'attitude : asystolie à répétition ou asystolie subintrante.

M. Cadet de Gassicourt, qui a spécialement étudié la péricardite chronique de l'enfance, considère que le diagnostic de la symphyse peut se faire surtout d'après les troubles fonctionnels, lesquels ne sont autres que ceux de l'asystolie et de la cachexie cardiaque. L'asystolie chez l'enfant ne se produirait guère à la suite de l'endocardite rhumatismale, tandis qu'elle serait commune à la suite de la péricardite suivie de symphyse. La même chose s'observe chez l'adulte atteint d'endopéricardite chronique avec symphyse; l'asystolie, dans ces conditions, est précoce et se répète avec une déplorable persistance pendant des mois et des années. C'est une asystolie réductible, qui obéit à la digitale, mais qui se reproduit dès que l'influence de ce médicament est épuisée. Toutefois, la survie de ces malades est longue; et des accalmies d'une certaine durée peuvent être observées grâce à un repos absolu au lit pendant plusieurs mois. Leur existence devient ainsi tolérable, mais ils restent des infirmes cardiaques toujours en imminence d'asystolie, s'ils commettent la moindre infraction au régime sévère qui leur est imposé.

La cause de cette athénie cardiaque est une myocardite chronique interstitielle, avec endartérite et péri artérite, myocardite constante dans la symphyse rhumatismale, ainsi qu'il résulte des observations et des examens histologiques de Cadet et Gassicourt, de Balzer, de Durand, de Morel-Lavallée. C'est une notion bien établie que le pronostic des affections valvulaires dépend surtout de l'état du myocarde; il en est de même pour la symphyse. Cela étant, il est difficile de préciser la part des adhérences péricardiques dans l'évolution clinique des cardiopathies complexes auxquelles elles sont associées. En réalité, la symphyse n'est pas une affection autonome; ce n'est qu'une fraction d'une véritable *pancardite*, c'est-à-dire d'une endo-myo-péricardite chronique résultant d'une infection rhumatismale grave ou de poussées répétées et prolongées. Son diagnostic n'en est pas moins important, car de l'existence de la symphyse on peut conclure d'une manière à peu près certaine à la non-intégrité du myocarde, c'est-à-dire à l'infirmité cardiaque.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 septembre 1895.

Présidence de M. Empis.

Sur la valeur hypnotique du trional chez les enfants.

M. Cadet de Gassicourt lit au nom de M. Moncorvo une note qui se termine par les conclusions suivantes :

De tous les médicaments hypnotiques aucun ne m'a paru plus sûr et plus prompt chez les enfants que le trional. Ce médicament, pris à petites doses, vingt centigrammes, dans des cachets Limousin, possède une action sédative sur le cerveau, dont on pourra profiter pour combattre les phénomènes d'excitation nerveuse ou psychique tenant soit à des intoxications, soit à des lésions de cet organe ou de ses enveloppes.

Livres déposés.

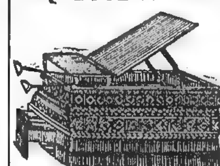
Les centres moteurs chez l'homme, par J.-M. Charcot et A. Pitres. Un volume de la bibliothèque Charcot-Debove, avec 57 figures dans le texte, dont 51 en couleurs. 3 fr. 50. Paris Rueff et Cie, éditeurs.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON 12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.


GOUDRON FREYSSINGE





N° 37 — 11 SEPTEMBRE 1895 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

LYON

(Année scolaire 1894-1895.)

1082. M. Frappaz (Toussaint). Rapports entre le volume du foie et la longueur de l'intestin. — M. Clarac (Eugène). Contribution à l'étude de la hernie enkystée d'Astley Cooper. Hernie à sac intra-vaginal ou à double sac de Bourget, d'Aix. — M. Crivet (Anthelme). Signification de l'adénopathie syphilitique primaire et secondaire. — M. Guillaume (Julien). Des conséquences fâcheuses du défaut d'oxygène dans les hautes vallées alpestres. — Cathelin (Honoré). Du mécanisme de l'étranglement herniaire dans le contenu de l'anse. — M. Narjoux (Joseph). De la syphilis secondaire de la conjonctivite. — M. Vieillard-Baron (Joseph). Etude comparative du pouvoir antiseptique de la bile, à l'état physiologique et sous l'influence des substances médicamenteuses. — M. Quincieu (Hyacinthe). Contribution à l'étude de la columnisation du vagin. — M. Brice (Marie-Raoul). Sur les épithéliomas perforants de la voûte crânienne avec propagation aux méninges et à l'encéphale (épithélioma pavimenteux d'origine tégumentaire). — M. Gorisse (Amédée). Sur un appareil prothétique pour la paralysie radiale (appareil du Dr Gangolphe).

1092. M. Bertrand (Joseph). Contribution à l'étude du cancer aigu et du cancer latent du corps thyroïde. — M. Maisonneuve (Remi). Contribution à l'étude et au traitement de l'ostéite tuberculeuse du premier métatarsien. — M. Jourdin (Charles). Essai sur les troubles de la mimique chez les paralytiques généraux. — M. Rubenthaler (Georges). Essai sur le diagnostic du cancer de l'intestin. — M. Vasfi (Alimed) : Etude sur la pathogénie de l'érysipèle à répétition. Rôle du streptocoque et variations de la toxicité urinaire.

La première thèse présentée pendant l'année scolaire 1894-95 portant le n° 955 et la dernière 1096, il ressort que la Faculté de médecine de Lyon a décerné pendant l'année qui vient de finir 142 diplômes de docteur en médecine.

Faculté de médecine de Paris. — Un congé pour l'année scolaire 1895-1896, est accordé sur leur demande et pour raisons de santé, à MM. Germain Sée, professeur de clinique médicale, et Tarnier, professeur de clinique obstétricale.

Sont chargés, pour l'année scolaire 1895-1896, des cours ci-après désignés : MM. Nélaton, agrégé : pathologie chirurgicale (pendant l'absence de M. Lannelongue, député); Charrin, agrégé : clinique médicale; Bar, agrégé : clinique obstétricale.

Sont chargés, pour l'année scolaire 1895-1896, des cours complémentaires ci-après désignés : MM. Lejars, agrégé : pathologie chirurgicale; Bonnaire, agrégé : enseignement des élèves sages-femmes; Maygrier, agrégé libre : accouchements.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Ducamp, agrégé, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1895-1896, d'un cours de médecine légale et toxicologie.

Sont chargés, pour l'année scolaire 1895-1896, des cours complémentaires ci-après désignés : MM. Puech, agrégé : accouchements; Estor, agrégé : pathologie chirurgicale; Sarda, agrégé : clinique des maladies des vieillards, Bosc, agrégé : clinique des maladies des enfants; Brousse, agrégé libre : clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

Faculté de médecine de Lille. — Hygiène : M. Surmont; médecine opératoire et clinique des maladies des voies urinaires : M. Carlier : clinique chirurgicale des maladies des enfants : M. Phocas; accouchements : M. Oui.

Faculté de médecine de Nancy. — Clinique ophthalmologique : M. Rohmer; clinique des maladies des vieillards : M. Parisot; clinique des maladies des enfants : M. Haushalter.

Faculté de médecine de Lyon. — Sont chargés pendant l'année scolaire 1895-1896 des enseignements complémentaires ci-après :

Clinique des maladies des enfants : M. Weill; accouchements : M. Pollosson; botanique : M. Beauvisage.

— *Clinicat.* Les concours pour l'emploi de chef de clinique qui ont eu lieu en juillet se sont terminés par les nominations suivantes :

Clinicat de médecine : M. le docteur Sallès.

Clinicat d'obstétrique : M. le docteur Fabre.

Clinicat des maladies mentales : M. le docteur Toy.

Les concours pour le clinicat de chirurgie et le prosectorat ont été ajournés au 5 nov. 1895.

Création d'une école de plein exercice de médecine à Rennes. — Par décret, l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes est supprimée à dater du 1er janvier 1896.

Il est créé à Rennes, à partir du 1er janvier 1896, une école de plein exercice de médecine et de pharmacie.

VARIÉTÉS

Congrès de médecine interne. — Nancy a été désigné à l'unanimité pour le prochain concours de médecine.

Les questions qui y seront traitées sont les suivantes :

1° Coagulations sanguines intra-vasculaires ;

2° Pronostic des albuminuries;

3° Applications de la sérothérapie au traitement des maladies.

ANOREXIE

Chez nombre de malades pour qui l'alimentation est une condition indispensable à la guérison, le manque d'appétit est absolu. Tous leurs efforts pour suivre les prescriptions des médecins à cet égard se heurtent à une répugnance presque invincible et quand ils parviennent à la vaincre, les aliments pris digèrent mal, sont souvent rejetés très rarement assimilés.

Plus de vingt années de succès ont démontré que l'Elixir Alimentaire Ducro triomphe constamment de la répugnance des malades pour les aliments. Il est pris avec plaisir, toujours digéré sans aucune fatigue par l'estomac, et comme sa propriété fondamentale est d'être alimentaire, c'est le médicament-laiment par excellence des phthisiques, anémiques, cancéreux, etc... Préparé avec la viande crue, l'alcool et les écorces d'oranges amères, l'Elixir Alimentaire Ducro est tout à la fois apéritif et nutritif. L'alcool qui lui sert de véhicule lui communique ses qualités d'antidéperditeur et aussi fait de l'Elixir Ducro une préparation de viande crue exempte de tout danger des vers intestinaux.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Sur un cas d'incision exploratrice et curative d'un rein lithiasique. Communication à l'Association française pour l'avancement des sciences, par le Dr Alf. Pousson, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux, chargé du cours des maladies des voies urinaires.

Le fait que je désire rapporter au Congrès est de nature d'une part à démontrer le degré de perfection auquel est parvenu le diagnostic de la lithiase rénale et d'autre part à prouver que, dans la découverte des pierres contenues dans le rein, la supériorité sur tous les autres moyens appartient à l'incision de l'organe parallèlement à ses deux faces, du bord convexe aux calices et au bassinet.

Il s'agit d'un cultivateur de trente-quatre ans, sans aucun antécédent morbide ou héréditaire, n'ayant notamment jamais eu de coliques néphrétiques, ni de sable dans ses urines. Depuis quelques années il se plaint de douleurs dans la région du rein droit; fixes, elles ne s'irradient pas le long de l'uretère, ni ne retentissent du côté du testicule, elles disparaissent lorsque le malade est tranquille et se font sentir dès qu'il s'agite, marche et travaille. Les urines claires, limpides, et ayant leur coloration normale au repos, se teignent en rouge à la suite des mouvements; ces hématuries, étudiées avec soin dans leur modalité, ont tous les caractères des hématuries rénales ou plutôt aucun de ceux des hématuries vésicales. D'ailleurs, l'exploration de la vessie est complètement négative et son examen à l'endoscope ne révèle absolument rien d'anormal dans sa cavité. Bien que cet examen ait été pratiqué à diverses reprises, il ne m'est pas possible d'établir une différence dans la coloration du liquide s'écoulant par l'un et l'autre uretère, il est également incolore des deux côtés. La palpation des deux reins ne relève rien au point de vue de l'augmentation de volume, pas de ballottement; je note seulement que la pression sur le rein droit est douloureuse.

En présence de ces symptômes, je porte le diagnostic très probable de calcul rénal à droite et je propose la néphrotomie, persuadé que si je ne trouve pas de concrétion dans le rein, l'incision de la capsule de cet organe mettra un terme aux souffrances du malade, qui le rendent incapable de tout travail.

Je pratique l'opération le 11 septembre 1894. Chloroforme. Incision recto-curviligne suivant le bord externe de la masse sacro-lombaire. J'arrive rapidement et sans difficulté sur l'atmosphère graisseuse, qui incisée me conduit sur le rein. Celui-ci est très élevé et presque tout entier caché par le rebord des fausses côtes qu'il dépasse en bas de deux centimètres à peine. Cependant, saisissant son extrémité avec une pince à griffes, je le fais abaisser par un aide dans le champ de mon incision lombaire. La palpation attentive de ses deux faces, pas plus que celle du bassinet ne me révèle pas la présence d'aucun corps étranger dans son intérieur : l'acupuncture que je pratique dans tous les sens ne me fait non plus rien découvrir. M'appuyant sur les signes de présomption de calcul présentés par le malade, je ne me fie pas à ces renseignements et j'incise le rein suivant son bord convexe et parallèlement à ses deux faces. Mon index introduit dans la plaie me fait alors rencontrer dans la corne inférieure un calcul arrondi, du volume d'une noisette, roulant dans une cavité, d'où j'ai quelque peine à l'extraire, car en raison de sa forme il offre peu de prise aux instruments. L'écoulement sanguin, qui a été assez abondant au moment de l'incision, est presque nul au moment où j'extrais le calcul : une irrigation d'eau boriquée chaude l'arrête complètement. La grande profondeur de la plaie et la situation élevée du rein rendant la suture du parenchyme rénal quelque peu difficile, je renonce à la faire et je me contente de placer dans la plaie rénale une mèche de gaze iodoformée ; les parties molles sus-jacentes sont réunies au moyen de six crins de Florence, excepté à la partie inférieure de la plaie qui laisse passage à la mèche de gaze.

Les suites furent des plus simples : le malade n'eut pas la moindre élévation de température; c'est à peine si pendant les deux premiers jours un peu d'urine vint mouiller le pansement. Le troisième jour, la mèche de gaze fut enlevée; le quatorzième jour, la plaie était complètement fermée, et le 2 octobre, c'est-à-dire vingt-trois jours après l'opération, le malade quittait l'hôpital. J'ai eu depuis à diverses reprises de ses nouvelles : il n'a plus eu d'hématurie; il ne souffre plus et a repris son travail de cultivateur.

Analgésie de la vaginale par l'antipyrine dans le traitement de l'hydrocèle. Communication à l'Association française pour l'avancement des sciences, par Alf. Pousson, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, chargé du cours des maladies des voies urinaires.

L'application de la méthode sanglante au traitement de l'hydrocèle a certainement réalisé un progrès dans la cure radicale de cette affection. Grâce à elle les récidives sont presque infailliblement évitées, car elle permet de combattre à la fois et la vaginalite séreuse et ses causes. Mais les succès que donne l'incision de la vaginale ne sauraient faire oublier ceux que fournit la ponction suivie de l'injection iodée. Ces deux modes de traitement ont chacun leurs indications, que je ne veux pas discuter ici, mais ma conviction est que la majorité des hydrocèles est justiciable de l'injection iodée. Cette méthode ne saurait donc être supplantée par la méthode de Volkmann et ses dérivées, qui exigent la chloroformisation, l'observation des principes de l'antisepsie la plus rigoureuse et une durée de traitement de dix à quinze jours au minimum.

La méthode de l'injection a bénéficié elle aussi de l'antisepsie, et plusieurs autres perfectionnements ont été apportés à sa technique, qui ont rendu son application à peu près indolente et ont abrégé la durée de la réaction post-opératoire.

Depuis un certain temps déjà, j'ai adopté dans le traitement de l'hydrocèle, par la ponction suivie de l'injection iodée, un manuel opératoire, qui a pour but entre autres avantages de réduire la douleur à *son minimum*. Pour prévenir la sensation, à la vérité peu pénible, de la piqûre des téguments, j'emploie la pulvérisation de chlorure d'éthyle, en limitant son action au point à ponctionner, à l'aide d'un petit expédient très simple ; pour annihiler la souffrance beaucoup plus violente, résultant du contact de la teinture d'iode avec les parois de la vaginale, je me sers d'une solution d'antipyrine à 2 ou 3 0/0. J'ai été amené à substituer l'antipyrine, qui m'a donné d'excellents résultats dans l'analgésie de la vessie, à la cocaïne par la considération des dangers que cette substance présente, en raison, sans doute, de l'inconstance de sa composition et surtout de la sensibilité individuelle de certains sujets.

Voici résumée ma technique opératoire : 1° après lavages antiseptiques du scrotum au savon sublimé, les téguments sont anesthésiés au point de la piqûre au chloréthyle, dont le jet est dirigé à travers un trou pratiqué dans une plaquette de coton, de manière à bien

circonscrire son action; 2° la ponction des enveloppes du scrotum jusqu'à la vaginale est faite suivant les règles ordinaires; 3° le liquide évacué, j'introduis dans la vaginale en me servant non de la seringue, mais d'un entonnoir, à la manière du professeur Guyon, autant de la solution d'antipyrine qu'il peut en pénétrer; cette solution baigne la vaginale pendant cinq à dix minutes, puis est retirée; 4° j'injecte, toujours avec l'entonnoir, la teinture d'iode (solution aux trois quarts ou même pure) et après légère malaxation du scrotum, je l'évacue; 5° le trocart est retiré, et pour éviter la douleur cuisante du collodion qui exaspère certains sujets nerveux, je n'oblitère pas la piqûre, me contentant de froisser dans mes doigts les enveloppes des bourses à son niveau: 6° enfin, le scrotum enveloppé d'une couche épaisse de ouate, est comprimé méthodiquement et fortement sur la face interne de la cuisse, à l'aide d'un bandage approprié.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Le traitement de l'hémoptysie par rupture des anévrysmes dans les cavernes de la phthisie pulmonaire (*anévrysmes de Rasmussen*), par le Dr Jay.

« L'hémoptysie fait le désespoir et la confusion de la thérapeutique. Le grand nombre des moyens qu'on a vantés contre elle prouve bien qu'il n'y en a pas qui soit d'une valeur sûre. » Ces paroles de Pidoux nous semblent s'appliquer parfaitement à la variété d'hémoptysie que nous envisageons. On connaît le mécanisme de la guérison observée dans quelques cas: il se fait un dépôt de caillots fibrino-globulaires qui viennent doubler et consolider la paroi du sac dans ses portions les plus saillantes qui sont en même temps les plus amincies. Cette coagulation se fait à la faveur du ralentissement du cours du sang. Comme on ne peut agir directement sur la surface saignante, tout dans le traitement devra donc tendre à ce résultat.

Nous nous dispenserons d'encombrer quelques pages de l'énumération et de la discussion de l'emploi des astringents de toutes sortes, perchlorure de fer, ratanhia, sous-acétate de plomb, etc. Leur efficacité est fort douteuse.

Nous n'insisterons pas sur quelques médications destinées à rendre le sang plus plastique et plus coagulable. Celles, telles que la saignée, qui pourraient amener ce résultat ne le feraient parfois qu'au prix de graves dangers chez un tuberculeux arrivé à la dernière période de la consomption.

L'emploi de certains médicaments cardio-vasculaires, tels que l'ergot de seigle, la digitale, les vomitifs, nous paraît devoir être rejeté. Leur action anti-hémoptoïque n'est pas contestable dans d'autres formes d'hémoptysie, nous voulons parler de l'hémoptysie initiale de la phthisie, de l'hémoptysie fébrile en particulier. Mais leur influence est telle qu'elle nous paraît plutôt nuisible à la formation du caillot obstruateur de la fissure anévrysmale. En effet l'ergot de seigle et son dérivé l'ergotine se borne à contracter les fibres musculaires des artérioles sans ralentir la circulation (Poupon). La digitale, elle, ralentit la circulation, mais en même temps elle renforce les contractions cardiaques, ce qui n'est pas un moyen de favoriser l'hémostase. Les vomitifs, même à dose nauséeuse, sont capables de déterminer des vomissements chez certains sujets sensibles à leur action: leur emploi peut donc être dangereux.

Le seul médicament vraiment utile, et ici nous reproduisons les idées du professeur Jaccoud, c'est l'opium. On emploiera l'extrait thébaïque à haute dose, 20, 25, 35 et même 40 centig. en 24 heures, et à dose fractionnée, par pilules de 1 centig. toutes les demi-heures, toutes les heures ou toutes les deux heures, jusqu'à production d'un certain degré de narcotisme. On pourra aussi avoir recours aux injections de morphine. L'opium a un double avantage: il produit un vasodilatation périphérique, et il diminue les secousses de toux et partant met la poitrine au repos.

Cette immobilité locale doit être maintenue à tout prix: le malade devra éviter tout effort, ne pas parler, tâcher autant que possible de résister au besoin de tousser. On le maintiendra dans un endroit frais, la tête et le tronc élevés et soutenus par des oreillers. La glace sera un adjuvant précieux, on l'emploiera intra et extra, en applications sur la poitrine et en ingestions de petits fragments de glace, de boissons glacées acides. Le lait à basse température convient parfaitement à titre de boisson alimentaire.

A l'opium et aux moyens hygiéniques, il sera bon d'ajouter en cas d'hémorrhagie abondante, des révulsifs aux membres inférieurs, ventouses, sinapismes, applications de linge très chaud, ventouse Junod, ligature des membres, et des injections d'éther.

Malheureusement le plus souvent l'hémoptysie résistera au traitement. Si elle n'a pas été immédiatement foudroyante, un accès ultérieur viendra souvent terminer la scène; ou bien, le suintement sanguin ayant continué par la plaie, le malade sera emporté par l'anémie posthémorrhagique. Nous savons que cette échéance fatale survient quelquefois sans hémoptysie. Nous concluerons donc que le processus curateur peut être favorisé par la thérapeutique; mais le plus souvent, quand la guérison s'observe, c'est sans qu'on ait eu besoin d'avoir recours aux ressources de l'art, ressources ici très minimes et sur la valeur desquelles on ne se fera pas illusion.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Bordeaux.

Médication thyroïdienne.

M. Mossé. — La médication thyroïdienne a aujourd'hui conquis sa place en thérapeutique; mais il est permis de dire qu'au point de vue pratique on est encore dans la période de recherches et de tâtonnements.

Pour ma part j'ai toujours utilisé le corps thyroïde frais de mouton, recueilli avec soin à l'abattoir.

Cette substance a été donnée crue, en nature, débarrassée de ses enveloppes au moment des repas, ou peu auparavant. La *dose* a toujours été formulée en *poids*.

La dose quotidienne administrée à mes malade a varié de un à cinq grammes, la dose moyenne ordinaire étant de deux grammes. La médication était continuée pendant un nombre de jours plus ou moins grand. Les sujets étaient surveillés de près et la médication interrompue sitôt que des symptômes (modification du pouls, céphalalgie, sensation de courbature) semblaient devoir être attribués à la médication et faire craindre l'imminence du thyroïdisme.

Chez un malade entré dans mon service pour un *ictère simple* et atteint d'un *psoriasis* ayant résisté depuis plus d'un an à tout traitement, le corps thyroïde employé après la guérison de l'ictère a amené la disparition du psoriasis. Le traitement a coïncidé avec une augmentation de la diurèse et de l'élimination de l'acide phoshorique et des chlorures

Chez un second malade âgé de soixante-quatorze ans, atteint d'un vitiligo étendu sur une grande partie du corps, le traitement thyroïdien est resté sans effet bien appréciable.

Dans un cas de goitre développé chez un jeune fille à l'époque de l'instauration, l'ingestion du corps thyroïde, très bien supportée, a produit une amélioration du goitre légère et temporaire et entraîné un peu d'excitation nerveuse.

Dans un cas d'*acromégalie* qui s'est terminé plus tard par la mort, le corps thyroïde, administré par acquit de conscience à un moment où le malade semblait à toute extrémité, a déterminé une amélioration inespérée de l'état général. A trois reprises, la même médication a amené des effets du

même genre, mais à chaque fois l'amélioration, qui ne persistait pas longtemps après la cessation du médicament, a été en s'atténuant. A l'autopsie, entre autres lésions, nous avons constaté une altération du corps thyroïde.

Dans un autre fait pouvant être considéré comme un cas de gigantisme avec acromégalie, différant de la *maladie de Marie* vraie et n'offrant ni troubles de la vue, ni probablement altération de la glande pituitaire, la médication thyroïdienne a entraîné une polyurie abondante et une diminution de l'œdème des membres inférieurs (le malade était variqueux), sans autres phénomènes bien appréciables.

Au point de vue des effets physiologiques de la médication thyroïdienne et de son influence sur la nutrition, nous nous bornerons a dire que :

1° Il y a une différence à établir entre les sujets sains et les sujets malades auxquels on fait ingérer du corps thyroïde;

2° Aux doses que nous avons employées, la médication thyroïdienne est absolument sans effet sur la température;

3° Nous avons constaté chez nos malades, comme chez quelques sujets en convalescence dans nos salles, qui ont ingéré du corps thyroïde, les modifications bien connues du pouls (accélération, instabilité, etc.). Mais à ce sujet je dois signaler que chez plusieurs d'entre eux ces modifications s'étaient marquées surtout quand le malade passait de la position allongée à la position assise ou debout. Si, après avoir compté les pulsations au moment de ces changements de position on faisait marcher le malade, souvent le nombre de ces pulsations n'augmentait pas; il a même pu légèrement diminuer. C'est donc surtout le caractère *instable* du pouls qui dominait;

4° L'augmentation de la diurèse et de l'excrétion des éléments entraînés varie suivant les cas. Il m'a paru que lorsqu'il existe de l'œdème, la polyurie semble s'établir plus facilement que chez les malades qui n'ont pas d'infiltration du tissu cellulaire;

5° D'ordinaire, la médication tyroïdienne est suivie d'une perte de poids rapidement sensible. Cependant, malgré la polyurie et l'augmentation des produits de désassimilation, le poids peut rester stationnaire ou augmenter, par exemple si le sujet relève d'une maladie aiguë dans laquelle le régime a été sévère, comme chez notre ictérique, ou s'il est à la période de croissance, comme notre jeune fille au goitre;

6° Dans plusieurs cas, au début de la médication, l'ingestion de corps thyroïde a été suivie d'une sorte de relèvement des forces et a retardé la *fatigue musculaire*, enregistrée au moyen de l'ergographe de Mosso : fait digne d'être noté, le thyroïdisme ayant comme expression habituelle, parmi ses premiers symptômes, une sorte de sensation de courbature, de brisement des forces et de diminution de l'énergie musculaire.

M. G. Thibierge (Paris). — J'ai expérimenté sur onze psoriasiques le traitement thyroïdien préconisé par B. Bramwell. Cette médication, continuée pendant quinze jours à deux mois, à doses quotidiennes variant de deux à huit, exceptionnellement douze, seize et vingt grammes de corps thyroïde frais, en nature, et à doses totales de soixante-douze à deux cent quatre-vingt-huit grammes, a produit les mêmes effets généraux que dans les cas de myxœdème soumis à la même médication : céphalée, douleurs dans les membres, embarras gastrique, tachycardie, asthénie, amaigrissement. La perte de poids, qui n'était pas enrayée par la boulimie que présentaient les malades après une période initiale d'anorexie, a chez la plupart des sujets dépassé six kilogrammes en moins de six semaines. Cependant ces troubles généraux ont été, à doses égales, moins accusés que chez les myxœdémateux thyroïdophages : il semble donc que, dans la cachexie pachydermique, les phénomènes généraux ne soient pas dus uniquement au thyroïdisme thérapeutique, mais résultent aussi en partie de la myxœdémisation.

Les effets thérapeutiques sur le psoriasis ont été nuls dans trois cas (y compris celui où les doses de corps thyroïde ont été le plus élevées et les phénomènes du thyroïdisme le plus accusés), favorables dans les huit autres, mais ils se sont bornés dans ces derniers cas à une amélioration plus ou moins marquée: chez aucun malade les lésions cutanées n'ont disparu complètement et il a toujours fallu recourir aux médicaments externes pour terminer la cure.

Ces résultats ne permettent pas de considérer la médication thyroïdienne comme spécifique du psoriasis. Ils n'autorisent même pas à l'employer couramment dans son traitement : les inconvénients et les dangers qui lui sont inhérents doivent la faire réserver uniquement aux cas rebelles de psoriasis, dans lesquels les malades ont vainement essayé toutes les médications classiques et veulent à tout prix tenter un nouvel essai; encore cet essai ne doit-il être fait qu'avec réserve et prudence et doit-il être suspendu dès que les phénomènes de thyroidïsme menacent de prendre une allure et une intensité dangereuses.

Eruption d'origine hystérique.

M. Frèche (Bordeaux) adresse une note sur les lésions de la peau qu'on rencontre chez les hystériques. Le symptôme dominant est l'exsudation. Il rapporte l'observation d'une malade âgée de vingt huit ans, atteinte d'hémianesthésie gauche, dont l'avant-bras était augmenté de volume et œdémateux. L'épiderme faisait presque partout défaut et le derme, d'un rouge vif, était le siège d'un suintement liquide, légèrement gommeux et fétide. Les muscles du bras et de la main étaient en état de contracture. La lésion guérit ; mais quelques mois après survint à la paume de la main, jusqu'alors intacte, une série de bulles de pemphigus qui récidivèrent pendant cinq mois, en laissant à leur suite une lésion d'aspect eczémateux rebelle à tout traitement.

De l'inflammation aiguë de l'amygdale linguale.

M. Beausoleil (Bordeaux). — Il existe normalement à la base de la langue un amas de follicules lymphatiques qui s'étend depuis les papilles caliciformes jusqu'à l'épiglotte (quatrième amygdale) et dont l'hypertrophie est assez fréquente. La pathologie de cette amygdale est mal connue. Les inflammations aiguës n'en sont pas rares; elles débutent soit brusquement, soit insidieusement. Le malade éprouve, dans la gorge, une sensation de corps étranger qu'il cherche constamment à avaler ou à expulser. La déglutition devient extrêmement pénible. Sauf complications, les troubles de la phonation et de la respiration sont peu importants. La dyspnée est intense s'il y a abcès ou œdème de l'épiglotte et des replis aryténo-épiglottiques. Le miroir laryngien est indispensable au diagnostic; il montre de la rougeur et du gonflement de la base de la langue. L'amygdale linguale est recouverte d'un exsudat blanchâtre, d'aspect crémeux et souvent fétide. Symptômes et lésions sont assez caractéristiques.

Le traitement consiste en gargarismes émollients et phéniqués. Après la période aiguë on évitera les récidives en faisant des badigeonnages iodo-iodurés, additionnés d'acide trichloracétique. Si la quatrième amygdale est très hypertrophiée, on pratiquera une galvano-cautérisation profonde en se servant du miroir laryngien pour éviter de brûler l'épiglotte.

Cas familiaux d'œdèmes aigus et récidivants de la peau.

M. Ricochon relate l'observation clinique d'une famille dont les membres ont pendant trois générations présenté cette variété d'œdème. Le syndrome se décompose en deux phases : la première, dans laquelle l'œdème seul apparaît par poussées successives en deux ou trois jours; la seconde coïncidant avec la disparition de l'œdème, et consistant en coliques, météorismes, quelquefois vomissements, suppression presque complète des urines, quelquefois albuminurie, obnubilation sensorielle, tendance au sommeil, fièvre, langue pâteuse, soif vive, etc. L'orateur admet qu'il s'agit de véritables symptômes urémiques tenant à des modifications fonctionnelles du rein liées à une sorte de névrose paroxystique du plexus rénal.

Pyosepticémies médicales staphylococciques à type de maladie générale.

M. G. Etienne (Nancy). — Les pyosepticémies médicales, bien qu'infections générales, tendent très souvent à concentrer, pour ainsi dire, leur action sur un appareil dont les lésions attirent et fixent immédiatement l'attention : pyosepticémies à type osseux (ostéomyélite), articulaires (pseudo-rhumatisme infectieux), cardiovasculaires (endocar-

dites ou aortites aiguës), cutanées (érythème polymorphe infectieux, purpura), etc. Parfois la symptomatologie est plus diffuse, et j'ai rapporté le cas d'une septicémie streptococcique caractérisée par du pseudo-rhumatisme, avec bronchopneumonie, néphrite, endocardite, laryngite, uréthrite et érythème polymorphe.

Dans quelques cas qui paraissent plus rares, l'infection peut, pendant son évolution, ne paraître s'attaquer en particulier à aucun appareil; elle se révèle seulement par des accidents généraux très graves.

Tels sont les deux cas suivants : le premier concerne une jeune femme de vingt-trois ans, chez laquelle la maladie débuta en juin 1894 par de la fatigue, de l'anorexie, de la céphalée, des frissons violents et répétés et des vomissements bilieux; l'état général s'aggrava de plus en plus, sans qu'aucun organe se trouvât particulièrement intéressé, sauf, au bout d'un mois et demi, une légère augmentation de volume du foie et de la rate. On notait de l'hyperthermie à grandes oscillations. A partir du 15 août, on constata une légère amélioration des accidents et, après une convalescence très longue, le malade se rétablit.

Le second cas est celui d'un manœuvre âgé de quarante-deux ans, chez lequel l'infection débuta d'abord par de la lassitude; puis survinrent de la fièvre, de l'adynamie. L'état général était très grave. Dans la convalescence, on vit apparaître une éruption furonculeuse généralisée, un phlegmon de la paroi thoracique, puis beaucoup plus tard une ostéite du fémur. Ici encore rien du côté des organes.

Dans ces deux cas, le diagnostic de pyosepticémie cliniquement établi fut vérifié à plusieurs reprises par la présence de staphylocoques blancs et dorés dans le sang.

Dilatation forcée de la glotte dans le croup.

M. Renou (Saumur). — Le croup étant, comme l'établissent les preuves cliniques et anatomiques, une strangulation d'origine intralaryngienne produite non pas par la fausse membrane-bouchon, comme on le croit trop généralement, mais par une contracture du sphincter laryngien plus ou moins compliquée d'œdème, pourquoi ne pas chercher à dilater ce sphincter spécial comme on ferait de l'anus fissural? Je l'ai essayé avec succès. M. Constantin Paul a également appliqué ce procédé avec avantage; d'un autre côté, M. Variot vient de publier une série d'observations où le tube mis en place dans le larynx en sténose a été immédiatement expulsé, mais a suffi par son introduction à faire disparaître les phénomènes de strangulation et d'asphyxie. On a pu se dispenser de le réintroduire.

Cela étant, je crois qu'on peut remplacer le tube par la pince, ou simplement introduite avec dilatation bilatérale et enlevée ou baissée pendant un certain temps au cran d'arrêt, retirée et remise comme un tube, s'il en est besoin, pour les nécessités de l'alimentation.

M. Bézy (Toulouse) demande à M. Renou si la dilatation de la glotte à l'aide de la pince peut présenter une sécurité. Si un accès de suffocation survient en l'absence du médecin, le danger est imminent.

M. Renou. — La dilatation forcée de la glotte semble devoir empêcher le retour du spasme. Une discission musculaire, si on peut la pratiquer, — et c'est là chose assez facile, — empêche les accidents de se reproduire en forçant la contracture musculaire du sphincter glottique.

Bactériologie des phlébites dans la fièvre typhoïde.

M. H. Vincent (Alger). — La phlébite qui complique si fréquemment la fièvre typhoïde est-elle sous la dépendance du bacille d'Eberth ou relève-t-elle, au contraire, de microbes d'infection secondaire? J'ai pu observer vingt-huit cas de phlébite sur trois cent quarante sujets atteints de fièvre typhoïde (proportion, 8.23 0/0). Le membre inférieur droit était atteint dans six cas; le gauche dans quinze cas; les deux membres ont été pris simultanément, six fois. Dans un cas il y avait thrombose dans la veine fémorale et dans la veine splénique.

Quatre des malades atteints d'oblitération veineuse ont succombé dans le marasme ou à la suite d'accidents infectieux étrangers à la phlébite; une fois la mort a été due à une embolie pulmonaire.

Chez tous ces malades, les ensemencements et l'examen microscopique ont révélé, dans les vaisseaux thrombosés et le caillot, l'existence du *staphylococcus pyogenes aureus* ou *albus*.

Ces microbes étaient le plus souvent virulents pour le lapin. J'ai déterminé une phlébite expérimentale remarquable sur un des lapins ainsi inoculés, et chez lequel on avait contusionné la veine fémorale à l'aide d'une pince.

Les mêmes microbes ont été retrouvés, pendant la période fébrile du début de la phlegmatia, dans le sang des malades. Le staphylocoque paraît être l'agent de prédilection de cette complication de la dothiénentérie, car je l'ai trouvé, à l'état exclusif, dans le caillot veineux d'un malade dont voici en quelques mots l'intéressante histoire : Quelques jours après le début de sa convalescence, un tyhoïdique présenta, presque simultanément, une bronchopneumonie à streptocoques, un érysipèle phlegmoneux de la région lombaire et une phlébite double des membres inférieurs. A l'autopsie, la plupart des viscères étaient envahis par le streptocoque. Or, malgré la généralisation de ce micro-organisme, le caillot fémoral renfermait, comme seul agent pathogène, le staphylocoque doré.

J'ai, du reste, rencontré assez fréquemment ce dernier, en même temps que le bacille d'Eberth, dans l'un ou l'autre viscère des sujets dont j'ai pratiqué l'autopsie.

Contrairement à ce qu'on observe pour d'autres maladies infectieuses (tuberculose, fièvre puerpérale, etc.), la phlébite typhoïdique n'est donc pas une manifestation de l'agent spécifique de la dothiénentérie : elle est causée par un microbe d'infection surajoutée. Dans toutes mes observations, ce microbe était le staphylocoque pyogène.

Lésions inflammatoires à streptocoques et oreillons.

MM. Busquet (médecin militaire) et **Ferré** (Bordeaux). — De l'ensemble des faits cliniques et des observations expérimentales que nous avons pu rassembler dans trois épidémies d'oreillons, il semblerait résulter qu'il y a une relation entre les phlegmasies à streptocoques et le développement des oreillons.

Au point de vue clinique, nous avons noté la préexistence d'angines à streptocoques, d'abcès dentaires à streptocoques, la coexistence ou le développement successif de l'érysipèle chez quatre malades atteints d'oreillons et la fréquence des rechutes.

Au point de vue expérimental, nous avons trouvé : *a*) le diplocoque de Laveran, Catrin et Antony chez dix-sept malades, dans le sang de la circulation générale ; *b*) le diplostreptocoque de Barbier dans la salive recueillie dans le canal de Sténon.

Dans le suc parotidien du bœuf et dans le sérum sanguin humain, le diplostreptocoque semble s'isoler d'emblée en diplocoque. Le diplostreptocoque injecté dans les glandes salivaires des animaux et dans le testicule y détermine des gonflements modérés, mais non de véritables fluxions glandulaires. Dans les cultures faites avec les tissus ou le sang des animaux inoculés nous n'avons trouvé qu'un diplocoque, qui semble être celui rencontré déjà chez l'homme.

Il ne nous a pas été possible jusqu'ici d'établir une filiation formelle et réciproque entre les inflammations à streptocoques et les oreillons.

Pathogénie du cancer.

M. Mayet (Lyon). — Depuis le fait positif d'inoculation de cancer humain à un rat blanc que j'ai publié il y a deux ans mes expériences ne m'ont pas fourni de résultats aussi démonstratifs. Les animaux saturés de suc cancéreux filtré ou non ont présenté assez souvent des altérations nécrobiotiques ou ulcéreuses du rein, ou bien j'ai constaté seulement une cachectisation profonde à la suite d'introduction dans les veines des produits solubles du cancer après filtration sur porcelaines, souvent avec symptômes de myélite spasmodique. Tous ces faits sont en faveur d'une altération humorale dans le cancer, hypothèse dont je poursuis pour le moment la démonstration.

Le phénomène suivant témoigne dans le sens de l'existence de produits toxiques dans les néoplasmes cancéreux :

Si une préparation de sérosité de vésicatoire est observée à 38° environ au moyen de la platine chauffante, on constate l'existence de nombreux leucocytes doués d'une notable activité amboïde. Si l'on fait une préparation semblable en mélangeant la sérosité de vésicatoire avec un volume égal de suc extrait par expression d'un cancer, on constate que les mouvements amboïdes prennent une étendue et une rapidité au moins doubles de celles qu'ils présentaient avant ce mélange.

Microbiologie des pièces de monnaie.

M. H. Vincent (Alger). — L'enduit malpropre qui recouvre les pièces de monnaie peut recéler un assez grand nombre de microbes saprophytes et pathogènes. Parmi ces derniers, les microbes de la suppuration et surtout le staphylocoque sont les plus fréquents. Par l'inoculation expérimentale de tampons stérilisés et passés ensuite légèrement à la surface de pièces de monnaie, on peut déceler la présence d'autres microbes (bacille tétanique, bacille de Koch).

Les microbes pathogènes existant à la surface des pièces de monnaie sont relativement rares. Cette rareté s'explique par le pouvoir antiseptique que possèdent les métaux (argent, cuivre, or). Au contact des pièces d'argent et de billon, les cultures pathogènes, le pus, la salive, l'urine putréfiée sont stérilisés dans un délai parfois assez rapide (quelques heures) à la température de 36°. L'or, étant très peu attaqué, possède un pouvoir antiseptique faible.

Diphthérie bronchique prolongée.

M. Ferrier (Saint-Médard-en-Jalle). — Le cas de diphthérie bronchique prolongée au delà de quelques jours sont extrêmement rares. M. Roux considère la diphthérie bronchique comme la plus défavorable à l'application de la méthode sérothérapique.

Il s'agit ici d'un cas de diphthérie bronchique avec association streptococcique très grave, exceptionnellement prolongée, puisque l'expulsion des premiers moules remonte au 20 juin et dure depuis lors malgré onze injections de sérum. Il semble donc que, grâce à l'emploi du sérum, les malades peuvent être mis en état de résister à une infection profonde et grave comme la diphthérie bronchique.

Des modifications urinaires consécutives aux injections de sérum antidiphthérique.

M. Mongour. — L'analyse des urines d'enfants atteints de diphthérie, faite avant et après l'injection de sérum, nous a donné les résultats suivants, identiques à ceux de Charrin et Roger.

Après l'injection de sérum, on constate une augmentation de la densité de l'urine, une augmentation de la diurèse, une hyperazoturie constante (la quantité d'urée peut doubler), une exagération notable des phosphates, une diminution des chlorures.

Ces modifications sont passagères; elles persistent cependant jusqu'à la disparition de la dernière fausse membrane; elles ne peuvent être mises sur le compte de la fièvre, dont l'existence était inconstante.

La fonction hépatique dans la démorphinisation.

M. Sollier (Paris). — Grâce au rôle que joue le foie dans la protection de l'organisme contre les poisons, la fonction de cet organe est intéressante à étudier dans la morphinomanie et surtout dans la démorphinisation, et cela à divers points de vue : physiologique, clinique et thérapeutique.

Sous l'influence de l'intoxication morphinique, le foie cesse de fonctionner avec la même activité, comme toutes les glandes de l'organisme. Après la suppression, au contraire, il présente une suractivité énorme; de la diarrhée et quelquefois des vomissements surviennent alors. Dans les quarante-huit premières heures cette diarrhée et ces vomissements sont presque uniquement constitués par de la bile pure en quantité considérable. Chimiquement on n'y trouve pas de morphine en nature; mais cliniquement, tout prouve qu'elle doit en contenir et que, quelle que soit la forme sous laquelle elle figure dans l'organisme, c'est par là que s'élimine la morphine emmagasinée. La conséquence pratique qui en découle est donc de laisser cette évacuation de bile se faire aussi abondante et aussi prolongée que possible.

L'abondance et la brusquerie de cette évacuation de bile peuvent être telles que la soustraction énorme de liquide à l'organisme provoque des accidents graves dus à l'asphyxie bulbaire, laquelle amène des syncopes respiratoires qui pourraient être mortelles. Ces cas, exceptionnels du reste et faciles à prévoir cliniquement, montrent la nécessité absolue de la présence constante d'un médecin pendant la suppression définitive de la morphine dans tous les cas.

La suractivité fonctionnelle du foie et de toutes les glandes, en particulier du tube digestif, amène une régénération organique très active s'accompagnant d'une rénovation cellulaire complète en plusieurs mois seulement. Plus l'évacuation de bile a été intense, plus la régénération se fait bien, mais plus aussi est grande la gravité de la récidive précoce par suite de la délicatesse et de la susceptibilité des éléments régénérés, incapables de résister à une nouvelle intoxication.

Cette fragilité des éléments glandulaires explique pourquoi l'on ne doit pas administrer à l'intérieur, soit au moment de la suppression, soit dans la convalescence de la démorphinisation, des substances toxiques ou non, capables de les altérer, sous prétexte de parer à la diarrhée, qui est la voie d'élimination de la morphine, ou de combattre l'insomnie. On ne fait qu'enrayer et quelquefois arrêter complètement le travail de régénération et par conséquent la guérison complète.

Transformation des courants galvaniques en courants ondulatoires et en courants alternatifs.

M. Debedat (Bordeaux). — Il faut entendre par *rapides* des inversions ou des interruptions en nombre capable de produire le tétanos musculaire, soit cinquante ou plus par seconde. Le courant galvanique ainsi transformé agit sur la sensibilité et la contractilité musculaire comme les courants d'induction, même en présence de muscles pathologiques.

Les expériences que j'ai faites à ce sujet me permettent de formuler les conclusions suivantes :

1° Si l'on admet, au sujet des réactions de dégénérescence, la théorie récente de Remak qui rejette au second plan l'inversion de la formule polaire à laquelle on donnait autrefois la première importance, théorie qui fait de l'abolition de l'excitabilité faradique le caractère le plus sérieux, le signe de la dégénérescence musculaire pourrait être défini simplement : l'incapacité d'un muscle à donner des secousses fusionnées, des contractions tétaniques en présence d'excitations rapides;

2° Les courants galvaniques interrompus ou inversés rapidement, de forme contrôlable, pourraient remplacer dans la thérapeutique et le diagnostic des affections musculaires les courants d'induction d'un contrôle pratiquement impossible jusqu'ici.

De la résistance électrique.

M. Destot (Bordeaux). — Il résulte de mes observations que l'on observe régulièrement une chute de la résistance électrique chez tous les malades atteints d'amyotrophie, et que cette chute paraît bien tenir à l'atrophie musculaire.

Jamais je n'ai pu vérifier les lois posées par M. Vigouroux, c'est-à-dire que les hystériques n'ont pas présenté une résistance plus considérable et que les malades atteints du syndrome de Basedow n'ont pas une résistance moindre que les hystériques et les malades ordinaires.

Par contre, lorsqu'on suit longtemps la courbe de résistance, on voit qu'à une période de chute succède un plateau, et que dans les cas de névrite périphérique souvent la courbe se relève, ce qui coïncide avec une amélioration de l'état du malade. Cette ascension est très importante puisqu'elle permet d'établir un pronostic favorable à brève échéance. Elle se montre d'une façon très précoce, avant la récupération de toutes les autres fonctions, ce qui constitue un véritable signe de régénérescence.

L'angine diphthéritique initiale de la scarlatine.

M. Rondot rapporte les observations de deux malades, voisines d'hôpital, dont l'une atteinte de scarlatine avec angine diphthéroïde contamina l'autre qui ne présenta que les symptômes d'une angine érythémateuse scarlatineuse sans éruption cutanée. L'examen bactériologique montra cependant qu'il s'agissait de diphthérie pharyngée.

L'orateur insiste sur la nécessité de cet examen pour établir le diagnostic des angines en général et sur ce fait que l'angine initiale de la scarlatine, qu'il y ait ou n'y ait pas exsudat, peut être déterminée par le bacille de la diphthérie.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

(*Bordeaux, août* 1895).

Traitement opératoire de certaines tumeurs malignes des fosses nasales par les voies naturelles.

M. Moure (Bordeaux). — On connaît les difficultés des opérations extérieures pour l'ablation des tumeurs malignes des fosses nasales et l'impossibilité où l'on est souvent de trouver le point exact d'implantation du néoplasme.

Il est généralement impossible d'affirmer, une fois le nez rabattu, que l'on a atteint et même dépassé les limites du mal, à moins de trouver une tumeur peu volumineuse pédiculée, et partant très facile à extraire, surtout par les voies naturelles. Dans ce dernier mode opératoire on va lentement, par morcellement successif, arrêtant l'hémorrhagie avec facilité, parce que l'on agit sur un champ d'opération éclairé ; on arrive ainsi exactement sur le point d'insertion du néoplasme, que l'on voit et que l'on détruit à sa guise sans toucher aux parties saines.

De la digestion des boissons.

MM. Carrion et **Cautru** (Paris). — Nous nous proposons d'étudier la digestion des boissons, mais nos recherches n'en étant encore qu'à leur début, nous dirons aujourd'hui quelques mots seulement de trois boissons gazeuses : le cidre mousseux, que nous avons surtout étudié, le champagne et l'eau de Seltz.

Nous avons adopté le procédé d'analyse de M. Winter et, afin de nous mettre à l'abri des perturbations apportées dans la marche de la digestion par l'influence de la température des aliments ingérés, nous avons toujours donné nos liquides à la température du laboratoire.

Nous avons procédé par tubages en série, c'est-à-dire que nous retirions du suc gastrique à différentes phases de la digestion d'un même repas. Après avoir fait chez nos malades un tubage en série avec le repas d'Ewald (pain et thé), nous remplacions le thé par le liquide que nous voulions étudier.

Voici quels sont nos résultats :

L'eau de Seltz augmente considérablement l'intensité du travail stomacal, mais la digestion se fait sensiblement dans le même temps.

Le champagne augmente aussi l'intensité du travail, mais il y a prolongation dans ce travail digestif.

Le cidre mousseux, quels que soient son origine ou son degré de fermentation, produit les mêmes effets que le champagne : augmentation dans la durée de la digestion et intensité plus grande du travail digestif.

L'indication de ce dernier liquide serait donc l'hypopepsie ou l'apepsie avec évacuation hâtive de l'estomac, c'est-à-dire la même que pour le képhir. Quelques faits cliniques nous ont paru confirmer cette opinion, qu'il nous reste à vérifier par des analyses successives à intervalles éloignés chez des malades buvant régulièrement du cidre. Mais l'indication du cidre ne se borne pas à la dyspepsie. Tout en consultant le chimisme stomacal, qui peut être une contre-indication, il faudra se rappeler que cette boisson, essentiellement diurétique, agit sur la nutrition générale et constitue une sorte de spécifique de la diathèse arthritique.

Hyperglobulie des altitudes.

M. Sellier (Bordeaux). — Les faits publiés par M. Viault sur l'hyperglobulie des altitudes, sont admis sans aucune contestation, mais leur explication reste discutée. Aussi avons-nous cherché à résoudre la question en reproduisant artificiellement dans le laboratoire les conditions atmosphériques réalisées naturellement dans les grandes altitudes.

Nous sommes arrivé à nous convaincre que, parmi ces conditions, une seule intervient pour déterminer l'hyperglobulie, à savoir la faible tension de l'oxygène dans le milieu. Cette faible tension de l'oxgène diminue, toutes choses égales d'ailleurs, la quantité de ce gaz fixée par le sang. Mais si le nombre des globules rouges du sang vient à augmenter, la quantité d'oxygène fixée peut devenir presque égale à ce qu'elle était dans le milieu atmosphérique normal. L'hyperglobulie des altitudes n'est autre chose qu'un phénomène compensateur, destiné à maintenir constante l'absorption d'oxygène par le sang.

Il est permis d'espérer qu'on pourra, en réalisant artificiellement, comme nous l'avons fait, les conditions qui déterminent l'hyperglobulie, obtenir des résultats thérapeutiques bienfaisants sur les malades dont on veut stimuler l'hématopoièse.

On comprend, enfin, combien il peut être utile de provoquer à volonté l'hyperglobulie, dans le but d'élucider le processus encore si obscur de la genèse des globules du sang.

Dilatation de l'estomac par section des nerfs vagues.

MM. Carion et **Hallion** (Paris). — On n'est pas d'accord, sur la part qu'il faut attribuer au système nerveux dans la production de certains états pathologiques de l'estomac, et spécialement de sa dilatation. Certaines données expérimentales peuvent cependant intervenir utilement dans la question. C'est ainsi que, en pratiquant, dans différents buts, des sections des nerfs vagues à des niveaux variés, on a noté l'ectasie gastrique parmi les troubles consécutifs à l'opération.

Après résection des deux nerfs vagues au-dessus du diaphragme, nous avons vu se produire, chez le chien, une dilatation énorme de l'estomac et de la portion d'œsophage énervée. L'animal peut conserver, au moins pendant plusieurs mois, toutes les apparences d'une bonne santé. Les modifications du chimisme gastrique font actuellement l'objet de nos recherches.

Si la section des nerfs vagues est capable d'engendrer l'atonie complète et la dilatation permanente de l'estomac, il n'est guère contestable que des effets du mêmes ordre puissent être déterminés par la paralysie ou l'inhibition des centres nerveux correspondants, sans aucune altération préalable de l'estomac lui-même.

Formol dans la thérapeutique des maladies des voies urinaires.

M. Lamarque (Bordeaux). — J'ai étudié l'action du formol, — cet antiseptique bien connu et utilisé notamment en thérapeutique oculaire, dans les actions blennorrhagiques de l'urèthre et de la vessie, de même que dans les autres cystites : vingt malades atteints d'uréthrite blennorrhagique aiguë ou chronique, de cystite blennorrhagique, de cystite tuberculeuse et de cystite purulente de causes diverses ont été soumis à un traitement consistant en instillations ou en lavages. En lavages, la solution utilisée était de 1/500e ; le titre de la solution employée pour les instillations était de 10/0.

Dans les uréthrites blennorrhagiques, tant aiguës que chroniques, les résultats ont été contradictoires : tandis que quelques écoulements ont été guéris très rapidement, d'autres n'ont pas été améliorés ; bien plus, chez certains sujets le traitement a dû être suspendu à cause de l'irritation très vive que déterminait le topique. En somme, dans l'urèthre antérieur, les lavages ou instillations de formol sont très douloureux et suivis d'une réaction irritative généralement assez intense.

Pourtant, quelques succès ont été obtenus par son emploi, et notamment dans un cas où les instillations de nitrate d'argent avaient échoué. On peut donc l'essayer avec prudence, et de préférence en lavages.

L'urèthre postérieur et la vessie, atteints d'inflammation

blennorrhagique, paraissent supporter beaucoup mieux le formol, bien que l'introduction du médicament soit suivie d'une douleur assez vive, mais généralement de peu de durée.

C'est surtout dans la cystite tuberculeuse que le formol trouve une application plus précise. Dans tous les cas où il a été expérimenté, il y a eu une grande amélioration, que le mode de traitement consistât en instillations ou en lavages. La douleur est assez vive au début, mais elle ne dure que quelques minutes, et s'atténue beaucoup au bout de quelques séances. En tout cas, le formol est parfois mieux supporté que le sublimé.

Les résultats ont constamment été : 1° la disparition rapide du sang dans l'urine; 2° atténuation considérable des douleurs; 3° diminution très notable de la fréquence des mictions.

De la sénilité normale et de sa principale caractéristique anatomique.

M. Boy-Teissier (Marseille). — L'étude du terrain sénile est restée jusqu'ici dans l'oubli; la cause doit en être cherchée dans cette idée qui a dominé la médecine, que la vieillesse est une maladie par elle-même. Canstatt, le premier, s'est élevé contre cette conception erronée, mais son travail est resté sans écho. Les travaux de la biologie montrent que la vieillesse est une simple phase de la vie au même titre que l'enfance. Son évolution peut être normale ou pathologique. Il faudra dire que l'être vivant naît, croît, *décroît* et meurt. La période de décroissance ou sénilité est donc la manière de mourir normalement.

Cette période présente un ensemble de caractéristiques anatomiques et fonctionnelles ; la plus importante au point de vue anatomique est la prépondérance du tissu conjonctif.

Pour comprendre cette prédominance conjonctive et interpréter son mode de distribution, il est nécessaire de se rappeler les propriétés de la matière vivante. M. le professeur Sabatier les a très heureusement caractérisées : ce sont l'*instabilité* et le *pouvoir d'amorce*. La première indique l'ensemble des propriétés qui permettent à la matière vivante une adaptation au milieu ambiant; le pouvoir d'amorce est la propriété pour la matière vivante de déterminer dans le milieu ambiant l'ensemble des phénomènes nécessaires à l'utilisation de ce milieu.

L'instabilité et le pouvoir d'amorce suffisent à la matière vivante pour se perpétuer en tant que matière vivante simple. Mais si elle veut se différencier, elle devra emprunter à son pouvoir d'amorce, qui diminuera pour fournir à ce nouveau mouvement une partie de sa puissance, d'où amoindrissement de la résistance, proportionnel à la différenciation et à la spécialisation. Ce qui démontre ce fait, c'est qu'une parcelle de matière vivante suffit à refaire, dans un milieu approprié une autre parcelle de matière vivante, tandis que jamais une parcelle de tissu hautement différencié ne pourra refaire une parcelle de ce même tissu; aussi que ce tissu vienne à subir un traumatisme, ce qui se formera, ce sera du tissu de cicatrice ou du tissu conjonctif.

Pourquoi est-ce du tissu conjonctif qui se forme ? C'est parce que dans la hiérarchie des différenciations il occupe le rang le moins élevé. Il aura donc un pouvoir d'amorce plus grand que n'importe quel autre élément plus hautement différencié et comme conséquence il tendra à prendre la place de tout autre élément qui, ayant épuisé brusquement ou progressivement son coefficient de résistance vitale, tend à disparaître. Si, d'autre part, on se rappelle que le tissu conjonctif est répandu partout dans l'économie où il sert de gangue aux éléments, il sera facile de comprendre comment la sénilisation, qui est le temps que mettent les éléments à épuiser leur coefficient de résistance vitale, puisse avoir pour caractéristique anatomique une production continue de tissu conjonctif. C'est cette production continue de tissu conjonctif, purement évolutionnelle, séparée de toute influence pathologique que j'ai appelée la *xérose* pour la différencier de la *sclérose*, dénomination qui, dans le langage courant, s'applique à une production conjonctive d'origine exclusivement pathologique.

D'après son mode de formation les caractères de la xérose seront : 1° sa généralisation, puisque le tissu conjonctif existe partout ; 2° son égalité de répartition, puisqu'elle n'est que la reproduction exagérée du tissu conjonctif normal ; 3° son innocuité vis-à-vis des éléments voisins, puisqu'il n'augmente que dans la proportion de ce que diminue l'élément qui l'entoure.

Il est donc légitime de dire qu'il y a une xérose normale et qu'elle est l'expression anatomique du degré de sénilisation.

La *xérose cardiaque* est caractérisée par une prolifération conjonctive dans tous les points de l'organe où le tissu conjonctif existe chez l'adulte. On constate un épaississement du fin réseau qui entoure chaque fibre musculaire, épaississement qui rend visible ce réseau difficile à déceler chez l'adulte à l'état normal. Les travées conjonctives qui séparent normalement les faisceaux musculaires sont également augmentés de volume et proportionnellement aux dimensions normales de ces travées. Le tissu conjonctif péri et intravasculaire est également épaissi.

Les caractères de cette production conjonctive sont les suivants :

1° Elle est générale puisqu'elle intéresse tous les points du cœur qui présentent normalement du tissu conjonctif :

2° Elle est régulièrement distribuée et constamment proportionnelle à la quantité d'éléments conjonctifs se rencontrant chez l'adulte dans le point considéré;

3° Elle n'exerce aucune action sur les éléments musculaires qu'elle sépare sans les étouffer.

Le mode de répartition de cette formation conjonctive distingue absolument la xérose cardiaque de la sclérose du cœur, qui se caractérise essentiellement par la présence de nappes conjonctives donnant naissance à des travées intrafasciculaires déterminant une dissociation toujours irrégulière, avec étouffement des fibres marginales des faisceaux musculaires avec lesquels ces travées sont en contact.

Le *tissu artériel* n'échappe pas à la loi générale du développement évolutionnel, chez le sénile, du tissu conjonctif partout où il en existe normalement chez l'adulte.

Il est nécessaire de décrire la xérose artérielle suivant les différents types d'artères.

Pour les *artérioles*, les caractères sont : 1° absence d'*endartérite*; 2° dissociation des éléments musculaires de la mésartère au moyen de travées connectives déterminant une délamination de cette couche ; 3° épaississement régulier de l'adventice.

Pour les *artères du type musculaire*, les caractères sont : *a*) dans la tunique interne, épaississement régulier de l'endartère sans trace de processus inflammatoire ; *b*) dans la tunique moyenne, 1° épaississement conjonctif sous la limitante interne; 2° raréfaction des fibres-cellules avec augmentation de la trame connective qui les supporte normalement ; 3° condensation des lames élastiques vers la limitante externe, avec diminution des fibres-cellules; *c*) dans l'adventice, augmentation de l'élément connectif, avec fragmentation des fibres élastiques.

Pour ce qui est des *artères du type élastique*, l'aorte présente les modifications suivantes : *a*) épaississement de l'endartère constant et régulier par l'apparition de formations connectives, à prédominance cellulaire, dans la portion supérieure et inférieure de la couche juxtamusculaire et fibrillaire dans la portion moyenne de cette couche; *b*) dans la tunique moyenne, hyperplasie conjonctive avec raréfaction des éléments musculaires et fragmentation des lames élastiques; *c*) dans l'adventice, tassement des éléments des faisceaux conjonctifs et modifications séniles des vaisseaux nourriciers.

On peut résumer ainsi ces modifications du tissu artériel :

1° Hypergenèse conjonctive partout où il existe normalement du tissu conjonctif; 2° conservation des rapports des divers éléments constitutifs de l'artère; 3° absence de toute trace d'inflammation susceptible d'être invoquée pour expliquer cette hypergenèse.

Purpura hémorrhagique mortel chez un phthisique.

MM. L. Galliard et **Marchais** (Paris). — Le purpura hémorrhagique est rare dans la tuberculose chronique. Nous en avons observé un cas chez un homme de trente-sept ans, qui, entré à l'hôpital Tenon le 6 avril dernier, avait dû subir la thoracentèse deux jours plus tard pour une pleurésie du

côté droit, et dont l'état général n'était pas amélioré malgré le traitement par la créosote. Le 6 mai, le malade nous montra que ses gencives saignaient; on voyait, en outre, de petites bulles remplies de sang sur la langue et à la face interne des joues et des lèvres; enfin, il y avait sur les membres inférieurs quelques pétéchies qui, les jours suivants, se multiplièrent en même temps que les bulles hémorrhagiques de la bouche s'aggrandissaient et devenaient saillantes. Le 9 mai, il se produisit une hématurie qui continua le lendemain, puis le surlendemain, on constata du melæna. La mort survint le 14 mai.

A l'autopsie, nous avons trouvé, indépendamment des lésions tuberculeuses du poumon droit, des ecchymoses péricardiques et gastriques, et des caillots dans le bassinet du rein droit.

Traitement des affections prurigineuses.

M. Thibierge (Paris). — J'ai étudié les effets qu'on obtient dans le traitement des affections prurigineuses, en employant les colles médicamenteuses préconisées d'abord par Pick (Prague), puis abandonnées en raison de certains défauts de leur préparation et enfin perfectionnées depuis par Unna, Tenneson, etc., etc.

Les applications de colle préparée suivant la formule de M. Milliet, qui donne un enduit adhérent, séchant facilement et suffisamment persistant, déterminent la cessation du prurit tant que l'enduit reste intact. Elles produisent seulement une sensation de froid assez persistant et quelquefois très intense.

Ce traitement donne les meilleurs résultats dans le prurigo de Hebra, dans les prurigos diathésiques, dans les prurits par auto-intoxications; il est encore indiqué, quoique son efficacité soit moindre, dans le prurit dit sénile; dans le lichen de Wilson et dans le lichen circonscrit, ses effets sont variables, mais parfois très favorables.

Il doit être réservé aux affections prurigineuses qui ne s'accompagnent pas d'altérations épidermiques, ou être précédé du traitement et de la guérison de celles-ci: sur les parties qui sont le siège d'excoriations et de lésions suintantes méta-prurigineuses, il provoque une exacerbation du prurit et de la douleur.

Cystite et cicatrices vésicales.

M. Loumeau (Bordeaux). — Il s'agit d'une femme de quarante-sept ans, qui fut prise brusquement il y a seize ans, sans autre cause appréciable que la cohabitation avec un mari gonorrhéique, d'une cystite suraiguë avec émission d'urines purulentes, glaireuses et épaisses comme de la pâte. A la suite d'instillations argentiques répétées tous les jours, deux hématuries abondantes se produisirent. Chacune d'elles, accompagnées de caillots, dura deux jours. Les instillations, momentanément suspendues, furent ensuite reprises et amenèrent un notable soulagement, mais non la cessation des accidents. La cystite devenue chronique se complique d'une induration vésicale appréciable au toucher bimanuel et d'un empâtement prévagino-utérin rendant le coït extrêmement douloureux. La capacité vésicale maxima, au moment où la malade se sent le plus à l'aise, ne peut dépasser cent grammes de liquide. L'examen cystoscopique démontre l'existence d'une vaste cicatrice cruciforme, d'aspect fibreux, bridant la paroi antéro-supérieure de la vessie et mesurant sept centimètres dans le sens longitudinal, six centimètres dans le sens transversal. A l'entrecroisement des quatre branches modulaires existe un massif central plus saillant, que surmonte une petite ulcération superficielle, bourgeonnante, en voie de cicatrisation. La disposition de cette cicatrice rappelle assez bien les saillies qui accidentent la face cérébelleuse de l'occipital. Des bourgeons proéminents hérissent la circonférence du col vésical, des arborisations nombreuses entourent l'orifice des uretères. Grâce aux lavages boriqués, seuls acceptés jusqu'ici par la patiente, on peut maîtriser les poussées aiguës qui viennent se greffer sur l'état chronique et s'expliquent par l'infection de la plaie vésicale.

La cicatrice constatée ici doit être rattachée à une ulcération simple, elle-même due à une cystite phlegmoneuse qui a entraîné la fonte purulente d'une partie de la paroi vésicale. Les hématuries paraissent avoir été provoquées par les instillations intensives de nitrate d'argent; elles leur ont en tout cas immédiatement succédé. Par son étendue et sa disposition cruciale, cette cicatrice bride le sommet de la vessie et diminue considérablement sa capacité. L'origine de la cystite primordiale semble devoir être rattachée à une infection maritiale, propagée du vagin à la vessie à travers l'urèthre. Quant à la localisation de la cicatrice, et par conséquent de l'ulcération post-inflammatoire qui en a été le départ, il faut sans doute l'attribuer, avec Tuffier, à la vascularisation moins riche de l'organe à ce niveau. Seule, la résection de l'ulcération persistante et du massif fibreux qui le supporte est susceptible, sinon de restituer à la vessie sa capacité physiologique, du moins de supprimer la porte d'entrée des inoculations septiques qui entretiennent la cystite, ainsi que la péricystite, jusqu'à ce jour stationnaire. La fonction urinaire et la fonction sexuelle ne pourront qu'à ce prix redevenir satisfaisantes.

Résection du poignet.

M. Villar (Bordeaux). — Les procédés de résection du poignet sont fort nombreux, et M. Villar désire aujourd'hui attirer l'attention sur une nouvelle méthode qui est destinée à rendre de véritables services, dans certains cas, du moins. Cette méthode est très peu connue; mise en pratique pour la première fois par Studsgaard, de Copenhagne, puis par Novaro, Bassini, Odisio en Italie, elle ne semble pas avoir séduit les chirurgiens français. M. Villar ne connaît en France que le cas qu'il a eu l'occasion d'opérer en 1893.

On commence l'incision sur le dos de la main, un peu au-dessus de l'interligne radiocarpien, et on prolonge cette incision jusqu'au niveau de la commissure qui sépare le troisième du quatrième doigt. On écarte les tendons extenseurs et on sectionne le paquet musculaire inter-osseux.

Reprenant l'incision première au niveau de la commissure, on la prolonge verticale sur la paume de la main jusqu'à atteindre l'interligne radiocarpien ou un peu au-dessus. Ceci fait, on sectionne les parties molles de la main, en évitant les tendons et le nerf médian.

On lie l'arcade palmaire superficielle. Ecartant alors fortement les deux parties de la main (une des parties comprenant les trois premiers doigts et l'autre les deux derniers) on arrive sur le carpe dont on n'a plus qu'à extirper les différents os.

Il semble, au premier abord, que ce soit là une mutilation considérable; eh bien, les choses se réparent fort bien, ainsi qu'il résulte des faits qui ont été publiés.

Quant aux avantages de ce procédé, les voici en deux mots : 1° il est plus facile et moins pénible que les procédés classiques. C'est, en effet, un véritable travail que de séparer et d'extraire par les incisions connues les os du carpe, réunis par les très courts et très résistants ligaments que l'on connaît; 2° il donne un jour considérable et permet ainsi de tout enlever, de suivre les lésions ostéo-articulaires et tendineuses jusque dans leurs derniers retranchements. Quant aux résultats thérapeutiques et fonctionnels, ils sont excellents. Ce procédé est plus particulièrement indiqué dans les cas de lésions étendues. Il permet de reculer les limites de l'amputation.

M. Villar croit donc qu'on pourrait, dans bien des cas, tirer grand profit de l'emploi de ce procédé, qui mérite par cela même d'attirer l'attention des chirurgiens.

Des dégénérescences secondaires du système nerveux ; dégénérescence rétrograde.

M. Durante (Paris). — J'ai eu l'occasion d'observer, en 1893, un fait de dégénérescence des cordons de Goll à la suite d'un foyer siégeant dans la couche optique. Il s'agissait bien, ici, d'une dégénérescence descendante et non d'une dégénérescence ascendante, car la lésion des voies sensitives s'atténuait en descendant pour s'éteindre dans la région dorsale, et les racines postérieures ainsi que la substance grise paraissaient absolument normales. Cette dégénérescence des cordons postérieurs, consécutive à une affection cérébrale, en opposition avec les données actuelles, a été cependant obtenue expérimentalement par Marchi et Algeri, Bianchi et d'Abundo, Sandmeyer, etc. Tous ces cas relèvent d'une altération cellulipète d'une *dégénérescence rétrograde* du bout

central des éléments nerveux, entrevue précédemment déjà par quelques auteurs, dans les nerfs périphériques et dans le faisceau pyramidal par Sottas, Raymond, Gombault et Philippe.

Cette dégénérescence rétrograde est caractérisée histologiquement par la longue intégrité du cylindraxe et par le fait que la myéline, au lieu de se fragmenter en grosses boules, subit une résorption presque moléculaire. Cette dégénérescence s'effectue progressivement du point lésé vers le centre trophique et apparaît, non pas seulement quelques mois, mais dix à quinze jours à peine après la section du nerf. Son intensité est d'autant plus grande que la section a porté plus près du centre trophique et que le sujet est plus jeune ; mais elle peut toutefois, se développer même chez l'adulte.

Si l'existence de cette dégénérescence est une notion encore nouvelle, sa propagation possible d'un neurone (neurone sensitif bulbaire) au neurone voisin (neurone sensitif médullaire) est plus difficilement admissible. De nombreuses observations, cependant, semblent en prouver la possibilité, non seulement expérimentalement, mais aussi chez l'homme, car Westphal, Strumpel, Wollenberg, etc., ont publié des faits dans lesquels les lésions sensitives médullaires paraissaient succéder directement aux lésions cérébrales. Du reste, les communications récentes du professeur Renault (de Lyon) sur les neurones couplés, en montrant l'union possible de ces éléments, détruit, dans ce qu'elle avait d'excessif, la théorie de l'indépendance absolue des neurones, établit l'existence de leurs rapports directs dans certaines circonstances et vient appuyer fortement la question des dégénérescences rétrogrades *propagées*.

L'existence de la dégénérescence rétrograde apporte quelque lumière sur le mode de développement et l'étiologie de plusieurs questions encore mal élucidées.

Dans les nerfs moteurs on pourrait lui rattacher un certain nombre des atrophies musculaires dites réflexes et l'incurabilité de quelques paralysies faciales périphériques (Darkchewitch). Dans les voies sensitives, cette forme de dégénérence appuie la théorie de Leyden concernant l'origine périphérique du tabes, dans quelques cas du moins, et l'on peut rapporter à ce processus pathologique les lésions médullaires constatées d'une façon si constante chez les amputés. Dans les centres nerveux, enfin, les myélites combinées paraissent relever fréquemment soit de dégénérescences rétrogrades et wallériennes consécutivement à un foyer de myélite transverse, soit d'une dégénérescence descendante des faisceaux moteurs et sensitifs de la moelle à la suite d'un foyer cérébral ou mésencéphalique, ainsi que plusieurs observations semblent en donner la preuve.

Psoriasis.

M. Bouffé (Paris). — Je désire attirer l'attention sur diverses modalités de cette affection, qui sont les suivantes : 1° le psoriasis à déviation de type, pourrait-on dire, qu'on rencontre chez les lymphatiques, chez ces malades qui, quoique arthritiques, présentent une sorte d'*état hypoplasique*. Cette forme est d'une très longue durée, et, bien qu'elle oppose une grande résistance à la thérapeutique, elle est néanmoins curable; 2° le psoriasis qui se complique de syphilis. Cette diathèse est, en pareil cas, constamment masquée par le psoriasis, qu'il faut d'abord soigner et guérir, si l'on veut pouvoir agir sur la syphilis ; 3° le psoriasis gastro-intestinale ou par auto-infection.

Sur dix-neuf psoriasiques traités par les injections organiques, j'ai obtenu 72 0/0 de guérisons. Les liquides dont je me sers actuellement sont préparés dans le *vide*, seul moyen d'obtenir une grande concentration et une asepsie parfaite. La dose à injecter est en moyenne de vingt centimètres cubes. La guérison du psoriasis n'exige guère que deux à trois mois de traitement, et l'affection ne présente pas de récidives.

Action physiologique de quelques plantes sud-américaines.

M. Jobert (Dijon). — Le *strychnos pseudo-kyna*, considéré jusqu'alors comme non toxique, contient un principe actif qui, tout en ayant les effets classiques du curare des Indiens, agit, en outre, sur le cœur; il est employé au Brésil comme fébrifuge.

J'ai étudié également les propriétés de l'angusture vraie employée en France. Cette rutacée contient un poison très actif. La respiration est immédiatement suspendue sous son action ; les nerfs sensitifs ne réagissent plus, la pression sanguine diminue, la pupille est largement dilatée ; le cœur, au contraire, est renforcé, l'action des nerfs accélérateurs persiste et le cœur, alors que la respiration artificielle est suspendue, peut battre jusqu'à trois minutes cinquante-cinq secondes, et reprendre encore ses battements si la respiration est pratiquée à nouveau.

M. Livon (Marseille). — J'ai eu l'occasion d'expérimenter une strychnée asiatique provenant du Tonkin : le *Hoang-nau*. Avec l'écorce de cette plante, j'ai préparé un extrait aqueux produisant à peu de différence près les effets du curare sur les muscles. Je crois pouvoir dire que, dans les strychnées qui déterminent de la paralysie au lieu du tétanos bien connu, c'est la brucine qui agit, car en expérimentant avec de la brucine ou un de ses sels, on constate que l'animal éprouve les effets que l'on obtient d'habitude avec le curare.

Diagnostic bactériologique de la diphthérie.

M. Ferré (Bordeaux). — J'ai constaté que dans certains cas la limite de vingt-quatre heures pour le diagnostic peut être dépassée, quand, peu nombreux eux-mêmes, les bacilles diphthériques sont associés à de nombreux microbes, et surtout lorsqu'il s'agit dans les mêmes conditions du bacille moyen ou du bacille court.

Je désire insister sur l'importance que possède au point de vue prophylactique cette pratique du diagnostic bactériologique. Les enfants ne devront être réintégrés dans le milieu familial, à l'école, que lorsque le bacille diphthérique aura complètement disparu des voies naso-bucco-pharyngées. On sait que les élèves doivent être écartés de l'école, après une atteinte de diphthérie, pour un laps de temps de quarante jours. Or, comme j'ai pu le constater, cette limite est trop faible dans bon nombre de cas. Je pense qu'un examen bactériologique devrait être pratiqué au voisinage du quarantième jour et que la réadmission devrait être refusée s'il existait encore des bacilles diphthériques dans le mucus nasal ou pharyngien.

C'est là le seul moyen pratique d'établir une prophylaxie scolaire précise. Il pourrait être mis en œuvre dans la plupart des villes, comme cela a été fait partiellement à Bordeaux.

M. Fayel (Caen). — Dans plusieurs cas, après avoir reconnu au microscope la présence indéniable de bacilles diphthériques, j'ai ensemencé des tubes de culture comme moyen de contrôle et, vingt-quatre heures après, il n'y avait aucune trace de culture. Deux fois les tubes n'ont cultivé qu'après deux jours et trois fois au bout de quatre ou cinq jours seulement. Ces résultats tiennent probablement à la mise en œuvre de traitements antiseptiques antérieurs.

Streptothrix et abcès du cerveau.

MM. Ch. Ferré et Faguet (Bordeaux). — Dans un abcès du cerveau, s'étant manifesté pendant la vie par des crises épileptiformes, nous avons rencontré un streptothrix filamenteux à l'état de culture pure. Ce streptothrix se développe bien sur les différents milieux ; mais sa végétation n'est complète que sur la pomme de terre. Dans le pus primitif, et sur pomme de terre, il se présentait sous la forme de filaments ramifiés, avec des terminaisons en boutons, il se colore bien par la méthode de Gram.

Inoculé au cobaye, il ne s'est pas montré pathogène ; l'inoculation à un lapin sous la dure-mère a donné lieu à la diffusion du parasite dans l'organisme sans phénomènes réactionnels, ni pseudo-tuberculose.

Neurasthénie et scoliose.

M. L.-H. Petit (Paris). — Ayant constaté que la plupart des sujets (fillettes de 10 à 15 ans) qui se présentaient à moi avec une scoliose étaient atteints en même temps de laxité articulaire presque généralisée, de dilatation de l'estomac et de neurasthénie, je suis arrivé à établir entre ces faits la corrélation suivante : La neurasthénie, peut-être cause, peut-

être effet de la dilatation de l'estomac, a déterminé une parésie musculaire généralisée. Si l'on admet une dilatation primitive de l'estomac, on peut dire que les toxines qui en résultent ont retenti sur le système nerveux et par suite sur les muscles qu'elles ont parésiés. Il n'y a jamais paralysie, mais seulement affaiblissements des muscles. Mais les antécédents nerveux, que j'ai constatés chez les parents de beaucoup de scoliotiques, me portent à croire que la neurasthénie est primitive dans ces cas.

Quoi qu'il en soit, les muscles parésiés ne pouvant plus aider suffisamment les ligaments à maintenir solidement les surfaces articulaires, les ligaments se distendent peu à peu ; de là, la production presque simultanée de la scoliose, du pied plat, du genu valgum dans certains cas, de mobilité anormale de la hanche, de l'épaule, du coude, etc. Lorsque la déviation persiste depuis un certain temps, les os se déforment, les ligaments se rétractent ainsi que les muscles, et la difformité devient permanente.

La scoliose débute presque toujours par une convexité du rachis au niveau de l'épaule droite, parce que l'action du membre supérieur droit, par suite de son usage plus continu qu'à gauche, attire peu à peu le rachis vers la droite, et que les muscles des gouttières vertébrales n'ont plus la force nécessaire pour lutter efficacement contre cette action et ramener le rachis dans la rectitude.

Le traitement doit s'adresser, d'une part, à la neurasthénie, à la dilatation de l'estomac et à l'arthritisme que présentent tous ces sujets, qui ne sont que rarement des rachitiques, de l'autre, aux déviations. Le repos prolongé, l'abstention d'une gymnastique violente et non médicale, le port d'appareils destinés à aider les muscles parésiés, le massage, l'électrisation de ces muscles, sont surtout efficaces.

Polypes muqueux des fosses nasales.

M. Beausoleil (Bordeaux). — Les procédés les plus usités sont l'arrachement et l'excision avec le serre-nœud. La plupart des chirurgiens et presque tous les spécialistes préfèrent se servir du serre-nœud ou polypotome. Lorsque les néoplasmes sont peu nombreux et bien pédiculés l'un ou l'autre des procédés peut suffire. Mais si les polypes sont implantés en nappe sur la voûte, le cornet moyen et dans les méats supérieurs et moyens, et si la muqueuse est hypertrophiée, bourgeonnante, parsemée de petites granulations qui sont autant de petits polypes diffus, il faut avoir recours à d'autres moyens pour éviter une repullulation. Dans ces cas, l'auteur fait la décortication de toute la muqueuse malade au moyen de pinces spéciales qui, par leur forme, peuvent pénétrer dans toutes les anfractuosités et permettent d'enlever en entier la muqueuse bourgeonnante et dégénérée. Après avoir décrit la technique opératoire, l'auteur indique les différentes précautions qu'il faut prendre lorsqu'on manœuvre dans les méats supérieurs et du côté de la voûte.

Pour arriver à une guérison complète, cinq ou six séances suffisent. Chaque intervention doit être faite avec l'asepsie la plus rigoureuse, de façon à éviter tous les accidents qui pourraient survenir. Quand les polypes seront occasionnés par une suppuration des cavités accessoires des fosses nasales (sinuosités maxillaires, frontales, etmoïdes), il faudra toujours, dans ces cas, supprimer l'affection fondamentale pour obtenir un bon résultat.

Troubles oculaires dans l'érythème polymorphe.

M. A. Terson (Paris). — Deux observations nouvelles jointes à celles du même auteur publiées dans la thèse de B. Beaudonnet (Paris, 1894) établissent qu'il peut survenir au cours de l'érythème polymorphe de volumineux boutons sur la conjonctive bulbaire, surtout dans l'angle interne. Cette éruption, souvent bilatérale et symétrique, disparaît en huit à dix jours, sans laisser de traces. Les troubles fonctionnels sont insignifiants.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE LARYNGOLOGIE, OTOLOGIE ET RHINOLOGIE

De la synergie auriculaire.

M. Mounier (Paris). — L'observation que je vous présente est intéressante parce que la synergie auriculaire a été exagérée au point de produire l'inhibition auditive. Un bouchon de cérumen de l'oreille gauche a pu abolir, pendant cinq mois, l'audition de l'oreille droite.

Le malade n'avait aucune tare nerveuse.

M. Gellé. — En dehors des causes d'origine centrale on peut, dans ces cas, invoquer la surexcitation de l'accommodation auditive.

M. Castex. — J'ai observé un cas semblable, dans lequel les troubles de l'oreille opposée s'accentuaient pendant les pansements.

Résultats d'une statistique de quatorze cas d'ouverture large des cavités de l'oreille moyenne pour la cure radicale d'otorrhées rebelles.

M. Luc (Paris). — Sur les quatorze malades dont je rapporte les observations, deux sont partis chez eux avant guérison complète, trois ont été opérés récemment.

Chez tous, l'antre mastoïdien participait aux lésions fongueuses ou cholestéatomateuses de l'attique.

En règle générale, toute suppuration ancienne de l'attique occupe simultanément la cavité antrale, de sorte qu'on risque fort de faire une opération incomplète en la limitant à l'attique.

Au point de vue du procédé opératoire nous distinguerons deux cas :

1° Lésions mastoïdiennes étendues avec un conduit auditif étroit;

2° Antre mastoïdien étroit et conduit auditif spacieux.

Aux premiers cas s'applique l'indication de créer, en arrière du pavillon de l'oreille, une ouverture permanente sur les bords de laquelle on applique un ou deux lambeaux cutanés pour favoriser l'épidermisation de la brèche osseuse.

Cette opération, que j'ai pratiquée trois fois, a de grands avantages, surtout dans les cas de cholestéatomes.

Dans les cas de la deuxième catégorie, je conseille la fermeture précoce, parfois immédiate, de la plaie rétro-auriculaire, et le drainage exclusif du foyer par le conduit auditif.

Je maintiens le premier pansement huit jours s'il n'y a pas d'élévation de température et je conseille de répéter les tamponnements ultérieurs tous les jours, cette fréquence des pansements me paraissant favorable à la rapidité de la guérison.

M. Lubet-Barbon. — Dans les ouvertures larges de l'apophyse, c'est moins l'opération qui présente des difficultés que les soins consécutifs.

L'opération de Stacke peut être suffisante pour tarir des suppurations localisées de l'attique, mais, en général, comme l'autre est pris en même temps, il vaut mieux l'ouvrir, au lieu d'élection, pour ainsi dire sytématiquement.

Doit-on fermer la plaie en arrière du pavillon ? Non, si on a affaire à un cholestéatome ; alors j'empêche l'obturation en insérant dans la cavité un lambeau triangulaire emprunté à la lèvre postérieure de l'incision. On peut, à mon sens, fermer et tenter alors tous les pansements par le conduit, si l'on a soin de détruire celui-ci, soit par résection, soit par incision simple et à le réduire à un simple orifice, sans tampon, donnant, par une large et courte voie, sur la cavité que l'on vient de créer.

M. Weismann. — M. Luc s'est-il rendu compte de l'état de l'*aditus ad antrum*, après l'opération de Stacke?

M. Moll (Arnheim). — Le procédé de Raufal est le plus commode, les pansements sont plus faciles; c'est lui qui donne le plus de succès.

M. Luc. — L'exploration de l'*aditus ad antrum* est difficile, le stylet ne donnant là que des renseignements illusoires. J'insiste sur la nécessité de réséquer largement ; il faut laisser un orifice, non un conduit.

Tamponnement méthodique du conduit auditif externe par la gaze iodoformée comme mode de pansement dans les affections inflammatoires de l'oreille.

M. Hamon du Fougeray (Le Mans). — Se basant sur les recherches microbiologiques de Lermoyez et Helme, l'auteur

admet que souvent la suppuration est entretenue par *infection secondaire*, il a cherché à l'éviter par le tamponnement du conduit auditif externe par la gaze iodoformée, placée aussi près que possible du tympan, mais sans exercer de pression sur cette membrane.

Les résultats ont été excellents.

M. Helme. — Ce pansement ressemble à celui de Lœwe avec des modifications. Cette question est à l'ordre du jour et Gradenige, de Turin, a publié récemment un important mémoire sur ce sujet. Il est aussi partisan des pansements secs.

Rupture du tympan chez un pendu.

M. Lannois (Lyon). — Ces cas, très rares, ont été signalés par Morgagni, Wilde, Ogston, on n'en connaît pas le mécanisme, mais la constatation de ce fait peut avoir de l'importance en médecine légale, au même titre que les hémorrhagies de l'oreille externe.

M. Gellé. — Dans des expériences que j'ai faites sur les chiens, j'ai constaté que, tandis qu'il y avait, pendant la pendaison, une congestion intense, allant jusqu'à l'hémorrhagie du tympan, on trouvait une anémie de la rétine.

Deux cas d'anosmie guérie par des douches d'acide carbonique.

M. Joal (Mont-Dore). — Il s'agit de deux malades qui, depuis plusieurs mois, avaient perdu l'odorat et le goût, et avaient été traités sans succès par les procédés ordinaires, irrigations nasales liquides, cautérisations au galvano, électrolyse, courants induits, insufflations avec une poudre à la strychnine. Les fonctions olfactives et gustatives furent complètement rétablies par l'usage du gaz acide carbonique.

On se servira avec avantage de ce gaz dans les rhinites chroniques atteignant les parties supérieures de la muqueuse nasale, région sur laquelle nos moyens d'action sont bien limités, soit avec les instruments, soit avec les douches liquides.

Pour se procurer ce gaz, il suffit de retourner un siphon d'eau de Seltz, de presser la soupape pour laisser échapper le liquide en excès, et puis d'approcher la canule des narines.

C'est un procédé simple et peu coûteux dont je recommande également l'emploi au début et dans le cours d'un rhume de cerveau ordinaire.

De l'emploi des solutions de chlorure de zinc, dans les affections nasales pharyngées et laryngées.

M. Fauvel (Paris). — Depuis trente-cinq ans je me sers de la solution suivante : chlorure de zinc un gr., glycérine et eau — de chaque vingt-cinq grammes — avec quelques gouttes d'acide chlorhydrique. On peut, selon les cas, y ajouter de la cocaïne, mais elle est peu douloureuse et la sensation de cuisson ne dure jamais plus d'une heure. Il n'y a ni réaction ni gonflement de la muqueuse, aucun accident immédiat ni consécutif. Il n'en est pas de même de la solution de nitrate d'argent, très employée en Allemagne, et qui peut amener, soit immédiatement, soit par la suite, des accidents graves, qui parfois ont nécessité la trachéotomie d'urgence. Dans les cas d'aphtes, le nitrate d'argent, même employé légèrement peut amener un état œdémateux.

Je conseille donc l'emploi des solutions de chlorure de zinc qui peuvent toujours être employées sans danger.

Observations de quelques affections des sinus nasaux.

M. Dundas Grant (Londres). — La première observation se rapporte à un homme soigné pour un empyème du sinus frontal; rien au sinus maxillaire. La suppuration nasale persistant, on est amené à ouvrir l'antre d'Hyghmore, qui fut trouvé alors être le siège d'un empyème par infection secondaire.

Dans le second cas, il y avait un empyème du sinus maxillaire; après opération on aperçut encore du pus dans l'infundibulum. On reconnut par le cathétérisme un empyème du sinus frontal.

Enfin dans un cas d'excroissances polypoïdes rebelles, semblant siéger sur le cornet moyen, l'irrigation fit détacher une lamelle osseuse couverte de bourgeons charnus; c'était une portion de la paroi antérieure du sinus sphénoïdal. Dans ces cas de fongosités ainsi placées il ne faut pas oublier la possibilité de leur origine dans ce sinus.

ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE

63e *session tenue à Londres du* 30 *juillet au* 2 *août* 1895.

Des effets du sérum antidiphthérique.

M. Washbourn (de Londres). — Pour juger des résultats obtenus par le traitement sérothérapique, il faut avant tout prendre en considération les différences qu'accuse la mortalité de la diphthérie suivant l'âge des malades. C'est ainsi que sur le nombre total de diphthériques admis dans nos hôpitaux pendant les années 1888-1894, le chiffre de la léthalité a été de 49.9 0/0 sur 4,335 enfants au-dessous de cinq ans; de 28.1 0/0 chez 3,725 enfants âgés de cinq à dix ans; de 10.6 0/0 chez 1.330 malades âgés de dix à quinze ans, et de 4.6 0/0 chez 1.900 sujets dont l'âge variait entre quinze et cinquante ans.

En comparant entre eux les groupes de cas de diphthérie analogues surtout au point de vue de l'âge des malades, on peut réunir actuellement environ trois mille cas traités par le sérum, dans lesquels la mortalité a été sensiblement inférieure — souvent de moitié — à celle qu'on relevait avec l'ancien traitement.

Certains spécimens de sérum antidiphthérique paraissent plus susceptibles que d'autres de provoquer des douleurs articulaires et des éruptions cutanées. Ces troubles sont dus probablement à une substance différente du principe actif spécifique du sérum. Il serait important de pouvoir préparer un sérum privé de cette substance nocive.

M. Bokenham (de Londres). — J'ai trouvé qu'en se servant d'un sérum desséché on peut réduire considérablement la quantité de liquide employée pour l'injection. Ce sérum desséché, dont un gramme équivaut à dix centimètres cubes de sérum liquide, est soluble dans trois fois son poids d'eau. J'ai constaté ensuite qu'on peut débarrasser le sérum de ses substances protéiques sans affaiblir son action spécifique. Sur deux cent onze malades chez lesquels j'ai employé un sérum ainsi préparé, l'érythème n'a été observé que dix-neuf fois et on n'a noté de réaction locale que dans quatre cas seulement.

M Klein (de Londres). — J'ai institué une série d'expériences qui m'ont démontré que le sérum antidiphthérique a des propriétés différentes suivant qu'il provient d'un animal immunisé au moyen d'injections de toxines diphthériques filtrées ou d'un animal soumis à l'action de cultures vivantes du bacille de Lœffler. Le premier sérum exerce une action curative plus puissante, tandis que le second est plus apte à conférer l'immunité à l'égard de la diphthérie.

Depuis que nous faisons usage de sérum desséché, les rash paraissent être moins fréquents à la suite des injections; toutefois nos observations à ce sujet sont encore trop peu nombreuses pour nous permettre d'en tirer des conclusions définitives.

M. T.-A. Dixey (d'Oxford). — L'augmentation du chiffre des décès par diphthérie à Londres, au cours des dernières années, a suscité nombre de recherches qui ont enrichi considérablement nos connaissances à ce sujet. Je désire vous communiquer, pour ma part, quelques données statistiques relatives à la marche des épidémies diphthériques dans la métropole, en me servant pour cela des rapports hebdomadaires du Register-General.

Ainsi que le montrent ces comptes rendus, le début de l'année 1892 a été marqué par un accroissement graduel du nombre des décès par diphthérie, accroissement qui s'est maintenu, avec quelques oscillations, pendant toute l'année ainsi que dans le courant de l'année suivante, et qui a enfin atteint son plus haut degré dans le second septénaire de novembre 1893. A ce moment, le nombre des décès hebdo-

madaires par diphthérie a été, en effet, de 103, chiffre tout à fait insolite. Depuis lors, la mortalité a commencé à décroître, d'abord rapidement, puis d'une façon plus lente, pour atteindre dans la dernière semaine de décembre 1894 son niveau habituel, dont elle n'a pas sensiblement dévié depuis.

Le nombre moyen de décès hebdomadaires par diphthérie, calculé pour l'année entière, a été de 26.2 en 1891, de 36.2 en 1892 et de 62.8 en 1893. Pendant l'année 1894 il s'est abaissé jusqu'à 51.4, et il est enfin tombé à 39.5 dans le premier semestre de 1895.

La coïncidence de cet abaissement de la mortalité par diphthérie avec l'introduction du traitement sérothérapique me paraît suggestive. En effet, on a commencé à employer le sérum antidiphthérique à Londres en juin 1894, et vers la fin de l'année il était déjà d'un usage courant. Aussi me trouvé-je porté à admettre que c'est à la sérothérapie que nous sommes redevables de l'abaissement du niveau de la mortalité pendant la première moitié de l'année courante, et cela malgré le chiffre élevé qu'accuse dans ces derniers temps la morbidité de la diphthérie dans notre capitale.

M. Babes (de Bucarest) fait une communication sur *certains caractères morphologiques des microbes pathogènes*, dans laquelle il relate les résultats de l'étude qu'il poursuit depuis 1883 (époque de ses premières constatations sur les ramifications ou le bourgeonnement du bacille de la tuberculose et de celui de la lèpre) à propos des rapports qui existent entre le bourgeonnement et la formation des crosses ou massues, les capsules, les corpuscules métachromatiques et les spores.

Il semble résulter de ces recherches que la limite de séparation entre les différents microbes d'une part, et, d'autre part, entre les microbes et les végétaux plus élevés n'est pas bien tranchée, car tous les caractères distinctifs entre ces groupes d'organismes ne sont pas absolus et peuvent dans certaines conditions se rencontrer chez les champignons aussi bien que chez les microbes.

M. Apostoli (de Paris) lit un travail sur *l'électrothérapie comme moyen de diagnostic en gynécologie*, dans lequel il tend à démontrer que le courant faradique de tension ou le courant galvanique constant appliqués dans l'utérus peuvent d'après les effets qu'il produisent, éclairer ou rectifier le diagnostic et renseigner sur le degré de curabilité et de maladie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 septembre 1895.

Présidence de M. Empis.

M. le docteur Duguet lit, de la part de M. le docteur Huguet (Saint-Cyr), un cas de mastite traumatique chez l'homme (Voyez *Gazette*, 1895, p. 5).

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE FREIBURG

Empoisonnement par le sublimé.

M. Baumler. — Il s'agit d'un jeune étudiant en médecine qui a envoyé chercher à la pharmacie six paquets d'antipyrine, d'un gramme chacun. Le pharmacien se trompa et à la place de l'antipyrine délivra du sublimé. Au reçu des paquets, le malade en prit un dans un peu d'eau. Presque aussitôt il éprouva des brûlures violentes dans la gorge et l'estomac et fut pris de vomissements, d'abord alimentaires, puis sanguinolents.

Le professeur Baumler vit le malade deux heures environ après l'accident. Le malade était dans un état voisin du collapsus, mais ayant conservé toute conscience de son état. Il se plaignait de douleurs dans l'estomac et de ténesme vésical. L'exploration montra que l'estomac était peu douloureux et la vessie vide. Les vomissements n'étaient pas encore calmés, et la cuvette qui se trouvait à côté du malade était remplie de sang. A plusieurs reprises, le malade eut encore des selles dysentériques. L'inspection de la bouche et de la gorge ne montra rien de particulier.

L'injection sous-cutanée de un centigramme de morphine fit dormir un peu le malade. Le sommeil fut pourtant interrompu à plusieurs reprises par des vomissements de sang et par la diarrhée. Vers huit heures du matin, l'état sembla s'améliorer : il existait toujours une grande faiblesse, mais les vomissements et la diarrhée s'étaient arrêtés, et le malade se sentait relativement bien. Température, 36°8.

Cette amélioration persista pendant trois jours. Le pouls oscillait entre 84 et 92, la température se maintenait autour de 36-37°. Les vomissements ne se sont plus produits, mais, en revanche, la diarrhée était revenue, avec selles séro-sanguinolentes analogues aux selles dysentériques. Le ventre était très légèrement ballonné, l'estomac à peine sensible. Le ténesme vésical avait complètement disparu.

Au quatrième jour, le tableau clinique se modifia brusquement. Le malade devint somnolent, et à l'examen on trouva la respiration ralentie, le cœur irrégulier, les extrémités froides, les pupilles rétrécies, la bouche sèche, la langue rôtie. Le tableau était celui d'une intoxication par l'opium, et pourtant le malade n'avait reçu vingt-quatre heures auparavant qu'un suppositoire de cinq centigrammes d'opium, qui ne fut gardé que peu de temps. De plus le malade affirmait n'avoir pas uriné depuis la veille. La vessie était vide.

Sous l'influence des excitants appliqués *larga manu*, l'état se releva un peu, mais dans la soirée le malade retomba dans le collapsus et succomba le lendemain.

A l'autopsie, on trouva l'estomac et l'intestin plutôt rétractés que dilatés, de couleur normale. Dans l'estomac, en avant du pylore, se trouvait une escharre de cinq centimètres de diamètre nettement limitée, de couleur noirâtre. Le tissu sous-muqueux était œdématié, la séreuse intacte. Des escharres linéaires partaient de cette escharre principale en se dirigeant vers le cardia, dont la muqueuse était simplement rouge et tuméfiée. L'œsophage était congestionné, nullement gangrené.

La partie inférieure de l'iléon, le cæcum et tout le côlon, jusqu'au rectum, étaient frappés d'entérite gangreneuse.

Les reins étaient volumineux et présentaient à l'œil nu les lésions de la néphrite parenchymateuse : pâleur de l'écorce et des colonnes de Bertin, injection des pyramides. La vessie était vide. Rien du côté d'autres organes.

Ce qu'il y avait de particulier dans cette observation, c'est l'absence de la salivation, l'apparition précoce de la diarrhée dysentérique et de l'anurie, l'euphorie passagère interrompue par l'anurie qui a amené la mort.

Cette euphorie passagère a été notée dans un autre cas d'empoisonnement par le sublimé, publié, il y a une vingtaine d'années, par un auteur anglais. L'absence de salivation se trouve également signalée dans six cas sur dix-neuf réunis par Woodman et Tidy.

L'examen chimique des escharres de l'estomac permit d'y découvrir cent cinquante-cinq milligrammes de sulfure de mercure correspondant à cent quatre-vingt-un milligrammes de bichlorure de mercure. Par contre, dans six cents grammes de foie, de reins, de rate, d'intestin avec son contenu, on ne trouva que un à quinze milligrammes de mercure.

L'intoxication eut donc lieu, dans ce cas, par le mercure déposé dans les escharres de l'estomac ; quant à la mort, elle a été amenée très probablement par la néphrite.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. Anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

Nº 38 — 18 SEPTEMBRE 1895 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT
PUBLIÉ PAR
LA GAZETTE HEBDOMADAIRE
DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction
Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Université de Lille. — Les Facultés de Lille comptaient en 1894-95, 1,325 étudiants ainsi répartis : droit, 343 ; médecine et pharmacie, 558 ; sciences, 129 ; lettres, 305.

Ecole du Val-de-Grâce. — Un concours s'ouvrira le 9 décembre prochain à l'Ecole d'application du Val-de-Grâce de médecine militaire, à Paris, pour l'admission de docteurs en médecine à l'emploi de médecin stagiaire.

VARIÉTÉS

La liberté de l'empoisonnement. — Sur la demande du préfet de police, M. le ministre de l'intérieur a examiné un produit appelé *le Tueur de microbes* et vendu en plein boulevard, comme spécifique de la bronchite, du cancer, de la diphthérie, etc. De l'analyse il résulte que ce produit est à base d'acide sulfurique, à la dose de trois grammes par flacon.

Le procès-verbal et le rapport du ministre ont été envoyés par le préfet de police au procureur de la République et l'affaire a *été classée sans suite* par le parquet, de telle sorte que les industriels — deux étrangers — continuent en toute liberté leur coupable commerce.

Le Conseil d'hygiène, saisi de cet incident, a adopté à l'unanimité le vœu suivant :

« Le Conseil d'hygiène, considérant que le pro» duit appelé *le Tueur de microbes* est un liquide » toxique, destiné à l'usage interne, dont les » effets peuvent déterminer des accidents mortels, » émet le vœu que la vente de ce produit soit » interdite d'urgence en France.. »

Espérons que ce vœu ne sera pas *classé sans suite.*

Syndicat des pharmaciens du département d'Alger. — Le bureau du syndicat des pharmaciens du département d'Alger avait assigné tout récemment, devant le Tribunal correctionnel d'Alger, deux épiciers-droguistes de cette ville, pour vente au public de divers produits pharmaceutiques, tels que : thé des Alpes, sulfate de quinine par flacons, quinquina concassé, teinture d'iode, extrait fluide de quinquina, emplâtre de thapsia, sulfate de magnésie, sirop de Macors, etc.

L'affaire était déjà inscrite au rôle, lorsque les inculpés, obéissant à de sages conseils et reconnaissant le bien fondé de l'instance introduite contre eux, ont demandé au bureau l'abandon des poursuites aux conditions qu'on leur imposerait.

Le bureau, prenant en considération le fait que ces deux maisons étaient poursuivies pour la première fois, a décidé d'accepter leur proposition moyennant les conditions suivantes :

1º Paiement d'une amende individuelle de 500 francs et de tous les frais du procès ;

2º Reconnaissance écrite du fait reproché et engagement formel de ne plus recommencer.

Puisse cet exemple servir de leçon à ces messieurs et à tous ceux qui seraient tentés de les imiter ! (*Répert. de pharm.*)

Une résidence pour les officiers convalescents. — Mme Furtado-Heine fait don au département de la guerre de sa villa de Nice (villa Heine, promenade des Anglais), qui sera affectée à une résidence de repos pour 50 officiers convalescents des armées de terre et de mer. La donation comporte une rente viagère pour subvenir à tous les frais d'entretien des malades, du personnel et du bâtiment.

Le désodorant de l'iodoforme. — L'odeur safranée de l'iodoforme, si elle n'est pas compromettante, est révélatrice et ennuyeuse. L'essence de térébenthine fait disparaître immédiatement l'odeur forte des mains qui ont manié de l'iodoforme, ainsi que celle des spatules ou vases qui ont été en rapport avec cet antiseptique. Un lavage à l'eau térébenthinée, puis à l'eau de savon, et tout est dit.

Un cas de fécondité. — Une dame d'Auxonne, âgée de 23 ans, vient de mettre au monde quatre filles parfaitement constituées. Les trois premières sont nées le 3 juin et la quatrième n'est venue au monde que deux jours après.

Cette dame, mariée depuis trois ans, a eu une première fois un garçon, une seconde fois deux jumeaux.

Le tarif des médecins. — Le gouvernement allemand vient de publier la nouvelle tarification suivante :

Tout médecin peut réclamer pour une visite ordinaire 20 marcks, 22 à 23 marcks pour l'examen approfondi d'un organe ; si sa visite doit se prolonger, 3 marcks par demi-heure commencée. Les visites de nuit pourront être comptées au double ou au triple ; une visite d'urgence vaut le double d'une visite ordinaire.

Réformes médicales en Allemagne. — A l'avenir, l'examen d'Etat, qui seul conférera le droit de pratiquer la médecine, ne pourra être subi qu'après dix semestres, au lieu de neuf, chiffre actuel. On ne pourra désormais conférer le titre de docteur en médecine qu'aux étudiants qui auront subi avec succès l'examen d'Etat. Après l'examen de l'Etat, il sera nécessaire de faire un stage pratique d'un an dans un grand hôpital.

Un sénateur. — Dans un procès intenté à un rebouteur du Calvados, M. Tillaye, sénateur de ce département, n'a pas craint d'affirmer hautement son admiration pour l'inculpé : « Depuis 49 ans, a-t-il déclaré, que M. Guillard exerce la profession de rebouteur, il a rendu plus de services à toutes les classes de la société que tout le corps médical du Calvados. » (*Marseille médical.*)

Procès entre médecin et malade. — Devant le tribunal civil de Mâcon, à l'audience du 10 juillet 1895, une contestation s'élevait entre un médecin et son malade sur le nombre des visites dont le médecin réclamait les honoraires. Le tribunal n'a pas admis comme preuve la présentation des livres du médecin. Il a déclaré que c'était au demandeur à faire la preuve de sa prétention, et a trouvé inadmissible que le demandeur puisse se créer à lui-même un titre de créance. Les livres ou papiers domestiques ne peuvent constituer une preuve en faveur de celui qui les a écrits. Le malade a donc obtenu gain de cause dans ce procès, et le tribunal n'a tenu compte que du nombre de visites reconnu par le client. Ce jugement est en contradiction avec les décisions rendues jusqu'à présent par le plus grand nombre des tribunaux.

ANOREXIE

Chez nombre de malades pour qui l'alimentation est une condition indispensable à la guérison, le manque d'appétit est absolu. Tous leurs efforts pour suivre les prescriptions des médecins à cet égard se heurtent à une répugnance presque invincible et quand ils parviennent à la vaincre, les aliments pris digèrent mal, sont souvent rejetés très rarement assimilés.

Plus de vingt années de succès ont démontré que l'Elixir Alimentaire Ducro triomphe constamment de la répugnance des malades pour les aliments. Il est pris avec pl isir, toujours digéré sans aucune fatigue par l'estomac, et comme sa propriété fondamentale est d'être alimentaire, c'est le médicament-laiment par excellence des phthisiques, anémiques, cancéreux, etc... Préparé avec la viande crue, l'alcool et les écorces d'oranges amères, l'Elixir Alimentaire Ducro est tout à la fois apéritif et nutritif. L'alcool qui lui sert de véhicule lui communique ses qualités d'antidéperditeur et aussif ait de l'Elixir Ducro une préparation de viande crue exempte de tout danger des vers intestinaux.

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES

L'anorexie mentale, travail communiqué au Congrès des aliénistes et neurologistes de Bordeaux, par le docteur P. Sollier, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien chef de Clinique adjoint des maladies mentales à la Faculté.

Sous cette dénomination, je me propose de décrire ici un trouble de nutrition — je ne dis pas une affection des voies digestives — dont les deux caractères fondamentaux sont, au point de vue clinique, de l'anorexie d'une part et de l'autre un état mental spécial qui l'accompagne et plus souvent la précède. Ordinairement confondue avec l'anorexie hystérique ou avec la dyspepsie nerveuse de Leube, elle n'en a cependant pas l'évolution et encore moins le pronostic dont la gravité suffirait à elle seule à la faire décrire à part.

Etiologie. — Je ne l'ai jamais observée que chez des jeunes femmes ou des jeunes filles. La plus jeune de mes malades avait douze ans quand elle fut prise. L'hérédité mentale paraît jouer le principal rôle dans son développement; on retrouve, en effet, chez leurs ascendants quelque tare nerveuse ou mentale essentiellement héréditaire, telle que tics, obsessions, hypocondrie, alcoolisme, nervosisme, etc. Cette hérédité se manifeste dès l'enfance par un caractère spécial. Elles sont trop sérieuses, n'ont pas les goûts des enfants de leur âge, aiment les distractions tranquilles, la solitude, fuient les exercices et les plaisirs qui exigent de l'entrain, du mouvement. Elles ont quelquefois des idées mystiques, sont minutieuses et soigneuses à l'excès.

Physiquement, elles paraissent également plus vieilles que leur âge. Elles sont mal conformées, avec des formes un peu masculines et n'ont guère les attributs de leur sexe Quelquefois elles sont très petites et comme arrêtées dans leur développement. Leurs mouvements sont lents, traînants.

La maladie éclate parfois sans cause apparente ou à l'occasion d'une émotion déprimante, de chagrins disproportionnés d'ailleurs avec leurs conséquences, d'une affection aiguë quelconque obligeant les malades à moins manger. L'imitation peut jouer aussi un certain rôle lorsqu'il existe dans l'entourage quelque personne atteinte de troubles gastriques, névropathiques ou non. Dans certains cas, enfin, il y a une sorte d'auto-suggestion, par suite de l'attention qui est attirée sur la digestion, soit par la malade soit par son entourage.

En somme, en dehors de l'hérédité mentale et d'un développement constitutionnel général anormal, on ne rencontre que des causes banales.

Symptômes. — Le début est lent et insidieux. Volontairement ou pour une cause occasionnelle quelconque, les malades commencent à moins manger. Elles en perdent peu à peu l'habitude et diminuent peu à peu leur alimentation. L'appétit disparaît peu à peu, conservé encore quelquefois au repas du matin, et l'anoxeries'établit enfin d'une façon définitive, sans alternatives, sans à-coups, sans retour. L'amaigrissement survient rapidement et, en quelques mois, les malades perdent un tiers ou deux cinquièmes de leur poids.

La circulation périphérique se fait mal. Les extrémités sont refroidies. La peau devient sèche et terne; les cheveux sont secs et cassants, et tombent facilement. Les yeux sont moins brillants. Les règles deviennent irrégulières, puis disparaissent. Les vaso-moteurs sont dans un état de constriction presque permanente. Il y a cependant souvent après les repas des bouffées de chaleur, soit à la tête seulement, soit générales, qui s'accompagnent d'une certaine torpeur et forcent les malades au repos. Mais cela ne s'observe guère que sous l'influence du traitement lorsqu'elles sont remises à l'alimentation.

La sensibilité générale n'est pas atteinte et il n'y a aucun trouble sensitif ni sensoriel. Toutefois, on constate que le goût est diminué, surtout pour le pain et la viande. Mais il n'y a pas de perversion du goût. Au niveau du creux épigastrique, on remarque quelquefois une légère diminution de la sensibilité cutanée, qui, ainsi que je l'ai montré ailleurs, correspond à une diminution de la sensibilité organique de l'estomac. En effet, elles sentent moins ou à peine le contact des aliments dans l'estomac. Elles se dégoûtent de mastiquer le bol alimentaire, et souvent, après l'avoir longtemps trituré, elles le crachent. Il n'existe d'ailleurs qu'exceptionnellement de la douleur profonde à la pression de l'estomac et jamais d'hyperesthésie superficielle. Les douleurs qu'elles éprouvent après l'ingestion des aliments sont plutôt une sensation de pesanteur, de gonflement, qu'une véritable douleur. A peine ont-elles absorbé quelque aliment, qu'elles ont cette sensation de plénitude de l'estomac qui n'augmente pas d'ailleurs si on insiste pour les alimenter davantage (1).

L'estomac est d'ailleurs normal à la palpation et plutôt rétracté que dilaté. Je n'ai jamais rencontré de clapotement d'un repas à l'autre. Quoique leurs digestions leur paraissent très pénibles et qu'elles n'aient jamais la sensation de la vacuité de l'estomac, il semble cependant qu'elles se fassent trop rapidement, si j'en juge par un cas classique où j'ai pu pratiquer l'examen du suc gastrique, lequel a révélé de l'hypopepsie avec une digestion très accélérée.

C'est au début seulement qu'on observe quelquefois des tiraillements ou des brûlures d'estomac.

L'intestin présente de l'atonie, mais il n'y a jamais beaucoup de météorisme. Ce qui domine, c'est la constipation qui est constante et très tenace.

Les forces générales paraissent se conserver assez longtemps, d'autant plus que les malades, pour démontrer qu'elles n'ont pas besoin de manger autant qu'on le leur dit, ne veulent pas avouer qu'elles diminuent. Quelquefois même elles sont prises d'un besoin de marcher impérieux, et paraissent le satisfaire sans fatigue. Mais il arrive un moment où elles sont bien obligées de renoncer au mouvement. Elles restent alors confinées chez elles et incapables d'aucun effort, d'aucune activité un peu suivie.

Les organes internes ne présentent, du reste, rien d'anormal. Les urines sont seulement chargées et peu abondantes. Dans les premiers temps, le sommeil se conserve normal. Puis il devient un peu plus léger et plus agité. Enfin, dans les périodes avancées, l'insomnie s'installe de plus en plus, mais n'est jamais absolue comme dans l'anorexie hystérique. Il n'y a ni maux de tête, ni douleur en casque, ni rachialgie, ni points hyperesthésiques, comme dans l'hystérie ou la neurasthénie. Voilà pour l'état physique, qui se caractérise par une diminution générale de toutes les fonctions, résultant de la dénutrition provoquée par l'anorexie. La même diminution caractérise les fonctions psychiques. La mémoire se perd, la faculté d'attention, l'association des idées s'affaiblissent. Les malades finissent par avoir de la difficulté à lire, à écrire, à se livrer à une opération intellectuelle quelconque. Elles manquent de volonté, d'initiative, s'occupent d'une façon automatique et monotone. Elles ont une apathie morale

(1) Du rôle de la sensibilité de l'estomac dans les phénomènes de la digestion (*Rev. de Méd.*, 1895).

aussi grande que leur inertie intellectuelle; rien ne les intéresse, ne les amuse. Tout les ennuie et les laisse indifférentes. La perspective même qu'on leur fait entrevoir, pour les déterminer à manger, de la mort ou de la chronicité de leur état les laisse incrédules et elles sont incapables de réagir. Toutes leurs préoccupations gravitent uniquement autour de la question de leur alimentation et de leur digestion. Elles passent leur temps à se demander ce qu'elles doivent ou non manger, si elles digèreront plus ou moins facilement et rapidement, s'il ne résultera rien de fâcheux pour elles de manger telle ou telle chose ; elles émettent les théories les plus fantaisistes sur la physiologie de la digestion, pour en arriver toujours à ce point de savoir la quantité minima d'aliments nécessaires pour entretenir l'existence ; elles imaginent toutes sortes de prétextes pour réduire leur alimentation et combinent une existence à part pour pouvoir vivre en évitant le plus possible de manger. Le cercle de leurs idées et de leurs préoccupations morales se réduit ainsi de plus en plus. Elles sont prises quelquefois d'accès de désespoir sans cause ou parce qu'elles croient qu'elles ne guériront pas, mais sont incapables néanmoins de réagir. Leur caractère, en apparence très doux, est très obstiné dès qu'il s'agit de s'alimenter. Elles deviennent plus irritables, prennent certaines personnes en grippe, ont de l'aversion sans motif pour le pays où elles demeurent, etc , fuient la société de leurs anciennes compagnes pour éviter de se mêler à l'activité de leur existence et restreignent la leur de plus en plus.

Marche. Durée. Terminaison. — La marche de cette affection est ordinairement continue si on n'intervient pas énergiquement. Les forces vont diminuant de plus en plus, l'amaigrissement arrive à un degré effrayant. On n'observe pas de ces retours brusques de l'appétit comme chez les hystériques ou les neurasthéniques. Quelquefois, sous l'influence du moral, il y a une plus grande facilité à les alimenter, mais sans qu'il y ait retour de l'appétit. Il n'y a jamais, en somme, d'améliorations méritant le nom de *rémissions*. La marche est essentiellement chronique et progressive. Elle peut être accélérée par des complications d'ordre psychique, telles que des crises délirantes avec idées de suicide, peut-être dues à l'inanition, ou névropathique, ou enfin par des troubles gastriques organiques, dus vraisemblablement à tous les médicaments qu'on fait prendre tour à tour à ces malheureuses malades pour exciter leur appétit.

La durée est variable, mais relativement assez courte peut aller de deux à six ou sept ans. On peut observer la guérison, la chronicité ou la mort.

La guérison ne se produit guère que sous l'influence du traitement moral. Dans ce cas, l'amélioration se montre rapidement. Les malades, dès qu'on les force à manger, cessent d'être constipées; leur appetit revient et l'embonpoint reparaît vite. Elles augmentent facilement de deux à quatre ou cinq livres par semaine, jusqu'à ce qu'elles aient repris à peu près leur poids moyen antérieur. Cette guérison se produit en trois ou quatre mois. Quand il doit y avoir une issue mauvaise, l'embonpoint se manifeste moins vite et moins activement. L'appétit ne reparaît pas franchement. Au bout de six semaines, les malades restent stationnaires et, quoique mangeant suffisamment, elles n'engraissent plus et même quelquefois maigrissent. Leur caractère ne se modifie pas. Elles sont même quelquefois prises d'accès de tristesse, de véritable spleen. Enfin, la mort peut survenir, soit par le fait d'une affection intercurrente contre laquelle elles sont hors d'état de réagir, soit le plus souvent par tuberculose aiguë ou encore par cachexie progressive. A ce moment, elles ont quelquefois une lucidité complète pour juger leur état et se répandent en regrets désespérés, en récriminations contre leur entourage qui les a laissées en arriver là sans intervenir; elles veulent se raccrocher à l'existence, mais il est trop tard, et quand elles essaient de manger, elles ne le peuvent plus.

Pronostic. — Le pronostic est donc grave. Sur sept cas que j'ai observés, un seul peut être considéré comme guéri : de deux autres trop récemment vus pour qu'on puisse en affirmer l'issue, un est en voie de chronicité, l'autre récidivera très vraisemblablement malgré une amélioration considérable; un est franchement chronique avec des rémissions et des aggravations continuelles et, enfin, trois autres sont morts : deux de tuberculose aiguë, un de cachexie progressive.

Diagnostic. — Le diagnostic est extrêmement délicat. Il ne se pose guère avec les affections organiques de l'estomac. Mais il est deux cas avec lesquels on voit souvent la confusion se faire, c'est l'atonie gastro-intestinale neurasthénique de Bouveret, dyspepsie nervo-motrice de Germain Sée, dyspepsie nerveuse de Leube, d'une part, et, d'autre part, la forme primitive de l'anorexie hystérique.

La dyspepsie nerveuse de Leube est essentiellement liée à la neurasthénie. Or, l'anorexie mentale survient exclusivement chez les femmes, chez de jeunes sujets. Les symptômes cardinaux de la neurasthénie font défaut ; la céphalée est exceptionnelle et n'affecte pas la forme de la céphalée neurasthénique ; l'insomnie est plus fréquente, mais est loin d'être la règle. La dépression cérébrale est continue et ne procède pas par accès comme chez les neurasthéniques, qui très abattus à certains moments sont très animés dans d'autres. L'asthénie neuro-musculaire n'est pas la même non plus. Tandis que les neurasthéniques dyspeptiques et amaigris se plaignent sans cesse de leur fatigue, de leurs douleurs d'estomac, etc., les anorexiques mentales, au contraire, cherchent continuellement à donner le change et quelquefois jusqu'à la fin. La rachialgie n'existe pas.

Quant à l'atonie, il n'y en a que secondairement. Dès qu'on force les malades à manger, si la maladie n'est pas trop ancienne, on voit l'estomac et l'intestin reprendre leurs fonctions sans s'accompagner de dilatation ni d'éructation. Il n'y a pas de palpitations, de vertiges, d'asthénopie comme dans l'hystérie.

L'état psychique est absolument différent de celui des neurasthéniques. Autant ceux-ci sont guérisseurs, autant les anorexiques ne le sont pas; autant les premiers sont hypocondriaques et cherchent à se médicamenter, autant les seconds le sont peu.

Le diagnostic avec l'anorexie hystérique primitive est beaucoup plus difficile. Je ne parle pas, bien entendu, de l'anorexie secondaire qui est, grâce aux nombreux stigmates et autres accidents hystériques que présente le sujet, d'une grande facilité de diagnostic. Pour la forme primitive, au contraire, l'hésitation peut être très grande et c'est, dans certains cas, plutôt une affaire de coup d'œil que de raisonnement, et c'est alors le traitement et l'évolution qui tranche la question. Néanmoins, en se basant sur les antécédents héréditaires, névropathiques plutôt que psychopathiques, sur l'état mental antérieur du sujet, sur l'existence de quelques stigmates, tels que des points hyperesthésiques au crâne, au rachis, aux ovaires, sur l'anesthésie du pharynx, l'abolition plus ou moins complète du goût, l'anesthésie beaucoup plus marquée du creux épigastrique et de l'estomac, la brusquerie ordinaire du début, les retours inopinés d'appétit et d'alimentation, l'amaigrissement beaucoup moins rapide, la coïncidence fréquente des vomissements provoqués par un point hyperesthésique de l'estomac, les perversions et

les caprices du goût, enfin l'état mental manifestement hystérique et les troubles du caractère vis-à-vis de l'entourage, sont autant d'indices sur lesquels on peut s'appuyer pour établir l'anorexie hystérique primitive. Le traitement sert enfin de pierre de touche.

Traitement. — A une affection psychique, il convient d'opposer un traitement psychique. J'ai dit que l'hésitation était facile entre l'anorexie mentale et l'anorexie hystérique primitive. Contre cette dernière, le remède souverain et héroïque est l'isolement et l'alimentation forcée, suivant les règles que j'en ai données et qui paraissent aujourd'hui admises par les principaux auteurs. On doit donc recourir, en présence d'un cas d'anorexie mentale, à l'isolement et se comporter au début, vis-à-vis du sujet, comme s'il s'agissait d'une anorexie hystérique. Le premier point est de la faire manger. Cela est beaucoup plus facile d'ailleurs que pour une hystérique et on ne rencontre jamais la même obstination. C'est une résistance passive beaucoup plus douce, un peu analogue à celle des aliénés qu'on oblige à manger et qui le font tout en vous rendant responsable de ce qui surviendra pour eux. J'ai pour principe de leur donner une alimentation normale et variée dès le début, quitte plus tard à le modifier dans un sens ou dans l'autre. Le point capital est de les faire manger et engraisser, car avec le retour de l'embonpoint reparaît l'appétit, reviennent les forces et s'améliore l'état psychique. Si tout va bien, en trois ou quatre mois la guérison peut être en assez bonne voie pour continuer la cure dans la famille. Si l'on voit la malade manger avec ostentation, ne parler que du jour de sa sortie définitive, se fixer une limite de temps pour être guérie, il faut se défier. Elle retombera sitôt sortie. Il faut, d'ailleurs, comme pour les hystériques anorexiques, se baser sur la reprise de l'ancien embonpoint pour mettre un terme au traitement. Le moral a une influence considérable. J'ai vu plusieurs fois des malades s'arrêter d'engraisser tout en mangeant autant, parce qu'elles se croyaient à fin de traitement ou parce qu'elles comptaient décider leur famille à les retirer en les considérant malgré moi comme guéries, et se remettre à reprendre du poids dès qu'elles voyaient qu'il n'y fallait plus compter. Il faut, en outre, s'abstenir le plus possible des médicaments et en particulier des amers, des stimulants de l'appétit, etc. L'hydrothérapie froide paraît être le meilleur stimulant.

Quand, au bout de six semaines à deux mois, on voit le poids rester stationnaire, diminuer, puis augmenter légèrement, subir des oscillations au lieu de progresser et en même temps l'état mental ne pas se modifier, l'anorexie persister si le refus d'alimentation n'existe plus cependant, il vaut mieux suspendre l'isolement et prescrire un séjour de montagne, en maintenant bien entendu une surveillance rigoureuse sur l'alimentation. Je ne puis m'étendre ici sur les détails du traitement. L'isolement est la ressource suprême, mais malheureusement et contrairement à ce qui se passe dans l'hystérie, il n'amène pas toujours la guérison et il est quelquefois inutile. Ce sont alors des cas désespérés qui se terminent plus ou moins rapidement par la mort ou deviennent chroniques.

Pathogénie. — Je n'en dirai que quelques mots. Le nombre des cas que j'ai observés n'est pas assez considérable pour pouvoir édifier autre chose qu'une hypothèse. Toutefois, en me basant sur l'évolution de la maladie, sur l'état mental qui accompagne l'anorexie, sur l'influence du moral et de la volonté sur la disparition des accidents, en m'appuyant aussi sur mes recherches sur le rôle de la sensibilité de l'estomac dans la digestion et ses rapports avec le système vaso-moteur, je serais tenté de regarder l'anorexie mentale comme un trouble d'origine centrale, ayant son point de départ dans un développement anormal du système nerveux de la vie organique, épuisé spontanément à un moment donné, sans autre cause en quelque sorte que d'être incapable par usure, comme chez un vieillard, de fournir à un fonctionnement plus complet et plus long ou plus faible qu'un autre épuisé par une cause banale pour un système nerveux normal, mais contre laquelle il est impuissant à réagir. Il s'agirait donc, en somme, d'une sorte de vice de développement général, revêtant seulement à un moment donné l'aspect d'une affection gastrique qui en masque la véritable nature.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS D'OBSTÉTRIQUE, GYNÉCOLOGIE ET PÉDIATRIE

Tenu à Bordeaux du 8 *au* 14 *août* 1895.

SECTION DE PÉDIATRIE

Discussion sur les malformations du membre inférieur chez l'enfant

De quelques causes d'erreur dans le diagnostic de certaines maladies du membre inférieur chez l'enfant.

M. Bézy (Toulouse). — Sans avoir la prétention de présenter une classification complète, je ramènerai à six types les causes d'erreur de ce genre qui m'ont été révélées par ma pratique personnelle :

1° Rachitisme sans lésions osseuses apparentes sur les membres inférieurs simulant la paralysie spinale par la flaccidité et la paresse musculaire ; 2° rachitisme simulant, par des malformations des parties supérieures du fémur, la luxation double congénitale de la hanche ; 3° paralysie atrophique légère et à début insidieux, simulant une luxation congénitale unilatérale ; 4° paralysie atrophique simulant la coxalgie ; 5° pseudo-coxalgie hystérique ayant simulé la coxalgie ; 6° un enfant, qui avait simplement des malformations rachitiques des fémurs, a simulé successivement la paralysie atrophique et la luxation congénitale double de la hanche.

Le diagnostic, souvent très difficile, se fera par l'examen électrique, par l'examen méthodique du membre et de l'articulation.

Des malformations congénitales ou acquises du col fémoral.

M. Mauclaire. — Ma communication a pour but d'attirer l'attention surtout sur les changements de direction du col fémoral dans diverses affections congénitales ou acquises de l'articulation de la hanche. On sait qu'à la naissance le col fémoral existe à peine et ressemble au col anatomique de l'humérus. A l'état normal, chez l'enfant, l'angle de déclinaison est de 25 à 30° environ. Nous rappelons que cet angle est formé par deux plans, l'un vertical et transversal et passant par le grand axe de la diaphyse, l'autre transversal et oblique passant par le grand axe du col fémoral. Ces deux plans forment un angle ouvert en avant et en dedans. Chez l'adulte, les deux angles d'inclinaison et de déclinaison diminuent, le col tourne en arrière et s'abaisse légèrement.

Or, dans les cas de luxation de la hanche constatés à la naissance (cas de Bar et Lamothe, cas de Bar et Lautru, cas personnel) l'angle d'inclinaison est certainement diminué et l'angle de déclinaison paraît augmenté, la tête paraissant être en orientation antérieure exagérée. Peut-être y a-t-il là une disposition initiale qui, ultérieurement, donne lieu à la luxation congénitale comme pour les hernies inguinales congénitales et les kystes congénitaux qui ne se produisent qu'après la naissance. Dans les luxations congénitales constatées chez l'enfant et chez l'adulte, d'une manière générale, le col est en antéversion, comme le démontrent les pièces du

musée Dupuytren et celles du musée de M. Lannelongue à l'hôpital Trousseau. Outre l'antéversion, l'inflexion est aussi très fréquente. Il est difficile de préciser à quel âge se produit cette malformation; si c'est peu après la naissance, le plus souvent, ces déviations jouent peut-être un rôle dans la pathogénie de la luxation, surtout dans les cas où la direction du col est réellement antéro-postérieure.

Dans le rachitisme congénital, la tête est affaissée en bas et en dehors vers le grand trochanter; il n'existe plus de col fémoral. Dans le rachitisme infantile, c'est l'inflexion qui prédomine; souvent il y a en même temps rétrodéviation et il semble que la tête reste en subluxation en bas. La déformation peut être unilatérale et donne lieu à un raccourcissement du membre inférieur.

Dans le rachitisme tardif localisé à la hanche, on note la rétroflexion, c'est la *coxa vara* que nous avons déjà passée en revue dans le *Bulletin médical* (1895, p. 347). Ici la scoliose est consécutive à la déviation du col fémoral, mais il est des cas où c'est la déviation du col qui est secondaire à la déformation du rachis, surtout dans les cas de scoliose très marquée.

Dans la syphilis héréditaire précoce, dans l'achondroplasie, les déformations du col ne sont pas encore signalées. Dans l'ostéomalacie infantile, le col n'a plus de forme. Dans la coxo-tuberculose, dans l'ostéomyélite, les déformations peuvent être très variées. Enfin, celui-ci peut être dévié dans le genu valgum, le pied bot paralytique, etc. Je ne parlerai pas ici des déformations au cours de l'ostéomalacie sénile, de la maladie de Rogel, de l'arthrite sèche, des arthropathies nerveuses, des fractures du col chez les vieillards, etc.

Au point de vue pratique, on peut dire que, d'une manière générale, l'attitude des membres inférieurs en rotation externe ou interne, l'adduction ou l'abduction sont imposées par la déviation du grand axe du col et l'orientation de la tête fémorale et pas toujours par la contracture ou la contraction musculaire.

Ankyloses congénitales des membres inférieurs

M. Villar (Bordeaux). — J'ai opéré une petite fille réduite à l'impotence absolue par suite de l'ankylose complète des différentes articulations des membres inférieurs en flexions. Les genoux étaient immobilisés à angle droit. Je fis la résection des deux genoux de façon à rétablir la rectitude de l'axe des membres. L'articulation avait complètement disparu, et le fémur et les os de la jambe étaient réunis par une jetée osseuse continue. L'enfant, aujourd'hui, marche seule, sans béquilles.

Quelle était la pathogénie de ces ankyloses? Au dire des parents, toujours l'enfant avait été dans cet état. On pourrait penser à une compression médullaire; l'enfant portait au niveau de la colonne lombaire une tumeur osseuse qui était peut-être en relation avec les malformations des membres inférieurs.

Luxations congénitales de la hanche. Pathogénie et quelques variétés rares.

M. Lannelongue (Paris). — L'histoire des luxations congénitales présente encore de nombreuses et grandes lacunes. La pathogénie n'en est pas faite, la clinique est encore très incomplète, les règles d'un traitement sur lequel on se serait mis d'accord sont encore à tracer. Aussi est-il indispensable d'apporter de nouveaux matériaux dans chacune de ces trois directions pour arriver à clore ces divers chapitres.

Les faits que je présente ont trait à la pathogénie et à la clinique; ils ont aussi leur intérêt pratique; ils sont au nombre de trois et tous avec autopsie.

Voici un résumé de ces trois faits. Deux appartiennent à des sujets ayant marché. Le premier est celui d'une femme de trente-cinq ans, qui offre l'exemple non d'une luxation, puisque la tête n'avait pas abandonné le cotyle, mais d'une malformation de l'espèce des luxations dans laquelle on trouve une inégalité de volume considérable entre la tête du fémur et la cavité cotyloïde. La tête du fémur a suivi son développement régulier, tandis que le cotyle est resté petit; les deux tiers environ de la portion cartilagineuse de la tête ne sont pas reçus dans le cotyle. C'est un exemple d'atrophie cotyloïdienne des deux côtés tout à fait intéressant puisqu'il n'y a pas eu de luxation; il est le représentant de ces cas de transition où le développement a pu se faire et la marche s'accomplir chez le sujet en question, sans déplacement des os. Exemple d'observation très rare, chez un adulte du moins, et qui contribue à compléter la question qui m'occupe, au point de vue de la diversité des rapports de volume entre la tête fémorale et la cavité de réception. Le sujet n'était pas rachitique.

La seconde observation a trait aussi à un sujet ayant marché. C'était une fillette âgée de dix ans, morte du croup, qui présentait une luxation unilatérale en arrière avec deux particularités. La première consistait dans ce fait que la tête était placée au milieu des parties molles, ne reposant pas sur l'os iliaque; la capsule était une dépendance de l'ancienne capsule. La seconde était plus intéressante. La tête luxée avait entraîné le fibro-cartilage du sourcil cotyloïdien qui l'entourait comme un anneau et qui restait si étroitement fixé sur la tête qu'on avait de la peine à l'en séparer. La tête du fémur était très déformée; je crois que cette déformation a été la cause de la luxation du cartilage, car la tête du fémur était en quelque sorte étranglée par lui et s'élargissait au-dessus de l'étranglement.

La troisième observation doit contribuer à éclairer la pathogénie des malformations de la hanche. C'est celle d'un nouveau-né de dix jours, n'ayant pas marché, par conséquent. Sa hanche gauche présente à l'examen anatomique (on avait reconnu la déformation du vivant de l'enfant) une cavité cotyloïde rétrécie, aplatie, très atrophiée en un mot, ne pouvant contenir la tête fémorale qui vient se mettre en haut et avant sur le bord antérieur du bassin, tout en restant appliquée sur le cotyle. Il n'y a donc pas de luxation; la tête fémorale paraît d'un volume normal.

L'examen histologique montre que le cartilage du cotyle ne présente aucune différence avec le côté sain; il n'y a rien de particulier ni sous le rapport de l'épaisseur, ni sous celui de la structure; les lignes d'ossification sont normales. Il en est de même pour les têtes fémorales. Mais les muscles de la cuisse du côté de la luxation offrent le type de l'*atrophie vraie*, caractérisée par une diminution du nombre des faisceaux primitifs. Les travées conjonctives qui séparent les faisceaux secondaires sont un peu plus épaisses que du côté droit. Il n'y a aucune altération dégénérative.

En résumé l'anatomie pathologique de ce fait ne révèle que deux circonstances locales également importantes puisqu'elles sont *primitives* toutes les deux: *l'atrophie du cotyle et un peu du bassin*, l'*atrophie des muscles du membre du même côté*. Au point de vue de l'état des os, ce fait se rapproche de quelques autres, de ceux de Bar et Lamothe, et de Bar et Cautru en particulier. Mais il convient d'y ajouter le fait nouveau, constaté à la naissance, de l'atrophie musculaire qu'il faut se garder de confondre avec les altérations de la paralysie infantile, où la fibrille diminue de volume et disparaît en partie par l'envahissement d'un stroma graisseux et conjonctif. Dans notre cas, rien de pareil; le nombre des faisceaux musculaires est moindre uniquement parce qu'ils ne sont pas nés; ceux qui existent sont normaux à tous égards.

Ce double fait est important, il est probablement la règle, attendu qu'il semble qu'on le retrouve à peu près constamment sur le vivant. Sur onze faits que j'ai donnés jadis à Dupré pour sa thèse (1891), l'atrophie des muscles du membre du mollet souvent, qu'on n'y recherchait pas spécialement, est notée neuf fois dont quatre fois sur des sujets n'ayant pas marché. En tout cas ces deux atrophies osseuse et musculaire ne sauraient dépendre l'une de l'autre; elles sont donc des lésions primitives, et doivent relever d'une cause commune.

Je ne crois pas que le traumatisme fœtal puisse produire ces lésions; il faut chercher ailleurs dans l'évolution embryonnaire. On a donné comme cause des luxations de la hanche la persistance d'une attitude des membres inférieurs; mais on ne saurait expliquer par là les variétés si nombreuses de luxations *en tout sens*.

D'autre part comment l'attitude amènerait-elle l'atrophie du cotyle, du bassin et surtout l'atrophie des muscles? On ne le voit pas facilement; on ne peut même l'expliquer, surtout dans les cas où comme le précédent la tête n'a pas encore

quitté la cavité cotyloïde. Et enfin on n'explique pas aisément non plus la persistance de l'attitude. On a voulu assimiler ce qui se passe à la hanche avec le pied bot ; or les lésions sont dissemblables. Dans le pied bot il y a des surproductions osseuses; dans les malformations de la hanche ce qui domine c'est l'atrophie cotyloïdienne comme lésion primitive bien entendu. Et puis on ne saurait expliquer par les théories mécaniques précédentes l'extrême fréquence chez les filles : 87.60 0/0 contre 12.40 0/0 chez les garçons.

Il s'agit en réalité, non pas d'un arrêt de développement, comme on a l'a prétendu, mais d'un développement irrégulier, incomplet et inégal et pour le cotyle et la tête fémorale, d'une atrophie osseuse en un mot ; il s'agit aussi d'une atrophie musculaire primitive et contemporaine à celle du bassin sur laquelle on n'avait pas arrêté l'attention.

Je n'hésite pas à placer dans les centres nerveux, dans la moelle en particulier, la cause de cette double atrophie. L'hydropisie médullaire, état temporaire souvent, en est peut-être une cause commune La fréquence de cette malformation chez les filles peut s'expliquer par l'hérédité et surtout par l'influence que le sexe exerce sur le développement du bassin et des membres pelviens.

Du rôle des ligaments et des capsules articulaires sur les épiphyses pendant leur période de croissance.

M. Lannelongue (Paris). — L'examen comparatif de l'appareil ligamenteux de certaines jointures à diverses périodes, durant la période fœtale et pendant celle de la croissance des sujets, plus tard enfin à l'âge adulte, m'a suggéré que les ligaments articulaires, comme certains tendons d'ailleurs, jouent un rôle utile dans le développement des épiphyses. Toutefois, il n'a rien de comparable à celui qui est dévolu aux cartilages de ces éminences, et en réalité dans un os quelconque la fonction ostéogène reste le privilège exclusif du périoste et des cartilages. Mais, en même temps qu'on considère la croissance isolée d'une épiphyse qui aboutit à sa configuration propre, il convient de ne pas perdre de vue le développement parallèle de l'épiphyse correspondante qui, elle aussi, doit prendre une forme déterminée pour s'adapter à la première d'après un type d'articulation convenu.

Le rôle de l'appareil de conjonction des jointures, c'est-à-dire des ligaments et des capsules pendant le développement du squelette, consiste avant tout à maintenir les extrémités des os en présence en les reliant l'un à l'autre. Mais je me figure qu'il a aussi la fonction de conserver une harmonie nécessaire au jeu des articulations en dirigeant le développement dans un sens ou dans un autre, surtout en l'empêchant d'être exubérant là où il ne doit pas l'être.

Il paraît évident que la croissance est moins active là où les cartilages sont maintenus appliqués l'un contre l'autre par les ligaments; en tout cas, par le fait de ce rapport permanent, la forme de l'un doit se modeler sur celle de l'autre. Le développement a, au contraire, une activité plus grande sur les régions de l'épiphyse qui ne s'opposent plus l'une à l'autre.

Telle est sans doute, en y ajoutant certaines actions spéciales, comme celles des muscles, une des raisons de la formation de certains reliefs, des bords, des saillies.

Les tendons des muscles en s'insérant sur les épiphyses y jouent un rôle comparable, chose d'autant plus naturelle que la continuité de la fibre tendineuse des cartilages du centre d'une épiphyse en voie de développement est un fait établi. La continuité anatomique et une nutrition commune amènent un développement parallèle dans les deux organes. Les ligaments, eux aussi, se terminent dans l'os embryonnaire par des faisceaux qui se continuent sous forme de fibres de Sharpey avec la substance même de l'os.

Les deux exemples cliniques que je rapporte aujourd'hui justifient les considérations précédentes, en prouvant l'étroite relation qui existe entre certaines atrophies congénitales des os et un trouble de développement de leurs ligaments. Ils ont tous les deux trait à la rotule, os sésamoïde développé, comme on sait, au sein d'un appareil musculo-ligamenteux. Cet os, dans chacun des deux cas, a subi de l'atrophie et s'est trouvé déplacé, luxé par suite d'un raccourcissement congénital de son ligament rotulien.

Il s'agit d'un jeune garçon âgé de douze ans, conduit à l'hôpital pour des troubles particuliers de la marche. L'examen du sujet révèle du côté droit, et lorsque le membre inférieur est en demi-flexion, seulement une *luxation prétibiale de la rotule*. Le ligament rotulien n'a que huit millimètres de long, la rotule est plus petite que ce qu'elle doit être à cet âge. La luxation disparaît dans l'extension et se reproduit constamment dans la flexion.

Du côté gauche, il y a une déformation différente. Dans l'extension, rien d'apparent; dans la demi-flexion, la rotule s'enfonce beaucoup plus profondément que de coutume, elle disparaît dans l'entre-bâillement du fémur et du tibia; son sommet seul est sensible, fixé qu'il est à la tubérosité antérieure par un ligament qui n'a qu'un centimètre de longueur.

Ainsi, à droite, la rotule se place dans la flexion sur la tubérosité externe du tibia : à gauche, elle reste médiane mais elle s'enfonce dans la jointure, *déplacement cunéen*.

Ces deux déplacements n'apparaissant que dans la flexion sont intermittents; ils sont d'origine congénitale et sont produits par la brièveté du ligament rotulien. Les deux ligaments chez le sujet sont presque trois fois moins longs que chez un enfant du même âge où on en a fait la mensuration. L'un d'eux est une variété nouvelle de luxation rotulienne, l'autre est l'exagération de l'état normal; ils apportent une donnée nouvelle, l'influence ligamenteuse, à l'histoire très discutée des luxations congénitales de la rotule, dont j'ai fourni un exemple probant en 1880, à la Société de chirurgie.

Traitement opératoire de la luxation congénitale de la hanche.

M. A. Broca (Paris). — J'ai été, je crois, le premier à tenter en France, en août 1891, la cure opératoire de la luxation congénitale de la hanche, selon la méthode de Hoffa, et je suis sans doute celui qui, dans notre pays, a pratiqué le plus souvent ces interventions, puisque j'ai actuellement opéré vingt-huit fois sur vingt-cinq malades.

Je crois que la luxation congénitale de la hanche est bien congénitale, que c'est une malformation articulaire et que ce n'est pas, malgré les assertions de Verneuil, une luxation paralytique. D'autre part, l'étude de la tête fémorale et du cotyle, faite soit sur les pièces de musées, soit au cours des opérations, démontre que la réduction est en général impossible, le cotyle étant beaucoup trop petit pour recevoir la tête ; que lorsqu'elle est possible, en raison de la largeur du cotyle, c'est la contention qui est impossible, vu l'absence d'un rebord cotyloïdien capable d'arrêter la tête.

De là résulte que si par manœuvres externes — par les manœuvres de Paci par exemple — on peut chez les jeunes enfants abaisser la tête, ou bien on n'aura obtenu qu'une réduction apparente, la tête étant mise en face d'un cotyle plus petit qu'elle ; ou bien on aura réintégré la tête dans une cavité d'où elle ressortira dès que le poids du corps portera de nouveau sur la jointure malformée. Tant que le sujet, après ces manœuvres, sera maintenu en place, la difformité pourra être corrigée, mais quand on le fera de nouveau marcher peu à peu, la tête remontera, elle aussi, peu à peu. On croira d'abord volontiers à une amélioration, parce qu'au bout de longs mois on aura oublié en partie le point de départ, et aussi parce que l'ascension de la tête sera graduelle, comme elle l'avait été lorsque l'enfant avait appris à marcher. Après quoi, on retombera dans l'évolution naturelle de la lésion qui, suivant les cas et sans qu'on sache pourquoi, tantôt est supportable, tantôt conduit à l'infirmité grave, la tête se fixant dans le premier cas et restant oscillante dans le second.

Il est en effet certain que bon nombre de luxations congénitales de la hanche, unilatérales ou bilatérales, sont compatibles avec un fonctionnement convenable du membre : la tête a trouvé un point d'appui et la démarche est claudicante, mais solide. Ce qui compromet le fonctionnement, c'est l'absence de fixité de la tête, qui remonte dans la fosse iliaque à chaque appui du pied sur le sol. Alors le déhanchement est très disgracieux, la boiterie se fait en deux temps et en outre la marche n'a lieu qu'avec une fatigue extrême.

Ces malades sont presque infirmes : elles le deviennent tout à fait si la contracture des adducteurs survient ; si la

jointure en équilibre vicieux est le siège de poussées répétées d'arthrite.

Dans ces conditions, je n'ai jamais vu de traitement orthopédique donner un résultat satisfaisant et je crois qu'il faut ou bien abdiquer ou bien se résoudre à une intervention sanglante. Je pense, en outre, qu'il faudra opérer de bonne heure, lorsqu'on aura constaté au bout de quelques mois que la luxation n'a pas tendance spontanée à s'enrayer. A trop attendre, on risque de laisser le déplacement parvenir à un degré tel que la réduction opératoire devienne impossible.

L'opération consiste, dans ses grands traits, à inciser la capsule et à creuser dans l'os iliaque un cotyle profond et large, où la tête puisse être réduite. Un temps important consiste à bien libérer la capsule à ses insertions en avant et en dedans. Mais lorsque la tête est trop éloignée du cotyle, on ne peut pas l'abaisser, et la résection devient alors la seule ressource.

On obtient ainsi des résultats fonctionnels très appréciables. Dans un cas de luxation unilatérale, opéré de très bonne heure, à l'âge de deux ans, il faut y regarder de très près pour constater que l'enfant boite; les autres ont, à un degré variable, de la claudication par raideur de la hanche, mais elles marchent sans fatigue et les parents sont très satisfaits du résultat. La tête, en effet, est restée réduite et solidement fixée : je m'en suis rendu compte à l'autopsie d'une fillette morte après avoir marché pendant dix-huit mois sur la jointure opérée.

La seule objection est que cette plaie anfractueuse, où des manœuvres complexes sont souvent nécessaires, est facile à infecter et qu'en ce cas tous les opérateurs ont eu des décès. Mais quand on est bien maître de la technique, ces désastres deviennent très rares, et il convient d'ajouter qu'on est en présence d'une infirmité qui par elle-même menace indirectement la vie, en cas d'accouchement : c'est ainsi que mon élève, M. Delanglade, a pu étudier les lésions à l'âge adulte chez une femme morte en couches à la suite d'une dystocie par rétrécissement du bassin.

M. Bilhaut (Paris). — Dans la luxation congénitale de la hanche, les obstacles qui s'opposent à la réduction ne sont pas tant les pelvi-trochantériens, que le psoas iliaque et une bride fibreuse épaisse située à la partie inférieure de la capsule et dirigée parallèlement au ligament de Bertin.

Ces obstacles sont d'ailleurs indépendants des modifications osseuses, très variables chez les divers sujets.

Au point de vue du traitement, il y a lieu :

1° De recourir à la réduction manuelle précoce, c'est-à-dire dès que le diagnostic est certain ;

2° En cas d'échec, d'en venir à l'extension continue par les poids, en ayant soin de placer le malade dans le décubitus dorsal et de maintenir en abduction le membre luxé. Après quelques semaines d'extension, on tentera de nouveau la réduction sous le chloroforme ;

3° En cas d'insuccès, de recourir au traitement opératoire, qui consistera dans la section de toutes les brides qui opposent une résistance quelconque à la réduction; on agrandira, s'il est nécessaire, la cavité cotyloïde, on donnera à la tête fémorale une forme se rapprochant autant que possible de celle qui est utile au bon fonctionnement de l'articulation et on réduira les dimensions de la capsule.

M. Denucé (Bordeaux). — Je rappelle une opération de Hoffa que j'ai pratiqué en septembre 1891. J'ai revu la malade récemment et j'ai constaté que l'articulation reconstituée était solide. Il restait un peu de claudication attribuable à l'absence du col amenant un raccourcissement du fémur. Mais le tibia et le pied qui, avant l'opération, étaient atrophiés, plus petits que ceux du côté sain, ont repris leur volume normal. La lordose lombaire à complètement disparu.

Le traitement chirurgical est le seul qui puisse donner un résultat assez complet, c'est-à-dire la diminution ou la suppression de la claudication et surtout la suppression de la lordose lombaire. Les appareils orthopédiques n'ont aucune utilité. Quant au procédé opératoire, on peut être éclectique. L'incision antérieure de Lorenz conduirait plus directement sur le cotyle et permettrait de venir à bout plus facilement des obstacles à l'abaissement du fémur, quelle que fut leur nature.

M. Paul Coudray (Paris). — Le traitement opératoire des luxations de la hanche a pris dans ces dernières années, avec Hoffa et Lorenz, un essor considérable ; il semblerait, en lisant certaines publications, que tous les enfants de un à dix ans ayant des luxations congénitales doivent subir l'opération d'Hoffa. Nous pensons qu'il y a là une grande exagération.

L'opération d'Hoffa est grave, je ne suis pas le premier à le dire ; sur vingt-quatre observations dûment publiées, j'ai relevé trois morts et trois accidents septiques graves. Son degré d'efficacité est indiqué par les chiffres suivants : deux résultats très bons, presque des guérisons, dix améliorations, deux résultats nuls, quatre inconnus.

Ce sont donc des améliorations que donne l'opération ; or, les méthodes non sanglantes en donnent aussi et peut-être dans une proportion aussi grande, et sans présenter le moindre danger. C'est ainsi que la méthode de Paci a donné entre ses mains ou entre d'autres les résultats suivants : sur vingt et une observations : quatre guérisons, douze améliorations, cinq échecs.

J'ai suivi, dans un cas montré au Congrès de chirurgie en 1893, la pratique de Paci en y ajoutant les injections sclérogènes de M. Lannelongue, j'ai eu un très bon résultat confirmé après deux ans de marche. Je suis d'avis de faire précéder les manœuvres de Paci par l'extension continue à partir de cinq à six ans, et comme par le passé je crois que les injections sclérogènes aident puissamment à la formation de la néarthrose et à sa solidité.

Je ne rejette nullement l'opération sanglante, mais j'estime qu'elle ne doit être faite qu'après l'échec de la méthode dont je viens de parler, et alors elle sera facilitée par l'extension qui aura été faite préalablement.

Kirmisson a signalé comme opération palliative l'ostéotomie sous-trochantérienne pour remédier à la flexion et à l'adduction extrêmes dans les cas anciens de luxation bilatérale avec lordose énorme et gêne fonctionnelle considérable. J'ai suivi sa pratique et, dans un cas de ce genre, j'ai fait l'ostéotomie des deux côtés dans la même séance, au grand bénéfice de la malade, âgée de vingt-cinq ans.

M. Lafourcade (Bayonne). — J'ai fait une fois l'opération de Lorenz, le 5 août 1894. Il s'agissait d'une fillette de sept ans atteinte de luxation congénitale droite avec claudication très accusée. Raccourcissement de trois centimètres. Atrophie du membre. Grande facilité de tous les mouvements. La tête fémorale est dans la fosse iliaque externe.

Incision allant de l'épine iliaque antéro-supérieure à la partie inférieure du bord antérieur du trochanter. L'aponévrose du moyen fessier, le petit fessier sont traversés. La capsule est ouverte. La tête fémorale est attirée au dehors. Elle est à peu près normale. Mais le col regarde en avant et en dedans. *Il est en antéversion*. La cavité cotyloïde est exhaussée. C'est à peine si elle est appréciable.

A la curette et à la gouge, je creuse une cavité susceptible de recevoir la tête fémorale. Celle-ci est abaissée très facilement. Mais, par suite du changement de direction du col fémoral, l'introduction de la tête dans le cotyle n'est possible qu'avec l'adduction et la rotation interne du membre inférieur, situation très défectueuse. Suture au catgut des différents plans sectionnés. Pas de drainage. Appareil plâtré prenant le bassin et la face externe de la cuisse. Suites très simples. Le neuvième jour, la réunion est totale. Malgré la possibilité de faire sortir la tête de la cavité cotyloïde, je mets le membre inférieur dans une bonne situation. Quand la malade commence à marcher, le cinquantième jour, après des massages et des mouvement communiqués, la claudication existe encore, mais beaucoup moins accusée. La tête est cependant sentie dans la fosse iliaque. Il est probable que la suture et le raccourcissement de la capsule sont la cause de cette amélioration. Actuellement cette amélioration persiste encore.

De cette observation on peut conclure que chez les enfants atteints de luxation congénitale de la hanche, habitant la campagne, marchant beaucoup et de bonne heure, les modifications de la tête et du col sont précoces. L'opération devra être conseillée dès que la luxation sera reconnue, si l'enfant peut supporter une intervention assez importante.

En outre, on peut remédier aux conséquences du changement de direction du col par une modification dont j'ai eu l'idée après ma première opération. Je conseille de pratiquer

séance tenante l'*ostéotomie sous-trochantérienne*. De cette façon, la tête étant mise en place, la direction du membre inférieur sera celle que le chirurgien voudra lui donner.

M. F. Calot (Berck). — Il n'est pas absolument impossible d'arriver par des manœuvres externes à la réduction. Kirmisson y est arrivé une fois et Lorenz deux fois chez des enfants âgés de moins de quatre ans.

J'ai obtenu moi-même un succès complet, chez une fillette de Tourcoing, âgée de trois ans et demi, par les manœuvres externes. L'enfant a été, à la suite de la réduction, immobilisée pendant près de deux ans dans des appareils plâtrés. La réduction date actuellement de plus de trois ans et se maintient. L'enfant marche sans boiter.

Mais, c'est sur des centaines de luxations congénitales que ces quatres succès incontestables ont été obtenus; et toutes les autres luxations n'ont pu être réduites. Ce n'est donc pas là que se trouve la solution du problème. Elle ne se trouve pas non plus dans les méthodes qui n'amènent pas la réduction et ont pour but de fixer la tête. Sans la réduction, nous n'obtiendrons jamais que de tristes résultats; or, c'est l'intervention sanglante qui peut seule nous donner la réduction.

Des méthodes sanglantes sont presque discréditées en France. Cela tient aux trois raisons suivantes.

1° L'opération apparaît grave, si l'on s'en rapporte aux statistiques sincères;

2° La réduction peut ne pas être obtenue sans que l'on sacrifie partie ou totalité de la tête fémorale; et cette réduction ne se maintient pas;

3° Dans les cas où la réduction s'est maintenue, le résultat fonctionnel était très médiocre. La boiterie n'était pas supprimée.

Je réponds à la première objection en disant que l'opération va devenir des plus bénignes entre les mains des chirurgiens familiarisés avec la technique un peu spéciale de cette intervention. Je puis affirmer qu'on peut la faire en quinze à vingt ou trente minutes sans perte de sang.

Je l'ai faite six fois, trois fois pour les luxations congénitales; trois fois pour de vieilles luxations consécutives à la coxalgie. Le choc a été inappréciable et les suites opératoires d'une bénignité extrême dans tous les cas.

En second lieu, la réduction peut et doit toujours être obtenue sans sacrifice de la tête du fémur. La tête n'est jamais trop grande, je dirai même que plus elle est grande, plus les conditions sont bonnes pour le maintien de la réduction.

La réduction se maintiendra si la cavité creusée n'est ni trop grande, ni trop petite et si la contention du membre est bien faite dans les semaines qui suivent l'intervention.

Enfin, si le résultat fonctionnel n'a presque jamais été complet, c'est parce que les muscles ont été trop souvent sectionnés au moment de l'opération, et par l'incision antérieure on respecte tous les muscles; ou bien, encore, parce que le traitement orthopédique et gymnastique n'a pas été bien conduit ou assez longtemps continué après l'intervention.

Mon expérience personnelle n'est pas encore très étendue; mes trois opérations datent de trois mois, de quatre semaines et de trois semaines.

La première enfant marche depuis un mois sans béquilles et sans appareil et ne boite déjà plus. Les deux autres vont se lever à la cinquième ou sixième semaine; chez toutes les deux la réduction se maintient parfaite à l'heure actuelle.

Je ne crains pas de dire que les interventions sanglantes donneront aux chirurgiens prudents et expérimentés une proportion de dix-neuf guérisons orthopédiques sur vingt.

Cependant je reconnais qu'il est des cas où il serait presque impossible d'arriver à maintenir la réduction. C'est lorsque la tête est par trop atrophiée ou que le col n'existe pas ou que la tête est portée sur un plan antérieur à la diaphyse fémorale se rapprochant de l'épine iliaque. Dans les deux premiers cas, la tête aura de la tendance à sortir de la cavité dans laquelle elle n'est que si imparfaitement encastrée.

Dans le troisième, on conçoit que la tête ne pourrait rester dans la cavité cotyloïde que si la cuisse se trouvait dans une très grande rotation interne. Or, c'est là une condition défavorable à la marche. Mais à part ces cas exceptionnels heureusement, qui ne se rencontrent que de quatre à cinq fois pour cent et que l'on peut presque toujours, du reste, déterminer d'avance, les enfants atteints de luxation congénitale de la hanche pourront être guéris à l'avenir.

Du traitement du pied bot.

M. Phocas (Lille). — Le pied bot congénital demande à être traité de bonne heure. Les manipulations et les appareils les plus simples sont susceptibles de donner quelques résultats à cet âge; mais il ne faut pas trop compter sur leur action, et, pour peu que le pied bot persiste, il est nécessaire de recourir à la ténotomie sous-cutanée du tendon d'Achille suivie d'un véritable redressement forcé manuel sous le chloroforme, et de la pose d'un appareil. L'opération, ainsi conduite, donne un grand nombre de succès et peut être considérée comme l'intervention classique dans le pied bot varus congénital. En ce qui me concerne, sur un grand nombre de ténotomies suivies de redressement, je n'ai eu à enregistrer que deux succès tardifs. Le pied bot persistant sur l'enfant qui marche et le pied bot qui n'a pas été soigné peuvent être justiciables d'une opération de Phelps, c'est-à-dire de l'opération qui consiste à sectionner à ciel ouvert les parties molles du bord interne du pied et à ouvrir l'articulation médio-tarsienne. A l'heure actuelle, pour peu que le pied bot ne me paraisse pas corrigé par le Phelps, je n'hésite plus à pratiquer l'astragalectomie et la résection de la malléole externe. J'en suis arrivé à commencer l'opération par l'astragalectomie, quitte à achever la correction par une petite section à la Phelps.

Les pieds bots paralytiques se divisent en pieds fixes et pieds ballants. Les premiers sont déviés en varus équin, valgus, talus. L'équinisme est toujours corrigé par la ténotomie que, dans ce cas, je pratique à ciel ouvert, de manière à la faire suivre d'une suture des deux bouts. Je pratique, en un mot, l'allongement tendineux.

Le talus fixe doit être combattu par le raccourcissement du tendon, que j'exécute par un procédé opératoire spécial : ce procédé consiste à mincir le tendon pour le replier; je fais ici un véritable avancement tendineux.

Contre les pieds paralytiques varus, j'ai employé cinq fois le Phelps et je lui reconnais une supériorité marquée sur l'opération analogue dirigée contre le pied bot congénital.

Les pieds ballants traités par l'arthrodèse tibio-tarsienne m'ont donné de bons résultats, mais j'ai bien rarement obtenu l'ankylose; je fais, à l'heure actuelle, la suture osseuse au fil d'argent.

Voici quels sont les résultats de ma statistique personnelle; j'ai pratiqué dix opérations de Phelps pures, avec huit bons résultats et deux insuccès; huit opérations complexes (astragalectomie, résections de la malléole et Phelps) avec huit beaux résultats; deux ablations de l'astragale (pied bot traumatique et pied bot paralytique); deux tarsectomies internes (pied bot valgus paralytique). Je n'ai jamais vu survenir de complications opératoires.

Résultats éloignés de la tarsectomie postérieure cunéiforme dans le traitement des pieds bots varus équins congénitaux anciens.

M. Gross (Nancy). — Je considère que le traitement de choix dans les pieds bots varus équins congénitaux anciens est l'extirpation de l'astragale avec résection complémentaire de la grande apophyse du calcanéum. J'ai exposé ailleurs les considérations anatomo-pathologiques sur lesquelles se base mon procédé opératoire (Voir *Mercredi médical*, 1891, p. 174). L'équinisme qui résulte de la subluxation en avant de l'astragale, irréductible par disproportion du diamètre transverse de la poulie et de celui de la mortaise tibio-péronière, ne peut être corrigé que par la résection de l'astragale. La suppression du col incurvé de cet os et la résection de la partie antérieure du calcanéum remédient à l'adduction, à l'inflexion et à la torsion de l'avant-pied. Quant à celui-ci, il est inutile d'y toucher. Il sera toujours indiqué de faire les ténotomies et les aponévrotomies nécessaires pour lever les obstacles provenant des parties molles. L'opération telle que je la comprends réunit les avantages de l'astragalectomie et de la tarsectomie cunéiforme médiotarsienne. Elle évite les résections tarsiennes étendues.

J'ai fait dix-neuf opérations de tarsectomie pour pieds bots anciens sur quatorze sujets. Chez quatre, il n'y a eu qu'astra-

galectomie, chez les dix autres tarsectomie postérieure cunéiforme. Les opérations ont été pratiquées sur des sujets de quatre à seize ans, qui presque tous avaient subi des traitements orthopédiques antérieurs. Elles datent, les plus récentes de quelques mois, la plus ancienne de neuf ans. La plupart des opérés ont été revus récemment.

Les résultats définitifs sont à examiner au point de vue du maintien de la correction et des risques de récidive, de la restitution des fonctions du pied, de l'influence de l'opération sur le développement ultérieur de l'extrémité.

En éliminant deux cas trop récents pour entrer en ligne de compte et un opéré perdu de vue, je compte sept observations avec treize opérations de tarsectomie cunéiforme postérieure. Chez tous les malades, la correction de la position du pied s'est maintenue; il n'y a plus d'équinisme. Au point de vue de la forme du pied, elle est défectueuse dans trois cas; chez un enfant devenu idiot et épileptique, chez deux autres où étaient survenus des accidents de suppuration (opérations pratiquées à une époque où l'asepsie était encore défectueuse).

Enfin, chez quatre sujets (deux pieds bots simples, deux pieds bots doubles, c'est-à-dire six opérations), la restitution de la forme du pied est irréprochable. Il en est de même de la fonction. Quant à l'influence de l'opération sur le développement ultérieur du pied, elle semble minime; le rapport entre les dimensions des pieds opérés et celles des pieds sains correspondants est resté le même après qu'avant l'opération.

Anatomie et traitement des pieds bots.

M. Mauclaire (Paris). — Il nous a paru intéressant de rapporter les données anatomiques que nous avons constatées au cours de la dissection de plusieurs variétés de pied bot.

Il s'agit d'un spina-bifida avec double pied bot varus talus et luxation coxo-fémorale double et sus-cotyloïdienne. Au niveau du spina-bifida quelques filets nerveux seulement aboutissaient à l'ombilic de la tumeur, le reste de la queue de cheval avait son trajet normal. Quant aux deux pieds bots, les deux lésions étant symétriques a droite et à gauche, il s'agit tout simplement d'un renversement total en dehors de l'astragale tel que la face interne de celui-ci est devenue supérieure et articulaire avec la musculature tibiale. Tous ces changements de direction des os du pied sont sous la dépendance de la rotation astragalienne. La lésion étant symétrique, il est difficile de dire s'il y a atrophie musculaire.

La luxation congénitale de la hanche est sus-cotyloïdienne, la cavité déshabitée est normale, la capsule articulaire est très longue et s'insère au pourtour de la néo-cavité en haut, au sourcil cotyloïdien en bas. Le ligament rond est très long. L'orientation de la tête fémorale paraît être en antéversion exagérée.

En somme, cette coïncidence de trois malformations observées chez le même sujet à la naissance nous paraît montrer que toutes trois ont la même cause, mais celle-ci est bien difficile à préciser, qu'elle soit mécanique, osseuse ou nerveuse. Celle-ci est bien probable dans ce cas.

Le deuxième cas est un pied bot varus équin type. Les os présentaient les changements de formes classiques. Entre autres déformations je signalerai la cale externe de l'astragale de Nélaton, l'existence d'une véritable face postérieure à l'astragale, la formation d'ecchondrose sur la partie externe de la face antérieure du calcanéum. Sur cette « cale calcanéenne » venait butter la face postérieure très oblique du calcanéum dans les efforts de la réduction. Enfin en dedans existait symétriquement une « cale scaphoïdienne » formée par le tubercule interne hypertrophié du scaphoïde. Je passe sur les autres lésions osseuses classiques.

Pied bot varus équin à varus prédominant. Les changements de direction des os étaient peu classiques. Les lésions osseuses étaient peu marquées, sauf une sorte d'exostose au niveau de l'extrémité antérieure de la face supérieure du calcanéum. Il existe, en outre, une autre hyperostose au niveau de la face inférieure du premier cunéiforme avec ankylose osseuse entre les cunéiformes et les métatarsiens. Ici donc pas de cales astragalienne, calcanéenne ou scaphoïdienne. Pour une même déviation les lésions peuvent donc être bien différentes, et porter soit sur les ligaments, soit sur les muscles comme nous allons le voir dans le cas suivant :

Pied bot varus équin gauche. En essayant de réduire je m'attendais ici à des lésions osseuses étendues, or à la dissection il n'en existait aucune au point de vue de la forme des os et la section des parties molles au niveau de la médiotarsienne, c'est-à-dire le Phelps, fit disparaître complètement la déformation.

Telles sont les données anatomiques ; elles serviront peut-être plus tard à expliquer la pathogénie de différentes variétés des pieds-bots quand la pathologie du fœtus sera mieux connue.

De l'ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur.

M. Demons (Bordeaux). — L'ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur me paraît plus fréquente qu'on ne le croit généralement. Elle peut offrir de grandes difficultés au point de vue du diagnostic et nécessiter des opérations qui ne doivent être ni négligées ni retardées. Tantôt elle frappe le col de l'os dans sa portion intra-articulaire : alors elle est prise souvent pour une arthrite ; tantôt elle siège en dehors de l'articulation au niveau ou au-dessous des trochanters, et, dans ce cas, on croit souvent avoir affaire à une coxalgie, du moins quand l'affection est subaiguë ou chronique. Je suis convaincu que beaucoup de malades de cette catégorie ont été soignés comme étant atteints de coxo-tuberculose. J'ai recueilli, à l'appui de mon opinion, un certain nombre d'observations personnelles, espérant qu'elle sera confirmée et élargie par mes collègues et je fais en particulier appel à M. Lannelongue et à M. Broca.

Dans un de ces cas, je trouvai chez un jeune homme de seize ans, traité pour une arthrite rhumatismale, l'articulation coxo-fémorale remplie de pus, le col ramolli par la suppuration et la calotte de la tête complètement détachée. Une résection de la hanche guérit le malade.

Un autre cas est relatif à un enfant de trois ans, atteint d'une ostéomyélite suraiguë de l'extrémité supérieure du fémur, au-dessous des trochanters, survenue à la suite d'une petite plaie de la jambe. A ce propos, j'insiste sur la fréquence naguère méconnue de l'ostéomyélite sur les tout petits enfants, fréquence bien mise en lumière récemment par M. Broca et son élève M. Braquehaye.

M. Aug. Broca. — Le cas de M. Demons répond à une des formes de ce qu'on peut appeler *ostéomyélite de la hanche*. Les lésions osseuses peuvent, en effet, exister soit du côté du fémur, soit du côté de l'os iliaque, et la distinction est très difficile en clinique. Ces ostéomyélites sont souvent méconnues et donnent parfois lieu à de grosses erreurs de diagnostic. Dans l'ostéomyélite de la tête fémorale comme dans celle du cartilage en Y, la participation de la jointure est la règle, ce qui s'explique bien par les rapports de la tête fémorale et de l'épiphyse. D'après mon expérience, l'ostéomyélite de la tête fémorale est loin d'être rare. Subaiguë, elle est quelquefois prise pour une coxalgie. La tête fémorale peut être décollée ; à la suite de ce décollement le col peut se luxer, et l'on comprend que des cas semblables aient pu être pris pour des luxations congénitales de la hanche.

Quant au jeune âge des malades, il est loin d'être incompatible avec l'existence d'une ostéomyélite. J'en ai observé une quarantaine de cas au-dessous de deux ans. Il semble même que cet âge de deux ans prédispose à l'ostéomyélite, qui est plus rare dans les trois ou quatre années suivantes. L'ostéomyélite des tout jeunes enfants me semble se différencier de celle des adolescents par quelques points : elle est, en général, ou très grave, amenant la mort en deux ou trois jours, ou très bénigne, ne laissant que peu de lésions à sa suite. Elle est, de plus, souvent causée par le streptocoque ou le pneumocoque, la présence du staphylocoque y étant moins fréquente que chez l'adolescent.

M. Lannelongue. — Je partage l'avis de M. Broca sur la fréquence de l'ostéomyélite dans le premier âge ; les idées émises par Gosselin sur ce sujet paraissent infirmées par l'observation clinique. J'ai publié deux cas se rapportant à des enfants de huit et de quinze jours.

Quant au siège de la lésion sur le fémur, je n'admets pas

que toutes les ostéomyélites de la région de la hanche soient intra-articulaires; il en existe d'extra-articulaires siégeant au niveau du grand et du petit trochanters, et ces cas sont les plus fréquents. Dans la localisation intra-articulaire il peut se produire une séparation complète entre la diaphyse et l'épiphyse, et, comme l'a dit M. Broca, il n'est pas extraordinaire que ces cas aient été pris pour des luxations congénitales de la hanche. Un diagnostic précis est, en effet, bien difficile quand tous les accidents restent limités autour de la hanche. C'est sur la douleur occasionnée par les mouvements du fémur qu'on se basera surtout pour diagnostiquer une lésion de l'os iliaque.

Comme je l'ai conseillé pour toutes les ostéomyélites, on doit intervenir le plus tôt et le plus largement possible dans celles de la hanche. Il ne faut pas hésiter à ouvrir l'articulation dans les cas d'ostéomyélite intra-articulaire, de trépaner l'os dans ceux où le fémur est atteint : il s'agit, en effet, d'une affection très grave. Dans un cas, j'ai été conduit à pratiquer l'amputation de la cuisse, et dans un autre la désarticulation de la hanche.

La nécessité de l'intervention est confirmée par la longue durée de l'ostéomyélite passée à l'état chronique, et par ses fâcheuses conséquences, dont plusieurs sont encore peu connues. Je citerai, à ce sujet, les exemples suivants :

J'ai vu un vieillard âgé de quatre-vingt-cinq ans, qui avait été soigné, à l'âge de cinq ans, pour une coxalgie, et chez lequel il s'était agi d'une ostéomyélite. Il était porteur d'un séquestre du fémur. Malgré son âge, je l'opérai et il guérit.

Je vis, une autre fois, trois enfants, atteints tous trois d'exostoses multiples, et nés d'un père soigné dans son enfance pour une coxalgie. Le premier enfant, une fille, avait une exostose volumineuse à un doigt, que j'enlevai ; elle en présentait d'autres, d'ailleurs, plus petites et moins gênantes, disséminées sur tout le corps ainsi que son frère et sa sœur. J'examinai un jour le père : la région de la hanche était couverte par les orifices d'une dizaine ou d'une quinzaine de fistules. Quel ne fut pas mon étonnement quand, après avoir introduit le doigt dans un de ces trajets fistuleux, je sentis la présence d'un volumineux séquestre constitué par l'os iliaque presque entier ! Je proposai une intervention chirurgicale ; elle fut repoussée, et, peu de temps après, ce malade mourait avec tous les signes d'une artériosclérose due à une infection chronique par le staphylocoque.

J'ai observé d'autres cas d'exostoses chez des enfants issus de parents qui avaient été atteints d'ostéomyélite.

Je citerai, en terminant, celui d'une fillette, qui présentait une volumineuse exostose au niveau de l'extrémité inférieure du fémur, et dont le père avait été frappé d'ostéomyélite dans son jeune âge.

Il faut donc toujours intervenir dès que l'ostéomyélite est soupçonnée : d'abord pour parer aux graves accidents de la période aiguë ; puis, pour éviter l'établissement d'une ostéomyélite chronique, dangereuse pour le malade pendant tout le temps qu'il en est porteur, et fâcheuse peut-être pour ses descendants.

Ictère bronzé hémaphéique du nouveau-né.

MM. Baumel et Boiadjieff (Montpellier). — Chez un enfant né avant terme, et après une hémorrhagie survenue chez sa mère quelques jours avant l'accouchement, nous avons constaté le troisième jour après la naissance que les urines produisaient sur les langes des taches vineuses au centre, noires à la périphérie. La peau était bronzée, les sclérotiques jaunes et ecchymotiques. Les urines furent alternativement colorées en rouge violet, bleu noirâtre et jaune à plusieurs reprises pendant le premier mois de la vie ; elles ne contenaient ni hémoglobine, ni méthémoglobine, ni hématine, mais de l'indican. L'enfant guérit ; il est aujourd'hui âgé de huit mois et bien portant.

Le foie, organe le plus artérialisé, par suite le plus oxygéné chez les fœtus, semble, dans ce cas, n'avoir pas pu transformer en bilirubine les produits de destruction de l'hémoglobine par le fait d'une oxygénation incomplète résultant de l'hémorrhagie utérine ou du décollement placentaire survenu chez la mère.

L'hémaphéisme relatif par fonction incomplète du foie me paraît devoir être maintenu.

L'ictère des nouveau-nés, surtout marqué chez les enfants nés en faiblesse congénitale, a subi dans l'espèce une aggravation plus grande encore du fait de l'hémorrhagie qui a précédé l'accouchement prématuré ; d'où la nécessité dans tous les cas d'ictère, de rechercher la réaction de Gmelin ou des éléments biliaires, mais aussi celle des divers pigments (rouge brun en particulier), de l'indican, etc., répondant à autant de variétés de la maladie-syndrome.

Flexion congénitale du petit doigt.

M. Coudray (Paris). — La flexion congénitale du petit doigt (flexion dans d'articulation de la première avec la deuxième phalange), qui habituellement constitue une malformation sans importance, s'exagère parfois avec l'âge (quinze à vingt-cinq ans) et devient très gênante nécessitant une intervention.

Chez une jeune fille de dix-neuf ans atteinte de cette affection avec flexion à angle droit et fixité de l'articulation, j'ai pratiqué au mois d'octobre dernier la résection de l'article. Le résultat a été très satisfaisant, et la jeune fille, que j'ai revue le 29 juillet 1895, se sert aujourd'hui de son doigt, bien que raccourci, comme s'il était normal.

La pathogénie de cette affection est controversée. Tamplin incrimine une brièveté de la peau palmaire. Adams pense à une insuffisance des interosseux et lombricaux qui ont pour action d'étendre les deux dernières phalanges sur la première. D'après ce qu'il m'a été donné d'observer, je serais plutôt disposé à admettre une malformation articulaire primitive.

Traitement de la coqueluche.

M. Martinez Vargas (Barcelone) lit une note sur les bons effets qu'il a obtenus dans le traitement de la coqueluche par le chlorhydrate de phénocolle. Dans quelques cas, deux jours après le début du traitement, le nombre des quintes de toux avait considérablement diminué.

Un cas de tumeur gazeuse du cou chez l'enfant.

Dr Bezy (Toulouse). — J'ai vu, en février dernier, un enfant de trois mois porteur d'une tumeur gazeuse du cou, donnant la sensation de la neige froissée, et à l'auscultation présentant des râles crépitants isochrones aux mouvements respiratoires. Le début paraît remonter à une crise d'étouffement au cours d'une bronchite. On a fait quelques mouchetures et il a bien guéri ; il s'gissait d'emphysème sous-cutané d'origine pulmonaire.

J'ai fait à ce sujet quelques recherches, et j'ai trouvé trois mémoires importants dus à Natalis Guillot, à Ozanam et à Henri Oger (*Arch. gén. de méd.* 1853, 1854 et 1862); j'ai trouvé aussi des cas analogues cités par Richardière (*Méd. mod.*, 7 avril 1894), Gibson (*The Lancet*, 8 octobre 1894), Varnali (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, mai 1894).

De ce fait et des études citées je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes : l'emphysème sous-cutané dû à une rupture pulmonaire, chez l'enfant, mérite une place plus importante que celle qui lui est faite dans les traités classiques de pédiatrie. Son pronostic très variable est subordonné à la lésion initiale. Le traitement par les mouchetures a quelquefois donné de bons résultats et ne doit être employé que si la resorption ne se fait pas naturellement. L'anatomie pathologique demande d'autres recherches, notamment en ce qui touche la question de savoir s'il est dû à un état spécial du poumon chez l'enfant ou à la fréquence des accidents respiratoires à cet âge.

De l'extension continue dans les affections du rachis

M. Piéchaud. — L'extension est faite avec un tube en caoutchouc. On applique ensuite un corset qui ne prend pas point d'appui sur le thorax et qui est attaché à la tête du lit par deux lacs extenseurs.

Cet appareil peut s'appliquer sur le lit ou sur une planche ou claie, et l'enfant peut être promené au grand air.

M. Lannelongue. — La gouttière de Bonnet a eu de grands avantages, mais ses principes sont défectueux, l'enfant est immobilisé en mauvaise position. En effet, l'enfant doit reposer sur un plan exactement horizontal et qui ne

s'enfonce pas. Or la gouttière forme un angle ouvert en haut, et l'extension ne peut être faite dans l'horizontalité.

De plus, il est impossible de tenir l'appareil propre et inodore. M. Lannelongue préfère une planche matelassée ; l'extension est faite par un bandage de corps qui entoure le thorax et qui est fixé en haut et en bas par des lacs. Il faut donc des appareils à découvert pour que la propreté soit parfaite.

Du tremblement chez l'enfant.

MM. Baumel et Boïadjieff (Montpellier). — Enfant d'alcoolique. Chute à l'âge de dix ans sur le côté droit. On notait une légère hyperostose; depuis, le tremblement est continu, exagéré le matin quand il se levait. Rétrécissement visuel, mais pas semblable à celui des hystériques, des ataxiques, etc. : il y a interversion des couleurs. C'est de l'hystéro-traumatisme. Actuellement, par le simple séjour à l'hôpital, l'amélioration est évidente.

Trois thyrotomies chez le même sujet.

M. Demons (Bordeaux). — L'enfant avait mis dans sa bouche un objet en plomb qui se fragmenta. Un des fragments pénétra dans la cavité laryngienne. On fit la thyrotomie et le corps étranger fut enlevé facilement. Mais, peu de temps après, en voulant enlever la canule on reconnut l'existence d'une cicatrice entre les deux cordes vocales. Deuxième thyrotomie pour sectionner la bride cicatricielle ; mais, après avoir écarté les deux valves, on ne voit plus la cicatrice antéro-postérieure. La dyspnée persista. Nouvelle thyrotomie, et on trouva au-dessous des cordes vocales la bride antéro-postérieure. Guérison.

Les trois fois l'opération a été très simple ; il faut la préférer aux tentatives d'extraction par les voies naturelles.

Un cas de diphthérie avec bacille de Lœffler associé au staphylocoque, guéri après une injection unique de sérum antidiphthérique.

M. Négrié. — Je fus appelé, en mai dernier, auprès d'un enfant de trois ans et demi, qui se plaignait de la gorge depuis la veille au soir. Voici le résumé de mon observation : je constate, à mon arrivée, sur l'amygdale gauche, trois petites fausses membranes, minces, brunâtres, adhérentes. Sur l'amygdale droite existe une petite plaque analogue ; les ganglions sous-maxillaires sont tuméfiés et douloureux. La fièvre est légère. Le soir, les exsudats ayant augmenté d'étendue, je pratique une injection de quinze centimètres cubes de sérum antidiphthérique, en même temps que j'ensemence deux tubes à culture avec des parcelles de fausses membranes; l'injection n'est pas douloureuse. Six heures après, les membranes paraissent plus blanches, plus épaisses, comme soulevées.

Le lendemain, je note une élévation de température (38°9), mais il n'y a pas d'albumine dans les urines ; les fausses membranes se détachent, puis la température s'abaisse, et cinq jours après le début des accidents les membranes ont disparu.

Les accidents qui peuvent être mis sur le compte de l'injection ont été bénins ; la température n'a pas dépassé 39° après l'injection ; l'enfant a accusé quelques douleurs articulaires au niveau des épaules, des coudes et des genoux, qui n'ont duré qu'un jour. Si je note une éruption d'érythème ortié au niveau de la piqûre, j'en aurai fini avec l'énumération des troubles causés par l'action du sérum injecté.

Comme traitement local, je n'ai employé que les irrigations nasales et buccales d'eau boriquée; le traitement général a consisté en toniques et en une alimentation substantielle.

Les résultats de l'examen bactériologique des tubes ensemencés ont confirmé mon diagnostic de diphthérie (bacille de Lœffler et staphylocoques).

Je crois donc avoir agi avec prudence en pratiquant une injection de sérum avant de connaître le diagnostic bactériologique, et je conclurai de cette observation qu'une diphthérie produite par l'association du bacille de Loefler et du staphylocoque, par conséquent grave, traitée au début, peut guérir par une seule injection de sérum.

La sérothérapie de la diphthérie à Madrid.

M. Julio Robert (Madrid). — Je désire vous démontrer l'heureuse influence de la sérothérapie de la diphthérie à Madrid. Pour ce faire, j'aurai recours aux chiffres en esquissant l'épidémie diphthérique dont la capitale de l'Espagne a été le théâtre pendant dix ans, d'après les relevés officiels.

La moyenne des décès occasionnés par la diphthérie s'élève à douze mille pour toute l'Espagne.

A Madrid, la moyenne des décès, inférieure à deux cents avant 1882, atteint cette année-là le chiffre de cinq cent quatre-vingt-sept. En 1886, elle tue mille cinq cent quatre-vingt-sept personnes. En 1887, le nombre de morts diminue (mille quarante et un décès); en 1889, il tombe à sept cent soixante-trois, et en 1891, à cinq cent quatorze.

Cette poussée épidémique a duré dix ans et a tué à Madrid près de dix mille enfants. L'Autriche seule a présenté à cette époque une mortalité diphthérique supérieure à celle de l'Espagne.

Depuis 1891, la mortalité a sensiblement diminué. En 1892, on constate deux cent quatre-vingt-sept décès diphthériques en 1893, on note cent quatre-vingt-seize décès, et deux cent soixante-trois en 1894. La diphthérie est donc actuellement endémique à Madrid, comme dans la plupart des capitales de l'Europe, et la mortalité a depuis quinze ans oscillé entre 80 et 86 0/0 des cas observés.

Voici maintenant de quelle façon remarquable l'emploi du sérum antidiphthérique a diminué cette mortalité. La statistique suivante commence au mois de janvier dernier et comprend indistinctement trente croups et trente-neuf angines observés jusqu'à la fin de juillet.

Sur ce chiffre total de soixante-neuf diphthériques, il y a eu neuf morts, soit une proportion de 13 0/0.

Si on retranche quatre cas de mort survenus moins de vingt-quatre heures après l'injection, on trouve une mortalité de 7.70 0/0, proportion complètement inconnue à Madrid avant la sérothérapie.

En terminant, je dois dire que l'âge du sérum m'a semblé avoir une certaine action sur les érythèmes polymorphes appelés sérothérapiques, comme précocité et intensité. Aussi, en attendant que l'accord soit mieux fait sur l'origine de ces urticaires, conseillons-nous toujours l'emploi du sérum aussi frais que possible.

Sur la sérothérapie de la diphthérie.

MM. R. Saint-Philippe et **Tocheport** (Bordeaux). — Nous avons observé et traité par le sérum soixante-dix enfants à l'hôpital de Bordeaux ; six seulement sont morts de broncho-pneumonie, dont deux âgés de moins d'un an.

Nous avons suivi la technique classique et n'avons eu à noter qu'un accident, un phlegmon diffus de la paroi abdominale chez un enfant atteint de diphthérie septique et gangreneuse.

Deux fois, nous avons constaté le bacille de Loeffler dans une angine, au début de la scarlatine ; dans ces deux cas, les injections ont eu grand'peine à triompher des fausses membranes qui ont persisté plus de douze jours.

Nous avons constaté chez quatre enfants l'aspect clinique de la diphthérie, alors qu'il ne s'agissait que de streptocoques ; deux de ces enfants ont dû subir la trachéotomie.

Le traitement par le sérum a fait diminuer d'une façon incontestable le nombre des trachéotomies; il a abaissé la mortalité de 20 à 10 et même 9 0/0.

Les conditions favorables dans lesquelles se trouvent les enfants dans le pavillon de Bordeaux, la bénignité relative à la diphthérie bordelaise expliquent encore les bons effets obtenus.

De la réalité des accidents de la sérothérapie.

M. A. Moussous. — Malgré les excellents résultats que la sérothérapie donne dans le traitement de la diphthérie, cette méthode est en butte à beaucoup de critiques; on la charge de bien des méfaits et, pour la défendre, d'autres auteurs l'innocentent de tout inconvénient.

Les accidents locaux au niveau de la piqûre, l'albuminurie, les troubles cardiaques, voire même les arthropathies sont des faits d'une interprétation trop difficile pour pouvoir servir utilement à la mise en lumière de la vérité.

L'étude des érythèmes peut, au contraire, être avantageusement utilisée dans ce but.

J'ai constaté, sur huit cas où j'ai employé la sérothérapie, huit érythèmes. Ces érythèmes sont de durée et d'apparence très variables, disposés toujours symétriquement.

J'ai noté quatre cas d'érythème morbilleux, dont deux généralisés et deux limités à la face; un érythème scarlatiniforme suivi d'un érythème morbilleux; deux érythèmes ortiés; un cas où se succédèrent des pétéchies, un érythème scarlatiniforme, un érythème morbilleux, un érythème ortié.

Les manifestations cutanées sont de courte durée; elles persistent trois à quatre jours. Elles se produisent du sixième au quinzième jour après l'injection ou les injections de sérum. Ces érythèmes sont incontestablement dus à la sérothérapie. Il ne faut donc pas nier ce côté fâcheux de la méthode, qui peut avoir aussi d'autres inconvénients, mais dont les avantages sont incontestablement supérieurs à ces derniers.

M. Bézy. — La diphthérie m'a semblé moins grave en été qu'en hiver à Toulouse. Je citerai le cas d'un enfant atteint, en été, d'une diphthérie dont les cultures et l'inoculation au cobaye ont montré la gravité, et qui guérit sans injection de sérum. S'agit-il d'une moindre virulence du microbe à cette époque de l'année, ou, comme semble le démontrer l'exemple que je viens de citer, d'une plus grande résistance de l'organisme?

M. R. Saint-Philippe. — J'ai fait la même remarque à Bordeaux; la diphthérie m'a semblé y présenter une gravité exceptionnelle en hiver, au moment des épidémies d'influenza.

M. J. Robert. — M. Bézy cite le cas d'un enfant guéri sans injection de sérum. Il ne faut pas trop compter sur cette heureuse terminaison, et, comme je l'ai dit dans ma communication, la sérothérapie est un moyen qu'on doit mettre en œuvre dans tous les cas.

M. A. Moussous. — Je partage l'avis de M. Robert, mais je tiens à rappeler que les guérisons de diphthérie, avant la sérothérapie, étaient fréquentes à Bordeaux. J'ai du reste communiqué l'an dernier avec M. Rocaz, une statistique dans laquelle la guérison atteignait la proportion de 65 0/0.

M. R. Saint-Philippe. — Toutes les médications ont leurs inconvénients. Ceux de la sérothérapie ne doivent pas nous la faire rejeter. J'estime, au contraire, qu'on doit l'employer dès le début des accidents.

M. Martinez Vargas (Barcelone). — J'ai constaté, moi aussi, plusieurs accidents cutanés imputables à la sérothérapie, mais ils ont tous disparu très rapidement.

Bec-de-lièvre complexe; résection sous-périostée du lobule incisif.

M. Piéchaud (Bordeaux). — Le procédé dont je vais vous entretenir ne vaut pas la résection sous-périostée de la cloison suivie de la réduction de l'os incisif intact, mais je crois qu'il est avantageusement applicable dans les cas — exceptionnels, il est vrai — où le volume excessif du lobule et le rapprochement des deux maxillaires supérieurs s'opposent à la réduction après résection de la cloison.

Nous savons que l'ablation du lobule incisif expose les sujets à des déformations consécutives, telles que la saillie du menton après retrait des maxillaires supérieurs. Mais n'est-il pas possible d'éviter ce grave inconvénient en respectant le périoste, c'est-à-dire en pratiquant une résection totale de l'os et laissant intacte sa gangue périostique? La présence d'un noyau osseux solide entre les deux maxillaires écartés pourra s'opposer au rapprochement des os voisins, et le retrait des mâchoires supérieures n'aura pas lieu.

J'ai appliqué ce procédé dans deux cas, mais l'opération est trop récente pour pouvoir juger des résultats; en outre, le nombre des opérés est encore trop restreint pour qu'il soit possible de formuler des conclusions définitives.

M. Lannelongue. — Je crois préférable de respecter le lobule médian. Je sais bien qu'il se reforme dans la résection sous-périostée. Mais on sacrifie ainsi les dents : cela me paraît une perte importante, car ce manque de dents, joint à la mobilité du lobule médian, compromet beaucoup la mastication. Dans les cas où le lobule a des dimensions trop considérables pour pouvoir être respecté, je le résèque de chaque côté et le fixe ensuite, à l'aide d'une suture osseuse, aux deux maxillaires. J'obtiens ainsi plus de solidité et la conservation d'un certain nombre de dents, quelquefois même de quatre dents, malgré la résection, car on en observe parfois un nombre supplémentaire sur le lobule médian. J'ajouterai qu'au point de vue de l'esthétique les résultats fournis par cette méthode m'ont toujours paru satisfaisants.

Exstrophie de la vessie.

M. Pousson (Bordeaux). — L'avantage du procédé de M. Segond pour l'opération de l'exstrophie de la vessie, c'est qu'il permet de faire sinon un vrai réservoir, au moins une gouttière vésico-uréthrale avec des tissus muqueux. M. Piéchaud et moi avons mis deux fois ce procédé en pratique; il a échoué, le lambeau vésical s'étant sphacélé. La minceur de ce lambeau constitue en effet le côté par lequel pèche le procédé de Segond, qui recommande bien de ne pas pénétrer dans la cavité péritonéale. C'est pour obvier aux chances de gangrène vésicale que je propose de tailler le lambeau, non pas seulement aux dépens de la tunique muqueuse et musculaire, mais encore aux dépens du péritoine lui-même. La brèche ainsi créée, faite dans le but de détourner le cours de l'urine, est facile à combler et ne saurait constituer une objection à ma proposition.

Pénis double en apparence.

M. Lannelongue (Bordeaux). — Il y a quelques années, une mère nous amena son enfant à la consultation de l'hôpital, et, quand elle le découvrit, nous le vîmes uriner à la fois par un appendice ombilical comparable à un pénis et par la vraie verge qui était à sa place. Il s'échappait par les deux organes un véritable jet d'urine, et le jet ombilical décrivait une courbe de plus de 30 centimètres de diamètre. La surprise passée, la réflexion me fit faire un diagnostic rapide, que l'autopsie a du reste confirmé. En réalité, cet enfant avait une hernie ombilicale produite par la persistance de l'ouraque; de là une fistule urinaire remontant à une époque qu'il était indispensable de bien établir pour en tirer une conséquence pratique. La mère, en effet, nous raconta que chez cet enfant, âgé de trois mois au moment où elle nous le présentait, la fistule ne s'était produite qu'à la chute du cordon ombilical, fait important au point de vue pathogénique.

L'enfant ayant succombé à une bronchopeumonie au bout de quelques jours, j'en fis l'autopsie. La vessie fut injectée et je constatai ainsi qu'elle se continuait par un canal large comme l'index, qui était l'ouraque, jusqu'à l'ombilic. Ce canal se prolongeait dans l'appendice extérieur, où il s'ouvrait par un méat oblique ressemblant au méat urinaire. En voyant les pièces, que j'ai conservées, on comprend aisément que les contractions vésicales pour la miction pussent déterminer un courant dans les deux sens, ombilical et uréthral : de là, le double jet qu'offrait cet enfant de temps en temps. On peut s'expliquer aussi facilement que l'anneau musculo-élastique de l'ombilic ait pu remplir l'office d'un sphincter et empêcher la miction de se faire par cet orifice dans la plupart des cas où le sujet éprouvait le besoin d'uriner par l'urèthre normal.

Cette observation montre une fois de plus la nécessité de ne procéder à la ligature du cordon qu'après s'être bien assuré qu'il n'y a aucune hernie dans la tige funiculaire.

L'empyème des enfants.

M. Martinez Vargas (Barcelone). — J'ai eu l'occasion d'observer cinq cas d'empyème chez l'enfant, dont deux consécutifs à la pneumonie, et les trois autres d'origine grippale; chez quatre de mes malades j'ai constaté un soulèvement de la région antéro-supérieure du thorax, ce qui constitue un signe positif du diagnostic. Dans tous les cas, le liquide était du pus louable, crémeux, et les microbes qui s'y trouvaient en plus grand nombre étaient les pneumocoques. La ponction aspiratrice, pratiquée dans deux cas, n'a donné aucun résultat; dans les trois autres, je ne l'ai même pas essayée. Dans ces trois derniers cas, le traitement chirurgical auquel j'ai eu recours a été couronné de succès : après incision des parties molles, j'ai réséqué un fragment de côte et introduit dans cette brèche un drain très court. Je crois qu'il faut abandonner l'irrigation de la plèvre; elle est en effet toujours inefficace, au point de vue de l'antisepsie de

la cavité pleurale, et quelquefois dangereuse ; elle gêne l'expansion pulmonaire et fait tousser. Loin d'être utile, elle me semble même retarder la guérison de l'empyème.

Sur l'hérédo-syphilis.

M. A. Moussous (Bordeaux). — J'ai observé cinquante-deux cas de syphilis héréditaire dans mon service de l'hôpital des Enfants. Parmi ces cas, plusieurs me paraissent offrir de l'intérêt, soit en raison de leur rareté, soit en raison des discussions dont ils sont encore l'objet.

J'ai constaté un cas de pemphigus survenu seulement quinze jours après la naissance, deux cas de gommes cutanées siégeant sur les membres inférieurs et plusieurs cas de lésions laryngées. Ces lésions laryngées sont rares, assurément, mais l'observation ne peut laisser aucun doute sur leur existence. Chez un enfant de neuf ans j'ai observé une laryngite grave qui menaçait d'entraîner prochainement l'asphyxie ; la constatation des stigmates d'hérédosyphilis permit de reconnaître la nature des accidents laryngés et de leur opposer une médication qui en triompha complètement. A ce propos je considère les cicatrices indélébiles des lèvres et des fesses comme les stigmates les plus sûrs et les plus fréquents de l'hérédo-syphilis ; les malformations dentaires me paraissent moins importantes et plus rares, en particulier la dent d'Hutchison.

L'albuminurie de l'hérédo-syphilis précoce est encore très diversement appréciée ; j'en ai vu un cas assez significatif.

J'ai enfin traité deux enfants atteints de pseudo-paralysie de Parrot, qui ont guéri.

Je terminerai par quelques considérations sur le traitement qui me paraît devoir consister dans l'association des frictions mercurielles au traitement interne par la liqueur de Van Swieten. L'allaitement par la mère est une condition presque indispensable de succès.

M. Négrié (Bordeaux). — Les observations de M. Moussous sont prises à l'hôpital où il est difficile de suivre longtemps les malades ; mais dans la clientèle, où la chose est plus facile, on constate que les malformations dentaires, que M. Moussous semble croire de peu d'importance, sont au contraire très fréquentes.

M. Moussous. — Je veux surtout parler de la dent classique d'Hutchinson, dont les cas me paraissent rares. Quant aux autres malformations dentaires, je n'en nie ni la fréquence, ni la valeur, au point de vue du diagnostic de l'hérédo-syphilis.

M. Bézy. — A propos des deux cas de maladie de Parrot, cités par M. Moussous, je demanderai à l'orateur s'il croit que cette affection puisse exister sans lésions osseuses faciles à constater.

M. Moussous. — Je crois qu'il y a des cas où les lésions osseuses existent, mais peuvent passer inaperçues.

Et c'est peut-être ainsi que j'interpréterai l'observation de M. Bézy.

M. Bézy. — La maladie de Parrot présente d'ailleurs, outre ces manifestations caractéristiques du côté du squelette, une allure spéciale qui la fait diagnostiquer. Sa durée est très longue et son pronostic très sombre. On a même nié la possibilité de la guérison.

M. Rousseau Saint-Philippe (Bordeaux). — Je suis de l'avis de M. Moussous quand il dit que la maladie de Parrot peut exister sans donner lieu à des symptômes osseux bien nets. J'en ai observé un cas caractéristique : pendant la vie je ne constatai pas de manifestations osseuses ; l'autopsie en démontra cependant l'existence.

Quant au pronostic de cette affection, il me paraît moins sombre qu'on l'a dit.

Je partage également l'avis de M. Moussous sur la rareté de la dent d'Hutchinson : je ne l'ai observée que deux fois dans ma pratique hospitalière.

M. A. Broca (Paris). — Je partage l'opinion de MM. Moussous et Rousseau Saint-Philippe sur la rareté de la dent d'Hutchinson et sur la fréquence d'altération dentaire analysée dans le rachitisme. Il n'en est pas de même pour l'absence de manifestations osseuses dans la maladie de Parrot ; ces manifestations sont quelquefois légères, difficiles à trouver, mais un examen attentif en démontre toujours l'existence.

Quant au débat entre M. Bézy et M. Moussous, je dirai ceci : au début de ma pratique, j'ai vu des enfants atteint de paralysies que je ne m'expliquais pas, et mon maître Lannelongue m'a appris à y déceler par la pression localisée des lésions osseuses, qu'aujourd'hui je ne méconnais plus. Je crois donc que la vérité est du côté de M. Moussous.

Je crois, avec M. R. Saint-Philippe, que la guérison de cette maladie s'observe souvent en dehors de l'hôpital et j'en ai plusieurs cas probants.

M. Lannelongue (Paris). — La première observation de la maladie dite de Parrot remonte à Valleix, en 1737 : il s'agissait d'un enfant dont tous les os étaient atteints, et à des degrés divers.

La lésion siège au niveau du cartilage de conjugaison, qui est plus ou moins atteint ; entre les formes légères, sans solution de continuité de l'os, et les formes intenses avec désunion complète des deux segments de l'os, la différence est grande, et c'est ainsi que s'expliquent les divergences d'opinion des auteurs sur la possibilité de l'absence de manifestations osseuses dans la pseudo-paralysie de la syphilis héréditaire.

M. Bézy. — Quand la lésion ne comprend qu'une partie de l'épaisseur de l'os, la paralysie est-elle possible ?

M. Lannelongue. — L'impotence du membre peut s'observer avec des lésions anatomiques très peu marquées.

M. Négrié. — J'ai observé trois cas de maladie de Parrot, dont deux fort graves et qui ont guéri. Mes trois malades sont des filles et ont en dehors de la paralysie, présenté tous les signes de la syphilis congénitale. La première avait des lésions des deux humérus ; la seconde était seulement paralysée d'un bras ; la troisième, la plus gravement atteinte, était paralysée des quatre membres, elle portait des lésions cutanées d'une gravité exrtême et était très athrepsique.

Ces trois malades ont guéri à la suite du traitement spécifique : chez la première, la paralysie a disparu en trois semaines ; chez la seconde, en douze jours ; chez la troisième, en quarante jours. Les trois enfants étaient allaitées par leur mère.

De ces trois faits je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes : 1° le mercure est admirablement supporté par les nouveau-nés ; il guérit vite la cachexie quand elle existe ; 2° la pseudo-paralysie syphilitique guérit souvent à la condition que l'enfant soit allaité par sa mère ou nourri à l'aide d'un lait parfaitement stérilisé.

M. Lannelongue. — Je partage l'avis de M. Négrié sur les bons effets du mercure et sur sa tolérance par les enfants, qui le supportent même facilement en injections sous-cutanées.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 *septembre* 1895.

Présidence de M. Sappey.

M. Corlieu lit un travail sur les bâtiments de l'ancienne Faculté de médecine.

Essai physiologique sur la musique.

M. Ferrand lit sur ce sujet un travail qui se termine par la conclusion suivante :

La musique, qui devrait entrer dans l'arsenal des moyens thérapeutiques, vu l'intensité de son action sur le système nerveux, est toute puissante pour l'impression et pour l'expression émotionnelle, mais on ne saurait lui demander l'expression des idées.

Son influence, se répétant à mesure qu'elle s'exerce, a une portée d'actions autrement effective qu'aucun des arts plastiques, et c'est cette succession dans les impressions qui explique en partie du moins le plaisir musical.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

N° 39 — 25 SEPTEMBRE 1895 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

VARIÉTÉS

Bourses de doctorat. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat en médecine aura lieu, au siège des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le lundi 28 octobre 1895.

Le même jour aura lieu l'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de pharmacien de 1re classe, au siège des écoles supérieures de pharmacie et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie.

Corps de santé de la marine. — Sont nommés :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les médecins auxiliaires de deuxième classe Tribondeau, Dargein, Bérard, Charnel, Autrix, Merleaux-Ponty, Marcourt, Micholet, Buffon, Cassien, Ollivier, Cholibert, Berger, Abbatucci, Ascornet, Henric, Chapuis.

— Par décision ministérielle, en date du 21 septembre 1895, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués :

MM. les médecins-majors de première classe Evrard, pour le 146e d'infanterie; Rullier, pour l'hôpital militaire Saint-Martin; Langlois, pour les salles militaires de l'hospice mixte de Langres; Choux, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine; Granier, pour le 49e d'infanterie; Warion, pour le 138e d'infanterie; Cicile, pour le 128e d'infanterie; Géraud, pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie; Carrière, pour le 1er régiment étranger; Chrisly, pour le 133e d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Trarieux, pour le 17e d'infanterie; Legrand, pour le 94e d'infanterie; Boiron, pour le 25e d'infanterie; Villedary, pour le 20e d'artillerie; Spire, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; Gaillard, pour les salles de l'hospice mixte du Mans (provisoirement); Félix, pour le 7e bataillon d'artillerie à pied; Lejeune, pour le 14e escadron du train des équipages militaires; Robert pour le 109e d'infanterie; Valissant, pour le 22e bataillon de chasseurs à pied; Bilouet, pour le 1er bataillon d'artillerie à pied; Gury, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; Danjou, pour le 20e d'infanterie; Cuvier, pour le 116e d'infanterie; Watrin, pour le 6e d'artillerie; Cahen, pour les troupes du Tonkin et de l'Annam; Huguet, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger.

Légion d'honneur. — Ont été nommés :

Au grade d'officier : M. Guillemin, médecin princ. de 2e classe;

Au grade de chevalier : MM. Sébille, médecin de 1re classe; Donnezan, à Perpignan; Parisot, au Thillot.

Questions d'honoraires. — M. F..., représentant de commerce à Paris, avait de 1883 à 1886, reçu les soins du docteur R..., qui lui avait fait payer un honoraire de 5 francs par chaque visite. En 1886, M. F... dut subir une grave opération et eut recours, à cet effet, à un médecin en renom, lequel fixa ses honoraires à 2,000 fr. A la suite de cette opération, M. R... fit à M. F... 77 visites, pour lesquelles il réclama 770 francs, soit 10 francs par visite. M. F... s'est refusé à payer cette somme, en invoquant la convention antérieure sur le prix de 5 francs, intervenue entre son médecin et lui, ajoutant que sa situation de fortune ne lui permettait pas de payer 10 francs pour une visite.

Le tribunal civil de la Seine a rendu le jugement suivant (7e chambre, février 1894) :

Attendu que, suivant exploit du 24 mai 1892, R... a assigné F... en paiement d'une somme de 1,665 francs pour soins médicaux :

Attendu que sur cette réclamation, F... n'élève aucune contestation en ce qui concerne une somme de 895 francs;

Attendu que la contestation porte seulement sur 77 visites comptées à 10 francs, que F... prétend ne devoir être payées que 5 francs comme les autres;

Mais attendu que ces visites faites consécutivement à une opération grave, pratiquée par le docteur M..., ont nécessité de la part de R... des soins particuliers;

Attendu qu'en tenant compte de la situation de F..., il y a lieu de fixer à 1,490 francs la somme totale par lui due à R...;

Par ces motifs,

Condamne F... à payer à R... la somme de 1,490 francs, montant des causes sus-énoncées avec les intérêts de droit, et le condamne aux dépens.

NÉCROLOGIE

Nous apprenons avec regret la mort du docteur Francesco Vallardi.

Il était depuis de longues années à la tête d'une puissante librairie de Milan : il avait édité d'importants ouvrages de médecine italiens et des traductions de quelques-uns des principaux ouvrages publiés en France dans les dernières années.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Clément, médecin-major de deuxième classe au 14e escadron du train des équipages militaires.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons de clinique chirurgicale, par P. TILLAUX professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine, rédigées et publiées par le Dr PAUL THIÉRY, chef de clinique chirurgicale à la Charité, ancien prosecteur de la Faculté. Paris, Asselin et Houzeau, éditeurs. Un volume grand in-8°, de 530 pages. Relié en peau souple. Prix : 14 francs.

Manuel des maladies des femmes, clinique et opératoire, par A. LUTAUD, médecin adjoint de Saint-Lazare. Un vol. in-12 de 508 pages, troisième édition, contenant 418 figures et un memento formulaire. Paris, 1895, Battaille, éditeur. Prix : 8 francs.

Système nerveux (Suite), par A. CHARPY. 1 vol. in-8° avec 206 dessins originaux dessinés par A. Leuba. Paris, L. Battaille et Cie, éditeurs.

Contribution à l'étude de l'atrophie musculaire progressive type Duchenne-Aran, par le Dr J.-B. CHARCOT. Volume in-8° de 176 pages, avec 4 planches hors texte. Publications du *Progrès médical.* Prix : 5 francs.

Débilité nerveuse, Rachitisme, Lésions de la Moëlle et de l'Encéphale, Neurasthénie, Chlorose

Glycérophosphate DE CHAUX FREYSSINGE

Solution contenant 0,50 par cuillerée à soupe. Dose moyenne : 1 cuillerée à soupe avant chaque repas, dans un peu d'eau. Pour les enfants, 1 cuillerée à dessert ou à café suivant l'âge. — Le Flacon : 3 francs.

Glycérophosphate de Fer Freyssinge

Solution contenant 0,25 par cuillerée à soupe. Dose moyenne : 1 cuillerée à soupe à chaque repas dans un peu d'eau pure ou sucrée. Pour les enfants : 1 cuillerée à dessert ou à café suivant l'âge. — Le Flacon : 3 fr.

Glycérophosphate de Soude Freyssinge

Solution contenant 0,50 par cuillerée à soupe. Dose moyenne : 1 cuillerée à soupe avant chaque repas, dans un peu d'eau. — Le Flacon : 3 fr.

La Solution de Glycérophosphate de Soude convient plus spécialement aux vieillards chez lesquels la chaux favorise la dégénérescence athéromateuse et le fer les congestions.

Glycérophosphate de Soude Injectable

Chaque centimètre cube de cette Solution *stérilisée à l'autoclave sous pression* contient 0,20 de Glycérophosphate de Soude chimiquement pur.

105, rue de Rennes, Paris, et les principales Pharmacies

ATONIE DYSPEPSIE CHLOROSE DÉBILITÉ GÉNÉRALE

GRANULES	DRAGÉES
de 2 milligrammes	de 25 milligrammes
Quassine cristallisée	Quassine amorphe

QUASSINE ADRIAN

La **QUASSINE ADRIAN**, essentiellement différente de toutes celles du commerce, est **la seule** dont les effets réguliers aient été constatés. Elle excite **l'appétit**, développe les **forces**, combat efficacement les **dyspepsies atoniques**, les **coliques hépatiques** et **néphrétiques**.

GROS : 11, RUE DE LA PERLE, PARIS

GRANULES ET SIROP d'Hydrocotyle Asiatica

de **J. LEPINE**, Phᵉⁿ en chef de la Marine à Pondichéry

sont, d'après un rapport adopté par l'Académie de Médecine (Dʳ GIBERT, rapp.) **un remède utile et efficace**

Contre les MALADIES DE LA PEAU

Eczéma, Psoriasis, Lichen, Prurigo, Dartres, etc.

DÉPOT GÉNÉRAL A PARIS : **Phⁱᵉ FOURNIER**, *56, Rue d'Anjou-St-Honoré, 56*

VENTE EN GROS : **LABELONYE et Cⁱᵉ, Paris**, *99, Rue d'Aboukir — et toutes Pharmacies.*

Dans les Cas graves de

CHLOROSE et d'ANÉMIE

REBELLES aux MOYENS THÉRAPEUTIQUES Ordinaires

LES PRÉPARATIONS

D'HÉMOGLOBINE

SOLUBLE DE

V. DESCHIENS

ONT TOUJOURS DONNÉ LES RÉSULTATS LES PLUS SATISFAISANTS

ÉLIXIR — PRÉPARATION NOUVELLE. Liqueur très agréable à prendre. 1 petit Verre après chaque repas.

SIROP — Une cuillerée à soupe immédiatement avant ou après le repas, soit pur, soit dans 1/4 verre d'eau ordinaire ou gazeuse.

VIN — Un verre à madère immédiatement avant ou après chaque repas ; un petit verre à liqueur pour les enfants.

DRAGÉES — dosées à 25 milligr. d'HÉMOGLOBINE. 3 à 6 par jour au commencement des repas.

Dans toutes les Pharmacies

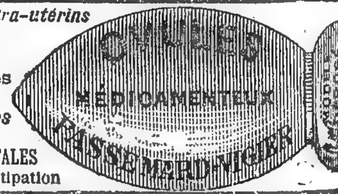
Gros : Mᵒⁿ ADRIAN et Cⁱᵉ, Paris

Crayons intra-utérins

BOUGIES uréthrales

Suppositoires

BALLES RECTALES contre la constipation



Pharmacie, 12, boulevard Bonne-Nouvelle.

(MÉTHODE LISTER)

PANSEMENTS ANTISEPTIQUES

DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES

ADRIAN et Cⁱᵉ

11, rue de la Perle, PARIS

DANS TOUTES LES PHARMACIES

PHÉNIQUÉ. .	à 5 pour 100	BANDES
SALICYLÉ. .	à 5 — 100	COMPRESSES
BORIQUÉ. .	à 10 — 100	OUATES
IODOFORMÉ.	à 10 — 100	MACKINTOSCH
AU SUBLIMÉ.	à 1 — 1000	PROTECTIVE
POUR CLINIQUE DENTAIRE		CATGUT
— OBSTÉTRICALE		RAMIE
— OPHTHALMOLOGIQUE		ÉTOUPE, ETC.
		ETC., ETC.

A 6ʰ 1/2 de Paris — A 5 h. de Lyon



BAINS SALINS DE La Mouillère-Besançon

(Aux portes de la Ville)

EAUX CHLORURÉES, SODIQUES, FORTES, BROMO-IODURÉES

Débilité et Anémie — Lymphatisme — Scrofule
Affections chirurgicales et gynécologiques.

Station et Établissement balnéaire de premier Ordre.

Eaux-mères en bonbonnes et Sels secs d'Eaux-mères en flacons, pour bains salins à domicile.

S'ADRESSER A L'ÉTABLISSEMENT, OU : à *PARIS*, à M. BASCOURRET, pharmacien, 32, rue de Galilée, à *BRUXELLES*, à M. BONNICHON phᵉⁱᵉⁿ, 30, rue de l'Évêché.

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Drainage de l'utérus. Communication faite au Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pædiatrie de Bordeaux, le 10 août 1895, par MM. Lanelongue et Ch. Faguet.

L'accord est loin d'être fait entre les gynécologues sur le choix du meilleur mode de traitement d'un grand nombre d'affections utérines et péri-utérines, pour lesquelles on considère comme indiquées diverses interventions sanglantes non exemptes de dangers, ou contre lesquelles on reste presque désarmé, si on s'en tient aux seuls agents thérapeutiques médicaux. C'est à ces cas, que convient plus particulièrement le drainage de l'utérus dont la technique, les indications et les contre-indications, les avantages et les inconvénients ne sont peut-être pas encore déterminés d'une façon précise.

Une statistique de *quarante et un cas* (1) suivis pendant un certain temps et dans lesquels ce mode de traitement a été appliqué, nous engage à faire connaître les résultats que nous avons obtenus.

I

Voici la méthode que nous employons :

1° *Soins préliminaires.* — Toutes les malades qui entrent dans notre service pour des accidents inflammatoires de l'utérus et des annexes, sont soumises tout d'abord au repos absolu au lit, et à des soins antiseptiques réguliers : injections vaginales tièdes biquotidiennes (solutions de sublimé à 1 pour 2.000; de permanganate de potasse à 1 pour 1.000; d'acide phénique à 10 pour 1.000). Ces injections sont données dans la position horizontale et sous une faible pression. Dans l'intervalle des injections, on introduit dans l'utérus des crayons d'iodoforme et on place dans le vagin des tampons de ouate iodoformée ou imbibés de glycérine iodoformée; le plus souvent nous employons des tampons de ouate recouverts d'onguent napolitain.

Chaque jour, nous prescrivons des lavements à l'acide borique, et fréquemment des purgatifs huileux.

Enfin, dans quelques circonstances, nous appliquons au niveau des annexes, une série de vésicatoires volants (vingt-quatre heures) dont la plaie est pansée à l'onguent napolitain.

L'ensemble de ces moyens thérapeutiques constitue notre *traitement médical* des affections inflammatoires de l'utérus et des annexes. Ce traitement, dont la durée est très variable suivant les cas, précède toujours le curettage et le drainage.

2° *Drainage de l'utérus.* — Le drainage de l'utérus proprement dit, comprend trois temps :

a) La dilatation de l'utérus;

b) Le curettage suivi quelquefois d'opérations complémentaires;

c) La mise à demeure d'un drain.

a) *Dilatation.* — Nous avons recours à la dilatation lente, au moyen des tiges de laminaire conservées dans l'éther iodoformé et cocaïné. Cette dilatation se fait le plus souvent en deux séances : elle est commencée l'avant-veille de l'opération. Nous introduisons ordinairement, le premier jour, une tige correspondant au numéro 19 de la filière Charrière, et nous la maintenons en place avec des tampons de ouate iodoformée ; le lendemain, nous enlevons cette première tige, et après avoir fait un lavage intra-utérin avec une solution de sublimé à 1 pour 2.000, nous plaçons parallèlement dans l'utérus deux tiges numéro 21. Ces deux tiges suffisent à produire, après gonflement, une large dilatation de la matrice.

L'hystérométrie doit toujours être faite avec grand soin, avant de placer la première tige : elle fixera le chirurgien, sur la longueur de la cavité utérine, sa direction, etc. ; elle fera la voie en quelque sorte et facilitera beaucoup ce temps opératoire.

Enfin, pour rendre plus aisé ce point de technique, il est bon de mettre les malades dans la position génupectorale, de se servir des valves de Simon, d'abaisser ou de fixer le col à l'aide des pinces de M. le professeur S. Duplay.

b) *Curettage.* — Les malades sont placées dans la position dorso-sacrée, membres inférieurs fortement fléchis sur le bassin, etc.; l'anesthésie est obtenue soit avec l'éther, soit avec le chloroforme. Le champ opératoire est soigneusement aseptisé ; cathétérisme, etc. ; ablation des tampons vaginaux et des tiges de laminaire, fixation de l'utérus à l'aide de deux pinces de M. S. Duplay appliquées au niveau des commissures du col ; lavage intra-utérin (un litre d'une solution de sublimé à 1 pour 2.000) avec la sonde dilatatrice de M. Segond.

Après ces soins préliminaires, le curettage est fait *sans irrigation*, avec les curettes à boucle. Ce temps opératoire ne doit être considéré comme terminé que lorsque le bord tranchant de l'instrument promené sur les divers points de la cavité utérine, et en particulier dans les angles et sur le fond de l'organe, produit un cri spécial bien connu.

Nous faisons ensuite un grand lavage intra-utérin avec la sonde dilatatrice de M. Segond, puis nous procédons à l'*écouvillonnage* de la cavité utérine avec six tampons de ouate hydrophile, montés d'une façon spéciale sur des pinces : trois de ces tampons sont imbibés d'une solution d'acide phénique à 50 pour 1.000, les trois autres de liqueur de Van Swieten.

Un gros crayon d'iodoforme est ensuite placé dans l'utérus.

c) *Drainage.* — Le drain que nous employons est constitué par une tige d'aluminium (modèle de M. le docteur Lefour) ; il est maintenu en place par un disque en caoutchouc rouge vulcanisé construit sur les indications de M. le docteur Courtin.

On monte la tige sur le disque et à l'aide d'une pince à pansement, et on l'introduit dans la cavité utérine aussitôt après le curettage.

Dans quelques circonstances, nous avons échancré le disque caoutchouc pour faciliter l'écoulement des liquides qui s'échappent de la cavité utérine; d'autres fois nous avons fixé la tige à l'aide de fils de soie ou de crins de Florence, passés en travers des deux lèvres du col (Lefour).

Quel que soit le procédé employé, deux ou trois tampons de ouate iodoformée placés dans le vagin constituent le pansement.

Opérations complémentaires. — Nous comprenons sous la dénomination d'opérations complémentaires : la trachélorrhaphie, unie ou bilatérale; l'amputation du col (méthode de Schroder), la colporrhaphie antérieure, postérieure ou double; la périnéorrhaphie ou la colpopérinéorrhaphie; et quelquefois enfin, le raccourcissement des ligaments ronds. Ces diverses interventions, on le conçoit, ont ou n'ont pas leurs indications suivant les différents cas qui se présentent; nous n'avons pas à les décrire ici, mais nous devons dire qu'elles ne gênent en rien le drainage tel que nous le pratiquons.

Soins consécutifs. — Les tampons vaginaux sont enlevés du quatrième au sixième jour; les malades prennent chaque jour deux injections, soit avec une solution

(1) Ces observations, pour la plupart, sont relatées en détails dans la thèse de doctorat de M. J. Vitrac, Bordeaux 1895.

d'acide borique à 3 0/0 ou d'acide phénique à 1 0/0. *Jamais* on ne doit après le drainage prescrire en injections vaginales des *solutions de sublimé*, même très étendues : le bichlorure de mercure attaque l'aluminium et peut amener soit la chute du drain, soit des accidents (1) (deux observations).

Nos malades commencent ordinairement à se lever au bout de quinze jours ou trois semaines; toutefois, dans les affections inflammatoires du parametrium et des annexes, le repos au lit est nécessaire pendant un temps beaucoup plus long.

Durée du traitement. — La durée du traitement a été très variable; elle est subordonnée à la gravité de chaque cas particulier; jamais le drain n'a été laissé en place moins de deux mois, et nous avons des malades dont l'utérus est drainé depuis dix-neuf mois.

Il faut revoir souvent les malades, les examiner avec grand soin, les surveiller attentivement; le drain ne sera supprimé que dans les circonstances suivantes :

1° Guérison persistante depuis plusieurs mois avec disparition des troubles fonctionnels, surtout pendant les époques menstruelles;

2° Etat resté stationnaire après un an de drainage;

3° Accidents inflammatoires secondaires, à forme aiguë.

II

Les cas dans lesquels nous avons employé le drainage de l'utérus peuvent se diviser en trois groupes :

a) Sténoses et déviations utérines;

b) Inflammations subaiguës et chroniques de l'utérus, d'origine blennorrhagique ou puerpérale;

c) Paramétrites, salpingites et ovarites.

Mais comme il est assez rare d'observer isolément ces diverses lésions qui, le plus souvent coexistent, nous devons, pour apprécier la valeur du traitement, considérer non seulement la lésion en elle-même, mais aussi et surtout les troubles fonctionnels. On sait d'ailleurs qu'un grand nombre de ces troubles sont communs à la plupart de ces affections et constituent en réalité un *syndrome utérin* ou mieux un *syndrome génital.*

A. *Sténoses.* — Deux cas survenus à la suite de cautérisations répétées; bons résultats après cinq ou six mois de drainage.

Déviations. — 1° *Antéversion :* huit cas. Guérisons : six. Amélioration avec fixité persistante de l'utérus : un. Enfin, dans un cas, l'utérus, après avoir repris sa mobilité pendant quelques jours, a été de nouveau fixé en antéversion douloureuse.

2° *Rétroversion :* neuf cas. Guérisons : six. Améliorations : deux. Résultat nul : un.

3° *Antéflexion :* huit cas. Guérisons avec disparition de l'angle de flexion et de tous les symptômes : deux. Améliorations (disparition des troubles fonctionnels, mais persistance de l'antéflexion) : quatre. Résultat nul : deux.

4° *Rétroflexion :* six cas. Guérisons : deux. Améliorations : trois. Résultat nul après amélioration passagère : un.

B. *Inflammations subaiguës et chroniques de l'utérus.* — Dans tous les cas que nous avons drainés, exception faite pour quelques sténoses et déviations utérines, il existait de la métrite sous ses diverses formes; le plus souvent, la lésion, loin d'être limitée à la matrice elle-même, s'étendait sous forme d'inflammation diffuse au tissu cellulaire du petit bassin et des annexes, constituant aussi des cas de périmétro-salpingo-ovarite. On comprend qu'il soit difficile, dans ces conditions, d'apprécier, d'une façon précise, l'action du drainage utérin pour chaque lésion isolée.

Quoi qu'il en soit, et sous ces réserves, nous avons observé vingt-deux cas dans lesquels les lésions de la métrite proprement dite étaient prédominantes; nous avons obtenu :

Guérisons : douze;

Améliorations très notables : cinq;

Améliorations passagères ou état stationnaire : cinq.

Dans onze cas de métrite totale, parenchymateuse, avec augmentation de volume de la matrice, il s'est produit quatre fois une diminution très appréciable de l'organe; dans trois cas, il n'a paru se faire qu'une légère modification, enfin, dans les quatre autres, l'état est resté stationnaire.

C. *Paramétrites, salpingites et ovarites.* — Quinze cas, dans lesquels il existait de l'empâtement diffus de tout ou partie du tissu cellulaire pelvien, englobant les annexes, sans que ces derniers formassent une tumeur appréciable isolément : utérus immobilisé, etc., ont donné les résultats suivants : guérisons, six; améliorations avec persistance de la salpingo-ovarite formant tumeur et provoquant encore une douleur variable mais atténuée, quatre; améliorations passagères, deux; états stationnaires, trois.

Dix cas de salpingo-ovarite, formant tumeur relativement isolée de l'utérus dont la mobilité était normale ou à peu près; guérisons, trois; améliorations, deux; insuccès, cinq.

III

Au point de vue des modifications apportées par le drainage sur les divers troubles fonctionnels, l'état général, etc., nous avons constaté les particularités suivantes :

1° *Règles.* A) *Douleurs.* — Dans trente-sept cas de nos observations, les règles étaient douloureuses; après le traitement nous avons noté :

Disparition des douleurs : vingt fois;

Diminution des douleurs : onze fois;

Persistance : six fois.

B. *Irrégularité.* — L'irrégularité de la menstruation a été observée dix-neuf fois. La régularité a été obtenue dans douze cas; l'amélioration a été passagère trois fois; quatre fois, le résultat a été nul.

Le retour des règles après le drainage nous a paru se produire à des époques très variables, le plus souvent vers le deuxième mois.

C. *Abondance.* — Sept fois, il existait des hémorrhagies : ménorrhagies ou métrorrhagies.

Guérisons, cinq; dans deux cas, les règles ont persisté avec une abondance un peu exagérée.

2° *Douleurs dans l'intervalle des menstruations.* — Ces douleurs observées dans dix-neuf cas, ont disparu dans dix, diminué dans quatre, persisté dans cinq.

3° *Leucorrhée.* — Ce symptôme existait chez presque toutes nos malades, mais à des degrés différents; il a disparu dans vingt et un cas, diminué dans onze, il est resté stationnaire dans six.

4° *Etat général.* — L'état général et plus particulièrement les troubles nerveux et digestifs qui accompagnent si fréquemment les affections utéro-ovariennes anciennes ont été le plus souvent très considérablement améliorés; quelques-uns ont disparu complètement au bout d'un temps plus ou moins long; d'autres fois les

(1) Dans deux cas, nous avons vu l'extrémité inférieure de la tige d'aluminium érodée devenir très effilée et menacer de perforer la cloison recto-vaginale.

malades, hystériques ou neurasthéniques, n'ont pas bénéficié du traitement à ce point de vue.

5° *Stérilité*. — Nous n'avons pas vu survenir la grossesse pendant ou après le drainage alors que les malades étaient stériles auparavant (1).

IV

ACCIDENTS ATTRIBUÉS AU DRAINAGE

Si nous n'avons pas vu d'accidents graves à la suite du drainage, et si nous pouvons affirmer que dans la grande majorité des cas, le drain a été très bien toléré par nos malades, nous devons cependant signaler certains phénomènes pathologiques que nous avons observés. Ce sont les suivants :

A. *Douleurs, coliques utérines*. — Ces symptômes ont été constatés chez quelques femmes, plus particulièrement chez des névropathes averties de la présence d'un drain dans leur utérus. Dans trois cas, ces douleurs ont disparu au bout de quelques jours et il s'est produit une tolérance parfaite; dans un cas, le drain s'est déplacé, a glissé en partie hors de l'utérus, a provoqué des douleurs assez vives et une gêne pour le coït chez une femme qui avait habituellement de fréquents rapports sexuels; enfin dans un cas, vers le deuxième mois la malade souffrait un peu pendant la défécation, la marche, etc.; la tige touchait la paroi recto-vaginale, qu'elle avait ulcérée superficiellement; l'utérus était en antéversion très prononcée.

B. *Fétidité des sécrétions*. — Dans un assez grand nombre de cas (vingt-deux observations), les sécrétions sont devenues très fétides. Cette modification s'est produite le plus ordinairement au bout d'un temps assez long après la sortie des malades de l'hôpital. Elle a toujours disparu après la suppression du drainage avec le disque de caoutchouc.

Cette fétidité doit être attribuée, à notre avis, à plusieurs causes :

1° Manque de soins hygiéniques, suppression des injections vaginales, etc. Jamais, nous ne l'avons observée à l'hôpital chez des malades soumises aux injections biquotidiennes.

2° Présence du disque en caoutchouc rouge vulcanisé, dont les orifices se laissent facilement oblitérer par les sécrétions glaireuses, rétention produite par ce mécanisme.

3° Altération des liquides ainsi retenus au contact du caoutchouc, ce qui explique l'odeur toute spéciale de ces pertes.

Enfin, jamais cette fétidité n'a été observée quand le drain a été fixé par un procédé autre que le disque du docteur Courtin.

Pour toutes ces raisons, nous pensons que le disque seul entre en cause dans la production de ce fait, et que la tige elle-même lui reste tout à fait étrangère; aussi, croyons-nous qu'il est nécessaire d'échancrer le disque comme nous le faisons depuis quelques mois, ou de recourir à la fixation par la soie ou le crin de Florence, malgré les quelques inconvénients, que peut présenter ce procédé (section du col, etc.).

C. *Toux utérine*. — La toux utérine s'est produite dans un cas: elle a persisté pendant tout le temps que la tige est restée en place (trois mois), elle a disparu le jour même de son ablation.

D. *Accidents inflammatoires : péri-métro-salpingo-ovarites secondaires*. — Ces accidents observés six fois ont été, suivant nous, provoqués dans la plupart des cas par le défaut ou l'insuffisance des soins de propreté : ils ont presque toujours coïncidé avec la fétidité des sécrétions.

Voici quelques détails sur chacune de ces observations :

1° Il s'agissait d'une malade chez laquelle nous avions constaté les lésions suivantes : endométrite, périmétrite, salpingo-ovarite droite, et des lésions de tuberculose pulmonaire au premier degré dans le sommet du poumon gauche (obs. 35 de la thèse de M. J. Vitrac). Après une amélioration passagère qui dura un mois environ, il se produisit une pelvi-péritonite assez grave, et la malade, alors en convalescence à Arcachon, dut faire enlever sa tige.

2° Dans un autre cas (obs. 20) il ne se produisit aucune amélioration après l'intervention, et six mois après il y eut une poussée aiguë de péri-métro-salpingite.

3° Une autre malade (obs. 19) atteinte de salpingo-ovarite double, très améliorée au cinquième mois, subit au septième une poussée aiguë de pelvi-péritonite coïncidant avec le déplacement du drain.

4° Dans l'observation 36, les accidents inflammatoires survinrent après imprudences commises par la malade et la chute du drain : poussée aiguë de pelvi-péritonite, annexite double.

5° et 6° Des accidents analogues aux précédents ont été encore observés par nous, dans deux cas, encore inédits.

Enfin, nous devons éliminer de ce paragraphe l'observation 38. Il s'agissait d'une femme déjà tuberculeuse avant l'opération : les annexes et le péritoine pelvien furent envahis simultanément par le processus tuberculeux. Quelques mois après, Mme Elisabeth N... succombait à une tuberculose généralisée. Nous ne croyons pas que dans ce cas, les accidents puissent être attribués au drainage.

Conclusions. — L'analyse de nos observations nous fournit dans son ensemble les résultats suivants :

Guérisons..................	60 0/0
Améliorations..............	23 0/0
Résultats nuls ou insuccès...	15 0/0

Nous devons rappeler enfin que le drainage de l'utérus n'a été fait qu'après insuccès du traitement médical ou dans les cas chroniques. C'est donc à notre avis un excellent procédé thérapeutique.

(1) Nous savons qu'il en existe plusieurs observations et, dans la plupart des cas, la grossesse a évolué normalement : Winckel, Olshausen, Goodell, Courtin, Lefour, etc., etc.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS D'OBSTÉTRIQUE, GYNÉCOLOGIE ET PÉDIATRIE

Tenu à Bordeaux du 8 *au* 14 *août* 1895.

SECTION DE GYNÉCOLOGIE

Traitement conservateur des collections tubaires.

M. Vulliet (Genève) fait sur ce sujet une communication et relate des faits desquels il résulte que la castration utérine ou annexielle, employée comme traitement habituel des collections tubaires, constitue un véritable abus.

La thérapeutique vraiment gynécologique de ces collec-

tions consiste dans l'évacuation des liquides par ponction, incision, drainage; dans la restitution de la mobilité et des rapports normaux par destruction ou allongement des adhérences, qui s'obtient surtout par le massage; et, enfin, dans l'emploi des agents antiphlogistiques.

La castration doit être réservée pour les cas qui d'emblée sont trop compliqués pour qu'on puisse espérer le retour à l'état normal, et pour ceux qui ont résisté au traitement conservateur.

Elytrotomie et cœliotomie vaginale.

M. Pichevin. — Le champ des indications de la cœliotomie vaginale postérieure s'est accru depuis que l'on ne redoute plus de saisir les pédicules avec des pinces qu'on laisse à demeure. L'hémostase est ainsi facilitée et une des difficultés de la laparotomie vaginale, c'est-à-dire la ligature des pédicules et des vaisseaux, est évitée.

La cœliotomie vaginale antérieure a été exécutée dans quelques circonstances, mais c'est Dührssen qui l'a préconisée systématiquement et qui en a tiré un grand profit. Ce chirurgien fait l'incision transversale du cul-de sac antérieur, crève le péritoine et enlève soit des fibromes utérins, soit des annexes malades. Mais cette incision trrnsversale ne donne pas un jour suffisant dans tous les cas, et mieux vaut employer l'incision de Mackenrodt ou l'élytrotomie médiane antérieure. On sépare la vessie du vagin sur une longue étendue, on crée deux volets vaginaux latéraux, on dédouble la cloison vésico-vaginale, on ouvre le péritoine le plus tôt possible et, soit avec des pinces, soit avec des fils placés sur la ligne médiane et de bas en haut, on arrive à faire basculer l'utérus, à faire sortir le fond de l'organe à travers l'incision vaginale; l'ovaire et la trompe sont dans la cavité vaginale. On peut ainsi enlever des salpingo-ovarites mobiles, peu volumineuses, de petits kystes de l'ovaire, des ovaires sclérokystiques, des fibromes développés sur la face postérieure et sur le fond de la matrice. Il faut ajouter que l'incision de Mackenrodt peut servir à traiter des fistules vésico-vaginales, des fistules utéro-vésicales et même à tenter la cure de certains cancers utérins ayant quelque peu envahi l'insertion vaginale.

M. Bouilly. — Nous sommes tous d'accord sur l'utilité de l'élytrotomie postérieure, mais il n'en est pas de même pour l'élytrotomie antérieure; pour ma part, en dehors du traitement des rétroversions utérines, de certains fibromes de la face antérieure de l'utérus et de certaines fistules, je crois que l'on peut faire plus simplement et plus facilement par la voie vaginale postérieure tout ce qu'on pourrait être tenté de pratiquer par la voie vaginale antérieure, et que celle-ci doit, par conséquent, être réservée pour certaines indications spéciales.

M. Le Dentu. — J'ai eu l'occasion d'enlever, dernièrement, un assez gros kyste de l'ovaire par le cul-de-sac postérieur et j'ai extirpé des annexes par la voie vaginale antérieure. On est étonné de la facilité avec laquelle on amène les annexes au dehors à travers les lèvres de la plaie vaginale antérieure, pourvu que les lésions annexielles ne soient pas grosses ni adhérentes. Nous n'avons pas la prétention d'utiliser cette voie dans tous les cas, mais enfin l'incision de Mackenrodt offre des avantages incontestables. Les annexes deviennent facilement accessibles; l'insertion utérine est sous les yeux et à bonne portée de la main. En somme, la cœliotomie vaginale antérieure est séduisante. Il reste à en préciser les indications, qui doivent être restreintes à un certain nombre de cas.

Je crois que Dührssen pratique la cœliotomie vaginale dans le but d'enlever les annexes, de rompre les adhérences, et qu'il n'a pas pour unique objectif de faire l'hystéropexie vaginale. Parfois son but principal est d'attaquer les annexes malades ou un utérus fibromateux.

Cathétérisme utérin.

M. Verchère. — Le cathétérisme utérin, s'il est devenu une manœuvre sans danger au point de vue de l'infection, s'est beaucoup trop acclimaté dans nos mœurs gynécologiques. On le fait toujours, à tout propos, avec ou sans raison, peu importe. Le résultat est que les femmes le savent et amènent souvent sciemmment le médecin à provoquer un avortement dont il est innocent, et qu'il ne sait même pas très souvent avoir commis.

Si le cathétérisme utérin, dans de très rares exceptions, peut paraître indispensable, il ne faut le pratiquer qu'après avoir à plusieurs reprises examiné la malade et vérifié *soi-même* l'existence des règles. C'est dans les quatre ou cinq jours qui suivent les règles qu'on peut être autorisé à le pratiquer, et, *seulement dans ces conditions*, on peut se mettre à l'abri des dangers que cette petite opération, en apparence bénigne, peut faire courir non seulement à l'embryon, mais encore au médecin lui-même.

Le cathétérisme utérin a produit plus d'avortements inconnus et méconnus qu'il n'a donné de renseignements utiles; aussi je ne saurais trop m'élever contre l'abus que l'on en fait actuellement et serais très heureux de le voir reléguer par les médecins prudents au nombre des explorations inutiles et dangereuses, et par suite exceptionnelles.

Tiges intra-utérines.

M. R. Lefour. — Depuis 1891, j'ai généralisé l'emploi des tiges intra-utérines en aluminium, qui m'ont rendu les plus grands services dans les cas de stérilité sans autre lésion apparente que la sténose du col, de douleurs, dysménorrhéiques d'origine diverse, ou de fausses couches répétées par intolérance utérine ; enfin, employées comme drains, elles m'ont donné les meilleurs résultats dans le traitement des métro-salpingites.

Je fixe maintenant la tige à l'aide d'un gros fil d'argent placé à un centimètre au-dessus de l'orifice externe, et je tords les deux chefs du fil en avant du col sans craindre de serrer, car le col a été dilaté par la dilatation préopératoire.

Je n'ai jamais laissé mes tiges en place moins de six mois, et dans certains cas j'en ai laissé pendant plus de quatorze mois.

Cavité utérine.

M. Mauclair a présenté un assez grand nombre de moules de la cavité utérine pris sur des femmes saines et sur des femmes atteintes de maladies utérines.

On voit sur ces moules que les cornes se détachent tantôt horizontalement, tantôt obliquement du corps de l'utérus. La disposition de ces cornes rend le nettoyage total de la cavité utérine très difficile.

A ce niveau la matrice est très friable et on comprend que le cathétérisme des trompes soit difficile. L'insertion de polypes ou de fibromes au niveau des trompes nous explique la rétention, dans certains cas, des liquides tubaires.

Endométrite sénile.

M. Masse (Bordeaux) fait une communication sur les hémorrhagies utérines des femmes âgées.

Ces faits assez rares ont donné lieu à de vives contestations. Certains gynécologistes considèrent ces hémorrhagies comme de mauvais augure. Ils croient qu'elles sont toujours symptomatiques d'une affection cancéreuse utérine. L'opinion contraire a été soutenue à la Société de Gynécologie de Bordeaux par M. Monod.

La femme, qui fait le sujet de l'observation de M. le docteur Massé, réglée à quatorze ans, avait eu quatre enfants; elle n'avait jamais eu de maladies utérines et chez elle la ménopause s'est faite sans accident il y a vingt-sept ans.

Actuellement, cette femme est atteinte d'une lésion cardiaque qui est compatible avec un assez bon état de santé (bruit de souffle au premier temps, légère hypertrophie du cœur). Le toucher et l'examen au spéculum ne révèlent aucune lésion du col utérin, le cathétérisme utérin et le palper nous permettent de considérer l'utérus comme sain. Cet organe cependant n'a pas les dimensions réduites qu'il devrait avoir chez une femme de cet âge, l'orifice du col n'est pas rétréci, on y pénètre facilement. Il n'y a aucun écoulement vaginal de mauvaise odeur, rien qui rappelle et qui puisse faire soupçonner un épithélioma de la muqueuse utérine, un cancer du corps de l'utérus. Un curettage n'a donné comme produit amené par la curette que les éléments normaux de la muqueuse utérine. (L'examen microscopique a été fait.)

L'hémorrhagie utérine qui avait été traitée par les injections très chaudes et l'ergotine a guéri par l'électrolyse intra-utérine. Le pôle négatif était placé dans la cavité utérine. La destruction de la muqueuse par l'électricité a provoqué la formation d'un tissu cicatriciel qui a remplacé la muqueuse dont les vaisseaux étaient dilatés et qui était friable.

L'atrésie consécutive de la cavité utérine a provoqué la guérison.

M. Piéchaud, qui a cautérisé la muqueuse utérine avec des crayons de chlorure de zinc chez deux femmes âgées atteintes d'hémorrhagies utérines, a obtenu un résultat.

Les hémorrhagies des femmes âgées, pour lesquelles on peut invoquer un mécanisme analogue, peuvent être indépendantes de toute lésion maligne de la muqueuse utérine. Ces hémorrhagies peuvent se produire chez des femmes qui n'ont ni polypes ni fibromes. Quels sont les rapports qui ont existé entre la maladie de cœur et l'hémorrhagie dans cette observation? il est bien difficile d'établir ici une relation de cause à effet. La cause réelle et le mécanisme des hémorrhagies des femmes âgées est encore à trouver. Cette observation montre qu'en pareil cas on peut avoir recours avec avantage à l'électrolyse intra-utérine.

Dysménorrhée membraneuse.

M. Coyne a observé, dans un cas de dysménorrhée membraneuse, tous les caractères d'un œuf infertile. La prétendue pseudo-membrane avait la forme de la cavité utérine.

Il y avait au centre une cavité et à la périphérie des productions rappelant les villosités choriales. M. Coyne croit qu'il s'agit là de productions analogues au déciduome.

Amputation supra-vaginale du col dans un cas de cancer avec grossesse consécutive.

M. E. Monod (Bordeaux). — J'ai pratiqué, le 13 déc. 1892, l'amputation du col utérin, atteint d'épithélioma à forme nodulaire, chez une femme de trente-trois ans, minée par des hémorrhagies profuses. La guérison paraissait se confirmer plus d'un an et demi après l'opération, en ce sens que l'état général était redevenu excellent et qu'il n'existait pas trace de récidive au niveau de la cicatrice, lorsque la malade nous revient le 27 octobre 1894 baignant dans son sang. A l'examen, je constate l'intégrité des tissus correspondant à la section du col, et une augmentation de volume du corps de l'utérus. Ne mettant pas en doute l'existence d'une récidive dans la cavité utérine, je cherche à parer aux dangers de l'hémorrhagie en introduisant un crayon de chlorure de zinc. Une nouvelle hémorrhagie se produit le lendemain, accompagnée de l'expulsion d'un œuf entier de sept à huit semaines.

Un premier fait se dégage de cette observation; c'est l'*existence d'une grossesse* dûment constatée chez une femme qui avait subi vingt-deux mois auparavant l'amputation du col pour cancer.

J'appelle, en second lieu, l'attention sur la *difficulté du diagnostic* dans des circonstances analogues. Si vraisemblable que soit l'hypothèse d'une récidive, en présence du retour de pertes sanguines chez une opérée pour cancer utérin, on doit songer à la possibilité d'un avortement.

Enfin, ce fait soulève une dernière question d'ordre plus général, la *valeur des opérations partielles* dans le traitement du cancer du col; ma malade restait en parfaite santé *deux ans et demi* après l'intervention. Une autre de mes opérées demeurait guérie au bout de *cinq ans*. Il est utile de faire connaître des faits semblables. Ces cas se trouvent, à l'heure actuelle, assez nombreux pour qu'il soit impossible de repousser systématiquement les opérations partielles dans le traitement du cancer du col.

Trachélorrexie.

M. Candela (Valence). — L'opération que je propose dans les cas d'hypertrophie, de déchirures du col, d'inversion de la muqueuse, consiste à réséquer, sur la lèvre antérieure et sur la lèvre postérieure du col, deux lambeaux de forme pyramidale dont la base correspond au bord libre de la lèvre et le sommet à l'insertion vaginale du col. On place trois ou quatre anses du fil sur la lèvre postérieure du col, par laquelle commence l'opération; ces anses sont ainsi disposées : la première est distante de cinq à six millimètres du point où arrivera le sommet du lambeau pyramidal; les deux dernières correspondent à la base de cette pyramide, au niveau de la commissure. On fait ensuite sur la lèvre deux incisions rectilignes partant de l'insertion vaginale du col, s'écartant à angle d'autant plus obtus que le col sera plus hypertrophié, pour aboutir de chaque côté au niveau de la commissure en un point sain de la muqueuse; ces incisions suivront, à deux centimètres plus en dedans, la direction des anses de fil déjà placées, et elles seront en biseau de façon à venir se rejoindre un peu avant d'atteindre la muqueuse utérine et à ne pas l'intéresser, cette muqueuse étant saine en grande partie. Une incision horizontale, unissant les incisions précédentes, sera menée un peu obliquement en biseau, de bas en haut et d'arrière en avant, délimitant ainsi la base de la pyramide que l'on doit exciser. On réunit ensuite les anses de fil, et, si ces points de suture ne sont pas suffisants pour assurer le rapprochement parfait des lambeaux, on ajoutera dans leur intervalle des points superficiels au catgut. Il ne reste qu'à en faire autant pour la lèvre antérieure.

Polype et inversion utérine totale; hystérectomie vaginale.

M. Verchère (Paris). — Lorsqu'on se trouvera en présence d'une inversion irréductible, c'est-à-dire pour laquelle, sous le chloroforme, on aura tenté tous les moyens de réduction connus, lorsqu'il sera bien démontré que l'on doit avoir recours à une amputation de l'utérus, il faudra sans hésiter laisser de côté les amputations partielles de cet organe et s'adresser d'emblée à l'hystérectomie vaginale totale. Celle-ci permet d'enlever les trompes et les ovaires, ne laisse aucun moignon qui puisse donner des complications; enfin, elle est d'une bénignité et d'une facilité remarquables.

J'ajouterai, au point de vue opératoire, qu'il faut se défier du décollement exagéré du péritoine en avant, non que l'on doive craindre d'entraîner la vessie, mais parce qu'il peut induire en erreur et faire hésiter quelque temps. Aussi je conseillerai, dans les cas où l'inversion utérine est diagnostiquée avec certitude, d'inciser directement en arrière sur la ligne médiane le cul-de-sac postérieur, de pénétrer ainsi dans le péritoine, puis, en introduisant un doigt qui vient se coiffer en avant du cul-de-sac antérieur, d'inciser verticalement le col et le cul-de-sac antérieur de façon que l'utérus ne tienne plus que par les culs-de-sac latéraux et le faisceau des ligaments intrapéritonéaux. A ce moment on pourra tenter la réduction; si celle-ci ne réussit pas, il deviendra facile de continuer l'hystérectomie, de séparer le faisceau des ligaments en deux demi-faisceaux, de porter l'un à droite, l'autre à gauche, d'abaisser avec un doigt l'ovaire et la trompe de chaque côté et de saisir au-dessus de ces organes avec deux pinces placées d'avant en arrière, qui assureront l'hémostase et seront laissées en place. Il serait tout à fait facile de faire des ligatures, les parties à lier se trouvant en faisceau très grêle sous les doigts et sous les yeux de l'opérateur.

Escharres sacrées à la suite de l'hystérotomie vaginale

M. Félix Legueu (Paris). — Sur une série de quinze hystérectomies vaginales, j'ai observé deux fois des escharres sacrées. Une de mes malades était atteinte d'une suppuration pelvienne bilatérale, consécutive à un accouchement, remontant à dix mois : l'opération fut particulièrement difficile. L'utérus étant solidement enclavé, il était inabaissable. Je ne pus l'extraire que par morcellement, et il me fut impossible, malgré tout le désir que j'en avais, d'extirper les annexes; je me bornai à ouvrir quelques poches, non sans avoir auparavant fait des efforts infructueux pour décoller et abaisser des annexes. Quatre jours après apparaissait au sacrum une escharre de la largeur d'une pièce de cinq francs qui s'étendit et laissa à sa place une large plaie. Malgré le retard nécessité par la cicatrisation de cette plaie, la malade guérit.

Une autre malade, opérée par l'hytérectomie vaginale d'un fibrome, fut atteinte aussi d'une escharre sacrée. L'opération fut assez laborieuse; le fibrome remontait à deux doigts au-dessus de l'ombilic, et il y avait en outre une masse du côté droit, qui ne voulait pas descendre. L'opération dura une

heure et demie. Trois jours après, apparaissait au niveau du sacrum une escharre qui s'étendit jusqu'à acquérir les dimensions de la paume de la main et plus. Un phlegmon se développa dans la fesse à la suite et sous l'influence sans doute de cette escharre. Malgré cela la guérison survint.

Le pronostic de cette complication n'est donc pas grave.

L'affection pour laquelle est faite l'opération n'a aucune influence sur cette complication.

La compression ne joue également aucun rôle ; c'est à une influence trophique qu'il faut rattacher l'apparition de ces accidents. Ils se développent surtout à la suite des opérations laborieuses, qui nécessitent des manœuvres pénibles, au cours desquelles les nerfs sont tiraillés et irrités ; et le trouble trophique qui s'ensuit se caractérise par une escharre.

Fistules vésico-utéro-vaginales.

MM. Lanelongue et **Ch. Faguet** (Bordeaux). — Dans trois cas de fistules vésico-utéro-vaginales, appelées encore *fistules juxta-cervicales*, nous avons employé le procédé suivant :

Après les soins préliminaires habituels (salol ou acide benzoïque à l'intérieur, injections vaginales antiseptiques, bains, etc.), nous plaçons la malade dans la position genu-pectorale, nous abaissons et fixons le col de l'utérus avec deux pinces de Duplay afin de bien mettre sous les yeux le champ opératoire. Nous faisons ensuite une anesthésie locale à la cocaïne ; le col est incisé au niveau de la fistule s'il y a lieu; les bords de cette dernière sont largement avivés, puis suturés au catgut ou à la soie ; immédiatement après, la déchirure du col est traitée comme dans la trachélorrhaphie ordinaire. Deux à quatre points de suture suffisent le plus souvent pour chacun de ces deux temps opératoires.

Nous introduisons alors une sonde de Sims, qui est attentivement surveillée et laissée en place durant douze à quatorze jours environ. Les malades gardent le lit dix-huit à vingt jours.

Dans nos trois cas, ce procédé nous a toujours réussi.

Leucoplasie vulvo-vaginale et cancroïde.

M. E. Monod (Bordeaux). — La leucoplasie vulvo-vaginale, beaucoup plus rarement observée que la leucoplasie buccale, doit être absolument rapprochée de cette dernière : ce sont deux affections de tous points similaires et de même nature.

Comme la leucoplasie buccale, la leucoplasie vulvo-vaginale offre une tendance marquée à subir la transformation épithéliomateuse. Elle est une des causes bien établies du cancer primitif de la vulve et du vagin, affection très rare par elle-même.

En présence d'une leucoplasie vulvo-vaginale, il est indiqué d'enlever préventivement les parties malades lorsque le nombre restreint des plaques blanches permet de le faire sans de trop grands délabrements. Dans le cas où les lésions sont confluentes, on devra exercer une surveillance attentive et intervenir au moindre indice suspect.

L'épithélioma de la vulve et du vagin, une fois confirmé, devra dans tous les cas être opéré aussi hâtivement et aussi largement que possible, mais il comporte un pronostic des plus graves en raison des chances très grandes d'une récidive soit locale, soit ganglionnaire.

Atrésie du vagin.

M. Heydenreich (Nancy). — Les atrésies acquises du vagin succèdent d'ordinaire à des lésions traumatiques ou ulcéreuses; aussi s'accompagnent-elles souvent de formations cicatricielles étendues, qui englobent plus ou moins les organes voisins et créent des difficultés au chirurgien dans le traitement de ces atrésies. Il est arrivé que des opérateurs, en cherchant le bout supérieur du vagin, ont pénétré dans la vessie ou dans le rectum.

Je suis d'avis que dans ces cas il faut aborder par la voie rétro-vaginale la collection de sang menstruel formée en arrière de l'atrésie. En incisant la paroi postérieure du vagin au-dessous du niveau de l'atrésie, en décollant ensuite de bas en haut le rectum d'avec le vagin, on arrive jusqu'à la collection sanguine. Les manœuvres peuvent être facilitées par l'introduction du doigt d'un aide dans le rectum. On parvient ainsi à ouvrir la collection avec une asepsie parfaite. Il est facile, ultérieurement, en passant des sondes dans l'ouverture, d'empêcher celle-ci de se rétrécir et de se fermer.

A l'appui de mon opinion, je puis vous citer l'observation d'une femme de trente-six ans, qui, à la suite d'un accouchement laborieux, présenta une atrésie complète du vagin. Il s'était formé un hématocolpos dont la limite inférieure se trouvait à quatre centimètres au-dessus du point où l'on constatait l'atrésie. L'opération, pratiquée suivant le plan que je viens d'indiquer, donna issue à cinq cents centimètres cubes de sang liquide, de couleur brune. L'ouverture ayant eu ultérieurement une certaine tendance à se rétrécir, des bougies y furent régulièrement introduites. L'opération a été facile et très simple dans ses suites.

L'intervention par la voie rétro-vaginale permet d'arriver avec sûreté et d'une manière méthodique sur la collection que l'on se propose d'ouvrir. Dans un grand nombre de cas d'atrésie acquise du vagin, ce mode de traitement constitue la méthode de choix.

M. Dausse (Bordeaux) présente une observation d'imperforation vaginale ayant entraîné, chez une jeune fille de quatorze ans, des accidents graves d'hématocolpos avec hématométrie et hématosalpinx, guéris par la simple incision de la membrane hymen, suivie d'injections aseptiques.

Uréthrocèle.

M. A. Boursier (Bordeaux). — Les uréthrocèles peuvent se diviser en deux variétés :

1° Les *uréthrocèles vraies*, les plus nombreuses, consécutives à des traumatismes uréthraux, et surtout au travail de l'accouchement. Ces petites tumeurs communiquent d'ordinaire assez largement avec l'urèthre et contiennent des mucopus ;

2° Les *fausses uréthrocèles*, qui comprennent elles-mêmes : *a*) des tumeurs kystiques (kystes congénitaux du vagin, kystes hématiques, etc.), ouvertes secondairement dans l'urèthre et renfermant du pus noir ou des matières rappelant le contenu des kystes sébacés; *b*) des dilatations lacunaires de l'urèthre contenant un ou plusieurs calculs, tumeurs non réductibles, dures, avec sérénité au passage de la sonde métallique.

Chaque variété mérite un traitement différent : incision ou excision avec suture de la poche uréthrale dans l'uréthrocèle vraie; extirpation complète dans les cas de kystes ouverts dans l'urèthre; extraction simple du calcul dans la dernière variété.

Ombilic et tumeur de l'abdomen.

M. Demons (Bordeaux). — L'ombilic est considéré comme un point de repère important pour le diagnostic des tumeurs de l'abdomen, lorsqu'il s'agit, par exemple, d'apprécier le volume des fibromyomes de l'utérus. Cependant il faut bien se garder, dans cette appréciation, de commettre la méprise dans laquelle je suis tombé, et qui m'a fait faire une erreur de diagnostic que je tiens à rapporter. Il s'agissait d'une vieille dame, chez laquelle on constatait l'existence d'une tumeur liquide parfaitement sus-ombilicale et offrant tous les caractères d'une tumeur du mésentère. Or, le ventre ouvert, je fus conduit immédiatement du côté de l'utérus, et vis qu'il s'agissait simplement d'une tumeur ovarienne. La paroi abdominale était, chez cette femme, considérablement affaissée et l'ombilic se trouvait en réalité sur la ligne allant d'une épine iliaque antéro-supérieure à celle du côté opposé : c'est ce déplacement du niveau de l'ombilic qui m'avait fait prendre la tumeur pour un néoplasme du mésentère.

D'autre part, j'ai observé quatre cas dans lesquels, en même temps qu'il existait une tumeur abdominale, il y avait une tumeur de l'ombilic, dure, irrégulière, adhérente à la peau. Dans les quatre cas, il s'agissait d'un néoplasme malin de l'ombilic, coïncidant avec une tumeur maligne de l'abdomen, que j'ai pu, par cela même, diagnostiquer dans deux cas, après avoir observé les deux premiers faits. La présence d'une tumeur de l'ombilic présentant les caractères que je viens d'indiquer peut donc, dans les faits de ce genre, mettre sur la voie du diagnostic.

M. Verchère (Paris). — J'ai observé dans un cas une petite tumeur ombilicale, dure, rouge, chez une femme de cinquante-quatre ans, qui venait d'être prise de vomissements et de phénomèmes péritonitiques. J'intervins pour enlever ce néoplasme de l'ombilic, et je tombai sur un cancer généralisé du péritoine, dont la tumeur ombilicale n'était qu'une propagation; je dus donc refermer le ventre sans aller plus loin.

Kyste hydatique de l'ovaire.

M. Demons (Bordeaux). — Les kystes hydatiques de l'ovaire sont très rares, puisque j'en ai trouvé douze cas à peine dans la littérature. Tout récemment, j'ai pu observer le fait suivant, chez une jeune femme de vingt-huit ans, mariée depuis cinq à six ans. Quelques mois après son mariage, une grossesse étant survenue, elle ne tarda pas à ressentir des douleurs très vives qui l'engagèrent à consulter son médecin; celui-ci constata alors que l'utérus était en rétroversion et qu'il existait, sur le côté droit de l'organe, une petite tumeur d'un volume très appréciable. Une consultation eut lieu et l'on fut d'accord à provoquer l'avortement qui n'eut, d'ailleurs, pas de suites fâcheuses. Dix-huit mois plus tard, une nouvelle grossesse se produisit et, en même temps, la tumeur subit un accroissement notable; l'accouchement se fit, non sans difficultés, mais l'enfant ne vécut que très peu de temps. L'année suivante, nouvelle grossesse terminée par un accouchement très difficile qui nécessita une application de forceps très élevée; l'enfant vécut quelques minutes seulement.

Après une saison à Salies, où on l'avait envoyée, parce qu'on croyait à un fibrome utérin, la malade vint me consulter, et, l'ayant examinée soigneusement, je constatai l'existence d'une tumeur grosse comme une tête d'enfant et remontant très haut dans la cavité abdominale; cette tumeur, qui paraissait faire corps avec l'utérus, était manifestement fluctuante; d'autre part, la malade n'avait jamais eu de métrorrhagies. Je portai le diagnostic de kyste inclus dans le ligament large, et je pratiquai une laparotomie.

Mon diagnostic d'inclusion dans le ligament large se trouva confirmé, mais, dès qu'avec un trocart j'eus ponctionné le kyste, il s'en échappa un liquide trouble qui renfermait quelques vésicules hydatiques; il s'agissait, en réalité, d'un kyste hydatique de l'ovaire. Je ne cherchai pas à l'enlever et je me contentai de le marsupialiser.

Quelques jours plus tard, je m'aperçus que la cavité ne se vidait pas d'une façon complète et je trouvai alors une deuxième poche kystique que j'évacuai largement comme la première et à travers laquelle j'en ouvris une troisième. L'opérée est aujourd'hui à peu près complètement guérie.

Le diagnostic de ces kystes hydatiques présente des difficultés d'autant plus grandes, qu'à l'obscurité habituelle de symptomatologie des kystes du ligament large vient s'ajouter l'obscurité propre à la symptomatologie des kystes hydatiques.

Un seul caractère pourrait aider au diagnostic, si on avait la chance de le constater : je veux parler de la multiplicité habituelle des kystes hydatiques dans les faits de ce genre.

Dans un cas récemment publié par M. Pinard, il y avait, en effet, d'autres kystes disséminés dans la cavité abdominale et, de même chez ma malade. Il y avait en même temps qu'un kyste de l'ovaire un kyste de l'épiploon et un kyste du mésentère; malheureusement ces trois tumeurs ne pouvaient être distinguées cliniquement l'une de l'autre, mais dans les cas où l'on pourrait trouver des tumeurs distinctes, on serait fortement aidé dans le diagnostic par cette multiplicité des kystes, qui est pour ainsi dire la règle.

Kyste suppuré de l'ovaire.

M. Jules Bœckel (Strasbourg). — J'ai opéré cette année une vieille femme de soixante-treize ans, qui a dû subir deux laparotomies en trois mois. On lui avait déjà fait quinze ponctions, lorsque, pensant à un kyste ovarique ou à une péritonite enkystée, je pratiquai une incision latérale au niveau de la dernière ponction, qui avait été faite quelques jours auparavant et qui avait permis l'évacuation de douze à treize litres d'un liquide purulent.

Il s'agissait là d'un kyste de l'ovaire. Je fis une incision sur la ligne blanche et j'eus alors les plus grandes difficultés à libérer la tumeur, qui était incluse dans le ligament large gauche et adhérait fortement aux organes voisins, au point que je fis à l'intestin une déchirure de quatre à cinq centimètres, qui nécessita une résection de sept à huit centimètres d'intestin, suivie d'une suture à deux plans.

Les suites opératoires furent très simples, mais la vessie a été blessée et il s'écoulait de l'urine par la plaie hypogastrique, et je dus pratiquer ultérieurement une suture de la vessie en ouvrant une seconde fois le ventre pour bien isoler la vessie et la suturer. Malgré un insuccès dans ma première tentative, la guérison parfaite a finalement été obtenue et la malade est sortie complètement guérie le 4 août dernier.

Kyste dermoïde de l'ovaire.

MM. Lanelongue et Ch. Faguet (Bordeaux). — Nous avons observé une maladie chez laquelle nous avons constaté l'existence d'une tumeur complexe de l'ovaire droit; l'examen anatomo-pathologique nous a montré qu'il s'agissait, dans ce cas particulier, d'un néoplasme constitué à la fois par un kyste dermoïde et un endothéliome. C'est là une variété de tumeur rarement observée et décrite pour la première fois par Eckardt et Pomorski, qui l'appelèrent *endothéliome*, en raison de son origine : endothélium soit des fentes ou des capillaires lymphatiques, soit des vaisseaux capillaires sanguins. L'évolution de ces néoplasmes est le plus souvent maligne, et l'intervention chirurgicale doit être aussi précoce que possible.

Tumeur dermoïde du cul-de-sac de Douglas.

M. Barette (Caen). — Il s'agit d'une jeune fille de seize ans qui, en juin 1892, présentait tous les symptômes physiques et fonctionnels d'une hématocèle rétro-utérine. Pendant six mois, la tumeur du cul-de-sac postérieur diminue progressivement. En janvier 1893, elle présente des phénomènes inflammatoires graves et on incise une vaste collection purulente dans le cul-de-sac postérieur du vagin. Pendant toute l'année, on pratique des lavages de la cavité drainée, qui reste fistuleuse. Un an après, la fistule est incisée largement et on peut procéder à l'extirpation de masses de cheveux et d'un fragment osseux d'aspect dentaire, encastré dans une sorte de poche dermoïde portant de nombreux poils implantés à sa surface interne.

M. Le Dentu (Paris) dans un cas analogue a observé un double kyste dermoïde suppuré des ovaires; les deux tumeurs furent enlevées sans trop de difficulté.

M. Lefour (Bordeaux) rapporte deux faits semblables, dont un appartenant à M. Demons et qui, traité par la laparotomie et l'ablation d'une double tumeur dermoïde des ovaires, fut suivi de guérison parfaite. Dans l'autre cas, il y avait à la fois une salpingite purulente et un kyste dermoïde.

Drainage pelvien.

M. Duret (Lille). — Dans les cas où l'on a dû faire de larges décollements en enlevant des tumeurs pelviennes, il est nécessaire de prévenir l'écoulement des sécrétions, qui, bientôt, deviennent septiques, et dont la rétention produit cette septicémie terminée par la mort en vingt-quatre à trente-six heures, sans hyperthermie et sans vomissements.

On a donc cherché par différents moyens à prévenir cette rétention des liquides septiques.

Pour ce qui est du drainage, M. Pierre Delbet a essayé de montrer expérimentalement que les drains, dans le péritoine, ne fonctionnent pas le plus souvent. On a aussi incriminé le drainage péritonéal comme produisant de l'infection, ce qui me paraît exagéré, attendu que, pour ma part, je l'ai employé très souvent sans voir survenir d'accidents.

On a reproché à la méthode de Mikulicz de ne pas assurer suffisamment l'écoulement des sécrétions, lorsqu'elles sont trop abondantes; aussi beaucoup de chirurgiens complètent-ils son action par l'emploi d'un drain placé dans le cul-de-sac postérieur.

Le drainage vaginal et le drainage abdomino-vaginal rendent également des services dans certains cas.

Enfin, il me reste à parler de l'aspiration capillaire, employée en Angleterre, par Lawson Tait notamment et qui, dans deux cas, m'a donné d'excellents résultats.

Dans le premier fait, chez une femme de vingt-quatre ans, à laquelle j'avais enlevé un volumineux kyste inclus dans le ligament large, en faisant à la fois un drainage et un Mikulicz, des signes de septicémie s'étant manifestés malgré ces précautions, j'enlevai à la fois le drain et le tamponnement de Mikulicz, et je fis des aspirations toutes les quatre heures, pendant deux à trois jours, avec une seringue à hydrocèle. Les accidents disparurent rapidement. Dans un autre fait analogue, je fis également disparaître de la même façon tous les signes d'une septicémie manifeste.

M. Pichevin (Paris). — J'ai étudié expérimentalement la septicémie péritonéale et j'ai démontré, avec d'autres auteurs, que la stagnation du liquide constitue un milieu de culture excellent, et qu'il faut toujours, par conséquent, faire une bonne fermeture et assurer un drainage parfait par un procédé quelconque.

Hystérectomie abdominale supra-vaginale.

MM. Lanelongue et **Ch. Faguet** (Bordeaux) communiquent le procédé qu'ils emploient dans le traitement chirurgical des fibromyomes de l'utérus : ils ont recours à l'hystérectomie abdomiuale supra-vaginale avec traitement rétro-péritonéal du pédicule. Ce procédé, dont ils décrivent la technique en détail, en insistant surtout sur les sutures des moignons, leur paraît, mieux que tout autre, applicable à la plupart des cas, même lorsqu'il y a enclavement de la tumeur dans l'excavation pelvienne, et leur semble atteindre le but que cherchent les chirurgiens.

1° Il assure l'hémostase d'une façon complète.

2° Il isole le pédicule de la cavité péritonéale qui se trouve ainsi protégée contre les infections susceptibles de provenir du vagin quelquefois, même malgré les précautions antiseptiques les plus rigoureuses.

Ils ont employé cette méthode dans *quatorze* cas. Ils ont eu *douze* guérisons, *deux* décès. Le premier décès doit être attribué aux conditions défavorables nombreuses dans lesquelles se trouvait la malade au moment de l'acte chirurgical (femme âgée, volumineuse hernie ombilicale irréductible et douloureuse, intertrigo de la paroi abdominale, emphysème pulmonaire, myocardite), le second à des accidents urémiques.

M. Laroyenne (Lyon). — Dans le traitement des fibromes utérins par l'hystérectomie abdominale, on se préoccupe à bon droit de la blessure de la vessie et des uretères, des hémorrhagies et de l'infection péritonéale par le pédicule. J'ai pensé qu'il était possible de supprimer l'éventualité de ces divers accidents en procédant comme il suit : section à l'ordinaire des ligaments larges entre deux longues pinces. On pratique alors sur l'utérus une incision circulaire superficielle à quatre ou cinq travers de doigt au-dessus du cul-de-sac vésico-utérin, on dissèque sur la tumeur et on décolle de haut en bas le péritoine et une couche de tissu musculaire d'une épaisseur variable suivant la profondeur à laquelle on découvre un plan de décollement propice.

C'est là le seul temps un peu laborieux de l'opération. Le pédicule est étreint par un lien élastique et la tumeur sectionnée au-dessus de ce lien. Toutes ces manœuvres constituent une opération véritablement *sous capsulaire* mettant à l'abri de toute blessure les organes voisins.

Le bord de la poche est suturé sur tout son pourtour aux lèvres de l'incision musculo-cutanée et le pédicule ainsi marsupialisé dans une loge extra-péritonéale à l'intérieur de laquelle on aura eu soin de fixer latéralement les ligaments larges pour ne pas abandonner dans la cavité péritonéale leur surface de section. Lorsque la mobilité de la tumeur et l'insertion basse des annexes sur le fibrome permettent de conserver ces ligaments, mieux vaut les respecter, en les laissant adhérer à la poche isolante dont ils font naturellement partie.

Après réunion de la grande incision abdominale, on suture, bien entendu, la poche à l'extrémité inférieure de cette incision pour la séparer définitivement en cet endroit de la cavité péritonéale. Si dans le cours de l'opération, la paroi de la poche avait été trouée, on la fermerait par un point de suture, pour assurer l'isolement du pédicule qui, recouvert de gaze iodoformée et mortifié par la contriction de son lien élastique, s'élimine au bout de quinze jours. La plaie se cicatrise en un mois ou un mois et demi.

Ce mode opératoire qui m'inspire le plus de sécurité n'a pas la prétention d'être toujours applicable. J'ai eu cependant depuis un an l'occasion de le mettre en usage neuf fois et mon assistant, M. Condamin, deux fois. J'ai perdu une malade de péritonite.

Hystérectomie abdominale totale.

M. Goullioud (Lyon). — Je désire vous relater une série de cinq cas heureux d'hystérectomie abdominale avec suppression du pédicule, les trois derniers concernant des hystérectomies abdominales totales.

Le procédé employé dans ces derniers cas se rapproche beaucoup des procédés confus de Edebohls, de Delagénière, etc., sans leur être identique.

L'idée directrice consiste à tâcher de faire quatre pédicules vasculaires sur les artères utéro-ovariennes et utérines, plutôt que des ligatures échelonnées sur toute la hauteur du ligament large. Après la constitution des pédicules sur les artères utéro-ovariennes et décollement d'une large collerette péritonéale, on va avec le doigt en crochet, au ras de l'isthme utérin et au-dessus de la voûte vaginale, former un second pédicule vasculaire sur l'artère utérine.

La ligature de ces quatre pédicules, avec transfixion pour empêcher le fil de glisser, donne une sécurité absolue pour l'hémostase.

Le second objectif poursuivi est de fermer complètement la plaie de la laparotomie, sans drainage abdominal, et de recourir au drainage vaginal à la gaze iodoformée.

La constitution d'une large collerette péritonéale permet d'ailleurs très aisément de fermer plus ou moins, ou même complètement le fond de la cavité péritonéale, et l'on est sûr d'être à l'abri de toute chance d'infection péritonéale.

Ce procédé supprime l'instrumentation spéciale, sutures péritonéo-vaginales, ligature élastique, conservée seulement en cas de sécrétion utérine abondante, pour en éviter l'écoulement lors de l'ablation de l utérus par l'abdomen.

MM. Pichevin et **Petit** (Paris) ont trouvé au cours d'une hystérectomie abdominale une infection péritonéale post-opératoire à staphylocoque, qui a guéri par une laparotomie et un lavage péritonéal.

Cette observation a amené ces chirurgiens à chercher le rôle du staphylocoque dans la production de la péritonite. Les mêmes microbes peuvent être plus ou moins virulents. Le milieu de culture et les lésions du péritoine ont leur part dans la gravité de l'infection bactérienne.

M. Auguste Reverdin (Genève) présente des appareils qu'il utilise pour pratiquer l'hystérectomie abdominale totale.

L'appareil principal est l'appareil à *traction continue*, auquel s'adaptent divers dispositifs, répondant à des buts variés.

Ce sont : 1° Les pinces déjà connues, destinées à faciliter l'extirpation des tumeurs volumineuses, particulièrement les tumeurs solides de l'utérus.

2° Une courroie qui permet de maintenir, dans une position absolument fixe, le bassin, alors que les épaules et les jambes reposent sur deux tables largement écartées l'une de l'autre.

Cette disposition permet de se passer d'aides lorsqu'il s'agit d'appliquer des bandages, pansements ou appareils intéressant le bassin et les cuisses.

La courroie, lorsqu'elle a rempli son rôle, peut être facilement retirée sans que cela dérange en rien les bandages ou appareils placés au-dessus d'elle.

3° Une barre fixe horizontale, présentant à droite et à gauche une courbure dans laquelle vient se placer le jarret des malades. Relevée par l'appareil à traction, cette barre soulève les membres inférieurs en les fléchissant dans leurs articulations tibio et coxo-fémorales. Toutes les opérations portant sur l'utérus, le vagin, le périnée, l'anus, le rectum, sont facilitées par ce dispositif.

4° Enfin, deux gouttières richement reliées entre elles peuvent recevoir la cuisse et la jambe et les maintenir élevées durant les opérations portant sur le sacrum, le rectum, etc.

Ectopie pelvienne congénitale du rein.

M. Goullioud (Lyon). — J'ai eu l'occasion de rencontrer au cours d'une laparotomie une ectopie pelvienne congénitale du rein, prise pour une salpingite parenchymateuse. L'extrémité inférieure du rein formait une tumeur fixe, dure, sensible et piriforme qui pointait dans le cul-de-sac vaginal gauche, un peu en arrière du col utérin, dont elle était séparée par un sillon.

Au cours d'une laparotomie entreprise pour des douleurs pelviennes persistantes, je fus amené à inciser le péritoine pelvien, et je reconnus le rein à la sensation que donne le décollement de cet organe au cours d'une autopsie. La vitalité du rein n'ayant pu être en rien compromise, ce viscère fut laissé, et la malade guérit, gardant son rein. L'ovaire et la trompe droite, dont le pavillon est obturé par d'anciennes cicatrices inflammatoires, furent enlevés. Quant aux annexes du côté gauche, elles furent très difficiles à trouver, par suite d'une malformation considérable en rapport avec l'ectopie rénale. Elles étaient atrophiées, déviées sur la marge du bassin et rattachées seulement à l'utérus, probablement unicorne, par un tractus caché sous le péritoine, sans trace du ligament large dont la place était occupée par le rein ectopique.

C'est la troisième laparotomie entreprise dans des conditions analogues. Mundé, qui crut aussi à une salpingo-ovarite, reconnut le rein trop tard pour le conserver et dut faire une néphrectomie. O. Meyer, ayant blessé le bassinet d'un rein ectopié et déformé, perdit son malade.

Le fait que je viens de relater est également intéressant au point de vue obstétrical, en raison de ce fait, que mon opérée avait antérieurement accouché à terme et spontanément. Mais des accidents dystociques graves ont été observés par Nohl, Albers-Schœnberg, Fischer, etc.

Un rein en ectopie pelvienne congénitale peut donc simuler une salpingite interstitielle ou d'autres tumeurs. S'il laisse le plus souvent l'accouchement évoluer normalement, il peut être une cause de dystocie et occasionner des accidents graves.

Néphrorraphie.

M. Lafourcade (Bayonne). — J'ai pratiqué quatorze fois la néphrorraphie avec treize guérisons et une mort. La mort est survenue le huitième jour par syncope, les suites immédiates ayant été irréprochables, les fils enlevés et la réunion totale. L'autopsie n'ayant pas été faite, on ne sait à quelle cause attribuer cette mort qui a été un accident fortuit non imputable à l'opération.

Deux cas sont trop récents pour que les résultats définitifs, qui paraissent devoir être excellents, puissent être mentionnés. Chez une troisième malade, la mobilité rénale s'est reproduite. Il reste donc à examiner les résultats de dix néphrorraphies qui ont amené ou une guérison parfaite ou une amélioration.

Dans un cas, il s'agissait de troubles dyspeptiques et lipothymiques avec menace sérieuse de syncopes. Ces accidents ont disparu depuis l'intervention.

Trois des opérées avaient des douleurs, ne pouvaient supporter la moindre pression sur le rein et étaient atteintes de dyspepsie. Deux ont guéri radicalement; la troisième présente un peu d'atonie stomacale. Je refuse l'opération à toute femme atteinte de rein mobile coïncidant avec la ptose d'autres organes ou avec des varices.

Trois malades présentaient des douleurs et des troubles nerveux coexistant avec une métrite ou une déviation utérine. Deux ont guéri; la troisième curettée depuis la néphrorraphie et est également guérie.

Chez une malade la mobilité rénale s'accompagnait d'hydronéphrose intermittente et de crises d'étranglement du rein. La guérison a été complète.

Une autre était atteinte de crises gastriques avec vomissements et néphroptose; l'amaigrissement et la perte des forces étaient extrêmes. La néphrorraphie a été suivie d'une vraie résurrection.

La dernière malade, enfin, présentait une mobilité au deuxième degré, compliquée de douleurs extrêmement vives dans le rein. Je crus à une néphralgie essentielle plutôt qu'à un calcul rénal et fis la taille du rein avant de le fixer pour m'assurer de l'absence de tout calcul, avec l'espoir que cette taille amènerait la guérison, même s'il s'agissait d'une néphralgie essentielle. La guérison s'est maintenue complète pendant trois mois. Depuis lors, la malade éprouve de temps en temps quelques tristes atténuées : il n'y a donc là qu'une amélioration.

En terminant, je signalerai une modification que j'ai apportée à la façon de fixer le rein : je ne prends au catgut que l'organe et *la lèvre postérieure seule des muscles de la paroi abdominale*. En agissant ainsi, quand on serre les anses du fil, on se rend compte du degré de coaptation du rein et des muscles de la paroi tout aussi bien que dans le procédé du professeur Guyon, qui est plus long et plus compliqué. Je rapproche par un surjet au catgut les muscles de la paroi.

Occlusions intestinales post-opératoires.

M. Legueu (Paris). — J'ai observé quatre faits d'occlusion intestinale post-opératoire.

Dans le premier cas, les accidents apparurent au troisième jour, après une ovariotomie facile; une seconde laparotomie me montra que la cause des accidents siégeait au niveau de l'angle gauche du côlon. Il y avait une bride anormale qui, passant au-devant du côlon, l'avait aplati : la suppression du kyste de l'ovaire avait amené la chute du côlon transverse, et celui-ci avait entraîné dans sa descente la bride en question ; il en était résulté une imperméabilité de l'angle colique gauche. La malade mourut.

Une autre malade présenta, à la suite d'une cure radicale de hernie étranglée, des accidents d'occlusion intestinale; une nouvelle incision faite dans la région inguinale ne décela aucune disposition anormale. Malgré la création d'un anus contre nature, la mort suivit de près l'intervention. A l'autopsie, on ne trouva aucune cause d'occlusion, aucune trace de péritonite : il s'agissait d'une occlusion par paralysie de l'intestin sans obstacle mécanique.

Dans deux autres cas, les accidents ont cessé avant qu'on ait eu recours à une nouvelle opération. A la suite d'une laparotomie pour annexite double, une de ces malades présenta des accidents fort nets d'occlusion intestinale; ces accidents, qui avaient résisté à un purgatif et à des lavements disparurent sous l'influence d'injections rectales données à l'aide d'une longue canule rigide; j'ai eu depuis l'occasion d'opérer à nouveau cette femme pour des douleurs abdominales consécutives à la première intervention, et j'ai trouvé pour toute lésion des adhérences du côlon pelvien au pédicule gauche, lesquelles avaient probablement été la cause de l'obstacle au passage des matières lors de la première opération.

Enfin, ma dernière malade est une femme qui, à la suite d'une hystérectomie vaginale, présenta aussitôt des accidents d'occlusion. On reconnut que le tamponnement vaginal exerçait sur le rectum une compression énergique, au point d'effacer son calibre. Les accidents cessèrent dès que ce tamponnement fut enlevé.

Au point de vue du diagnostic, j'insiste sur l'utilité d'un purgatif administré par principe le lendemain de l'opération : il permet de surprendre à ses débuts l'arrêt des matières.

La laparotomie précoce est le traitement de choix. Une fois la cavité abdominale ouverte, il faut tout d'abord explorer le pédicule et les régions avivées au cours de l'intervention. Si l'on ne trouve rien à ce niveau, il faut examiner l'angle gauche du côlon. On ne devra recourir à l'anus contre nature que chez les malades opérées trop tardivement, ou lorsque la laparotomie n'aura pas révélé la cause des accidents.

Traitement de l'antéflexion par l'hystéropexie.

M. Laroyenne (Lyon). — Il n'était pas évident de prime abord que ce genre de déviation suivant l'axe de l'organe pût être corrigé d'une façon durable par la ventrofixation ; cependant il m'est aujourd'hui démontré que l'organe dévié, pris entre l'insertion normale du vagin sur le col et l'adhérence créée entre lui et la paroi abdominale, efface définitivement sa coudure, comme le démontre le palper abdomino-vaginal et l'hystérométrie, Quant aux résultats éloignés, la dysménorrhée qui existait avant l'opération a disparu chez presque toutes mes malades

et considérablement diminué chez celles dont les douleurs n'ont pas entièrement cessé.

Ces résultats favorables sont dus, au moins dans une certaine mesure, au procédé d'hystéropexie employé : dilatation de l'organe par les bougies de Hegar ; introduction d'un gros hystéromètre à l'aide duquel un aide repousse la matrice contre la paroi abdominale, de telle sorte que le chirurgien qui l'incise à ce moment se trouve immédiatement en rapport avec la paroi antérieure de l'utérus qu'on lui présente. Plus de recherches avec la main, plus de pinces-éringnes déterminant un suintement sanguin. L'ouverture pratiquée à la paroi abdominale n'est qu'une boutonnière de quatre à cinq centimètres fermée aussitôt qu'ouverte par l'utérus qu'on vient d'appliquer à ce niveau, et qui déjà soulevé avait indiqué en quel point précis devait porter l'incision. Cet organe est ensuite fixé à l'aide de deux ou trois aiguilles-broches qu'on enfile à travers le plan aponévrotique et le péritoine et à travers la face antérieure de l'utérus. Elles sont alors chargées d'un crin de Florence et retirées et nouées successivement. Cette opération si bénigne, nous ne l'aggravons pas par la destruction des adhérences membraneuses ; l'ablation uni ou bilatérale des annexes pathologiques doit se pratiquer quelquefois, et complique nécessairement l'intervention.

A un point de vue plus général et chez les malades hystéropexiées pour n'importe quelle cause, nous ne redoutons pas pour elles l'épreuve de la grossesse et de la parturition.

J'ai étudié la coupe congelée de Braun (femme en travail), et j'ai constaté : 1° que l'orifice de la trompe se trouve en avant de l'axe utérin ; 2° que cet orifice est situé à égale distance du fond de la matrice et d'un plan horizontal passant par l'orifice interne. Ce qui démontre que le développement de l'utérus se fait surtout par la paroi postérieure et par le fond et que dans l'hystéropexie les fils fixateurs devront se trouver exclusivement sur la paroi antérieure et ne pas dépasser en haut le plan des orifices tubaires.

M. Bouilly. — Tout le monde s'accorde aujourd'hui à ne pas regarder l'antéversion comme une entité morbide.

L'antéversion fixe n'est que la conséquence d'une paramétrite ; elle n'a pas besoin d'être soignée en tant que déviation utérine, et, s'il y a coexistence de symptômes, ils ne relèvent pas de cette déviation.

L'antéflexion, au contraire, peut être la cause de troubles et la source d'indications ; cela est surtout et presque exclusivement particulier à l'antéflexion congénitale. Ici, comme dans les rétrodéviations, il est difficile de dire dans quelle proportion cette déviation se traduit par des symptômes. Un très grand nombre de femmes sont atteintes d'une antéflexion très prononcée sans accuser le moindre trouble. D'autres, au contraire, présentent les phénomènes caractéristiques de la dysménorrhée ; la plupart sont frappées de stérilité. Mais il ne faut pas croire que les troubles dysménorrhéiques soient d'origine mécanique et de source utérine ; ils peuvent se trouver sous la dépendance de lésions ou de malformations ovariennes, ou mieux d'un développement incomplet des organes génitaux profonds.

Je ne me suis décidé à intervenir que chez dix malades, deux fois pour remédier à la dysménorrhée, huit fois dans le but de favoriser la conception. Je me suis contenté de dilater largement l'utérus avec des laminaires et de fixer ensuite dans cet organe une tige métallique de Lefour, laissée en moyenne pendant trois mois.

Pour la dysménorrhée, les résultats sont merveilleux ; après l'ablation de la tige, l'amélioration persiste, et j'ai tendance à croire qu'elle persiste d'une façon permanente.

Sur ces dix cas, trois fois une grossesse est survenue et a évolué ou s'est terminée normalement.

Je m'en tiens actuellement, dans l'antéflexion, s'il y a indication d'intervenir, à cette pratique simple de la dilatation suivie de l'application de la tige de Lefour, ne reprochant à ce petit instrument que sa difficulté de contention et sa tendance à s'abaisser en dehors de l'utérus avec les procédés de fixation actuels.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 septembre 1895.

Présidence de M. Sappey.

Paludisme à Madagascar.

M. Henrot (Reims), étant données les nouvelles mauvaises de l'état sanitaire à Madagascar, croit qu'on pourrait établir quelques règles simples de prophylaxie. Pour la pénétration par les voies digestives, on n'a qu'à faire bouillir l'eau. Mais pour la pénétration par les voies aériennes, on pourrait rappeler les conseils de Pasteur qui, depuis longtemps, a déclaré que si on portait un masque métallique garni d'ouate on pourrait vivre impunément dans les foyers de peste. M. Henrot croit qu'il y a là un moyen à mettre en œuvre, moyen qu'il a préconisé dès 1874 pour diverses maladies infectieuses et qu'en 1879 il a vu donner de bons résultats, pour ses élèves, dans une épidémie de fièvre typhoïde.

M. Laveran pense que le port d'un masque serait tout à fait incompatible, en pratique, avec les exigences d'une campagne. D'ailleurs, pour faire une bonne prophylaxie, ce qui nous manque, c'est de savoir exactement comment a lieu la contagion.

Ce qui semble d'abord démontré, c'est qu'il faut avant tout éviter de remuer la terre : il faut donc, comme on l'a fait au Mexique, faire faire les terrassements par des nègres, dont l'immunité pour le paludisme est réelle.

En outre, et dans leurs expéditions coloniales les Anglais le savent bien, on évite ainsi la fatigue, le surmenage, ce qui est le deuxième facteur important à considérer.

Quant à la prophylaxie directe, il est incontestable que l'administration préventive de la quinine à quinze et vingt centigrammes est efficace, et que surtout elle évite les cas pernicieux.

Enfin on a parlé d'acclimatement : cela est erroné. Au contraire, pour ces expéditions il faut, comme on l'a fait pour Madagascar, éliminer les hommes qui ont déjà eu des atteintes de paludisme ; c'est également ce que font les Anglais.

MM. Vallin et **Le Roy de Méricourt** insistent sur l'impossibilité, en pratique, de faire porter un masque ouaté aux troupes ; mais M. Le Roy de Méricourt est opposé à l'administration préventive de la quinine.

M. Hallopeau également, mais il croit démontré, quoi qu'en dise M. Laveran, que l'infection a toujours lieu par les voies aériennes. Or, **M. Laveran** persiste à croire que l'infection *peut* avoir lieu par les voies digestives, et il pense que, comme pour la filariose, les moustiques jouent peut-être un rôle de transmission. Et il est bien probable que de même le microorganisme de la malaria ne se développe qu'à l'intérieur d'un organisme intermédiaire : en effet, comme pour la filariose, on ne peut obtenir de cultures directes du parasite.

M. Nocard. — Chez les animaux, la « maladie du Texas », due à un microorganisme très analogue à celui de la malaria, est incontestablement due à la piqûre des tiques et des ixodes.

M. Lancereaux partage l'avis de M. Le Roy de Méricourt sur l'inutilité de l'administration préventive de la quinine. **M. Worms**, au contraire, croit que c'est une excellente mesure et en a vu une fois de bons résultats, au Cambodge. Il ajoute qu'à Rome ce conseil est donné par tous les médecins ; qu'en Algérie il l'est par beaucoup de médecins militaires. Il y a là une opinion pratique dont il faut tenir compte. D'ailleurs, personne ne sait actuellement comment agit la quinine, qui semble surtout exciter le système nerveux.

M. Laveran croit démontré que la quinine agit en tuant le parasite, et quoi qu'en pense M. Worms, l'excitation du système nerveux est peu importante. Cela va d'ailleurs bien avec le rôle préventif de la quinine, rôle souvent mis en évidence dans les campagnes coloniales.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 29 *juillet* 1895.

Influence des toxines sur la descendance.

M. Charrin. — A diverses reprises, j'ai pu constater que des animaux imprégnés, à un moment voulu, par des produits bactériens, pouvait donner naissance à des rejetons dont la croissance s'effectuait lentement, dont la taille, le poids demeuraient inférieurs, parfois de plus d'un tiers, à la normale, dont les os longs offraient des épiphyses volumineuses.

D'autre part, au cours d'une série de recherches communiquées pour la plupart l'année dernière à la Société de biologie, M. Féré a indiqué qu'il avait obtenu des poulets chétifs, en introduisant, dans les œufs, des poisons microbiens.

Plus récemment, à la Maternité, j'ai enregistré des faits qui peuvent être rapprochés des précédents : ils s'agit de femmes qui furent atteintes, à la fin de leur grossesse, de diverses maladies infectieuses (phlegmon streptococcique, pneumonie, tuberculose, scarlatine) et qui mirent au monde des enfants dont le poids n'augmenta que très lentement (1).

On observe des retards analogues dans la croissance de ces enfants, comme, d'ailleurs, dans celle des jeunes animaux, quand ils sont atteints d'une infection même légère, de la vaccine, de la varicelle, par exemple. Parfois, l'augmentation fait place à de l'amaigrissement.

Or, si ces animaux, si ces enfants ont tous un lien commun, celui d'une croissance imparfaite, ils ont tous cet autre lien commun, à savoir que, directement ou indirectement, au travers du placenta (2), ils ont reçu des poisons microbiens.

On est dès lors porté à se demander s'il existe une relation entre ces deux phénomènes.

L'analyse des urines, qui fréquemment renseigne sur l'état de la nutrition, fournit des indications intéressantes.

L'urée d'enfants sains s'est élevée à 1,301, 1,312, 1,409, 1,820 par litre; à 0,41 comme moyenne des vingt-quatre heures, et, par kilogramme, à 0,095.

Chez des vaccinés, en pleine éruption, on a 2,120, 2,820, 3,040 pour 1,000 c. c.; puis 0,88 à titre de dose quotidienne; enfin, 0,18 par kilogramme.

Chez deux descendants de mères infectées (pneumonie, phlegmon), n'étant pas eux-mêmes contaminés, on a obtenu pour l'urée 2,113 et 2,120, soit 0,70 et 0,16 par journée et par 1,000 grammes.

Il n'est pas sans intérêt de rappeler que les toxines augmentent l'urée, l'acide phosphorique, comme je l'ai établi avec Chevallier; avec Desgrez, chez des animaux issus de générateurs ayant reçu des toxines, j'ai pu retrouver cette azoturie.

Chez les nouveau-nés issus de mères infectées j'ai parfois rencontré, avec Delépine, l'accroissement de l'acide phosphorique, même de l'extrait sec.

La comparaison de tous ces faits entre eux autorise à conclure que l'infection, par l'intermédiaire des sécrétions bactériennes introduites directement par l'expérimentateur, ou fabriquées par le microbe ou venues de la mère (3), trouble la nutrition, s'oppose à la croissance, à l'augmentation de poids, en favorisant la désassimilation ou plutôt en rendant l'assimilation moins parfaite.

Ces acquisitions permettent de commencer à remplacer par quelques notions positives les données relatives aux influences héréditaires, aux modifications du terrain développées sous l'influence des virus. La réalité de ces influences néfastes, de ces modifications se trouve imposée par la puissance de l'observation; malheureusement on connaît moins le mécanisme de leur action; on sait moins à quelles perturbations anatomiques ou physiologiques elles correspondent. Si à ces premières acquisitions d'autres viennent s'ajouter, nous arriverons à nous rendre compte de ces variations; les connaissant mieux, nous pourrons peut-être plus efficacement les combattre. En tout cas, nous voyons que ces dégénérescences n'ont rien de spécifique : la plupart des toxiques les engendrent.

(1) Nous ne faisons allusion ici qu'aux infections de la fin de la grossesse; il y aurait lieu de remonter à celles du début, même à celles du père.

(2) Si le passage des germes a été longtemps discuté, celui des poisons solubles est établi depuis bien des années.

(3) Des expériences que j'ai faites avec M. Gley indiquent qu'il convient, en outre, de tenir compte du père, au moins dans quelque mesure.

Utilité des injections d'oxyspartéine avant l'anesthésie chloroformique.

MM. Langlois et **Maurange.** — Nous avons déjà montré l'action tonique et régulatrice de la spartéine sur le cœur des sujets chloroformisés. Hurtle a montré de son côté que l'oxyspartéine avait sur le cœur une action plus énergique encore. Nos recherches nous ont conduits également à substituer l'oxyspartéine à la spartéine dans la clinique.

L'excitabilité du nerf pneumogastrique est diminuée après l'injection d'oxyspartéine. La pression vasculaire se maintient pendant de longues anesthésies à une tension suffisante.

L'oxyspartéine est un peu plus active que la spartéine. Aussi la dose pour une injection doit-elle être inférieure. Si quatre à cinq centigrammes de spartéine et un centigramme de morphine injectés une heure avant l'opération donnent une narcose rapide, facile à maintenir avec un peu de chloroforme, et un cœur régulier, les mêmes effets s'obtiennent en remplaçant la spartéine par l'oxyspartéine à la dose de trois à quatre centigrammes seulement.

Séance du 5 *août* 1895.

Sur une substance toxique extraite des capsules surrénales.

M. Gourfein. — On a depuis longtemps admis dans les capsules surrénales la présence de substances toxiques, et M. Gluzinsky a publié dernièrement le résultat d'expériences faites avec l'extrait glycérique de ces organes; il en a conclu que ce produit est très toxique : l'animal injecté meurt de dyspnée progressive et de paralysie généralisée.

De mon côté, j'ai extrait des capsules surrénales une substance toxique qui est soluble dans l'alcool et qui résiste à la chaleur. Injectée sous la peau des mammifères, elle donne lieu à de la gêne respiratoire qui augmente progressivement jusqu'à la mort, à un affaiblissement des battements du cœur et à une torpeur générale se traduisant par une immobilité complète des animaux qui, cependant, ne sont pas paralysés puisqu'une légère excitation mécanique les fait courir pendant quelques instants dans leur cage. L'injection de cette substance amène la mort dans un bref délai en agissant probablement sur le système nerveux central; mais on ne trouve à l'autopsie aucune lésion, sauf une forte congestion pulmonaire.

Antitoxine diphthérique.

MM. Guérin et **Macé** adressent une note sur l'antitoxine diphthérique et, d'après les données que ces auteurs fournissent, la substance active paraît être de même nature que les ferments solubles qu'on réunit actuellement sous le nom de diastases.

Séance du 26 *août* 1895.

Du rôle du foie dans l'action anticoagulante de la peptone.

MM. E. Gley et **V. Pachon.** — On sait qu'une solution de peptone, injectée dans les veines d'un chien, rend le sang de cet animal incoagulable pour un temps plus ou moins long, suivant la dose employée (Schmidt-Mülheim, G. Fano, Politzer, Grosjean, etc.). G. Fano a montré que cette action de la peptone n'est pas directe, mais qu'il doit se produire dans l'organisme, sous l'influence de ce corps, une substance à laquelle appartient le pouvoir anticoagulant. Or, non seulement on ne connaît pas cette substance, mais encore on ignore où elle se forme.

Il résulte clairement de nos expériences que le foie joue un

rôle absolument prépondérant dans la formation de la substance anticoagulante qui prend naissance dans l'organisme, sous l'influence de la peptone.

Par suite d'un obstacle à la circulation lymphatique intra-hépatique, la peptone perd son pouvoir anticoagulant. C'est donc que la substance anticoagulante se forme, sous l'influence de la peptone, dans le foie.

Faut-il aller plus loin et admettre que cette substance ne pénètre dans les vaisseaux sanguins qu'après avoir passé par les lymphatiques qui sortent du foie et, de là, dans le canal thoracique ? Cette conclusion ne serait légitime que si la ligature du canal thoracique produisait le même effet que celle même des lymphatiques hépatiques. Nous avons reconnu qu'il n'en va pas ainsi et que cette ligature a des effets variables, tantôt entravant l'action de la peptone, tantôt laissant à la peptone tout son pouvoir. Nous nous proposons d'ailleurs de revenir sur cette partie de la question.

On peut alors penser que la ligature des lymphatiques du foie modifie simplement le fonctionnement de la cellule hépatique, en changeant les conditions de pression sous lesquelles vivent normalement ces cellules.

De fait, en augmentant par un autre moyen la pression à l'intérieur du parenchyme hépatique, on peut obtenir un résultat analogue à celui que donne la ligature des lymphatiques. Pour cela nous avons lié le canal cholédoque, après ligature préalable de la vésicule biliaire, près de son col. Dans trois expériences ainsi réalisées, nous avons vu le sang rester coagulable, malgré l'injection de peptone, exactement comme après la ligature des lymphatiques du foie.

Ces faits prouvent, croyons-nous, que la peptone n'agit sur le sang que par l'intermédiaire du foie ; en d'autres termes, étant donné ce que nous ont appris les expériences de Fano, c'est le foie qui, sous la provocation de la peptone, fabrique la substance anticoagulante. Ces expériences montrent aussi l'importance des variations de circulation capillaire lymphatique pour le fonctionnement des éléments cellulaires.

Le stéthoscope ellipsoïdal.

M. Ch.-V. Zenger. — L'efficacité des stéthoscopes, en général, est diminuée par les sons amphoriques produits dans l'espace rempli d'air qui fait partie de l'appareil ; c'est ce qui m'a conduit à construire un stéthoscope en bois plein, qui, ne contenant plus d'air, ne donne pas naissance à ces sons parasites, parfois plus forts que les battements du cœur ou que les mouvements du poumon dans les cas de mort apparente.

C'est un ellipsoïde de révolution, coupé par deux plans perpendiculaires à l'axe et passant par ses deux foyers ; il est en bois très homogène et très élastique, comme le bois de tilleul. Le rapport de son axe de révolution au diamètre de son équateur est 5 à 1.

Les vibrations produites dans le voisinage d'un des foyers doivent être renvoyées, par réflexion sur la paroi, dans le voisinage de l'autre foyer, et recueillies par l'oreille convenablement placée.

Si l'on applique l'une des extrémités sur la poitrine du sujet soumis à l'auscultation, on entend distinctement, à l'autre extrémité, les battements du cœur, amplifiés comme ils pourraient l'être par un microphone. Une montre donne des battements d'une intensité remarquable...

Séance du 2 septembre 1895.

Sur la présence de l'argon et de l'hélium dans certaines eaux minérales.

M. Bouchard. — Depuis déjà longtemps, on a signalé que de certaines eaux des Pyrénées il se faisait des émanations de fines bulles gazeuses, peu de temps après que ces eaux avaient été puisées et se continuaient pendant un temps variant avec la source, quelquefois même pendant des heures. Il est de fait que, dans ces eaux rendues légèrement alcalines par le sulfure et le silicate de sodium, les gaz émanés ne peuvent être ni l'oxygène ni l'acide carbonique et par élimination autant, sans doute, que par l'absence des caractères positifs, on a admis que ce gaz était de l'azote.

Ce sont surtout les médecins espagnols qui ont fixé leur attention sur cette particularité des eaux pyrénéennes et ils ont désigné sous le nom d'*azoades* les eaux qui dégagent de l'azote. On les rencontre sur le versant espagnol des Pyrénées, on les rencontre aussi sur le versant français, dans certaines stations balnéaires surtout à Cauterets, dans la source de la Raillère.

On voit enfin, dans d'autres sources des Pyrénées qui sont sans effervescence, se dégager par intervalles, au griffon, de grosses bulles de gaz que l'on considère aussi comme étant de l'azote.

Tout récemment, à Cauterets, j'ai voulu me renseigner sur la nature des gaz qui donnent lieu à ces deux séries de phénomènes. J'ai pu recueillir des quantités assez considérables de gaz au point d'émergence, avant tout contact avec l'air, à la source de la Raillère et à deux griffons qui alimentent la source du Bois. Enfin, j'ai pu examiner le gaz retiré par la pompe à mercure, puis par l'ébullition de l'eau de la Raillère transportée.

M. Troost a bien voulu m'aider pour la détermination des caractères physiques et cliniques de ces gaz. C'est avec son assistance qu'ont été obtenus les résultats que je vous communique.

Ces gaz, desséchés sur la potasse et l'anhydride phosphorique, ont les caractères de l'azote : chauffés au rouge, pendant quarante-huit heures, sur des fils de magnésium, ils perdent leur volume initial en même temps que les fils se recouvrent d'une couche jaune qui, exposée à l'air, devient blanche et dégage de l'ammoniaque. Si l'on introduit le gaz ainsi réduit dans des tubes de Plücker à fils de magnésium et si, sous une faible pression et avec l'effluve capable d'amener un suffisant échauffement du magnésium, on épuise les dernières traces d'azote dont le spectre disparaît, on reconnaît alors que les gaz qui subsistent ne sont pas les mêmes pour les diverses provenances.

Les gaz recueillis au griffon de la Raillère, ou extraits par l'ébullition de l'eau de la même source, ont donné les raies caractéristiques de l'argon, ainsi que les raies caractéristiques de l'hélium.

Les gaz recueillis aux griffons des sources du Bois ont donné tous deux les raies caractéristiques de l'hélium.

Les gaz recueillis à l'un des deux griffons du Bois (celui dont la température est la plus basse) donnent à penser, en raison de l'abondance des raies dans le rouge et le rouge orangé, qu'ils renferment, à côté de l'hélium, quelque autre élément.

Dans l'ignorance où l'on est actuellement des propriétés physiologiques de l'hélium et de l'argon, il est permis de se demander s'il y a quelque concordance entre les propriétés médicinales des eaux des Pyrénées et la composition des gaz qui s'en dégagent. A défaut de l'azote, à laquelle on ne doit plus penser, les vertus des azoades dépendraient-elles des gaz qui sont chimiquement moins actifs que l'azote et qui sont, dans ces eaux, en proportion moindre que l'azote ? C'est possible, mais la question deviendrait inutile si l'on démontrait la présence de ces gaz, en proportions analogues, dans les eaux qui coulent ou qui séjournent à la surface de la terre et qui servent à notre alimentation.

On pourrait admettre que les gaz contenus dans les eaux minérales ont leur origine dans l'air entraîné par ces eaux de la surface vers la profondeur. Ces eaux, après s'être alcalinisées par un sulfure, abandonneraient l'oxygène et l'acide carbonique et ne contiendraient plus que l'azote et l'argon.

Il semble néanmoins dès à présent que, à l'origine atmosphérique possible d'une part de l'argon et peut-être de l'hélium, doit s'ajouter quelque action souterraine, puisque, si l'une des sources examinées contient ces deux gaz, une autre ne renferme que l'hélium, une autre enfin contient avec l'hélium quelque chose qui n'est pas l'argon.

Cette étude réclame nécessairement celle de la composition des gaz contenus dans les eaux qui sont à la surface de la terre. Les résultats de cette étude, qui est en cours, seront communiqués ultérieurement.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12. rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES DES FACULTÉS DE MÉDECINE

— Par décret, le doyen de la Faculté de Paris est autorisé à accepter, au nom de cet établissement, aux clauses et conditions énoncées dans le testament, le legs fait par M. Ch.-J. Mautter, de la nue propriété de l'actif net de sa fortune dont le revenu converti en rentes 3 0/0 sera employé, à dater du décès de l'usufruitier, à la fondation d'un prix annuel en faveur d'une femme-médecin, auteur d'un ouvrage sur les maladies des enfants.

Corps de santé militaire. — M. Nogier est promu médecin inspecteur.

Hospices civils de Marseille. — Le lundi 2 décembre 1895, à huit heures du matin, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu un concours pour trois places d'élèves internes.

Le lundi 9 décembre 1895, à trois heures du soir, un autre concours sera ouvert dans le même hôpital pour sept places d'élèves externes.

Pour se faire inscrire et pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat général de l'administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu.

— M. le docteur Blache vient d'être élu conseiller d'arrondissement du canton de Privas.

VARIÉTÉS

Elèves du service de santé de la marine. — Voici la liste, par ordre de mérite, des étudiants en médecine nommés, après concours, élèves du service de santé de la marine à l'Ecole de Bordeaux :

MM. Joncour, Stephan, Cartron, Jacquin, Grange, Nedellec, Crenn, Oudard, Lebaupin, Broquet, Hédie, Vivie, Honorat, Fourgous, Moulinier, Munier, Briand, Puysségur, Mornu, Thibeault, Pin, Guillemain, Georges, Cavazza, Bouillet, Le Coniac, Lasserre, Guibaud, Mongie, Thébaud, Rousseau, Laurenti, Loro, Rouffiandis, Lartigue, Mouillac, Sambuc, Revault, Vallet, Baillif, Kerambrun, Aubert, Violle, Chapeyroux, Revel, Audiau, Normet.

Distinctions honorifiques (Epidémie de typhus à Bougie) :

Médaille d'or. — M. Legrain, médecin de colonie à Takiount.

Médaille de vermeil. — M. Le Breton, médecin suppléant de Bougie.

Médaille de bronze. — M. Voillot, ancien préparateur d'anatomie générale à la Faculté de Lyon. Mission au Brésil, et en particulier à Santos, pour l'étude de la fièvre jaune.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis clinique des maladies du système nerveux, par le Dr G. André, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse. Un volume in-18 cartonnage diamant, tranches rouges de 1056 pages avec figures dans le texte. Prix : 10 francs. Paris, O. Doin, éditeur.

Etude médico-légale : psychopathia sexualis, avec recherches spéciales sur l'inversion sexuelle, par le Dr Von Krafft-Ebing, professeur de psychiatrie et de neuropathologie à l'Université de Vienne. Traduit sur la huitième édition allemande, par MM. Emile Laurent et Sigismond Csapo. Paris, G. Carré, éditeur. Un fort volume in-8º raisin, de 604 pages. Prix : 15 francs.

Eléments de pathologie cellulaire générale. Leçons faites à l'Université impériale de Varsovie, par L. M. Lukjanowx, professeur de pathologie générale. Traduites avec l'autorisation de l'auteur, par MM. Fabre-Domergue, docteur ès-sciences, chef du laboratoire de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine, et A. Pettit, licencié ès-sciences naturelles, attaché au muséum d'histoire naturelle. Un vol. in-8º. Paris, G. Carré, éditeur.

Etude sur Bagnoles de l'Orne, par le Dr E. Censier. Un vol. in-16 de 200 pages. Prix : 2 fr. 50. Clermont (Oise), imprimerie Daix frères.

Thérapeutique des maladies de l'intestin, par le Dr Albert Mathieu, médecin des hôpitaux de Paris. Paris, O. Doin, éditeur. 2e édition. Un vol. in-18 de 337 pages avec figures, relié peau pleine. Prix : 2 francs.

Précis de clinique de pathologie générale, par le Dr Ludolf Krehl, professeur à Iéna, traduit par le Dr Samuel Bernheim. Un vol. in-8º. Prix : 6 francs. Paris, Maloine, éditeur.

Dictionnaire memento de thérapeutique médicale et d'hygiène thérapeutique, publié sous la direction de P. Jalancourt. Un vol. in-8º, 86, rue Madame.

Madame de Sévigné malade. Etude historique et médicale, par le Dr Jules Roger, chevalier de Saint-Grégoire le Grand, etc. Un vol. in-8º avec gravures, 3 fr. 50. Paris, G. Steinheil, éditeur.

CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES

Le tympanisme et le météorisme abdominal des hystériques, par le Dr René Verhoogen, médecin adjoint à l'hôpital Saint-Jean.

Le tympanisme est un de ces accidents qui font habituellement partie intégrante de la grande attaque d'hystérie. Mais ce n'est pas à ce titre qu'il nous arrêtera ; le fait est qu'on le rencontre fréquemment dans les périodes interparoxystiques ou même dans l'hystérie non convulsive, la petite hystérie, associé ou non avec le météorisme abdominal.

Entre ces deux phénomènes, on a fait, nous semble-t-il, une confusion qui mérite d'être relevée. Bien que se traduisant extérieurement par des apparences plus ou moins semblables, ils sont, au fond, très différents. Le météorisme est dû à une accumulation de gaz dans l'intestin ; le tympanisme, au contraire, reconnaît pour cause principale l'activité contractile du diaphragme.

I. Talma (1) rapporte les observations de deux hystériques, souffrant de gastralgie et de vomissements, chez lesquelles il existait un développement anormal de l'abdomen. A l'examen, le ventre paraissait distendu et donnait l'impression première de la présence d'une tumeur. Or, la respiration était purement costale et, loin que l'abdomen se laissât déprimer pendant la palpation, cette manœuvre augmentait la résistance des parois et semblait au contraire exagérer le phénomène. A la pression, il y avait partout de la sonorité tympanique et il n'existait d'ailleurs aucune autre apparence de tumeur ou de grossesse.

Pour résoudre la question, le chloroforme fut administré et on remarqua, à mesure que son action s'établissait, que le ventre s'affaissait graduellement et que le tympanisme diminuait ; lorsque la narcose fut obtenue, on constata que la respiration diaphragmatique s'était rétablie et que les phénomènes du côté du ventre avaient disparu en totalité. Par contre, lorsqu'on cessa de donner le chloroforme, tout revint, et les malades réveillées, les choses se retrouvèrent en leur état primitif.

Nous avons eu chez un sujet l'occasion d'observer des phénomènes exactement analogues. Nous avons également eu recours à la narcose chloroformique et, comme chez les malades de Talma, nous avons constaté que pendant le sommeil, il ne restait aucune apparence de tympanisme. Une autre malade s'est présentée à la consultation de l'hôpital Saint-Jean, qui se plaignait d'aménorrhée, de vomissements et d'un développement notable de l'abdomen. A l'entendre parler, notre première idée fut qu'il s'agissait peut-être d'une grossesse. Mais comme elle niait que la chose fût possible et que d'ailleurs ces phénomènes existaient sans modification aucune depuis près de dix mois, force nous fut de changer d'opinion. Un examen plus attentif nous procura d'ailleurs bientôt la conviction que la malade était hystérique. Or, ces accidents étaient survenus de la façon suivante :

A l'occasion d'une partie de campagne et pendant une époque menstruelle, la jeune fille avait été assise pendant quelque temps sur l'herbe humide, ce qui avait produit un arrêt brusque des règles, sans que d'abord aucun accident en résultât. Une quinzaine de jours plus tard, elle avait été prise de vomissements, puis un matin, en s'éveillant, elle s'était aperçue que son ventre avait augmenté de volume sans qu'elle pût fixer la date ni la cause de ce dernier phénomène. Ces accidents l'avaient inévitablement exposée à des soupçons immérités et à des railleries dont elle avait été assez vivement affectée.

(1) *Weekbl. van het Nederl. tijdschr. v. geneesk*, 27 février 1886.

Mais depuis que le tympanisme avait apparu, le ventre était resté toujours dans le même état et son volume, acquis en une fois, ne s'était guère plus modifié. Il n'existait d'ailleurs aucune matité ni aucune tumeur appréciable et l'examen de la malade nous confirma qu'il s'agissait bien d'un état attribuable à la seule hystérie.

Nous réussîmes à faire disparaître ces symptômes en deux jours de temps et le ventre se retrouva alors tout à fait normal. Quant aux vomissements et à l'aménorrhée, ils persistent actuellement encore.

De ces observations, il résulte que les phénomènes en question sont dus à la contraction spasmodique du diaphragme. La masse intestinale, refoulée vers la partie inférieure de l'abdomen, pèse de dedans en dehors sur les parois du ventre qu'elle repousse et distend. En cet état, le muscle devient en apparence inactif au point de vue du fonctionnement respiratoire. Le thorax se trouve en inspiration diaphragmatique et les muscles costaux seuls continuent à fonctionner d'une façon visible ; le jeu régulier du diaphragme a cessé.

La narcose chloroformique modérée résout cette contraction musculaire. Le diaphragme reprend son fonctionnement habituel, la masse intestinale retombe et tout redevient normal ; au réveil, les phénomènes reparaissent avec la même intensité. Dans ce cas, la fonction intestinale ne donne et ne peut donner aucun résultat, l'intestin n'étant point distendu par des gaz.

II. — Tout différent est le météorisme, que Cadet (1) appelle avec raison la pneumatose gastro-intestinale. On sait que beaucoup d'auteurs (2) rapportent à la contraction spasmodique des fibres musculaires de la paroi intestinale, la formation de certaines fausses tumeurs, localisées en des parties restreintes de l'abdomen, se déplaçant d'ailleurs facilement et donnant une sonorité tympanique à la percussion. N'ayant eu l'occasion d'observer aucun fait de ce genre, nous sommes obligé de nous en tenir à cette interprétation ; mais peut-être ce phénomène ne constitue-t-il après tout qu'un degré du météorisme.

Cette dernière désignation mérite, à notre avis, d'être attribuée à un symptôme créé par l'accumulation et la rétention de gaz dans le tube digestif, différent par conséquent du tympanisme dans sa nature ainsi que dans ses manifestations.

Nous savons que l'insuffisance du pylore permet parfois chez les hystériques le passage direct des liquides dans le duodénum, sans qu'ils aient séjourné au préalable dans l'estomac.

Ebstein (3) a établi que les gaz peuvent pénétrer dans l'intestin de la même façon et il a vu, dans ces conditions, l'insufflation d'un mélange gazeux ou l'introduction dans l'estomac de poudres effervescentes, déterminer l'apparition d'une pneumatose gastro-intestinale très étendue.

Or, l'aérophagie ou déglutition d'air atmosphérique constitue un phénomène déjà signalé chez les hystériques, notamment par Bouveret (4), qui l'a bien étudié et décrit. En cas d'atonie du pylore, un estomac rempli par de l'air dégluti n'éprouvera donc aucune difficulté à se vider dans l'intestin d'une partie de son contenu gazeux ; pour peu que le phénomène persiste, le tube digestif tout entier se trouvera distendu par les gaz et le malade présentera les symptômes les plus manifestes du météorisme abdominal.

D'autre part, l'inertie de l'intestin ainsi que l'hypoaci-

(1) Thèse de Paris, 1871.
(2) André, *Précis clinique des maladies du système nerveux*, 1895, pages 897 et suiv.
(3) *Volkman's Samml. kl. Vortr.*, n° 155.
(4) *Revue de médecine*, 1892, n° 2.

dité ou l'anacidité du suc gastrique qui s'observent parfois aussi, favorisent grandement la fermentation du contenu intestinal et deviennent ainsi la cause indirecte d'un développement gazeux plus ou moins abondant (1).

Enfin, pour certains auteurs, il existerait encore une véritable sécrétion entérique de gaz; mais ceci constitue, à notre avis, une simple supposition dont l'exactitude n'a en tout cas jamais été établie.

Quel que soit d'ailleurs le facteur qui intervient dans la genèse de cette accumulation de gaz dans le conduit digestif, on comprend que les symptômes auxquels celle-ci donne lieu soient au fond très différents de ceux qui constituent le tympanisme. Ici l'abdomen distendu reste élastique, plus ou moins dépressible sous la main, et la sonorité en est largement tympanique. La respiration s'effectue d'une façon normale, à moins que le météorisme, devenu trop considérable, ne refoule violemment le diaphragme et les organes qu'il supporte, produisant ainsi des accès plus ou moins durables d'oppression et de palpitations cardiaques (2).

L'intestin demeuré contractile, au moins dans le plus grand nombre des cas, brasse violemment son contenu dont le déplacement donne lieu à des borborygmes retentissants; les sphincters ne résistent pas toujours à la pression qu'ils supportent.

De là des éructations incessantes et de la flatulence qui tourmentent beaucoup le sujet.

La ponction capillaire de l'intestin ou l'introduction profonde par le rectum d'une sonde de Faucher, aidée de la compression de l'abdomen, déterminent alors l'évacuation d'une grande quantité de gaz; on voit le ventre s'affaisser, et le malade, soulagé ou momentanément guéri, se trouve délivré comme par enchantement d'une situation pénible qui, si l'on n'intervient, peut se prolonger longuement.

Fréquemment cependant, le météorisme disparaît spontanément à la faveur d'une abondante évacuation de gaz intestinaux.

Il va sans dire que météorisme et tympanisme peuvent parfois coexister chez un même sujet, soit que la poussée supportée par le diaphragme détermine une contraction réflexe de la part de ce muscle, soit que les deux phénomènes existent indépendamment l'un de l'autre. La situation dans ce cas n'en est que plus embarrassante pour le malade.

III. — Le traitement que comportent les accidents de ce genre est nécessairement lié à la détermination exacte de leur cause première. Nous ne parlerons pas ici du traitement général de l'hystérie, qui devra, en tout cas, constituer le fond de la méthode.

On trouvera à ce sujet tous les détails désirables dans les auteurs classiques.

Mais il importe en outre d'agir localement et, cette fois, tous les procédés peuvent réussir comme ils peuvent aussi échouer.

Dans le tympanisme, les enveloppements de l'abdomen au moyen d'un maillot humide et chaud, les bains chauds prolongés peuvent donner d'excellents résultats.

Contre le météorisme, si les phénomènes sont très prononcés, que la situation devienne inquiétante ou même menaçante, il faudra avoir recours à l'évacuation de l'intestin, soit par la ponction capillaire, soit par le tube de Faucher et la compression de l'abdomen.

Nous nous sommes, dans un cas, très bien trouvé de l'application d'un large placard de collodion qui recouvrait tout l'abdomen: dans un but de suggestion indirecte, nous avions incorporé au collodion une petite quantité de bleu de méthyle; le sujet ignorait naturellement la composition du mélange, mais cette application avait fortement frappé son imagination et le résultat fut très rapidement obtenu. Si l'on soupçonne l'existence de fermentations parasites dans le tube digestif, il y a lieu aussi de faire l'antisepsie de l'intestin au moyen de cachets de naphtol et salicylate de bismuth. Quant aux purgatifs, ils sont tout à fait sans action et propres au contraire à exagérer les phénomènes, d'autant qu'avant de consulter, le malade a infailliblement commencé par en prendre.

Dans le cas où l'on constaterait l'absence d'acidité gastrique, l'administration de quelques gouttes d'acide chlorhydrique à jeun, ou peu de temps après les repas, serait aussi très utile (1).

(1) Arndt, Art. *Hystérie*, in *Real Encyclopædie d'Eulenbourg*, 1879. — Dimitropolu, Thèse de Paris, 1887.

(2) G. Sée, cité par Raymond. Thèse d'agrégation. Paris, 1878, p. 66.

(1) *Journ. de méd., chir. et pharm. de Bruxelles*, septembre 1895.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Chirurgie de l'estomac.

D'après une série d'observations publiées par H. Allingham (*Lancet*, 1895, t. Ier, p. 1238).

Le travail de l'auteur est intéressant particulièrement par les cas de chirurgie de l'estomac dont voici brièvement l'analyse :

Obs. I. — *Gastrostomie.* — Homme de cinquante-deux ans atteint de dysphagie depuis un an; depuis un mois les liquides mêmes ne peuvent plus passer; avec aigrissements et vomissements de sang. Gastrostomie avec la fixation de la plaie stomacale à la plaie abdominale; mort deux jours après l'opération. A l'autopsie pas trace de péritonite.

Obs. II. — *Opération de Loreta.* — Homme de cinquante-quatre ans entré à l'hôpital pour les signes classiques du rétrécissement du pylore : laparotomie qui montre le pylore mobile mais un peu épaissi et fibreux. Incision de la paroi antérieure de l'estomac et par là on put sentir une sténose pylorique très prononcée. Divulsion digitale du rétrécissement et suture de Lembert de la plaie intestinale; le malade mourut le lendemain de l'opération. A l'autopsie on ne trouva pas de péritonite; à la partie postérieure du foie, il y avait un nodule cancéreux, le pylore était le signe d'un squirrhe.

Obs. III. — *Gastrostomie.* — Homme de quarante-huit ans atteint depuis quatre mois de la dysphagie et de douleurs épigastriques. Le malade ne pouvait plus avaler que des liquides et avait beaucoup maigri. Gastrostomie en deux temps. Le malade vécut ensuite pendant onze mois

Obs. VI. — *Gastrostomie.* — Femme de cinquante ans sujette depuis six mois à la dysphagie, et ne pouvant plus avaler que des liquides. Masse cancéreuse au niveau du bord inférieur du sternum. Gastrostomie en deux temps. La malade survécut quatre mois à l'opération.

Obs. V. — *Gastro-entérostomie.* — Femme de quarante-sept ans entrée à l'hôpital pour des douleurs dans la région épigastrique, des vomissements et des brûlures à l'épigastre, tous ces symptômes datant de six mois environ. A l'examen on trouvait une tumeur dans la région épigastrique. Laparotomie qui permit de constater l'existence d'une tumeur du pylore. Gastro-jéjunostomie à l'aide des plaques de Senn et de sutures de Lembert. La malade guérit de son opération et fut améliorée; elle ne mourut qu'au bout de quatre mois.

Obs. VI. — *Gastrostomie.* — Homme de soixante-sept ans sujet depuis un an à la dysphagie; l'obstruction de l'œsophage siégeait au niveau de la partie supérieure du sternum. On fit la laparotomie et on fixa l'estomac à la paroi abdominale par la méthode de Bowreman Jessett; puis on

ouvrit l'estomac. Huit mois après l'opération le malade vivait encore.

Obs. VII. — *Gastrostomie.* — Homme de cinquante et un ans. Dysphagie progressive, qui devint absolue. Gastrostomie et amenant une amélioration considérable.

Obs. VIII. — *Œsophagostomie suivie de la Gastrostomie.* — Femme de cinquante-trois ans, sujette depuis plusieurs mois à la dysphagie, et aux vomissements de sang. Diagnostic : rétrécissement cancéreux de l'œsophage au niveau du cartilage crécoïde. On pratique tout d'abord l'œsophagostomie, mais on s'aperçoit que par cette voie on ne peut faire pénétrer le liquide dans l'estomac. On fait alors la gastrostomie par la méthode Bowreman et Jessett. Mort deux mois après l'opération.

Obs. IX. — *Pyloroplastie.* — Homme de trente et un ans entré à l'hôpital pour de la dyspepsie avec douleurs gastriques, et vomissements non sanglants datant de cinq ans. A l'examen on ne sentait pas de tumeur dans l'abdomen, mais l'estomac était très dilaté. On fit la laparotomie et on trouva le phylore épaissi et contracté ; et comme rien n'indiquait une tumeur maligne, on fit une pyloroplastie. Guérison.

Obs. X. — *Gastro-entérostomie.* — Femme de quarante-quatre ans sujette depuis dix-huit mois à des douleurs vives dans l'estomac après les repas, des vomissements. Tumeur dans la région épigastrique. Laparotomie qui fait voir une masse sarcomateuse comprenant le pylore et une notable partie de l'estomac ; avec dépôts secondaires dans l'épiploon ; Gastro-entérostomie. La malade guérit très rapidement.

Obs. XI. — *Gastrostomie.* — Homme de quarante-huit ans atteint depuis seize mois de dysphagie devenue à peu près complète. Gastrostomie par la méthode de Bowreman et Jessett. Le malade vivait encore huit mois après l'opération.

Obs. XII. — *Gastro-entérostomie.* — Femme de vingt-six ans sujette depuis deux mois à des douleurs dans l'épigastre, et à des vomissements. Dans la région ombilicale, tumeur arrondie. Laparotomie qui permet de constater l'existence d'une tumeur comprenant le pylore et les régions voisines, et adhérant au lobe droit du foie. Gastro-entérostomie, et la malade notablement améliorée par l'intervention mourut au bout d'un mois.

Obs. XIII. — *Gastro-entérostomie.* — Homme de quarante-cinq ans avait depuis un an des vomissements se reproduisant tous les quatorze jours, non après les repas, mais généralement pendant la nuit. Son état s'empira et il maigrit beaucoup. L'estomac était très dilaté. On fit la laparotomie. On ouvrit la paroi antérieure de l'estomac et on y aboucha le jéjunium à l'aide d'un bouton de Murphy, mort au troisième jour. L'autopsie montra que le bouton de Murphy était resté bien perméable et qu'il n'y avait pas de péritonite.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS D'OBSTÉTRIQUE, GYNÉCOLOGIE ET PÉDIATRIE

Tenu à Bordeaux du 8 *au* 14 *août* 1895.

SECTION DE GYNÉCOLOGIE

Symptômes et traitement des rétrodéviations utérines.

M. Bouilly (Paris). — Je veux m'occuper seulement des rétrodéviations mobiles ou plutôt des rétrodéviations réductibles, la réductibilité pouvant être obtenue avec plus ou moins de peine dans des cas où la déviation date de longtemps et n'est pas cependant irréductible. Bien entendu, on doit considérer à part les faits dans lesquels il y a, en même temps que la rétrodéviation de l'utérus, des lésions nettes du côté des ovaires et des trompes, car la déviation utérine n'a plus qu'une importance secondaire vis-à-vis des lésions annexielles.

La symptomatologie des rétrodéviations mobiles est assez difficile à résumer dans un tableau d'ensemble, car elle se compose d'éléments essentiellement variables et souvent assez vagues. C'est ainsi que les phénomènes douloureux, si accentués parfois chez certaines malades, peuvent manquer dans d'autres cas ; ils présentent, en général, la plus grande variabilité dans leurs manifestations.

Au point de vue du traitement, on peut dire que toutes les déviations de l'utérus doivent être corrigées, car elles sont susceptibles d'entraîner des complications graves, mais le traitement s'impose surtout chez les femmes qui sont encore dans la période génitale. Or, dans la majorité des cas, je crois qu'on peut se dispenser de faire une opération et arriver à un résultat très satisfaisant par la méthode de douceur, c'est-à-dire par l'emploi des pessaires. Cependant il est des faits où l'appareil de soutènement est insuffisant et où l'application d'un pessaire est alors illusoire : dans les cas de ce genre, il est nécessaire de pratiquer une bonne colporrhaphie, et quelquefois l'on voit ensuite disparaître tous les symptômes que l'on attribuait à la rétrodéviation.

Quant au choix du pessaire, je dois dire que, à mon avis, la plupart des pessaires sont mauvais ; cependant, j'en ai trouvé un qui est une sorte de pessaire de Hodge, à dossier élevé, et qui m'a donné d'assez bons résultats. Le pessaire appliqué, l'utérus reste en antéversion exagérée ; l'amélioration, le plus souvent, est rapide. J'ai pu suivre cent vingt femmes traitées comme je viens de l'indiquer et n'ai eu qu'à me féliciter des résultats obtenus.

M. Doléris (Paris). — Je suis à peu près du même avis que M. Bouilly, et je crois que l'on aurait tort d'opérer toutes les rétrodéviations. Pour nombre de cas je suis partisan du pessaire, à condition qu'il soit bien toléré.

M. Pichevin. — Il ne faut pas croire que toutes les rétrodéviations dites mobiles guérissent aisément à l'aide d'un pessaire. Le port d'un pessaire réussit incontestablement dans des cas assez nombreux, surtout si on redresse l'utérus peu de temps après l'accouchement. Les rétrodéviations donnent lieu à des troubles variés (Schultze, Bouilly, etc.). Ces troubles sont dus : 1° à la métrite qui est parfois si intense, surtout au niveau de l'angle de flexion où l'on trouve parfois des lésions scléreuses considérables ; 2° à l'existence d'un ovaire sclérokystique, qu'il faut enlever ; 3° à l'existence de lésions utérines légères, telles qu'adhérences plus ou moins lâches avec le bassin, avec le rectum, avec l'intestin grêle. Il faut donc traiter la métrite et souvent constater *de visu* l'état des annexes et des tissus péri-utérins. C'est ce que l'on peut faire en pratiquant le curage, l'amputation du col, l'opération de Mackenrodt.

M. Dubourg (Bordeaux). — Les déviations utérines sont susceptibles de devenir graves en ce qu'elles occasionnent des troubles d'aménorrhée ou de dysménorrhée, constituant un obstacle à la fécondation par l'atrésie des orifices, qui les accompagne si souvent, ou par la métrite qui en est la conséquence ; enfin, les déviations de l'utérus gravide pourront entraîner des avortements, des accouchements prématurés, des accidents d'incarcération.

Il faut donc traiter de bonne heure les déviations ultérines, en se préoccupant d'abord de rendre à l'utérus sa perméabilité par une dilatation graduelle et large qui suffira, dans quelques cas légers, pour lever l'obstacle à la décongestion régulière de l'utérus et rétablir les conditions de bonne stabilité.

Dans les cas de flexions légères, antérieures ou postérieures, les mêmes moyens suivis de l'application, pendant un mois ou deux, du drainage ultérin par les tubes rigides, doivent encore rendre de précieux services. S'ils ne suffisent pas, l'opération d'Alquié-Alexander, dans les rétrodéviations simples, mais résistantes, s'impose comme opération de choix.

En ce qui concerne les rétrodéviations adhérentes entraînant une irréductibilité absolue, de toutes les méthodes préconisées je donne la préférence à l'*élytrotomie postérieure* destinée à libérer l'utérus de toutes ses adhérences et suivie du raccourcissement des ligaments ronds, par la méthode d'Alexander, pour le maintenir en place une fois la réduction obtenue.

En présence de lésions annexielles, c'est contre ces lésions que devra être dirigée l'intervention. Le traitement sera naturellement très variable, depuis la simple dilatation et

le drainage, qui permettent quelquefois l'évacuation naturelle de poches volumineuses (hydropyo, hématosalpinx) jusqu'à l'ablation bien réglée de ces tumeurs par la voie abdominale ou vaginale, en donnant toutefois la préférence à cette dernière, quand elle paraît possible dans de bonnes conditions.

Je réserve l'*hystéropexie abdominale*, quand il sera utile de fixer l'utérus aux seuls cas de lésions de voisinage assez sérieuses pour nécessiter par elles-mêmes la *laparotomie*.

M. Keiffer (Bruxelles). — Les déviations utérines autour de l'axe pelvien et les divers degrés de prolapsus génital se rencontrent à la suite de certaines affections qui entraînent une altération dégénérative des tissus et particulièrement de la fibre musculaire.

C'est chez la femme ayant souffert, à une période quelconque de sa vie, d'anémie aiguë, de fièvre typhoïde, d'affection cardiaque grave, de gastro-entérite prolongée, qu'on les trouve presque toujours. Chez elles, le traumatisme de l'accouchement n'est même pas nécessaire pour déterminer la déviation : elle se produit spontanément par le seul fait du relâchement des tissus et de la pression abdominale combinés. *A fortiori*, sur un tel terrain, l'accouchement, l'avortement et leurs conséquences, les métrovaginites infectieuses, les travaux violents déterminent-ils la rupture d'équilibre des rapports entre les viscères pelviens.

Anatomiquement, comme il existe dans ces cas-là une altération ou tout au moins une diminution de tonicité trop grande non seulement de la fibre musculaire mais aussi du tissu graisseux, du tissu conjonctif et des muqueuses, pour que, lors même d'une guérison de la maladie générale, ces tissus reprennent leur intégrité fonctionnelle primitive, les déviations utérines une fois réalisées au premier degré ne peuvent que s'aggraver.

C'est en raison de ce mécanisme à action progressive que la plupart des procédés opératoires donnent des résultats illusoires.

Il existe un terrain spécial pour la déviation utérine. Un seul fait le prouve : c'est la persistance pendant de longues années des rapports utérins normaux malgré des déchirures périnéales très profondes chez les femmes qui n'ont pas eu les maladies que je viens de mentionner.

Il résulte de ces considérations qu'il ne s'agit pas de faire triompher tel ou tel procédé opératoire de réduction, mais de connaître les résultats de tous les procédés dans tous les genres de déviation et de savoir adapter surtout les colpopérinéorrhaphies, l'Alquier-Alexander, l'hystéropexie, la vaginofixation ou leurs combinaisons à tel ou tel type de déviation. Enfin, chez certaines femmes, l'hystérectomie est la seule ressource,

Il faut bien le dire, les résultats des divers modes de traitement sont peu encourageants : cela tient, d'une part, à la faiblesse acquise des tissus sur lesquels on opère et, d'autre part, à ce fait que dans la plupart des procédés employés on veut fixer l'utérus à des parties molles qui ne peuvent automatiquement lui servir de support ou de point de suspension. Les résections de lambeaux de muqueuses sont tout aussi illusoires, parce que ces procédés opèrent une réduction momentanée sans rien modifier à la qualité des tissus péri-utérins qui amènent la récidive.

En principe donc, il faut chercher d'abord à aménager le terrain opératoire (massage, électricité, hydrothérapie, thérapeutique générale) et ensuite employer des procédés opératoires autres que ceux qui ont pour effet de suspendre l'utérus à des parties molles, comme le fait se produit par exemple, avec l'hystéropexie vaginale.

M. Régnier (Paris). M'appuyant sur une expérience qui porte sur cinquante cas, je pense que le traitement des déviations utérines par le courant d'induction ou le courant alternatif sinusoïdal donne de meilleurs résultats que les autres traitements médicaux et notamment les pessaires. Il faut, pour un traitement complet, de vingt-quatre à quarante séances.

Cette méthode thérapeutique est fondée sur des données physiologiques qui permettent d'en comprendre l'action puissante.

Il est cependant inefficace dans le cas de chute complète de la matrice à l'extérieur ou lorsqu'il existe des adhérences très solides provenant d'anciennes infections utérines ou péri-utérines.

M. Tédenat (Montpellier). — Dans les rétrodéviations faiblement adhérentes, on obtient des résultats satisfaisants avec le traitement antiseptique qu'on réalise par la dilatation à l'aide de mèches de gaze iodoformée, et aussi avec le massage qui rend de réels services, en produisant une sorte d'élongation et d'amincissement des adhérences.

C'est surtout dans les rétrodéviations fortement adhérentes que le traitement devient difficile et qu'on devra alors recourir à un procédé chirurgical approprié suivant les cas, et ne comportant pas toujours une opération radicale, attendu que, s'il n'y a par exemple que des lésions salpingo-ovariennes peu graves, l'incision du cul-de-sac postérieur permettra d'aller détruire les adhérences et l'on se trouvera alors en présence d'une rétrodéviation réductible.

M. Duret (Lille). — J'ai apporté à l'opération d'Alexander la modification suivante : après avoir circonscrit un large lambeau sur la face antérieure du ventre, à l'aide d'une incision curviligne à concavité supérieure correspondant à la symphyse, je dissèque complètement les deux ligaments ronds, en ayant soin, pour ne pas manquer de les trouver, de fendre les deux trajets inguinaux sur une longueur de cinq à six centimètres. Quand j'ai attiré au dehors une très longue étendue de ligaments ronds, ne m'arrêtant que lorsque je sens de chaque côté l'angle utérin à travers l'orifice inguinal, je fais d'abord, avec les deux ligaments, le double nœud du chirurgien, puis, avec des points de suture, je fixe ce paquet ligamenteux au périoste sous-jacent. Je place ensuite des points de suture sur les ligaments dans toute la longueur des trajets inguinaux, et enfin je ferme ceux-ci avec une suture continue.

J'ai appliqué avec succès cette opération dans deux cas de rétroversion ultérine et dans deux cas de prolapsus ultérin.

M. Doleris. — L'opération d'Alexander convient fort bien au traitement des rétrodéviations et du prolapsus de l'utérus tant qu'il n'y a pas de lésion des annexes ; c'est une très bonne opération, surtout si elle est combinée aux opérations de soutènement. L'hystéropexie, de son côté, présente de grands avantages dans certains cas de rétroversions adhérentes, qu'elles permet de libérer, en même temps qu'on peut vérifier l'état des annexes.

M. Jeannel (Toulouse). — J'ai pratiqué en cinq ans trente hystéropexies abdominales, et mes trente opérées sont toutes sorties de l'hôpital avec un résultat primitif excellent. Chaque fois que j'ai trouvé des lésions bilatérales des annexes, j'ai dû faire, en outre, la castration, mais, dans ces cas, la bilatéralité n'avait pas été diagnostiquée, car, lorsqu'il y a des lésions bilatérales certaines, c'est l'hystérectomie vaginale qui est, à mon avis, la méthode de choix. Au point de vue de la technique de l'hystéropexie, et du choix du fil en particulier, je dois dire que j'ai employé le catgut et la soie un même nombre de fois, mais qu'il me semble y avoir quelque avantage à se servir d'un fil non résorbable, parce que je considère les points de suture comme devant servir assez longtemps et non pas comme devant seulement produire une fixation temporaire.

Parmi mes opérées, dix-huit seulement ont été retrouvées. Chez une femme de cinquante-deux ans, qui avait été suturée avec du mauvais catgut, j'ai constaté une récidive ; deux malades ne présentaient que de l'amélioration ; les quinze autres femmes avaient bénéficié d'une guérison absolue.

M. Villar (Bordeaux). — J'ai pratiqué six hystéropexies avec un insuccès complet ; deux succès primitifs dont la persistance n'a pu être constatée, les malades n'ayant pas été revues, et, enfin, trois succès définitifs dont deux ont pu être vérifiés directement au cours de la réparation d'une éventration consécutive à l'hystéropexie.

MM. Le Dentu et Pichevin. — Dans dix cas de rétrodéviation nous avons employé le procédé de Mackenrodt un peu modifié : extériorisation de la paroi vaginale antérieure par la mise en place d'une pince-hystéromètre spéciale qui permet de placer l'utérus presque perpendiculairement au vagin et de bien tendre la paroi vésico-vaginale ; longue incision médiane sur la paroi vaginale, depuis le tubercule antérieur jusqu'à un centimètre environ de l'orifice externe ; dissection du vagin à droite et à gauche sur une assez large étendue et sur toute la longueur de l'incision ; séparation de

la vessie de la face antérieure de l'utérus, dédoublement de la paroi vésico-utérine; ouverture systématique et aussi précoce que possible du cul-de-sac péritonéal; passage de fils dans le tissu utérin, de haut en bas, sur la ligne médiane, de manière à abaisser et à amener progressivement en avant le fond de l'utérus : ces fils abaisseurs sont placés temporairement ; exploration des annexes, que l'on sent et que l'on voit ; possibilité d'enlever une trompe et un ovaire; résection, de chaque côté de la ligne médiane, d'une longue bande de tissu vaginal : c'est le premier temps d'une colporrhaphie antérieure souvent utile; enfin, passage des fils fixateurs. Le premier fil traverse d'une part le lambeau vaginal, tout près de la partie supérieure de l'incision vaginale, non loin du tubercule de la colonne antérieure du vagin et, d'autre part, la face antérieure de l'utérus, près du fond. On met ainsi six, sept et huit fils de haut en bas. Ces fils sont serrés. Le vagin est fermé et l'utérus fixé derrière cette paroi vaginale. Il y a donc une cloison utéro-vaginale.

Le curage est toujours pratiqué au début de l'opération. On ampute le col suivant la méthode de Schrœder, toutes les fois que ce col est malade et hypertrophié. Quand il y a affaiblissement du plancher pelvien, déchirure périnéale, on fait une périnéorrhaphie. On voit que la vaginofixation est combinée à d'autres opérations plastiques. C'est ainsi qu'on peut faire dans la même séance le curage, l'opération de Schrœder, la colporrhaphie antérieure, l'ablation d'un ovaire, la fixation vaginale et la périnéorrhaphie.

L'opération que nous faisons diffère un peu de celle de Mackenrodt : nous ouvrons le péritoine, ce que ne fait pas le gynécologiste berlinois ; nous multiplions nos points de suture sur l'utérus et nous obtenons peut-être ainsi une fixation plus solide.

Nos cas ne sont ni assez nombreux ni assez anciens pour nous permettre de formuler des conclusions. Les deux premières hystéropexies pratiquées par M. Pichevin, depuis plus de deux ans, ont été suivies d'un excellent résultat qui se maintient encore, et l'utérus est resté en bonne situation.

L'opération n'est pas sans présenter dans certains cas quelques difficultés et quelques dangers. Il faut se souvenir que la paroi vésico-vaginale est très adhérente dans sa partie inférieure et qu'il n'y a pas lieu de faire là un véritable dédoublement. Un utérus très augmenté de volume, des ligaments utéro-sacrés indurés et rétractés, des adhérences solides constituent des difficultés qui ne sont pas insurmontables. Les avantages sont assez appréciables : toute l'opération se fait par le vagin et l'on peut explorer les annexes, les enlever et rompre les adhérences au besoin ; si les lésions annexielles sont doubles, on peut transformer la colpo-hystéropexie en hystérectomie ; rien de plus aisé.

Les meilleures conditions pour la colpo-hystéropexie sont les suivantes : un utérus de dimensions à peu près normales, non adhérent, se laissant abaisser jusqu'à une vulve suffisamment dilatable. Dans les cas où ces conditions sont réalisées, nous sommes disposés à lui donner la préférence sur les méthodes de raccourcissement des ligaments ronds ou des ligaments utéro-sacrés et sur l'hystéropexie abdominale. Elle participe, en effet, aux avantages généraux des opérations vaginales et elle peut être complétée par des opérations multiples pratiquées dans un champ opératoire unique et restreint. Si personnellement nous étions obligés de faire des réserves relativement à son efficacité, les statistiques déjà importantes de Dührssen et de Mackenrodt nous paraissent de nature à inspirer confiance. Certaines circonstances en réduisent les avantages et en augmentent la difficulté : tels sont l'accroissement de volume, l'allongement de l'utérus, l'induration des tissus au niveau de l'angle de flexion, l'impossibilité de l'abaissement, la présence de fibromes dans la paroi, des adhérences unissant l'utérus aux parties voisines des annexes malades. Ces circonstances sont loin de rendre l'opération impraticable; elles ne rendent pas non plus irréalisable un bon résultat; elles exigent simplement quelques précautions spéciales et quelque expérience de la vaginofixation. Par contre l'exagération considérable des dimensions de l'utérus en tous sens, des adhérences assez fermes pour avoir pu être diagnostiquées à l'avance, des lésions annexielles doubles, l'impossibilité absolue d'abaisser l'utérus constituent à nos yeux des contre-indications formelles. Ce serait compromettre une opération séduisante et probablement efficace dans certains cas que d'en étendre l'application au delà des deux premières catégories de conditions que nous avons établies tout à l'heure.

M. Jacobs (Bruxelles). — Je partage entièrement les conclusions de MM. Le Dentu et Pichevin. J'ai fait, pour ma part, trente-deux fois l'opération dont il vient d'être question, et j'ai observé sept récidives.

L'hystéropexie abdominale, que j'ai pratiquée soixante-treize fois, m'a permis de constater, sur les quarante huit malades que j'ai pu revoir, les résultats éloignés suivants : treize grossesses consécutives, après lesquelles trois récidives se sont produites, et neuf récidives parmi mes trente-cinq autres opérations. J'ai observé, à la suite de l'hystéropexie abdominale, trois accidents tardifs extrêmement graves, dont deux occlusions intestinales, dues à la bride constituée par la formation d'un pédicule plus ou moins long entre l'utérus et la paroi abdominale.

M. Pichevin. — Il faudrait savoir si les insuccès que M. Jacobs a obtenus ne sont pas dus à l'imperfection de la méthode qu'il employait anciennement. Il me semble que notre collègue faisait, il y a deux ans, non pas la fixation du vagin au corps de l'utérus ou hystéropexie vaginale, mais une trachélopexie ou fixation du col au vagin.

M. W. Binaud (de Bordeaux). — On sait que les rétrodéviations de l'utérus s'accompagnent très fréquemment de l'abaissement et, dans certains cas, d'un véritable prolapsus de cet organe. Cet abaissement coïncide surtout avec les rétrodéviations d'origine puerpérale et il ne doit jamais être négligé dans les indications de l'intervention. Si l'hystéropexie employée comme traitement de certaines rétroversions a donné jusqu'ici de très beaux résultats, notamment entre les mains de M. Demons, dans d'autres cas où ce mode de traitement était tout aussi légitime, elle a été suivie d'un complet insuccès. Or, cet insuccès reconnaît presque toujours pour cause le manque de solidité du plancher pelvien ; aussi est-il de toute nécessité, l'hystéropexie une fois terminée, de bien se rendre compte de l'état de la vulve, du vagin et du périnée, d'apprécier leur résistance et leur dégré de solidité. Si peu que soit altéré le périnée, si peu que soit agrandie la vulve, le vagin mal défendu ne tardera pas à prolaber, et peu à peu le prolapsus se produira ou s'accentuera, car l'utérus encore insuffisamment fixé dans sa nouvelle situation, se trouvera forcément sollicité à s'abaisser.

On a déjà établi plusieurs fois le parallèle entre l'hystéropexie et le raccourcissement des ligaments ronds et l'on a souvent conclu que l'hystéropexie ne pouvait soutenir la comparaison. Or, je suis convaincu que, toutes choses égales d'ailleurs, cette défaveur serait beaucoup moins marquée si les partisans de l'hystéropexie procédaient comme ceux qui ont recours au raccourcissement des ligaments ronds, c'est-à-dire complétaient leur intervention par des opérations combinées.

A ce titre, l'observation suivante d'une malade que j'ai opérée en mars 1893, dans le service de M. Demons, m'a paru intéressante à rapporter. Il s'agit d'une jeune femme âgée de vingt-deux ans, qui eut un premier enfant à dix-neuf ans, et qui, à la suite d'un second accouchement survenu dix-neuf mois après le premier, fut atteinte de métrite avec rétroversion. Elle entra dans le service de la clinique chirurgicale vers le milieu de février 1893 et, presque aussitôt après, M. Demons, que j'assistais, pratiqua chez elle le curettage et la ventrofixation de l'utérus au moyen de trois fils de soie stérilisée. Je dois ajouter qu'au cours de l'examen qui avait été fait et pendant la chloroformisation, nous avions constaté que l'utérus était abaissé et qu'il y avait un peu de cystocèle, une très légère rectocèle. Néanmoins, comme la réduction de l'utérus et son accolement à la paroi abdominale paraissaient corriger complètement et la chute de l'utérus et le prolapsus des parois antérieure et postérieure du vagin, M. Demons crut devoir se borner à la simple hystéropexie. Les suites opératoires furent des plus simples et la malade guérit par première intention. Mais, presque immédiatement après sa sortie de l'hôpital, le prolapsus de l'utérus, la cystocèle et la rectocèle s'accentuèrent très rapidement et la malade, de plus en plus incommodée, rentra de nouveau dans notre service. M. Demons voulut bien me confier le soin de l'opérer. Le 23 mars suivant, je pratiquai la colporrhaphie antérieure et

une large colpopérinéorrhaphie postérieure. Le fond de l'utérus était encore adhérent à la paroi abdominale, qui s'était relâchée. Les suites opératoires furent excellentes et l'opérée qui, depuis deux ans, est venue se montrer à maintes reprises à la consultation, est demeurée complètement guérie.

M. A. Boursier (Bordeaux). — Depuis longtemps on admet que les déviations utérines sont rarement primitives et simples, mais au contraire très souvent accompagnées et entretenues par des phénomènes inflammatoires (métrites avec ou sans lésions annexielles, etc.).

Du 1er janvier 1894 au 1er août 1895, j'ai vu à la clinique gynécologique de la Faculté, cinq cent quatre-vingt-neuf malades dont cent trente quatre étaient atteintes de déviations utérines. Sur ces cent trente-quatre cas, trois fois seulement la déviation ne s'accompagnait pas de lésions imflammatoires.

Les autres faits se partagent en deux groupes : dans un premier, le plus nombreux (vingt-huit cas), les malades n'accusaient que des signes de métrite, sans qu'aucun symptôme pût, avant l'examen physique, faire soupçonner l'existence de la déviation. Dans un second groupe, quarante-neuf malades, en dehors des signes de métrite, présentaient des symptômes fonctionnels annonçant une déviation utérine. Ces quarante-neuf cas se répartissent ainsi : vingt antéflexions, cinq antéversions, dix-huit rétroflexions, six rétroversions.

En analysant de plus près ces faits, on trouve que sur ces 49 cas, 25 fois les malades présentaient des signes et des lésions de prolapsus plus ou moins accusés, ce qui concorde avec la proportionnalité plus grande des signes de déviation dans les rétropositions.

De ces faits, je tire l'indication de toujours commencer, en présence d'une déviation, par le traitement des phénomènes inflammatoires. Ce traitement, tel qu'on peut l'instituer dans une consultation, c'est-à-dire par les topiques intra-utérius, la dilatation et l'antisepsie intra-utérine, n'a pu être convenablement et suffisamment suivi, pour être apprécié, que chez 50 malades.

Dans tous ces cas, les phénomènes de déviation n'ont pas été corrigés, mais ils sont devenus silencieux toutes les fois que les phénomènes de métrite ont pu être améliorés ou guéris.

SECTION DE PÉDIATRIE

Un cas de diplégie brachiale d'origine hérédo-syphilitique.

M. Bézy (Toulouse). — Un enfant de deux mois est amené dans mon service de clinique infantile, avec une diplégie brachiale bien nette, remontant à quelques jours. J'arrive à savoir que le père a contracté la syphilis peu de temps après la naissance de son premier enfant (celui-ci est le second), et que la mère a été contaminée. Le traitement spécifique est suivi de guérison. Rien n'indique ici la pseudo-paralysie de Parrot. Je crois qu'il ne s'agit pas de lésions syphilitiques de la partie antérieure de la colonne vertébrale, à cause de l'intégrité absolue des membres inférieurs. Je pense qu'on a plutôt affaire à une syphilis des centres nerveux, et ce cas devrait être rapproché des deux faits relatés par P. Blocq et Vicarelli.

La conclusion est que dans les cas de paraysie à cet âge, il faudra, en dehors de la pseudo-paralysie de Parrot, songer à des paralysies spécifiques, d'origine centrale, contre lesquelles on devra instituer le traitement mercuriel, et cela avec une grande chance de succès.

Cure radicale des hernies chez l'enfant.

M. A. Broca (Paris). — J'ai pratiqué jusqu'à ce jour quatre cent cinquante cures radicales de hernies chez des enfants au-dessous de quinze ans. Elles se répartissent de la manière suivante : 1° Hernies ombilicales, quatorze; 2° hernies inguinales chez la fille, quarante et une; 3° hernies inguinales chez le garçon, trois cent quatre-vingt-quinze. De tous ces malades un seul, un garçon, a succombé à une péritonite septique, il y a deux ans; je crois donc pouvoir affirmer que l'opération est bénigne. Dès lors, elle doit être entreprise, sans discussion possible, pour les hernies compliquées ou difficiles à maintenir. Quoique l'étranglement, assez fréquent chez les enfants du premier âge, cède aisément au taxis dans la plupart des cas, je crois que la kélotomie doit être pratiquée : tous mes opérés ont guéri, même un enfant de dix-neuf jours chez lequel un pincement latéral avait déjà produit un point de sphacèle sur l'intestin.

Les hernies avec ectopie doivent être opérées; quant au résultat relativement à la position du testicule, il est parfois excellent, mais non point toujours; il dépend de la longueur du cordon, laquelle ne peut être prévue avant l'opération. Toutes les fois que j'ai opéré un kyste du cordon, et j'en ai opéré plus de cinquante, je l'ai trouvé en continuité avec une pointe de hernie : les diverses injections oblitérantes doivent donc céder le pas à l'extirpation, avec cure radicale de la hernie.

A partir de quel âge convient-il d'opérer? Cela ne peut être fixé par des chiffres absolus. En principe, à l'hôpital surtout, je n'opère pas avant que l'enfant ne soit sevré, ne puisse se passer des soins de sa mère ou de sa nourrice : à l'hôpital Trousseau, en effet, il n'y a pas de service de crèche. Mais les faits de hernie étranglée prouvent qu'on peut opérer avec succès des enfants âgés de quelques semaines, de quelques jours.

Les résultats définitifs sont excellents. Sur deux cent cinquante malades revus après plus de six mois, trois seulement présentaient des récidives, dont deux ont été réopérés et sont définitivement guéris. Plusieurs ont eu la coqueluche après l'opération. Je ne crois pas, quoi qu'on en ait dit, que le bandage donne des résultats comparables même de loin. Il est fréquent que le bandage échoue; il est plus fréquent encore qu'il donne une guérison apparente, la hernie, lorsqu'il a été enlevé, reparaissant au bout d'un temps variable. La guérison vraie est possible, mais elle n'est pas la règle, d'après ce que j'ai observé, et d'autre part elle exige le port du bandage jour et nuit pendant plusieurs années, supplice au bout duquel le résultat est aléatoire.

L'opération se fait comme chez l'adulte : 1° Incision sur le canal inguinal dont on fend la paroi antérieure; 2° soulèvement en masse du cordon, sur lequel on incise longitudinalement le crémaster, la fibreuse commune et la séreuse, *trois plans que l'on voit toujours*; 3° clivage avec le doigt entre la séreuse et la fibreuse, ce qui est très facile si on manœuvre à la bonne place; 4° ligature du collet au niveau de l'artère épigastrique; 5° suture en capiton du canal inguinal. De la sorte, et quoi qu'on en dise souvent, l'opération est terminée d'ordinaire en moins de dix minutes.

Végétations adénoïdes.

M. Chaumier (Tours). — J'ai voulu me rendre compte de l'efficacité du traitement des végétations adénoïdes par la résorcine, préconisé par M. Marage, et j'ai soigné trois enfants suivant cette méthode. J'ai choisi des enfants ayant réellement des végétations adénoïdes, dont le pharynx nasal était très encombré, et qui présentaient les symptômes les plus habituels de ces végétations.

J'ai fait consciencieusement les badigeonnages moi-même tous les deux ou trois jours avec une solution à 100 0/0. Après neuf, dix et quatorze séances, je n'ai rien obtenu; le pharynx était aussi obstrué et j'ai dû procéder au grattage.

ASSOCIATION AMÉRICAINE DE GYNÉCOLOGIE

20e *réunion annuelle, tenue à Baltimore*

Traitement des déplacements utérins.

M. Mundé (New-York). — L'antéflexion ne s'accompagne d'aucun symptôme, à moins qu'il n'y ait en même temps du déplacement par le bas; je n'emploie jamais les pessaires intravaginaux pour de l'antéflexion seule. On peut se demander comment des observateurs de la valeur de M. Thomas, ont pu se tromper au point de croire à une amélioration produite par les pessaires dans le cas d'antéflexion. Cela tient à ce que, quand il y a des symptômes, ils sont dus, à

des inflammations, des hypertrophies de l'utérus. Je me suis bien plus souvent servi de pessaires pour les déplacements en arrière que pour les déplacements en avant, et cependant je ne crois pas à la guérison des déplacements en arrière par les pessaires. Dans le cas d'antéflexion avec prolapsus, je ne me sers que d'un pessaire, celui de Gehrung. Dans soixante-dix-sept cas j'ai pratiqué l'opération d'Alexander, consistant à raccourcir les ligaments ronds. Je suis partisan de cette opération, bien qu'elle offre quelquefois certaines difficultés; quelquefois les ligaments peuvent se rompre. Une autre bonne méthode opératoire consiste à raccourcir les ligaments dans l'abdomen, à la manière de Mann, Edebohls ou Polk. Cependant je n'approuve pas la méthode qui consiste à ouvrir l'abdomen uniquement pour raccourcir les ligaments ronds, pour la ventrofixation et je ne suis pas non plus d'avis de pratiquer les opérations par la voie vaginale. J'ai pratiqué sept fois la ventrofixation, ayant ouvert l'abdomen pour une autre cause ; j'ai eu de bons résultats. Une seule de ces malades est morte par asthénie cardiaque; une autre eut dans la suite une fausse couche de cinq mois, l'utérus ne pouvant accomplir son mouvement d'ascension. L'opération idéale pour le prolapsus utérin est encore à trouver. Une opération plastique combinée avec l'opération d'Alexander maintient l'utérus en place pour un certain temps, mais le prolapsus se reforme à la suite d'une grossesse. Si la malade est dans des conditions telles qu'elle ne doive plus devenir enceinte, on peut recommander la méthode préconisée par Freund jeune et qui consiste à rétrécir le vagin par des sutures circulaires.

M. Smith (Montréal). — J'ai pratiqué vingt et une fois l'opération d'Alexander et vingt-huit fois la ventrofixation pendant ces cinq dernières années. Bien entendu, dans le même laps de temps, j'ai vu un bien plus grand nombre de cas de rétroflexion, ce qui montre que je ne crois pas que l'intervention chirurgicale soit toujours indiquée. On peut faire aux pessaires de nombreuses objections : 1° si les ovaires et les trompes sont fixés en bas, le pessaire ne peut être supporté ; 2° même s'il n'y a ni inflammation ni adhérences et si l'utérus et les annexes sont bien mobiles, les dimensions du vagin sont trop considérables, au niveau de son orifice, pour empêcher le pessaire de tomber et il faut employer des pessaires de plus en plus larges ; 3° la malade doit revenir souvent pour faire renouveler son pessaire ; 4° le pessaire constitue une gêne pour les rapports sexuels. Il faut cependant reconnaître que quelques cas de rétroversion se trouvent guéris après que la malade a porté un pessaire pendant quelques mois. Les chirurgiens sont d'accord pour reconnaître actuellement que, quel que soit le degré de resserrement du vagin qu'on obtienne par une opération plastique, l'utérus n'en descendra pas moins à la vulve. Quant à l'ablation de l'utérus et des annexes, il faut se rappeler que, ces organes enlevés, il y en a d'autres qui peuvent descendre comme eux. Si on compare l'opération d'Alexander à la ventrofixation, on voit que la première manque dans les cas où l'utérus et les annexes présentent des adhérences. Il faut se rappeler que dans certains cas ces organes peuvent paraître mobiles quand en réalité ils sont plus ou moins adhérents; ces cas donnent naturellement des insuccès avec l'opération d'Alexander. Du reste, l'opération d'Alexander n'est pas exempte de dangers. J'ai vu un grand nombre de malades chez lesquelles cette opération a été suivie d'une hernie simple ou double. Depuis, dans deux ou trois de ces opérations, j'ai vu les ligaments se rompre sous la traction, et j'ai dû ouvrir l'abdomen pour terminer l'opération. Il faut savoir que dans la rétroversion les ligaments ronds n'ont pas agi depuis des mois ou des années et qu'ils sont le siège d'une dégénérescence graisseuse plus ou moins avancée ; d'où leur tendance à se rompre. En faisant la ventrofixation, le chirurgien peut du même coup examiner les annexes, rompre les adhérences, etc., et il peut, dans la même séance, si la chose est nécessaire, pratiquer des opérations plastiques sur les parois vaginales. L'objection que l'utérus étant un organe mobile ne peut être immobilisé, n'a aucune valeur contre la ventrofixation, car j'ai constaté, en faisant une opération abdominale un an après une ventrofixation, que le point d'attache de l'utérus s'était transformé en un pédicule mince, permettant à l'utérus de se mouvoir suffisamment.

M. Cleveland (New-York). — Je considère l'opération d'Alexander comme une des plus utiles qu'on ait proposées. Ceux qui s'élèvent contre elles n'ont pas une expérience suffisante. Elle est loin d'être facile pour des débutants. Ce n'est qu'après l'avoir pratiquée une quinzaine de fois que je l'ai bien connue. On n'est jamais sûr à l'avance de trouver les ligaments. On a dit que cette opération était dangereuse; mais les statistiques plaident contre cette allégation. Il importe absolument, quand on veut réussir, de trouver les *deux* ligaments; ils ont beau être fragiles, on ne les casse que rarement, si on sait les manœuvrer. Je n'ai jamais vu que leur raccourcissement ait, dans la suite, entraîné l'avortement, ni qu'après une grossesse le déplacement utérin se soit reproduit. Cependant j'ai l'habitude de conseiller à mes malades de ne devenir enceintes qu'un an après l'opération. Contrairement à ce qu'on a dit, je n'ai jamais vu une malade ainsi opérée devenir une véritable invalide. Parmi tous les cas que j'ai opérés, je n'ai vu survenir la hernie que deux fois; parmi mes premières opérées il est arrivé que les sutures aient suppuré. Si l'opération est bien faite, l'utérus est placé dans une position excellente aux divers points de vue anatomique, physiologique et thérapeutique. Je préfère l'opération d'Alexander à la ventrofixation que j'ai aussi pratiquée bien des fois. Toutes les objections qu'on fait à l'opération d'Alexander, on peut les faire à la ventrofixation. Pour l'opération d'Alexander il faut prendre les mêmes précautions antiseptiques que pour une laparotomie.

M. Davenport (Boston). — Je crois qu'une opération n'est nécessaire que dans un petit nombre de cas de déplacement de l'utérus en arrière. Souvent la rétroflexion n'existe que d'une façon temporaire; bien des femmes ont aussi ce déplacement pendant des années sans présenter aucun symptôme, jusqu'au jour où des efforts ou une autre cause provoquent l'éclosion de ces symptômes. On ne peut évidemment considérer comme justiciable de l'opération d'Alexander le déplacement de l'utérus en arrière maintenu par des adhérences. Je ne suis cependant pas de l'avis de M. Smith qui préfère la ventrofixation à l'opération d'Alexander dans la simple rétroversion. Mais je ne considère pas l'opération d'Alexander elle-même comme étant parfaite. Elle ne fait pas toujours disparaître les symptômes, même dans les cas où l'utérus est parfaitement mobile avant l'opération. Souvent les malades continuent à se plaindre de douleurs pelviennes et d'autres malaises. Je crois que cette opération amène des hernies plus souvent qu'on ne le suppose; un argument qu'on peut citer en faveur de cette hypothèse, c'est que les malades se plaignent fréquemment d'une sensation d'engourdissement et de douleurs au niveau des cicatrices. Les ligaments ronds ne sont pas assez forts pour retenir l'utérus en place dans certaines conditions anormales dépendant du col, des ligaments utéro-sacrés, etc.; de plus on peut dire que ce n'est pas la faiblesse de ces ligaments ronds qui est la cause immédiate du déplacement utérin.

M. Warker (de Syracuse). — Il y a déjà longtemps que j'ai proposé de traiter les flexions de l'utérus par la tige intra-utérine. Je ne suis pas favorable à l'opération d'Alexander qui commet cette faute scientifique de traiter le symptôme prolapsus au lieu de s'attaquer à la cause même de ce prolapsus. De plus il n'est pas prouvé que ce soient les ligaments ronds qui maintiennent l'utérus dans son antéflexion normale. J'ai pratiqué environ trente fois l'opération d'Alexander et je n'ai pas eu à me louer des résultats.

M. Coe (de New-York). — Personne ne prétend que l'utérus est soutenu par les ligaments ronds à la manière d'un corps inerte; ces ligaments empêchent seulement, à l'état normal, la matrice de tomber en arrière. J'ai remarqué que dans certains cas la douleur est produite par un prolapsus des ovaires; quand on soulève ceux-ci à l'aide d'un pessaire, la douleur disparaît, ce que ne produirait pas une opération seule dans ces cas.

M. Emmet (de New-York). — J'ai souvent vu opérer Alexander lui-même; mais je n'approuve pas son opération. Je crois en effet que la cause des troubles réside dans le degré de prolapsus et non dans la rétroversion. Le prolapsus tire sur les vaisseaux, qui augmentent alors de volume et s'engorgent. C'est cette congestion qui provoque les troubles. Les pessaires et autres moyens agissent en soulevant l'utérus

et diminuant le prolapsus, ce qui ne fait pas la correction de la rétroversion.

M. Polk (New-York). — L'opération d'Alexander a été, depuis 1883, exécutée un très grand nombre de fois tant chez nous qu'en Europe; d'une façon générale on en est satisfait. Il n'est pas utile de limiter l'opération d'Alexander aux cas dans lesquels l'utérus et les annexes sont parfaitement mobiles. Elle peut aussi être indiquée quand il y a des adhérences, à la condition de rompre ces dernières et de faire une incision vaginale postérieure. Néanmoins la ventro-fixation quand elle est indiquée, constitue une excellente opération.

M. Edebohls (New-York). — Il y a deux ans j'ai rapporté onze observations de prolapsus de l'utérus et du vagin traités par des opérations plastiques. Dans deux cas où j'ai pratiqué l'opération d'Alexander, je n'ai pu trouver les ligaments ronds dans leur position ordinaire : J'ai ouvert le ventre et j'ai pu suivre les ligaments jusqu'à l'orifice inguinal interne; à partir de là ces ligaments se dirigeaient immédiatement en arrière et en bas, au lieu de se diriger, comme d'ordinaire, vers l'épine du pubis.

Laparotomie pour septicémie puerpérale.

M. Baldy. — En février dernier, en raison de la présence du pus dans l'abdomen chez une femme atteinte de septicémie puerpérale, j'ai enlevé l'utérus après la délivrance; la malade a guéri. Dans le cas de septicémie puerpérale, les indications pour la laparotomie sont très nettes quand il y a du pus. Il n'en est plus de même dans les cas où il n'y a pas de pus de formé. La question est aussi très difficile dans les cas de lymphangite infectieuse. Dans tous les cas, quand on doit agir, c'est dans le premier ou le deuxième septénaire qu'il faut intervenir. D'une façon générale les indications d'hystérectomie ne sont pas encore bien fréquentes dans les cas de septicémie puerpérale. En Amérique on a opéré dix-neuf femmes dans ces conditions, il y a eu sept guérisons.

M. Henrotin (Chicago). — L'incision vaginale et le drainage faits de bonne heure peuvent empêcher la formation d'abcès et la diffusion des produits septiques.

M. Wylie (New-York). — Il est possible de guérir la septicémie puerpérale par l'évacuation et le lavage de la cavité utérine, il faut toujours recourir à ce traitement avant d'opérer, car on ne sait jamais le moment précis à partir duquel l'infection a dépassé les limites de l'utérus. J'ai guéri de cette façon deux femmes qui paraissaient être dans une situation désespérée. Il est évident que quand ce moyen échoue il faut recourir à la laparotomie.

M. Coe (New-York). — J'ai opéré, il y a quinze jours, une femme qui paraissait présenter toutes les conditions requises pour la guérison. Le pouls était à 110, la fièvre était modérée; j'ai opéré le cinquième jour; j'ai trouvé une péritonite au stade de congestion, un peu d'épanchement séreux dans la cavité abdominale, une absence complète d'adhérences; il n'y avait pas de lymphe organisée; les trompes et les ovaires étaient libres de toute adhérence; il y avait une salpingite aiguë et un abcès franc des deux ovaires, que j'ai du reste enlevés. J'ai laissé l'utérus pour éviter les dangers du choc; j'ai fait un lavage complet de la cavité péritonéale et j'ai drainé par le vagin. La malade mourut dans le collapsus, au bout de douze heures. Ce cas m'a découragé et je ne crois guère à l'efficacité de la laparotomie dans la septicémie puerpérale.

Indications de la castration totale par le vagin.

M. Jacobs (Bruxelles). — D'une façon générale on peut dire que l'hystérectomie vaginale est indiquée dans les cas suivants : 1° cancer utérin; 2° tumeurs fibreuses de l'utérus; 3° grossesse extra-utérine; 4° prolapsus génital total; 5° maladies inflammatoires des annexes; 6° maladie chronique et incurable des annexes et de l'utérus; 7° maladies de l'utérus après une opération abdominale. Depuis 1889, j'ai pratiqué cette opération quatre cent trois fois, avec trois cent quatre-vingt-onze cures opératoires, douze morts, ce qui donne une mortalité de 2,9 0/0. Dans le cas de cancer utérin, l'hystérectomie vaginale est tout à fait indiquée, mais pour cela il faut qu'il y ait une intégrité complète du cul-de-sac vaginal, une mobilité complète de l'utérus et un état général satisfaisant. Dans la statistique précédente, il y a eu quarante-cinq cas de cancer utérin, avec une mort. Sur les quarante-quatre cas guéris, chez cinq il n'y a pas eu de récidive depuis quatre ans. Dans la majorité la récidive n'a eu lieu que trois ans après. Les tumeurs fibreuses disparaissent rarement après la ménopause; la castration bilatérale donne des résultats incertains; le traitement médical palliatif donne toujours de mauvais résultats. Il faut donc faire l'hytérectomie. L'opération est moins dangereuse quand la tumeur est petite; il faut la faire par la voie vaginale avant que la tumeur ait acquis un volume tel que la voie abdominale s'impose. J'ai fait trente-huit fois cette opération: vingt-trois fois ce fut une hystérectomie simple, avec vingt-trois guérisons; quinze fois ce fut une hystérectomie avec morcellement, donnant deux morts par asthénie cardiaque. Les observations tendent à démontrer que dans la grossesse extra-utérine les annexes sont toujours malades des deux côtés et que par suite leur ablation est indiquée. La castration totale par le vagin est indiquée, et on doit y recourir aussitôt que possible avant l'apparition des complications. J'ai pratiqué trois fois l'hystérectomie vaginale dans des cas s'accompagnant d'hématocèle intra-abdominale et j'ai eu trois guérisons. Le prolapsus génital total n'est pas fréquemment justiciable de l'hystérectomie vaginale; on peut faire cette opération quand les femmes sont âgées et quand l'utérus est volumineux. J'ai opéré dix-neuf fois, j'ai eu une mort par paralysie intestinale. Pour maladies inflammatoires des annexes j'ai pratiqué deux cent soixante-douze fois l'hystérectomie avec six morts. Il y avait cent quarante-deux fois une pyosalpingite, quinze fois des abcès des ovaires, trente-trois fois de l'hémato-salpinx, quatre-vingt-deux fois une salpingo-ovarite chronique. Le danger de l'hystérectomie dans ces cas, c'est la persistance de fistules qui peuvent être péritonéales, vésicales, uretériennes, intestinales. Sur mes quatre cent trois hystérectomies, j'ai eu dans la suite cinq fistules intestinales, trois vésicales et une de l'uretère. L'une de mes malades mourut à la suite d'une opération de résection intestinale avec anastomose par le bouton de Murphy. Sur cent cinquante-sept cas de suppurations abondantes j'ai laissé vingt fois une partie des annexes.

M. Wathen (Louisville). — La mortalité générale dans la castration totale par la voie vaginale pratiquée par Péan, Richelot et d'autres Européens est de 4.16 0/0. Cette mortalité a encore baissé dans les séries plus récentes de ces opérateurs, et cela bien que les suppurations pelviennes soient devenues plus souvent une indication pour cette opération. Quand on enlève les deux trompes et les deux ovaires, l'utérus n'ayant plus aucune utilité doit être enlevé aussi.

Traitement de l'éclampsie puerpérale.

M. Reamy. — J'ai traité avec succès six cas d'éclampsie puerpérale par de fortes doses de la teinture de veratrum viride de Norwood, ou par cet agent combiné avec la morphine. Chez plusieurs de ces malades on avait, avant mon intervention, tenté vainement d'autres moyens. Le veratrum viride, en agissant sur le cœur et le système vaso-moteur, arrêta aussitôt les convulsions. En 1887, Jewett a montré que cet agent avait une grande puissance dépressive sur la moelle et le système artériel, il produit une paralysie vaso-motrice générale. Outre qu'il arrête les convulsions, ce remède produit une transpiration et une diurèse abondantes, débarrassant ainsi l'économie des produits toxiques qui causent les convulsions. Il faut employer des doses élevées de teinture veratrum, et si des symptômes d'intoxication apparaissent, il faut les combattre par la morphine.

M. P. Davis. — Dans un certain nombre de cas où la céphalée, les troubles nerveux me faisaient prévoir l'apparition d'une éclampsie, j'ai traité les malades par le calomel, l'enveloppement dans des couvertures chaudes, les sudorifiques et les diurétiques. J'ai pu ainsi éviter l'apparition des convulsions. Il peut se faire que, sans qu'il y ait d'albumine dans l'urine, la diminution de la sécrétion urinaire suffise à laisser dans l'organisme des toxines dont l'action se traduit par de la céphalée, de l'énervement, des insomnies, de l'angoisse,

de la mélancolie ou de la manie et enfin de l'éclampsie. Les bromures ne sont d'aucun secours dans ces cas ; ce qu'il faut c'est augmenter les excrétions. Il faut étudier avec soin l'urine pendant la grossesse, surtout au point de vue de la quantité d'urée et des produits solubles. C'est une grosse erreur de croire que la femme enceinte ne court des dangers que quand son urine est chargée d'albumine. Dans beaucoup de cas où il y a éclampsie ou menace d'éclampsie, l'urine ne contient que peu ou point d'albumine. Dès qu'il y a éclampsie il y a deux indications à remplir : provoquer des excrétions abondantes et vider l'utérus. Le poison qui met la mère en danger tue souvent l'enfant.

M. Mann. — L'éclampsie tient plutôt à une question d'insuffisance rénale qu'à une question d'albuminurie. La meilleure mesure prophylactique consiste à faire prendre aux femmes beaucoup d'eau.

Résultats éloignés de la trachélorrhaphie.

M. Ford. — Je m'occuperai spécialement des effets de cette opération sur le système nerveux. Un grand nombre de troubles nerveux dits réflexes, ont été attribués à la déchirure du col et on a souvent opéré pour faire disparaître ces troubles. Mais on a beaucoup abusé du terme de réflexe : un réflexe ne peut se traduire que par des symptômes convulsifs ou spasmodiques. La trachélorrhaphie n'a jamais pu agir qu'indirectement sur des symptômes nerveux, en améliorant la santé générale. J'ai vu cent trente-six malades que j'ai pu suivre au moins pendant un an après la trachélorrhaphie ; chez soixante il n'y avait eu aucun trouble nerveux, l'opération n'avait été faite que pour remédier à une mauvaise santé générale et à des douleurs pelviennes. Dans les soixante-seize autres cas, il y avait eu des troubles nerveux très marqués se traduisant par de la neurasthénie. L'opération sur le col fut suivie d'une bonne réunion ; quarante-neuf fois les symptômes nerveux disparurent sous l'influence d'un bon traitement continué pendant un an ; vingt-sept fois l'opération ne modifia en rien les troubles nerveux. Dans deux de ces derniers cas, j'ai dû finalement enlever les annexes, les ovaires étant malades. Il resta donc vingt-cinq malades non guéries un an après avoir été opérées. Cela montre qu'une fois les troubles nerveux bien établis, la trachélorrhaphie ne peut les faire disparaître. C'est qu'en effet l'hystérie ou la neurasthénie dont souffrent ces malades ont une origine plus profonde qu'une simples irritation périphérique.

M. Cleveland. — Je crois que si l'on ne guérit pas les troubles nerveux, c'est que trop souvent l'opérateur ne s'occupe que des angles lacérés et ne pratique pas l'amputation des lèvres antérieure et postérieure.

M. Dudley. — Je ne pratique pas l'amputation du col, ce qui ne ferait que détruire l'équilibre entre le corps et le col de l'utérus et favoriser par suite les déplacements.

Drainage par la gaze.

M. Coe. — Je ne m'occuperai que du drainage de l'utérus et de la cavité pelvienne. Il résulte d'une enquête que j'ai faite auprès des gynécologistes que beaucoup ont une grande confiance dans le drainage par la gaze, que d'autres drainent exclusivement par des tubes et que d'autres enfin rejettent complètement le drainage. Je me suis demandé si la gaze employée ainsi en chirurgie pelvienne agit comme un drain ou seulement comme un tampon. Si l'utérus est affaibli, la gaze agit en stimulant l'organe qui se contracte. Après le curettage et l'irrigation d'un utérus non septique, c'est là la principale action de la gaze ; dans ce cas en effet il n'y a rien à drainer que du sang et du sérum et d'autre part loin de maintenir le canal béant, la gaze bouche ce dernier et empêche la sortie des liquides. Dans les avortements et après l'ablation des néoplasmes la gaze employée comme moyen hémostatique agit au même titre qu'un tampon et de plus favorise la contraction utérine. Dans les cas septiques, puerpéraux ou non, ce n'est que le sérum qui peut s'échapper par un drainage capillaire ; des fragments de la caduque, etc., ne pouvant être expulsés qu'après l'ablation de la gaze. Il est à remarquer que la chûte de température sur laquelle on compte après le curettage ne se produit souvent qu'après l'ablation du tampon. Je crois qu'une irrigation complète à l'eau oxygénée après le curettage agit aussi bien et même mieux que le tampon. Il est peu probable que le drainage capillaire puisse enlever des principes septiques. Le pus épais, les exsudats fibrineux, les eschares sont au contraire retenus dans le foyer par le tampon. En somme on fait un abus des mots en disant un drainage à la gaze, c'est un tampon à la gaze qu'on doit dire.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er octobre 1895.

Présidence de M. Empis.

M. le président annonce la mort de M. Pasteur. La séance est levée en signe de deuil.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 23 *septembre* 1895.

Sur l'existence de la glycosurie phloridzique chez les chiens ayant subi la section de la moelle.

M. R. Lépine. — Des chiens, dont on a antérieurement sectionné la partie inférieure de la moelle cervicale ou de la partie supérieure de la moelle dorsale et dont on extirpe ensuite le pancréas, ne présentent pas le phénomène de la glycosurie.

Le contraire se produit chez des chiens ainsi préparés si, au lieu de leur enlever le pancréas, on leur donne de la phloridzine.

Chez six chiens j'ai sectionné la moelle à différentes hauteurs, à partir de la cinquième cervicale ; puis, une demi-heure après, je leur ai fait ingérer par l'estomac, ou je leur ai injecté sous la peau, de vingt centigrammes à cinquante centigrammes de phloridzine par kilogramme de poids du corps.

Chez tous ces chiens, la survie a été de plus de vingt-quatre heures et chez tous la glycosurie a débuté dans les quatre heures consécutives à l'administration de la substance.

Il m'a paru que la section de la moelle cervicale dans ces conditions diminuait la diurèse et que la quantité de glucose éliminée dans les vingt-quatre premières heures, était moindre que chez des chiens n'ayant pas subi cette opération.

Autrefois, avec M. Barral, j'ai démontré que dans la glycosurie phloridzique, le pouvoir glycolitique du sang, contrairement à ce qui avait lieu dans le diabète pancréatique, était très énergique.

Il y a donc dans le fait que la glycosurie persiste chez des chiens soumis à l'administration phloridzinique, malgré la section de la moelle, une preuve nouvelle que la pathogénie du diabète pancréatique est totalement différente de la pathogénie du diabète par la phloridzine.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

De l'examen des sédiments urinaires au point de vue du pronostic et du diagnostic de la diphthérie.

D'après M. L. Bernhard, la présence dans l'urine d'une grande quantité d'éléments figurés, débris épithéliaux d'ori-

gine rénale, cylindres urinaires, gouttelettes de graisse, leucocytes, hématies et urates — qu'il est facile de constater même à l'aide d'un examen microscopique superficiel et rapide — constituerait pour le pronostic de la diphthérie un signe défavorable d'une grande certitude, beaucoup plus important, par exemple, que l'albuminurie. On sait, en effet, que l'intensité de cette dernière ne se trouve généralement pas en rapport — elle affecte même parfois un rapport inverse — avec la gravité de l'affection diphthérique.

Ainsi que notre confrère a pu s'en rendre compte par des observations cliniques, lorsque les éléments morphologiques susmentionnés se trouvent en abondance dans le sédiment urinaire dès le début de la maladie, le pronostic est toujours défavorable : le malade succombera à l'affection, ou bien, s'il guérit, ce ne sera qu'après avoir présenté des lésions cardiaques et des phénomènes paralytiques graves.

Lorsque ces éléments ne se montrent qu'au cours du second septénaire de l'affection, le pronostic est moins sombre, tout en restant réservé, car dans les cas de ce genre, les paralysies et même la mort surviennent encore fréquemment.

Ces considérations n'ont trait qu'à l'angine diphthérique et non pas au croup, dans lequel le danger résultant de l'affection locale des voies respiratoires supérieures n'affecte aucun rapport avec la présence ou la quantité des éléments figurés dans l'urine.

Enfin, M. Bernhard estime que le signe sur lequel il appelle l'attention a également une grande valeur pratique pour faire le diagnostic de la diphthérie d'avec les angines suspectes non diphthériques, car il est bien plus facile pour le praticien d'examiner des sédiments urinaires au microscope que de se livrer à l'étude bactériologique des fausses membranes.

SOCIÉTÉ MÉDICALE « HUFELAND » DE BERLIN

Séance du 13 juin 1895.

Enuresis.

M. Mendelsohn comprend sous le nom d'enuresis l'incontinence fonctionnelle de l'urine, c'est-à-dire que l'émission involontaire de l'urine a lieu à l'état normal, avec un appareil urinaire absolument normal et en dehors d'une affection générale de l'organisme.

L'enuresis s'observe principalement chez des individus jeunes et constitue même une affection spéciale à l'enfance, quand elle se manifeste surtout la nuit et disparaît avec la puberté. En effet, sur trente-deux cas d'enuresis observés par M. Mendelsohn, trois seulement avaient dépassé l'âge de quatorze ans et aucun n'avait atteint l'âge de vingt ans. Les garçons ont été plus fréquemment atteints que les filles.

L'affection ne débute pas toujours pendant la première enfance comme c'est le plus souvent le cas. Le sphincter vésical dont le fonctionnement ne devient ordinairement normal, régulier qu'après l'éruption de dents, se fait attendre ou laisse à désirer au point de vue de son action, et les enfants n'arrivent pas ainsi à garder pendant quelque temps l'urine dans la vessie. C'est la pathogénie de l'enuresis datant de la première enfance. Dans d'autres cas l'affection se déclare chez des enfants relativement grands, mais faibles, débiles ou débilités. Comme cause de l'enuresis on a accusé les dyscrasies générales, la scrofule, le rachitisme, l'anémie et la pléthore, les affections organiques de la vessie, les vers intestinaux, les fissures à l'anus, le phimosis, etc. Quelques-uns attribuent l'enuresis à une innervation défectueuse de la vessie et considèrent cette affection comme une névrose spéciale soit du fond de la vessie, soit de la muqueuse vésicale en totalité.

Toute cette étiologie semble à M. Mendelsohn par trop artificielle. Pour lui tout se réduit, du moins dans la majorité des cas, à un développement insuffisant du sphincter interne qui, sans le concours de la volonté, est incapable de résister à la contraction réflexe du muscle vésical. Ce développement insuffisant du sphincter est prouvé par la petitesse de la prostate qui, avec le sphincter interne, en tant qu'organe sexuel, n'atteint son entier développement qu'à l'époque de la puberté. Donc, pendant la nuit, quand le muscle vésical se contracte d'une façon réflexe, le sphincter vésical est rapidement vaincu. L'enuresis nocturne est donc l'expression d'un fonctionnement insuffisant d'un organe normal, mais incomplètement développé. La théorie en question explique donc pourquoi l'incontinence nocturne de l'urine se manifeste soit aux premières heures de la nuit, soit au matin, c'est-à-dire aux moments où le sommeil est particulièrement profond.

Il est bien entendu que chez ces malades on peut quelquefois trouver en même temps telle ou autre anomalie, un état morbide quelconque, des vers intestinaux, des scybales, des habitudes de masturbation, du phimosis. Mais tous ces états ne constituent pas les causes efficientes de l'enuresis.

Un fait qui mérite d'être relevé, c'est que le sommeil est toujours profond au moment où les enfants évacuent leur vessie. Dans ces conditions, la vessie est complètement évacuée une, quelquefois deux fois. La quantité d'urine émise est toujours considérable. Quelquefois les enfants rêvent même d'uriner ou d'en avoir besoin, mais la léthargie du sommeil est tellement grande qu'ils ne peuvent se réveiller.

Si les parents consentent à considérer ces enfants comme des malades, si on veille à ce que les petits malades évacuent la vessie pendant la nuit, à ce qu'ils s'habituent à vider complètement la vessie dans la journée, le mal ne prend pas une grande extension et disparaît spontanément au bout d'un certain temps. Mais quand ces enfants sont traités en malfaiteurs, en mal élevés, l'enuresis nocturne se transforme en diurne. Dans ces cas, la faiblesse du sphincter se manifeste d'une façon particulièrement nette : les enfants perçoivent bien le besoin d'uriner, mais le sphincter est vite paralysé et l'émission involontaire de l'urine a lieu.

Les mesures indiquées plus haut doivent être poursuivies systématiquement pendant quelque temps. En même temps, on ne donnera pas à boire à ces enfants dans la soirée, et même à partir de l'après-midi. Les boissons alcooliques, certaines boissons contenant de l'acide carbonique sont particulièrement mauvaises sous ce rapport. En même temps, pour retarder la contraction réflexe du muscle vésical, survenant sous l'influence du contact de l'urine avec le sphincter vésical, on élèvera les pieds du lit de façon à ce que l'urine s'accumule au bas fond de la vessie. Ce simple changement dans la position du corps suffit quelquefois pour faire disparaître l'enuresis nocturne.

Parmi les médicaments proprement dits, on peut obtenir de très bons effets par la teinture de rue aromatique (dix à quinze gouttes plusieurs fois par jour) qui a pour effet d'abaisser l'excitabilité de l'orifice interne de la vessie. Dans les cas rebelles on peut avoir recours à la belladone qui semble diminuer la sensibilité du muscle vésical. On commence par cinq milligrammes à un centigramme suivant l'âge des enfants et on augmente progressivement la dose. On peut encore donner en même temps de la strychnine. Le chloral rend aussi de services quelquefois très appréciables. Chez les enfants faibles, on pourra donner de la quinine, du fer et d'autres toniques, et on insistera en même temps sur le régime tonifiant.

Il faut renoncer, ne fût-ce que par simple sentiment d'humanité, à tous les appareils mécaniques destinés à comprimer l'urèthre ou le pénis et à réveiller l'enfant pendant l'émission de l'urine. Le traitement local ne peut et ne doit comprendre que l'électrisation du sphincter soit à travers l'urèthre, soit à travers le rectum.

M. Sainter demande si M. Mendelsohn a quelque expérience sur le traitement de l'enuresis par la suggestion, non pas par la suggestion hypnotique, mais par la suggestion résultant de l'application des courants faradiques douloureux, ou pointes de feu, etc.? Trousseau et Henoch ont obtenu par ces procédés, des guérisons.

M. Casper n'admet pas que la faiblesse du sphincter soit toujours la cause de l'enuresis. Chez les petites filles, le sphincter ne subit aucune modification par le fait de la puberté, et pourtant chez elle aussi l'enuresis finit par disparaître. D'un autre côté bon nombre de cas sont guéris par une seule séance de faradisation, ce qui viendrait bien à l'appui de l'origine nerveuse de l'enuresis.

M. Furst fait observer que l'enuresis frappe quelquefois plusieurs membres de la même famille.

M. Liebreich soutient que l'action favorable du chloral

dans certains cas, et de l'atropine dans d'autres, montre que l'enuresis peut avoir une étiologie variable. En effet le chloral agit exclusivement sur le système nerveux central, tandis que l'action de la belladone est purement périphérique.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE L'HOPITAL « CHARITÉ » DE BERLIN

Séance du 30 mai 1895.

Encéphalite aiguë non suppurée.

M. Loehr rapporte l'observation d'une fille de huit ans sans antécédents héréditaires, ayant eu la rougeole et la diphthérie, mais autrement bien portante, qui un jour est prise brusquement de vomissements biliaires, de fièvre avec abattement et céphalalgie. D'après les parents qui attribuaient tous ces accidents à un coup de soleil, la fièvre aurait persisté pendant six jours, mais les vomissements ne se seraient pas reproduits dans la suite, et il n'y aurait pas eu de convulsions. La connaissance aurait été conservée, mais depuis le 1er mai, c'est-à-dire à partir du troisième jour après les accidents, la malade n'aurait pas prononcé une seule parole. Il y aurait eu encore de la constipation et de la boulimie, cette dernière ayant fait place à l'inappétence absolue des premiers jours.

L'enfant entre à l'hôpital le 17 mai. A l'examen on trouva une température de 36°, un pouls variant entre 70 et 80 pulsations par minute, un peu irrégulier. Les pupilles étaient un peu rétrécis. Rien du côté des poumons et du cœur.

Mise debout, la malade ne pouvait se tenir et s'affaissait, par suite de la parésie avec ataxie des membres inférieurs, plus accusée à droite qu'à gauche. La vue, l'ouïe, l'odorat et la gustation étaient normaux, de même la sensibilité générale. Les réflexes patellaires étaient conservés. La malade se conduisait comme une maniaque, urinait sous elle, ne gardait pas les matières fécales, déchirait son linge, etc.

Sous l'influence du bromure de potassium et du chloral formant la base du traitement, la malade devint plus tranquille. La parésie et l'ataxie s'améliorèrent, mais l'aphasie persista sans modification.

D'après l'ensemble de symptômes on peut admettre qu'il s'agissait d'une lésion en foyer du cerveau. Bien que l'aphasie ait été notée après des maladies infectieuses, la coïncidence chez la malade de l'aphasie et des troubles moteurs du côté droit, doit faire penser à l'existence d'un foyer encéphalique du côté gauche. Quant à la nature de ce foyer, on peut avant tout exclure l'hypothèse d'une embolie, vu l'intégrité du cœur et des vaisseaux. On ne peut non plus penser à un abcès du cerveau. La seule hypothèse admissible en l'espèce est celle d'une encéphalite aiguë non suppurée ayant débuté par les symptômes d'une maladie infectieuse aiguë.

Traitement de la rétroflexion de l'utérus.

M. Gusserow. — La question du traitement de la rétroflexion de l'utérus est entrée dans une nouvelle période avec les progrès de la chirurgie abdominale. Dans le temps le seul traitement employé était le port du pessaire. Le pessaire améliorait la situation et amenait quelquefois, très rarement il est vrai, la guérison quand il s'agissait des cas tout à fait récents. Mais souvent le pessaire n'était pas supporté ou bien ne pouvait amener aucun soulagement à cause de l'état de l'utérus et des annexes. En effet le pessaire était inutile dans les cas où l'utérus rétrofléchi était fixé par des adhérences; ou bien encore le pessaire portait sur les ovaires enflammés et les douleurs qu'il provoquait étaient parfois tellement violentes que les malades retiraient elles-mêmes le pessaire.

C'est pour ces cas qu'on eut l'idée de fixer l'utérus dans la plaie de la laparotomie. Cette idée est née accidentellement, après qu'au cours d'une laparotomie pour une affection viscérale quelques chirurgiens utilisèrent l'incision abdominale pour y fixer l'utérus rétrofléchi, lésion qu'ils trouvèrent accidentellement. La ventrofixation de l'utérus est certainement une bonne opération pouvant rendre des services, mais elle a l'inconvénient de laisser une cicatrice, porte tout ouverte aux hernies ventrales.

Une autre opération a été proposée par Bernhard Schultze. Pour le cas où l'utérus était fixé par des adhérences, il proposa de distendre ces dernières par un massage énergique et de remettre l'utérus dans sa position normale à l'aide d'un pessaire. Cette opération essayée dans un certain nombre de cas fut vite condamnée à cause des insuccès nombreux dus à la reformation des adhérences peu de temps après l'opération.

Les inconvénients inhérents à la ventrofixation et à l'opération de Schultze, n'existent pas avec la vaginofixation de l'utérus rétrofléchi, opération préconisée ces temps derniers. Avec la vaginofixation, l'ouverture de la cavité abdominale est évitée. On fait une incision à la paroi antérieure du vagin, on en résèque une partie et on fixe dans la plaie l'utérus fléchi. On peut ouvrir le péritoine, mais on peut également s'en passer.

On a reproché à la vaginofixation le peu de solidité de la fixation, le vagin étant un organe mobile. Mais il ne faut pas oublier que, dans sa nouvelle position, l'utérus se trouve dans une position physiologique, et que la fixation est alors suffisante. Ce qu'on a le droit de dire, c'est que la vaginofixation est une opération contre-indiquée dans les cas où l'utérus est immobilisé ou pathologiquement modifié. Dans ces cas, avant de faire la vaginofixation, il faut détruire les adhérences et mobiliser l'utérus.

Comme la vaginofixation est une opération récente, on n'est pas encore fixé sur les résultats tardifs qu'elle peut donner. Personnellement, M. Gasserow a fait treize vaginofixations pour utérus rétrofléchi et mobile. Les malades ont quitté l'hôpital guéries, mais elles n'ont pas été revues. Mais d'un autre côté, on a publié des cas où la rétroflexion s'est reproduite six à neuf mois après l'opération.

Paralysie oculaire dans un cas de paralysie cérébrale infantile.

M. Kœnig rapporte l'observation d'une jeune fille de seize ans, d'une famille de tuberculeux, née avant terme et ayant présenté au moment de sa naissance un strabisme qui persista plus tard. Comme particularité de développement, les parents avaient noté la petitesse de la tête. L'enfant se développa normalement, marcha et parla à temps. Son intelligence ne laissa rien à désirer.

Actuellement, on constate que la jeune fille a le type microcéphale. La moitié droite du corps est moins développée que la moitié gauche. Il existe une paralysie oculaire. L'œil droit est quelquefois complètement fermé par suite d'une contracture de l'orbiculaire des paupières. A l'état de repos, il excite un strabisme divergent. Les pupilles réagissent bien, mais elles ne sont pas égales; de plus on trouve à droite une légère choroïdite. Les mouvements des yeux en bas sont impossibles, la rotation en dehors s'effectue bien.

De plus, à l'examen on trouve des mouvements involontaires dans le bras droit, les deux épaules et les muscles de la face plus accusés à droite qu'à gauche.

Idiosyncrasie pour l'antipyrine.

M. Ruge. — Il s'agit d'une femme entrée à l'hôpital pour un léger rhumatisme polyarticulaire aigu des pieds et du poignet droit. Le cœur et les poumons étaient normaux. Sous l'influence de l'antipyrine administrée à la dose de trois grammes par jour l'état s'améliora un peu mais au bout de dix jours il a fallu augmenter la dose et on donna quatre grammes, puis deux jours plus tard cinq grammes d'antipyrine par jour. Cette dose fut continuée pendant quelques jours, lorsque la fièvre s'éleva brusquement à 39°, en même temps qu'une roséole parut sur les cuisses et les jambes et que la rate s'hypertrophia. L'état devint si mauvais qu'on pensa à une erreur de diagnostic si bien que celui de rhumatisme aigu fut échangé contre celui de typhus. On abandonna donc l'antipyrine et on donna du calomel pour combattre la constipation qui existait depuis trois jours.

On institua donc un traitement contre le typhus et dans quelques jours les phénomènes cités plus haut, la rougeur de la peau et des muqueuses, la tuméfaction de la rate, les

démangeaisons, etc., disparurent. La malade alla bien pendant plusieurs jours, lorsque les douleurs articulaires reparurent de nouveau. On donna alors un gramme d'antipyrine et dans la soirée même la malade fut reprise de fièvre avec rougeur de la peau, tuméfaction de la rate, etc. C'est à ce moment seulement que l'on comprit qu'il s'agissait de phénomène d'intolérance pour l'antipyrine. Un nouvel essai avec l'antipyrine, fait au moment où la malade était presque complètement guérie, donna les mêmes résultats.

M. Senator a observé un cas analogue chez une jeune folle atteinte d'influenza et qui avait pris près de cinq grammes d'antipyrine. La malade fut prise d'agitation, de fièvre, en même temps qu'une éruption ortiée parut sur le corps et que la langue et les lèvres se couvrirent de vésicules. Cet état persista pendant plusieurs semaines pendant lesquelles il survenait chaque jour des poussées nouvelles.

M. Lewin fait observer que dans la plupart des cas d'intolérance pour des médicaments, on trouve ordinairement une insuffisance rénale.

M. Ruge n'a trouvé rien de suspect dans l'urine de sa malade.

Fractures des côtes non consolidées.

M. Albers rapporte l'observation d'un pompier qui, étant occupé à un incendie, se fit une fracture de la septième côte. Soigné dans un hôpital, le malade paraissait complètement guéri, lorsque, quelques jours après avoir quitté l'hôpital, il fut repris de douleurs violentes au niveau de sa fracture. Pendant trois ans il fut soigné par divers médecins sans succès, si bien qu'on arriva à considérer le malade comme un simulateur.

Lorsqu'il entra à l'hôpital, on se décida à inspecter l'ancien foyer. A l'ouverture on fut tout surpris de trouver une fracture nullement consolidée, sans trace de cal. On réséqua alors les deux bouts et on les réunit ensuite. Le malade guérit et fut définitivement débarrassé de ses douleurs. C'est le troisième cas de ce genre que l'auteur a l'occasion d'observer.

SOCIÉTÉ NEUROLOGIQUE ET PSYCHIATRIQUE DE BERLIN

Séance du 10 *juin* 1895.

Paralysies obstétricales et puerpérales.

M. Jolly a eu dernièrement l'occasion d'observer une série de paralysies assez rares.

Le premier cas est celui d'un enfant de deux mois. D'après les renseignements fournis par la mère, l'enfant a été extrait au forceps, dont l'application a été particulièrement difficile à cause du bras droit de l'enfant appliqué contre la tête. Dès le lendemain on a constaté qu'il existait une paralysie complète du bras droit.

A l'examen, on trouvait une paralysie complète des muscles élévateurs du bras, des fléchisseurs et des extenseurs de l'avant-bras. La main est également complètement paralysée. Enfin le membre paralysé est atrophié.

Les muscles du bras sont contracturés, tandis que la paralysie de la main est flasque. Les doigts sont en flexion.

Il s'agit donc là d'une paralysie obstétricale à type Duchenne-Erb où l'on trouve une paralysie du deltoïde et des fléchisseurs de l'avant-bras. Dans d'autres cas, la paralysie frappe d'autres muscles, mais il est rare de voir une paralysie aussi étendue que chez le petit malade. Peut-être faut-il incriminer dans ce cas l'appareil qui fut appliqué au début dans l'idée d'une fracture de l'humérus.

Le second cas observé par M. Jolly se rapporte à une femme dont le dernier accouchement date d'un an. Pendant les suites de couches, il y eut de la fièvre, mais la malade a pu pourtant se lever au bout de quinze jours, pour reprendre le lit au bout de quelques jours à la suite de l'apparition d'une pelvi-péritonite. La malade garda le lit pendant six mois pendant lesquels, à côté des phénomènes de péritonite, on observe une paralysie des quatre membres. Du côté des membres supérieurs, la paralysie disparut au bout de quelque temps. Mais il n'en a pas été de même des membres inférieurs. Aujourd'hui les réflexes rotuliens ont reparu, les triceps fémoraux fonctionnent bien et répondent à l'excitation électrique. Du côté des jambes, les mouvements passifs s'effectuent sans difficulté, mais les deux pieds sont complètement paralysés.

Il s'agit là d'une paralysie des péroniers. L'examen électrique des muscles montre que l'excitabilité sans être complètement abolie est notablement diminuée. Avec des courants forts, on arrive à provoquer une contraction des muscles qui réagissent bien aux courants continus.

La paralysie dans ce cas est très probablement due à une névrite périphérique d'origine infectieuse.

Le troisième cas observé par M. Jolly est un cas de paralysie chloroformique. La malade avait subi une myomectomie, et pendant l'opération le bras droit fut placé en haut et en arrière. Au réveil, on constata une paralysie du bras qui persiste encore aujourd'hui, en partie. L'élévation du bras s'effectue très mal, par la contraction des fibres antérieures du deltoïde. Au début le bras ne pouvait être porté en arrière ni en dehors, et les mouvements de flexion et d'extension de l'avant-bras étaient impossibles. Les extenseurs de la main et des doigts étaient également atteints, tandis que la flexion des doigts pouvait encore s'effectuer. Il existait encore au début des troubles trophiques, et aujourd'hui encore la circonférence du bras droit mesure deux centimètres et demi de moins que celle du bras gauche. L'excitabilité électrique et galvanique des muscles paralysés, fort diminuée, a persisté pourtant pendant la paralysie.

Depuis que les observations de ces paralysies sont devenues plus nombreuses, on sait que ces paralysies relèvent de la compression du plexus trachial entre la clavicule et la première côte.

Diabète et hystérie.

M. Gumpertz. — On a publié depuis quelque temps des observations de coexistence du diabète et de l'hystérie. Quand l'hystérie a précédé le diabète, les phénomènes nerveux subissent ordinairement une recrudescence avec l'apparition de la glycosurie; dans le cas contraire, quand l'hystérie apparaît au cours du diabète, ce dernier peut être considéré comme l'agent provocateur de la névrose. Il en a été ainsi dans le cas récemment observé par M. Gumpertz.

Il s'agit d'un homme de soixante-sept ans, dont la sœur fut, à un moment donné, atteinte de folie puerpérale. Pas d'autres antécédents héréditaires. Parmi les antécédents personnels, on relève des convulsions épileptiformes qui ont fait leur apparition à l'âge de trente-quatre ans.

Il y a trois ans, le malade eut une attaque d'influenza, suivie de polyphagie avec polyurie et amaigrissement considérable. L'examen des urines pratiqué à cette époque montre la présence de 8 à 9 0/0 de sucre dans l'urine.

A l'examen du malade, on trouve, parmi les phénomènes nerveux, l'abolition des réflexes rotuliens et le signe de Romberg. Une pression exercée sur les globes oculaires provoque une sensation très vive de douleurs. La sensibilité est partout conservée, mais en même temps il existe des zones d'hyperesthésie, au niveau de l'ombilic, des lignes axillaires, des aines, des bulbes oculaires. Les pupilles réagissent bien, mais l'acuité visuelle est diminuée à gauche en même temps qu'il existe, du même côté, un léger rétrécissement du champ visuel. Il y a quelque temps est survenue brusquement une paralysie du bras gauche, qui a disparu spontanément au bout de quelques semaines.

L'ensemble de ces symptômes permet de faire le diagnostic d'hystérie, surtout quand on prend en considération l'existence des convulsions épileptiformes pendant lesquelles le malade ne perd pas connaissance et qui sont ordinairement suivies de paralysie motrice et sensitive unilatérale, disparaissant au bout de quelques heures.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

N° 41 — 9 OCTOBRE 1895 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Le jury du concours de l'externat est ainsi composé : M. Varnier, président ; MM. Wurtz, L. Guinon, Morel-Lavallée, Dalché, Legueu, Sébileau et Faure.

Le concours de l'adjuvat d'anatomie de Clamart est ainsi constitué : M. Farabeuf, président ; MM. Quénu, Walter, Blum et Gilles de la Tourette.

Corps de santé militaire. — Ont été promus :

Au grade de médecin principal de première classe : MM. Delorme et Strauss.

Au grade de médecin principal de deuxième classe : MM. Fluteau, Davignon et Fournié.

Au grade de médecin-major de première classe : MM. Laydeker, Villedary et Hermantier.

Au grade de médecin-major de deuxième classe : MM. Lespinasse, Millière, Habert, Beigneux, Michel et Cuvalier-Benezet.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés :

Officiers de l'instruction publique : MM. Douet (Angers) ; Bruel (Moulins) ; Pojolat (Clermont) ; Rocher (Clermont) ; Lambling et Morelle (Lille).

Officiers d'académie : MM. les docteurs Dupoux (Vallon) ; Auger (Bolbec) ; Cocatrice (Harcauville) ; Duputel (Rouen) ; Lecourt (Canteleu) ; Cannac (Quins) ; Bernard (Voisey) ; Lory (Tunis) ; Allot (Commentry) ; Ballias (Bagas) ; Billiard (Corbigny) ; Bouny (Fleix) ; Castanet (Solignac) ; Desvergnes (Verteillac) ; Fourniol (Clermont) ; Grasset (Riom) ; Lombard (Terrasson) ; Malsang (Champeix) ; Paillard (Varzy) ; Planchard (Clermont) ; Prioleau (Brives) ; Schmütz (Tonnay-Boutonne) ; Souvre (Reims) ; Simbat (Bergerac) ; Soularue (Tulle) ; Suryot (Entrains) ; Fayard (Niort) ; Bédart, Carpentier, Focken (Lille) ; Brunet, Morin (Paris) ; Bornay (Saint-Pol) ; Purrey (Pyrénées-Orientales) ; Philippe (Pujols) ; Isch-Wall (Paris) ; Caron (Havre) ; Jacquelin (Milly) ; Mancotel (Mirecourt).

VARIÉTÉS

Exercice illégal. — Dans son audience du 6 septembre, le tribunal correctionnel d'Epernay a condamné à trois jours de prison, 500 francs francs d'amende et aux frais assez importants du procès, le nommé Coyon, ancien curé de Thibie, Festigny, Igny-le-Jard et autres lieux.

Cet ecclésiastique a été reconnu coupable d'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie.

L'abus des cliniques. — Dublin avec ses faubourgs compte 356,240 habitants. On y trouve 27 policliniques qui ont traité en un an 100,216 personnes. De plus, il existe 24 hôpitaux qui ont hospitalisé 36,412 malades, soigné 4,674 femmes en couches sans parler des soins passagers en cas d'accidents, des consultations externes, etc. Tous ces malades ont reçu les médicaments gratis.

Si ces établissements charitables n'étaient pas fréquentés par des gens d'aspect aisé et des dames en robe de soie on croirait, en lisant ces chiffres, que Dublin n'est peuplé que de malheureux.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Sur l'accouchement artificiel immédiat par les voies naturelles (accouchement forcé). Post-mortem. Une brochure in-4°. Paris, H. Jouve, éditeur.

Pellier de Quengsy, par le Dr Albert Terson, chef du laboratoire d'ophthalmologie de l'Hôtel-Dieu, ancien interne des hôpitaux, membre de la Société d'ophthalmologie de Paris. Une brochure in-8° avec 1 portrait et 3 figures. Paris, G. Steinheil, éditeur.

Traité d'hygiène publique et privée, par Jules Rochard, inspecteur général du service de santé de la marine en retraite. membre de l'Académie de médecine, etc. 3e fascicule. Un volume in-8°. Paris, Bataille et Cie, éditeurs.

Le traitement de la coxalgie, par le Dr F. Calot, chirurgien en chef de l'hôpital Rothschild, de l'hôpital Cazin-Perrochaud et du dispensaire de Berck. Un vol. in-18 avec 41 figures en photogravure. Relié peau souple. Prix : 5 francs. G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain.

Cure radicale de la hernie ombilicale, par le Dr Jules Beckel (Strasbourg), étude basée sur 350 observations dont 16 personnelles. Paris, F. Alcan, éditeur. Un vol. in-8°, 3 fr. 50.

Atlas microphotographique de bactéries, par MM. G. Itzerott et F. Niemann (21 planches comprenant 126 figures). Texte traduit par le Dr Samuel Bernheim. Paris, Maloine, éditeur. Un vol. in-4° relié. Prix : 20 francs.

CLINIQUE MÉDICALE

Deux cas de tuberculose pulmonaire chronique ayant débuté par un accès d'asthme, par le Dr L. Rénon.

L'asthme essentiel, quelle qu'en soit la pathogénie, se manifeste cliniquement par une série de symptômes, pour ainsi dire spécifiques, qui sont les suivants : début nocturne, inspiration brève, expiration prolongée et sifflante, dyspnée excessive et intermittente, expectoration caractéristique de crachats perlés marquant la fin de l'accès. L'asthme, ainsi compris, peut-il évoluer dans le cours d'une tuberculose pulmonaire? La chose n'est pas douteuse, puisque l'on n'admet plus aujourd'hui l'antagonisme de l'asthme et de la tuberculose. Celle-ci peut se compliquer d'asthme, les deux affections marchant parallèlement, et un asthmatique peut parfaitement devenir tuberculeux.

Nous avons observé, dans le service de notre cher maître le professeur Dieulafoy à qui nous adressons nos plus vifs remerciements, et chez une de nos malades, deux faits de coïncidence d'asthme et de tuberculose. Il nous a paru intéressant de les rapporter parce qu'ici les deux affections ont commencé simultanément, le début de l'une ayant marqué le début de l'autre, donnant une allure toute spéciale à leur évolution.

I

Observation I. — Le nommé X..., concierge au dépôt des télégraphes, âgé de cinquante ans, entre le 12 avril 1892, à l'hôpital Necker dans le service du professeur Dieulafoy, atteint d'abondantes hémoptysies ayant débuté il y a trois jours.

La cause de ces hémoptysies est une tuberculose pulmonaire bilatérale, mais relativement peu étendue, les signes d'auscultation ne répondant pas aux signes objectifs, abondance de l'hémoptysie et surtout intensité de la dyspnée. On ne trouve que quelques craquements secs dans la fosse sus-épineuse droite et à gauche des craquements humides limités à la fosse sous-épineuse, le tout accompagné de quelques râles sibilants et d'un peu d'emphysème. L'expectoration, purulente, nage dans un liquide clair, âcre, mousseux et contient des bacilles de Koch en quantité très appréciable.

L'état général est assez bon : le malade est plutôt maigre, mais il a toujours été ainsi. Ce qui surtout l'inquiète, en dehors des hémoptysies, c'est une oppression à peu près constante, mais exagérée le soir et la nuit. Cette dyspnée le force souvent à passer la nuit sur une chaise, la poitrine penchée en avant : l'expiration est alors sifflante et ressemble à celle observée dans l'asthme.

Tous ces accidents ont débuté en 1885 par un violent accès d'asthme qui survint une nuit : le malade dut quitter son lit et se mettre sur un fauteuil, aux bras duquel il se cramponnait pour essayer de faire pénétrer un peu d'air dans la poitrine ; la crise se termina par une émission de crachats perlés et par une abondante hémoptysie qui se repéta pendant trois jours. C'est depuis cette époque seulement que le malade a toussé. Les années suivantes, il présenta encore deux attaques d'asthme avec émission de crachats perlés; mais, en dehors de celles-ci, il a conservé toujours une respiration asthmatiforme et des hémoptysies fréquentes : celles-ci furent particulièrement abondantes en 1889 et, comme nous l'avons vu, en 1892.

Dans les antécédents du malade on ne relève pas d'autre affection : en 1870 il eut l'omoplate gauche fracturée par une balle allemande qui fit dans toute cette région une blessure en séton dont on voit encore les traces. Son père, mort à soixante-douze ans de pneumonie, ne fut jamais atteint ni de rhumatisme, ni de tuberculose, ni d'asthme. Sa mère, encore vivante, eut cinq attaques de rhumatisme articulaire aigu. Il a une sœur et un frère bien portants.

Depuis le traitement par l'arsenic et l'iodure de potassium institué en 1892, l'amélioration fut manifeste : dans ces trois dernières années nous ne remarquons qu'une atteinte de migraine ophthalmique, à droite d'abord, puis à gauche, ayant duré en tout trois jours et s'étant accompagnée de scotome scintillant.

Nous avons revu le malade en avril 1895 : un mois auparavant, il avait eu des hémoptysies abondantes. L'examen complet des organes ne révéla que des lésions pulmonaires, plus discrètes que celles observées en 1892, puisque nous n'avons rien retrouvé du côté droit. Les crachats examinés bactériologiquement ne nous ont présenté que trois bacilles de Koch sur cinq lamelles.

Obs. II. — La nommée X..., âgée de vingt-huit ans, domestique, vient me consulter le 4 mars 1894, en proie à des accès d'oppression considérables, accompagnés d'hémoptysies. A peine arrivée dans mon cabinet elle est prise d'une crise d'asthme absolument typique : la malade courbée en deux sur une chaise a les plus grandes difficultés à respirer ; l'expiration est sifflante, très prolongée, l'inspiration brève. Au bout de peu d'instants des quintes de toux se produisent, et des crachats perlés sont rendus en abondance avec quelques filets de sang.

Quand, dans un moment d'accalmie, je puis examiner la malade, je constate du côté des poumons, au milieu de râles sibilants très nombreux, l'existence d'une caverne très étendue du côté gauche en avant, et du ramollissement du sommet droit. Ces lésions étaient tuberculeuses, l'examen des crachats pratiqué le lendemain m'ayant démontré l'existence de nombreux bacilles de Koch : il n'y avait point d'autre manifestation tuberculeuse. La poitrine n'était pas globuleuse, et je n'ai pas remarqué d'emphysème. L'état général était assez bon ; on ne constatait ni fièvre, ni sueurs nocturnes, en un mot aucun signe net de phthisie, malgré la gravité des signes physiques observés et l'abondance des hémoptysies. Celles-ci se répétaient, soit avant, soit après les crises d'asthme, en les accompagnant toujours.

Interrogée sur le début de ces accidents, la malade fut très précise : en 1887, une nuit, sans raison aucune, elle fut prise d'un premier grand accès d'asthme, avec expiration difficile et sifflante, et émission de crachats perlés, crise analogue à celle que j'avais pu voir. Le lendemain elle eut une hémoptysie abondante qui se répéta pendant trois jours alternant avec des attaques d'asthme. Depuis cette époque elle a commencé à maigrir et à perdre ses forces, toussant un peu chaque jour et rendant quelques crachats verdâtres d'apparence nummulaire.

En 1889, elle présenta une nouvelle série de crises d'asthme, accompagnées d'hémoptysies. Pareil fait se produisit en 1892, en 1895, et en 1894, époque où elle vint me consulter.

Dans ses antécédents nous relevons une pneumomie soignée à l'hôpital Beaujon, en 1886, et dont elle aurait parfaitement guéri, et une atteinte de variole en 1870. Du côté de ses parents on ne trouve aucune trace de tuberculose ; sa mère est morte à cinquante-deux ans d'hémorrhagie cérébrale ; son père, manifestement alcoolique, a succombé à la même maladie à soixante-deux ans. Son grand-père maternel avait présenté des accès d'asthme ; un de ses frères en eut également; les autres ne furent ni asthmatiques, ni tuberculeux.

La malade fut soumise à l'arsenic et à l'iodure de potassium. Je la revis plusieurs fois à la fin de l'année 1894 : elle allait beaucoup mieux, n'ayant eu ni asthme, ni hémoptysies. Celles-ci reparurent en janvier 1895, mais furent presque insignifiantes. Le 27 avril dernier l'amélioration était complète : à l'auscultation on n'entendait rien du côté droit, et du côté gauche la caverne était en pleine cicatrisation avec formation de tissu de sclérose nettement perceptible à l'examen physique : l'expiration seule était toujours très prolongée.

La sécrétion pulmonaire était tellement diminuée que, désirant faire l'examen bactériologique des crachats, je dus attendre deux jours pour que la malade pût en recueillir ; ils ne contenaient plus que quelques bacilles (quatre sur huit lamelles), sans staphylocoques, ni streptocoques. La malade n'avait pas eu d'accès d'asthme depuis un an.

II

Dans ces deux observations, s'agit-il réellement d'asthme et de tuberculose, ou de ces formes de tuberculose pseudo-asthmatique dans lesquelles on rencontre une dyspnée asthmatiforme ? Il semblerait au premier abord que dans nos cas il ne puisse être question du pseudo-asthme tuberculeux, tel que nous l'ont appris à connaître MM. G. Sée, Dieulafoy, Pujade et Aslanian. Il Ce pseudo-asthme relève, en effet, soit de tuberculose aiguë, de granulie, soit de tuberculose chronique, accompagnées d'accès de dyspnée expirative qui simulent l'asthme, et dont on trouve facilement l'explication dans la bacillose présentée par les malades. En comparant ces faits avec ceux que nous rapportons on pourrait trouver des différences. Dans la tuberculose pseudo-asthmatique la dyspnée serait moins intermittente que dans l'asthme, les crises apparaîtraient surtout dans la journée, à la suite d'un effort, d'une quinte de toux : l'attaque ne se terminerait pas par l'expectoration caractéristique de crachats perlés. Il faut cependant avouer que cette classification entre les accès de tuberculose pseudo-asthmatique et les accès d'asthme chez les tuberculeux serait bien artificielle, puisqu'il suffirait d'un cas d'attaque d'asthme fruste, sans crachats perlés, chez un tuberculeux, pour rendre toute distinction impossible.

Tout ceci semble nous prouver, que, loin de s'exclure, la tuberculose et l'asthme peuvent se rencontrer chez un même sujet, parfois à leur début : de leur réunion il paraît résulter une lenteur d'évolution spéciale et une tendance à la guérison plus marquée qu'on ne l'observe d'habitude dans la tuberculose vulgaire, fait d'ailleurs bien mis en lumière par les anciens cliniciens. Dans ces cas l'arsenic et l'iodure de potassium aident favorablement le traitement par les aliments gras et l'huile de foie de morue à hautes doses, tel que le préconise, avec ant de succès, dans la tuberculose pulmonaire, notre maître, le professeur Dieulafoy.

REVUE DES CONGRÈS

LXVII° RÉUNION DES MÉDECINS ET NATURALISTES ALLEMANDS

tenue à Lubeck du 16 *au* 21 *septembre* 1895.

La ponction lombaire.

M. Quincke tient à revenir sur quelques points relatifs à la ponction lombaire. Il a tout d'abord fait construire un appareil spécial, une seringue qui permet en même temps de se rendre compte de la valeur de la pression intra-rachidienne. Les ponctions avec la seringue de Pravaz doivent être rejetées, quand même on se sert d'une aiguille longue, cette dernière est ordinairement encore trop courte, s'engage souvent dans les nerfs, dévie latéralement, etc., ce qui expliquerait les résultats négatifs de la ponction, notés par quelques auteurs. La ponction peut encore ne pas amener de liquide quand ce dernier se compose d'un pus épais.

Quant à la valeur thérapeutique de la ponction, elle est manifeste dans la méningite aiguë séreuse ou séro-purulente.

M. v. Zeimssen fait la ponction avec l'aiguille de Dieulafoy. L'opération est en somme facile, mais au moment de la ponction, le malade redresse ordinairement sa colonne vertébrale et la progression de l'aiguille peut se trouver gênée. Aussi est-il préférable de faire cette petite opération sous le chloroforme.

L'opération ne provoque pas de réaction, et dans les autopsies que M. v. Ziemssen a eu l'occasion de faire, il n'a pas retrouvé sur le cadavre les traces de la ponction.

La ponction semble donner de bons résultats dans la méningite cérébro-spinale et dans la méningite spinale séreuse. Il ne faut pas craindre de refaire la ponction plusieurs fois.

M. Lenhartz a fait la ponction dans une quinzaine de cas dont trois de méningite cérébro-spinale. Plusieurs fois la ponction resta négative bien que l'aiguille se trouvât certainement dans le canal rachidien. Les effets thérapeutiques ont été nuls et, dans aucun cas, la ponction n'a modifié les symptômes.

Dans un cas, le liquide retiré par la ponction renfermait des bacilles tuberculeux. Dans un autre cas, la nature tuberculeuse du liquide n'a été établie qu'après inoculation à des animaux.

Modifications de la moelle épinière dans le cancer de l'estomac.

M. Lubarsch a observé six cas de cancer de l'estomac où l'examen histologique de la moelle montra l'existence d'une dégénérescence des racines postérieures et des cordons postérieurs.

D'après M. Lubarsch, cette dégénérescence ne doit être attribuée ni à l'anémie de la moelle ni à l'influence des toxines du cancer. Il pense plutôt qu'il s'agit là d'une action toxique sur la moelle des produits de rétention de l'estomac et de l'intestin.

M. Schultze a observé cette dégénérescence de la moelle dans un grand nombre d'affections chroniques, dans la phthisie entre autres. Très probablement, il faut incriminer tout simplement les troubles de nutrition générale, seulement il est difficile de dire pourquoi la dégénérescence frappe spécialement les cordons postérieurs.

Etiologie de la néphrite.

M. Posner. — Les inflammations avec ou sans suppuration des reins sont produites fréquemment par des infections, qu'il s'agisse des maladies infectieuses ou de la pénétration dans les reins des germes infectieux par la voie uretérale ou la voie sanguine.

On sait, d'un autre côté, que les bactéries de l'intestin pénètrent assez facilement dans le sang. On pourrait donc se demander si ces bactéries, et le coli-bacille en particulier, sont capables de provoquer des néphrites.

Les recherches faites antérieurement par M. Posner ont montré que la ligature simple du rectum est suivie d'inflammation rénale et que l'injection dans le sang de coli-bacilles peut provoquer une véritable néphrite avec cylindrurie.

Il est bien plus difficile d'obtenir l'accumulation de bactéries dans le rein, car, lorsque le rein est sain, il élimine les bactéries qui l'envahissent. Pour obtenir cette accumulation, il faut rendre le rein malade, et si avant de lier le rectum on fait en même temps dans le rein une injection d'alcool à travers les téguments et les muscles, on obtient une nécrose du rein avec embolies bactériennes autour des parties nécrosées. Le même résultat peut être obtenu en intoxiquant les animaux avec de l'acide chromique.

Lavages des bassinets dans la pyélite.

M. Casper rapporte deux cas de pyélite gonorrhéique, un de pyélite double aiguë, l'autre de pyélite chronique, guéris tous les deux par les lavages des bassinets avec des solutions boriquées ou de nitrate d'argent à travers une sonde introduite dans l'uretère.

Dans le premier cas, la sonde est restée en place trois jours et tous les jours on faisait des lavages du bassinet, suivis d'instillations d'une solution de nitrate d'argent à 1 ou 2 0/0. Dans le second cas, on a pratiqué le cathétérisme à six reprises et lavé les bassinets six fois. Les malades, qui ont parfaitement guéri, avaient été auparavant traités sans succès par les méthodes usuelles.

M. Casper en conclut que dans ces cas ce sont les lavages des bassinets qui ont amené la guérison et que ces lavages, qui ne comportent aucun inconvénient, sont indiqués dans la pyélite gonorrhéique ou de toute autre origine.

Indications du lavage de l'estomac.

M. Martins. — Le lavage de l'estomac a pour but d'évacuer le contenu stomacal et faire agir, dans certains cas, sur la muqueuse gastrique, une solution médicamenteuse.

Les indications spéciales du lavage de l'estomac sont absolues et relatives. Elles sont absolues quand le lavage est destiné à amener la guérison d'un processus morbide, et alors la non-exécution constitue une véritable faute professionnelle. Dans les indications relatives, on a à compter avec les idées personnelles du médecin.

L'indication du lavage est absolue dans : 1° les empoisonnements aigus ; 2° la rétention du contenu stomacal par le fait d'une sténose cicatricielle ou cancéreuse de l'estomac ; 3° dans l'obstruction intestinale indépendamment de son étiologie.

L'indication du lavage est relative dans le cancer de l'estomac, dans les catarrhes chroniques et troubles fonctionnels de l'estomac. Dans la neurasthénie gastrique et dans la dyspepsie nerveuse, le lavage de l'estomac est un des moyens les plus efficaces et agit en même temps comme procédé de suggestion.

M. Minkowski considère le lavage de l'estomac comme un moyen très efficace dans les hémorrhagies stomacales. L'ulcère de l'estomac n'est pas une contre-indication du lavage si ce dernier est fait avec une sonde molle.

D'après M. Minkowski, dans un grand nombre de cas, il vaut mieux faire le lavage assez tard dans la soirée. L'estomac reste alors au repos pendant toute la nuit et son insuffisance motrice a alors plus de chances pour disparaître.

M. Quincke préfère aussi faire ce lavage le soir, trois heures environ après le dernier repas.

M. Lenharz a obtenu de bons résultats avec le lavage de l'estomac dans le tympanisme abdominal que l'on observe dans la fièvre typhoïde, la dyspepsie nerveuse, le spasme de l'œsophage.

M. Léo insiste sur les résultats brillants que le lavage de l'estomac fournit chez les nourrissons atteints de gastro-entérite aiguë ou chronique.

De l'asthénie cardiaque dans les maladies infectieuses.

M. Romberg. — L'état normal de la circulation dépend du fonctionnement du cœur aussi bien que de celui des vaso-moteurs. Ces deux facteurs sont influencés d'une façon inégale par les agents extérieurs.

La mesure de leur fonctionnement est fournie par l'état de la pression sanguine. Quand cette dernière tombe au-dessous de la normale, on peut affirmer que le fonctionnement du cœur ou des vaso-moteurs n'a plus lieu d'une façon normale.

Pour étudier séparément l'état du cœur et des vaso-moteurs, M. Romberg a recours au massage de l'abdomen et à la compression de l'aorte abdominale qui tous les deux imposent au cœur un surcroît de travail, et si le cœur est normal, la pression sanguine augmente. Certains réflexes vasculaires consécutifs à l'excitation de la peau ou des muqueuses provoquent également une augmentation de la pression sanguine à la condition que le cœur et les vaso-moteurs fonctionnent d'une façon normale.

Avec ces données, M. Romberg a étudié l'action sur le cœur et les vaso-moteurs, du bacille pyocyanique et du pneumocoque de Frænkel. Il a trouvé que tous les deux amènent une paralysie du centre vaso-moteur, dans le bulbe, et des troubles mortels de la circulation. Les vaso-moteurs de Goltz, situés dans la moelle, restent intacts.

Dans un certain nombre de cas, le bacille pyocyanique a exercé une influence sur le rythme et très exceptionnellement sur le fonctionnement du cœur. Les pneumocoques n'exercent aucune influence sur le cœur.

Ces faits ne sont pas en désaccord avec la clinique. Dans la pneumonie franche chez l'homme, la paralysie du centre vaso-moteur, situé dans le bulbe, exerce une influence considérable sur les troubles de circulation si importants dans cette affection. La gravité de la pneumonie chez les individus à cœur faible s'explique par la surcharge du cœur droit dans certains cas, dans d'autres par l'impossibilité dans laquelle se trouve le cœur de relever la pression sanguine par un surcroît de travail.

Action diurétique des sels de lithine.

M. Mendelsohn, qui a fait une série d'expériences sur l'action des sels de lithine, a trouvé que ces sels agissent comme des diurétiques et que, parmi ces sels, l'acétate et le citrate sont les plus actifs. Ces deux sels doivent par conséquent être employés de préférence à tous les autres, surtout au carbonate de lithine.

L'action diurétique des sels de lithine est aussi manifeste chez les individus bien portants que chez les goutteux ou les calculeux du rein.

II° CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Bordeaux du 6 au 14 août 1895.

(Fin.)

Traitement de la dacryocystite par le fluorol.

M. Duclos (Bordeaux). — Nous avons employé à la clinique de notre maître, M. le professeur agrégé Lagrange, dans le traitement de la dacryocystite à ses diverses périodes, un antiseptique peu usité jusqu'à présent et qui mérite d'être tiré de cet oubli. Cet antiseptique est le fluorure de sodium ou fluorol, sel blanc bleuâtre, inodore, de saveur salée, soluble dans 25 0/0 d'eau.

Le fluorol à 1/100 arrête instantanément et définitivement les fermentations vitales, mais ne suspend pas les fermentations chimiques : c'est un antiputride, non un antifermentescible.

Il a pour équivalent thérapeutique, chez le lapin, huit centigrammes et pour équivalent toxique un décigramme. Les solutions à 1/100 et même à 1/200 empêchent le développement des bactéries pyogènes.

Le fluorol est préférable au sublimé, seize fois plus toxique, au nitrate d'argent, permanganate de potasse, formol, en ce que d'abord les injections dans les voies lacrymales n'en sont pas douloureuses, et surtout par l'effet curatif que nous avons obtenu.

Huit observations très probantes ont été publiées dans les *Archives cliniques de Bordeaux*; nous en apportons cinq nouvelles à l'appui de l'efficacité incontestable du fluorol comme antiseptique, en solution à 1/200.

M. le docteur Lagrange pense que les bons résultats obtenus par le fluorol dans les dacryocystites où les injections de sublimé ont échoué seraient dus à ce que le fluorol ne coagule pas les albumines; les microbes ne sont pas protégés contre lui par une enveloppe d'albumine et ainsi sont mieux atteints.

De plus, la muqueuse des voies lacrymales tolère, sans la moindre réaction, les injections de fluorol qui n'est ni caustique ni douloureux; il ne provoque pas la moindre irritation; la muqueuse, moins vascularisée que par les autres antiseptiques, offre un terrain de culture moins favorable.

Quoi qu'il en soit du mode d'action du fluorol, il est à remarquer que toutes les dacryocystites sont très rapidement améliorées et souvent guéries par les injections d'une solution fluorée à 1/200.

Rhumatisme blennorrhagique chez le nouveau-né.

M. Haushalter (Nancy) relate un cas de rhumatisme blennorrhagique au cours d'une ophthalmie purulente à gonocoques chez un enfant de vingt-cinq jours.

La lésion articulaire se localisa au genou droit et au poignet gauche; elle était prédominante au genou, siège d'un épanchement abondant de liquide louche, riche en leucocytes polymiclés, comme permit de le reconnaître la ponction exploratrice; par la culture, le gonocoque fut décelé dans le liquide articulaire de la façon la plus nette; Lindermann et Deutschmann, dans des cas analogues, trouvèrent également le gonocoque. Ce cas porte à onze le nombre des faits actuellement connus d'arthrite blennorrhagique chez le nouveau-né. De l'étude de tous ces faits, on peut conclure qu'il n'y a aucun rapport entre le développement de l'arthropathie et

l'abondance de la suppuration oculaire; dans l'immense majorité des cas, le rhumatisme blennorrhagique du nouveau-né est monoarticulaire ou oligoarticulaire; le genou, presque constamment frappé, est atteint dans une proportion plus élevée que chez l'enfant plus âgé ou chez l'adulte; l'état général est peu touché, la fièvre habituellement absente; la durée de l'arthropathie blennorrhagique du nouveau-né constamment fort courte, ne dépasse pas un mois et la lésion guérit sans laisser de traces.

Infection pyocyanique généralisée chez le vieillard.

M. Monnier (Nantes). — Il a semblé à l'auteur qu'on pouvait diviser en deux grandes classes les faits jusqu'ici publiés d'infections pyocyaniques généralisées chez l'homme : d'une part, les faits isolés de maladie pyocyanique ayant évolué à titre de maladie infectieuse autonome; d'autre part, les groupes de faits relatifs à des diarrhées, entérocolites endémiques ou épidémiques. L'endérocolite avec ou sans hémorrhagie est la manifestation clinique la plus importante des pyocyanies humaines.

L'observation que rapporte l'auteur établit la réalité d'une autre forme de pyocyanie humaine, forme à point de départ broncho-pulmonaire.

Un vieillard meurt de broncho-pneumonie après quatre jours de séjour à l'hôpital. Les principales lésions trouvées à l'autopsie étaient : des lésions de broncho-pneumonie, une pleurésie purulente droite, une endocardite pariétale du cœur gauche simulant un anévrysme de la pointe du cœur. Du vivant du malade, l'auteur avait isolé dans l'expectoration le même bacille qui fut retrouvé après la mort dans les organes précédemment mentionnés; c'était le bacille pyocyanique. Ses expériences permettent de ranger ce germe dans la variété A de Ernst et dans la race A de Genaur.

Le bacille pyocyanique joue donc dans la pathologie humaine un rôle beaucoup plus important qu'on ne l'a cru jusqu'ici. Bientôt peut-être, en raison des affections locales et générales que ce germe peut déterminer, verra-t-on bientôt figurer dans les ouvrages classiques un chapitre consacré aux pyocyanies humaines.

Myélite aiguë dans le cours d'une bronchite.

M. Berger (Coutras). — Il s'agit d'un sujet de soixante-deux ans, cultivateur, qui, à la suite d'un violent refroidissement, a pris une bronchite généralisée, et a été atteint de paraplégie huit jours après l'apparition de sa bronchite. Puis la paralysie a pris la forme ascendante, et le malade est mort dix jours après, exactement trois semaines après le début de sa bronchite.

Cette observation présente donc cet intérêt que le malade, qui en est l'objet, a fait une myélite aiguë ascendante, à la période d'état de sa bronchite. Si, depuis Ollivier d'Angers (1827), il existe dans la littérature médicale de nombreux cas de pneumonies compliquées de myélites, il n'en est pas de même de la *myélite bronchitique* qui est une rareté clinique. Aussi mon observation vient-elle s'ajouter au cas publié par Taylor en 1893 (1).

Myélite aiguë à type de Landry.

M. Berger (Coutras). — Le sujet est une fillette de treize ans, non encore réglée, chez laquelle aucun antécédent soit héréditaire, soit personnel, n'est à relever.

La jeune malade accuse, dès le début, une vive douleur à la hanche gauche, avec irradiation à la cuisse et au genou. Dans la position debout, le membre inférieur gauche présente l'attitude qu'on observe au début de la *coxalgie*. Cet état persiste une douzaine de jours. Puis l'affection affecte l'allure d'une *psoïtis*, indiquée par une violente douleur dans la fosse iliaque gauche avec extension à la région lombaire du même côté.

La paraplégie ne se montre qu'au bout du vingtième jour, donnant ainsi au diagnostic le droit d'avoir, durant toute la période antérieure, l'idée d'une coxalgie probable ou celle de psoïtis possible.

(1) J. Taylor. Cas de syringomyélie avec bronchite. *The Lancet*, 1894.

Puis la paralysie envahit rapidement les segments supérieurs de la moelle pour réaliser le type de Landry et amener la mort au bout de huit jours, après des phénomènes de contracture au membre supérieur droit, et de la paralysie complète au membre supérieur gauche. Comme épiphénomène, une légère métrorrhagie s'est montrée le vingt-troisième jour coïncidant avec une diarrhée abondante et fétide.

Cette myélite a donc débuté d'une façon insolite. Elle s'est d'abord annoncée par des signes de *coxalgie*, puis par des symptômes de *psoïtis*. La paraplégie ne s'est montrée que le vingtième jour.

Enfin, la métrorrhagie du vingt-troisième jour, qui pourrait être considérée comme une première menstruation, puisque la fillette n'avait pas encore été réglée, est bien plutôt, je crois, le résultat d'un état dyscrasique, et en rapport avec la nature infectieuse de l'affection.

Choléra nostras.

M. Carrière (Bordeaux). — L'auteur relate l'observation d'un cas de choléra nostras qui simula de tous points le choléra asiatique : facies, crampes, vomissements, dysurie, selles à grains riziformes, refroidissement des extrémités, hypothermie complète. Deux jours après le début de la maladie, on constata l'apparition d'une angine pseudo-membraneuse en îlots disséminés. Après une chute au septième jour, la guérison survint brusquement, sans phénomènes réactionnels, le quinzième jour après le début des accidents. L'examen microscopique et bactériologique des selles a permis à l'auteur d'attribuer cette affection à un microbe qui, cultivé sur différents milieux, s'est présenté avec des caractères qui permettent de le rapprocher de ce que Gilbert décrit sous le nom de para-coli-bacille du cinquième type, c'est-à-dire immobile, ne donnant point la réaction de l'indol et ne faisant point fermenter la lactose.

De cette observation l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° Les para-coli-bacilles, comme le coli-bacille peuvent donner lieu à une affection dont les symptômes se rapprochent singulièrement du choléra asiatique.

2° Une leucocytose très marquée accompagne l'évolution de cette maladie.

3° L'augmentation rapide du volume du foie accompagne l'infection para-coli-bacillaire.

4° On trouve dans cette affection, l'abolition de tous les réflexes, indice certain de l'intoxication de la cellule médullaire par les toxines sécrétées par le microbe.

5° L'existence d'albumine rétractile témoigne de l'altération passagère du filtre rénal.

6° Les para-coli-bacilles sont susceptibles de produire de l'angine pseudo-membraneuse.

7° Enfin on voit quel résultat a été obtenu par l'action de l'acide lactique en solution à 15 pour 100 dans les cas de ce genre.

La médication sulfureuse et l'examen bactériologique des crachats.

M. Arnozan. — La médication sulfureuse a de tout temps été reconnue comme plus efficace dans le traitement du simple catarrhe bronchique que dans celui de la tuberculose pulmonaire. L'examen bactériologique des crachats des malades soumis à cette médication confirme de tous points cette ancienne opinion. Dans une série de cas, pour lesquels M. Cassaët a bien voulu me prêter son concours, j'ai pu constater que toutes les fois que les seuls microbes constatés étaient des pneumocoques ou des streptocoques, la médication sulfureuse a été excellente. Lorsque ces microbes étaient associés à des bacilles de Koch, le résultat était beaucoup moins satisfaisant. Il est bien entendu que dans tous ces cas, la médication n'était prescrite qu'en tenant compte des conditions cliniques où elle est indiquée : absence de fièvre, absence d'hémoptysie, expectorations abondantes, etc.

De l'impétigo des enfants et de son traitement par la liqueur de Donovan (iodure d'arsenic mercureux).

M. Saint-Philippe. — On a décrit sous le vocable d'impétigo des affections évidemment diverses. S'il y a un impétigo local, banal, contagieux et inoculable, propre à

tous les âges, il existe un impétigo de cause générale, dû soit à une infection secondaire de l'organisme, soit à un vice primitif de la nutrition. Cet impétigo — indépendant de l'eczéma — est propre à l'enfance et se rencontre surtout chez les tout jeunes enfants. Il est peut-être lié au tempérament scrofuleux, peut-être à une vieille affection syphilitique des ascendants. Cet impétigo s'accompagne ou se complique souvent de troubles graves, pouvant même entraîner la mort — par intoxication suraiguë, par broncho-pneumonie, méningite, entérite et même par néphrite.

Il faut donc combattre cette dermatose et s'adresser pour lutter contre elle, non pas seulement au traitement local qui échoue souvent et quelquefois produit de l'aggravation dans l'état général, mais à une médication interne. La liqueur de Pearson, celle de Fowler, le protoiodure de fer ne donnent aucun résultat. Je me suis adressé à la *solution de Donovan*, suivant la formule de Soubeyran, où l'iode, l'arsenic et le mercure, ces puissants spécifiques, sont réunis à la dose de un gramme de chaque pour cent. Les enfants — même les nourrissons — supportent bien le remède, à condition de bien le doser suivant l'âge : cinq à six gouttes matin et soir, au-dessous d'un an, dix à quinze gouttes de un à trois ans. Les croûtes se dessèchent et tombent peu à peu. Les démangeaisons surtout sont vites calmées et la guérison survient assez rapidement. L'état général s'améliore, la gaieté reparaît.

Le même médicament réussit bien contre le premier et le second degré de la *scrofule*, contre les blépharites, conjonctivites, coryzas, pharyngites, et même contre les bronchites anciennes et les adénites cervicales.

De l'actinomycose dans le sud-ouest.

MM. Dubreuil et **Frèche**. — L'actinomycose est une maladie encore peu connue en France où elle est généralement considérée comme rare, nous avons cependant pu en réunir sept cas dont six ont été observés à la clinique dermatologique de la Faculté de Bordeaux; le septième nous a été communiqué par M. le professeur Picot.

Dans tous les cas, il s'agissait de la forme cervico-faciale de la maladie, qui est du reste la plus commune, et, dans la plupart, la maladie avait évidemment débuté par une dent cariée. Les premiers phénomènes sont tout à fait semblables à ceux d'un abcès dentaire et ont souvent une allure assez aiguë. Il se fait un gonflement inflammatoire étendu avec une partie centrale plus dure qui est en rapport avec une dent cariée, puis, que la dent ait été arrachée ou non, l'œdème diminue et l'on trouve un placard induré, d'une consistance ligneuse, bien circonscrit, profondément situé dans l'épaisseur de la joue, de la région parotidienne ou cervicale, plus ou moins adhérent à la peau qui est d'un rouge violacé terne, adhérent intimement à l'os de la mâchoire supérieure ou inférieure par un point de son étendue. Au bout de quelques semaines, sur le placard induré qui grandit peu à peu, se développe une saillie rouge, douloureuse, molle, fluctuante, comme un abcès qui est sur le point de s'ouvrir; la peau se perfore et donne issue à une faible quantité de pus; la saillie s'affaisse complètement, car elle est formée principalement par une masse de fongosités infiltrée de pus qui continue à s'écouler d'une façon intermittente les jours suivants. La fistule ainsi fermée peut guérir au bout de quelques semaines, mais il s'en forme d'autres au voisinage, de la même manière. La maladie peut ainsi durer des mois ou des années, s'étendant ou même se déplaçant en surface et perdant peu à peu ses attaches profondes à l'os maxillaire. Ce placard dur est assez caractéristique pour que nous ayons pu dans un cas poser le diagnostic avant la suppuration, avant même la production des masses fongueuses.

Les symptômes pathognomoniques sont fournis par l'examen du pus qui contient les grains jaunes de l'actinomyces. Ils sont déjà reconnaissables à l'œil nu par leur volume d'un grain de sable à une tête d'épingle, leur forme arrondie, leur consistance et leur couleur jaune pâle dans tous les cas que nous avons observés. L'examen microscopique extemporané dans une goutte de glycérine est indispensable pour confirmer le diagnostic.

Dans un cas la maladie a débuté à la fois par une tuméfaction pseudo phlegmoneuse de la région parotidienne et un abcès de l'amygdale du même côté, probablement dû à l'actinomycose. Dans un autre, le malade souffrait d'accidents intestinaux, probablement dus à la même cause.

Dans quatre cas, la guérison a été obtenue par le traitement ioduré; des trois autres, l'un a guéri par le curettage, un a été perdu de vue, le dernier est en traitement. Cette efficacité du traitement ioduré est d'autant plus remarquable que l'actinomyces se développe très bien dans les milieux artificiels très riches en iodure.

Ces faits montrent que l'actinomycose humaine existe dans notre région et qu'elle doit même y être assez fréquente mais qu'elle est méconnue. Il n'y a pas de raison pour que ces malades s'adressent de préférence et d'emblée à la clinique dermatologique qui cependant a eu jusqu'à présent le monopole presque exclusif de cette affection. Les cas d'actinomycose sont pris au début pour de simples abcès dentaires, plus tard pour des lésions tuberculeuses ou syphilitiques, et cela d'autant plus qu'ils guérissent par l'iodure de potassium.

Les parasites du genre streptothrix dans la pathologie humaine.

M. Sabrazès. — Non seulement il n'est pas rare de rencontrer, à Bordeaux, des cas d'actinomycose, mais il semble, en outre, que les affections produites par des champignons du même genre, les *streptothrix*, ne soient pas exceptionnelles dans notre région. Au laboratoire des cliniques, dans un court laps de temps, nous en avons observé deux cas avec M. Rivière. Le premier a trait à un abcès du cerveau et à un infarctus suppuré du rein; le second à une infection broncho-pleuro-pulmonaire à streptothrix suivie d'abcès miliaires dans lesquels se trouvait à l'état de pureté le même parasite que M. Rivière a isolé et étudié. Ce dernier cas appartient à la pratique de M. le professeur Picot.

Du reste, les derniers travaux publiés sur cette question, tant en France qu'à l'étranger, témoignent de la fréquence relative des affections causées par ces streptothrix divers. Il est même probable que sous le nom d'actinomycose, ainsi que l'ont déjà pensé MM. Sauvageau et Radais, on décrit aussi des infections produites par des parasites très voisins au point de vue botanique mais d'espèce différente, ce qui expliquerait la divergence des auteurs sur la morphologie et la biologie de l'actinomyces bovis : une étude attentive de chaque cas particulier soumis à la culture permettra d'en juger plus tard.

Les streptothrix sont largement représentés dans la flore microbienne de l'air et des eaux. Ceux qui interviennent dans la pathologie humaine et animale vivent sans doute en saprophytes dans le milieu extérieur où ils peuvent se développer sur des végétaux, sur des graines, sur des substances inertes.

La nature de leur porte d'entrée semble jouer un rôle essentiel dans la fixation et l'adaptation parasitaires. C'est ainsi que les gencives et les dents sont presque toujours le point de départ de l'actinomycose, que l'appareil broncho-pulmonaire a été vraisemblablement la première étape du parasite dans les cas d'Eppinger et dans celui de MM. Picot et Rivière. Ce sont les membres inférieurs qui, dans le pied de Madura, sont le lieu de la pullulation initiale. Peut-être chacun de ces divers milieux de l'organisme où se fait la porte d'entrée et où ces streptothrix s'associent à des germes microbiens dont quelques-uns pourraient être favorisants convient-il au développement d'une espèce particulière. On sait, en effet, combien ces champignons sont sensibles aux infimes modifications dans la composition des milieux artificiels et des conditions physico chimiques auxquelles on les soumet. Il serait intéressant de rechercher si les infections à streptothrix autres que l'actinomycose sont justiciables de l'iodure de potassium.

Le streptothrix d'Eppinger facilement inoculable aux animaux de laboratoire, conviendrait pour cette étude.

Ces parasites, au même titre que les champignons pathogènes, ceux du genre *aspergillus*, par exemple, semblent agir sur l'organisme non par des produits toxiques de sécrétion, mais surtout par leur pullulation, par leur végétabilité, par leur développement aux dépens des éléments anatomiques qui leur servent de substratum.

M. B. Rivière (Bordeaux). — Dans les crachats et les

abcès sous-cutanés d'une malade soignée par M. Picot et à laquelle vient de faire allusion M. Sabrazès, j'ai effectivement trouvé un streptothrix nouveau qui existait à l'état pur dans les lésions.

Ce parasite se cultive bien aux températures de 16° à 40° ; son optimum est à 38°. Il est essentillement aérobie. Son étude permet de le rapprocher de l'actinomyces bovis. Ce dernier ne peut non plus prospérer en anaérobiose *absolue*, quoi qu'en aient dit les auteurs.

Le streptothrix observé est susceptible de saponifier les corps gras, en s'assimilant la glycérine (il se développe dans le lait aux dépens du beurre). Mais, privé de ces mêmes substances, il est également capable de dissocier la molécule des glucoses (dextrose, maltose, lactose, etc.).

Il sécrète en outre une diastase qui liquéfie la gélatine, et ses cultures jouissent de la chimiotaxie positive. Aussi, inoculé à divers animaux (lapin, cobaye, chien) est-il rapidement détruit. Mais il devient pathogène, si l'on inocule ses cultures en les additionnant d'acide lactique (substance à chimiotaxie négative).

Il ne peut prospérer qu'en milieux neutres ou très légèrement alcalins. L'infusion de foin, si favorable au *streptothrix Maduræ* (Vincent) lui est nocive.

Ce champignon, à l'état normal, fournit une matière colorante jaune, soluble dans l'éther, insoluble dans l'eau, indifférente anx acides et aux bases. Mais, si les cultures se font dans l'oxygène pur, cette substance ne se produit plus, et les colonies se colorent en brun dès les premiers jours. Cette coloration ne s'effectue qu'à la longue dans les cultures exécutées en divers milieux au contact de l'air.

M. Charrin. — Les recherches de M. Sabrazès, de M. Rivière et d'une série d'autres auteurs établissent de plus en plus le rôle plus ou moins actif de divers parasites de l'homme, autres que les bactéries, habituellement plus élevés que ces bactéries, muguet, streptothrix, actinomyces, etc.

Pour l'oïdium albicans, considéré comme l'agent d'une infection générale, d'une septicémie, j'ai prouvé que ce champignon offrait avec les microbes des analogies comme aussi des différences.

Pour tous ces êtres, l'état du terrain, la porte d'entrée, etc., ont leur importance; pour tous, la fonction chromogène est contingente.

En revanche, les bactéries agissent plutôt par leurs sécrétions, tandis que l'oïdium, tout en utilisant divers procédés, intervient avant tout directement par lui-même.

M. Sabrazès. — La théorie de M. Charrin, je l'ai constaté, s'applique aux streptothrix.

Recherches sur l'effluve statique.

M. Bordier (Lyon). — Grâce aux travaux de Monell, de New-York, et de Domner, de Lille, l'effluve statique est aujourd'hui un des modes de franklinisation le plus souvent employés. On sait qu'elle constitue une des meilleures méthodes de traitement de l'eczéma et des ulcères variqueux.

Les points que l'auteur a successivement étudiés sont les suivants :

1° Influence du signe de l'effluve sur l'étendue de la surface impressionnée. Pour apprécier exactement l'étendue de cette surface, M. Bordier a mis à profit l'action de l'ozone due à l'effluve sur le papier ioduré amidonné, et il a chaque fois photographié l'épreuve colorée obtenue. Les photographies qu'il présente au Congrès montrent que le souffle positif est beaucoup plus éparpillé que le souffle négatif : la densité électrostatique est plus grande dans le second cas que dans le premier.

2° Influence du signe sur l'intensité *du vent* électrique. L'auteur a fait construire un appareil qui lui a permis de constater nettement que l'effluve négative *souffle* plus fortement, toutes choses égales d'ailleurs, que l'effluve positive. Ce résultat est intéressant à noter, au point de vue pratique.

3° Influence de l'angle de la pointe sur l'étendue de la surface influencée. Pour faire cette étude, M. Bordier s'est servi d'une série de pointes terminées par des angles variant entre quatre-vingt-seize et quatre-vingt-dix-huit degrés, et faites avec une même tige de neuf millimètres de diamètre. En se plaçant chaque fois dans les mêmes conditions, il a trouvé, comme l'indiquent bien les photographies qu'il met sous les yeux du Congrès, que le diamètre de la surface impressionnée par l'effluve est d'autant plus petit que l'angle de la pointe est lui-même plus petit. La loi formulée par Boudet de Paris : « le diamètre de la surface influencée par le souffle est égal à une fois et demie la distance de la pointe à la surface », est donc contraire aux faits observés. Ce diamètre dépend, comme le montrent les expériences de M. Bordier, et du *signe* de l'effluve et de l'*angle* au sommet du cône d'où émane l'effluve.

4° Le quatrième point étudié par l'auteur est relatif à la détermination des effets vaso-moteurs que produit l'effluve sur les régions soumises à son action. Un thermomètre à température locale de Séguin, protégé à l'aide d'un manchon en verre, faisait connaître les variations de la température de la zone cutanée effluvée. En prenant soin d'attendre, avant de commencer une expérience, que la colonne mercurielle soit bien devenue stationnaire, on trouve, que sous l'influence de l'effluve, il y a abaissement de la température. Cet abaissement est plus grand avec l'effluve négative qu'avec la positive ; de plus, l'abaissement maximum a lieu *après* l'arrêt de la machine. Les chiffres fournis par M. Bordier, et correspondant à plusieurs expériences, permettent de comprendre les heureux effets obtenus en électrothérapie par ce mode de franklinisation.

Le chloridène comme anesthésique chirurgical.

MM. Soulier et **Briare** (Lyon) appellent l'attention sur le *chloridène* (bichlorure d'éthylidène) comme *agent* efficace *d'anesthésie chirurgicale* ; il endormirait plus vite que le chloroforme et à plus faible dose sans agitation ou du moins avec une agitation faible ; sa toxicité est presque nulle ; ses vapeurs ne sont pas irritantes pour la pituitaire comme celles du chloroforme, d'où l'absence de la syncope initiale, telle qu'elle est observée avec le chloroforme.

Le chloridène serait supérieur à l'éther parce qu'il est moins suffocant, endort à moindre dose, surtout produit moins d'agitation. Enfin il serait supérieur à la fois au chloroforme et à l'éther par la rapidité du réveil.

Du noso-parasitisme.

M. Crocq père (Bruxelles). — La genèse des maladies a été généralement rapportée à trois ordres de causes : 1° à des principes d'ordre chimique répandus dans l'organisme, poisons, toxines, etc. ; 2° à des modifications anatomiques des éléments et des tissus de l'organisme; 3° à des parasites, d'après les doctrines actuelles, principalement de nature végétale microbienne.

Ces derniers peuvent exercer une action locale et une action générale, sans qu'ils aient une véritable spécificité. Il doit donc y avoir là autre chose que l'agent microbien : c'est le terrain. Or le terrain n'est autre chose que le résultat de cet état antécédent des tissus en vertu duquel ils subissent des modifications.

Réflexions à propos d'un cas d'éclampsie traitée et guérie par l'administration répétée de lavements d'eau tiède.

M. Sené (Pauillac). — L'auteur a fait administrer à une malade atteinte d'éclampsie comateuse dans le cas d'une grossesse au septième mois, des irrigations rectales d'eau tiède toutes les demi-heures, qui ont permis, grâce à la résorption d'une partie du liquide, la dilution du sang et conséquemment la diminution de sa toxicité. Comme conséquence, les urines sont redevenues après quarante-huit heures, à peu près normales comme qualité et comme quantité, et les accidents éclamptiques ayant complètement cessé, la malade a pu accoucher naturellement quatre jours après le début des grands accidents et mettre au monde un enfant de sept mois qui a été nourri au sein par sa mère et vit encore.

Les microbes secondaires de la vaccine.

M. Le Dantec (médecin de la marine).— A côté de l'organisme spécifique encore inconnu de la vaccine, il existe diverses variétés microbiennes qu'on a appelées microbes secondaires. Ces microbes secondaires du vaccin sont très nombreux,

mais il est une classe qu'on rencontre constamment dans la lymphe vaccinale, que l'on prenne celle-ci sur l'homme, la génisse ou le cheval : c'est la classe des staphylocoques. Ces staphylocoques ne sont pas nécessaires à l'évolution de la pustule vaccinale, comme l'indiquent les expériences de Straus, basées sur l'inoculation d'une pulpe glycérinée vieille de trois mois et dépourvue de microbes secondaires. Et cependant cette pulpe vieille donne naissance à une pustule où nous rencontrons des microbes secondaires en grand nombre. Ces microbes secondaires proviennent donc du terrain, et nous avons eu la curiosité de voir s'il n'existait pas de différence entre les staphylocoques de l'homme et ceux des animaux. Le meilleur terrain pour les différencier est le sérum solidifié: les staphylocoques de la génisse liquéfient ce sérum ; les staphylocoques de l'homme ne le liquéfient pas.

Lorsqu'on inocule de la lymphe de génisse à un enfant, dès le premier passage déjà la moitié des colonies de staphylocoques appartiennent à la variété humaine, et après quelques passages, il ne reste plus trace de staphylocoques de génisse. Ce fait peut servir à expliquer pourquoi la vaccination de bras à bras donne naissance à des cicatrices beaucoup plus grandes que la vaccination animale, les staphylocoques de l'homme trouvant sur le terrain humain un milieu de culture plus favorable que les staphylocoques de la génisse.

Dans deux cas de *horse-pox* observés par le professeur Layet, nous avons étudié les microbes secondaires. Ici les staphylocoques se rapprochent beaucoup de ceux de l'homme; peut-être y a-t-il là une raison, en dehors de la virulence plus grande du *horse-pox*, pour expliquer la réaction plus violente de la lymphe chevaline sur l'enfant.

Nombre d'auteurs ont décrit ces diverses variétés de staphylocoques comme les microbes spécifiques du vaccin mais il n'en est rien, car les cultures pures de ces divers microbes non seulement ne donnent pas naissance à la pustule caractéristique, mais la génisse elle-même n'est pas immunisée contre une vaccination ultérieure.

Traitement de la pneumonie par la digitaline à haute dose.

M. Franc (Sarlat) pense que la digitaline cristallisée en solution à 1 0/00, prescrite à la dose de un à deux milligrammes de principe actif, chez l'adulte, détermine au bout de un à trois jours une amélioration considérable, parfois même une véritable jugulation de la maladie, bien que les symptômes locaux n'aient pas disparu.

Appendicite.

M. Villar (Bordeaux). — Le traitement de l'appendicite n'est pas encore complètement fixé, ce qui est dû à ce que tel praticien n'a vu que des cas très légers, tandis que tel autre n'a eu à traiter que des cas graves. De là une divergence d'opinion, les uns ayant une confiance absolue dans le traitement médical, les autres ayant de la tendance à ne recourir qu'au traitement chirurgical. Je désire rapporter trois cas dans lesquels j'ai dû intervenir, et qui démontrent les dangers de la non-intervention dans certains cas.

1er cas. — J'intervins cinq jours après le début des accidents; je trouvai deux collections purulentes et l'appendice entouré de fausses membranes.

2e cas. — Un mois après le début, je tombai dans une collection purulente dans laquelle baignait l'appendice amputé ainsi qu'un morceau d'os. La perforation intestinale m'obligea à terminer l'opération par un anus contre nature.

3e cas. — Je voulus intervenir dès le troisième jour, mais la famille s'y opposa ; le cinquième jour j'opérai, je trouvai une collection purulente avec une petite perforation intestinale.

Le traitement médical est réellement de mise dans certains cas ; il peut même suffire à lui seul; mais il est des cas dans lesquels il faut s'empresser d'intervenir, vers le troisième jour, lorsque l'empâtement et les douleurs persistent et que l'état général ne s'améliore pas.

De la métrite urémique.

M. Martin Du Magny (Bordeaux) conclut de trois observations qu'une métrite spéciale peut se développer au cours de l'urémie. Elle se caractérise par un écoulement variable comme intensité et coloration, très irritant pour les parties qu'il souille, et une odeur rappelant à s'y méprendre celle du cancer. Peu de phénomènes subjectifs. Au toucher l'utérus paraît légèrement augmenté de volume, et ramolli en certains endroits. A l'examen direct on voit le col rouge, assez gros, portant sur ses lèvres de petites saillies de dimensions variées, ressemblant à des bourgeons d'épithélioma. Tous ces accidents disparaissent à mesure que l'urémie s'améliore.

Vitalité des spores du godet favique.

M. Sabrazès. — L'observation clinique montre que la transmission des animaux à l'espèce humaine est exceptionnelle par rapport à la contagion d'enfant à enfant qui s'exerce soit directement, par contact avec un malade, soit indirectement par les objets souillés, tels que brosses à cheveux, peignes, coiffures, foulards, etc., ayant appartenu à un favique.

Nous avons pensé que la transmission indirecte par l'intermédiaire d'un objet inanimé devait s'expliquer par la vitalité des spores du godet. Aussi avons-nous été amené à ensemencer des spores de godets faviques détachés depuis plusieurs mois, voire plusieurs années de leur substratum organique, le cuir chevelu et la peau glabre. Tous ces ensemencements ont été fertiles.

Longtemps après son ablation, le godet est donc apte à la culture.

Cette constatation comporte quelques déductions pratiques. En présence d'un cas de favus soumis au traitement, on commence habituellement par détacher les godets et on procède à l'épilation des régions malades. La matière faveuse ainsi rendue au monde inorganique ne devient pas immédiatement inerte. Elle recèle, étroitement agglutinées dans une gangue albumineuse qui les protège suffisamment contre les causes de destruction extérieures (lumière solaire, dessiccation, etc.), des milliers de spores mycéliennes. Ces spores restent à l'état de vie latente et conservent pendant un temps indéfini, mais qui peut aller au delà de deux années, l'aptitude à créer la lésion favique. Il faut donc se préoccuper de détruire et les godets et les cheveux faviques. Il suffira pour cela, par exemple, de les envelopper dans du papier qui sera simplement jeté au feu.

A côté de cette déduction pratique se placent quelques considérations théoriques :

Le champignon du favus de l'homme, au point de vue botanique, paraît être une forme reproductrice inférieure d'ascomycète dont le type parfait est toujours à chercher. Mais dans le groupe des mucédinées on n'a que très rarement pu remonter des formes inférieures conidiennes à l'état ascophore. Pour ce qui est de l'achorion, toutes les tentatives dirigées dans ce sens sont restées infructueuses. Ces résultats négatifs nous autorisent à nous demander si les spores mycéliennes du godet ne représentent pas la forme dernière du développement de ce parasite. Cette hypothèse devient plausible si l'on prend en considération la vitalité des spores dans les lésions faviques; ce sont, à proprement parler, des spores durables; après plusieurs années, elles sont encore susceptibles de reproduire la plante et de perpétuer l'espèce.

Eruption scarlatiniforme et purpura hémorrhagique dans un cas d'infection locale mixte.

MM. Auché et **Lœvel.** — Le purpura infectieux est le résultat de l'intoxication par les produits solubles microbiens. Au point de vue de la démonstration de cette idée, l'observation suivante équivaut à une expérience de laboratoire.

Un jeune soldat bien portant, à la suite d'une cause mal déterminée (piqûre d'insecte ou de paille) a, sur la partie antérieure du cou, un petit abcès qui évolue très rapidement, s'accompagne d'un œdème considérable de tout le cou et de la région antérieure du thorax, s'entoure d'une couronne de vésicules comme la pustule maligne, et donne lieu à un vaste épanchement sanguin sous-cutané au-dessous et tout autour de lui. Avec ces symptômes locaux existe une forte fièvre qui augmente encore le troisième jour de la maladie, en même temps qu'apparaissent des vomissemen,s, une éruption scarlatiniforme, des pétéchies et des ecchymoses des régions malléolaires et du dos des pieds. Le malade meurt au

milieu de ces symptômes, environ trois jours et demi après le début des accidents. Après la mort, on trouve, en plus des hémorrhagies sous-cutanées, des caillots sanguins dans les calices et le bassinet d'un côté. L'examen bactériologique fait découvrir des staphylocoques et des streptocoques très virulents dans la plaie et son voisinage, des streptocoques seulement dans le reste de la zone œdémateuse. Le sang et les viscères, foie, rate, reins, ne renferment aucune variété microbienne.

Chez ce malade, l'infection est donc demeurée locale. Il y a eu intoxication et non septicémie, et c'est à cette intoxication par les produits toxiques élaborés par les agents microbiens très virulents trouvés dans l'abcès et la zone œdémateuse qu'il convient de rapporter les symptômes généraux, la fièvre, aussi bien que l'éruption scalatiniforme et les accidents hémorrhagiques.

M. Charrin. — La communication que nous venons d'entendre, ainsi qu'une série d'autres faits, tendent à établir que la propriété hémorrhagipare n'est pas l'attribut d'un microbe unique.

Comme MM. Auché et Lœvel, j'ai vu l'aureus causer des hémorrhagies; toutefois, c'est peut-être à l'aide du bacille pyocyanique ou de ses toxines qu'on les fait naître le plus aisément chez divers animaux, dans divers organes.

Léprome de la conjonctive bulbaire.

M. Lagrange (Bordeaux). — Toutes les variétés de lèpre peuvent intéresser l'œil : la lèpre anesthésique atteint la cornée en produisant le xérosis et la lagophthalmie; la forme tuberculose détermine sur le limbe scléro-cornéen des tubercules analogues à ceux qui se forment sur le tégument. Les auteurs considèrent la lèpre cornéenne comme plus fréquente que la lèpre conjonctivale; nous avons cependant observé un fait dans lequel la cornée était intacte, alors qu'il existait autour d'elle un cercle de nodosités lépreuses uniquement développées dans la conjonctive.

Malgré l'intégrité de la cornée, l'iris était atteint très gravement sous la forme d'une inflammation plastique, adhésive, subaiguë. Les éléments infectieux avaient pu gagner la chambre antérieure par l'angle de filtration avant d'envahir la cornée. L'examen histologique a démontré la présence d'une quantité innombrable de bacilles de Hansen inclus dans des cellules conjonctives. Les inoculations faites dans la chambre antérieure de l'œil chez le lapin ont été stériles. L'ablation et la cautérisation au thermocautère des parties malades ont donné le meilleur résultat, mais il n'a pas été possible de faire une iridectomie utile à cause des adhérences iriennes.

M. Sabrazès. — Les recherches bacillaires sont très faciles à réaliser sur les nodules lépreux. Il n'en est pas de même sur les coupes de peau simplement *anesthésique* de la lèpre nerveuse pure. Dans ce dernier cas, contrairement à l'opinion de Petrini (Galatz) — qui a peut-être examiné des lépromes infiltrés — nous sommes autorisé par l'examen méthodique d'un cas à dire qu'on peut ne pas rencontrer de bacilles alors qu'il en existe et qu'il est possible de les déceler par biopsie (Pitres et Sabrazès) dans les filets nerveux.

CONGRÈS D'OBSTÉTRIQUE, GYNÉCOLOGIE ET PÉDIATRIE

Tenu à Bordeaux du 8 au 14 août 1895.

SECTION D'OBSTÉTRIQUE

Vomissements incoercibles de la grossesse.

M. La Torre (Rome). — On doit considérer comme vomissements incoercibles de la grossesse ceux qui sont exclusivement liés à la grossesse même.

Les vomissements incoercibles gravidiques reconnaissent pour cause une lésion complète du col utérin dépendant de l'état gravidique et caractérisée par un état congestif avec stase veineuse, œdème, compression des nerfs du col, exagération des propriété musculaires, et l'altération du col devient par conséquent le point de départ des réflexes et des vomissements. Le traitement rationnel doit avoir pour but le repos absolu de l'estomac, donc il faut nourrir les malades par la voie rectale et soigner la lésion du col en activant la circulation. Au commencement de la maladie, ce qui m'a bien réussi dans trois de mes cas est le glycérolat d'ichtyol porté contre le col au moyen de tampons. Quand la maladie a beaucoup progressé, l'obstacle à la libre circulation résidant dans la contraction des fibres musculaires du col et ne pouvant être éloigné par de simples pansements, il faut avoir recours à la dilatation mécanique du col. Si les vomissements sont arrivés à leur troisième période, je crois qu'il ne reste plus rien à faire. Comme traitement coadjuteur du col, les calmants sur la colonne vertébrale peuvent être utiles.

Le traitement médical général ou local doit venir en aide au traitement utérin et non *vice versa* comme l'on a fait jusqu'à présent.

M. Audubert. — Dans certains cas de vomissements incoercibles, devant l'insuccès complet de tous les moyens thérapeutiques, l'accoucheur, par la force des choses, peut être amené à provoquer l'avortement; il a à choisir entre un nombre considérable de méthodes. Mais presque toutes sont passibles des mêmes reproches : basées sur la mise en action de la contractilité utérine, elles échouent quand l'utérus est peu irritable ; leur action est souvent peu sûre, peu efficace (une observation de Blanc entre autres, le prouve surabondamment), souvent aussi très lente : il a fallu cinq jours à Loviot, neuf à Pajot, pour obtenir l'expulsion de l'embryon. Enfin, elles exposent à la rétention placentaire avec ses complications hémorrhagiques et infectieuses. Parfois même la rétention s'aggravera du fait de la persistance des vomissements qui ne cesseront qu'après l'évacuation complète de l'utérus. Récemment, j'ai dû curetter une femme chez laquelle les vomissements, qui avaient persisté malgré la mort et l'expulsion du fœtus, cessèrent immédiatement après l'opération.

Par ces raisons : lenteur, inefficacité, possibilité d'amener la rétention placentaire avec ses conséquences, il me semble qu'il y aurait un intérêt majeur à débarrasser *en un seul temps* l'utérus de son contenu. On peut faire cette évacuation avec *le doigt*, mais l'observation de Marduel me paraît peu encourageante, et pour ma part je conseillerai de recourir au curettage instrumental, précédé de la dilatation avec les tiges de Hégar.

A ce dernier procédé, d'accord avec Doleris, Bœther, Puech, etc., je reconnais les avantages suivants : action rapide et certaine, évacuation *totale* de l'utérus et suppression des troubles réflexes (vomissements), hémorrhagie réduite à son minimum, innocuité en des mains prudentes et aseptiques.

Et je propose son emploi toutes les fois qu'on voudra provoquer rapidement l'avortement artificiel, en insistant sur ses indications précises et sa valeur toute particulière dans les vomissements incoercibles des premiers mois de la grossesse.

Ictère grave chez la femme enceinte.

M. Demelin (Paris). — Trois observations inédites ont présenté les particularités suivantes :

1° Ictère durant dix jours avant l'apparition des phénomènes nerveux; pas d'hémorrhagie externe, pas d'albuminurie, intégrité des urines à part la présence des pigments biliaires, hypothermie. Mort après l'avortement provoqué (grossesse de cinq mois) et à la suite de phénomènes nerveux divers.

2° Longue durée (plusieurs mois) de l'ictère avant l'apparition de tout autre symptôme. Hémorrhagies multiples et répétées, absence d'albuminurie, état normal des urines à part la présence des pigments biliaires. Mort après l'accouchement spontané à huit mois et mettant fin à une période d'accidents nerveux variés.

3° Période prodromique faisant croire à de l'éclampsie menaçante. Courte durée de l'ictère, hémorrhagies par diverses voies ayant débuté avant la jaunisse, présence dans les urines d'albuminurie, puis de sang pur et de pigments biliaires, rapidité de l'évolution morbide et de l'accouchement. Survie de la mère et de l'enfant.

Si cette troisième malade a guéri, c'est que la durée des

accidents a été courte et que les phénomènes nerveux ont presque complètement manqué. La maladie n'a pas évolué jusqu'à cette période toujours si grave et qui a du reste été mortelle pour les deux premiers malades.

Un fait important à signaler, c'est l'absence d'albumine dans les deux cas mortels, tandis que sa présence a été démontrée dans celui dont l'issue a été heureuse.

Les indications thérapeutiques sont, à part les reconstituants et les antiseptiques, la saignée et l'évacuation de l'utérus aussi précoce que possible. Ce qui fait l'insuccès habituel de l'intervention obstétricale, c'est qu'elle arrive trop tard, au moment où la période nerveuse, fatale, a déjà commencé.

Sur un cas de streptococcie survenue au huitième mois de la grossesse.

MM. Bar et **Rénon.** — Une femme, enceinte de huit mois environ, entre à l'hôpital Saint-Louis avec une fièvre intense, et présentant quelques contractions utérines. On put recueillir des secreta cervicaux avant toute intervention, alors que les membranes étaient intactes. Les cultures montrèrent que ces secreta contenaient du streptocoque pur.

Vu l'état fort grave de la malade, on précipita la marche du travail.

L'enfant avait succombé peu de temps avant la terminaison du travail.

On cultiva du sang placentaire maternel; des colonies pures de streptocoques se developpèrent. On cultiva aussi du sang et des fragments de viscères fœtaux, mais les cultures restèrent stériles.

La malade succomba cinquante-trois heures après l'accouchement, et on trouva du pus dans le paramétrium.

Dans ce fait, la streptococcie paraît avoir provoqué le travail; si le fœtus a succombé, il ne semble pas que les streptocoques aient franchi le placenta et envahi l'organisme fœtal.

Phlegmon du ligament large pendant la grossesse.

M. Oui communique un cas de phlegmon du ligament large ayant évolué pendant la grossesse. La malade avait eu, quelques mois auparavant, des accidents septiques puerpéraux qu'une nouvelle grossesse réveilla. Le phlegmon fut incisé par la paroi abdominale et drainé. Après l'intervention, la malade alla beaucoup mieux, et le fœtus ne souffrit pas. Le drain ayant été retiré le neuvième jour, il se produisit le douzième jour un violent accès fébrile qui provoqua un avortement.

Ce fait montre que l'intervention opératoire en elle-même n'eut pas d'influence fâcheuse sur la grossesse, dont l'interruption fut due à une complication infectieuse résultant de la suppression trop brusque du drainage.

Bassin iléo-fémoral; diagnostic de la luxation de la hanche.

M. Budin. — Il y a grand intérêt pour l'accoucheur à faire le diagnostic de la luxation simple ou double de la hanche. M. Budin montre qu'on y parvient facilement et avec certitude en se servant de certaines données fournies par Paul Richer et en y ajoutant l'étude des formes et la mensuration de la région fessière. A l'état normal, la ligne qui passe par le bord supérieur du grand trochanter, prolongée en avant, coupe en son milieu la ligne oblique qui va de l'épine iliaque antéro-supérieure au pubis; s'il y a luxation de la hanche, la ligne épitrochantérienne aboutit près de l'épine iliaque antéro-supérieure, quelquefois arrive à son niveau ou au-dessus. En arrière, cette ligne épitrochantérienne atteint la pointe du sacrum; lorsqu'il y a luxation de la hanche, elle passe plus haut, se rapproche de l'épine iliaque postérieure et inférieure. La distance qui va du sol au milieu de la rotule, reportée du milieu de la rotule en haut, doit aboutir à l'épine iliaque antéro-supérieure. S'il y a luxation, cette distance arrive, sur la paroi abdominale, à un certain nombre de centimètres au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Enfin, du côté de la luxation, la distance qui va du grand trochanter au sillon inter-fessier ou à la ligne des apophyses épineuses du sacrum est généralement plus considérable de deux, trois, quatre centimètres que celle du côté opposé. M. Budin rapporte le résumé de dix observations, six de luxation simple, quatre de luxation double qui confirment l'exactitude de ces données et montrent qu'elles permettent de faire facilement le diagnostic de la luxation de la hanche.

Symphyséotomie.

M. Lefour (Bordeaux). — Loin de s'exclure, la symphyséotomie et l'accouchement prématuré artificiel me paraissent au contraire devoir se prêter un mutuel appui.

J'ai observé à la Maternité un cas de bassin rétréci dans lequel la combinaison de l'accouchement prématuré avec la symphyséotomie m'a donné d'heureux résultats.

Il s'agit d'une femme achondroplasique chez laquelle M. le docteur Lugeol avait dû, quelques années auparavant, pratiquer l'avortement.

Malgré les recommandations qui avaient pu lui être faites, cette femme n'a pas tardé à redevenir enceinte.

Elle revient à la Maternité au septième mois de sa grossesse. Je décide de provoquer l'accouchement prématuré. Une fois le travail déclaré et suffisamment avancé, la tête, qui se présente, ne s'engageant pas, je fais une application de forceps oblique et je la saisis de la bosse occipitale gauche à la bosse pariétale droite. Mais tous mes efforts pour engager cette extrémité restent inutiles : l'obstacle est infranchissable.

Je me décide alors à pratiquer la symphyséotomie, sans enlever l'instrument, qui pourra m'être utile dans un instant.

En quelques minutes, j'incise le pubis sur le conducteur Farabeuf. L'enfant naît étonné, mais il est facilement ranimé.

La malade se lève le vingt-cinquième jour ; elle quitte la Maternité, complètement rétablie, le trente-cinquième jour.

L'enfant pesait, à sa naissance, deux mille deux cent quatre-vingt-dix grammes; à son départ de la Maternité il pèse trois mille cent grammes.

Il serait certainement imprudent de tirer de ce fait des conclusions fermes et définitives, relativement aux indications de la symphyséotomie et de l'accouchement prématuré artificiel combinés. Il ne me paraît pas douteux cependant que, dans ce cas, l'enfant n'ait dû la vie qu'à cette double intervention.

M. Tarnier. — Il est important, après la symphyséotomie, d'assurer le rapprochement des pubis, et depuis que cette opération est entrée dans la pratique obstétricale courante, j'ai tâché de trouver un moyen mécanique qui permît de maintenir les deux pubis rapprochés jusqu'au moment de leur consolidation.

Pour cela, je me sers d'une simple ceinture de caoutchouc recouverte de toile, de façon à pouvoir être maintenue très propre; cette ceinture est passée sous les reins de la malade et suspendue à l'aide de cordes qui se croisent au-dessus du lit; ces cordes vont se réfléchir sur des poulies placées sur le cadre même du lit dans lequel l'accouchée est placée. En suspendant à l'extrémité de ces cordes des poids plus ou moins lourds, on peut, à volonté, augmenter ou diminuer la pression des deux os iliaques. Cette ceinture permet, de plus, de soulever très facilement la malade pour lui prodiguer les soins de propreté nécessités par son état.

M. Queirel. — J'ai eu l'occasion de faire la symphyséotomie dans treize cas, sur deux mille accouchements, et je n'ai jamais observé le moindre relâchement des pubis. Les seules complications que j'ai eu à traiter sont relatives à quelques accidents du côté des voies urinaires, mais jamais la consolidation des pubis n'en a été troublée.

J'ajoute que la mortalité maternelle a été nulle.

Quant à la mortalité infantile, elle a été de dix; mais deux enfants étaient déjà morts avant l'accouchement.

M. Audubert, au nom de M. le professeur Moussous, présente un bassin symphyséotomisé, et lit l'observation qui s'y rapporte.

Il s'agit d'une femme rachitique, chez laquelle la symphyséotomie fut pratiqué le 23 février 1894, et qui eut des suites opératoires normales, à part un petit abcès de la grande lèvre droite qui se vida par l'orifice d'un point de suture, et qui se guérit en six jours, après quelques injections de sublimé. Un mois après l'opération, elle quitta la clinique et reprit ses travaux pénibles (elle était cultivatrice). Enceinte de sept mois, elle revint dans le service un an après, le 25 mars 1895 ; elle y mourut le 6 avril, d'endocardite

cérébrale, après avoir expulsé spontanément un fœtus mort.

A l'autopsie, on trouve des végétations endocarditiques, et la sylvienne gauche oblitérée par un caillot.

Quant au bassin que vous avez sous les yeux, il est remarquable par son asymétrie, sa malformation rachitique, et surtout par une tumeur osseuse, qui augmente considérablement le volume de la branche droite du pubis, en altère la forme, et qui, plongeant dans l'excavation, en rétrécit le diamètre antéro-postérieur. On y voit deux orifices qui communiquent avec une caverne centrale entourée de lamelles osseuses de nouvelle formation, près desquelles existent des lésions d'ostéite raréfiante. M. le professeur Coyne croit que cette exostose est due à une ostéite aiguë consécutive à la symphyséotomie.

Une tumeur osseuse du bassin ayant nécessité la basiotripsie.

M. Chambrelent. — Il s'agit d'une femme de dix-neuf ans ayant accouché spontanément deux ans auparavant. M. Chambrelent appelé au moment du travail sentit par le toucher dans l'excavation une tumeur dure appuyant sur la face postérieure du col de l'utérus, et dont on pouvait faire le tour, ce qui fit que le diagnostic porté fut celui de *fibrome calcifié*, siégeant sur la partie postérieure du col utérin. Une application de forceps fut tentée sans résultat; on fit alors la basiotripsie, la femme étant très fatiguée. Un mois après, M. Chambrelent, examinant de nouveau cette femme, sentit par le toucher qu'il s'agissait d'une tumeur siégeant au niveau de l'articulation sacro-iliaque gauche et laissant un intervalle pour le rectum. Cette tumeur été implantée sur le bassin ; elle ne laissait qu'un intervalle de cinq millimètres et demi entre sa partie antéro-inférieure et le pubis.

M. Pasquali rapporte un fait analogue.

M. Budin cite une observation du même genre, mais inverse, provenant de la Maternité et toute récente. Le toucher vaginal avait fait sentir une tumeur dure qui avait été prise pour une tumeur osseuse du bassin; mais le toucher rectal sous le chloroforme ne permettant pas de trouver le point d'implantation de cette tumeur sur les parois du bassin, M. Budin porta le diagnostic de tumeur fibreuse de l'utérus et put même repousser la tumeur au-dessus du détroit supérieur. L'accouchement ne fut nullement entravé par cette tumeur qui, d'ailleurs, reprit sa place aussitôt après dans l'excavation pelvienne.

Mort et rétention du fœtus dans des utérus primitivement rétrofléchis.

MM. Chaleix et **Fieux** (Bordeaux). — Nous voulons rapprocher trois cas dans lesquels le produit de la conception a été, après sa mort, retenu dans des utérus rétrofléchis, un mois, deux mois et demi et huit mois.

I. — Femme de trente-deux ans, PR à vingt ans, constipation intense, très dysménorrhéique. En août 1892, nous reconnaissons chez elle une grossesse de trois mois ; utérus très rétrofléchi. Peu après, hémorrhagie de courte durée, montée du lait; cessation progressive des troubles gastriques. Les mois suivants, légère apparition des règles. Du 5 au 24 avril 1893, coliques violentes; col dur, allongé, fermé. Le 24, expulsion en un temps d'un œuf verdâtre du volume du poing, de trois mois.

II. — Femme de trente ans. Soignée antérieurement par nous pour une rétroflexion adhérente, devient enceinte à la fin de septembre 1894. Le 30 novembre, pertes de sang et coliques. Le 12 février, expulsion d'un œuf contenant un liquide noirâtre et un embryon de six à sept semaines. Un examen fait la veille montrait que le col était dur, conique, relié par un angle de flexion très aigu à un utérus rétrofléchi et peu volumineux.

III. — Grossesse survenue dans un utérus fixé en rétroflexion. Le corps fait avec le col un angle aigu. Mort du fœtus au troisième mois, avant tout phénomène d'enclavement. Expulsion trente jours après environ. Il faut noter ici : 1° la grossesse survenue malgré une rétroflexion accentuée; 2° la mort du fœtus à une période précoce; 3° sa longue rétention, facilitée par l'intensité de la rétroflexion et par le défaut absolu de tout ramollissement cervical. Nous pensons qu'il y a une relation causale entre la mort prématurée du fœtus et les troubles circulatoires provoqués par la situation vicieuse de l'utérus : coudure de l'artère utérine au niveau de l'angle de flexion, coudure des artères utéro-ovariennes sur le bord tranchant des replis utéro-sacrés. Dans nos trois cas, absence totale de tout caractère gravidique du col, comme s'il n'avait pas participé aux modifications anatomiques entraînées par la grossesse. Ces faits méritent d'être signalés : ils pourraient, en l'absence de tout commémoratif, induire le chirurgien en erreur et lui en imposer pour une production pathologique justiciable d'une intervention.

Accouchement provoqué.

M. Kufferath (Bruxelles) conseille, pour provoquer l'accouchement, de recourir au décollement des membranes. Je me sers, dit-il, pour arriver à ce résultat, d'un moyen très simple, qui consiste à faire dans le segment inférieur de l'utérus une irrigation, à faible pression, avec de l'eau stérilisée ou de l'eau boriquée.

Cette irrigation se fait à l'aide de l'irrigateur en verre d'Esmarch, muni d'un tube en caoutchouc terminé par une canule en verre en S, mesurant un demi-centimètre de diamètre.

L'irrigation est pratiqué après désinfection complète des organes génitaux de la femme. La pression doit être faible; il suffit d'élever le réservoir à cinquante centimètres de hauteur. Il faut éviter d'une façon absolue l'introduction de l'air.

L'extrémité de la canule en verre ne doit guère dépasser l'orifice utérin. La quantité de liquide employée sera de un à deux litres.

Il n'y a presque jamais de rétention de liquide pendant l'irrigation. Le travail se déclare généralement au bout de cinq à six heures.

J'ai employé, dit-il, cette méthode dans une quinzaine de cas; je n'ai jamais eu d'accidents à déplorer, et l'effet a toujours été rapide.

On pourrait encore avoir recours à cette méthode dans certains cas d'utérus paresseux à terme et dans certains cas d'avortement.

M. Lazarewitch (Saint-Pétersbourg) croit qu'on arrive à un résultat plus prompt en faisant pénétrer une petite quantité de liquide, cent grammes à peu près, mais en le faisant filer avec une longue sonde jusqu'au fond de la matrice. Le liquide doit être bouilli et soigneusement stérilisé.

Cette même méthode, dit Lazarewitch, m'a également rendu de grands services dans les cas d'accouchement à terme dont le travail traîne en longueur. Depuis plus de trente ans ce moyen m'a toujours été fidèle et n'a jamais provoqué le moindre accident.

M. Audebert (Bordeaux), croit que l'on doit non seulement provoquer l'avortement mais faire encore le curettage de l'utérus dans les cas de vomissements incoercibles de la grossesse.

Présentation de l'épaule négligée.

M. Kehrer (Heidelberg). — Les présentations de l'épaule négligées sont celles dans lesquelles la contraction agissant sur la tête et le siège du fœtus fléchissent celui-ci et déterminent une sypho scoliose.

La poitrine et le ventre du fœtus forment un cône qui, contenu dans le col utérin très dilaté, est enclavé dans le petit bassin.

Lorsque l'enfant est vivant, le traitement consiste à refouler vers le fond de l'utérus la partie fléchie, à la redresser, puis, après l'avoir repoussée du côté où se trouve la tête, à saisir une jambe, attirer le siège en bas et mettre le fœtus en présentation du siège complète mode des pieds.

Lorsque le fœtus n'a pas dépassé sept mois, ou s'il est mort lorsque l'incurvation siège au niveau des dernières vertèbres dorsales, on pénètre dans la poitrine en sectionnant d'un côté sept ou huit cartilages costaux, puis, par cette brèche, on extrait les organes contenus dans le thorax et l'abdomen; on essaye ensuite de ramener le sommet de l'angle de flexion vers le siège, d'après le mécanisme de l'évolution spontanée.

Si l'enfant est mort et que la courbure siège au bout de la colonne dorsale, il faut pratiquer la décollation au moyen de ciseaux ou de crochet à clef.

M. Secheyron (Toulouse) propose une méthode pour l'extraction de la tête dernière après la décollation. Pour cela il se sert de pinces-longuettes, réparties en deux faisceaux, un faisceau cervico-mentonnier, un faisceau cervico-occipital. Si la tête est accrochée, par le menton par exemple, l'application des pinces et une traction, faite dans un bon sens, permettent de faire la manœuvre de Champetier de Ribes après la décollation.

M. Chambrelent (Bordeaux) dans un cas de tête décollée retenue au-dessus d'un détroit supérieur rétréci, a employé un crochet retenu par des lanières flexibles, ce qui permet de tirer beaucoup mieux dans la direction voulue.

M. Grynfeltt (Montpellier) a obtenu des résultats assez satisfaisants et aussi faciles que M. Secheyron en accrochant la tête avec une forte érigne de Museux et en terminant par une pince de basiotribe.

M Grouzat (Toulouse) ne fait qu'un seul reproche à la méthode de M. Secheyron, c'est le grand nombre de pinces qui est nécessaire.

M. Tarnier, comme M. Grynfeltt, s'est quelquefois bien trouvé de la fixation de la tête suivie d'une application soit de forceps, soit de basiotribe.

Placenta prævia.

M. Louis Hirigoyen (Bordeaux) communique une note sur le traitement du placenta prævia par le tamponnement vaginal.

Le tampon aseptique lui a donné les meilleurs résultats au point de vue de l'arrêt des hémorrhagies, de l'accélération du travail et de la facilité des interventions nécessaires pour la terminaison rapide de l'accouchement.

Sur neuf femmes, il a obtenu neuf guérisons sans le moindre accident dans les suites de couches.

Quatre fois l'insertion était centrale, cinq fois marginale. — Deux grossesses se sont terminées à six mois, trois à sept mois, deux à huit mois, deux à terme. — Les interventions nécessaires ont été quatre fois l'application de forceps, deux fois la version, une fois l'extraction par le siège.

L'auteur conclut donc à l'efficacité du procédé et à son innocuité, puisqu'il a eu zéro décès sur neuf cas.

Quant aux enfants leur mortalité est toujours très considérable, mais ne tient pas à la méthode employée.

M. Oui (Bordeaux). — Je ne nie pas qu'on puisse arrêter le sang à l'aide du tampon vaginal, et les résultats fournis par M. Hirigoyen en sont la preuve ; mais il me paraît beaucoup plus simple, plus facile et tout aussi efficace d'avoir recours à la rupture des membranes suivie de l'application du ballon de Champetier de Ribes, au cas où l'hémorrhagie continue. Vider l'utérus le plus rapidement possible me semble, dans ces cas, l'indication primordiale. Les résultats de Barnes et de Murphy montrent les succès obtenus par l'accouchement rapide. A ce point de vue, la rupture des membranes est infiniment supérieure au tampon.

Rotation interne de la tête et circulaires du cordon autour du col fœtal.

M. Lefour (Bordeaux). — Dans les cas de circulaires ou le cordon est assez long pour permettre la descente complète de la tête fœtale, cette disposition peut gêner le mouvement de rotation. Le sens de l'enroulement du cordon a une grande importance à ce point de vue, la rotation amenant soit le déroulement du cordon, soit la striction des circulaires. De là résultent, dans certains cas, des difficultés de la rotation, ou des troubles circulatoires compromettant le fœtus.

Nœuds du cordon.

MM. Lefour et **Oui**. — Nous avons fait un certain nombre d'expériences pour déterminer la force de traction nécessaire pour arrêter le cours du sang dans la veine ombilicale, lorsqu'il existe un ou plusieurs nœuds du cordon.

Il ressort de nos expériences que, contrairement aux données généralement acceptées aujourd'hui : 1° une traction faible (vingt-cinq à quatre-vingt-dix grammes) suffit pour arrêter la circulation, lorsqu'il existe un seul nœud ; 2° cette traction est sensiblement plus forte pour arriver au même résultat, quand les nœuds sont au nombre de deux (quarante-cinq à cent grammes) ou de trois (cent trente-cinq grammes).

Ligature du cordon.

M. P. Budin. — Lorsque le cordon est gras, la gélatine de Wharton, en se desséchant, laisse un espace libre entre le fil qui a servi à la ligature et les vaisseaux ombilicaux ; des hémorrhagies peuvent en être la conséquence. Après avoir rappelé les différents modes de ligature qui ont été conseillés, M. Budin propose le suivant :

On fait d'abord une ligature circulaire bien serrée, puis on sectionne le cordon à un centimètre au delà de la ligature.

On sépare les deux chefs du fil et on fait, en les ramenant sur la surface de section de la tige funiculaire, une seconde ligature perpendiculaire à la première. Les vaisseaux du cordon se trouvent ainsi séparés ; deux sont d'un côté, le troisième est de l'autre côté.

On termine en faisant successivement, avec les deux chefs du même fil, la ligature de chacune de ces moitiés du cordon.

Les ligatures passant au milieu de la gélatine de Wharton, les vaisseaux sont forcément comprimés et on ne voit jamais d'hémorrhagie secondaire se produire.

Conduite à tenir dans l'avortement incomplet.

MM. Audebert et **Chaleix.** — Nous avons pu étudier de nombreux cas où la période plus ou moins longue qui précède l'expulsion des annexes du fœtus abortif a été signalée par des accidents dus à la septicémie et à l'hémorrhagie. Cette dernière surtout peut survenir soudaine et violente, alors qu'on n'est pas présent pour y porter remède. La longue rétention totale ou partielle du placenta amène presque toujours, au point de vue septicémique, des accidents qui, s'ils n'ont pas un retentissement immédiat, agissent à distance et constituent chez la malade une tare pathologique pour l'avenir. En présence de l'hémorrhagie ou de l'infection, les procédés usuels, tels que les injections vaginales chaudes antiseptiques et les lavages intra-utérins, sont dans la majorité des cas insuffisants : ils déterminent rarement l'expulsion des éléments retenus. Le tamponnement vaginal bien fait arrête généralement une hémorrhagie, mais ne provoque guère l'expulsion du placenta, et l'hémorrhagie peut se reproduire après son ablation.

Le vrai traitement pathologique consiste à évacuer l'utérus soit avec le doigt, soit avec la curette. Le *curage digital*, pour être bien fait, demande une exploration totale de la cavité utérine avec un ou deux doigts, et la pénétration du doigt jusqu'à l'insertion des éléments placentaires. C'est donc autre chose qu'une traction sur le placenta ou le décollement d'un fragment avec le doigt et, ce qui est pire, avec la pince, instrument aveugle et d'un emploi condamnable. Le curage digital est quelquefois rendu difficile par l'étroitesse de l'anneau vulvaire, notamment chez les primipares, par l'impossibilité d'abaisser l'utérus et par le volume de la cavité utérine, trop grande pour être explorée digitalement ; s'il échoue, il faut faire le *curettage*, qui triomphe presque constamment des accidents. Sur trente-cinq curettages pratiqués pour hémorrhagie ou infection, ou pour les deux à la fois, nous n'avons eu qu'un seul décès.

Injections de sérum artificiel.

M. Audebert. — J'ai employé les injections de sérum artificiel : 1° après les hémorrhagies graves ; 2° chez les éclamptiques ; 3° chez les femmes atteintes d'auto-intoxications de forme et de gravité variables, mais qui reconnaissent toutes pour cause l'insuffisance rénale et hépatique ; les symptômes les plus fréquents sont : les petits accidents de brightisme, vomissements, etc.

Les résultats en ont été extrêmement satisfaisants.

Chez les nouveau-nés, prématurés ou débiles, les résultats ont été moins bons que dans les cas précédents, et presque nuls chez les athrepsiques.

Je me sers d'un appareil entièrement en verre, et par conséquent d'une asepsie facile ; l'écoulement est obtenu par la pression atmosphérique.

J'ajoute une quantité variable de liquide, trois cents centimètres cubes à un litre chez les adultes, dix a trente centimètres cubes chez les nouveau-nés.

Je n'ai jamais eu d'accidents : seulement un peu de douleur, un peu d'excitation cérébrale, quelquefois une légère élévation de température, un demi-degré environ.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 *octobre* 1895.

Présidence de M. Empis.

M. le président annonce la mort de M. le baron Larrey. La séance est levée en signe de deuil.

NOUVELLES

Médecine et baccalauréat. — A l'avant-dernière session du conseil supérieur de l'instruction publique, MM. Bichat et Darboux avaient demandé qu'il fût remédié à l'insuffisance des connaissances mathématiques des élèves du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles et que le baccalauréat *lettres-mathémathiques* pût donner accès à la carrière médicale dans les mêmes conditions que le baccalauréat *lettres-philosophie*.

La section permanente dudit conseil a examiné ce vœu et a fait, le 22 juillet 1895, un rapport dont voici les conclusions :

« Sur la première partie du vœu, la section permanente, considérant que si on s'est plaint souvent de l'insuffisance des connaissances mathématiques des étudiants en médecine, il s'agissait surtout de la pratique du calcul numérique et de la connaissance précise du système des poids et mesures, toutes choses élémentaires et dont on ne s'occupe pas dans les classes supérieures de mathématiques;

» Considérant que, d'ailleurs, l'intention très nette du conseil supérieur est que le nouvel enseignement de la physique dans les Facultés des sciences prenne un caractère pratique, expérimental, plutôt que théorique et mathématique;

» Considérant que l'équivalence proposée entre le baccalauréat lettres-philosophie et le baccalauréat lettres mathématiques a déjà été soumise au conseil supérieur par voie d'amendement, au cours de la discussion sur l'organisation de l'enseignement médical et repoussée par lui;

» Considérant qu'il semble imprudent de modifier d'une façon profonde un système d'études d'une organisation très délicate et qui n'a pas encore une année d'existence;

» Considérant que, d'ailleurs, l'administration supérieure s'est réservé de donner, par voie de décision individuelle, entrée à la Faculté de médecine aux bacheliers ès lettres-mathématiques dont la valeur et la situation sembleraient justifier une exception;

» Estime que l'administration rendrait service aux étudiants en médecine en créant en philosophie des conférences de mathématiques ou bien en perfectionnant celles qui existent déjà; mais que, pour le surplus, le vœu ne peut être adopté. »

Le ministre de l'instruction publique a adopté cet avis.

Ajoutons que la section permanente a rejeté pour la seconde fois un autre vœu concernant l'équivalence des divers baccalauréats pour les études médicales; elle dit dans son considérant unique « qu'elle a récemment exprimé l'avis que l'enseignement moderne était d'institution trop récente pour qu'il fût permis de se prononcer à ce sujet ».

Etudes de première année. — On sait qu'un récent décret a fixé à quatre-vingt-dix francs par an le droit à percevoir des étudiants qui désirent assister, à titre facultatif, aux travaux pratiques du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles. Une circulaire du ministre de l'instruction publique explique comment ce droit doit être perçu :

Deux catégories d'étudiants, a-t-il dit, sont visées dans ce décret : 1° les aspirants au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles qui, munis des quatre inscriptions réglementaires, ont été ajournés à l'examen et veulent suivre à nouveau les travaux pratiques en vue de réparer leur échec; 2° les étudiants français ou étrangers qui, n'aspirant pas à ce certificat, demandent à être admis aux exercices pratiques sans prendre régulièrement d'inscriptions.

Aucune obligation n'étant imposée à ces étudiants, la participation aux travaux pratiques ne pourra être autorisée par le doyen de la Faculté des sciences ou le directeur de l'école préparatoire que dans la limite des places disponibles et sur une demande écrite, faite sur timbre et contenant l'engagement d'acquitter le droit fixe de quatre-vingt-dix francs en deux termes égaux, au commencement de chaque semestre.

En ce qui concerne spécialement les élèves de la seconde catégorie, vous voudrez bien appeler l'attention de MM. les secrétaires sur ce fait que la perception de cette somme de quatre-vingt-dix francs est absolument indépendante des rétributions obligatoires inhérentes à la prise des inscriptions réglementaires et que, par suite, elle ne pourra, en aucun cas, dispenser du versement intégral de ces derniers droits les anciens élèves bénévoles devenus étudiants réguliers.

Alcoolisme. — On écrit de Londres au *Temps*, 22 septembre :

Une enquête a été ouverte hier, par le coroner de Folkestone, sur un événement lamentable qui s'est dénoué par la mort d'une femme habitant Londres, Mme Fletcher, décédée en son domicile, Holloway road. L'affaire s'instruit à Folkestone. parce que la morte a été inhumée dans le cimetière de ce port de mer et qu'elle doit être examinée par le magistrat qui a assisté à l'inhumation. Voici les faits :

Le 8 de ce mois, M. Fletcher, sachant sa femme au moment d'accoucher, fit prévenir une garde-malade et un médecin, le docteur White. L'heure de la délivrance approchant, il les manda. La garde accourut aussitôt, mais le docteur, qu'une domestique avait cependant trouvé à son domicile, mit quelque temps à se présenter. Il arriva enfin, accompagné de son fils, qui, dit-il, l'assisterait au besoin, bien qu'il n'eût pas encore son diplôme; et la consternation de M. Fletcher fut profonde lorsqu'il s'aperçut que le docteur était ivre.

Il eut un moment d'hésitation bien concevable et voulut envoyer chercher un médecin. Mais le temps pressait : on entendait les cris de la malade. Cependant il fit part de son trouble au fils du docteur, qui le rassura par cette réponse étonnante :

— Il est soûl, c'est vrai; mais c'est son état habituel.

M. White entra dans la chambre de la malade, regarda Mme Fletcher et déballa ses instruments. Il avait à peine commencé l'opération que la garde, épouvantée, conjurait le mari d'appeler un autre médecin. Ce second praticien, M. Witheead, constata que la patiente avait été effroyablement mutilée et refusa de prendre seul une responsabilité aussi lourde. Un troisième médecin fut appelé, le docteur Hannah, et tous trois se retirèrent un moment dans le salon afin de se consulter. M. Fletcher, tenu à l'écart, entendit pourtant l'écho d'une discussion violente.

Enfin les témoins retournèrent près de lui et lui annoncèrent qu'ils avaient perdu tout espoir de sauver sa femme. Peu après, ils quittaient la maison et un quatrième médecin, le docteur Griffith, arrivait juste à temps pour voir la patiente succomber entre ses bras.

Jusqu'à présent, l'enquête n'a clairement établi que l'état d'ébriété du docteur White au moment de son arrivée chez les époux Fletcher. Il reste à démontrer s'il est responsable de la mort de cette pauvre femme. Cette affaire cause une émotion profonde dans le monde médical de Londres.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

N° 42 — 16 OCTOBRE 1895 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — **A. BROCA**, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Travaux pratiques d'anatomie pathologique. — Ces travaux obligatoires pour les élèves à 13 inscriptions commenceront le 4 novembre. S'inscrire au secrétariat tous les jours à partir du lundi 14 octobre 1895 jusqu'au samedi 23 novembre inclus, et de midi à 3 heures. On peut demander l'inscription par écrit.

Ecole de médecine de Grenoble. — M. Dodero, licencié ès sciences naturelles, docteur en médecine, est institué pour neuf ans suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

Etudes dentaires. — M. le préfet de la Seine vient d'approuver l'arrêté pris par M. le directeur de l'Assistance publique à Paris, sur l'avis conforme émis par le conseil de surveillance, dans sa séance du 27 juin dernier, à l'effet d'autoriser l'admission à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux des élèves des Ecoles dentaires pour y faire leurs études anatomiques.

Légion d'honneur. — Sont nommés :
Officier : M. le Dr Florance (médecin militaire).
Chevalier : M. le Dr Tournier (médecin militaire).

VARIÉTÉS

Jury du concours de l'internat. — Ont accepté MM. Sevestre, Hallopeau, Rochard, Bonnaire, Porak, Segond, Mathieu.

— L'ouverture du concours de l'internat en médecine, qui avait été fixée au lundi 21 octobre, à midi, est reculée au vendredi 25 octobre à la même heure.

Cette séance, qui sera consacrée à la composition écrite, aura lieu le vendredi 25 octobre à midi, dans la salle Saint-Jean, à l'Hôtel de Ville (entrée par la rue Lobau, porte du côté de la rue de Rivoli).

Un immeuble de l'Assistance publique. — Il n'est que trop fréquent et trop regrettable de voir les particuliers laisser tomber leurs immeubles dans un état lamentable de saleté et d'insalubrité, mais on ne s'explique pas que l'Assistance publique de Paris donne l'exemple de ce mépris de la propreté et de l'hygiène. Or, voici ce qu'on peut lire dans un rapport récent fait au Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine (*Bulletin municipal officiel*, 9 octobre 1895, p. 2435) :

« Le passage du Grand-Cerf est du domaine de l'Assistance publique. Ce vaste immeuble, de construction fort défectueuse, est tombé, faute d'entretien, dans un état de délabrement qui diminue singulièrement sa valeur. Tout y est sale et puant; le dallage effondré est creusé d'excavations que, par économie, on a comblé de bitume; les couloirs sont sordides, les marches d'escaliers revêtues d'une couche si concrète d'ordures qu'on se demande quand a eu lieu le dernier lavage; partout on respire une odeur fade et nauséeuse de crasse, les boutiques se vident et le commerce s'y éteint. A toutes les réclamations émanées du membre de notre Commission et de celui des logements insalubres, l'Administration oppose une force d'inertie invincible. »

« Le premier volume des comptes rendus du VIIIe Congrès international d'hygiène et de démographie, tenu à Budapest en 1894, est présentement envoyé à tous les membres de cette assemblée scientifique. MM. les membres du Congrès qui auraient changé de domicile ou omis de faire connaître leur adresse, sont priés de bien vouloir l'indiquer à *M. le Dr Sigismond de Gerloczy, secrétaire-rédacteur des comptes rendus du Congrès, hôpital Saint-Roch, Budapest,* cela afin d'éviter tout retard et toute erreur dans l'expédition des volumes suivants.

» Les personnes non membres du Congrès qui désireraient en recevoir les comptes rendus peuvent les avoir en adressant à *M. le directeur de l'hôpital Saint-Roch, Budapest,* un mandat-poste de 12 florins autrichiens.

» Tout autre communication doit être faite à M. le Dr S. Gerloczy, à l'adresse précitée. »

Traitement de la syphilis, par le Dr CHARLES MAURIAC, médecin de l'hôpital Ricord (hôpital du Midi). Un vol. in-8° .... 15 fr.

Nul n'était plus à même pour écrire un livre sur la syphilis que l'éminent praticien Charles Mauriac. Ce nom seul en tête de l'ouvrage est une preuve sûre de son succès.

Après avoir parcouru rapidement dans son introduction les principales phases de la syphilis pendant quatre siècles, le docteur Mauriac entre dans le corps de l'ouvrage qu'il a divisé en trois livres. Le *premier livre* est consacré à la thérapeutique générale de la syphilis. Le second livre a pour objet le traitement des diverses manifestations syphilitiques. Le troisième livre, enfin, se divise en deux parties : le traitement et la prophylaxie de la syphilis héréditaire, et la prophylaxie de la syphilis.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis de posologie infantile, par le Dr RAYMOND NOGUÉ, médecin des bureaux de bienfaisance, médecin du dispensaire de Belleville pour enfants malades, médecin inspecteur suppléant des enfants du premier âge, médecin inspecteur des écoles de la Ville de Paris. Un vol. in-18, reliure souple, de XXXIII-348 pages. Paris, Maloine, éditeur. Prix : 3 fr. 50.

Le phthisique et son traitement hygiénique (*Sanatoria — hôpitaux spéciaux — cure d'air*), par le Dr E.-P. LÉON PETIT, médecin de l'hôpital d'Ormesson, secrétaire général de l'Œuvre des enfants tuberculeux; préface de M. le Dr HÉRARD, membre de l'Académie de médecine. Un vol. in-12 avec 20 gravures dans le texte, cartonné à l'anglaise. Félix Alcan, éditeur. Prix : 4 francs.

L'intubation laryngée dans le croup, par le Dr ALEXANDRE HUGUES. Paris, J.-B. Baillière et fils, édit., 1895. Un vol gr. in-8° de 150 pages. 3 fr. 50.

De la cure radicale des hernies inguinales par les méthodes opératoires sanglantes, par le Dr GUSTAVE AGIER. Paris, J.-B. Baillière et fils, édit. 1895. Gr. in-8° de 204 pages avec fig. 4 francs.

PATHOLOGIE MÉDICALE

Pathologie animale et pathologie végétale.

Il y a déjà longtemps que, pour le plus grand bien des choses de la médecine, on a demandé à la pathologie animale la solution d'une série de problèmes. Depuis un nombre d'années plus restreint, on tend à étudier les maladies des plantes pour dégager de cette étude d'utiles enseignements.

Infiniment moins complexe que la nôtre, la cellule végétale, surtout en raison de l'absence du système nerveux, se prête plus aisément à l'examen des phénomènes locaux, des processus élémentaires. Du reste, si, comme on l'a dit, il n'y a pas deux biologies, il est permis d'ajouter que les pathologies se confondent sur de nombreux points.

Qui ne sait, en matière d'étiologie, le rôle du froid, de la chaleur, de la lumière, de l'humidité, de la sécheresse, des pressions, des altitudes, etc. ?

Le traumatisme appelle dans la zone détériorée le microbe en circulation, comme l'a établi Max Schüller, en réalisant des entorses articulaires ; il fixe également le poison que promène le sang : je l'ai prouvé expérimentalement avec Carnot ; l'accès de goutte qui fait suite à une chute sur le coude l'avait anciennement appris.

Or, il n'est pas rare de voir les pertes de substance, les lésions déterminées par les agents cosmiques, par la grêle, en particulier, préparer, chez les végétaux, le terrain aux parasites, en détruisant les barrières qui entravent mécaniquement leur pénétration, en altérant la composition du suc cellulaire, véritable défense chimique.

L'âge modifie profondément les prédispositions : certains champignons poussent aisément sur les vieux troncs ; l'athérome, le cancer, etc., sont exceptionnels, dans l'espèce humaine, avant cinquante ans.

Les climats ne sont pas sans influence. Le bacille de la tuberculose, en Europe, atteint le noir transporté plutôt que le blanc ; la bactéridie, en Beauce, tue le mouton qui lui résiste en Algérie. De même, en Belgique, le gui frappe de préférence le pommier, tandis qu'en Bretagne il s'attaque spécialement au prunier, et, dans les Vosges, aux résineux qui, ailleurs, sont ordinairement réfractaires.

La part des principes chimiques venus du dehors ou nés à l'intérieur est considérable dans l'étiologie de nos maladies, attendu que l'infection, que les troubles de la nutrition, que nombre de perturbations nerveuses, etc., se réduisent à un processus toxique ; il n'en est pas autrement dans les choses de la botanique.

La plante, à l'exemple de l'animal, a un besoin urgent d'oxygène ; placée dans un milieu d'hydrogène, elle cesse de voir se produire les courants protoplasmiques intimes.

L'eau est à la fois et un aliment et le véhicule d'une série d'autres éléments ; mais, que le sol en contienne en excès, que la chaleur favorise par trop son absorption, que l'état hygrométrique de l'air réduise considérablement son évaporation, on voit les feuilles se gonfler, des intumescences, des éraillures se produire ; c'est la pléthore, c'est l'œdème de l'homme, y compris les vergetures, les crevasses qui en sont la conséquence. L'expérience va même jusqu'à réaliser ces altérations ; il suffit de pratiquer des injections aqueuses dans les veines, surtout après section des nerfs.

Les matières minérales sont indispensables à toutes les cellules. Pourtant, une abondance excessive de carbonate de chaux, d'après Viala, est fatale à quelques vignes. Si les sels de potasse dépassent une limite donnée, l'animal succombe.

Pour se comporter à la manière d'un poison, une substance n'a pas besoin d'être anormale ; un composé habituel peut agir comme tel, si les proportions ne sont pas observées, et cela dans le domaine des deux règnes.

L'acide carbonique, qui étiole les jeunes portées, s'oppose à la croissance des arbres, dans le voisinage des sources thermales qui en contiennent beaucoup ; le fait est connu.

Le chloroforme, qui engendre chez le lapin l'albuminurie, lèse les os, empêche la fixation du carbone par la plante.

Le chlore, l'acide sulfureux, sont nuisibles aux différentes cellules.

Il existe donc des maladies toxiques, des maladies de nutrition, des maladies chimiques, chez les végétaux comme chez les animaux ; parfois le toxique est inoculé par un être vivant ; c'est le cas de certaines galles, ou, pour nous, des morsures venimeuses.

A vrai dire, tous les corps dangereux pour l'homme ne le sont pas pour la plante, qui peut impunément recéler des glucosides, des alcaloïdes, dont les effets sont terribles pour l'espèce humaine.

Toutefois, à côté de ces maladies chimiques, on rencontre, dans l'un et l'autre règne, des affections locales, de véritables dystrophies élémentaires ; on observe des troubles de l'irritabilité, plus encore des désordres parasitaires.

La pathogénie qui préside à la genèse de ces désordres rappelle celle que mettent en œuvre les bactéries, aux prises avec les tissus humains.

On voit des champignons dédoubler des glucosides, la salicine, la populine, en faire du glucose, utilisé à titre d'aliment ; tel le bacillus olæ, d'après Mangin.

De même, au sein de l'économie animale, des microbes hydratent, peptonisent, transforment les éléments environnants, de façon à pouvoir se nourrir aisément.

Dans l'un et l'autre règne, ces parasites agissent soit mécaniquement, soit par des sécrétions plus ou moins nuisibles. Il en résulte des dissociations, des nécroses, des altérations cellulaires de diverses natures. Si, chez les animaux, on peut observer, à la suite d'ulcérations plus ou moins étendues, la formation de séquestres qui finissent par s'éliminer, chez les végétaux, des phénomènes analogues se développent ; le chancre de la plante est une véritable perte de substance ; des dépressions, des cicatrices, indiquent pour longtemps ce processus.

Les ressemblances, au point de vue anatomo-pathologique, sont d'ailleurs nombreuses.

L'hyperplasie, l'hypertrophie se rencontrent ; les galles, les tumeurs dues au bacille de Vuillemin, d'une part, les nodosités inflammatoires, les néoplasies engendrées par l'actinomycose, d'autre part, le prouvent surabondamment.

On sait que les histologistes dénomment cellules géantes certains éléments riches en noyaux qui, parfois, sont la conséquence d'obstructions vasculaires. Or, ces éléments, qui ne sont pas rares dans la tuberculose, ont leurs analogues chez la plante ; chez elle, en effet, un vaisseau peut subir telle transformation qu'il se présente sous l'aspect d'une vésicule contenant dix, vingt, trente, jusqu'à soixante de ces noyaux.

Si vous considérez la marche, la durée, l'évolution, la terminaison, le parallèle se poursuit.

Partout vous décelez des maladies lentes ou rapides, longues ou courtes, continues ou intermittentes, superficielles ou profondes, aboutissant à la mort ou à la guérison complète ou partielle, avec cicatrice ou sans aucune

trace; une des plus communes, parmi les conséquences des anciennes maladies, se traduit par des tares de la reproduction.

Fréquemment des éléments de même ordre régissent le pronostic.

Le nombre des parasites, par exemple, fait partie de ces éléments.

De très rares bactéridies, ainsi que l'a établi Watson-Cheyne dans quelques conditions, sont impuissantes à causer un charbon mortel. Or, pour le végétal, la gravité du mal ne dépend-elle pas, en partie, du chiffre des galles?

Inoculez le staphylocoque doré dans une glande de la peau, un simple furoncle en sera le résultat, alors que ce germe provoque l'affection la plus redoutable, si vous le déposez dans la moelle des os.

Répandu sur les feuilles, le phylloxera est relativement bien supporté; le jour où il envahit les racines, la vigne française est proche de sa fin.

Là encore, à côté des influences du siège, on retrouve le rôle des espèces; le plant américain résiste tout autrement que celui de nos pays, comme le mouton algérien triomphe du charbon qui tue les troupeaux de la Beauce.

D'autres détails établissent des rapprochements.

La fièvre typhoïde assez souvent accélère la croissance, fait comparable à l'action des puccininées, qui sont capables de hâter l'élimination des pousses annuelles de l'euphorbia cyparissias.

Certains processus, les hypertrophies compensatrices du rein droit, quand le gauche est altéré, les augmentations de volume du cœur en souffrance, la localisation des virus en des points déterminés, etc., peuvent avoir, en pathologie humaine, des effets salutaires.

De même, les végétaux des tourbières n'assimilent les principes renfermés dans l'humus, que si leurs racines sont déformées par des champignons qui en transforment les éléments; à El-Oued, les tomates n'arrivent à maturation que sous l'influence de quelques anguillules; un excès d'hydratation dans les sables du Sahara devient salutaire.

Les exemples de concurrence vitale, de bactériothérapie ne sont rares ni dans un règne ni dans l'autre.

Quant aux méthodes de traitement, elles offrent les plus grandes analogies.

Les greffes, les sutures, les soins locaux, etc., rappellent les pratiques de la chirurgie.

Le sulfate de cuivre dirigé contre le mildew, le sulfure de carbone destiné au phylloxera constituent des procédés antiseptiques absolument comparables à ceux de la pathologie humaine; il n'est pas jusqu'aux facilités ou aux difficultés qui ne se ressemblent.

On agit efficacement sur les parasites externes, sur ceux de la feuille ou de la peau; on atteint moins aisément ceux des racines ou des viscères.

Donner des matières minérales à une chlorotique, à un individu en croissance, etc., ne remet-il pas en mémoire l'administration des phosphates; dans un cas, on recherche ce qui manque dans le sang; dans l'autre, on demande à l'analyse du terrain s'il faut ajouter au sol de la potasse, de la chaux, etc.

Il n'est pas un médecin qui, en s'occupant d'agriculture, surtout de viticulture, n'ait été frappé de ces analogies.

On rencontre cependant des différences.

On sait, en particulier, que les défenses de l'économie animale vis-à-vis des virus consistent dans deux grands processus : la phagocytose, protection dynamique, les humeurs, protection statique. Or, j'ai réussi à inoculer à une variété de crassulacées le bacille pyocyanique, bacille qui se montre pathogène pour l'homme, le cheval, le porc, le chien, le lapin, le cobaye, la souris, l'oiseau, la grenouille, le poisson, etc. Chez ces êtres, la vaccination par les toxines de ce germe détermine des changements qui se traduisent, si on vient à inoculer ces êtres immunisés, par des afflux cellulaires, par un état bactéricide et quelque peu antitoxique.

La structure des plantes permettait de concevoir l'absence de toute phagocytose; c'est, en effet, ce qui a lieu.

La résistance s'opère à la faveur des membranes, des moyens mécaniques, plus encore aux dépens des sucs; l'agent du pus bleu ne triomphe aisément du *pachyphyton bracteosum*, qu'à un instant où l'acidité a disparu.

Dans cette expérience, on voit un microbe passer du règne animal au règne végétal; j'ai réalisé la condition inverse.

Les travaux de Viala et Ravaz ont montré que, dans la genèse de la brunissure du sarment, un parasite spécial, qui évolue sur agar, sur gélatine, surtout sur pomme de terre, entre en jeu.

Or, il m'a été possible, après plusieurs passages, de rendre ce parasite bacillaire pathogène pour le lapin; cet animal inoculé maigrit, devient albuminurique, etc.

En collaboration, avec Ostrowsky, je me suis assuré que les toxines de cet agent, injectées après stérilisation, engendraient les phénomènes morbides provoquées par le ferment figuré lui-même.

Il a donc été possible de prouver qu'un microbe pouvait conserver ses attributs physiologiques en passant du règne animal au règne végétal, ou réciproquement.

Il a de plus été démontré que les mécanismes employés pour créer le mal étaient identiques, d'autant plus que j'ai réussi à faire périr des crassulacées en me servant des sécrétions pyocyaniques.

Ajoutons qu'un enseignement relatif à l'habitat de ces agents pathogènes se dégage de ces recherches; la bactérie qui tue l'animal peut dériver d'une plante, celle qui tue le végétal peut provenir d'un organisme animal.

Il serait aisé de pénétrer plus avant dans cette étude; ce que nous avons dit suffit à mettre en évidence les points de contact nombreux qui rattachent les pathologies des deux règnes.

Il y a longtemps que les remarquables travaux de Strassburger, de Guignard, de Van Beneden, etc., ont éclairé les questions fondamentales de kariokynèse, de reproduction, de structure cellulaires; à ce point de vue, la lumière, on est en droit de l'affirmer, est venue de la botanique,

Qu'en revanche, la pathologie des plantes, suivant le vœu formulé par Vuillemin, dans son remarquable article du *Traité de pathologie générale* du professeur Bouchard, s'éclaire de la pathologie des animaux; que cette pathologie des animaux, à son tour, ne néglige pas celle des plantes et bientôt il n'y aura qu'une pathologie, comme il n'y a qu'une biologie.

A. Charrin.

REVUE DES CONGRÈS

67e REUNION DES NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS

Tenue à Lubeck du 16 au 21 septembre.

Hépatite chez les nourrissons syphilitiques héréditaires.

M. Hochsinger a eu l'occasion d'observer un grand nombre d'affections du foie chez les nourrissons syphilitiques

héréditaires. Le plus grand nombre de ces malades ont guéri; chez quelques-uns l'affection s'est terminée par la mort.

Ce qu'on trouve le plus souvent chez ces malades c'est une tuméfaction du foie dont la surface reste toujours lisse. L'action du traitement antisyphilitique se manifeste très rapidement, mais l'hépatite ne disparaît ordinairement qu'en dernier lieu. Le diagnostic ne présente ordinairement pas de difficultés, car le plus souvent on trouve en même temps d'autres signes de syphilis, coryza, exanthèmes, modifications du côté des os. L'ictère et l'ascite font presque toujours défaut.

L'examen histologique du foie montre dans ces cas les lésions d'inflammation chronique diffuse avec prolifération du tissu conjonctif interacineux. Cette cirrhose interacineuse est particulièrement caractéristique. En second lieu, l'adventice est atteinte de prolifération et la tunique interne des vaisseaux épaissie.

M. Neumann fait observer que la syphilis héréditaire peut évoluer pendant la vie intra-utérine si bien qu'à la naissance on peut trouver seulement une hépatite. En second lieu, la tuméfaction du foie avec déplacement de l'organe n'est pas rare dans le catarrhe de l'intestin.

M. Fischl trouve que les préparations de M. Hochsinger ne sont nullement caractéristiques de la syphilis. La périartérite dite syphilitique s'observe également chez des enfants qui ne sont nullement syphilitiques. D'un autre côté, chez les nourrissons dont le tissu est riche en tissu conjonctif, le diagnostic d'hépatite interstitielle est fort difficile. Les formes typiques de syphilis du foie sont les gommes.

M. Heubner pense aussi que les préparations de M. Hochsinger ne sont pas caractéristiques de la syphilis. La valeur des proliférations périvasculaires est difficile à préciser; l'endartérite seule est décisive en l'espèce. En tout cas, le diagnostic de syphilis du foie ne doit pas être fait à la légère.

M. Soltmann a fréquemment rencontré la syphilis chez les nourrissons et très rarement la syphilis du foie. La forme gommeuse est la plus fréquente.

M. Bernhard a, dans la syphilis du foie, observé la forme hypertrophique avec état trouble des cellules.

M. Neumann n'a rencontré la tuméfaction du foie chez des nourrissons qu'en cas de syphilis.

M. Heubner croit que la tuméfaction du foie chez les nourrissons syphilitiques est plus souvent de nature non syphilitique et dépend de l'anémie ou d'autres états morbides concomitants.

Curettage et régénération de la muqueuse utérine.

M. Werth a trouvé dans des recherches antérieures, publiées récemment, qu'au sixième jour après le grattage, il se forme une nouvelle couche épithéliale partant des cellules glandulaires, et il se produit en même temps une prolifération du tissu fibrillaire du fond de la plaie. Au seizième jour, la muqueuse est ordinairement remplacée, et ce n'est que dans les cas où toutes les glandes ont été enlevées par le curettage que la régénération de la muqueuse n'est pas encore complète au sixième jour.

Depuis ces recherches, M. Werth a eu l'occasion de faire l'examen de trois nouvelles pièces où l'hystérectomie pour affection gonorrhéique a été faite une fois trois jours, deux fois vingt-sept jours après le grattage.

Sur la première pièce, on voyait à côté des restes de l'ancienne muqueuse, la surface de l'utérus tapissée d'une nouvelle couche épithéliale. Le stroma renferme un feutrage de tissu conjonctif traversé dans tous les sens par des cellules ayant l'aspect de cellules musculaires. La couche musculaire avivée présente une transformation en tissu conjonctif fibrillaire. Là où la couche épithéliale fait défaut, on ne trouve non plus de moignons de glandes.

Dans les deux autres cas d'endométrite glandulaire, on avait fait après le curettage une fois une injection de perchlorure de fer, l'autre fois un simple lavage. Dans les deux cas où l'examen a été fait vingt-sept jours après le curettage, la muqueuse utérine était complètement régénérée. Dans le cas où l'on avait fait l'injection de perchlorure de fer, la muqueuse régénérée avait un caractère normal; dans le second cas, le stroma était infiltré, les glandes dilatées. Ces faits seraient donc en faveur de la cautérisation énergique après le grattage.

M. Gottschalk a eu l'occasion de faire l'examen d'un utérus curetté vingt-huit jours avant l'opération. D'une façon générale, il peut confirmer les faits énoncés par M. Werth. Mais il doit toutefois faire observer que, dans ces cas, la régénération de la muqueuse ne s'est pas faite d'une façon uniforme et était encore incomplète aux endroits où la curette avait pénétré plus profondément.

Quant aux cautérisations faites immédiatement après le curettage, M. Gottschalk n'en est pas partisan pour plusieurs raisons. D'abord, le curettage est entré dans la pratique courante, et l'on peut craindre des accidents si les cautérisations étaient faites par des médecins non expérimentés. En second lieu, quand, par principe, ces cautérisations sont faites pas avant le quinzième jour après le curettage, on trouve qu'un grand nombre d'opérées guérissent sans cette intervention complémentaire. Du reste, la récidive dans les cas où le curettage est réellement indiqué, tient moins à ce qu'on avait laissé de la muqueuse malade, mais à une nouvelle infection descendante, ces endométrites étant ordinairement d'origine ovarique et tubaire.

M. Léopold se prononce également contre les cautérisations qui causent beaucoup de méfaits.

Il profite de cette occasion pour attirer l'attention sur une forme particulière de métrorrhagies que l'on rencontre chez des femmes à l'époque de la ménopause et qui est due à la dégénérescence athéromateuse de la muqueuse. Dans ces cas, le curettage échoue, car les hémorrhagies tiennent ici à l'état des artères; seule l'hystérectomie donne la guérison.

M. Prochovnik connaît cette forme de métrorrhagies et a aussi constaté l'état athéromateux de la muqueuse.

M. Gottschalk croit que dans cette endométrite athéromateuse la ligature des vaisseaux utérins peut remplacer l'hytérectomie. Dans deux cas personnels, la guérison a été amenée par la ligature des artères utérines.

M. Schatz et **M. Glavecke** n'ont eu qu'à se louer des cautérisations faites immédiatement après le curettage.

Traitement opératoire de l'ulcère de l'estomac.

M. Hofmeister a eu l'occasion d'intervenir dans un cas d'adhérences multiples entre la paroi antérieure de l'estomac et la paroi abdominale. L'examen du malade avait fait penser à l'existence d'un néoplasme. Mais après l'ouverture de la cavité abdominale on trouva qu'il s'agissait d'un ulcère de l'estomac ayant déterminé la formation d'adhérences entre la paroi stomacale, la paroi abdominale, le foie et la rate. Pour libérer l'estomac, il a fallu réséquer les adhérences et des portions des organes qu'elles entouraient. L'ulcère se trouvait à la partie supérieure de la paroi antérieure de l'estomac et avait formé par sa rétraction une sorte de sac diverticulaire au niveau de la grande courbure. Toutes ces parties furent enlevées. La malade guérit. Des cas analogues ont été signalés par v. Eiselsberg et par Mikulicz.

M. Hofmeister fait encore observer que dans ce cas on avait tout d'abord fait le diagnostic de tumeur. Il pense donc que dans les tumeurs de la région épigastrique gauche, il faudra aussi envisager la possibilité d'un ulcère avec adhérences formant tumeur.

M. v. Eiselsberg a pu suivre pendant six ans la malade dont a parlé M. Hofmeister et qui a été opérée par Billroth. Pendant ces six ans la malade s'est toujours bien portée.

M. Riedel est intervenu deux fois pour des cas analogues à celui de M. Hofmeister. Un malade a été complètement guéri par l'opération. Dans le second, où il existait des adhérences entre l'ulcère et le foie, on avait pratiqué préalablement une fistule stomacale. La malade s'en trouva fort bien, mais plus tard elle commit des imprudences et finit par succomber à une péritonite par perforation.

Fractures spontanées.

M. Dums a observé trois cas de ce genre.

Le premier a rapport à une jeune fille qui, en rentrant d'une soirée dansante, s'est fracturée le fémur au moment où elle

retirait son soulier un peu étroit. La fracture occupait la partie moyenne du fémur. La malade guérit assez rapidement dans un appareil à extension.

Dans le second cas, il s'agit d'un soldat très vigoureux qui, poussé par un camarade, tombe par terre et se fracture le fémur au niveau du tiers moyen de l'os. Ce qu'il y avait de particulier dans ces deux cas, mais surtout dans le second, c'est l'absence presque complète de la douleur au niveau des fragments. Le second malade guérit au bout de six semaines avec un raccourcissement de deux centimètres et demi.

Dans le troisième cas, il s'agit d'un soldat qui, au cours d'une marche forcée, s'arrête, puis fait quelques pas pour s'appuyer contre une borne et tombe enfin par terre. A l'hôpital où il fut transporté, an trouva les signes classiques d'une fracture du col du fémur.

M. Petersen a observé trois cas de ce genre. Le premier est celui d'un garçon de huit ans qui, depuis quelque temps, se plaignait de douleurs dans la partie inférieure du fémur. Un jour, en allant à l'école, il tombe, se relève, tombe de nouveau, et à l'examen présente une fracture transversale de l'extrémité inférieure du fémur. La consolidation échoua avec les procédés ordinaires et ne réussit qu'après le traitement d'après la méthode de Bier.

Dans le second cas, il s'agit d'une fracture de la partie moyenne du fémur, survenue chez une femme enceinte au moment où elle se promenait dans sa chambre. La consolidation s'effectua après l'accouchement. Enfin, dans le troisième cas, il s'agit d'une fracture du col du fémur produite par des kystes hydatiques.

M. Lauderer pense que la plupart de ces fractures spontanées surviennent chez des syphilitiques, non seulement en cas d'ostéite gommeuse, mais encore par suite d'une atrophie syphilitique générale du système osseux. L'anémie générale peut aussi produire une atrophie du système osseux.

M. Werth a observé deux cas de fractures spontanées. Dans le premier cas, il s'agit d'un jeune homme de souche tuberculeuse, qui se fracture le fémur au moment où il ôtait son patin. Le second cas a été observé chez un syphilitique dont l'infection datait de dix-neuf ans.

Ablation intra-vésicale des tumeurs de la vessie.

M. Nitze a employé sa méthode d'ablation intra-vésicale des tumeurs dans vingt et un cas, chez quatre femmes et dix-sept hommes, dont l'âge a varié entre vingt et soixante-quinze ans, et les faits qu'il a observés lui permettent d'affirmer que pour les tumeurs malignes la récidive n'est pas plus fréquente qu'avec la taille hypogastrique.

L'opération se fait de la façon suivante. Avec une anse de galvanocautère, fixée au cystocope, on enlève une certaine portion de la tumeur. On retire l'instrument e on dit au malade d'uriner. La portion extirpée est expulsée avec l'urine, et le lendemain ou au bout de quelques jeurs on procède à une seconde séance, puis à une troisième jusqu'à ce qu'on ait enlevé toute la tumeur, et on cautérise la base avec le galvanocautère.

L'hémorrhagie est peu abondante et s'arrête facilement. L'opération se fait avec de la cocaïne et après chaque séance le malade peut retourner à ses affaires.

Appendicite.

M. Kümmel attribue les progrès faits dans le traitement des appendicites à une connaissance plus exacte du siège du processus et du rôle étiologique de l'appendice.

Si l'on examine les appendices, provenant des appendicites opérées à diverses périodes de l'évolution du processus, on trouve que toutes les pièces ont de commun l'inflammation chronique, les boursouflements de la muqueuse, l'épaississement de la couche musculaire. Tandis qu'un appendice normal se présente sous forme d'un corps mol et vide, l'appendice malade est dur, arrondi, rempli presque toujours d'un contenu fécaloïde ou d'un liquide fétide. D'autres fois, quand il survient un processus ulcéreux, l'appendice a la forme d'un chapelet avec des étranglement et dilatations alternatifs.

M. Kümmel est intervenu dans cinquante et un cas d'appendicite récidivante et dans un plus grand nombre de cas d'appendicite aiguë. Les faits qu'il a observés lui ont laissé l'impression qu'au point de vue clinique il est impossible d'établir une distinction entre l'appendicite simple et l'appendicite perforante. Dans certaines pérityphlites suppurées et même putrides, l'appendice ne présentait souvent pas de perforation. Dans ces cas il s'agit moins d'un processus perforatif que d'une lymphangite, d'un phlegmon septique où l'infection streptococcique joue le premier rôle.

D'après M. Kümmel, il faut se montrer relativement conservateur à la période aiguë de l'appendicite, et l'intervention doit être la règle dans l'appendicite à récidives fréquentes. L'opération n'est pas, dans ces cas, plus dangereuse que l'ovariotomie, et sur cinquante et un opérés de cette catégorie, M. Kümmel n'a perdu qu'un seul malade.

Traitement des difformités après la coxite.

M. Hoffa. — Le traitement des difformités qui persistent après la coxite évoluée, varie suivant que la mobilité de l'article est complètement abolie ou qu'il persiste encore des mouvements. Dans le premier cas, l'intervention doit être chirurgicale, opératoire et comprend l'ostéotomie à ciel ouvert. Cette opération permet ordinairement de corriger la position du membre et le malade n'a à compter qu'avec le raccourcissement.

Pour obvier à cet inconvénient, M. Hoffa emploie l'ostéotomie sous-trochantérienne oblique. On fait une longue incision qui part du sommet du trochanter pour descendre sur le côté externe du fémur, et on divise toutes les parties molles jusqu'à l'os. On introduit ensuite dans l'angle de la plaie la gouge de Kœnig et on divise l'os obliquement en dirigeant l'instrument vers le petit trochanter. L'os étant divisé, on met le membre dans un appareil à extension qui a pour effet de faire glisser le fragment inférieur sur la face de section du fragment supérieur. En dirigeant l'extension d'une façon appropriée, on arrive seulement à corriger la position du membre, mais encore à lutter contre le raccourcissement.

Dans deux cas où ce procédé a été appliqué, M. Hoffa a vu disparaître un raccourcissement de trois centimètres et un autre de quatre.

M. Kœnig emploie l'ostéotomie oblique dans tous les cas de déformations osseuses ou articulaires. Pour ce qui est des déformations après coxites tuberculeuses, il ne l'emploierait qu'après l'extinction du processus.

M. Landerer a obtenu la disparition du raccourcissement de trois et de quatre centimètres dans deux cas où il employa l'ostéotomie oblique sous-trochantérienne.

CONGRÈS D'OBSTÉTRIQUE, GYNÉCOLOGIE ET PÉDIATRIE

Tenu à Bordeaux du 8 au 14 août 1895.

(Fin.)

SECTION D'OBSTÉTRIQUE

Traitement de la septicémie puerpérale.

M. Rapin (Lausanne). — Après chaque accouchement il reste dans l'utérus une quantité plus ou moins grande de tissu destiné à la désagrégation, à la dégénérescence graisseuse et à la mortification et qui fournit la plus grande partie des matériaux constituant la sécrétion des lochies. La preuve en est donnée par le fait que les lochies ne durent que deux ou trois jours lorsqu'on a été obligé de curetter la matrice après l'accouchement.

La présence des restes de caduque dans l'utérus joue le même rôle vis-à-vis des microbes infectieux que les cotylédons placentaires, les restes de membranes ou les caillots sanguins retenus accidentellement dans la matrice. Elle favorise le développement de l'endométrite septique puerpérale.

Tout le monde admet qu'il y a utilité, dans les cas de rétention, à pratiquer le curettage aussitôt que des symp-

tômes d'endométrite surviennent (fièvre, lochies fétides). Le but de cette opération est de débarrasser la matrice des tissus pouvant fournir un terrain favorable au développement des microbes; or, il y a toujours des restes de caduque : il faut donc, dans chaque cas, évacuer complètement la cavité utérine. Le curettage est un moyen plus énergique et plus efficace que l'écouvillonnage, le badigeonnage ou l'injection intra-utérine. Depuis un grand nombre d'années j'ai recours à cette opération. Sur trente-quatre cas personnels que j'ai rassemblés, j'ai eu vingt-huit guérisons et six morts. Dans plusieurs de ces derniers cas, les femmes étaient entrées à la Maternité dans un état désespéré. Même dans ceux où la guérison ne s'est pas produite, il y a eu une amélioration momentanée après le curettage. Parmi les vingt-huit guérisons, treize ont été obtenues en moins de trois jours, sept en moins de huit jours et huit en douze à quinze jours.

Les adversaires du curettage disent que cette opération est inutile parce que les microbes ont pénétré de très bonne heure dans le tissu musculaire, dans les vaisseaux lymphatiques et dans les veines. Bumm (de Bâle) a démontré, en 1891, que cette assertion n'est pas toujours vraie. La perforation possible de l'utérus constitue également un danger, mais en s'entourant de certaines précautions on peut l'éviter. Cet accident survient aussi à la suite des injections intra-utérines. Nous ne l'avons jamais observé dans nos cas d'endométrite puerpérale. Dès qu'il y a de la fièvre (38°5) et des lochies fétides, nous faisons des injections intra-utérines antiseptiques ; s'il n'y a pas d'amélioration en vingt-quatre ou quarante-huit heures, nous recourons au curettage avec irrigation antiseptique. L'opération doit être pratiquée de bonne heure pour être efficace : nous nous sommes souvent repenti d'avoir curetté trop tard, jamais de l'avoir fait trop tôt.

M. Chaleix (Bordeaux). — La fièvre puerpérale sans localisation, dont M. Rapin a fait justice, se traduit par des lésions qui peuvent, à la vérité, quelquefois passer aisément inaperçues. Il faut les rechercher avec soin. Chez une femme dont les injections vaginales et utérines n'amélioraient pas l'état, un examen attentif révéla quelques eschares dissimulées dans les plis du vagin ; le pansement antiseptique fit cesser l'hyperthermie.

Lorsque la perméabilité du col n'est pas suffisante, je rejette l'emploi des tiges de laminaire; elles obturent l'utérus et amènent une rétention fâcheuse des produits de sécrétion ; mieux vaut accentuer la dilatation avec la sonde dilatatrice de Doléris ou les tiges d'Hegar.

Au point de vue de la prophylaxie puerpérale, il y a intérêt à accélérer la marche du travail dans les cas de rupture précoce de la poche des eaux, même si l'enfant est vivant.

M. Rivière (Bordeaux). — Le curettage utérin est indiqué après l'avortement ou l'accouchement à terme, toutes les fois que des débris placentaires que le doigt n'a pu entraîner au dehors sont retenus dans l'utérus et y déterminent des phénomènes infectieux.

Le curettage est une opération de choix et doit être précoce, lorsque, appelé au loin, dans un milieu où il est à présumer que l'antisepsie utérine sera insuffisamment faite, on se trouvera en présence d'accidents septiques au début, mais qui, à défaut d'antisepsie rigoureuse, ont chance de s'aggraver rapidement. C'est ce qu'on pourrait appeler l'indication de milieu.

M. Robert (Pau) signale un cas de septicémie puerpérale très grave, remontant à sept jours, soignée et guérie par les injections intra-utérines désinfectantes. L'orateur n'est pas partisan du curettage au cours de la septicémie, et le considère comme inutile ou dangereux.

M. Doléris (Paris), est partisan du curettage complet accompagné des opérations complémentaires d'antisepsie devenues classiques. Pratiqué en temps utile, sans atermoiement ni hésitation, c'est la vie sauve pour la malade : c'est, en outre, l'avortement des lésions profondes dans l'appareil génital. Plus l'intervention est hâtive et plus le succès est certain.

M. Chambrelent. J'ai employé la méthode des abcès fixateurs Fochier, dans sept cas d'infection puerpérale grave. Je me suis servi de chlorhydrate de quinine en solution concentrée.

Dans quatre cas j'ai obtenu une réaction locale très manifeste, avec formation consécutive d'abcès volumineux dont quelques-uns ont dû être ouverts au bistouri ; dans ces quatre cas la guérison est survenue après un laps de temps plus ou moins long.

Dans trois cas, au contraire, je n'ai vu se manifester aucune réaction locale : deux des malades sont mortes ; quant à la troisième, atteinte de manie puerpérale, elle est restée aliénée.

M. L. Hirigoyen (Bordeaux). — J'ai adopté un mode de traitement qui m'a donné des résultats assez favorables et que je recommande dans le cas d'infection déjà ancienne, profonde, malgré les moyens thérapeutiques précédemment employés. J'ai recours au pansement antiseptique du conduit utéro-vagino-vulvaire fait de la façon suivante ; 1° Lavage et nettoyage de la région ano-génitale ; 2° injection vaginale au sublimé à 1 0/00 ; 3° injection intra-utérine de six à dix litres d'une solution faible de sublimé (un gramme pour quatre à huit litres d'eau), faite avec une grosse sonde ; 4° badigeonnage de la cavité utérine à la glycérine créosotée ; 5° introduction d'un crayon d'iodoforme ou d'ichtyol et de sublimé, laissé à demeure dans la cavité utérine ; 6° tamponnement vaginal à la gaze iodoformée. Le pansement peut et doit être répété deux ou trois fois par jour suivant les indications jusqu'à ce que l'amélioration se produise.

Ce mode de traitement, auquel j'ajoute l'administration des toniques et de la quinine, m'a donné une mortalité de 20 0/0 seulement, alors qu'auparavant la mortalité dans les mêmes conditions était de 40 à 50 0/0.

M. Verchère. — Traiter les accouchées comme on traite les opérées : telle est la règle de conduite que l'on doit suivre. Aussi, je conseille non seulement l'antisepsie préobstétricale et l'antisepsie pendant l'accouchement, mais encore un véritable pansement rare, mais constant, après l'accouchement. La délivrance terminée, lavages avec solution de sublimé à 1 0/00 puis application intravaginale d'un tampon de gaze iodoformée qu'on laisse vingt-quatre heures : nouveau pansement le deuxième jour, renouvelé seulement le sixième et le onzième.

Si l'infection utérine s'est produite, il faut, dès le début, pratiquer la désinfection intra-utérine aussi complète que possible dans les deux formes de septicémie ; cette désinfection sera soit faite par le simple lavage intra-utérin, soit par le lavage associé au curettage s'il est nécessaire.

Séjour prolongé d'un fœtus vivant entre les membranes de l'œuf traumatiquement rompu.

M. Tarnier (Paris). — Une femme multipare dont les règles avaient disparu le 10 juin 1894, s'enfonça par mégarde une longue épingle dans l'abdomen cinq mois après. L'épingle fut retirée sans difficulté, mais peu après cette femme perdit des eaux et à partir de cette époque eut un suintement sanguin presque continuel. M. Tarnier pensa alors à une hémorrhagie due à une métrite provoquée par la pénétration de l'épingle.

Un mois après le fœtus est expulsé. Délivrance artificielle. On put remarquer alors que la déchirure des membranes était excessivement petite, aussi distendue que possible, elle admettait à peine une pièce de cinq francs et que la poche était elle-même de très faible capacité (deux cent dix centimètres cubes). Le fœtus déplaçait six cent quatre-vingts centimètres cubes de liquide. Evidemment, à un moment, par le fait du traumatisme, le fœtus était passé à travers les membranes et avait continué à se développer entre les parois de l'œuf et la paroi utérine.

Mollesse du crâne.

M. Grynfelt (Montpellier) fait une communication sur un certain nombre de cas, observés par lui, de mollesse du crâne par défaut d'ossification ou par ramollissement. Le diagnostic serait très difficile et assez souvent on avait pris le sommet pour un siège. Quand le crâne est mou, la tête, comparable à une boulette de cire suivant l'expression de

M. Fochier, ne sort qu'avec de grandes difficultés par suite de l'absence de point d'appui pour permettre la dilatation du périnée. Dans tous les cas observés par M. Grynfelt, l'ossification et le durcissement de la tête ont été très rapides. Au bout de quarante-huit heures, il n'y avait plus aucune différence entre ces têtes et les têtes d'enfants normaux. Quant à la cause de cette anomalie, elle a complètement échappé jusqu'à présent aux observateurs. Dans les cas de M. Grynfelt, l'urine de l'enfant et de la mère était normale et il n'y avait ni syphilis, ni rachitisme, ni ostéomalacie, dans un cas seulement il y avait hydramnios.

Myxome non vésiculaire du placenta.

M. Lugeol (Bordeaux) relate une observation de *myxome non vésiculaire du placenta*. Dans ce cas, certains cotylédons présentaient un développement considérable, et ce sont les lésions du placenta qui ont occasionné des hémorrhagies pendant la grossesse.

La maladie a dû être causée par une endométrite catarrhale préexistant à la grossesse. La muqueuse malade a empêché le développement normal du placenta et troublé les rapports de circulation entre cet organe et la caduque interutéro-placentaire.

Opération césarienne.

M. Merz (Alger) rapporte deux cas d'opération césarienne pratiquée avec succès pour la mère et pour l'enfant. Il insiste sur le danger d'hémorrhagie consécutive à l'extraction du fœtus et décrit un procédé destiné à combattre cette hémorrhagie.

Eclampsie.

M. Robert (Pau) communique l'observation d'une primipare qui fut prise d'éclampsie au septième mois de la grossesse et qui guérit à la suite d'un accouchement forcé par dilatation manuelle progressive, le col ayant encore toute sa longueur et n'étant nullement préparé.

Eclampsie et tétanos consécutifs aux morsures de la langue.

M. Abelin (Bordeaux). — Les observations de tétanos puerpéral sont rares et M. Vinay n'a pu en réunir que cent six cas, épars un peu partout ; cette rareté m'a engagé à vous présenter l'observation suivante :

Il s'agit d'une femme qui a été transportée le 20 mai 1893, en état d'éclampsie à la Maternité de Rochefort. A son arrivée dans cet établissement, elle présente de nombreuses contusions sur les membres inférieurs et des morsures profondes de la langue. Sous l'influence des lavements de chloral, les crises d'éclampsie s'amendent. Dès la dilatation complète, une application de forceps nous permet d'avoir un enfant vivant. Après l'accouchement, les crises d'éclampsie disparaissent. La malade se rétablit, mais au bout de huit jours, après avoir accusé de violentes douleurs dans la langue, cette femme présente des symptômes de tétanos et succombe quarante heures plus tard. La préexistence de spores de tétanos dans la cavité buccale, la stérilisation incomplète du lait peuvent, à la rigueur, être incriminées dans l'étiologie de la maladie, mais il paraît bien plus vraisemblable d'admettre que la contagion a eu lieu par le transport de la malade dans une voiture. Dans ce cas particulier, il est probable que les lésions du foie, qui existent dans l'éclampsie, ont encore assombri le pronostic d'une affection aussi grave par elle-même que le tétanos.

Nouvelles recherches anatomo-pathologiques sur les lésions du fœtus dans l'éclampsie.

MM. Cassaët et **Chambrelent** (Bordeaux) communiquent deux nouvelles observations d'éclampsie puerpérale, dans lesquelles ils ont étudié les lésions du fœtus.

Dans le premier fait il s'agissait d'un cas d'éclampsie peu grave : une seule attaque suivie d'une période comateuse très courte et survenue après l'accouchement. Cependant l'enfant était mort et macéré, le placenta était profondément altéré, on y constatait l'existence de noyaux hémorrhagiques anciens et récents ; par contre, l'examen microscopique du foie et des reins ne nous a révélé aucune lésion. La mort du fœtus paraît, dans ce cas, avoir eu pour cause unique les lésions placentaires.

La seconde observation a trait à un cas d'éclampsie beaucoup plus grave, survenue chez une multipare qui succomba quelques heures après l'accouchement. L'enfant mourut seulement quelques heures avant son expulsion ; le placenta n'était nullement altéré. Dans ce cas, on a trouvé, du côté des reins et du côté du foie du fœtus, des lésions très profondes et très nettes analogues à celles que les auteurs ont signalées il y a quelques mois.

SECTION DE PÉDIATRIE

Leucocythémie splénique chez un enfant de neuf mois.

M. E. Bitot (Bordeaux). — J'ai eu l'occasion d'observer un enfant de ma clientèle, né d'un père diabétique et d'une mère rachitique. Venu dans d'excellentes conditions, et nourri par une nourice mercenaire de choix, il s'est normalement développé jusqu'à l'âge de neuf mois, sans présenter de signes de rachitisme. Ce fut à cet âge que je constatai nettement une hypertrophie de la rate. Les ganglions étaient normaux partout, et un examen attentif n'a jamais pu nous en déceler l'augmentation de volume. Cette hypertrophie splénique s'accrut d'une manière constante, et l'enfant ne tarda pas à succomber avec de la fièvre et du purpura. L'examen du sang n'a malheureusement pas pu être pratiqué, à cause de l'opposition systématique de la famille. J'ai obtenu cependant de faire l'autopsie : la rate pesait deux cent vingt-cinq grammes et présentait dix-sept centimètres de longueur, neuf centimètres de largeur, et cinq centimètres d'épaisseur ; l'examen histologique en montra les vaisseaux gorgés de leucocytes. Le tissu splénique était transformé en un tissu réticulé farci de ces éléments. Il n'existait aucune trace de tuberculose. J'avais donc affaire à une leucocythémie à marche aiguë et d'une étiologie obscure, puisqu'on ne relevait chez le petit malade ni syphilis, ni impaludisme, ni rachitisme.

Des manifestations laryngées au cours de la stomatite impétigineuse.

M. Rocaz (Bordeaux). — L'histoire de la stomatite impétigineuse est toute récente ; aussi n'est-il pas étonnant qu'elle soit encore incomplètement connue : c'est ainsi qu'on n'a jamais, je crois, signalé les troubles laryngés qui l'accompagnent fréquemment.

J'ai observé à l'hôpital des Enfants de Bordeaux huit cas de stomatite impétigineuse dans lesquels ces manifestations laryngées étaient très nettes. Dans l'un, il s'agissait d'un enfant de deux ans et demi, amené à l'hôpital avec de l'impétigo de la face, notamment des lèvres, et une stomatite caractérisée par la présence de fausses membranes diphthéroïdes sur la face interne des lèvres et sur la langue ; en même temps existaient de l'aphonie, une toux rauque, un peu de tirage. Le diagnostic porté fut celui de diphthérie. L'examen bactériologique démontra cependant que les fausses membranes étaient dues au staphylocoque doré. Les accidents laryngés ne durèrent que trois jours et guérirent spontanément.

Dans les sept autres observations que j'ai recueillies, on notait de l'enrouement apparaissant au cours d'une stomatite impétigineuse dont le diagnostic avait été basé sur la présence de plaques d'impétigo au voisinage de la bouche et sur l'examen bactériologique de fausses membranes. A cet enrouement se joignait parfois une petite toux étouffée, quinteuse.

Ces troubles laryngés étaient d'ailleurs très éphémères ; leur durée variait entre deux et quatre jours. Ils ne survenaient qu'après l'apparition des plaques de stomatite et disparaissaient avant elles (dans un seul cas j'ai vu la stomatite guérir avant la laryngite). En général, ces troubles ne sont pas graves et ils guérissent spontanément. Leur fréquence au cours de la stomatite impétigineuse me paraît très grande ; je l'ai notée huit fois sur vingt et un cas de stomatite observés. Sur ces huit cas, sept appartiennent à des sujets du sexe féminin, d'âges divers.

Je crois que ces manifestations laryngées sont dues à une congestion passagère de la muqueuse du larynx, qui participe ainsi à cette hyperémie intense de la muqueuse bucco-pharyngée qu'on observe dans la plupart des cas de stomatites étendues.

Ces troubles fonctionnels du larynx, au cours d'une stomatite impétigineuse, en rendent beaucoup plus délicat le diagnostic différentiel d'avec la diphthérie, la nature de l'affection ne pouvant être affirmée dans ce cas qu'après examen bactériologique.

M. Bézy. — J'ai observé également plusieurs cas de stomatites impétigineuses s'accompagnant de troubles laryngés. Comme M. Rocaz, je crois qu'il s'agit d'une simple congestion du larynx; j'ai pu, en effet, pratiquer plusieurs fois au cours de ces accidents l'examen laryngoscopique, et je n'ai jamais constaté qu'une simple hyperémie de la muqueuse.

Epidémie de perlèche.

M. Négrié relate une petite épidémie de perlèche qu'il a observée dans son service en 1887 et qui s'est produite dans les circonstances suivantes :

Un enfant de neuf ans et demi est reçu dans le service porteur d'une perlèche type. Il a l'habitude d'embrasser ses camarades. Un de ceux-ci, avec lequel il joue de préférence, est contagionné quinze jours après son entrée à l'hôpital; ces deux enfants communiquent la maladie à deux de leurs voisins soit par des baisers, soit par l'échange des verres pendant le repas. Une infirmière de la salle contracte la maladie de la même façon.

Ces faits prouvent avec évidence la nature contagieuse de cette affection.

Diagnostic de la tuberculose chez l'enfant.

M. Martinez Vargas. — Parmi les différentes manifestations de la tuberculose figure la température fébrile qui, par sa marche irrégulière et sa forme intermittente, permet souvent la confusion avec l'impaludisme, principalement lorsque le ou les foyers tuberculeux sont invisibles et n'ont pas encore produit quelques symptômes qui révèlent leur existence.

Au milieu de ces manifestations incertaines, la courbe thermométrique des tuberculeux présente un caractère assez expressif : celui d'être au-dessous de la température normale à divers moments de la journée. C'est une hypothermie non transitoire, comme dans la grippe ou dans la période terminale de quelques maladies fébriles et qui persiste pendant des jours entiers, même durant des semaines.

J'ai pu réunir douze cas montrant une relation étroite entre cette hypothermie et la tuberculose pulmonaire, articulaire, diffuse et vertébrale, chez des enfants âgés de six mois à huit ans et chez un adulte de dix-neuf ans.

M. Négrié. — J'ai souvent, en effet, constaté une hypothermie manifeste chez de jeunes enfants qui ne présentaient aucun signe bien net de tuberculose; l'autopsie démontrait cependant qu'ils avaient succombé à une affection tuberculeuse généralisée.

M. Piéchaud. — Peut-être cette hypothermie tient-elle à des lésions rénales. A l'autopsie d'enfants morts de tuberculose, on trouve très souvent les reins atteints de lésions tuberculeuses qui passent inaperçues pendant la vie et sont capables de troubler la sécrétion urinaire.

ASSOCIATION AMÉRICAINE DE CHIRURGIE

Réunion annuelle tenue à New-York.

Traitement de l'hypertrophie de la prostate.

M. Pilcher. — Depuis 1893, l'expérience a prouvé que, les hommes âgés atteints d'hypertrophie de la prostate, dégénérescence de cette dernière et le libre cours de l'urine sont souvent obtenus par la castration, mais aussi dans certains cas cette opération amène assez vite une fatale. Il reste donc à déterminer la part exacte de danger qu'entraîne l'hypertrophie obstructive de la prostate. Bien des conditions pathologiques peuvent produire cette hypertrophie : s'il y a accroissement du tissu glandulaire, on a un adénome, il s'agit d'un myome quand c'est le tissu musculaire qui s'hypertrophie, d'un fibrome quand le tissu fibreux se forme en excès, d'un épithéliome quand le tissu épithélial prolifère. Ces différents processus peuvent du reste se combiner entre eux de diverses manières. Enfin l'occlusion de l'urèthre peut être produite par un gonflement accidentel dû à des processus de dégénérescence, de congestion ou d'inflammation. Il est évident que les indications de la castration varient beaucoup suivant que l'obstruction est due à l'une ou l'autre de ces causes. Une obstruction subite due à de la congestion n'est pas justiciable d'une castration et cela est encore vrai quand elle reconnaît pour cause une tumeur maligne ou une tuberculose. Quand l'obstruction est due à une adénome, on peut admettre que la castration est indiquée par comparaison avec la relation qui existe entre le développement de l'utérus et celui de la mamelle. Si cette proposition se vérifie, on arrivera peut-être ainsi à voir que c'est dans les cas d'adénome que la castration réussit, tandis qu'elle serait inutile dans les autres cas. J'ai vu un cas qui semble confirmer cette opinion. Il s'agissait d'un malade de soixante-quatorze ans ayant depuis vingt ans des symptômes d'occlusion prostatique. On fit la double castration le 19 janvier 1895; au cours de l'opération, le malade étant endormi, on tenta vainement de faire le cathétérisme. Six jours après l'opération le cathétérisme était devenu très facile à faire; depuis cette époque on a continué à sonder le malade; actuellement il urine seul et son état s'améliore continuellement.

Malgré cela, l'examen ne révèle aucune diminution du volume de la prostate. J'ai observé un autre malade atteint d'une orchite chronique double; il était âgé de soixante-sept ans. Il avait eu une hydrocèle double, étant jeune, et il avait souffert de névralgie pendant quatorze ans. La ponction avait guéri l'hydrocèle. Récemment, les deux testicules s'étaient hypertrophiés au point d'avoir chacun le volume d'un œuf de poule et ils avaient pris une consistance dure. On fit la double castration. En se réveillant, le malade fut pris d'un délire violent; l'urine contenait de l'albumine, du sang, des cylindres hyalins; la plaie guérit par première intention, mais le malade mourut, six jours après l'opération, d'épuisement. Les dangers de la castration consistent dans l'urémie qu'elle peut entraîner. Fauld a eu ainsi sur six opérés trois morts par urémie et Buchler en a rapporté un cas.

M. Pierson. — Sans doute, c'est là une opération que nous ne connaissons pas encore dans toutes ses conséquences : mais nous savons que souvent elle peut rendre des services. J'ai opéré trois sujets : l'un avait soixante-quinze ans et présentait des symptômes graves d'occlusion de l'urèthre prostatique avec émission de sang; à la suite de la castration double, j'ai laissé en place une sonde pour drainer la vessie; le malade alla bien pendant six jours, puis survinrent des symptômes graves. On trouva de la gangrène au niveau de l'ouverture du scrotum; le malade mourut onze jours après l'opération. La gangrène était probablement due à une infection produite par la sonde à travers un urèthre malade. A l'autopsie, on vit que la prostate s'était rétractée. Dans ce cas, il n'y avait, au moment de l'opération, aucun doute possible au sujet du diagnostic. Dans un autre cas, où il y avait des symptômes très alarmants, l'opération amena une amélioration immédiate.

M. Alexandre. — En raison de la facilité d'exécution qu'offre la castration, je crains qu'on n'y ait recours trop facilement. Je ne crois pas que les tissus hypertrophiés dégénèrent aussi rapidement que semblent l'indiquer les observations. A mon avis, cette opération en est encore au stade de l'expérimentation physiologique.

Traitement opératoire du cancer.

M. Garrish. — Ce qu'il y a d'important dans cette question, c'est la relation qui existe entre le système lymphatique et les diverses régions les plus souvent atteintes de cancer; malheureusement cette question est très peu connue. Les observations démontrent que quelque près du début de l'affection qu'on fasse le diagnostic et l'opération, les glandes

lymphatiques les plus voisines n'en sont pas moins infectées. Or un quart seulement des amas ganglionnaires peuvent être enlevés par une opération, qui pourrait songer, par exemple, à enlever tous les ganglions mésentériques.

Traitement opératoire du cancer des organes génitaux de l'homme.

M. Mc Guire. — Sur cent cas de cancer, il y a à peu près un cas de *cancer du pénis*, lequel survient en général après la période moyenne de la vie. Généralement l'affection débute par la face interne du prépuce ou plus souvent par le gland; elle commence par une petite vésicule ou un petit nodule, qui ne tarde pas à s'ulcérer; cette ulcération a des bords indurés; toute cause d'irritation active la marche du cancer. La gaine élastique oppose d'abord une barrière à la marche de l'affection, mais celle-ci rompue, la maladie gagne le corps du pénis et envahit les ganglions de l'aine. Si on n'intervient pas, l'affection a une durée d'environ vingt-deux mois. Le plus souvent il s'agit d'un épithélioma; on ne peut confondre que la syphilis avec cette affection. Souvent il y a en même temps un phimosis.

Quand on opère de bonne heure, le pronostic est assez favorable; il faut toujours opérer largement; quand la simple excision ne peut suffire en raison de l'extension de la maladie, il faut pratiquer l'amputation de l'organe. Souvent, pour enlever la portion libre du pénis, on pratique, en arrière du point malade, une incision circulaire, puis on sectionne l'urèthre dont on suture la muqueuse à la peau. L'inconvénient de ce procédé, c'est que l'urèthre se rétracte, et la guérison par transformation de tissu de granulations marche lentement. Il vaut donc mieux opérer de la façon suivante: le chirurgien se tient à la droite du malade et entoure la base du pénis d'un tube de caoutchouc pour empêcher l'hémorrhagie. On introduit le bistouri à travers la peau à la jonction du corps spongieux et du corps caverneux d'un côté et on le fait ressortir au point correspondant du côté opposé en passant seulement au-dessous de la peau. On taille ainsi un lambeau convexe du côté du gland. Commençant alors à une des extrémités de ce lambeau, on transfixe le pénis en passant entre les corps caverneux et le corps spongieux, et on fait sortir le contenu du côté opposé, à l'autre extrémité du lambeau précédemment taillé. On conduit alors la lame horizontalement entre les corps caverneux et spongieux sur un espace de deux centimètres environ, puis on amène la lame en bas et en arrière pour faire un lambeau postérieur. Ce dernier contient l'urèthre qu'il faut isoler par la dissection. On fend alors verticalement la masse des corps caverneux allant en arrière jusqu'au point où on fait la transfixion; on fait alors les ligatures qui sont au nombre de quatre au moins: la dorsale de la verge et les deux caverneuses; on enlève alors la bande de caoutchouc et on fait encore quelques ligatures dans les points qui donnent du sang. On fait alors une petite ouverture dans le centre du lambeau antérieur de peau, et on attire l'urèthre dans cet orifice, on le fend et on le suture dans cette situation; pour cela il faut au moins quatre points de suture. On suture ensuite l'un à l'autre le lambeau antérieur et le postérieur. On obtient ainsi une enveloppe cutanée pour l'extrémité du pénis et la guérison va plus vite. Pendant plusieurs jours, il faut enlever l'urine avec la sonde. On fait un pansement à l'iodoforme. Il y a une tendance à la fermeture de l'orifice de l'urèthre et il faut maintenir cette ouverture en passant des sondes métalliques graduées. Souvent, on pratique l'amputation du pénis à l'aide du galvano-cautère ou de l'écraseur, mais ces procédés exposent à des hémorrhagies secondaires. Quand l'affection a envahi jusqu'au scrotum, il est probable que le meilleur procédé est celui de M. Pearce.

Le *cancer du scrotum* est fréquent chez les ramoneurs, chez les ouvriers qui travaillent le coaltar ou la parafine; il se produit d'abord des verrues, des nodules, qui, ensuite, dégénèrent en cancers. Ces cancers ont en général des cellules grandes ou polymorphes. L'opération doit être radicale.

Le *cancer du testicule* affecte d'ordinaire la forme médullaire; le squirrhe est rare; il apparaît entre vingt et quarante ans: il est rare après soixante ans; dans un tiers des cas on trouve à l'origine une contusion. La durée moyenne est de deux ans. Les principaux éléments du diagnostic sont les suivants: 1° hypertrophie progressive, sans inflammation; 2° consistance inégale dans les différents points; 3° absence de transparence; 4° tendance à la dilatation des veines scrotales et à l'adhérence du tissu du scrotal; 5° douleurs croissantes; 6° dans le cas de doute, recourir à des ponctions antiseptiques ou mieux à des incisions exploratrices; 7° augmentation de volume du cordon et des ganglions lombaires. La castration offre peu de dangers; la guérison permanente n'est pas probable. Dans beaucoup de cas qu'on a regardés comme guéris, il s'agissait peut-être de sarcomes. Quand la maladie est arrivée au point qu'il y a des masses secondaires dans la fosse iliaque, dans la région lombaire, ou qu'il y a de la cachexie, il ne faut pas intervenir.

Le *cancer de la prostate*, quoique rare, l'est probablement moins que les statistiques ne l'indiquent, car souvent on le confond avec l'hypertrophie. Il y en a deux variétés, la molle et la dure, qui diffèrent aussi par leur évolution clinique. La variété dure s'accompagne de rétention d'urine, de ténesme vésical, de douleurs très vives, d'émission de sang; la variété encéphaloïde ne produit que peu de symptômes vésicaux au début, mais elle s'accompagne de douleurs rectales, de ténesme rectal et de difficulté dans la défécation. La variété dure est la plus fréquente; elle oppose une barrière à la sonde: la variété molle s'étend d'emblée en arrière vers le rectum. Le diagnostic est difficile: dans le cas de squirrhe on se fondera sur l'existence de douleurs intenses et d'une tumeur solide caractérisée par une dureté de pierre; dans la variété encéphaloïde, la tumeur est semi-élastique, fluctuante, il y a des hémorrhagies rectales et de la cachexie. Ce qui distingue la variété dure de l'hypertrophie prostatique, c'est: 1° la pollakiurie et la difficulté de la miction hors de proportion avec le volume de la prostate; 2° il est souvent difficile ou impossible d'introduire une sonde métallique dans l'urèthre; 3° il y a des douleurs continues dans le bassin, se propageant souvent aux cuisses et aux jambes; 4° un écoulement de sang précède ou suit souvent l'écoulement de l'urine. La prostate hypertrophiée est dure comme une pierre; de plus, par le toucher rectal on peut souvent découvrir qu'une ou que les deux vésicules séminales sont indurées. En général, le diagnostic de la variété molle est plus difficile à faire et on ne le fait que quand l'affection est déjà très avancée; les premiers symptômes attirent l'attention du côté du rectum; il y a d'abord des mictions fréquentes, du ténesme, de l'émission de sang et de mucus; dans une deuxième période, il y a de l'incontinence ou de la rétention fécale, les mictions continuant à être fréquentes; le toucher rectal révèle l'existence d'une grosse tumeur molle, élastique, tenant à la prostate et se propageant en arrière vers le rectum, pouvant même faire irruption dans son intérieur et remplir le bassin. Le traitement est palliatif; il consiste à vider la vessie et le rectum; il peut être utile de faire un anus artificiel. On n'a encore proposé aucune opération radicale; on a bien enlevé la prostate et la base de la vessie, mais les résultats ne sont pas encourageants. Quatre-vingts ou quatre-vingt-dix fois pour cent, on voit à l'autopsie des sujets atteints de cancer de la prostate que d'autres organes sont aussi cancéreux.

Cancers des lèvres, de la langue, du plancher de la bouche et du pharynx.

M. Conner. — On peut facilement enlever le cancer de la lèvre, quand l'affection est limitée à son bord libre; il suffit alors d'une excision en V. Le plus souvent, quand on voit le malade, les ganglions sous-maxillaires sont déjà envahis. Soixante ou soixante dix pour cent des insuccès opératoires sont dus à une extirpation incomplète de ces ganglions; il faut donc faire à ce point de vue une exploration complète, ce qui n'augmente pas beaucoup la gravité de l'opération.

Le cancer de la langue forme environ la dixième partie de la totalité des cas de cancers. Le plus souvent il y a une hypertrophie ganglionnaire frappant sur les ganglions sous-maxillaires, sterno-mastoïdiens, carotidiens. Les résultats opératoires ne sont guère satisfaisants. Quand on enlève complètement la langue, la récidive est rare dans le pédicule de cet organe, mais elle se produit dans les ganglions. Il faut recourir à de larges excisions faites de très bonne heure. Dans le choix du procédé, on sera guidé par cette considération, qu'il faut opérer le plus largement possible en faisant courir au malade, un minimum de dangers. Quand l'affection est prise tout à fait au début et qu'elle est localisée

sur le bord libre de la langue, l'ablation au bistouri ou aux ciseaux, suffit. L'hémorrhagie est peu abondante et la guérison est rapide; la langue est du reste peu endommagée. Quand l'affection est plus étendue, et qu'elle nécessite l'ablation entière de la langue, on pourra recourir au procédé de Whitehead. Toutes les fois que la maladie n'a pas été prise tout à fait à ses débuts, il faut compléter l'intervention intrabuccale par une incision exploratrice dans la région sous-maxillaire, permettant d'enlever les ganglions malades.

Le cancer primitif du pharynx est rare; on n'y trouve généralement que des dépôts secondaires contre lesquels toute intervention est superflue. Quand l'affection est primitive et confinée au voile du palais, on peut l'enlever par le bistouri ou les ciseaux; quand l'opération est faite assez largement et assez tôt, elle peut assurer une guérison permanente. Le cancer des amygdales envahit trop rapidement les tissus profonds pour qu'une intervention puisse être utile; mais cette affection est rare.

Traitement opératoire du cancer du rectum.

M. Gerster. — Avant 1885, cette opération donnait de très mauvais résultats et trop souvent les malades mouraient d'hémorrhagie, d'infections, etc. Gennis et Volkmann ont donné une grande impulsion à cette opération en montrant que le cancer du rectum a une nature moins maligne que celle des cancers glandulaires, comme celui de la mamelle. Les procédés opératoires étaient limités à l'incision circulaire, l'incision circumanale, l'incision périnéale et la coccygienne. Cette dernière, comprenant l'ablation du coccyx, fut pratiquée dès 1874; mais elle ne donna alors que peu de résultats. Volkmann marcha par hasard dans la voie du progrès, en ouvrant le canal sacré et en s'apercevant que cela n'était suivi d'aucun mauvais résultat. Son élève Kraske, partant de cette observation, arriva à pratiquer une résection partielle du rectum; cela lui permit d'attaquer le mal par derrière, de drainer, de faire de l'antisepsie, et d'éviter les hémorrhagies si dangereuses dans les autres procédés. Kraske publia son procédé en 1885. La mortalité opératoire tomba du coup de 55 à 20 0/0. Une grande part de ce succès était due à la possibilité d'un drainage et de l'application de moyens antiseptiques. De plus en attaquant l'intestin par derrière, on peut l'isoler des parties voisines et on peut séparer la portion malade de la portion saine. Après l'ablation de la région malade, on peut traiter le reste de l'intestin suivant le meilleur procédé exigé par les circonstances. En somme, à partir de cette époque, l'opération commença à devenir facile, relativement peu sanglante et peu dangereuse. Il peut être utile dans certains cas de faire préventivement un anus contre nature; on devra, dans ce cas, le pratiquer dans la région inguinale gauche; cependant il faut le faire à droite, quand il y a un mésocolon excessivement court. L'opération de Kraske subsiste dans tous ses points essentiels, mais elle a été un peu modifiée, notamment par Heineke, qui fait une incision externe en forme de T. Quant à l'opération chez la femme, je suis étonné qu'on n'ait pas plus tôt utilisé la route qu'offre le vagin. Ce n'est que récemment que Riens a enlevé chez la femme un cancer du rectum par cette voie. Quand on opère il faut avoir soin que le bassin du sujet soit fortement soulevé, cette position, entre autres avantages, offre celui de diminuer les chances d'hémorrhagie. Il faut conserver intacts les vaisseaux mésentériques, sinon il peut se produire une gangrène de l'intestin. On a regardé comme excellent, quand on le peut, d'attirer en bas le bout sain du rectum et de le fixer à la peau. Mais on peut faire à cette pratique deux objections : 1° souvent il ne se fait pas de réunion par première intention; 2° il se forme plus tard un rétrécissement. Je crois que la défécation au bout de vingt-quatre heures n'a pas d'inconvénient; cependant plusieurs chirurgiens préfèrent constiper leurs opérés pendant plusieurs jours.

M. Tiffany. — Les opérations sur le plancher de la bouche doivent être faites à travers une ouverture pratiquée dans ce plancher et non pas à travers l'orifice buccal. Je crois que le cancer est une affection primitivement locale; il faut donc pratiquer des extirpations complètes.

REVUE DES JOURNAUX

Paralysie générale (Kurze Mittheilung zu dem Ulnarissymptom (Biernacki) bei Paralyse), par Boedeker et Falkenberg (*Allgem. Zeit. für Psychiatrie*). — Cramer avait pensé que l'analgésie dans le domaine du nerf cubital, signalée par Biernacki dans le tabes, se rencontre dans les trois quarts des cas dans la paralysie générale. Les auteurs, en reprenant cette question, arrivent aux conclusions suivantes :

1° L'analgésie dans le domaine du nerf cubital ne constitue pas un symptôme caractéristique pour la paralysie générale et par conséquent il ne peut pas servir comme signe différentiel de diagnostic.

2° Ce symptôme paraît être plus fréquent chez les paralytiques généraux chez lesquels il existe en même temps une affection des cordons postérieurs.

Antitoxine tétanique (Ueber einen mit Tizzoni's Antitoxin behandelten Fall von Tetanus puerperalis), par Walko (*Deuts. med. Woch.*, 5 septembre 1895, n° 36, p. 59). — Femme âgée de vingt-quatre ans qui, le 11 avril dernier, accoucha d'un enfant qui mourut deux heures après. L'accouchement a été un peu difficile à cause d'un placenta prævia et le médecin a eu recours au tamponnement pour arrêter l'hémorrhagie. Elle est sortie de l'hôpital le 19 avril, mais peu de temps après elle éprouva de la dysphagie et le lendemain elle ne pouvait plus ouvrir la bouche. Actuellement, la malade, qui est d'une très bonne constitution, a des contractions tétaniques dans les muscles de la face, du trismus, de l'opisthotonos. De temps en temps, il y a des crampes généralisées. La température est de 38°9, le pouls fréquent, irrégulier à cent vingt et trente respirations par seconde. Les réflexes plantaire et patellaire sont exagérés. La malade a reçu pendant quatre jours des injections avec l'antitoxine de Tizzoni. Mais elle est morte dans une attaque de tétanos le 28 avril. Il n'y a pas eu d'hyperthermie post-mortem. Le contenu du vagin et de l'utérus a été examiné après la mort et l'on n'a pas trouvé le bacille du tétanos. Il paraît que l'antitoxine ne donne pas de bons résultats dans les cas graves avec marche rapide.

Névrites périphériques dans les pays chauds (Ein weiterer Beitrag zur Ætiologie der multiplen neuritis in der Tropen), par Eelogner (*Virch. Arch. Band.*, 141 Heft 3, p. 401). — L'auteur pense qu'on peut diviser les maladies causées par le beriberi en deux groupes : 1° des cas dans lesquels il existe une hypertrophie de la rate, de la fièvre à type irrégulier avec pouls quelquefois intermittent; 2° des cas dans lesquels on n'observe pas ces manifestations. Il considère le beriberi comme une maladie infectieuse ressemblant à la malaria et qui peut s'accompagner de manifestations du côté du système nerveux périphérique.

Vertige (Ueber den Schwindel), par Mendel (*Berlin. klin. Woch.*, 1er juillet 1895, n° 26, p. 557). — Mendel, après avoir repris les idées de Purkinje sur le vertige, après avoir commenté des faits pathologiques et les expériences des physiologiques, arrive à conclure que le vertige est un complexus symptomatique qui dépend essentiellement d'un trouble d'équilibration produit par des altérations dans l'appareil musculaire des yeux. Quand cet appareil est intact on doit chercher la cause dans un trouble circulatoire passager des noyaux des muscles oculaires, noyaux qui sont très mal irrigués par rapport à d'autres et tout trouble de circulation intracrânienne retentit d'abord sur la circulation des centres qui innervent les globes oculaires.

Névrite localisée et rhumatisme (The differential Diagnosis between localized Neuritis, Rheumatism and some other conditions that give similar symptoms), par L. F. Bishop (*Journ. of Nerv. and Mental Disease*, juillet 1895, n° 7). — L'auteur de l'article n'apporte aucune notion nouvelle importante pour la solution de la question qu'il traite. Il s'occupe particulièrement de l'élément douleur dans ces divers états morbides. Il passe en revue dans chaque état les caractères de la douleur, étudie son siège dans la névrite, dans le rhumatisme, les névralgies, la neurasthénie, les intoxications et les infections.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 *octobre* 1895.

Présidence de M. Empis.

Toxicité comparée des diverses boissons alcooliques.

M. G. Daremberg. — L'injection intraveineuse est tout aussi bonne pour essayer la toxicité des boissons alcooliques que pour essayer la toxicité des médicaments. Quand on a soin de diluer l'alcool au-dessous du titre de 40°, on évite les coagulations spéciales à l'action de l'alcool sur les matières albuminoïdes. Cette méthode a montré ce que montrent la clinique et la chimie :

1° L'alcool pur à 10° est moins toxique que les alcools impurs, par exemple, que l'eau-de-vie, et surtout la vieille eau-de-vie de vin au même titre alcoolique de 10°.

2° L'eau-de-vie de vin à 10° est moins toxique que le vin à 10°. L'eau-de-vie est en effet du vin purifié.

3° Le vin rouge est très sensiblement plus toxique que le vin blanc, quand le vin blanc est produit par la fermentation du jus seul de raisin. Tandis que le vin rouge est toujours produit par la fermentation de la peau, des pépins et du jus. Les impuretés venant de ces substances et souvent aussi de la grappe sont constituées par des huiles essentielles, du furfurol et des alcools supérieurs, des acides volatils, du tanin et du bitartrate de potasse. Ce dernier sel, comme tous les sels de potasse, est dangereux lorsqu'il est absorbé en notable quantité pendant longtemps. Il contribue à former la toxicité spéciale du vin rouge. Ces études et celles qui les compléteront, pourront apporter quelques modifications utiles dans la fabrication des vins, surtout des vins rouges, sans leur enlever leur alcool et leur arome.

La toxicité des boissons alcooliques ne se manifeste dans tous ses effets que chez les individus dont les reins et le foie fonctionnent mal. Les personnes saines éliminent facilement les poisons contenus dans les boissons alcooliques, poisons qui dans certaines circonstances peuvent devenir de très utiles excitants momentanés.

Variétés de soufre.

M. Prunier. — L'instabilité des spécimens les plus usités du soufre m'a conduit à rechercher des formes moins variables à la fois et plus actives et à se procurer à volonté le soufre nacré, le soufre insoluble, le bisulfure d'hydrogène et une série de combinaisons nouvelles dans lesquelles se trouvent associées les propriétés curatives du soufre et de l'iode, en faisant entrer en ligne de compte pour chacun d'eux leurs différents états allotropiques.

Le soufre en canons ou soufre ordinaire est peu employé en médecine et on donne la préférence à la fleur de soufre et au soufre précipité. Ce résultat empirique trouve son explication dans la nature plus ou moins complexe des trois variétés en question.

Le *soufre en canons*, formé presque exclusivement de soufre octaédrique, se rapproche de l'espèce chimique pure et amenée à l'état stable et définitif, molécule S^4 [S^8].

La *fleur de soufre* au contraire, amorphe, formée à haute température et retenant à la fois du soufre mou, du soufre vésiculaire, du soufre insoluble et du soufre ordinaire, constitue un mélange en voie de transformation lente qui tend à retourner à l'état de soufre ordinaire.

Il n'est pas surprenant que ce mélange présente d'abord les propriétés du soufre ordinaire et en outre celles du soufre mou, du soufre vésiculaire, etc., qu'il contient. D'autre part, ces propriétés ne sont pas invariables puisque les proportions des éléments étrangers varient avec le temps d'une manière continue.

Enfin le *soufre précipité*, obtenu à froid, et qui représente le médicament sous sa forme la plus active, doit cette activité non seulement à son état de division très accentué, mais en outre à la présence d'éléments nouveaux : soufre nacré qui paraît former la transition avec le soufre octaédrique et le soufre prismatique, et surtout le bisulfure d'hydrogène qui apporte avec lui les propriétés des sulfures en même temps qu'il dégage peu à peu de l'hydrogène sulfuré. Ce dernier groupe de corps dont l'action est énergique contribue certainement à donner au soufre précipité une activité spéciale.

En revanche, cette activité est variable et d'autant moindre que le produit est plus ancien, puisque les sulfures d'hydrogène disparaissent peu à peu avec le temps, et que le soufre nacré passe à l'état octaédrique.

M. Fournier. — Le soufre, dont l'emploi était si fréquent autrefois dans le traitement des affections cutanées, a dû peut-être le dédain excessif dont il est aujourd'hui l'objet à ce que ses préparations sont singulièrement infidèles. Il faut avoir soin de ne se servir que du soufre précipité et lavé, si l'on veut obtenir des effets thérapeutiques suffisamment efficaces.

Prétendu rôle pathogène des tiques ou ixodes.

M. P. Magnin. — En Espagne on accuse ces parasites d'être venimeux et de provoquer chez l'homme le développement d'une maladie spéciale, sorte d'urticaire aiguë et grave qu'on a nommé *ixodisme*. En Amérique, on accuse les mêmes parasites d'être les agents de transmission d'une maladie contagieuse des grands ruminants, qu'on nomme la *fièvre du Texas*.

Si l'on se base sur l'étude approfondie qu'il a faite depuis de longues années, de l'organisation, de la physiologie et des mœurs des ixodes, on démontre que les femelles fécondées seules s'attachent aux animaux à sang chaud pour leur emprunter un peu de sang qui, transformé en vitellus, sert à nourrir leur nombreuse progéniture; qu'elles se fixent à la peau de manière qu'il leur est impossible de passer d'un animal sur un autre ; qu'elles s'en détachent quand elles sont repues pour aller se cacher dans la terre où elles pondent tranquillement et meurent ensuite, qu'il leur est impossible, par conséquent, d'être des agents de transmission de maladie, même quand le sang qu'elles auraient absorbé serait contaminé.

En ce qui regarde le prétendu pouvoir venimeux des ixodes, de nombreuses observations faites en France, tant sur l'homme que sur les animaux et une expérience faite sur lui-même par M. Magnin, démontrent que ce pouvoir venimeux n'existe pas.

En somme, malgré leur aspect répugnant, malgré l'armature formidable de leur rostre à laquelle ils doivent la solidité de leur adhérence, les tiques ou ixodes sont, parmi les acariens parasites, des plus inoffensifs.

M. Leblanc. — Les tentatives d'inoculation d'animaux sains au moyen d'ixodes provenant de bœufs malades n'ont donné aucun résultat. Au contraire, le contact des animaux malades avec des animaux indemnes confère à ceux-ci la maladie qui peut même survenir lorsque les bœufs sont enfermés dans les locaux où on a conservé auparavant des animaux malades. D'ailleurs, dès que les animaux remontent du sud de l'Amérique du nord vers des régions plus septentrionales, la maladie disparaît. C'est donc une preuve encore qu'il s'agit d'une affection analogue dans son évolution à la malaria.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 *octobre* 1895.

Présidence de M. Hayem.

Traitement de la pneumonie par les inhalations de nitrite d'amyle.

M. Hayem. — Mes expériences sur les corps méthémoglobinisants m'avaient montré que le nitrite d'amyle était beaucoup moins dangereux que tous les autres et pouvait être

employé dans les maladies des voies respiratoires. Il forme, en effet, la méthémoglobine dans le globule même sans détruire le stroma globulaire, donc sans entraîner d'anémie consécutive. Malgré l'avis des auteurs qui ont toujours jusqu'ici considéré ce corps comme très dangereux, mes expériences m'ont conduit à admettre qu'on peut en user beaucoup plus largement, puisqu'en une seule séance, j'ai pu en donner jusqu'à cent gouttes sans accidents. J'ai essayé ce corps dans la tuberculose et dans la pneumonie. Dans la tuberculose, les résultats n'ont pas été très favorables; il n'en a pas été de même dans la pneumonie.

Pour éviter la diffusion des vapeurs qui peuvent incommoder l'entourage et le médecin, je me sers pour les tuberculeux d'un petit inhalateur de verre, mais ce mode d'administration est inapplicable aux pneumoniques pour qui je me sers de la compresse. On y verse quinze gouttes de nitrite d'amyle, en tenant la compresse à deux ou trois centimètres du visage, on recommence à la même dose une deuxième et une troisième fois, de façon qu'en un espace de temps de trois à cinq minutes on use une cinquantaine de gouttes du médicament.

Les phénomènes qui suivent, sont ceux consécutifs aux inhalations de nitrite d'amyle : rougeur de la face, accélération du pouls et de la respiration; puis fréquence très grande et petitesse du pouls, et parfois même légère cyanose des membres. Mais ces phénomènes disparaissent rapidement, et il faut aller jusqu'à cent gouttes chez l'homme pour avoir au spectroscope une raie appréciable dans l'examen du sang. En général, une seule inhalation par jour suffit, quelquefois deux, sans que j'aie jamais observé d'accidents. Le traitement se poursuit même deux ou trois jours après la défervescence complète. Selon les susceptibilités particulières on peut naturellement varier la dose.

Malgré le nitrite d'amyle je donne à mes malades l'alcool sous forme de cognac, quatre-vingts à cent grammes.

Ce traitement n'a pas d'influence sur la durée, ni sur la marche de la maladie : les effets sont purement locaux : diminution de la dyspnée, crachats moins visqueux, atténuation des phénomènes stéthoscopiques. Il ne s'agit pas d'une action antimicrobique, car les vapeurs de nitrite d'amyle atténuent sans les détruire des bacilles tuberculeux, je n'ai pas d'expériences au sujet de sa valeur antipneumococcique.

Son influence sur le terrain dont il renforcerait la résistance me paraît non moins douteuse. Il me paraît plus probable qu'il agit commme vasomoteur en provoquant une forte fluxion pulmonaire, qui favorise la reprise de la circulation du sang dans les foyers pneumoniques, et hâte la résorption des exsudats.

Voici quelques résultats qui portent sur un nombre évidemment trop restreint d'observations :

Sur trente et un cas en 1893, je n'ai eu que quatre décès: soit 12,9 0/0; en 1894, la mortalité fut plus élevée, 21 0/0. Cette statistique, étant donné le milieu hospitalier de Saint-Antoine, n'en est pas moins satisfaisante, et le traitement par le nitrite d'amyle est celui qui, jusqu'à présent, y a donné les meilleurs résultats.

M. Ferrand. — L'action toxique du nitrite d'amyle est en effet moins grande qu'on l'a cru d'abord, j'ai observé des malades, des aortiques, qui en usaient, en abusaient même sans inconvénient, au point d'avoir leur nitrite d'amyle en flacons et de s'en servir sans contrôle.

M. Rendu. — Il y a bien des variétés dans la tolérance vis-à-vis ce médicament. Souvent j'ai dû y renoncer dans ma clientèle, il donnait du vertige, des étourdissements. Par contre, en effet, d'autres malades en usaient sans compter.

M. Hayem. — Ce qui doit être mis en évidence dans ce corps, ce sont ses effets toxiques passagers sur le sang, parce que le globule reste intact, et que l'hémoglobine reste imprégnant le stroma. La méthémoglobine se produit très tardivement à l'extrémité de l'intoxication, et longtemps après que les phénomènes vasomoteurs se sont produits. C'est ce qu'on peut observer chez le chien, qui se remet très facilement de doses considérables et prolongées, dès qu'on cesse l'administration.

Les causes qui l'ont fait considérer comme dangereux tiennent peut-être à des impuretés chimiques qui l'adultéraient au début.

Une seule observation est à faire, c'est qu'il faut le donner le malade étant couché.

Traitement du hoquet essentiel.

M. Merklen, au nom de M. E. Mathieu (de Paris), lit une note d'après laquelle les inspirations précipitées font cesser le hoquet.

SOCIÉTÉ D'OPHTHALMOLOGIE

Séance du 8 octobre 1895.

Opération de l'ectropion granuleux.

M. Chevallereau. — La conjonctivite granuleuse est de toutes les affections externes de l'œil, celle qui nous donne le plus de préoccupations par sa fréquence et par le grand nombre de ses rechutes et ses complications — de ces dernières, l'ectropion est celle qui paraît avoir préoccupé le plus les oculistes, à en juger par le nombre de procédés opératoires qui ont été destinés à la combattre.

Ces procédés donnent souvent des résultats peu brillants, très sujets aux récidives et très compliqués. Nous avons cherché un procédé simple et facile et voici ce procédé :

La paupière étant renversée de manière que sa région tarsienne forme une gouttière à concavité dirigée en arrière, par suite de la rétraction du tissu cicatriciel de sa face postérieure, il s'agit de redresser cette paupière et même de tendre à lui former une gouttière à concavité dirigée en avant, car la rétraction du tissu de cicatrice continuera malgré tout et il n'y a pas craindre de trop faire. Pour cela nous pratiquons l'anesthésie au moyen d'une injection sous-cutanée de chlorhydrate de cocaïne en solution à 2 0/0. La peau, soulevée par l'injection, doit former un bourrelet s'étendant tout le long du bord libre de la paupière, nous enfonçons l'aiguille de la seringue au niveau de la commissure externe et très près du bord libre, de manière à éviter la piqûre des vaisseaux palpébraux, ce qui aurait le triple inconvénient de donner une anesthésie moins complète, un épanchement sanguin gênant et parfois de provoquer quelques petits accidents par l'arrivée trop brusque de la cocaïne dans le courant sanguin.

Cinq minutes après cette injection, nous appliquons la pince de Snellen ou mieux celle de Knapp, puis nous incisons la peau de la paupière parallèlement au bord libre dans toute son étendue et à trois millimètres de ce bord; nous disséquons la peau, d'une part, jusqu'au bord libre, d'autre part, jusqu'au bord supérieur du cartilage tarse (il s'agit presque toujours de la paupière supérieure). Le muscle orbiculaire étant ainsi mis à nu dans le champ opératoire, nous en faisons l'ablation avec des pinces et des ciseaux à pointe mousse, de manière à découvrir le tarse. La peau étant écartée de chaque côté, un bistouri bien tranchant est piqué au niveau de la commissure placée à gauche du malade (le chirurgien étant toujours placé en arrière), très près du bord libre du tarse et enfoncé en se dirigeant obliquement en arrière et en haut vers le cul-de-sac conjonctival; le bistouri ne s'arrête que lorsqu'on rencontre la plaque d'ébonite de la pince; l'incision est ainsi continuée d'une extrémité à l'autre du tarse. Dirigeant alors la pointe du bistouri en arrière et en bas, on fait ensuite dans le tarse une seconde incision ayant les mêmes extrémités que la précédente, rencontrant la conjonctive suivant la même ligne, de telle sorte qu'entre ces deux incisions on enlève dans le tarse une sorte de prisme triangulaire dont l'une des crêtes correspond à la conjonctive, tandis que la face opposée, aussi large que possible, regarde en avant. Nous prenons alors une fine aiguille courbe, munie de catgut n° 00, et nous enfonçons à un millimètre environ au-dessous de la lèvre inférieure de cette plaie du tarse; à sa partie moyenne l'aiguille saisit à peu près la moitié de l'épaisseur du tarse puis passe dans le fragment supérieur dont elle prend à peu près de même la moitié de l'épaisseur pour ressortir à un millimètre au-dessus de la ligne de section ou quelquefois même dans le ligament suspenseur quand la presque totalité du tarse a été enlevée. Nous appliquons ainsi trois fils, et nous nouons de manière à affronter exactement les deux

lèvres de la plaie du tarse, nous retirons la pince de Knapp, nous affrontons rapidement les bords de la peau et nous appliquons le pansement.

Lorsqu'on retire ce pansement le quatrième jour, on trouve la plaie cutanée cicatrisée et déjà peu visible.

Ce procédé, très simple et d'une exécution facile, respecte l'intégrité de la peau qui ne conserve bientôt aucune cicatrice visible. Les sutures au catgut se résorbent rapidement sans qu'on ait à s'en préoccuper; il n'y a pas de complication possible; enfin ce procédé nous paraît remédier aussi énergiquement que possible à la cause même du mal, c'est-à-dire à l'incurvation du tarse en dedans.

M. Valude a l'habitude de faire un procédé qui ne lui donne pas de récidive. C'est celui d'Anagnostakis, modifié par le professeur Panas.

M. Vignes insiste aussi sur les bons résultats obtenus par ce procédé, ainsi que M. Parent qui en a d'excellents résultats.

M. Darier a modifié ce procédé en évidant à l'aide du bistouri le cartilage tarse, sans toucher la conjonctive sous-jacente, qui lésée peut engendrer des ulcérations de la cornée.

M. Valude n'a jamais vu de lésion de la cornée, malgré l'incision de la conjonctive.

M. Masselon a aussi décrit, il y a quelques années, un procédé un peu différent. Le temps principal consiste à diminuer l'épaisseur du tarse autant que faire se peut, de façon à le réduire à un mince feuillet; on ne fait pas les sutures dans la peau.

Wuillomenet.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ NEUROLOGIQUE ET PSYCHIATRIQUE DE BERLIN

Séance du 10 juin 1895.

Paralysie du nerf crural.

M. Gumpertz. — Il s'agit d'une femme qui, quelques jours après une vaginofixation de l'utérus prolabée, fut prise de fourmillements à la face interne de la cuisse et de la jambe du côté droit et de douleurs dans l'aine droite. Quand la malade essayait de marcher on pouvait constater que la cuisse exécutait un mouvement d'abduction et de rotation en dehors tandis que la jambe restait étendue; plus tard la flexion du genou devint possible.

L'examen de la malade, couchée sur le dos, montre que la flexion de la cuisse était très limitée, mais que la flexion et l'extension de la jambe étaient impossibles à cause des douleurs dans le domaine du nerf crural. Les mouvements des pieds étaient normaux des deux côtés. Le réflexe rotulien était conservé, mais faible du côté malade.

L'examen électrique montra l'existence de troubles sensitifs au niveau de la face interne du membre inférieur du côté droit : à ce niveau il existait une diminution de la sensibilité au toucher, à la température et à la douleur, laquelle anesthésie disparut au bout de quelque temps. L'examen électrique donna une réaction normale pour les muscles innervés par le tibial et le péronier et une diminution de l'excitabilité pour les muscles innervés par le crural. Le tronc du crural était douloureux à la pression. Il existait enfin une légère atrophie de la cuisse et de la jambe du côté droit.

Il s'agissait donc très nettement d'une paralysie du crural. L'opération a été faite avec l'écarteur des cuisses de Sænger, et la malade affirmait que l'écarteur exerçait une pression très forte sur sa cuisse droite.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES

Séance du 2 octobre 1895.

Notes sur les variations de la hauteur du fond de l'utérus pendant l'accouchement.

MM. Griffith et **Stevens** ont lu un travail sur ce sujet; ils ont étudié les conditions qui font varier cette hauteur et ils ont tiré des conclusions pratiques. Les sources d'erreur dans la mesure de la hauteur du fond de l'utérus sont les suivantes : 1° distension de la vessie; 2° distension du rectum; 3° distension de l'intestin grêle; 4° prolapsus de l'utérus; 5° hauteur anormale de l'utérus; 6° volume anormal de l'utérus; 7° rétroversion utérine; 8° obliquité latérale excessive de l'utérus. Les conditions pathologiques qui influent sur la production de l'involution utérine et par suite sur l'abaissement du fond de l'utérus sont les suivantes : 1° rétention de fragments de placenta, de membranes et de caillots 2° décomposition putride à l'intérieur de l'utérus.

M. Mac Cann. — Il faut aussi noter comme source d'erreur dans ces mesures l'existence d'une antéversion. Chez les femmes qui n'ont pas de lait, l'utérus revient vite sur lui-même; chez les femmes qui nourrissent, l'utérus revient d'abord rapidement sur lui-même, puis cette régression marche beaucoup plus lentement. Il importe de bien déterminer à quelle époque l'utérus rentre dans le bassin, car c'est alors seulement que la femme peut se lever.

M. Stevens. — En général, le décubitus horizontal corrige l'antéversion.

Bactériologie obstétricale et gynécologique.

M. Robinson. — Dans les cas de septicémie puerpérale se terminant par la mort on trouve constamment le streptococcus pyogenes dans le sang et les tissus. Normalement, après l'accouchement la cavité utérine ne contient aucun microbe; mais dans les cas de septicémie puerpérale on trouve beaucoup de micro-organismes de diverses sortes dans la cavité utérine et dans la caduque. Seuls, les streptocoques pyogènes paraissent capables de passer à travers les parois utérines en suivant la voie des veines et des lymphatiques pour aller provoquer une infection générale. Ce microbe peut amener la mort sans produire de lésions visibles. Plus souvent il y a de la suppuration en divers points. Quelquefois ce microbe produit des fausses membranes sur le péritoine ou le long de la filière génitale et cela avec ou sans suppuration. Dernièrement dans des cas de phlegmatia alba dolens j'ai trouvé le streptocoque pyogène dans les caillots bouchant les veines des parois utérines et des ligaments larges et même dans les parois de ces veines. Il y a aussi des relations entre le bacillus coli communis et diverses inflammations qui sont d'ordinaire suppurées : une femme enceinte de quatre mois eut une occlusion intestinale causée par la rétroversion de son utérus gravide. On remit l'utérus en place, mais quatre jours après survint une fausse couche suivie, en quelques heures, de fièvre et de diarrhée; la malade mourait cinq jours après. Pendant la vie l'écoulement provenant de l'utérus avait fourni des cultures pures de bacillus coli communis et après la mort on obtint les mêmes cultures de la cavité utérine, du péritoine et du sang du cœur. Le gonocoque joue aussi un grand rôle en gynécologie.

M. Champneys. — Il n'est pas toujours bon de curetter l'utérus lorsque cet organisme contient des produits septiques. Dans un cas l'infection m'a paru être due à un curettage et la malade est morte.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON 12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

FER QUEVENNE PASTILLES de Chocolat au POUDRE et DRAGÉES de **FER QUEVENNE** Seul fer réduit approuvé par l'ACADÉMIE de MÉDECINE 14, r. Beaux-Arts, Paris.



Seule liqueur concentrée
BALSAMIQUE
ANTISEPTIQUE
donnant instantanément l'*eau de goudron du Codex*
(Deux cuillerées par litre)
MALADIES DE LA PEAU
Voies respiratoires
Voies urinaires
Diathèse furonculeuse
ÉPIDÉMIES
Le flac. **1** fr. **50**, rue de Rennes, 105, PARIS, *et dans les pharmacies.*

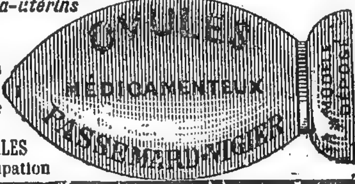
Farine lactée Nestlé

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** *est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.*
En outre, pour les **adultes convalescents** *ou* **valétudinaires,** *cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.*
A. CHRISTEN, 16, rue Parc-Royal, PARIS, et DANS TOUTES LES PHARMACIES.
MM. les Docteurs sont priés de vouloir bien SPÉCIFIER le nom NESTLÉ sur leurs ordonnances.

DRAGÉES au Lactate de Fer de
GÉLIS & CONTÉ
Approuvées par l'Académie de Médecine
Le FER le PLUS ASSIMILABLE
Dose : Cinq centigrammes par Dragée.
LABELONYE & Cie, 99, Rue d'Aboukir, PARIS

Tuberculose
CARBONATE de GAIACOL VIGIER
en **CAPSULES** de **0,10** cent. — DOSE : 2 à 6 capsules par jour.
PH^ie VIGIER, 12, B^d BONNE-NOUVELLE, PARIS, et toutes Pharmacies.

Crayons intra-utérins
BOUGIES urethrales
Suppositoires
BALLES RECTALES contre la constipation



Pharmacie, 12, boulevard Bonne-Nouvelle.

ANÉMIE, CHLOROSE
AMÉNORRHÉE
DYSMÉNORRHÉE, SCROFULES, ETC.
Pilules
à l'Iodure ferreux inaltérable
DE
BLANCARD

Solution et Comprimés
BLANCARD
à l'Exalgine
NÉVRALGIES MUSCULAIRES, DENTAIRES, CARDIALGIES, RHUMATISMES, etc., etc.
Le plus actif, le plus inoffensif et le plus puissant médicament
CONTRE LA DOULEUR

VENTE EN GROS : **BLANCARD & Cie**, 40, Rue Bonaparte, PARIS.

GRANULES ET SIROP
d'Hydrocotyle Asiatica
de J. LEPINE, Ph^en en chef de la Marine à Pondichéry
sont, d'après un rapport adopté par l'Académie de Médecine (Dr GIBERT, rapp.) **un remède utile et efficace**
* Contre les MALADIES DE LA PEAU *
Eczéma
Psoriasis
Lichen, Prurigo
Dartres, etc.
DÉPOT GÉNÉRAL A PARIS :
Ph^ie FOURNIER
56, Rue d'Anjou-St-Honoré, 56
VENTE EN GROS :
LABELONYE et Cie, Paris
99, Rue d'Aboukir — et toutes Pharmacies.

POUDRES DE BIFTECK ET DE VIANDE ADRIAN

Ces poudres conservent tous les principes de digestion, d'assimilation et de nutrition et sont les seules bien digérées et supportées longtemps par les malades.
La **POUDRE DE BIFTECK ADRIAN** est garantie **PURE VIANDE DE BŒUF FRANÇAIS**, elle se vend en flacons de 250 grammes, 500 grammes et 1 kilogramme.
La **POUDRE DE VIANDE ADRIAN**, d'un prix moins élevé, ce qui en permet l'emploi aux malades peu fortunés, est garantie **PURE VIANDE DE BŒUF D'AMÉRIQUE**; elle se vend en boîtes de 250, 500 grammes et 1 kilog. — Dans toutes les Pharmacies. Vente en gros : *11, rue de la Perle, Paris.*

Rapport favorable de l'Académie de Médecine
VINAIGRE PENNÈS
Antiseptique, Cicatrisant, Hygiénique
Purifie l'air chargé de miasmes.
Préserve des maladies épidémiques et contagieuses.
Précieux pour les soins intimes du corps.
Exiger Timbre de l'État. — TOUTES PHARMACIES

DIURÉTIQUE, MODIFICATEUR des SECRÉTIONS CATARRHALES
MALADIES des VOIES RESPIRATOIRES
et GENITO-URINAIRES

CAPSULES DE TERPINOL ADRIAN

LE **TERPINOL** a les propriétés de l'Essence de Térébenthine dont il dérive, mais il est plus facilement absorbé et surtout très bien toléré. Il n'a pas l'inconvénient grave de provoquer chez les malades des nausées, souvent même des vomissements. — Le **TERPINOL ADRIAN** s'emploie en capsules contenant chacune 10 centigrammes, à la dose de 5 à 10 par jour
Dans toutes les Pharmacies. — VENTE EN GROS : **11, rue de la Perle, PARIS**

N° 43 — 23 OCTOBRE 1895 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — **A. BROCA**, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 30 octobre 1895.

Mercredi 30. — M. Follet. Sur la pathogénie de quelques états éléphantiasiques. — M. Carlos de Oliveira Néry. Etude clinique sur les brûlures causées par l'électricité industrielle.

Un concours s'ouvrira le 15 avril 1896 devant la Faculté de médecine de Nancy pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Ecole de médecine de Poitiers. — M. Latrille, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé, en outre, des fonctions de chef des travaux de physiologie.

Ecole de médecine de Tours. — M. le docteur Lapeyre est institué, pour neuf ans, chef des travaux de médecine opératoire.

VARIÉTÉS

Institut Pasteur. — Le conseil d'administration a nommé directeur M. Duclaux, en remplacement de M. Pasteur; M. Roux a été nommé sous directeur en remplacement de M. Duclaux.

Liste des élèves admis à l'Ecole du service de santé militaire à Lyon. — 1. MM. Malaspina, Genevrier, Thouzellier, Pigeon, Lannou, Cochois, Vennin, Beaujeu, Tanton, Suttel.
11. Sirot, Rouvillois, Aucouturier, Lorentz, Delacroix, Wurtz, Hochwelker, Laporte, Julié, Vergne.
21. Chaudoye, Bouchard, Blot, Jojot, Josse, Jullien, Humbel, Leguelinel, Spire, Mordant.
31. Kolb, Dauthuile, Comte, Cordier, Sorel, Boppe, Blondeau, Humbert, Wyart, Fabre.
41. Regnault, Debève, Ecochard, Moulin, Blondel de Joigny, Munaret, Viallet, Busy, Morel, Ouin.
51. Denaclara, Savornin, Guyard, Ga dit Gentil, Sousselier, Janot, Rigourd, Diénot, Rouchaud, Vorbe.
61. Delbru, Mercier, Gavard, Lexa, Gautier, Laplanche, Grenier de Cardenal, Le Dantec, Trille, Caillon.
71. Uzac, Gueytat, Robert, Alix, Courvoisier, Hahn.

Concours de l'internat. — Le jury est composé de MM. Pozzi, Segond, Rochard, Delbet, Bonnaire, Porak, Sevestre, Hallopeau, Audhoui, Mathieu.

Amphithéâtre d'anatomie. — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les travaux anatomiques commenceront le lundi 11 novembre 1895. Des conférences sur l'histologie normale et pathologique seront faites par M. le Dr Lesage, chef du laboratoire. MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope. Les instruments nécessaires sont mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves.

Un rôle peu fréquent du médecin. — On lit dans les mémoires du maréchal de Castellane :

« La marquise de Talaru a plus de cinquante ans; elle croit avoir besoin pour sa santé d'avoir un homme couché à côté d'elle : en conséquence, quand M. de Talaru est absent, elle fait mettre dans un sac M. de Courtivron, son parent, ou M. de Chavagnac, un de ses amis, et elle les fait porter dans son lit, en ayant soin de faire constater le lendemain, par ses gens ou par sa femme de chambre, que le sac n'a pas été décousu. Actuellement, MM. de Chavagnac et de Courtivron sont à Madrid, attachés à l'ambassade de M. de Talaru, et c'est M. Boirot, médecin des eaux de Néris, qui exerce pour le quart d'heure l'honneur de cette charge. Ceci n'est en aucune façon une plaisanterie; mon secrétaire est parent du docteur, qui positivement est enfermé dans le sac, tous les jours. »

Asiles d'aliénés. — Le lundi 2 décembre 1895, à midi précis, il sera ouvert à la préfecture de la Seine, annexe de l'Hôtel de Ville, rue Lobau, n° 2, à Paris, un concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en médecine qui seront vacantes au 1er janvier 1896, dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine (asile clinique, asiles de Vaucluse, Ville-Evrard et Villejuif) et l'infirmerie spéciale des aliénés à la préfecture de police.

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours, devront se faire inscrire à la préfecture de la Seine, service des aliénés, annexe de l'Hôtel de Ville, n° 2, rue Lobau, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de midi à cinq heures, depuis le lundi 28 octobre, jusqu'au samedi 9 novembre 1895 inclusivement.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les asphyxies par les gaz, les vapeurs et les anesthésiques, par le professeur PAUL BROUARDEL, doyen de la Faculté de médecine de Paris. J.-B. Baillière et fils, édit., 1896. Un vol. in-8° de 416 pages avec figures et 8 planches dont une en couleur. 9 fr.

REVUE DES CONGRÈS

X° CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Avant hier, 21 octobre, a été ouvert, à la Faculté de médecine, le 10e Congrès français de chirurgie. Après les allocutions du président, M. le Dr Eugène Bœckel (Strasbourg), et du secrétaire général, M. Picqué, quelques communications, résumées ci-dessous, ont été faites. Nous résumons aussi la partie de la séance du mardi soir consacrée à la chirurgie articulaire, ma's nous insérerons dans la *Gazette*, où a paru le rapport général de M. Reclus, la discussion sur la chirurgie du poumon.

Résection des canaux déférents dans l'hypertrophie de la prostate.

M. Guyon (Paris). — Il y a entre la prostate et les testicules une solidarité étroite quoique purement physiologique et depuis quelques années on a songé à traiter par la castration les malades atteints d'hypertrophie prostatique. Puis j'ai eu l'idée de pratiquer une opération plus simple, la résection des canaux déférents, et mon élève, M. Legueu, a entrepris des expériences sur ce point. Pendant ce temps, la question était étudiée expérimentalement par Pavone, l'opération était pratiquée sur l'homme par Harrison, par Hentz.

Les expériences de Legueu ont consisté, chez des chiens dont le volume de la prostate avait été soigneusement apprécié par le toucher rectal, à pratiquer soit la castration double, soit la section des deux déférents, soit la castration d'un côté et la section de l'autre. La castration amène une diminution évidente et rapide de la prostate; par la section des canaux déférents, on n'obtient pas une diminution semblable, mais au microscope, lorsqu'on sacrifie l'animal, on constate l'atrophie du tissu glandulaire. Donc, la seconde opération est moins efficace que la première, mais elle a cependant une action réelle et peut-être suffisante pour la clinique humaine.

Aussi l'ai-je pratiquée deux fois chez l'homme, et Legueu une fois. Chez les trois malades, l'effet a été le même : avec une rapidité remarquable on a pu espacer les sondages; chez un, la prostate, auparavant très grosse et molle, a subi une forte diminution; chez les autres, elle était plus dure et a conservé son volume. Le malade de Legueu est arrivé à pisser presque entièrement sans le secours de la sonde, mais c'était un cas médiocrement avancé, et il ne faut pas oublier qu'à lui seul le cathéthérisme régulier donne des résultats analogues.

Etant donné le rôle de la congestion dans la genèse des rétentions prostatiques, on explique assez bien, par la suppression du réflexe génital, les faits que je viens d'indiquer. D'autre part, l'opération met le sujet à l'abri des si ennuyeuses orchites parfois observées après le cathétérisme répété.

Traitement chirurgical des infections biliaires.

M. F. Terrier (Paris). — Il est avéré que la médecine est impuissante dans le traitement des angiocholites et cholécystites infectieuses. Elle ne dispose que de l'antisepsie intestinale toujours peu efficace et dangereuse si le sujet a des lésions rénales, ce qui n'est pas rare dans ces conditions. Il fallait donc chercher quelque chose de mieux. Pour les cholécystites suppurées, les médecins acceptent assez bien qu'un chirurgien ouvre l'abcès; je crois qu'il faut aller plus loin et pratiquer la cholécystostomie dans les cas d'infection même non suppurée, même portant sur les voies biliaires intrahépatiques. S'il y a des calculs, ils peuvent être évacués; en outre, la bile septique s'écoule et lentement les voies biliaires se désinfectent. C'est infiniment supérieur aux divers traitements médicaux, et je suis heureux d'avoir pu convertir à mes idées plusieurs médecins.

A l'appui de ces assertions, je rapporterai trois observations.

1° Femme, 43 ans; première colique en 1894; puis coliques en 1894, et du 9 février au 3 mars, crises incessantes avec fièvre constante, ictère noir, albuminurie. Je fis la cholécystostomie, j'enlevai plusieurs calculs et immédiatement la fièvre cessa; peu à peu la bile est devenue moins épaisse, a contenu moins de flocons blancs et de leucocytes, mais l'examen bactériologique, pratiqué par M. Létienne, y révèle encore la présence du bacterium coli. Il faut donc laisser encore la fistule ouverte, jusqu'à désinfection complète, si tant est que ce soit possible.

2° Femme 48 ans, troubles gastralgiques anciens; coliques en 1887, 1893, 1894; puis état semblable à celui de la malade précédente. Sur l'avis de M. Hanot, l'opération fut pratiquée. Dans la vésicule très volumineuse, je trouvai des calculs nombreux et remarquablement gros, et je drainai au dehors les restes de la vésicule, déchirée en raison de sa friabilité. La bile contenait une quantité énorme de bacterium coli. La guérison fut très rapide. Dans ce cas, il y avait de la cholécystite avec très peu d'angiocholite.

3° Femme de 34 cas, ayant eu des crises gastriques. Les coliques avec crises fébriles ont commencé en novembre 1890. La malade, opérée dans un état bien moins grave que celui des deux précédentes, a rapidement guéri. Sa bile contenait du bacterium coli d'abord très virulent et aujourd'hui bien moins virulent.

Rétrécissement partiel du rectum.

M. Tillaux (Paris). — Il y a une vingtaine d'années, j'ai signalé, dans la thèse de Garsaux, un fait alors inconnu et qui ne semble pas attirer suffisamment l'attention : il existe des fistules anales graves et rebelles, dues à une bride, probablement d'origine congénitale, qui occupe la moitié postérieure du rectum à trois centimètres environ au-dessus de l'anus; les fistules, qui se produisent sans doute comme celles du périnée en cas de rétrécissement uréthral, guérissent comme par enchantement après que, sur le doigt et au bistouri boutonné, on a coupé sur la ligne médiane toute l'épaisseur de la bride. Ma première observation est celle d'un officier auquel j'ai ainsi guéri en quinze jours deux fistules ischiorectales rebelles depuis plusieurs mois. Depuis, j'ai observé plusieurs cas semblables, et tout récemment j'en ai recueilli un exemple typique, sur un homme dont le périnée postérieur était transformé par douze fistules en une véritable écumoire.

Pluralité de l'ostéomyélite. Clinique et statistique microbienne.

M. Lannelongue (Paris). — Lorsque, le 28 mai 1878, je vins présenter à l'Académie de Médecine mon mémoire sur l'ostéomyélite aiguë, je ne m'attendais pas à deux choses. Premièrement, aux orages que j'allais soulever, secondement, aux développements que devait prendre une question que je croyais avoir très avancée.

Sur le premier point, j'ai reçu la plus ample satisfaction et cela universellement; la vérité a prévalu et il n'est plus question de périoste. Sur le second point, la microbiologie est justement venue donner un nouvel essor à la pathogénie; je disais : c'est une maladie infectieuse, elle l'a démontré.

En 1880, l'homme de génie qui n'est pas encore enseveli dans son temple, Pasteur, étudiait, sur ma demande, du pus que je prenais dans un tibia ostéomyélitique et il y découvrait le staphylococus auréus.

A partir de ce moment, la question étiologique paraissait résolue; elle ne l'était qu'incomplètement toutefois. Guidé par la clinique, nous avons en effet, depuis 1890, établi dans diverses notes et mémoires, la *pluralité microbiologique et clinique* de l'ostéomyélite aiguë. Les auteurs n'avaient guère étudié jusque là que les ostéomyélites à staphylocoques. Or, nous avons montré par des faits observés chez l'homme, qu'on trouve dans les foyers osseux, non seulement les divers types de staphylocoques (orangé, blanc, citrin) mais aussi d'autres microbes pyogènes. C'est ainsi que nous avons rapporté les premières observations d'ostéomyélites à streptocoques et à pneumocoques.

Ces vues ont été acceptées. Les ostéomyélites à bacille d'Eberth, dont il n'y avait que peu de cas probants, ont été étudiées depuis par de nombreux observateurs et nous avons produit récemment chez le lapin une ostéomyélite avec le *Proteus vulgaris.*

Nous donnons aujourd'hui la fréquence relative de ces espèces d'ostéomyélites d'après une statistique de 90 cas qui se décomposent ainsi. Staphylocoque orangé 56, blanc 11, orange et blanc 1, citrin 1, orangé et coli-bacille 1, streptocoque pyogène 10, streptocoque et staphylocoque blanc 1,

pneumocoque 3, microbe indéterminé (peut-être pneumocoque) 2, bacille d'Eberth 4.

Les staphylocoques dominent et l'orangé s'y trouve cinq fois plus que le blanc.

Le streptocoque et le pneumocoque ont une prédilection marquée pour les jeunes sujets. En effet, les dix ostéomyélites à streptocoques correspondent aux âges suivants : dix-huit jours, sept semaines, trois mois et demi, onze mois, quatorze mois, quinze mois, quatre ans et demi, cinq ans, neuf ans, treize ans.

Celles à pneumocoques à : quatre mois et demi, dix-sept mois, vingt et un mois.

Chaque espèce microbienne s'accompagne de symptômes spéciaux que je ne rappellerai pas pour le staphylocoque et pour le streptocoque (V. Congrès de chirurgie, 1892). J'ai, le premier, fait voir que le streptocoque préférait les vaisseaux lymphatiques, qu'il donnait lieu à des angiolocites, des adénites, tandis que le staphylocoque détermine des troubles particuliers dans la circulation veineuse adjacente au foyer. Il est, en effet, à peu près constant de voir se dessiner sous la peau, en regard des lésions profondes, un réseau de veines dilatées assez étendu. Cette dilatation veineuse paraît être un phénomène d'ordre paralytique dû probablement à un acte réflexe résultant de l'influence exercée sur les extrémités des nerfs de la région atteinte, par les toxines qu'élabore le staphylocoque.

Les associations microbiennes ont été particulièrement graves et les trois cas ont été suivis de mort.

Quelques particularités sont à noter. Dans une ostéomyélite du péroné survenue au vingt et unième jour d'une fièvre typhoïde on trouve le staphylocoque et non le bacille d'Eberth. Dans une ostéomyélite du fémur avec arthrite consécutive à la scarlatine on trouve le streptocoque associé au staphylocoque blanc. Enfin dans deux cas d'ostéomyélite à staphylocoque compliqués de thyroïdite et de gonflement parotidien, on trouve le staphylocoque doré localisé dans ces deux régions.

De la dérivation des matières appliquée systématiquement comme opération préliminaire à la cure de certains rétrécissements de l'œsophage et de certaines tumeurs du rectum.

M. Demons (Bordeaux). — Dans certains rétrécissements fibreux de l'œsophage, notamment dans les rétrécissements cicatriciels infranchissables ou difficiles à franchir ou rebelles à la dilatation, les tentatives de cathétérisme sont souvent impuissantes ou dangereuses.

Il est préférable de pratiquer, sans tarder, la gastrostomie préliminaire.

Le procédé de gastrostomie de Franck paraît meilleur que les autres.

Quand le malade est bien rétabli de cette opération et qu'il se nourrit bien depuis quelque temps par cette bouche artificielle, on attaque le rétrécissement œsophagien soit par la dilatation graduelle, soit par l'œsophagotomie interne ou externe.

Lorsque le rétrécissement a été vaincu d'une manière complète ou incontestable, on ferme l'ouverture stomacale.

L'ablation des tumeurs étendues du rectum et notamment l'opération de Kraske sont souvent suivies d'accidents graves, ainsi que le montre la pratique de tous les chirurgiens. Ces accidents sont dus en grande partie au passage des matières fécales.

Avant de faire les opérations en question, il convient d'ouvrir un anus artificiel, de préférence au-dessus de la fosse iliaque gauche et par le procédé de Maydl.

Quand cet anus a bien fonctionné depuis quelque temps, l'extirpation de la tumeur rectale est pratiquée.

Lorsque la plaie opératoire est bien et définitivement guérie et que le rectum est en mesure de jouer son rôle, l'anus artificiel est fermé.

Valeur antiseptique de l'oxycyanure de mercure. Etude expérimentale et clinique.

MM. Ch. Monod et **Macaigne.** — 1° L'oxycyanure de mercure en solution à 5 0/00 se montre dans les expériences de laboratoire de valeur antiseptique toujours aussi grande souvent plus grande que le sublimé en solution à 1 0/00.

2° Sans présenter plus d'inconvénients que le sublimé, il offre l'avantage de n'attaquer ni les mains ni les instruments du chirurgien.

3° L'oxycyanure de mercure pourrait donc être substitué au sublimé dans la pratique chirurgicale.

Ils appuient ces conclusions d'abord sur une pratique hospitalière et civile qui date de plus de quatre ans, puis sur trois séries d'expériences analogues à celle de MM. Tarnier et Vignal, par lesquelles ils démontrent que l'oxycyanure de mercure en solution à 5 0/00 peut aussi bien, sinon mieux que la solution normale de sublimé à 1 0/00 :

1° Empêcher le développement d'une culture;
2° Tuer une culture développée;
3° Stériliser un corps souillé;

Ils ont eu soin, pour donner plus de force à leur démonstration, de faire leurs essais non sur des cultures pures de streptocoques et de staphylocoques, dépourvus de spores, et par conséquent de médiocre résistance mais sur des poussières de salles d'hôpital contenant des microbes variés : bacille pyocyanique, streptocoque, bacterium coli et surtout un bacille ressemblant à la bactéridie charbonneuse pourvu de spores, résistant à une température de 100°.

Jamais aucun accident grave d'intoxication n'a suivi l'emploi de la solution sus-indiquée. On évitera cependant de l'employer en lavages, lorsqu'on aura à craindre que le liquide ne séjourne dans le lieu où il aura été injecté.

Donc sans vouloir proscrire l'acide phénique ou le sublimé, M. Monod recommande la solution d'oxycyanure de mercure à 5 0/00, aux chirurgiens qui, comme lui, ont eu à souffrir de l'emploi des antiseptiques ordinairement en usage. Le fait que l'oxycyanure de mercure n'attaque pas les instruments d'acier, est aussi à considérer, puisqu'il permet de n'utiliser qu'un seul produit au cours des opérations, ce qui est une grande simplification.

MM. Monod et Macaigne ont rappelé que c'est M. Chibret (Clermont-Ferrand) qui, le premier, a attiré l'attention sur la valeur antiseptique de l'oxycyanure de mercure.

Ankylose osseuse de la mâchoire inférieure. Résection avec interposition du muscle temporal entre les surfaces de section. Guérison.

M. Lentz (Metz) a observé un jeune homme de quatorze ans, qui eut à six ans une scarlatine suivie d'une arthrite temporo-maxillaire. De là une ankylose osseuse, avec impossibilité de manger des aliments solides. M. Lentz fit la résection avec le ciseau et le maillet, désinséra le temporal et interposa une languette de ce muscle entre les deux fragments après une hémorrhagie secondaire de la maxillaire interne; le malade guérit. Ce fait démontre l'avantage du procédé de Nelfreich dans le traitement de l'ankylose osseuse de l'articulation temporo-maxillaire.

Le genu recurvatum dans les affections chroniques de la hanche.

M. Campenon. — Le genu recurvatum se montre assez fréquemment chez des sujets ayant dû dans le jeune âge rester longtemps au lit pour une affection de la hanche.

La coxalgie occupe de beaucoup le premier rang à cet égard, mais on peut observer également le genu recurvatum à la suite de la trochantérite.

L'hyperextension du genou ne paraît pas exister lorsqu'il y a ankylose vicieuse de la hanche en flexion.

Elle n'est pas la conséquence de tel ou tel mode de traitement de l'affection de la hanche.

Elle coïncide toujours avec un état d'amaigrissement et d'atrophie des muscles postérieurs de la cuisse.

Cette variété de genu recurvatum acquis peut être améliorée par l'électricité, mais elle doit surtout être prévenue et combattue par un traitement prophylactique consistant dans une certaine liberté des mouvements du genou.

Traitement des luxations pathologiques de la hanche.

M. Calot (Berck-sur-Mer). — Les luxations pathologiques

de la hanche sont une des pierres d'achoppement de la chirurgie orthopédique.

Pourquoi ne pas les traiter comme s'il s'agissait d'une luxation pathologique du genou et ne pas demander la réduction à une intervention sanglante ?

C'est ce que j'ai fait récemment chez deux coxalgiques guéris avec des luxations iliaques très hautes.

Ouvrant la région de la hanche par l'incision qui me sert pour la résection, je suis allé creuser au niveau de l'ancienne cavité cotyloïde presque entièrement comblée, une cavité nouvelle, très profonde; et abaissant ensuite la tête témorale luxée, je l'ai réduite dans cette cavité.

Ces deux opérations m'ont donné les résultats immédiats parfaits qu'on pouvait souhaiter : c'est-à-dire que le retour de la tête à sa place normale est bien assuré, et la direction du membre devenue par suite absolument correcte.

La plaie s'est fermée par première intention. Le processus morbide était, dans les deux cas, éteint depuis plus d'un an.

Les malades marchent depuis quelques jours. La correction se maintiendra-t-elle ? Je l'espère. Mais le deuxième malade se trouve, à cet égard, dans des conditions bien meilleures que le premier; parce que chez le premier la tête fémorale était réduite à un petit appendice tandis qu'elle avait conservé chez le deuxième une forme et un volume presque normaux...

Tumeur blanche du pied.

M. Ménard (Berck-sur-Mer). — Les foyers tuberculeux, bien limités, du calcanéum ou de l'astragale guérissent souvent sans aucun traitement opératoire ou à la suite d'une intervention partielle comme l'évidement.

Lorsque ces deux os se trouvent, isolément ou simultanément, affectés sur une grande partie de leur longueur d'une ostéite tuberculeuse fermée ou surtout d'une ostéite tuberculeuse associée avec la suppuration après la formation d'une fistule, les opérations partielles, pratiquées sur les os malades, sont, en règle, suivies d'insuccès.

Au contraire, l'ablation intégrale du calcanéum ou de l'astragale, lorsque la tuberculose siège exclusivement sur l'un de ces os, l'ablation du calcanéum et de l'astragale, dans les cas où l'un et l'autre sont malades, procure une guérison assez rapide et, d'après nos observations, toujours solide.

Le traitement opératoire de l'arthrite tuberculeuse tibiotarsienne, qui a souvent eu pour origine un tubercule de l'astragale, peut la plupart du temps être assimilée, dans la pratique, au traitement opératoire de la tuberculose de l'astragalienne ; il consiste à enlever l'astragale.

L'incision cutanée dans l'ablation du calcanéum seul et dans la tarsectomie postérieure complète est placée sur la face externe du pied, elle ne gagne jamais la face plantaire ; elle doit épargner le tendon d'Achille, dont la continuité avec le périoste calcanéen, conservée au moins partiellement, favorise la reproduction de la saillie talonnière.

L'incision de l'astragalectomie, toujours unique, est située verticalement en dehors des tendons extenseurs des orteils un tiers au-dessus, deux tiers au-dessous de l'interligne tibiotarsien.

La forme du pied, à peine modifiée par l'astragalectomie, est moins gravement altérée à la suite de l'ablation du calcanéum et surtout à la suite de la tarsectomie postérieure totale que n'auraient pu le faire présumer le volume et l'importance des parties osseuses enlevées.

L'ablation du calcanéum ne diminue pas la hauteur de tarse postérieure de plus d'un centimètre et demi ; la tarsectomie postérieure totale produit un raccourcissement vertical du tarse de deux centimètres ou de deux centimètres et demi en plus. Le raccourcissement du membre souvent négligeable n'est jamais important. La mortaise tibo-périonien est toujours séparée du sol par une masse solide de parties molles, contenant des noyaux osseux plus ou moins gros, et dépassant en bas les pointes malléolaires de trois centimètres au moins même à la suite de la tarsectomie totale.

Dans ces deux derniers cas, tarsectomie postérieure totale et ablation du calcanéum, la plante du pied conserve en partie sa voûte. La saillie postérieure du talon est raccourcie mais non effacée.

La marche se rétablit avec d'autant plus de rapidité après la cicatrisation de la plaie qu'il s'agit d'une affection moins longuement invétérée. Très facile, à peu près normale, après l'ablation d'un seul os, calcanéum ou astragale, elle est encore très satisfaisante chez les malades qui ont perdu ces deux os. Le talus léger qui se produit habituellement chez les opérés de cette dernière catégorie est corrigé d'une manière pour ainsi dire parfaite à l'aide d'une chaussure à talon large et taillé verticalement en arrière ; la claudication est peu grave, quelquefois à peine perceptible.

Nous avons toujours bourré la plaie opératoire avec la gaze iodoformée. La durée de la réparation a varié entre cinq semaines et quatre mois. Dans aucun cas, il n'est survenu ni reproduction de fongosités dans la plaie en voie de réparation ni récidive après la guérison.

Résection du poignet dans les ostéo-arthrites tuberculeuses.

M. Mondan. — Les lésions tuberculeuses du poignet n'ont rien de spécial et présentent les plus grandes analogies avec celles du pied. Comme ces dernières, au point de vue du drainage articulaire, elles légitiment la résection.

D'une façon générales, ces lésions sont le plus souvent osseuses : ces lésions d'ordre synovial sont le plus habituellement bénignes, guérissent sans entraîner fatalement la nécessité de la résection.

En raison de l'exiguïté des segments osseux, de leur vie précaire, due au peu d'étendue de leur revêtement périostique, les lésions osseuses tuberculeuses ne se réparent pas comme celles des grandes articulations.

La guérison d'une lésion tuberculeuse ne se fera que par la disparition du segment osseux sur lequel elle a pris naissance. De même après la résection, la réparation ne se fera que par des liens fibreux et quelquefois par quelques grains osseux noyés dans une gangue fibreuse.

A. Broca.

ASSOCIATION AMÉRICAINE DE CHIRURGIE

Réunion annuelle tenue à New-York.

Anesthésie.

M. Gay. — En raison du discrédit jeté actuellement sur le chloroforme, le chirurgien doit se servir de l'éther. Le danger relatif de l'anesthésie par l'éther et le chloroforme varie sans doute suivant les cas et dans certaines circonstances il peut se faire que le chloroforme soit moins dangereux que l'éther. Ces deux agents tuent différemment : le chloroforme tue vite, l'éther tue lentement ; le chloroforme peut être fatal à un sujet fort et vigoureux, c'est au contraire chez les sujets faibles que l'éther agit ainsi. Les différentes méthodes pour rappeler le sujet à la vie ne donnent généralement aucun résultat avec le chloroforme et au contraire sont en général utiles dans les accidents par l'éther. Incontestablement, c'est l'emploi de l'éther qui offre le moins de danger. Le chloroforme a certains avantages ; son action plus rapide, son administration plus facile, son action irritante bien moindre sur les voies respiratoires. Dans les opérations qui avoisinent les organes respiratoires, dans la trachéotomie, l'usage du chloroforme est indiqué; on doit encore se servir de cet agent, dans les cas de bronchite chronique. Le choc est moindre après le sommeil chloroformique qu'après celui qu'on obtient par l'éther.

M. Weir. — En 1890 j'ai déjà dit qu'une statistique, portant sur quarante cas, m'avait montré que vingt-cinq fois sur cent cas la narcose par l'éther entraîne une albuminurie passagère. Feuter a conclu de ses recherches chez l'homme et les animaux que : 1° le sommeil par l'éther ne produit aucun effet appréciable sur le rein de l'homme ou des animaux sains; 2° il ne menace aucunement le sujet, lorsque ce dernier est porteur de lésions rénales peu marquées; 3° les quelques effets qu'il peut avoir sur le rein sont tout à fait transitoires. Un observateur a trouvé vingt-cinq morts sur trois cent cinquante mille cas d'anesthésie par l'éther, ce qui donne une mortalité de un pour quatorze mille. Sur cent trente-quatre mille cas d'anesthésie par le chloroforme il y a eu quarante-six morts, ce qui donne une mortalité de un

pour trois mille. Sur cinq cents cas d'anesthésie par l'éther pratiquée chez des sujets ne présentant pas de lésions rénales, Buller a trouvé une fois de l'albumine dans l'urine. Korté en a trouvé cinq fois sur six cents cas et il affirme que l'éther n'irrite point les reins, ce que fait au contraire le chloroforme. Wunderlich arrive à cette conclusion que, quand il y a une affection rénale, l'éther l'augmente fréquemment; cependant il est encore préférable au chloroforme; on trouve, en effet, plus fréquemment des cylindres dans l'urine après l'emploi du chloroforme qu'après celui de l'éther. Il admet aussi que l'éther peut provoquer une néphrite primitive. Wood a expérimenté sur quinze animaux; il n'a pas trouvé l'éther dans l'urine à la suite de l'anesthésie, mais il a vu que l'épithélium était gonflé et que les reins étaient congestionnés. Il conclut cependant que l'éther n'a pas de mauvais effet chez les sujets sains, mais qu'il augmente une affection rénale déjà existante. Feuter a démontré que les reins des animaux sont beaucoup plus que ceux de l'homme sensibles à l'action de l'éther. Brans a montré que l'action de l'éther et du chloroforme sur les poumons et les reins est due à leur oxydation et à la formation d'aldéhyde et d'autres produits de la décomposition résultant de l'abandon de ces agents à la lumière et à l'air dans des bouteilles incomplètement remplies. Il faut donc conserver ces substances dans de petites bouteilles complètement remplies, parfaitement bouchées, maintenues à l'abri de la lumière, dans un endroit frais.

L'anesthésie par l'éther entraîne une chute de température de 7/10es de degré; cette chute de température ne se produit pas sous l'influence du chloroforme. L'éther provoque une dilatation vaso-motrice; le chloroforme entraîne une contraction. D'après Fayer et Wright une coagulation de l'albumine dans les petits vaisseaux et les capillaires est produite par une oxydation imparfaite. Cela peut éclairer le mécanisme de l'asphyxie par l'éther. J'ai réuni trois cent cinq cas comprenant deux cent cinquante-quatre sujets ayant présenté des reins normaux avant et après l'anesthésie par l'éther; sept cas ont présenté de l'albumine avant et après; trois fois l'albumine, qui existait avant, s'est trouvée diminuée après l'anesthésie. Chez trente et un sujets, normaux avant l'anesthésie, il y eut de l'albumine après; huit fois l'albumine, qui existait avant l'anesthésie, se trouva augmentée après celle-ci. En somme, chez trente-neuf sujets il y eut un effet fâcheux, ce qui donne pour le nombre total une proportion de treize pour cent. Donc dans la très grande majorité des cas, les reins normaux ne sont pas influencés par l'éther; quand cette substance produit de l'albuminurie, c'est d'une façon tout à fait transitoire, qui ne peut influer sur la santé.

M. Prewitt. — L'usage du chloroforme est préférable chez les sujets atteints d'affections des organes respiratoires, des reins ou du cerveau. J'ai vu l'éther provoquer l'anurie.

M. Wharton. — J'emploie le chloroforme pour la trachéotomie, et cela surtout parce que cet agent anesthésie plus rapidement que l'éther et que, quand un sujet suffoque, il importe d'aller vite. J'emploie toujours le chloroforme chez les enfants âgés de moins d'un an. Quant à l'éther, dont j'ai une grande expérience, on peut l'employer même quand il y a une légère affection rénale.

M. Rushmore. — Je crois le chloroforme très dangereux. Je ferai remarquer que la plupart des sujets atteints d'affections du larynx ou des poumons ont un cœur affaibli, état que ne peut qu'aggraver l'emploi du chloroforme. J'ai vu cet agent provoquer la mort dans de telles conditions chez un enfant qu'on voulait trachéotomiser. Quand on emploie l'éther, il faut toujours avoir soin de laisser, en même temps, l'air arriver au malade.

M. Abbe. — L'éther est plus difficile à administrer que le chloroforme; il est probable que si on le donnait toujours bien la moitié des quantités qu'on emploie d'ordinaire suffirait pour produire l'anesthésie. Quant à ce qui regarde les complications rénales ou cardiaques, je me suis aperçu que souvent les accidents qu'on impute à l'éther sont dus à des défauts d'antisepsie de l'opération ou à d'autres causes. J'ai complètement abandonné l'usage du chloroforme chez les jeunes enfants. La cocaïne peut souvent aussi rendre de grands services et on ne l'emploie pas assez.

M. Langé. — J'ai perdu des malades par l'éther aussi bien que par le chloroforme et il est souvent difficile de décider quel est l'anesthésique le mieux approprié à un cas particulier. Le chloroforme offre plus de danger immédiat, mais l'éther offre plus de danger éloigné.

M. Deaver. — J'ai souvent vu l'éther produire de la congestion des organes urinaires.

Suture immédiate des conduits biliaires et de la vésicule après l'extraction de calculs.

M. Elliott. — On a abusé des opérations de cholécystotomie et de cholécystentérostomie pour l'extraction des calculs biliaires; l'incision des conduits biliaires et de la vésicule suivie de la suture immédiate est l'opération qui convient dans la plupart des cas. J'ai pratiqué cinq fois cette opération : une fois sur le canal hépatique, une fois sur le cholédoque et trois fois sur la vésicule. Les cinq malades ont guéri. Je suis ainsi arrivé aux conclusions suivantes :

1° L'opération doit être entreprise dans le but de rétablir les fonctions des voies biliaires, toute lésion irréparable de ces dernières étant à redouter.

2° La fermeture immédiate de la vésicule est sans danger si les voies biliaires sont perméables et si leurs parois sont saines.

3° L'incision et la section du canal cystique sont préférables à une manipulation prolongée.

4° L'incision et la section du canal hépatique et du cholédoque constituent l'opération de choix pour les calculs enclavés.

5° La mortalité de cette opération est inférieure à dix huit pour cent.

6° Si l'état du malade est alarmant, une cholécystotomie préliminaire est indiquée.

7° On doit réserver la cholécystentérostomie pour les cas de sténose incurable du canal cholédoque.

Poche congénitale de l'œsophage.

M. Mixter. — Une femme de cinquante ans avait toujours eu de la dysphagie; cette dernière avait augmenté depuis quatre ans. On avait passé des bougies dans l'œsophage, mais sans obtenir d'amélioration. On fit une incision parallèle au bord du sterno-mastoïdien; on tomba sur l'œsophage qui présentait une poche latérale du volume d'un œuf, qu'on réséqua. La malade guérit complètement.

Pus et suppuration.

M. Park. — Des troubles purement mécaniques, des traumatismes et des affections chirurgicales, considérées principalement dans leurs manifestations locales, paraissent débuter de la même façon. Les phénomènes locaux dans ces divers cas sont les mêmes jusqu'à un certain point, à partir duquel apparaissent de grandes différences dans les manifestations locales et les complications.

Jusqu'à présent toutes ces manifestations ont été réunies sous la dénomination d'inflammation et l'on enseigne que l'inflammation est dans certains cas une congestion accompagnée d'un léger exsudat, dans d'autres cas une hypérémie avec exsudat abondant, d'autres fois qu'elle conduit à la formation du pus, d'autres fois encore qu'elle conduit à l'hyperplasie et à la formation de tissus nouveaux plus ou moins indurés. On a ainsi décrit des inflammations simple, aiguë, infectieuse et chronique. On devrait appliquer le terme d'inflammation à une classe distincte de lésions, celles que produisent les micro-organismes. Au contraire, on ne devrait jamais appliquer ce terme aux autres lésions avec lesquelles la notion infectieuse des microbes n'a rien à voir. Ces autres lésions devraient être dénommées d'après leur anatomie pathologique. On peut dire que toute inflammation commence par de la congestion; mais bien des congestions n'arrivent jamais à la véritable inflammation. On doit considérer la congestion comme pouvant résulter de causes variées, parmi lesquelles il faut placer les microbes. Dans ce dernier cas la congestion est subsidiaire et constitue un accident ou un processus de défense de l'organisme. Une violente foulure du genou peut provoquer les symptômes : *calor*, *rubor*, *dolor* et *tumor*. Les vaisseaux se dilatent; il y a hypérémie, tension, compres-

sion des nerfs; des modifications chimiques se produisent; des liquides s'épanchent dans les cavités. Mais qu'aucune complication ne survienne, le liquide sera rapidement résorbé, les vaisseaux reprendront leurs dimensions normales; la douleur, la rougeur, le gonflement disparaissent; à peine restera-t-il un peu d'épaississement chronique des parties.

Ce n'est pas là un processus d'inflammation. Qu'au contraire il se soit produit, d'une façon quelconque, une infection et que les micro-organismes aient pu gagner les régions profondes, tout le tableau clinique change aussitôt. Il n'y a pas seulement de la synovite purulente, de l'arthrite purulente, mais on va voir se produire des troubles constitutionnels impossibles à méconnaître et qui peuvent conduire à la mort. Voilà de l'inflammation, c'est-à-dire un état de congestion et d'exsudation, *plus* l'infection spéciale caractéristique. Sans infection, il n'y a pas de véritable inflammation. Je suis disposé à admettre la définition de l'inflammation d'après Metschnikoff, qui la regarde comme une réaction phagocytaire de l'organisme contre les microbes; le phénomène essentiel de l'inflammation consiste dans une lutte entre les phagocytes et les microbes; les corpuscules du pus ne sont que les débris, les cadavres des cellules animales tuées dans ce combat. Que les cellules animales aient une telle activité, c'est ce qu'ont démontré indépendamment plusieurs auteurs, et c'est à cette propriété qu'on a donné le nom de chimiotaxisme. Ainsi donc le processus débute par de l'hypérémie et de la congestion et arrive à l'inflammation, c'est-à-dire à l'infection et aboutit à la formation du pus. On doit donner différents noms aux différents pus : réservons, par exemple, cette dénomination de pus à la substance produite au cours d'un phlegmon aigu, infectieux, toxique; à la substance qui se forme sur des granulations saines ou sur des surfaces cruentes qui n'ont pas encore eu le temps de produire de granulations, mais sans qu'il y ait de bactéries, donnons le nom de *pyoïde* ou *puruloïde*. Quant aux vieux abcès froids, on les voit quelquefois contenir une substance qui depuis longtemps a perdu tous les caractères du pus et ne conserve avec celui-ci qu'une apparence grossière. On peut donner à cette substance le nom d'*archepyon*. Ces distinctions sont utiles au point de vue thérapeutique : l'existence du pus véritable nécessite une prompte évacuation; ce pus laissé en place pourra produire des désordres considérables. La matière pyoïde ou puruloïde ne nécessite aucune intervention spéciale; il faut simplement entretenir une propreté absolue. La présence de l'archepyon nécessite une intervention ayant pour but l'extirpation du tissu infecté et de cette membrane qu'autrefois on nommait à tort pyogène. En effet, loin de produire du pus, c'est au contraire elle qui protège le reste de l'organisme contre ce pus; elle serait donc mieux nommée membrane *prophylactique*. Dans les abcès froids il faut enlever complètement cette membrane; si cette ablation totale est impossible, j'en enlève autant que je peux, puis, après avoir curetté la cavité, j'en touche les parois avec une solution de chlorure de zinc à 50 pour 100. Quand la membrane prophylactique n'est pas extirpée, elle se résout graduellement en tissu de granulations; ses parties constituantes sont détruites par l'action des phagocytes et elle se transforme en granulations. Mais ce processus peut entraîner une infection totale de l'organisme. De là ce précepte que cette membrane doit être enlevée totalement; si cela est impossible, il faut la détruire par des agents caustiques; enfin, à défaut de ce procédé on emploiera des antiseptiques et des substances stimulantes.

Il faut distinguer les bactéries suivant qu'elles produisent nécessairement et forcément du pus ou au contraire qu'elles n'en produisent qu'accidentellement; parmi les premières sont les staphylocoques, les streptocoques; parmi les secondes sont le bacille de Koch, le bacille du tétanos, celui de la morve, etc.

Cholécystectomie.

M. Weeks. — Une femme de quarante-sept ans avait depuis quatre ans des crises douloureuses ayant pour siège la partie supérieure de l'abdomen; la douleur avait pour point de départ l'hypochondre droit et quelquefois irradiait vers l'épaule droite; elle était des plus intenses dans la région épigastrique et de là se propageait jusque dans le cou. Pendant les paroxysmes, il y avait des vomissements de bile. On fit le diagnostic d'occlusion du canal cystique. On fit une incision verticale en dehors du muscle droit. On trouva une vésicule biliaire tout à fait contractée et contenant une douzaine de petits calculs dont les plus gros avaient le volume d'un pois. Le canal cystique était obstrué par un gros calcul, qu'on enleva en faisant une incision dans les parois de ce conduit. Ce calcul avait vingt millimètres de longueur et quatorze millimètres de largeur. On réséqua ensuite la vésicule biliaire et on lia le canal cystique aussi haut que possible; mais on ne put pas le lier au delà de l'incision faite pour retirer le calcul et par suite il resta une ouverture par laquelle la bile pouvait s'échapper. Un drain en verre fut introduit jusqu'au fond de la plaie et on pansa à l'iodoforme. Pendant quelque temps il y eut de la douleur, des vomissements, de la fièvre; une grande quantité de bile s'écoula par la plaie; mais cinq jours après l'opération, la malade se sentit bien et au bout de trois semaines elle sortait de l'hôpital, guérie.

ASSOCIATION AMÉRICAINE DE NEUROLOGIE

21e réunion annuelle tenue à Boston.

Anesthésie hystérique complète chez l'homme.

M. Preston. — Un homme de trente ans, sans antécédents héréditaires importants, buveur modéré, se trouva un jour engagé dans une rixe; il n'eut que quelques contusions. Un ou deux jours après apparut sur la peau du crâne une petite aire d'anesthésie; peu de jours après il y avait une anesthésie générale; la sensibilité tactile, la sensibilité à la douleur et la sensibilité thermique étaient perdues. Le sens musculaire était très diminuée, mais non entièrement perdu. L'odorat et le goût avaient disparu, l'ouïe était diminuée. Il y avait un rétrécissement considérable des champs visuels, et le champ des couleurs était renversé. Les réflexes superficiels et profonds étaient normaux et il en était de même de la réaction électrique. Le malade alla graduellement mieux et finalement guérit sous l'influence de la suggestion hypnotique.

M. Jacoby. — Ces cas d'anesthésie totale ne sont pas très rares et se trouvent principalenent chez les fous.

Railway spine.

M. Dercum. — J'ai observé deux cas de railway spine avec autopsie. Dans le premier cas, il y avait de la contusion violente des muscles du dos et du tronc en général. Ces muscles étaient animés de spasmes et de tremblement, et l'excitabilité réflexe musculaire et tendineuse était augmentée. Il y avait les symptômes qu'on observe si communément dans la neurasthénie traumatique: insomnie, rêves, réveils subits avec frayeur, transpiration excessive, mictions fréquentes, céphalée occipitale, tintements d'oreilles, faiblesse générale, etc. Le malade mourut d'une maladie intercurrente. Un examen approfondi du système nerveux ne révéla aucune lésion. Dans le deuxième cas, il y avait une névrite brachiale gauche d'origine traumatique, monoplégie brachiale gauche, avec atrophie des muscles avoisinant l'épaule. Les muscles du dos étaient contusionnés; il y avait une hémi-analgésie droite s'étendant du pied jusqu'au niveau du mamelon; à droite, il y avait une hémi-thermo-anasthésie s'étendant depuis le pied jusqu'au niveau des fausses-côtes. Le malade avait une grande faiblesse physique, mais son esprit paraissait indemne. Il mourut subitement par rupture d'un anévrysme aortique. L'examen du système nerveux, après la mort, ne révéla la présence d'aucune lésion.

Inhibition dans la physiologie de la respiration.

M. Porter. — On sait que la section transversale de la moelle entre le bulbe et les noyaux des phréniques amène un arrêt des mouvements des muscles de la respiration. Si on entretient la vie par la respiration artificielle, le pouvoir réflexe de la moelle augmente progressivement et au bout de quelques heures l'action de pincer les pattes de l'animal en expérience, de souffler sur sa peau, de supprimer la respi-

ration artificielle peut provoquer des contractions musculaires étendues et notamment la contraction des muscles respiratoires. On admet que ces contractions des muscles de la respiration, après séparation de la moelle et du bulbe, prouvent que l'impulsion respiratoire, pour les muscles du tronc, ne vient pas de cellules du bulbe, mais a son point de départ dans la moelle. Mais contre cette hypothèse plaide l'arrêt des muscles respiratoires du tronc amené par la section de la moelle. On répond à cela, que la section de la moelle excite des fibres inhibitrices médullaires et suspend ainsi l'action des cellules respiratoires de la moelle. Mais cet hypothèse est ruinée par l'expérience suivante : l'hémisection de la moelle arrête d'ordinaire les contractions du diaphragme du côté de l'hémisection. Cet arrêt n'est pas dû à une inhibition, car le diaphragme, du côté de l'hémisection, commence à se contracter dès qu'on coupe le nerf phrénique, du côté opposé. Donc, deux hémisections qui séparent complètement la moelle du bulbe, ne produisent pas l'inhibition de la respiration diaphragmatique de leurs côtés respectifs. Les cellules phréniques d'ordinaire n'envoient pas le stimulus respiratoire après une telle section, parce qu'elles ne le reçoivent plus du bulbe. Les cellules phréniques ne peuvent engendrer elles-mêmes l'impulsion respiratoire. Cette impulsion respiratoire n'a donc pas son origine dans la moelle.

Le pouls chez les fous.

M. Kellogg. — Dans les cas bien établis de folie, il y a une augmentation considérable du nombre des pulsations radiales, chez les hommes et les femmes. Ce nombre est en moyenne de 84,8 par minute chez les femmes et de 80,8 chez les hommes. Dans 5 0/0 des cas que j'ai étudiés et qui étaient au nombre de 2,172, il y avait de l'irrégularité des battements cardiaques. Dans 2 0/0 des cas, il y avait des intermittences; dans 8 0/0, il y avait des souffles et des lésions cardiaques. Le sphygmographe montre que chez ces malades, on obtient, à certaines périodes de leur affection, des tracés anormaux dans la grande majorité des cas. Cela est dû à des lésions des centres corticaux ou spino-moteurs et vaso-moteurs, à différentes lésions du grand sympathique, du pneumogastrique, à des troubles vasculaires périphériques ou centraux, à des dégénérescences des organes centraux, à des intoxications du sang, à des auto-intoxications, à des conditions de cachexie, à des lésions cardiaques.

Lésions de la protubérance.

M. Mills. — Un homme de cinquante-trois ans, syphilitique, présenta, huit mois avant sa mort, des symptômes de lésions intra-craniennes; il eut d'abord de la paralysie du moteur oculaire externe gauche; puis il eut des faiblesses, des vertiges. Il y eut de la parésie de la jambe et du bras du côté gauche, de la paralysie du muscle droit externe de l'œil gauche et de la parésie du muscle droit externe de l'œil droit avec diminution des mouvements de l'œil vers le côté gauche. Le malade riait et pleurait très facilement. Il ne présentait pas d'aires d'anesthésie. Le réflexe patellaire gauche était exagéré. A l'autopsie, on trouva une lésion de la protubérance commençant à environ quinze millimètres de la protubérance et du pédoncule cérébral de la jonction du côté gauche au voisinage de la ligne médiane et presque entièrement localisée à la région dorsale de la protubérance. Des coupes transversales montrèrent du ramollissement et de la dégénérescence des deux côtés de la ligne médiane, mais surtout à gauche. L'examen microscopique montra que les régions envahies étaient la région réticulaire droite et les pyramides à un faible degré, ainsi que les racines du moteur oculaire externe.

Localisations cérébrales.

M. Mills. — Les différentes théories des localisations cérébrales ont pris une nouvelle importance depuis les recherches de Golgi, de Ramon y Cajal, Van Gehruten, Sohafer, Andriezen et d'autres. Comme Forel et Nansen l'ont montré, nous avons été trop longtemps imbus de cette idée que l'action cellulaire était prédominante et nous avons été trop occupés par des théories qui voulaient placer les centres dans les cellules. Les impulsions sont transmises par les prolongements filamenteux aussi bien que par le corps des cellules et ces dernières ont une fonction surtout trophique. Les nouvelles recherches n'ont point anéanti la théorie des localisations. Tout au moins au point de vue de la pratique du médecin et du chirurigen, il faut conserver la division du cerveau en régions physiologiques : motrice, sensitive, visuelle, auditive, olfactive, gustative. L'ensemble de l'écorce peut être regardé comme une expansion sensitive, mais les régions rolandiques doivent être considérées comme motrices. L'irritation de cette dernière portion provoque des mouvements spéciaux; au contraire, la destruction de cette zone diminue ou abolit ces mouvements. Il n'est pas nécessaire de regarder avec Andriezen les grandes cellules pyramidales de cette région comme les premières cellules sensitives de l'écorce. Je crois qu'il faut, au contraire, nous débarrasser de ces notions de cellules sensitives et de cellules motrices. L'écorce contient des aires de localisation. L'aire cérébrale sensitive correspondant à la sensibilité cutanée et musculaire, à la fois corticale et sous-corticale, me paraît être cette partie du cerveau où les radiations fibreuses dans leurs formes les plus compactes sont les plus voisines de la surface du cerveau; il faut donc placer cette région dans la partie postérieure du lobe pariétal, le lobe quadrilatère et le gyrus fornicatus. La destruction de cette région, surtout si elle est bilatérale, amène une diminution plus ou moins marquée de la sensibilité. Dans le cerveau, comme dans la moelle, il y des aires de jonction entre les régions corticales, et des lésions de ces aires peuvent donner lieu à des troubles passagers de la sensibilité. On ne trouve des troubles permanents de la sensibilité que quand les lésions portent sur la région que j'ai décrite comme correspondant à la sensibilité générale.

M. Dana. — J'ai réuni un grand nombre de cas dans lesquels on ne peut expliquer les faits pathologiques si on n'admet pas que les fonctions de motricité et de sensibilité sont réunies. Pour l'accomplissement des mouvements coordinés il faut qu'il y ait une relation anatomique très étroite entre les sensations musculaires et cutanées. La discussion sur ce sujet serait peut-être bien vite close si nous nous accordions bien sur le sens à donner au mot sensation. Sans doute, je crois, comme M. Mills, que les sensations ne sont pas étroitement localisées et qu'il y a des aires de sensibilité : mais je ne crois pas que nous ayons des aires de sensibilité séparées des aires motrices et cantonnées dans le lobe pariétal et le gyrus fornicatus.

M. Putnam. — Je crois que la circonvolution prérolandique, qu'on considère comme le centre de mouvements spéciaux, a autant de fonctions sensitives que n'importe quelle autre circonvolution. M. Warren a excisé une portion de cette circonvolution d'un diamètre de quelques millimètres chez un jeune homme atteint d'épilepsie et dont les accès débutaient par des mouvements de l'une des mains; il s'ensuivit une parésie de la main et un trouble de la sensibilité de cette main. Cela montre bien que la fonction de sensibilité siège à côté de la fonction motrice et dans le même centre. Du reste, cette fonction de sensibilité est excessivement complexe.

Dès qu'un animal est touché, cette sensation doit être rapidement suivie d'un mouvement des yeux permettant de chercher la cause de ce contact. C'est ainsi que les différentes fonctions cérébrales se relient toutes entre elles.

M. Starr. — Tous ceux d'entre nous qui s'occupent continuellement de chirurgie cérébrale savent que l'excision de petites portions de l'écorce du cerveau produit presque inévitablement des troubles dans la sensibilité. Je me suis complètement trompé, en 1890, en soutenant que les sensations venaient toujours s'intégrer en arrière de la scissure de Rolando. Je crois aujourd'hui que l'aire de la sensibilité correspond à celle de la motricité. Mais il faut bien savoir que les aires de sensibilité sont diffuses : les fibres sensitives à leurs terminaisons se résolvent en des pinceaux de fibres; ainsi une fibre vient se terminer en réalité dans une étendue assez considérable. A travers toutes ces branches, l'habitude fait que les sensations suivent en général une voie déterminée. C'est cette grande diffusion de la sensibilité qui fait que les cas sont fort peu nombreux dans lesquels la sensibilité seule est perdue, tandis que le plus souvent la sensibilité et la motricité se perdent en même temps. Il faut abandonner

l'idée que la perception consciente et peut-être aussi la motricité consciente soient en rapport avec des cellules déterminées. Il s'agit plutôt là de l'association de fibres et de la combinaison des activités de plusieurs régions cérébrales. On arrivera peu à peu à cette idée que la cellule est plutôt un centre trophique qu'un centre moteur ou sensitif.

M. Collins. — Un jeune homme eut en novembre une première attaque d'épilepsie jacksonienne, consistant en des mouvements de contraction de l'index et du pouce. En mars, il avait déjà eu trois attaques. On opéra au niveau du centre cortical des mouvements du pouce et de l'index. Le malade supportant mal l'anesthésique, on dut, après ouverture du crâne, remettre l'opération à plus tard. Dans la nuit, il y eut une attaque très intense qui fut précédée pendant fort peu de temps par de la fièvre et pendant assez longtemps par une perte de connaissance. Le lendemain, il y avait de la parésie du membre supérieur droit et perte de la sensibilité tactile, du sens de position et du sens musculaire dans la main droite. Trois ou quatre jours après, on ouvrit la plaie et on excisa une grande partie de l'écorce cérébrale à ce niveau; il y avait là une ancienne pachyméningite et les cellules corticales avaient subi la dégénérescence. Dès lors les troubles de la sensibilité disparurent entièrement.

M. Angell. — Devant pratiquer une opération semblable j'avais annoncé qu'il y aurait de la paralysie pendant au moins cinq ou six jours. A mon étonnement il n'y eut aucun trouble de la sensibilité avant vingt-quatre heures.

M. Prince. — Dans un certain nombre de cas, on ne trouve pas de trouble de la sensibilité, ce sont là des faits exceptionnels, mais dont il faut tenir compte. On se rappelle l'observation publiée par M. White en 1893 : cet auteur excisa une certaine partie de l'écorce; il y eut une paralysie mais il n'y eut pas de trouble de la sensibilité. Dans un autre cas, j'ai enlevé chez un malade une portion de substance cérébrale du volume d'une demi-orange; il y eut ainsi après l'opération un trou assez profond comprenant une grande partie de la région supérieure des circonvolutions rolandiques et pariétales. Avant l'opération, il y avait de l'hémi-anesthésie avec paralysie; après l'opération, il n'y avait plus aucune trace de perte de la sensibilité. On voit donc qu'une grande portion de l'aire motrice peut être détruite sans qu'il y ait atteinte de la sensibilité.

M. Knapp. — Toutes les notions du neurone tendent à montrer la grande dépendance qu'il y a entre le neurone moteur et le neurone sensitif. L'anatomie permet de dire que les neurones sensitifs supérieurs ou bien se dirigent directement en haut pour aller mettre leurs cylindres-axes en rapport avec les cellules des neurones moteurs, ou bien envoient des fibres d'association allant aux processus moteurs.

Tumeurs de l'encéphale.

M. Fisher. — Un malade porteur d'une tumeur du cervelet ne présenta aucun symptôme qu'on pût rapporter à une lésion de cet organe : il n'y avait ni incoordination, ni hésitation dans la marche. La douleur siégeait principalement au-dessus de l'orbite du côté droit. Il y avait une surdité absolue du côté droit; le malade disait aussi avoir perdu l'odorat. On fit une opération qui ne permit pas de trouver la tumeur, mais qui fit disparaître la douleur et les convulsions. Onze semaines après, le malade mourait d'une méningite septique de la base. A l'autopsie, on trouva un gliome qui avait envahi l'hémisphère cérébelleux droit.

M. Preston. — J'ai observé trois cas de tumeur du cerveau. Le premier est celui d'un garçon de treize ans; depuis un an, il avait des attaques d'épilepsie que diminua beaucoup le bromure. Puis il se développa subitement de la diplopie avec de la névro-rétinite ; la vue diminua beaucoup ; il y eut d'abord une achromatopsie latérale gauche, puis une hémianopsie gauche; graduellement le malade devint complètement aveugle et sourd. Les réflexes superficiels et profonds avaient disparu. Il y avait une céphalée intense et un affaiblissement progressif de l'intelligence. A l'autopsie, on trouva une grosse tumeur comprenant tout le lobe temporal droit; le lobe occipital était ramolli, mais la portion corticale de ce lobe était intacte. La tumeur était un sarcome. Le second cas est intéressant parce que la tumeur, un petit papillome ayant le volume d'un œuf de perdrix, était enfouie dans la circonvolution occipitale supérieure droite, produisant une céphalée intense avec une névrite optique double. Le troisième cas est celui d'une volumineuse tumeur sarcomateuse ayant envahi tout le lobe temporal à l'exception de la première circonvolution et ayant aussi envahi la plus grande partie du lobe occipital et le lobe latéral du cervelet. Il y avait surtout de la céphalée et des troubles intellectuels.

M. Walton. — Un homme de cinquante-trois ans se plaignait de céphalée frontale, qui ne survint, du reste, que deux mois avant sa mort. Il eut du vertige, de l'aphasie, des convulsions généralisées; il y avait, outre l'aphasie, de l'agraphie, de l'hémiplégie droite et de l'hémianopsie droite. Il y avait aussi de la névrite optique doubles; les réflexes superficiels et profonds avaient disparu du côté droit. La tumeur occupait l'angle formé par la réunion des scissures de Rolando et de Sylvius. L'extension de la tumeur en arrière n'était pas aussi grande que semblait l'indiquer l'hémianopsie.

ASSOCIATION AMÉRICAINE DE LARYNGOLOGIE

17e réunion annuelle tenue à Rochester.

Traitement du goitre par des corps thyroïdes desséchés.

M. Fletcher-Ingals. — Depuis quinze ans, j'ai soigné quatre-vingt-sept cas de bronchocèle et goitre exophthalmique; autrefois, je donnais de l'iodure de potassium. Si les malades n'étaient pas améliorés au bout de deux ou trois semaines, je donnais de la teinture d'iode; quelquefois, j'injectais une solution d'acide phénique dans de la glycérine et de l'eau à 5 0/0. Depuis je me suis servi de différentes préparations de corps thyroïde, et pour mes six derniers malades j'ai employé des corps thyroïdes desséchés. Quarante grammes de cette préparation représentent un corps thyroïde entier. Ces six malades sont encore en traitement; quelques-uns avaient été auparavant soumis à l'ancienne méthode de traitement. Sur une série de vingt-cinq cas traités par le corps thyroïde desséché, Taylor n'a obtenu aucun résultat que dans sept cas. Sur cinquante cas que j'ai pu réunir et qui ont été soumis à ce traitement, trente-huit fois les dimensions du cou ont diminué. Le traitement a entraîné un certain nombre de symptômes désagréables : céphalée, vertige, accélération du pouls, tremblements, faiblesse, rachialgie, nausées, perte de poids, et dans un cas des contractions utérines. En somme, le corps thyroïde exerce, par ses produits, un puissant effet sur les systèmes nerveux et circulatoire. Ce médicament mal dosé pourrait amener la mort. Ce sont les corps thyroïdes desséchés qui constituent le meilleur mode de préparation. L'ingestion donne d'aussi bons résultats que les injections hypodermiques. Il faut commencer par faire prendre douze grammes trois fois par jour en portant progressivement la dose à vingt-cinq et même à cinquante grammes si c'est nécessaire. Les effets ne sont pas les mêmes chez tous les individus et ne sont pas continuellement les mêmes chez un malade donné. Ce remède est efficace dans le myxœdème. Dans le goitre exophthalmique, il diminue le volume du goitre, mais il peut aggraver la tachycardie.

M. Shurly. — J'ai employé l'extrait de corps thyroïde dans une vingtaine de cas et je n'ai guère eu de bons résultats. J'ai soigné un enfant auquel on avait enlevé la glande thyroïde, ce qui avait arrêté sa croissance et son développement intellectuel. L'extrait de corps thyroïde l'a un peu amélioré.

M. Casselberry. — J'ai eu recours à ce traitement dans un cas de goitre exophthalmique; j'ai fait ingérer deux fois par semaine une préparation de corps thyroïde frais; mon malade fut simplement amélioré. Paul Bruns, de Tubingen, a récemment démontré que plus le malade est jeune, plus le traitement a des chances d'agir. Tous ses malades âgés de moins de dix ont guéri; 75 0/0 des malades âgés de moins de vingt ans ont guéri, puis le chiffre des guérisons a rapide-

ment décru, à mesure que les sujets avaient un âge plus avancé. Bechère à vu un singe mourir subitement par arrêt du cœur, sous l'influence de l'ingestion de corps thyroïdes.

Rapports de l'amygdalite et du rhumatisme.

M. Hove. — Je ne crois pas que la théorie ordinairement admise de l'amygdalite due à un état rhumatismal ou goutteux repose sur des faits véritablement cliniques. Les sujets qui ont souvent de l'amygdalite ne présentent pas souvent des antécédents rhumatismaux rapprochés ou éloignés ; d'autre part les individus rhumatisants sont rarement atteints d'amygdalite. Il est remarquable qu'à mesure qu'on avance en âge l'amygdale est de moins en moins sujette aux inflammations aiguës, tandis que la prédisposition au rhumatisme s'accentue avec l'âge. De plus, le rhumatisme s'attaque bien plutôt à des tissus séro-fibreux et non à des tissus muco-fibreux ou lymphatiques comme l'amygdale. Enfin on peut dire que la suppuration péri-amygdalienne est nettement de nature infectieuse et est souvent consécutive à des opérations intra-nasales.

Abcès du cerveau consécutif à une affection suppurative de l'ethmoïde.

M. Bosworth. — Un homme de trente-trois ans avait, depuis quelques années, une affection de l'ethmoïde se traduisant par les symptômes ordinaires. Il fut brusquement pris de céphalée intense, de névralgie faciale gauche, sans fièvre; ces symptômes durèrent pendant quatre jours. L'état général était bon; on voyait sourdre le pus entre le cornet moyen et la cloison dans la narine gauche. On pensa dès lors que la suppuration gagnait le sinus sphénoïdal; on fit une intervention à la gouge, ce qui amena une amélioration temporaire; puis survint un frisson suivi de fièvre, de collapsus, de paralysie du côté gauche de la face et du bras, et le malade mourut vingt-quatre heures après l'apparition de ces derniers symptômes. On ne put faire l'autopsie, mais on pensa que la mort avait été amenée par un abcès de la base du cerveau. On voit que la maladie de l'ethmoïde, considérée d'ordinaire comme étant sans danger, peut indirectement amener la mort en devenant pour le sphénoïde un foyer d'infection.

Suppuration des sinus accessoires.

M. Bryan. — Observation I. — *Abcès du sinus maxillaire droit, par suite de carie dentaire.* — Un homme de trente-neuf ans présentait un écoulement nasal, surtout du côté droit, de la névralgie, de l'amaigrissement, de la paresse intellectuelle et des troubles gastriques. A la pression, on découvrit un point douloureux au niveau de la fosse canine; le cornet inférieur était un peu hypertrophié, et le malade soufflant avec force, il s'écoulait du pus; les deux premières molaires supérieures gauches étaient cariées. On extirpa l'une de ces molaires et on trouva une pointe d'aiguille fixée dans sa racine. Le malade se rappela que, huit ans auparavant, il s'était nettoyé les dents avec une aiguille dont la pointe s'était cassée. On lava le sinus avec de l'eau oxygénée et une solution boriquée; au bout de trois semaines, le pus avait cessé de couler et on laissa se fermer l'orifice alvéolaire.

Obs. II. — *Suppuration de l'ethmoïde se terminant par la carie des cellules ethmoïdales antérieures.* — Un homme de soixante-huit ans avait, depuis dix ans, de la névralgie au niveau de l'angle interne de l'œil; il y avait un coryza permanent s'accompagnant d'un écoulement jaunâtre de la narine gauche; aucun trouble de la vue. Le cornet moyen était hypertrophié et le pus coulait par en dessous et par-dessus. La sonde révéla facilement l'existence de carie de cellules ethmoïdiennes antérieures, bien que la muqueuse gonflée empêchât l'inspection directe. Tout l'os malade fut curetté et tous les symptômes disparurent.

Obs. III. — *Abcès du sinus frontal gauche consécutif à des polypes du nez et à de la rhinite hypertrophique.* — Un homme de cinquante ans avait depuis quelque temps un écoulement par la narine gauche; il fut pris de céphalée, d'obstruction de la narine gauche; l'état général devint mauvais; la peau au niveau du sinus frontal gauche était un peu gonflée et rouge; il y avait de la douleur à la pression. Le cornet inférieur droit était hypertrophié; la narine gauche était obstruée par de nombreux polypes et par une adhérence unissant le cornet inférieur gauche à la cloison. Les polypes furent enlevés, on rompit l'adhérence, on réduisit les hypertrophies des cornets. Cela suffit pour drainer le sinus frontal en raison du calibre anormal du conduit fronto-nasal. Grande amélioration, mais actuellement la guérison n'est pas encore complète.

Obs. IV. — *Abcès des sinus frontal ethmoïdal et maxillaire avec carie des cellules fronto-ethmoïdales.* — Une femme de quarante-huit ans, sujette à de fréquents rhumes de cerveau, avait, depuis sept mois, un écoulement par le nez; les dents étaient bonnes; mais celles de la partie gauche de la mâchoire supérieure s'avançaient un peu plus que les autres. La malade avait de fortes céphalées avec de la névralgie faciale gauche. Le côté gauche de la face était congestionné; il y avait du gonflement sus et infra-orbitaire; il y avait de la douleur à la pression dans ces régions, ainsi qu'au niveau de la fosse canine. Le cornet inférieur droit était un peu hypertrophié, mais du côté gauche les cornets moyen et inférieur étaient congestionnés et gonflés et la narine était remplie de pus, qui coulait facilement par l'orifice antérieur et par l'orifice postérieur. L'examen par transparence révéla des opacités au niveau des sinus frontal et maxillaire du côté gauche. Le champ visuel était rétréci pour le vert et le rouge. On fit l'extraction de la première molaire supérieure gauche et on trépana le fond de l'alvéole; il s'écoula un mucus gélatineux; on fit des lavages à la solution boriquée et à l'eau oxygénée. Cela n'amena qu'une amélioration partielle. On dut ouvrir le sinus frontal, d'où s'écoula un pus verdâtre, épais. La guérison parut obtenue au bout d'un mois, mais brusquement l'écoulement et les symptômes précédents reparurent. On ouvrit de nouveau le sinus qu'on curetta et qu'on bourra de gaze iodoformée. Plus tard, on découvrit qu'il y avait une communication entre les sinus frontal et maxillaire. Plus tard, encore on vit que l'os était malade au niveau des cellules ethmoïdales antérieures. On curetta ces dernières et on eut enfin une guérison définitive au bout de dix mois de traitement.

Non seulement la grippe, mais encore la simple rhinite est une cause fréquente de ces affections des sinus. L'affection de l'ethmoïde peut se révéler par la douleur à la pression, l'exophthalmie, les troubles ordinaires, un ramollissement de l'os du niveau de l'angle interne de l'œil. Une sonde introduite dans le nez révèle d'ordinaire la présence de la carie osseuse. Quand le sinus frontal est pris, la gravité des symptômes dépend, en grande partie, de la perméabilité ou de l'obstruction du conduit fronto-nasal. La douleur survient de bonne heure et est intense ; il y a quelquefois de la rougeur sus-orbitaire du gonflement et un écoulement purulent d'une narine. Si le conduit fronto-nasal est fermé, les symptômes s'aggravent rapidement. Si on n'intervient pas, il peut se faire un abcès de l'orbite ou même abcès intra-crânien.

Angine de Ludwig.

M. Newcomb. — Le nom d'angine de Ludwig est mauvais, car il est probable que Heim, treize ans avant Ludwig, a connu cette affection. Actuellement, on regarde comme étant une inflammation phlegmoneuse diffuse du plancher de la bouche et du tissu cellulaire inter-musculaire et sous-cutané de la région sous maxillaire, inflammation qui peut se terminer par la résolution, ou par la gangrène, ou par un abcès. Tout le monde, du reste, n'a pas compris l'angine de Ludwig de la même façon. On a discuté pour savoir s'il s'agissait là d'une entité morbide méritant un nom spécial. Ludwig assigne à cette maladie les caractères suivants : 1° il y a une induration ligneuse du tissu connectif qui ne garde pas l'impression du doigt ; 2° cette induration est uniformément répandue et se termine brusquement, limitée ainsi par une zone de tissu absolument sain sans transition ; 3° il y a un gros gonflement dur sous la langue, avec une tuméfaction en forme de coussin siégeant au niveau de la partie interne de la mâchoire inférieure et ayant une couleur rouge foncé ou bleuâtre. Il est probable qu'il s'agit là d'un phlegmon très infectieux, survenant dans des conditions particulières ; c'est une forme d'angine septique. On n'y a trouvé que les germes ordinaires de la suppuration ; cependant on a suggéré qu'il pourrait y avoir là de l'actinomycose. Dans les cas qui se terminent par la mort, on trouve une désintégration générale du tissu cellulaire cervical et du

tissu musculaire. On trouve de grands lambeaux sphacélés mélangés à un fluide ichoreux ou à un pus fétide. Quelquefois, le pus a fusé à travers le tissu cellulaire jusqu'au sternum, au médiastin et au péricarde. Les lésions des dents, des glandes de la bouche, les ulcérations herpétiques des lèvres, l'éruption des dents de sagesse, les amygdalites jouent le rôle de causes prédisposantes en favorisant l'entrée des germes dans les lymphatiques et de là dans le tissu cellulaire. Le froid paraît avoir peu d'action. Toujours le pus prend naissance dans l'espace triangulaire dont le sommet correspond au point où le mylo-hyoïdien rencontre le génio-glosse. La paroi externe de cet espace est formée par la face inférieure du maxillaire inférieure et par le muscle mylo-hyoïdien ; sa paroi interne est formée par le génio-glosse et l'hyo-glosse. Sans doute, la glande sublinguable est envahie la première et la glande sous-maxillaire n'est prise que plus tard. Les germes qui ont déterminé la phlegmasie sublinguale peuvent traverser la gaîne de la glande sous-maxillaire, ou le pus de la région sublinguale peut dissocier les fibres du mylo-hyoïdien et envahir ainsi la région sous-maxillaire. Les symptômes locaux sont ceux d'un phlegmon et la fièvre infectieuse peut prendre un type ataxique ou asthénique. On attache une importance considérable à la présence d'une aire d'induration en forme de bouton de chemise en dedans de l'arcade dentaire. Il faut faire le diagnostic différentiel avec l'ostéomyélite de la mâchoire, l'adenophlegmon simple de la région sous-maxillaire, l'hygroma de la bourse de Fleischman, affection qui est très rare. On connaît environ mille observations d'angine de Ludwig, mais il n'y en a que cinquante-huit qui soient relatées avec des détails suffisants. Sur ces cinquante-huit, il y en a quarante-quatre chez des hommes, neuf chez des femmes et cinq chez des enfants. 40 0/0 de ces cas sont survenus chez des sujets ayant entre vingt et trente ans. Sur ces cinquante-huit cas, il y a eu trente-trois guérisons et vingt-cinq morts. Neuf fois seulement on a fait des examens bactériologiques et on a trouvé le streptococcus pyogenes, le staphylococcus pyogenes aureus et albus, le coccus de l'érysipèle, un bacille un peu analogue au bacterium coli commune, mais plus étroit et en différant par sa culture. Le traitement consiste dans l'incision faite de bonne heure, une antisepsie rigoureuse, un traitement général reconstituant. Récemment Semon, de Londres, a avancé que l'angine de Ludwig, l'érysipèle du pharynx, l'œdème aigu du larynx, l'œdème du larynx, la pharyngite phlegmoneuse ne sont qu'une et seule même maladie consistant en une inflammation septique de la gorge plus ou moins intense et se localisant un peu différemment suivant les cas, mais relevant de la même étiologie.

Nécrose du cornet moyen.

M. Thrasher. — Dans la rhinite aiguë, c'est le cornet inférieur qui est le plus souvent pris, mais c'est la lésion du cornet moyen qui, quand elle se produit, offre le plus d'intérêt, car elle entraîne comme conséquence l'occlusion des orifices de tous les sinus adjacents, dont les sécrétions ne peuvent plus s'écouler et ne tardent pas à devenir purulentes. Souvent l'ethmoïde devient malade; la nécrose du cornet moyen est au contraire rare. J'ai vu une femme se plaignant d'une douleur aiguë dans la narine gauche, douleur qui irradiait dans le côté gauche de la face et de la tête; elle était constante mais avait des périodes d'exacerbation; le côté gauche du nez était un peu gonflé. Un écoulement crémeux suintait au-dessous du cornet moyen. L'extrémité antérieure du cornet moyen était gonflée et elle comprimait la cloison et le cornet inférieur. Un an auparavant cette malade avait eu une influenza très intense. J'ai enlevé une masse qui faisait une saillie dans la fosse nasale correspondante et j'ai ramené la muqueuse sur le cornet moyen dont le tiers externe était nécrosé. La malade a guéri et depuis quatre ans il n'y a pas eu de récidive. Un homme de vingt-six ans avait depuis deux ans de la névralgie sus et infra-orbitaire du côté droit. Le cornet moyen présentait une masse arrondie faisant saillie dans la fosse nasale et remplissant le méat moyen. Il y avait du même côté un écoulement peu abondant. En cherchant à enlever la masse qui faisait saillie, je l'ai brisée en partie, ouvrant ainsi une grande cavité comprise dans la paroi osseuse ; une partie du tissu osseux enlevée apparut nécrosée. On ne put trouver aucune communication entre cette cavité kystique et les cellules ethmoïdiennes. Dans les cas d'inflammation du cornet moyen, si l'affection est récente, il faut faire des pulvérisations alcalines, cocaïnées, des scarifications, des incisions profondes. Si l'affection date de loin et qu'on ait des raisons de croire que l'os est atteint d'ostéïte ou de nécrose, il faut enlever tous les tissus malades. La cautérisation est contre indiquée en raison de la proximité du cerveau. Chez un enfant mâle de dix-huit mois, j'ai constaté l'existence d'une sténose osseuse congénitale de la narine droite ; l'enfant respirait par la bouche et il y avait un écoulement purulent par la narine malade.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 octobre 1895.

Sérothérapie du tétanos.

M. Nocard. — On sait qu'il faut renoncer au moins pour le moment à l'espoir de guérir le tétanos déclaré, mais on pourrait diminuer le nombre des cas de cette affection en recourant au traitement préventif. C'est ce que j'ai tenté de faire. Durant le premier trimestre de 1895 j'ai distribué aux vétérinaires de la banlieue nord-est de Paris 1,800 flacons de dix centimètres cubes de sérum antitétanique. J'ai recommandé d'injecter à chaque animal menacé de tétanos à la suite de plaie opératoire accidentelle dix centimètres cubes de sérum le plus tôt possible après le traumatisme; dix ou quinze jours après on devait faire une deuxième injection de pareille dose.

Les renseignements que j'ai pu me procurer sur les résultats obtenus, s'appliquent à 375 animaux. Chacun de ces animaux a reçu des injections à quinze jours d'intervalle. Dans tous les cas le sérum s'est montré absolument inoffensif et aucun des animaux traités n'a pris le tétanos. Bien que le nombre en soit restreint, pour une affection aussi rare, il faut remarquer que tous les animaux traités appartenaient à des écuries où le tétanos avait fait des victimes quelques jours ou quelques mois auparavant et même nombre d'entre eux étaient voisins immédiats d'animaux tétaniques. Pour quelques-uns le traumatisme s'était produit en même temps et dans les mêmes conditions que pour d'autres qui, non traités, sont devenus tétaniques. Enfin, pendant les six mois qu'a duré l'expérience, 26 correspondants qui n'ont perdu aucun des 375 animaux traités, ont observé 55 cas de tétanos sur des animaux non traités.

Aussi je crois pouvoir conclure que si le traitement curatif du tétanos est encore à trouver, on peut du moins, grâce aux injections préventives de sérum antitétanique, réduire dans une large mesure le nombre des victimes de cette terrible maladie.

Glaucome chronique simple.

M. Ch. Abadie. — Découragé depuis longtemps par les insuccès de l'iridectomie et de la sclérotomie dans les glaucomes chroniques simples, j'ai eu recours avec succès à l'usage systématique et prolongé des myotiques avec addition de la médication suivante :

A l'intérieur, le bromure de potassium associé au sulfate de quinine administrés pendant un mois, tous les jours, à la dose moyenne de un à deux grammes de bromure de potassium et tous les deux jours de trente à cinquante centigrammes de sulfate de quinine. Le collyre à l'ésérine ou à la pilocarpine ou avec ces deux myotiques associés est instillé une fois par jour. Au bout d'un mois, la médication est suspendue quatre jours tous les huit jours; puis dès que la tension est redevenue normale on la continue mais seulement huit jours tous les huit jours et cela indéfiniment si c'est nécessaire.

Rhinosclérome.

M. Péan présente une jeune fille de Costa-Rica âgée de vingt-sept ans, et qui, lorsqu'il la vit l'an dernier, présentait les caractères habituels du rhinosclérome : nez recouvert sur ses deux tiers inférieurs d'un néoplasme extrêmement dur, ligneux, à bourrelets très marqués, d'une colo-

ration rouge, presque vineuse, avec dilatation des petits vaisseaux se continuant le long des rebords narinaires d'une part, sur la moitié supérieure de la lèvre supérieure, d'autre part vers les fosses nasales qui étaient complètement obstruées; aucune ulcération; aucun symptôme douloureux. Les débuts remontent à seize ans environ. La progression s'est donc faite avec une extrême lenteur.

Pour faciliter l'ablation, M. Péan fit la section de la lèvre supérieure sur la ligne médiane et fit passer transversalement au-dessus du nez une incision bilatérale dont les extrémités se perdaient au milieu de la joue; puis faisant partir une incision du haut de la section fronto-nasale, il la fit descendre en dehors du sac lacrymal et du sillon naso-jugal de chaque côté jusqu'à l'extrémité de nos incisions latérales. Le nez, les cornets et tout le squelette osseux des sinus maxillaires, moins la face externe, les branches montantes des maxillaires supérieurs et la presque totalité des sinus ethmoïdaux, furent enlevés en même temps que la cloison des fosses nasales fut excisée dans toute sa longueur ainsi que les parties profondes de la muqueuse des fosses nasales jusqu'au voile du palais et jusqu'aux arrière-narines. Grâce à la forcipressure et à la spongeopressure, cette vaste perte de substance pût être faite sans perte de sang.

Tout ce qui restait des deux moitiés de la lèvre supérieure et des parties voisines des joues, fut ensuite rapproché, de façon à ne plus laisser d'ouverture anormale, qu'au niveau de la partie moyenne des fosses nasales.

Les sinus maxillaires eux-mêmes furent bien recouverts ainsi que la partie supérieure du nez. Toutes les parties saignantes se cicatrisèrent rapidement, et partout une nouvelle muqueuse remplaça sur les parties supérieures latérales et inférieures celles qui avaient été détruites. En voyant combien la surface externe de cette nouvelle membrane était lisse et rose, on pouvait supposer qu'aucune récidive n'était à craindre et cependant, à plusieurs reprises, une sorte de saillie bleuâtre, un peu translucide comme l'œdème, se manifesta sur plusieurs points et fit craindre que le mal reparut. M. Wickham appliqua sur ces points suspects, au niveau de l'ethmoïde et de la paroi externe des sinus maxillaires, une couche de pâte de canquoin, épaisse de deux millimètres, qui fut laissée en place douze heures. Une eschare épaisse se produisit, qui se détacha au bout de quelques jours et qui fut remplacée par un nouveau tissu de cicatrice.

Vaccine

M. Hervieux communique à l'Académie le rapport annuel sur les vaccinations. J'appelle particulièrement l'attention de M. le Ministre sur la puissance remarquable des revaccinations. Pratiquées sur une grande échelle, elle ont réussi, non seulement à arrêter très rapidement l'épidémie variolique qui a sévi à Paris de 1893 à 1894, mais à supprimer presque entièrement la mortalité par variole dans cette ville depuis le mois de juin 1894 jusqu'à ce jour. M. Hervieux met en parallèle avec l'épidémie parisienne l'épidémie variolique de la ville de Marseille, épidémie qui, n'ayant pas été combattue avec la même énergie que la nôtre, a causé, au lieu de s'éteindre, une mortalité progressivement croissante.

M. Hervieux mentionne ensuite les craintes exprimées par quelques candidats relativement à la nature du vaccin de génisse et d'autre part à son emploi quand il n'est pas fraîchement récolté. A la première de ces craintes, il répond par les services que rend chaque jour, depuis trente ans, le vaccin animal; à la seconde, en exposant l'état de la science sur cette question. De cet exposé il résulte que tous les observateurs sont d'accord : 1° sur l'innocuité et la virulence aussi certaines que possible de la lymphe prise sur la génisse pour la vaccination directe; 2° sur l'innocuité et la virulence de la pulpe glycérinée, mais à des degrés divers suivant l'âge de cette pulpe. Quant à la question bactériologique, les nombreuses recherches faites jusqu'à ce jour ne permettent pas de dire avec certitude quel est l'agent pathogène du vaccin, mais elles autorisent à affirmer son existence.

M. Poncet (Lyon) lit un mémoire sur deux nouveaux cas d'actinomycose (sera publié).

M. Audain (Haïti) communique un cas de *hernie lombaire congénitale*.

M. Doyen (Reims) présente un nouveau procédé d'*hémicrânectomie*.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 26 juillet 1895.

Présidence de M. Letulle.

Kystes épidermiques.

M. Pereire rapporte deux cas de kystes épidermiques traumatiques à contenu d'apparence sébacée de la face palmaire des doigts.

Atrophie de la rate.

M. Nissim montre une rate du poids de vingt-trois grammes; cette rate provenait d'une femme de soixante-treize ans, morte de cancer de l'œsophage.

Péritonite à streptocoques.

M. Nissim rapporte un cas de péritonite à streptocoques, tardive survenue deux mois après une ponction d'ascite chez un individu atteint de cirrhose alcoolique hypertrophique.

Uretère double.

M. Spaletta signale deux cas de duplicité incomplète de l'uretère.

Anévrysme de la pointe du cœur.

M. Griffon montre deux cœurs présentant un anévrysme de la pointe, dû à une oblitération de l'artère coronaire antérieure.

Adénome double des capsules surrénales.

M. Weinberg signale un cas de coïncidence d'adénome double des capsules surrénales et de cancer du larynx.

Méningite suppurée.

M. Claude rapporte un cas de méningite suppurée de la convexité du cerveau, à staphylocoque doré, consécutive à une petite lésion suppurative du front. La méningite restée silencieuse pendant quelque temps a fini par se traduire par une hémiplégie flasque gauche.

Néphrite interstitielle.

M. Claude signale un cas de néphrite interstitielle chez un enfant de douze ans qui n'avait présenté dans ses antécédents aucune maladie infectieuse.

Luxations ischiatiques de la hanche.

MM. Launay et **Mouchet** rapportent deux autopsies de luxations ischiatiques de la hanche.

Nerfs du rein.

M. Azoulay montre des préparations où l'on peut suivre les nerfs du rein jusque dans les glomérules; il revient sur la description de MM. Hanot et Lévy des filaments qui contournent les cellules du foie.

Séance du 18 *octobre* 1895.

Présidence de M. Broca.

M. Diriardt présente un volumineux galactocèle opéré par M. Pozzi.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 19 *octobre* 1895.

Présidence de M. Chauveau.

Influence des agents physiques et des chocs moraux sur l'intoxication.

M. Féré a déjà dans le temps attiré l'attention sur ce fait que certains individus, qui arrivent à supporter sans inconvénient de fortes doses de substances médicamenteuses, l'iodure de potassium par exemple, peuvent présenter des

symptômes d'intoxication à la suite de circonstances fortuites, choc moral, traumatisme, etc.

Récemment, il a eu l'occasion d'observer de nouveau un cas de ce genre. Il s'agissait d'un épileptique qui est arrivé à la dose énorme de quarante centigrammes d'extrait de belladone, qu'il supportait très bien. A la suite d'une émotion violente, occasionnée par la chute de son fils sous une voiture, il est pris de phénomènes d'intoxication aiguë par la belladone. Ces phénomènes ont fini par disparaître, mais dans la suite le malade est resté très sensible à la belladone.

Broncho-pneumonie des lapins.

M. Gley. — Il y a quelque temps, M. Rousseau (Nantes) a envoyé à la Société un mémoire sur la broncho-pneumonie que l'on observe chez les lapins thyroïdectomisés. Frappé de ce fait que la broncho-pneumonie apparaît quand même on ne fait que l'extirpation d'un seul lobe de la glande, M. Rousseau a examiné les poumons d'une centaine de lapins bien portants, livrés du moins comme tels, au laboratoire. Or, tous ces lapins présentaient des foyers de broncho-pneumonie dans leurs poumons. L'examen bactériologique montra qu'il s'agissait des broncho-pneumonies à coli-bacilles.

Coli-bacille dans la bouche des individus bien portants.

MM. Grimbert et **Choquet** ont examiné les sécrétions buccales, pharyngiennes et linguales de soixante individus bien portants. Chez vingt-sept ils trouvèrent des coli-bacilles qui étaient accompagnés seize fois de staphylocoques et quinze fois de streptocoques.

M. Dastre fait une communication sur la digestion saline de la gélatine, pour conclure que la transformation que la gélatine subit dans ces cas est la même que sous l'influence des ferments, et que, par conséquent, les phénomènes de la digestion dans le premier stade sont les mêmes que dans la digestion saline.

M. Kauffmann a repris ses expériences sur la glycémie. En dosant le sucre du sang après l'ablation du foie et de tous les viscères abdominaux, après l'ablation de ces derniers seuls, il arrive à montrer que la veine porte est le vaisseau fonctionnel du foie et que l'hyperglycémie est le résultat des fonctions de cet organe.

M. Féré fait une communication sur la sensibilité et la dispostion des lignes papillaires de la pulpe des doigts et des orteils.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 octobre 1895.

Appendicite.

M. Monod, de l'examen pratiqué par M. Macaigne sur les malades qu'il a opérés, conclut que le microbe pathogène le plus fréquemment rencontré sur les cultures est le bactérium coli; sur les lamelles au contraire, on rencontre presque toujours le streptocoque, mais ce dernier se trouve dans les cultures étouffé par le bactérium coli. Aussi est-il probable que le streptocoque est l'agent principal des appendicites.

M. Kirmisson. — Le 19 août dernier, M. Hutinel m'appelait dans son service pour me montrer un jeune homme, phthisique, atteint de phénomènes péritonéaux graves que nous rapportâmes à une appendicite. Malgré la faiblesse du malade, j'intervins. Je ne découvris que fort peu de chose dans la fosse iliaque droite; à peine deux gouttes de pus. J'allais refermer le ventre, lorsque je me souvins que le malade souffrait autant à gauche qu'à droite. Je décollai quelques adhérences et tombai dans une vaste poche suppurée qui descendait dans le petit bassin. Après curage et drainage, mon malade guérit. L'examen bactériologique du pus montra la présence du bactérium coli.

M. Berger. — Les appendicites se compliquent fréquemment d'abcès qui se prolongent dans le petit bassin et M. Kirmisson a eu raison de prolonger ses recherches dans ce sens.

M. Tuffier. — Pour bien reconnaître une suppuration intrapelvienne, il faut avoir recours au toucher rectal. On arrive ainsi à trouver des collections qui passeraient inaperçues.

M. Quénu. — Je m'élève absolument contre la pratique du toucher rectal. On est ordinairement, en effet, appelé auprès d'un malade qu'il faut opérer de suite, je pense qu'il est alors prudent de ne pas s'infecter les doigts.

Quant au fait de M. Kirmisson, j'en rapprocherai le suivant que je viens d'observer; appelé cette nuit auprès d'un enfant de onze ans, malade depuis quatorze jours, je suis intervenu et j'ai trouvé une poche purulente développée entre les anses intestinales et qui fusait sur le petit bassin. S'agit-il d'une péritonite généralisée ou d'une péritonite localisée? je ne sais. En tout cas j'ai drainé et j'attends.

M. Monod. — Récemment j'ai eu à opérer une jeune fille malade depuis deux mois. Au cours de mes recherches, je n'ai pu trouver de pus. J'ai alors drainé avec une mèche et le cinquième jour du pus s'est écoulé.

M. Michaux. — Le toucher rectal peut rendre de très grands services et, dans un cas, pris pour de l'occlusion intestinale, j'ai pu ainsi faire le diagnostic d'un gros foyer suppuré pelvien.

M. Reclus. — Il faut dans quelques cas rechercher avec grand soin les abcès pour les trouver. C'est ainsi que j'ai opéré récemment un jeune homme de vingt ans, chez lequel je ne trouvai d'abord rien. Ce n'est qu'après avoir contourné le cæcum et avoir décollé le péritoine sur une hauteur de six centimètres que je découvris un petit foyer purulent qui allait dans le petit bassin.

M. Routier. — Les cas de suppuration appendiculaire à localisation pelvienne sont des plus fréquents, et, pour ma part, j'ai presque toujours vu le pus fuser ou tendre à fuser dans le pelvis.

M. Quénu. — Depuis quatre ans, j'ai pris pour règle de ne jamais chercher le foyer purulent, quand ce foyer n'était pas adhérent à la paroi abdominale. Je mets de parti pris une mèche au contact du foyer; des adhérences se forment et le pus vient sourdre spontanément à l'extérieur. En agissant ainsi, je n'ai jamais eu d'insuccès.

M. Reynier. — Je crois peu recommandable le drainage d'appel, car il n'est pas démontré que le pus ne puisse suivre une autre direction que celle qui le conduira sur la mèche. Je pense donc qu'il faut ouvrir les foyers, toutes les fois qu'on le peut.

M. Brun. — En présence d'un abcès périappendiculaire, j'ai toujours cherché à ouvrir cet abcès, et j'y suis toujours parvenu, que la cavité abcédée fût adhérente ou non à la paroi abdominale.

Quant à ce qui est de l'appendice, je le recherche par principe; le plus souvent cet organe est atteint de lésions avancées et il me semble qu'il y a avantage à l'extirper. Sauf deux fois, je l'ai trouvé assez facilement dans tous mes cas dont le nombre est de dix-huit à vingt.

M. Monod. — Je ne soutiens pas qu'il faille toujours, et dans tous les cas, avoir recours au drainage d'appel; j'ai simplement voulu dire que lorsque je ne trouve pas de pus après des recherches suffisamment longues, je mets une mèche plutôt que de refermer le ventre, et que cette mèche, dans les deux cas où je l'ai employée, a permis l'évacuation d'un foyer qui m'était passé inaperçu. Quant à l'appendice, il faut le chercher, sans s'acharner à le découvrir.

Gastro-entérostomie.

M. Quénu présente l'estomac d'une femme à laquelle il avait pratiqué, il y a seize mois, pour un carcinome stomacal la gastro-entérostomie avec le bouton de Murphy et la résection des parties atteintes. Cette femme reprit ses forces, alla bien pendant un an, puis déclina peu à peu et mourut, très amaigrie et ictérique.

A l'examen de la pièce, on voit que le bout supérieur est atrophié et a perdu les deux cinquièmes de son diamètre et que le bout inférieur est bien abouché dans l'estomac. La récidive s'est faite au niveau de la ligne de section de la portion réséquée, a envahi le pancréas et a déterminé l'oblitération des canaux pancréatiques du cholédoque. Enfin, le bouton de Murphy a été retrouvé dans l'estomac.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 18 *octobre* 1895.

Présidence de M. Hayem.

Typhus exanthématique.

M. Catrin, au nom de M. le Dr Matignon, attaché à la légation de France à Pékin, lit un travail sur le typhus exanthématique, basé sur trois observations où l'on relève les complications suivantes : dans l'une, la gangrène de la peau de la jambe ; dans la seconde, une ostéomyélite généralisée ; dans la troisième, une atrophie de la main.

Deux cas de tabes pris à une même source syphilitique.

MM. Marie et **Bernard**, rappelant qu'on a publié des observations dans lesquelles l'infection syphilitique, prise à une même source, avait donné chez différents sujets des accidents identiques, en particulier de syphilis cérébrale, communiquent l'histoire de deux malades qui s'infectèrent le même jour par la même femme. Le chancre fut bénin, mais le tabes se montra chez tous les deux et débuta pareillement par des accidents oculaires.

Un cas d'ictus laryngé.

M. Merklen. — Un maçon de trente-neuf ans se plaint de chutes répétées avec perte de connaissance survenant deux ou trois fois par jour depuis trois semaines et toujours à l'occasion de violentes quintes de toux. Ce malade ne présente aucune particularité dans ses antécédents, mais depuis dix ans il toussait tous les hivers. Aucun stigmate d'hystérie, ni d'épilepsie, ni de tabes, mais de l'embonpoint et des signes d'emphysème pulmonaire. La luette avait son volume normal. Les accès débutaient classiquement par du picotement laryngé suivi d'une toux quinteuse et des phénomènes habituels jusqu'à la syncope. La toux cessait de suite et le malade se relevait sans aucun malaise.

Deux ou trois grammes par jour d'antipyrine firent cesser les crises, en laissant persister une exagération de l'excitabilité du larynx telle que la pression de celui-ci provoque une toux coqueluchеuse.

Ce fait est un exemple de ce que Charcot a appelé l'*ictus laryngé*, et c'est une véritable syncope qui détermine la chute.

L'ictus pharyngé s'observe chez l'homme, de quarante à cinquante ans, vieux tousseur, souvent emphysémateux et obèses, à l'occasion d'une recrudescence de leur toux. Les accès sont espacés, ou au contraire se répètent un grand nombre de fois dans la journée (Cautaz, Ruault, Garel et Collet).

Le diagnostic ne présente pas de difficultés, surtout avec l'épilepsie, car il n'y a jamais ni morsure de la langue, ni la dépression nerveuse qui suit les accès. Des accès semblables peuvent exister dans le tabes, mais ils se montrent rarement seuls, et s'accompagnent d'autres signes tabétiques.

Comment expliquer les accidents? Pour les uns (Knight, Garel et Collet) ils sont dus à des troubles de la circulation encéphalique ; pour les autres, il s'agit d'une action réflexe, dû à l'hyperexcitabilité de la muqueuse des voies aériennes supérieures. Cette théorie est en accord avec les expériences de Brown-Séquard sur l'inhibition d'origine laryngée.

En réalité, il faut tenir compte de ces deux éléments. L'excitation du nerf laryngé supérieur qui se manifeste par le chatouillement, provoque d'abord la toux spasmodique, coqueluchoïde, qui très rapidement détermine la cyanose de la face, et c'est lorsque celle-ci devient intense, que le malade perd connaissance. L'emphysème et la toux habituelle jouent certainement un rôle dans cette facile cyanose.

Le pronostic est toujours favorable et on n'observe jamais la mort subite, mais le traitement n'est pas toujours facile. L'opium, la belladone, le bromure de potassium ont été administrés sans succès : la section de la luette, l'extirpation de polype du nez a dans quelques cas réussi. Enfin l'antipyrine a donné des résultats heureux et rapides.

M. Rendu demande si le malade est cyanosé ou pâle au moment de son ictus, car on pourrait penser à une asphyxie prolongée au lieu d'une syncope.

M. Merklen. — Il y a d'abord de la cyanose, puis de la pâleur au moment de la chute.

M. Ferrand fait remarquer que M. Merklen fait jouer un grand rôle à l'ischémie bulbaire, et qu'il est difficile d'admettre une syncope pure et simple.

M. Catrin a observé comme M. Merklen des cas d'ictus laryngé et toujours la cyanose précède la pâleur.

M. Marie rappelle les observations de Ballet sur l'œdème aigu de la luette qui peut donner lieu, lui aussi, à l'ictus laryngé.

Sur un cas de paralysie de Landry avec constatation dans les centres nerveux de lésions poliomyélitiques liées à la présence d'un microbe (*bactéridie charbonneuse*).

MM. P. Marie et **Marinesco.** — L'observation concerne un malade de dix-neuf ans, palefrenier, qui depuis quinze jours présentait de la courbature et tous les signes d'une *infection grave*. Le lendemain de son entrée — 23 septembre — il se développe une paralysie flasque, avec quelques troubles de la sensibilité qui ne persévèrent pas. Le 25 septembre la paralysie frappait les membres supérieurs. Le 26, il y a un peu de gêne respiratoire, avec respiration à type costo-supérieur. Le pouls se rallentit, de 120 il tombe à 65. La température de 38,5 et 39 à 37,3.

Le 29, le malade succomba dans une syncope.

Les lésions trouvées à l'autopsie sont : un ramollissement hémorrhagique, à maximum dans la région lombaire portant sur la substance grise des cornes antérieures. Au microscope, ce qui domine c'est une infiltration considérable des parois vasculaires ; on trouve également des nodules infectieux péri-vasculaire, ou dans le tissu interstitiel.

Les lésions parenchymateuses consistent dans la nécrose des éléments nerveux dans la région lombaire. Pour les autres régions les cellules présentent quatre degrés de dégénération :

a). par dissolution des éléments chromatiques ;
b). par raréfaction de ces éléments ;
c). par dissolution du paraplasma ;
d). transformation de la cellule en une masse réfringente.

Le noyau des cellules nerveuses est altéré.

Dans les régions dorsale et cervicale, dans le bulbe et dans le cerveau il existe des microbes ressemblant beaucoup morphologiquement à la *bactérie charbonneuse*, oblitérant parfois les vaisseaux.

Les conclusions à tirer sont :

1° Que dans la paralysie de Landry il existe réellement des lésions centrales relativement grossières ;

2° Que les lésions peuvent être de nature microbienne.

Quelle est celle-ci? L'absence de culture et d'inoculation la rend incertaine, d'autre part nous n'avons pu mettre en relief cette bactérie dans la moelle lombaire, où il existait déjà d'ailleurs un autre microbe (un streptocoque?) ; or on sait que la bactérie charbonneuse ne vit pas conjointement à d'autres espèces microbiennes.

Attirons cependant l'attention sur le caractère infectieux des lésions histologiques observées.

M. Hayem lit une observation intéressante de *calculs biliaires évacués par l'estomac.*

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

Nº 44 — 30 OCTOBRE 1895 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 6 au 7 novembre 1895.

Mercredi 6. — M. Bolognési. Recherches cliniques, bactériologiques, histologiques et expérimentales pour servir à l'histoire de l'hérédité de la tuberculose pulmonaire. Transmission de la mère à l'enfant. — M. Sainz. Les infections bronchiques chez les vieillards. — M. Monbouyran. Les tumeurs rares du naso-pharynx, étude clinique de thérapeutique. — M. Vale. Contribution à l'étude de quelques intoxications surajoutées à la morphinomanie. De leur traitement — M. Gautrelet. Contribution à l'étude de l'accouchement dans les malformations utérines. Quarante-trois observations recueillies depuis 1893 à la clinique Baudelocque. — M. Blondel. De l'intervention dans la pérityphlite.

Jeudi 7. — M. Crouzet. La fièvre hystérique. — M. Desternes. Indication et rôle du bain froid dans le traitement de l'infection puerpérale.

Un concours s'ouvrira le 27 avril 1896, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers.

Le concours de l'adjuvat de Bordeaux s'est terminé par les nominations suivantes : Aides d'anatomie, MM. Laffaye et Renault; aides d'anatomie adjoints, MM. Laffitte-Dupont et Renon.

Faculté de médecine. — *Ouverture de cours.*

Anatomie, M. Farabeuf, le 6 nov. à 4 heures.

Histologie, M. M. Duval, le 5 nov. à 4 heures.

Pathologie interne, M. Dieulafoy, le 7 nov. à 3 heures.

Médecine légale (à la Morgue), *M. Brouardel*, le 6 nov. à 2 heures.

Conférences d'hygiène, M. Netter, agrégé, le 7 nov. à 5 heures.

Concours de l'internat. — *Copies d'anatomie.* — Sicard Léon 13; Merklen 14; Guibal 12; Tesson 13; Lamard 8; Eloy 2; Grosjean Simon 12; Guibé 14; Mesley 4; Ménier 12; Cochemé 12; Herrenschmidt 12; Delestre 11; Guilbaud 10; Millet Maurice 15; O'Followell 7; Clamouse 10; Weber 10; Cuguin 6.

Copies de pathologie. — Lamard 10; Eloy 9; Grosjean Simon 13; Guibé 14; Sicard Léon 12; Merklen 14; Guibal 6; Tesson 12.

Epreuve orale (candidats militaires). — Lamard 8; Guibé 14 1/2; Tesson 14; Guibal 8; Sicard Léon 15 1/2; Merklen 17 1/2.

VARIÉTÉS

Un marchand de lait envoie aux médecins la circulaire suivante :

« Si dans l'intérêt de vos clients, il vous plaît de me faire l'honneur de vous intéresser au succès de ma maison, il vous suffira de m'envoyer votre carte sous l'enveloppe ci-jointe.

» Chaque trimestre, je vous ferai parvenir une remise de 20 0/0 sur les sommes que vous m'aurez fait encaisser.

» Toutes les fois que vous m'adresserez un client, vous voudrez bien lui donner une lettre de recommandation à me remettre, ou bien simplement me prévenir.

» Vous pourriez même, à la rigueur, éviter cette façon de m'informer, car j'aurai toujours soin de demander à chaque nouveau client par quelle voie d'information il aura eu connaissance de ma maison.

» Veuillez agréer, Monsieur, mes salutations empressées. »

Hôpitaux de Lyon. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. Charvet, Sargnon, Cade, Planchu, Vignard, Gallavardin, Jourdanet, Perret, Voron, Piéry, Martin, Lavabre, Godard et Font.

Externat des hôpitaux de Lyon. — Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

1. MM. Lépine, Mayoud, Monod, Gallet, Arloing, Ladevèze, Faure, Joly, Maurice, Tolot, Gaillardon, Bouzoud, Lafond, Aubry, Bonnefoy, Carrier, Boutavant, Eggli, Cousin, Benoit.

21. Pravaz, Bovier-Lapierre, Vurpas, Bellissen, Descos, Varay, Lacrosaz, Jacquin, Léon Tissot, Dumas, Grange, Cavella, Lemoyne, de Vernon, Violet, Cattan, Clupot, Juivot, Romand-Monnier, Armand.

41. Agniel, Raoult-Deslongchamps, Genevey, Gauthier, Feitu, Lhoste, Dubief, Montagard, Lacomme, Perrot et Roulaud.

L'alcoolisme en Angleterre. — Les tribunaux anglais prononcent, chaque année, pendant le mois d'août, une moyenne de deux mille condamnations pour ivresse publique. Cette année le chiffre des condamnations s'est élevé à trois mille. A Londres, la police a organisé un service spécial de civières et de brancards pour le transport des vaincus de l'alcool.

Assassinat hygiénique en Amérique. — Les Américains ne badinent pas avec les règlements concernant l'isolement et la désinfection comme le prouve le fait suivant rapporté par le *Medical Record.* Un pauvre diable eut la malchance d'être atteint de la variole dans l'Arkansas. Expulsé de cet Etat, il voulut passer dans l'Etat voisin de Mississipi. Il n'avait que le fleuve à traverser. Mais sur l'autre rive se tenaient les agents chargés de faire respecter la quarantaine et qui lui interdirent de débarquer.

Que faire? le malheureux ne pouvait cependant demeurer sur ou dans le Mississipi jusqu'à ce que la maladie fut guérie. Il essaya de forcer la quarantaine et prit pied sur la rive interdite, où un coup de feu trancha la difficulté en le tuant net.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Sur la méniscite traumatique chronique, communication au Congrès français de chirurgie, par le docteur Roux (Lausanne).

J'aurais quelque scrupule à parler d'une affection aussi anodine si je ne pouvais citer divers malades qu'elle a maintenus entre les mains des médecins pendant plusieurs années, et en particulier un confrère, aujourd'hui professeur distingué, qui a calculé avoir fait trois ans de lit avant que la nature de son mal fût reconnue.

Il s'agit d'un simple épaississement inflammatoire circonscrit du bord du cartilage interarticulaire du genou, ainsi que de ses conséquences.

L'histoire de cette affection est nulle, car je n'ai trouvé qu'un fait à l'occasion duquel M. le professeur Tillaux aurait remarqué quelque chose d'analogue, et si l'on fait abstraction de la méniscite fongueuse dont s'est occupé Niehans devant la Société de médecine de Berne, il n'y a guère que mes remarques à la Société vaudoise de médecine et quelques discussions à ce sujet dont on trouve à peine une trace dans les comptes rendus par trop écourtés de la *Revue médicale de la Suisse romande*. Il est juste, cependant, de rappeler que M. Pauzat a observé cet épaississement à la suite de ce qu'il appelle la rupture de ses brides ménisco-rotuliennes.

J'ai donc la prétention de traiter ce sujet presque neuf pour contribuer au triage des lésions ordinairement confondues sous la dénomination de *dérangement interne*.

Des accidents plus ou moins fréquents qui en sont la conséquence offrent quelque analogie avec l'enclavement d'un corps libre ; mais il est facile de faire la distinction aussi bien que d'éviter la confusion avec la luxation d'un ménisque ou la déchirure des brides ménisco-rotuliennes.

Cette affection mérite l'honneur d'une dénomination particulière, car elle est très nettement caractérisée, soit pour son étiologie, son siège exact, soit pour ses conséquences anatomiques et fonctionnelles ou pour le mode de traitement qui convient le mieux.

Anatomiquement, c'est une néoformation connective avec turgescence des espaces lymphatiques, une simple hypertrophie inflammatoire du ménisque dans son bord fibreux.

En étudiant les causes de cette lésion, nous allons voir pourquoi elle siège quatre-vingt-quinze fois sur cent sur le bord du ménisque *interne*, et surtout pourquoi elle occupe, sur une longueur d'un centimètre environ, le milieu de l'espace compris entre le bord du ligament rotulien et le ligament latéral.

a) Très rarement c'est une contusion simple localisée au ménisque, qui en provoque l'épaississement et un épaississement qui persistera seulement si la contusion a porté sur cette place et pas sur une autre portion du ménisque.

b) Quelquefois la méniscite chronique sera simplement le dernier reste d'une entorse, d'une déchirure plus grave.

c) Le plus ordinairement c'est un vrai pincement du ménisque qui est la cause première de la méniscite. Le ménisque, violemment pincé entre le tibia et le fémur, enflera et s'épaissira dans sa portion fibreuse seulement, tandis que l'intégrité relative de la portion cartilagineuse pure lui permettra de continuer à fonctionner sans accroc pour les mouvements moyens.

Ce pincement a lieu : 1° dans *l'hyperextension*, surtout passive, sans même que les ligaments croisés ou postérieurs de la jointure aient souffert : le bord du ménisque, qui butait dans l'encoche terminale, y a été écrasé; 2° dans le mouvement de *rotation du corps*, la *jambe tendue*, lorsque la pointe du pied, qui sert de pivot, *est empêchée de se tourner* en dehors. Le tibia, sur lequel est fixé le ménisque, est retenu par le pied, tandis que le fémur, entraîné par la rotation du tronc, force son condyle interne à faire en quelque sorte l'ascension du ménisque interne; 3° au debut du mouvement d'extension, à partir de la flexion extrême; 4° dans la rotation brusque du pied en dedans (adduction de l'avant-pied), le genou fléchi à 90°.

A part l'hyperextension, dont la violence varie beaucoup, et qui est le plus souvent passive, on est étonné de voir combien, d'ordinaire, le mouvement qui a donné lieu à l'accident du pincement de ménisque était peu énergique; mais c'est justement la nonchalance ou l'inattention qui a rendu possible ce pincement, car une bonne contraction des extenseurs aurait entraîné le bord antérieur du ménisque au moyen des brides tendineuses qui le gouvernent et lui font céder la place au condyle fémoral.

La rareté de la contusion localisée du ménisque (qui peut, du reste, porter plus souvent sur l'interne, plus exposé) en regard des causes fréquentes de pincement du ménisque interne du genou, grâce au mécanisme particulier de cette jointure, nous explique pourquoi la méniscite siège ordinairement en dedans.

Une fois l'épanchement synovial consécutif au pincement résorbé, il faut la plus grande attention pour trouver quelque chose d'anormal au genou que vous présente le patient. L'accident initial étant peu de chose, on a laissé aller le malade, mais le bord du ménisque est légèrement engorgé à la place où il a été pincé, et au lieu de servir uniquement de coussinet, de remplissage, ce bord du ménisque « porte » dans tous les mouvements extrêmes : il bute dans l'encoche terminale quand la jambe est tendue; il se sent pincé, parce qu'il est trop épais, dans tous les mouvements de flexion et surtout de rotation, autour du condyle externe. Et c'est ainsi que ce segment du ménisque, traumatisé à journée faite, reste douloureux, s'épaissit, et présente tous les caractères de l'inflammation chronique non spécifique.

Tant que le malade est très attentif, son état est fort supportable; dès qu'il oublie son infirmité, un mouvement trop zélé lui vaut un accès de douleur, grâce à la possibilité d'un pseudo-pincement du ménisque épaissi, qui ne sait où se loger.

Mais il arrive dans la règle que des accès de pincement secondaire assez sérieux, accompagnés d'hydarthrose aiguë, forcent le malade à se considérer comme un impotent.

Peu à peu l'irritation envahit la synoviale, dans le voisinage immédiat; l'engorgement se transmet au coussinet graisseux sous-rotulien.

Après deux ou trois ans, s'il s'agit d'un adulte, on perçoit un léger frottement sous la rotule, la capsule est envahie, épaissie dans ses culs-de-sac et ses replis, et l'on a le début d'une synovite proliférante, arthrite sèche, etc., qui sera la terminaison certaine la plus favorable du mal, si le sujet est sain. S'il est taré, on verra se développer une tuberculose articulaire d'origne synoviale indiscutable — ou, en tout cas, non osseuse.

Dans aucun cas, on ne verra les moyens ordinaires amener une guérison assurée.

Ne trouvant pas de suffusion sanguine, et sachant que le malade a pu marcher immédiatement après l'accident initial, le médecin qui trouve, à part l'épanchement réactionnel, un genou normal en apparence, se contente de prescrire le repos, la compression ou les révulsifs. Et voit bientôt disparaître l'hydarthrose traumatique,

tandis que le malade, qui souffre encore, passe pour y mettre de la mauvaise volonté.

Plus tard, en l'absence de corps articulaire libre et de modification apparente de la synoviale, on croit à une arthrite chronique dont on ne saurait exactement définir la nature : c'est alors que l'immobilisation, les pointes de feu, et une nouvelle édition de tous les dérivatifs trouvent leur application, interrompue par des cures de bains, douches et massage, pour recommencer par le repos, le silicate et les pointes de feu. Le malade continue à se plaindre, le médecin se lasse, et l'atrophie du membre augmente avec l'impotence fonctionnelle.

Si on examine le membre, on est frappé en premier lieu par l'atrophie et les traces du traitement inutile. Localement, on ne trouve rien, au premier abord; mais un examen attentif fait reconnaître l'engorgement du coussinet graisseux sous le ligament rotulien, et un épaississement plus ou moins notable, et en tout cas douloureux à la pression, sur le bord du ménisque interne, juste au milieu entre le bord interne du ligament rotulien et le ligament latéral.

Pour être sûr de son fait, il faut comparer avec l'autre genou, éviter la confusion avec la proéminence qu'offre le bord du cartilage d'encroûtement sur certains condyles, et surtout constater que le bourrelet disparaît avec la douleur à la pression lorsqu'on fait plier un peu le genou, ce qui permet au cartilage malade de se mettre à l'abri entre le condyle interne et le tibia. — C'est donc dans l'extension qu'un simple coup de pouce permet de reconnaître et de couvrir le mal au grand étonnement du malade, dont l'histoire a déjà assuré le diagnostic.

Celui-ci devient certain lorsqu'on a éliminé :

1° La tuberculose au début, soit par le manque de fongosités locales, soit surtout par l'intégrité du reste de la capsule articulaire;

2° L'arthrite proliférante, pour les mêmes raisons;

3° La luxation du ménisque sur laquelle il n'est pas besoin d'insister;

4° Le corps articulaire libre, qui provoque toujours à la longue un épaississement sensible de tous les replis synoviaux, avec léger épanchement chronique ; le corps libre qu'on peut sentir à l'occasion, et qui donne lieu aux accidents d'enclavement dans certains mouvements que le malade ne peut pas produire sûrement à volonté;

5° En dernier lieu, la rupture des fibres ménisco-rotuliennes ou une déchirure quelconque, accompagnées de suffusion sanguine, etc.

Ce qui distingue la simple méniscite traumatique ou l'hypertrophie inflammatoire pure de la déchirure des ligaments ménisco-rotuliens de Pauzat (1), c'est, d'une part, l'étiologie des cas où le pincement initial du cartilage a été passif, d'autre part, l'existence des mouvements énergiques en opposition aux crises douloureuses provoquées par des mouvements négligés ou passifs. Du reste, la méniscite chronique, telle que je l'entends, peut être le dernier reste de l'accident qu'il a décrit ainsi : chez le malade de son observation II, qui me paraît avoir emporté chez lui une méniscite en quittant l'hôpital. En outre, plusieurs de nos malades ont accusé spontanément *la sensation* de « quelque chose entre les os ».

Ce qui caractérise la méniscite chronique, outre la douleur et l'épaississement du rebord cartilagineux, c'est l'absence totale de suffusion, même dans l'accident initial, ce qui s'explique par la pauvreté vasculaire relative du fibro-cartilage; c'est l'intégrité de la capsule synoviale dans le cul-de-sac sous quadricipital et ses replis éloignés, avec participation du seul coussinet graisseux sous-rotulien qui fait suite immédiate à ses mailles connectives ; mais c'est surtout que le malade provoque, qu'il le veuille ou non, un accident d'étranglement ou de pseudo-étranglement toutes les fois qu'il fait un mouvement dans lequel le ménisque trop épais sera nécessairement comprimé : tels l'extension forcée ou seulement complète, la rotation du tronc en dehors, la jambe malade servant de pivot, l'extension à partir de la position accroupie, la rotation du tibia, le genou étant fléchi, etc., tout autant de mouvements que le malade doit s'interdire pour arriver plus sûrement à l'atrophie inévitable.

Ce qui caractérise enfin la méniscite, c'est l'effet merveilleux du massage, mais du massage bien fait. Après deux ou trois séances, la fonction s'améliore; après une trentaine, le malade se sent guéri et apte à tous les sports.

Tous les autres traitements laissent le bord du cartilage légèrement épaissi et prêt à recommencer ses vexations : l'excision même d'une partie du cartilage — qui me semble inutile — ne supprime pas la nécessité d'une cure de massage.

Celui-ci doit porter, cela va sans dire, sur tout le membre et en particulier sur le quadriceps, pour faire disparaître l'atrophie et rétablir les contractions qui règlent les déplacements des ménisques; mais surtout il a en vue d'écraser la néformation connective, de faire éclater les espaces lymphatiques qui maintiennent la turgescence du bord cartilagineux et de rendre à celui-ci ses dimensions d'antan.

Il ne faudra pas non plus négliger le coussinet sous-rotulien, dont l'engorgement explique à lui seul la gêne que le malade ressent pour descendre une pente ou un escalier, et qui disparaît la dernière. La commodité de la marche à la descente est, longtemps après que le malade a repris toutes ses occupations et les exercices violents prescrits, le meilleur critère de la guérison.

Tant que le massage, l'exercice et la confiance du malade n'auront pas rétabli la tonicité des muscles qui seule assure le jeu exact de l'article, on peut craindre des récidives au pincement du ménisque et ses conséquences éloignées. Il ne faut pas se fier aux ligaments articulaires, qui paraissent moins relâchés qu'au début du traitement, car, après comme avant, la fonction des ligaments articulaires est de ne servir à rien du tout.

Les quarante observations que je possède concernent des adultes; un seul sujet est âgé de seize ans. Il y a huit femmes et trente-deux hommes. La moitié des malades seulement appartient à la clientèle hospitalière: rentiers, gymnastes, artiste-peintre, terrassiers, pasteurs de campagne, cordonniers, officiers de carrière, etc., toutes les classes se rencontrent dans notre liste.

Deux fois seulement, et par le mécanisme de la rotation forcée du tibia en dedans, c'est le ménisque externe qui a souffert.

Deux fois aussi, l'accident initial laisserait supposer, par la violence de contraction musculaire et la présence d'une enflure locale visible, qu'il y avait peut-être au début une combinaison avec la rupture des brides ménisco-rotuliennes de Pauzat; lorsque nous vîmes les malades, la méniscite chronique seule persistait.

La durée de la maladie variait de quelques mois à neuf ans.

La plupart des malades privés comptaient de longs mois de lit ou d'appareils multiples, de nombreuses cures de bains, douches et massages, et plusieurs sommités chirurgicales consultées sans succès.

Tous nos malades se sont guéris après une cure de massage de trente à quarante-deux séances au maximum, au point de se déclarer aptes à tous les exercices

(1) Voir *Revue de Chirurgie*, 1895, n° 2.

qu'ils redoutaient auparavant, y compris l'équitation et les ascensions de montagne.

REVUE DES CONGRÈS

X° CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

COMMUNICATIONS DIVERSES

Articulation, membres.

Déformations secondaire après la résection du genou chez l'enfant.

M. Gross (Nancy) rapporte deux observation de flexion progressive consécutive à la résection du genou pour tumeur blanche chez des enfants. 1er cas : il s'agit d'un jeune garçon de sept ans, atteint de tumeur blanche du genou droit depuis trois ans. On fait la résection intra-épiphysaire. Dans l'épaisseur du condyle fémoral interne se trouve un foyer tuberculeux qu'on poursuit avec la curette. Le cartilage conjugal est mis à découvert dans sa région postero-interne. Immobilisation du membre. A partir du quatrième mois flexion progressive du membre, trois ans plus tard, angle de flexion de 130°.

2e cas : enfant de sept ans, tumeur blanche du genou droit. Résection intra-épiphysaire. On est obligé de compléter l'exercice de l'épiphyse fémorale par quelques coups de curette. Le cartilage conjugal se montre en quelques points. Immobilisation du membre dans la rectitude. L'opéré marche prématurément avec son appareil qui se détériore. Flexion progressive du membre. Au bout de trois ans, angle de flexion de 120°.

En compulsant les statistiques de L. Championnière, E. et J. Boeckel et autres, M. Gross réunit un total de six cent quarante-trois observations de résection du genou, qui lui ont montré que la déformation consécutive diminue de fréquence à mesure que l'âge des opérés augmente. Elle est notée dans 52 86 0/0 des cas chez les réséqués âgés de moins de dix ans, les 30.48 0/0 des cas, chez les sujets de onze à vingt ans, et des 8 0/0 seulement chez les opérés plus âgés.

La déformation secondaire non seulement est plus fréquente chez les réséqués jeunes, mais elle se distingue encore chez eux par une apparition plus ou moins tardive et une aggravation progressive. Ses causes sont complexes.

Certains n'y ont vu que la conséquence d'une faute opératoire. Il me semble plus juste d'accuser la suppression prématurée des appareils et la marche trop hâtive sans tuteur. La déviation se produit alors sous l'influence de l'action prépondérante des muscles fléchisseurs et du poids du corps. Aisé à comprendre, lorsque la consolidation manque, ce mécanisme s'applique encore aux cas où elle est imparfaite. D'après Ollier, la majorité des flexions secondaires servaient la conséquence d'une lenteur de la soudure osseuse. La déviation, lorsqu'elle est survenue dans ces conditions, s'arrête au bout d'un certain temps.

Elle peut aussi augmenter malgré la soudure, et c'est là la caractéristique de la déviation chez les réséqués jeunes. L'aggravation de la flexion s'explique par une inégalité d'accroissement due aux cartilages conjugaux ; celle-ci peut tenir à une inégalité de surchage comme le disent Kœnig et Parchen, ou à une évolution irrégulière de ces cartilages, lésés par l'acte opératoire ou altérés par la lésion tuberculeuse.

Chez son premier opéré, M. Gross admet cette dernière cause ; chez le second, la déviation s'est produite sous l'influence d'un retard de la soudure et aggravée par suite de l'inégalité de surcharge et de l'inégalité d'accroissement du cartilage fémoral touché pendant l'opération.

Les déformations secondaires sont aussi fréquentes, sinon plus, après l'arthrectomie qu'après la résection.

Au point de vue de la prophylaxie, il convient de ménager d'une façon absolue les cartilages conjugaux dans les résections, et d'assurer la conceptation et la contention par une immobilisation convenable et suffisamment prolongée. Le traitement consécutif sera l'objet d'une surveillance attentive jusqu'après l'achèvement de la croissance. Pour corriger la déformation accomplie, on aura recours à l'ostéotomie cunéiforme ou à une deuxième résection avec traitement consécutif rigoureusement suivi.

De l'enclouage de l'articulation coxofémorale après sa résection.

M. Montaz (Grenoble) propose l'enclouage systématique de la hanche après la résection. Il montre combien la stabilité et la solidité sont indispensables au membre inférieur, à la suite des grandes exérèses. C'est qu'en effet, il faut porter le poids du corps, tandis qu'au membre supérieur une mobilité bien entendue est un bienfait. La hanche a besoin de solidité autant que le genou. L'histoire de la coxalgie est là pour le prouver.

Or, avec les procédés habituels de résection, l'ankylose osseuse est une rareté. Dans les cas les plus heureux on a une néarthrose enraidie et c'est tout. Mais que de fois le fémur décapité glisse sur l'iléon, rattaché de loin au cotyle par d'anciens débris étirés de la capoule fibreuse. Le bassin est alors suspendu au fémur et on a plus ou moins une articulation en fléau, sans parler de raccourcissement énorme. Pourquoi donc ne pas rechercher tout comme au genou, la soudure osseuse, garantie d'une bonne marche et d'une guérison. Et voici le procédé nouveau que conseille M. Montaz.

La résection étant terminée, on prend un ou deux clous d'acier nickelé de longueur suffisante pour traverser le fémur et pénétrer d'environ deux centimètres dans la partie la plus épaisse du sourcil cotyloïdien. Avec un marteau on plante ce clou dans l'extrémité du fémur transversalement. Puis lorsque la pointe apparaît sur la face interne, on la place sur le point coxal choisi, tout en remarquant la longueur du clou non enfoncée. Quelques nouveaux coups de marteau et le fémur est fixé. Un deuxième clou peut être nécessaire, mais rarement. Les vis pourraient également être utilisées, à la condition de faire un trou au préalable avec un perforateur.

On laisse à nu, au fond de la plaie, la tête du clou, ce qui permettra de l'extraire plus tard. Pansement, appareil plâtré.

M. Montaz vient de pratiquer son opération dans deux cas, trop récents pour qu'on puisse apprécier la valeur du procédé.

De l'ostéotomie oblique inter-trochantérienne dans les ankyloses vicieuses de la hanche.

MM. P. Redard et **J. Hennequin**. — La méthode sanglante est actuellement assez fréquemment employée dans le traitement des ankyloses vicieuses de la hanche. Les diverses ostéotomies ont donné dans un grand nombre de cas de brillants résultats.

Mais l'accord est loin d'être fait sur le meilleur mode d'ostéotomie à employer. Nous relatons donc l'observation récente d'un cas très heureusement traité par l'ostéotomie oblique inter-trochantérienne.

Un malade, âgé de vingt-six ans, avait souffert à l'âge de huit ans d'une coxalgie gauche, suivie de luxation et d'un raccourcissement considérable avec flexion, adduction, rotation interne du membre correspondant. L'ostéotomie oblique inter-trochantérienne, suivie de l'extension intensive par le procédé Hennequin a donné la correction des trois attitudes vicieuses du membre. Elle a été suivie d'un allongement total du membre de quatorze centimètres et a donné, malgré l'arrêt de développement et la luxation iliaque, un allongement réel du fémur de deux centimètres.

Une autre intervention que l'ostéotomie oblique inter-trochantérienne aurait-elle pu nous donner dans ce cas particulier ou dans des cas semblables, des résultats aussi complets et aussi satisfaisants?

Le *redressement forcé* ne convient nullement dans les cas anciens d'ankylose de la hanche chez l'adulte.

L'*ostéoclasie*, agissant à l'aveugle et sans précision sur une épiphyse, ne peut donner que des résultats incertains.

Les divers modes d'*ostéotomie* permettent seuls de corriger, totalement ou en partie, les attitudes vicieuses.

L'ostéotomie *transversale*, assez souvent pratiquée, corrige la flexion, l'adduction et la rotation interne, mais est impuissante à produire l'allongement du membre.

L'ostéotomie *cunéiforme*, de même que la précédente, peut corriger les attitudes vicieuses, mais ne donne aucun allongement du fémur.

L'*ostéotomie oblique inter-trochantérienne*, par le procédé indiqué, permet seul de répondre à toutes les indications, *y compris l'allongement du fémur*.

Ce dernier, plus ou moins important suivant les cas, n'est pas problématique. Il est noté dans toutes les observations d'ostéotomies obliques publiées jusqu'à ce jour. Dans celle de MM. Terrier et Hennequin, l'allongement du membre obtenu après l'opération est de deux centimètres. Dans deux observations de Broca, l'allongement obtenu est important. Dans notre observation récente, l'allongement est de deux centimètres.

Ajoutons que dans toutes les observations, l'opération sans accidents opératoires primitifs ou consécutifs, a toujours été suivie d'excellents résultats fonctionnels et orthopédiques.

Ces diverses considérations que nous pourrions développer, nous paraissent établir très nettement la grande valeur de l'ostéotomie oblique dans le traitement des ankyloses vicieuses de la hanche et sa supériorité sur les autres méthodes opératoires.

Toutes les objections faites à l'ostéotomie oblique sont plutôt théoriques que réelles. Elles ne reposent que sur des hypothèses dont la pratique démontre le peu de fondement.

La section oblique n'est ni plus dangereuse ni plus difficile que les ostéotomies transversales ou cunéiformes, et elle présente sur ces dernières le grand avantage de permettre l'allongement du fémur, dans une mesure qui est loin d'être négligeable, surtout si le membre a subi un arrêt de développement.

Disons enfin que la condition essentielle pour obtenir l'allongement du membre est de pratiquer l'extension intensive, la jambe fléchie pendant un temps assez long.

Luxation congénitale de la hanche.

M. Calot (Berck-sur-Mer) fait sur ce sujet une communication à peu près identique à celle qu'il a faite au Congrès de Bordeaux (Voyez *Mercredi Médical*, p. 451).

Désarticulation de l'os iliaque pour un sarcome.

M. Ch. Girard (Berne). — Dans un cas de sarcome énorme de l'extrémité supérieure du fémur droit chez une jeune fille de dix-huit ans, j'avais dû pratiquer la désarticution de la hanche, en apparence encore possible, malgré le développement de la tumeur jusqu'au dessus du trochanter et tout autour de l'articulation coxo-fémorale; guérison par première intention.

Dix mois plus tard la malade se représente atteinte d'une récidive très étendue dans la cicatrice et adhérente à la surface externe de l'os iliaque.

Aucun indice de métastase pulmonaire ou autre n'étant constatable, je me décidai à faire la désarticulation totale de l'os iliaque; deux lambeaux cutanés, antérieur et postérieur, allant de la symphyse pubienne à la synchondrose sacro-iliaque.

Guérison rapide, aseptique. La température ne monta qu'une fois à 38°.

Malgré la perte totale de l'extrémité inférieure y compris la moitié du bassin, la malade n'a pas plus de troubles qu'à la suite de la désarticulation de la hanche. Elle marche avec des béquilles, s'assied sans difficulté bien qu'elle ne possède qu'un seul ischion. Pas de voussure herniaire ou de déplacement du contenu abdominal.

Pour certaines tumeurs ou autres affections graves intéressant à la fois le bassin et une portion considérable de la cuisse, ce cas prouve la possibilité de pratiquer l'ablation du membre inférieur et de la moitié correspondante du bassin avec succès et sans autre infirmité que celle qui résulte de la perte totale de la jambe.

Une seule opération analogue a été tentée, à ma connaissance, il y a quelques années par Billroth (communication verbale du professeur Berg, chirurgien de l'hôpital des Séraphins à Stockholm). Le malade de Billroth succomba peu d'heures après.

Roux, de Lausanne, et Kocher, de Berne, ont pratiqué chacun une fois avec succès la résection totale de l'os iliaque pour chondrosarcomes, mais avec conservation de la jambe.

La circonstance que mon opérée n'a pas plus de troubles fonctionnels ou autres qu'après la désarticulation de la hanche, offre peut-être encore plus d'intérêt que le fait de la guérison opératoire proprement dite.

Des hernies musculaires.

M. Legueu (Paris). — Si les hernies musculaires sont aujourd'hui bien différenciées des ruptures avec lesquelles elles furent longtemps confondues, il est cependant dans quelques cas entre les unes et les autres un rapport de cause à effet. Une hernie à début insidieux, une hernie ayant les caractères cliniques propres à cette affection et étant constituée anatomiquement par cet amincissement extrême de l'aponévrose, recouvrant un faisceau musculaire sain, une hernie vraie par conséquent peut être cependant la conséquence éloignée d'une rupture musculo-tendineuse ou musculaire.

J'ai observé un homme de cinquante-deux ans, qui présentait à la partie supérieure et externe du biceps brachial une tumeur, dont les caractères étaient ceux de la hernie. L'opération montra à son niveau un amincissement très accentué et circonscrit de l'aponévrose: au-dessous, le muscle était intact. Mais à quelques centimètres au-dessus, on trouvait sur le tendon de la longue portion du biceps un noyau cicatriciel, dont la dureté indiquait l'ancienneté. Vingt-cinq ans avant, le malade avait été mordu au bras droit par un cheval, qui l'avait soulevé de terre: à la suite avait paru une ecchymose, du gonflement, de l'impotence fonctionnelle pendant quelques semaines: il y avait eu rupture musculo-tendineuse. Ce n'est que quelques semaines avant l'entrée du malade à l'hôpital, qu'avait paru la hernie. Celle-ci fut réparée par excision et suture de l'aponévrose: et le résultat thérapeutique qui remonte aujourd'hui à trois mois est très bon.

Des expériences auxquelles je me suis livré il résulte que la section sous-aponévrotique d'un tendon rend plus facile la production sur le même muscle mais à distance d'une hernie musculaire par perforation aponévrotique, ou rend celle-ci plus volumineuse, lorsqu'elle est déjà produite.

Dans l'histoire des hernies, il y a donc une place à faire pour celles qui sont la conséquence éloignée d'une rupture.

De l'abstention systématique dans les grands écrasements des membres.

M. Paul Reclus. — L'auteur montre par de nouvelles observations que l'abstention systématique dans les grands écrasements des membres donne les meilleurs résultats. Il insiste sur le mode de traitement de lavage à l'eau chaude.

Il se propose de traiter comme les écrasements de la main les vastes écrasements des membres qui s'accompagnent presque toujours de choc et d'hypothermie.

On se résignait naguère aux anciens sacrifices que l'amputation réclame dans ces cas, par crainte de la septicémie et de toutes les complications des plaies. Maintenant l'antisepsie est assez puissante pour écarter les accidents et nous avons renoncé à notre vieille pratique redoutable, car les amputations traumatiques sont encore dans l'ère actuelle d'une exceptionnelle gravité. Le bleue sera réchauffé, stimulé par des injections sous-cutanées. Le foyer sera fouillé dans ses moindres interstices, dans ses plus petites anfractuosités par un jet d'eau à une température de 60°, puis les chairs seront drainées, embaumées et ramassées sous un pansement compressif.

Tube digestif.

Nouveau procédé de suture intestinale.

M. S. Duplay et **M. Cazin** (Paris). — Le cylindre métallique dont nous nous servons est composé de deux cylindres concentriques, emboîtés l'un dans l'autre, sans soudure. Le cylindre interne n'est séparé de l'externe que par écartement de deux millimètres et le modèle destiné à l'intestin grêle de l'homme présente, avec un diamètre extérieur de vingt-deux

millimètres, un diamètre intérieur qui ne mesure pas moins de dix-huit millimètres, alors que, dans un bouton de Murphy de même diamètre extérieur, le diamètre intérieur atteint à peine sept millimètres. Le cylindre extérieur offre en son milieu une rainure circulaire de deux millimètres environ de profondeur sur laquelle sont percés, aux deux extrémités d'un même diamètre, deux orifices dans lesquels s'engage le fil de soie destiné à la figature.

Avant de commencer l'opération, le fil de soie, que l'on aura choisi très résistant, sera introduit par chacune de ses extrémités dans l'un des trous de la pièce métallique; puis chaque bout, contournant à droite et à gauche le cylindre interne, dans l'intervalle ménagé entre les deux cylindres, vient sortir par le trou diamétralement opposé. En liant alors les deux bouts du fil, on le transforme en un fil sans fin qui émerge par chaque orifice du cylindre sous la forme d'une boucle.

L'opération comprend trois temps principaux :

1er *temps*. On peut munir d'avance chacune des boucles du fil d'une aiguille à suture ordinaire ou bien se servir d'une aiguille de Reverdh. Dans le premier on perfore de dedans en dehors un des bouts de l'intestin, l'une des aiguilles traversant celui-ci au niveau du bord mésentérique, l'autre en un point symétrique du bord libre. Avec l'aiguille de Reverdh, on perfore l'intestin du dehors en dedans.

Ce premier temps accompli, la pièce métallique se trouve ainsi fixée à l'intérieur d'un des bouts de l'intestin, qui va être ensuite invaginé dans l'autre.

2e *temps*. La même manœuvre est répétée sur ce dernier, et il suffit alors d'invaginer dans celui-ci le bout d'intestin muni de la pièce métallique pour rétablir la continuité du tube intestinal. Le cylindre métallique et l'extrémité du segment intestinal invaginé sont alors entièrement recouverts par l'intestin engainant, à travers lequel émergent les deux boucles du fil, l'une sur le bord mésentérique, l'autre sur le bord libre.

3e *temps*. Il ne reste plus qu'à sectionner d'un coup de ciseaux chaque boucle en son milieu; on a ainsi deux fils correspondant chacun à une demi-circonférence de l'intestin, et en serrant fortement chacun d'eux, on réalise ainsi une ligature circulaire qui embrasse à la fois l'intestin engainé et l'intestin engainant, suivant le principe qui avait guidé l'un de nous dans des expériences entreprises il y a dix ans pour remplacer les procédés de suture intestinale par la simple ligature en masse, après invagination des deux bouts de l'intestin.

Comme l'a conseillé M. Chaput dans ses travaux sur la suture intestinale, nous avons soin de détruire la muqueuse sur une étendue de dix à quinze millimètres, dans le bout d'intestin qui était engainé l'autre, de façon à rendre aussi aseptique que possible la collerette circulaire qui déborde la ligature.

Les résultats que nous avons obtenus chez le chien ont été si satisfaisants qu'ils nous semblent autoriser l'emploi de ce procédé chez l'homme, et si nous ne l'avons pas déjà fait, c'est uniquement parce que nous n'en avons pas encore eu l'occasion.

Huit chiens ont éré opérés, qui ont guéri sans incident.

L'opération a duré quinze minutes en moyenne, et nous sommes convaincus qu'avec une certaine habitude et grâce aux modifications que nous nous proposons d'apporter à notre cylindre métallique, on arrivera à diminuer notablement la durée de l'acte opératoire.

Enfin, circonstance importante à signaler, la pièce métallique a toujours été rendue du troisième au cinquième jour après l'opération.

Un de nos chiens, opéré depuis trois mois, a été sacrifié ce matin même, et on peut constater sur la pièce la perfection du résultat éloigné de l'opération et l'absence de tout rétrécissement au niveau de la ligature.

Les avantages de notre procédé me paraissent résider principalement :

1° Dans la simplicité de la pièce métallique, qui ne présente aucun mécanisme spécial;

2° Dans la rapidité et souvent la sûreté de l'opération, résultant de ce que le chirurgien est essentiellement maître du degré de striction qu'il exerce;

3° Dans la facilité que trouve l'écoulement des gaz et des matières en raison du diamètre relativement considérable du cylindre interne;

4° Enfin dans la rapidité de l'évacuation de la pièce métallique.

Anus contre nature et fistules stercorales.

M. Le Dentu (Paris) donne les conclusions suivantes :

1° En ce qui concerne les fistules stercorales de petites dimensions, la cautérisation ignée et les procédés autoplastiques directs peuvent donner de bons résultats.

Mais les échecs de ces derniers sont nombreux et on ne peut pas dire qu'ils soient d'une bénignité absolue.

Les mêmes moyens sont applicables aux fistules pyostercorales, mais le débridement et la désinfection du foyer et des clapiers doit précéder toute tentative d'occlusion.

L'échec de ces méthodes conduit forcément à l'emploi d'une de celles qui conviennent aux grandes fistules et aux anus contre nature.

2° En ce qui concerne les grandes fistules et les anus contre nature.

L'entérotomie de Dupuytren, même avec le secours ultérieur des autoplasties complémentaires, donnant un quart d'insuccès, ne peut être considérée comme entièrement satisfaisante. Cependant sa mortalité de 3.54 p. 100 lui permet de supporter la comparaison avec l'entérostomie, dont la mortalité est encore de 26,19 p. 100.

En revanche, la mortalité de l'entérorraphie latérale étant nulle (au moins d'après les vingt-quatre cas publiés), il y a tout avantage à employer cette méthode dans les circonstances suivantes :

a. En cas d'échec dans le traitement d'une fistule simple ou pyostercorale par la cautérisation ou par la méthode autoplastique;

b. Quand on a affaire à une grande fistule ou à un anus contre nature sans éperon.

Lorsque l'anus contre nature présente un éperon peu développé ou pas assez développé pour empêcher tout passage de matières dans le bout inférieur, mais alors l'entérorraphie latérale intervient comme deuxième temps d'une méthode mixte, dont le premier temps doit être la kentrotomie ou section de l'éperon.

Si la séparation des deux bouts est complète ou presque complète, si le bout inférieur est oblitéré, l'entérectomie doit être la méthode de choix.

Certaines circonstances peuvent la rendre impraticable dans de bonnes conditions et alors on trouve dans l'entéro-anastomose une dernière et précieuse ressource.

Volvulus de l'S iliaque.

M. P. Michaux (Paris). — Le fait suivant est le point de départ de ma communication : Le 13 octobre 1893, je suis appelé près d'un homme d'une cinquantaine d'années, d'une santé délicate, très maigre, très sobre, ayant déjà eu antérieurement à plusieurs reprises des crises intestinales et qui souffre depuis quatre jours d'accidents incontestables d'occlusion intestinale. Depuis deux jours les souffrances sont plus vives, le ventre se ballonne, il y a des renvois gazeux continuels, pas de vomissements. L'état général étant satisfaisant, nous faisons administrer à trois reprises différentes un lavement électrique sans obtenir aucun résultat. L'opération est pratiquée le lendemain matin : Incision iliaque gauche pour faire une colotomie iliaque, car je pense à un cancer de l'S iliaque. L'exploration ne révèle aucune tumeur appréciable mais l'existence d'un obstacle mal déterminé dans le petit bassin. Je referme mon incision première et j'en fais une seconde de l'ombilic au pubis; je reconnais un volvulus de l'S iliaque que je ne puis détordre dans le petit bassin. Aussitôt, sans perdre de temps, éviscération rapide de toutes les anses intestinales soigneusement maintenues dans des compresses bouillies chaudes. Détorsion de l'anse sigmoïde, deux fois tordue sur elle-même et comprimant la face antérieure du rectum où l'on voit nettement son empreinte. L'intestin a le calibre d'un intestin de cheval; il est impossible de le rentrer, je n'hésite pas à l'inciser pour évacuer son contenu et permetter la réduction. Cette boutonnière longue d'un centimètre et demi est refermé par une triple suture de Lembert — suture totale de la paroi, — une demi-heure après, évacuation abondante de matières et de gaz. Guérison par première intention.

Au point de vue opératoire, j'insisterai sur les quatre points suivants : 1° Nécessité d'une large incision abdominale et d'une éviscération rapide ; l'intestin étant soigneusement maintenu dans des serviettes chaudes bouillies, on gagne ainsi beaucoup de temps ;

2° Incision évacuative de l'intestin. C'est la boutonnière de dégagement préconisée par Madelung, pratiquée par Mikuliez, Terrier, J. Bœckel ; je la crois excellente, elle ménage beaucoup de temps et permet d'éviter des manipulations aussi longues que dangereuses.

3° La détorsion de l'intestin a nécessité deux prises ; je signalerai la difficulté qu'il y a sur un intestin dilaté à se rendre compte du sens dans lequel s'est faite la torsion.

4° Enfin, mon observation remontant à 1893, je n'ai pas pratiqué la fixation de l'anse sigmoïde à la paroi iliaque gauche, fixation que notre collègue M. Roux de Lausanne a recommandée dans le numéro de janvier 1894 de la *Revue médicale de la Suisse Romande* ; mais dans une autre occasion, je ne manquerai pas de le faire, car je considère ce complément de l'opération comme très important.

M. Hartmann (Paris). — Il y a quinze jours, je suis intervenu dans un cas d'étranglement qui datait de trente-six heures seulement ; j'ai trouvé une distension énorme de l'anse en volvulus, et j'ai dû faire une très large ouverture pour sortir cette anse du ventre ; c'est alors seulement que je l'ai détordue. Les suites opératoires ont été excellentes et la guérison est aujourd'hui assurée.

Traitement chirurgical des affections de l'estomac.

M. Doyen. — J'ai pratiqué soixante-quatorze interventions chirurgicales pour affections de l'estomac et du duodénum, avec une mortalité totale de 22 0/0. Dans quatorze cas je me suis contenté d'une simple laparotomie exploratrice, chez des cancéreux qui furent reconnus inopérables. Les soixante autres opérations ont été des pylorectomies ou des gastro-entérostomies, qui m'ont donné dans leur ensemble une mortalité de 29 0/0, mais parmi ces opérations, il en est quelques-unes qui ont été pratiquées dans des conditions particulièrement défavorables, notamment trois ou quatre pylorectomies pour cancer, qui ont été suivies de mort. Pour ce qui est des affections cancéreuses de l'estomac, j'ai d'ailleurs été un des premiers à jeter un discrédit profond sur les pylorectomies, on continuera d'ailleurs à les pratiquer parce qu'il est toujours intéressant de faire une opération de ce genre.

Au contraire, dans les affections non cancéreuses, en particulier chez les dyspeptiques ayant une dilatation de l'estomac, je crois que la chirurgie est appelée à rendre des services véritablement appréciables. C'est en juillet 1892 que j'ai pratiqué, pour la première fois, une gastro-entérostomie pour un ulcère de la région juxta-pylorique, chez un malade qui était presque mourant quand je l'ai opéré et qui, depuis trois ans, est absolument guéri.

J'ai fait vingt-neuf gastro-entérostomies antérieures avec colopexie gastrique, suivant le procédé que je préconise, et j'ai eu trois morts seulement, dont deux cancéreux, chez lesquels les lésions étaient trop étendues et que je n'aurais évidemment pas dû opérer, et un non cancéreux, qui présentait cinq ulcères gastriques et mourut accidentellement à la suite de l'ingestion d'une bouteille de limonade ayant déterminé une torsion de l'estomac et un étranglement du nouveau pylore. L'autopsie de ce sujet m'a servi à imaginer un nouveau procédé de gastro-entérostomie postérieure dans lequel on suture au préalable le côlon à la petite courbure de l'estomac, et qui permet de réaliser à la fois les bénéfices de la gastro-entérostomie antérieure et postérieure et d'assurer une libre évacuation de l'estomac, même dans le cas où il resterait dilaté quelque temps après l'opération. Avec ce procédé, j'ai eu quatre succès sur quatre cas.

Sur une nouvelle série d'opérations « à froid » pour appendicite.

M. Roux. — Les réflexions que je désire soumettre au Congrès sont basées sur plus de trois cents observations personnelles de pérityphlite et sur quatre-vingt-quinze pièces provenant de mes dernières opérations « à froid », qui ont été pratiquées à des moments assez variés pour qu'il m'ait été possible de surprendre les procédés de suppuration et de guérison spontanée.

A part un très petit nombre d'empyèmes appendiculaires, le pus est toujours situé au dehors de l'appendice, et il s'agit toujours d'un phlegmon de cet organe. La distinction entre l'appendicite catarrhale, ulcéreuse, perforante, etc., n'a aucune valeur pratique.

Dans les guérisons spontanées le pus s'élimine par perforation ou résorption. La perforation a lieu le plus souvent dans l'intestin grêle, ce qui explique l'absence du pus dans la première évacuation qui accompagne la crise favorable. L'ouverture intestinale se guérit très rapidement et les mouvements péristaltiques détruisent bientôt toutes les adhérences, faisant même disparaître leurs traces. La résorption simple est au moins aussi fréquente que la perforation ; je l'ai observée d'une manière indiscutable depuis le simple épaississement du pus jusqu'à la caséification, la calcification, puis la disparition complète. Le pus devient peu à peu stérile et j'ai trouvé des calculs encapsulés en plein péritoine, assez loin de l'appendice perforé.

Parmi les causes de récidive, il est une seule lésion qui soit commune à toutes mes pièces anatomiques, à savoir des adhérences ou des traces d'exsudat organisé, même dans les cas où l'appendice semble libre et normal : preuve que l'inflammation dépasse toujours les parois du diverticule. Dans la moitié des cas il y avait des matières fécales ou des calculs; six fois il existait une oblitération centrale ; enfin j'ai constaté deux empyèmes et deux collections séreuses dans des appendices à peine augmentés de volume.

Dans soixante et un pour cent des cas, l'appendice présentait soit une perforation, soit une cicatrice, soit un rétrécissement; soixante treize fois sur cent il était perméable. Dans les trente neuf cas pour cent qui ne présentaient pas de lésion apparente, le diverticule était perméable et renfermait, chez la moitié des sujets, des calculs ou des matières fécales. Les coudures étaient peu nombreuses, les ulcérations apparentes exceptionnelles.

Des appendices perméables, rectilignes, intacts en apparence ou complètement isolés du cæcum font admettre comme étant la plus ingénieuse la comparaison, d'origine anglaise ou américaine, de l'appendicite avec l'amygdalite. Espèces d'épidémies, jeune âge lors des premières atteintes, atrophie sénile, hérédité (40 0/0 environ), disposition à la récidive par microbisme latent des cicatrices résuduales péri-appendiculaires ou par réceptivité du tissu adénoïde : telles sont les analogies avec l'amygdaline. — L'intervention — qui m'a donné une seule mort par embolie d'origine cardiaque, après guérison opératoire irréprochable — peut d'une manière générale être conseillée ou accordée ; mais la récidive est probable : elle est notée, dans mes observations, après un, deux, dix, vingt et quarante ans !

Je n'opère jamais sans avoir constaté que l'appendice est anormal ou douloureux. Mais il vaut mieux attendre cinq à six semaines au moins après la guérison de la dernière crise : à ce moment, l'exsudat s'est dissipé au point qu'on peut faire l'opération à blanc, en quinze minutes au plus.

Toute intervention laborieuse, pénible est prématurée, sauf pour la tuberculose, l'actinomycose et les cas à clapiers multiples. La seule suppression des adhérences ou le redressement avec ou sans fixation du diverticule ne donne aucune garantie, et l'on ne doit jamais parler de guérison absolue tant que le malade garde son appendice.

Au point de vue de la prophylaxie, je recommande l'ingestion de légumes et de fruits cuits ; en outre, je conseille l'usage de la bicyclette en place du massage.

Pérityphlite à marche anormale.

M. Buscarlet (Genève). — Un enfant de douze ans fut pris de vives douleurs dans le ventre, fièvre 40°, douleur dans la fosse iliaque droite, tuméfaction, nausées et phénomènes de péritonisme.

Cinq jours après, la température restant à 40°, je fis la laparotomie (anesthésie à l'éther). Malgré toutes les tentatives, je ne trouvai pas l'abcès bien que le cœcum ait été entièrement décollé. Tamponnement.

Le lendemain, la température est tombée à 37°, l'enfant se trouve mieux, mais les jours suivants, survient une forte

diarrhée, des épistaxis et l'on croit à une *fièvre typhoïde*, lorsque le neuvième jour il s'écoule par la plaie un flot de pus fécaloïde, la température tombe ; assez rapidement la suppuration se limite, mais il reste une fistule pendant des mois, fistule purulente.

A la fin de juillet, dilatation de la fistule qui livre passage à une coquille de noyau, cause de la perforation de l'appendice, et cause ensuite de cette fistule interminable.

Trois faits me semblent curieux dans cette observation :

1° Absence d'abcès lors de l'opération et chute brusque de la température après celle-ci ;

2° Apparence typhoïde de l'affection ;

3° Evacuation du noyau qui a entretenu une fistule pendant près d'un an.

Sept cas d'appendicite aiguë.

M. Mauny (Saintes) donne les conclusions suivantes. — Le traitement de l'appendicite aiguë doit être exclusivement chirurgical, surtout depuis que l'on peut mettre en parallèle la bénignité de l'intervention et les grands dangers que font courir la temporisation et le traitement médical.

Le plus souvent en effet, le traitement est celui d'un abcès ordinaire qu'il s'agit d'évacuer. Mais il existe des formes beaucoup plus graves dans lesquelles le diagnostic et le traitement deviennent compliqués (péritonites suppurées, enkystées, généralisées, abcès multiples éloignés du foyer principal).

Dans ces cas là l'incision classique, iléo-inginale, est insuffisante.

Il faut aller à la recherche du pus (dans l'excavation pelvienne, la fosse iliaque gauche, entre les anses intestinales agglutinées) par des ouvertures étendues et quelquefois multiples lavage et drainage de la cavité péritonéale.

Résultats de l'examen de 10.000 observations de hernies recueillies en trois ans et demi.

M. Berger (Paris). — Pendant trois ans et demi, du 4 février 1881 au 11 août 1884, j'ai examiné tous les malades qui se présentaient à la consultation des bandages au Bureau central, et j'ai pris moi-même leurs observations, dont l'étude m'a demandé ensuite près de dix ans de travail.

J'ai rencontré sept mille quatre cent trente-trois hernieux du sexe masculin, pour deux mille cinq cent trente-quatre femmes atteintes de hernies.

La hernie inguinale représentait à elle seule 96 0/0 des cas observés ; pour les hommes seulement, six mille deux cent vingt étaient atteints de hernie inguinale, double dans quatre mille cent vingt-six cas et simple dans les autres, siégeant à droite plutôt qu'à gauche dans la proportion de 1.46 à 1. Sur la totalité des cas examinés, j'ai pu constater d'une façon certaine seulement quatre cent soixante-dix-neuf cas de congénitalité.

La hernie crurale ne s'est trouvée que chez 6.6 0/0 des sujets masculins atteints de hernie. Il ne semble pas que la hernie crurale soit plus fréquemment double que simple, mais on peut dire qu'elle est aussi souvent bilatérale qu'unilatérale.

Chez les femmes, la proportion des hernies crurales correspond à 37.1 0/0, parmi les sujets atteints de hernie ; elle est, en réalité, moins fréquente que la hernie inguinale, et cela dans une proportion de 1 à 1.35.

J'ajouterai que l'association de la hernie inguinale et de la hernie crurale se rencontre assez souvent dans le sexe masculin.

Pour ce qui est de la hernie ombilicale, sa fréquence correspond à une proportion de 5.46 0/0 chez l'homme, et de 27.34 0/0 chez la femme, parmi les sujets atteints de hernie.

Les hernies de la ligne blanche et les hernies épigastriques sont beaucoup plus communes qu'on ne le croit, surtout chez l'homme, et dans ma statistique elles donnent 1.37 0/0 du chiffre total des hernies.

En ce qui concerne le département de la Seine seulement, mes relevés montrent qu'on rencontre un hernieux sur 14.9 sujets pour le sexe masculin et sur 44.7 pour le sexe féminin, ou encore sur 22.3 individus de tout sexe et de tout âge.

La fréquence des hernies varie essentiellement suivant les âges et nous avons fait, à ce point de vue, établir des courbes qui donnent l'échelle de fréquence suivant les âges, pour chaque variété de hernie.

Cette échelle fournit pour la première année un maximum très élevé, correspondant à l'apparition des hernies congénitales, puis une décroissance rapide aboutissant à un minimum qui s'observe pendant la période de vingt à vingt-quatre ans ; à partir de cet âge la courbe se relève pour atteindre, entre soixante-dix et soixante-quatorze ans, un deuxième maximum auquel fait suite une chute définitive et très rapide.

Quant aux complications des hernies, il est à noter qu'elles se rencontrent beaucoup plus souvent chez les femmes que chez les hommes, et qu'elles présentent en outre, chez elles, une gravité beaucoup plus grande que dans le sexe masculin.

Entérectomie pour la cure radicale de hernies non étranglées.

M. Julliard (Genève). — En présence des hernies irréductibles par adhérences, je préfère la résection de l'intestin adhérent à toute autre intervention chirurgicale. J'ai pratiqué deux fois la cure radicale, dans ces conditions, en faisant une entérectomie.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un homme de cinquante-six ans, auquel j'ai fait la résection de quarante-sept centimètres d'intestin, suivie d'entérorrhaphie circulaire à deux étages ; mon malade va admirablement et peut se dispenser du port de tout bandage.

Ma deuxième observation a trait à un homme de soixante-deux ans, atteint depuis deux années d'une hernie inguinale gauche pour laquelle il porta un bandage pendant quelque temps, mais qui devint bientôt partiellement irréductible à la suite de crises douloureuses assez accentuées. Là encore j'ai fait la résection du testicule et de l'intestin qui ne pouvait être réduit. Guérison.

Cure radicale de la hernie inguinale sur l'enfant.

M. Phocas (Lille) a pratiqué la cure radicale de la hernie inguinale sur quarante-huit sujets. Trente-deux étaient âgés de cinq ans et au-dessous, et douze âgés de moins de deux ans.

La première partie de cette série d'opérations a été publiée dans la thèse de son ancien élève, M. Jacquemelle (1893). Depuis, il a pratiqué vingt-trois nouvelles opérations et n'a jamais eu de mort, sauf dans un cas de hernie étranglée, opérée sur un enfant de six mois.

Ces chiffres viennent déposer, avec les statistiques de MM. Félizet et Broca, en faveur de la cure radicale de la hernie sur l'enfant.

M. Phocas divise les hernies inguinales, au point de vue de l'opportunité opératoire, en trois catégories : 1° hernies qu'on doit opérer ; 2° hernies qu'il ne faut pas opérer ; 3° hernies qu'on peut opérer.

Dans la première catégorie, il range les hernies accompagnées d'accidents d'irréductibilité, de cachexie herniaire. Dans la seconde, il ne trouve que le mauvais état général comme contre-indication absolue de l'opération. Il pense aussi que les grosses hernies engouées, étranglées et irréductibles, ne doivent pas être opérées sur les très jeunes enfants. La troisième catégorie est celle qui a provoqué le plus de discussions. En principe, il conseille l'opération à l'âge de cinq mois pour les enfants pauvres, à l'âge de trois ans, après une tentative de cure par le bandage, sur les enfants riches. En réalité, des circonstances accessoires l'obligent à opérer souvent après le sevrage.

Il pratique l'opération selon la manière habituelle avec les modifications suivantes : il fend toujours le canal inguinal, quitte à le reconstituer après, et ne suture pas la peau, tout en reconstituant soigneusement par des surjets au catgut les plans profonds.

Les accidents opératoires qu'il a observés sont l'hémorrhagie peu grave, l'irruption de l'intestin au dehors, la blessure de l'intestin.

Les accidents post-opératoires sont l'infection secondaire de la plaie, l'hématome du cordon et des bourses, la funiculite.

L'accident le plus regrettable est l'opération incomplète.

Malgré ces accidents, les suites opératoires ont toujours été apyrétiques et les résultats éloignés excellents.

La récidive a été très rare.

Le danger est dans l'infection secondaire due à l'urine et pour l'éviter il ne faut pas suturer la peau.

M. Broca (Paris). — J'ai pratiqué pour ma part plus de cinq cents opérations de hernie inguinale chez l'enfant. Je ne partage pas du tout l'opinion de M. Phocas relativement à l'inutilité des sutures superficielles. Les infections secondaires par l'urine et les matières fécales sont, en effet, très fréquentes chez l'enfant; or, pour les éviter, surtout à la région inguinale, le seul procédé consiste dans la suture exacte de la peau, avec un pansement occlusif et imperméable, et je répéterai ici que je n'ai qu'à me louer de l'usage d'une pâte adhésive à la gélatine et à l'oxyde de zinc.

Des accidents consécutifs aux ligatures à la soie de l'épiploon enflammé et adhérent dans les cures de hernie.

M. Regnier. — Si on lie à la soie un épiploon adhérent, on risque de placer ce fil sur un tissu septique. Il peut par suite s'infecter ultérieurement, jouer le rôle de corps étranger, et déterminer un abcès.

C'est pourquoi je préconise, dans ces cas, la ligature au catgut, qui se résorbe, et n'offre pas le même danger.

Les abcès épiploïques causés par ces fils infectés sont généralement haut situés dans la cavité abdominale par le fait de la rétraction de l'épiploon sectionné et enflammé.

Deux conduites peuvent être suivies en présence de pareils accidents.

Ou se contenter d'inciser sur le point le plus empâté, on le plus fluctuant, et drainer, laissant le fil, qui, après fistule assez longue s'élimine tardivement.

Ou ouvrir la cavité abdominale et, limitant au moyen de ligatures au catgut ou à la soie la partie enflammée de l'épiploon, l'enlever comme une tumeur, au centre de laquelle on trouve le fil entouré d'un peu de pus.

Cette intervention est plus dangereuse que la première, elle donne toutefois une guérison plus rapide.

Cholécystostomie intra-pariétale et transmusculaire ou cholécystostomie temporaire.

M. H. Delagénière (Le Mans). — Cette opération consiste à aboucher la vésicule biliaire à l'aponévrose antérieure du muscle droit de l'abdomen à travers une boutonnière pratiquée dans l'épaisseur du muscle. La vésicule est d'abord isolée de la séreuse péritonéale par une rangée de sutures séro-séreuses. Cette fixation peut être première ou dernière. Une boutonnière est alors pratiquée verticalement à cinq ou six millimètres du bord libre du muscle droit; la vésicule est attirée à travers cette boutonnière, puis maintenue en place par une suture qui unit toute l'épaisseur de ses parois à l'aponévrose antérieure du muscle. Enfin, un drain est placé dans la vésicule et la peau est suturée.

L'opération consiste donc à munir l'orifice vésiculaire d'un sphincter contractile, destiné à assurer la fermeture de la fistule, dès que le drain sera supprimé.

Nous avons eu l'occasion de pratiquer trois fois cette opération, avec un plein succès. L'étude de nos trois malades nous permet de tirer les conclusions suivantes au sujet des avantages de la méthode :

L'opération présente la plus grande sécurité possible, puisqu'on peut aussi bien faire une fixation première qu'une fixation dernière et que la séreuse est complètement et parfaitement isolée de la bouche biliaire. En outre, elle est d'une exécution facile, n'expose pas les opérés aux tiraillements exercés sur la vésicule et le foie, comme cela a lieu dans les fixations à la peau. Le drain, placé dans la vésicule, est une sauvegarde qui permet l'écoulement au dehors de la bile et des autres liquides que peut contenir la vésicule ; il peut aussi servir à surveiller l'état des voies biliaires et à désinfecter la vésicule. Lorsque les fonctions sont devenues normales, on retire le drain; l'ouverture faite à la vésicule n'a plus de raison de rester béante, ses bords se rapprochent à la manière d'une soupape (soupape de sûreté), toute prête à s'ouvrir si la tension augmente dans les voies biliaires.

Comme on le voit, on trouve tous les avantages de la cholécystotomie ordinaire et de la cholécystostomie idéale, et les inconvénients de ces deux méthodes sont écartés. Il n'est donc plus nécessaire de recourir à la cholécystotomie à sutures perdues intra-pariétales, qui est une méthode incomplète, ni à la cholécystotomie idéale en deux temps, qui non seulement est une méthode incomplète, mais une méthode compliquée et partant toujours plus dangereuse.

Au point de vue des indications, la cholécystostomie temporaire nous paraît réunir toutes celle de la cholécystostomie ordinaire et de la cholécystostomie idéale ; elle sera en outre indiquée dans certains cas de cholécystite, autrefois justiciables de la cholécystectomie ; enfin elle pourra être une opération complémentaire dans la cholédochotomie, la cholédocholithotritie et même la cholécystentérostomie.

Végétations adénoïdes du nasopharynx.

M. Broca. — J'ai plus de cinq cents fois pratiqué ou fait pratiquer par mes élèves, sous ma direction, l'ablation des végétations adénoïdes du pharynx. Sauf chez les enfants au-dessous d'un an, que j'opère à la pince, je me sers toujours du couteau de Gottstein, selon la technique classique. Lorsqu'il existe une hypertrophie amygdalienne concomitante, j'en fais l'ablation au bistouri, instrument que je trouve infiniment préférable à l'amygdalotomie. On peut presque toujours tout faire en une séance, à condition de commencer par l'amygdalotomie, de façon à n'être pas gêné par le sang dans la prise des tonsilles. L'anesthésie est souvent sinon indispensable, au moins utile ; je me suis toujours loué du bromure d'éthyle, donné à doses massives.

Je n'insisterai pas sur l'indication opératoire, formelle quand il y a des signes d'obstruction nasale, de coryza chronique, d'inflammation auriculaire. Quoi qu'on en ait prétendu récemment encore, ni les attouchements médicamenteux ni les bains de mer ne sont efficaces.

Les points actuellement en litige sont les suivants : Les végétations adénoïdes sont-elles toutes de même nature? Y en a-t-il de tuberculeuses ? Peuvent-elles récidiver?

Certains auteurs ont pensé, tout récemment, qu'il fallait différencier les végétations adénoïdes simples, tuberculeuses et syphilitiques. C'est peut-être poser la question d'une manière qui prête à la confusion. Il faut réserver le nom de végétations adénoïdes à l'hypertrophie lymphoïde simple, et ajouter qu'il peut exister dans le cavum certaines productions végétantes, tuberculeuses, syphilitiques et peut-être épithéliomateuses, dont le diagnostic différentiel est souvent obscur. Tout comme on s'entend sur ce qu'est l'hypertrophie amygdalienne.

Parmi ces productions végétantes, quelle est la fréquence des lésions tuberculeuses? La chose est discutée. D'après Lermoyez, qui a eu le mérite d'attirer l'attention sur ces faits, cette tuberculose végétante est possible, mais rare. Il en donne une observation probante, où les végétations ont récidivé et ont été examinées histologiquement et bactériologiquement. Quant à sa deuxième observation, elle me séduit moins : la seule preuve y est fournie par l'évolution d'une phthisie chronique après l'opération et c'est là, je crois, un mode d'argumentation qui disparaîtra en même temps que l'influence de Verneuil. Mais en tout cas, pour Lermoyez, c'est rare, et à cet égard mon expérience concorde avec la sienne. Une seule fois, j'ai vu évoluer une angine tuberculeuse après l'ablation de végétations. Je ne sais d'ailleurs pas, en l'absence d'examen histologique immédiat, si la lésion primitive était tuberculeuse ou s'il y a eu inoculation secondaire de la plaie opératoire.

Après avoir observé ce fait, j'ai envoyé à mon ami Pilliet les pièces de cent malades consécutifs : pas une seule fois le microscope n'a révélé la tuberculose.

Cette rareté va mal avec la fréquence de résultats positifs que l'inoculation au cobaye a fournis au professeur Dieulafoy. Mais des bacilles semés à la surface d'une muqueuse saine peuvent fort bien donner ces résultats : le professeur Straus l'a montré pour la muqueuse pituitaire. La muqueuse est alors infectée, dangereuse, mais elle n'est pas tuberculeuse : et même sans le devenir elle peut se laisser traverser, d'où une infection ganglionnaire sans lésion spécifique de la porte d'entrée. Ce fait, prouvé expérimentalement par Cornet, doit faire faire

des réserves sur la preuve tirée par M. Dieulafoy de ce que chez ces sujets les adénopathies cervicales tuberculeuses ne sont pas rares.

Pour les végétations adénoïdes vraies, la récidive doit s'expliquer, je crois, par le développement de fragments non enlevés. La preuve en est qu'elle a lieu surtout, d'après ce que j'ai vu, en bas et à gauche, là où le coup de curette est plus difficile à donner; que je l'ai l'observée assez souvent au début de ma pratique et qu'aujourd'hui elle est exceptionnelle sur mes opérés, tandis qu'elle est assez fréquente sur ceux de mes élèves. Aussi des deux facteurs, nature de la lésion et maladresse de l'opérateur, c'est au second que je fais la plus large part, sans hésiter à reconnaître que parfois le reproche m'a atteint. Et c'est sans doute parce que je l'ai reconnu qu'il m'atteint de moins en moins souvent.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 *octobre* 1895.

Présidence de M. Empis.

Pied plat valgus.

M. Berger lit un rapport sur un cas de pied plat valgus douloureux que M. Kirmisson a traité avec succès par l'opération d'Ogiton, opération qui consiste à encheviller l'articulation scapho-cunéenne. M. Kirmisson a déjà opéré de la sorte plusieurs malades et à ce propos M. Duplay a fait sur ce sujet un rapport à l'Académie (Voyez *Mercredi*, 1891, p. 27 et 139). M. Berger conclut, lui aussi, que parmi les opérations proposées — ostéotomie sus-malléolaire, abaissement de l'extrémité postérieure du calcanéum — l'opération d'Ogiton semble la plus rationnelle. Mais il pense aussi que, malheureusement, les faits ne sont pas publiés assez tard pour qu'on puisse juger du résultat définitif. Il conclut, enfin, comme M. Broca dans un mémoire récent, que les méthodes sanglantes ne conviennent qu'aux cas invétérés et que par un traitement orthopédique bien dirigé la guérison au début est constante.

Greffe osseuse hétéroplastique.

M. Mossé. — Les travaux antérieurs de l'auteur ont contribué à établir expérimentalement que les réimplantations et transplantations osseuses, après la trépanation du crâne, peuvent devenir de vraies greffes, même les transplantations hétéroplastiques (Voyez *Mercredi*, 1894, p. 52). Après s'être attaché à prouver ce fait d'abord par la présentation de pièces permettant de juger ses résultats à l'œil nu, M. Mossé communique aujourd'hui à l'Académie de nouvelles expériences de greffe hétéroplastique suivies d'examen histologique, pratiquées avec le concours de M. le professeur Tourneux. Ces nouvelles recherches ont porté sur le singe, le chat et le lapin.

Ces expériences confirment les conclusions déjà proposées par M. Mossé. Elles apportent de plus la preuve histologique : 1° *De la persistance du transplant*; 2° *de sa vascularisation*; 3° *de l'existence d'une circulation commune à la rondelle et à l'os récepteur* déjà signalée par Adamkiewicz et Sacchi. En un mot, elles démontrent *la réalité de la greffe*, font comprendre *son mode de nutrition*, mais révèlent certaines modifications, indices de *l'atténuation de la vitalité du transplant.*

Elles établissent enfin : 1° *La fusion possible des deux parties de la greffe*, au moyen de lamelles osseuses néoformées entre ces deux parties; 2° *les connexions anatomiques intimes des lamelles osseuses du transplant avec les lamelles craniennes.*

Hématothérapie dans la tuberculose.

M. Maurice Bloch lit un travail sur un procédé d'hématothérapie dans la tuberculose non héréditaire.

Atrophie de la papille.

M. Galezowski lit un travail sur quelques cas d'atrophie de la papille d'origine glaucomateuse qu'il a soignés par des sclérotomies répétées.

Nouvelles observations sur le traitement de l'ophthalmie purulente par les grands lavages.

M. Kalt lit le résultat de nouvelles observations confirmant le travail qu'il a déjà lu à l'Académie.

A quatre heures et demie l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Riche sur les candidats au titre de correspondant étranger dans la quatrième division. Les candidats sont ainsi présentés : 1° M. Nencki (Saint-Pétersbourg); 2° M. Ludwig (Vienne); 3° M. Bunge (Bâle).

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 26 *octobre* 1895.

Présidence de M. Chauveau.

Influence des maladies des mères sur la croissance des enfants.

MM. Charrin et **Nobécourt** ont étudié à la Maternité, à l'aide des courbes graphiques, l'accroissement des nouveau-nés des mères saines et des mères atteintes d'une affection quelconque. Ils ont trouvé que l'accroissement des enfants des mères malades se fait mal et lentement.

Ainsi, tandis que pendant le premier mois de la vie le poids des enfants des mères bien portantes augmente de trente-cinq grammes par jour, l'accroissement du poids d'un enfant d'une mère tuberculeuse a été nul pendant cet espace de temps. Pendant le second mois, l'accroissement des enfants de la première catégorie a été de vingt-huit grammes par jour, et de quatre grammes chez un enfant de souche tuberculeuse et de cinq grammes chez un enfant d'une mère qui avait eu un phlegmon pendant la grossesse.

Dans cet arrêt ou ralentissement du développement, on peut incriminer les toxines qui circulent dans l'organisme maternel et qui agissent sur la nutrition et l'activité cellulaire.

Tuberculose provoquée chez des lapins par des injections du contenu d'œufs de poule.

M. Arthault de Vevey a eu l'occasion, au cours de ses recherches, de faire à des lapins des injections du contenu d'œufs altérés sous la peau de la face interne de la cuisse ou sous l'omoplate.

Sur vingt-cinq lapins traités de cette façon, il y eut toujours formation d'un abcès à staphylocoques. Deux fois il s'est développé une tuberculose locale qui n'a pas tardé à se généraliser.

M. Arthault suppose donc que les œufs ont été contaminés dans l'oviducte.

Pédiculose intermittente chez l'homme.

M. Arthault de Vevey a observé deux cas de pédiculose intermittente chez des femmes qui avaient un singe à la maison.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme atteinte de fièvre intermittente. Chez elle la pédiculose n'apparaissait que lorsque la température atteignait 39°. Dans le second cas où il s'agissait d'un cas d'embarras gastrique fébrile, la pédiculose s'est manifestée plusieurs fois le soir, quand la température avait monté à 39 ou 40°.

Lésions dans la rate mobile.

M. Pilliet a eu l'occasion d'examiner deux rates mobiles provenant des malades opérés par M. Hartmann. A l'examen on trouva les lésions profondes de l'endartérite dues sans doute à la flexion répétée de la coudure des vaisseaux sanguins au niveau du hile de la rate. Il existait en même temps

des thromboses vasculaires et une atrophie du parenchyme, bien que l'organe parut augmenté de volume.

Ces lésions expliquent l'absence des troubles chez les malades qui avaient subi la splénectomie.

Action du benzène sur les microorganismes.

M. Chassevant a trouvé que les divers carbures légers du pétrole désignés dans le commerce sous le nom de benzoline et d'essence n'ont aucun pouvoir antiseptique.

Le benzène empêche bien les microorganismes de se développer dans les milieux fermentescibles, mais il ne détruit pas ces germes qui retrouvent leur virulence quand il est évaporé.

Syndrome de Weber chez un diabétique avec réapparition du réflexe rotulien du côté paralysé.

M. G. Marinesco. — Le malade est âgé de quarante-neuf ans, sans antécédents héréditaires et personnels importants. C'est en 1881 que les premiers symptômes du diabète se sont déclarés. Il avait alors cinquante grammes de sucre par litre, de la polyurie et de la polydipsie et une polyphagie peu marquée. L'impuissance génitale est survenue progressivement et le malade a remarqué, en même temps, un affaiblissement des jambes. Le 24 juillet dernier, une hémiplégie gauche s'est installée insidieusement, la face étant prise tout d'abord, puis la jambe et le bras. Onze jours après est survenue de la diplopie à droite qui s'est compliquée d'une chute de la paupière trois jours après. On avait noté avant l'accident, une abolition presque complète des réflexes. Actuellement se trouve à droite une paralysie totale et incomplète du moteur oculaire commun, c'est-à-dire ptosis avec strabisme externe et diplopie et en plus il y a dilatation de la pupille et paralysie de l'accommodation. L'hémiplégie gauche est également totale mais incomplète et sans contracture. Il n'y a pas du côté paralysé de troubles de la sensibilité, ni de troubles vaso-moteurs. Le réflexe rotulien est aboli complètement à droite et un peu diminué à gauche. Il s'agit donc chez notre malade d'une paralysie alterne supérieure ou bien du syndrome de Weber. Mais une particularité importante à retenir, c'est la réapparition du réflexe rotulien. On sait que la disparition des réflexes dans le diabète, signalée par M. Bouchard, est un accident relativement fréquent, mais dont la cause est encore mal connue. Si, comme il est fort probable dans certains cas, cette abolition dépend de la lésion des fibres centripètes nécessaires à la transmission du réflexe, elle s'explique par l'action antagoniste qu'exercent sur la corne antérieure d'une part les fibres pyramidales, d'autre part les fibres sensités tendineuses. A l'état normal le tonus réflexe tendineux est entretenu par les excitations continuelles apportées par les fibres sensitives tendineuses et transmises à la moelle par l'intermédiaire des collatérales réflexes tandis que les fibres pyramidales exercent une action modératrice sur l'excitabilité de la corne antérieure.

Quand les fibres centripètes tendineuses sont altérées, le réflexe rotulien est diminué ou aboli; mais si l'action modératrice du cerveau vient à disparaître, les fibres centripètes tendineuses qui sont encore saines sont capables de ramener dans une certaine mesure le tonus réflexe annihilé.

Dilatation bronchique expérimentale.

M. Paul Claisse présente des pièces de dilatation bronchique obtenues expérimentalement chez le lapin. Il décrit un procédé spécial qui permet d'introduire et de fixer en tel ou tel point des voies bronchiques un corps étranger constitué par une sorte de parachute à six branches.

Dans un premier cas, au bout de sept semaines, la bronche lésée a seize millimètres de circonférence, tandis que celle de l'autre poumon a huit millimètres.

Dans un deuxième cas, au bout de neuf semaines, les proportions respectives de la bronche saine et de la bronche dilatée sont de sept millimètres et dix-huit millimètres.

L'emploi de ces parachutes permet de déterminer dans les voies bronchiques des infections chroniques qui ont pour conséquence des dilatations à tendance extensive.

Grâce à ce procédé, il est possible de suivre les diverses étapes anatomo-pathologiques et de préciser la pathogénie de la dilatation des bronches.

Deux cas familiaux de tuberculose aspergillaire simple chez des peigneurs de cheveux.

M. Rénon. — Les cas de tuberculose aspergillaire cliniquement et bactériologiquement reconnaissables, rares chez l'homme, ont été jusqu'ici observés chez des gaveurs de pigeons (Dieulafoy, Chantemesse et Widal, Potin, Rénon, Gaucher et Sergent). Grâce à l'obligeance de M. Féré, nous rapportons deux nouveaux cas chez des malades d'une tout autre profession, des peigneurs de cheveux. Ceux-ci achètent aux chiffonniers de Paris les cheveux trouvés dans les boîtes à ordures, et les démêlent en les classant par couleur, longueur et épaisseur, pour les revendre ensuite. Si le cheveu est sec, le peignage se fait directement; mais si le cheveu est un peu gras, pour éviter qu'il ne casse, il faut le couvrir de farine de seigle en le peignant. Il en résulte un dégagement de poussières considérable, dans lesquelles la farine tient la plus grande place.

Toute une famille, le père, la mère et le fils, est occupée à ce travail dans un atelier commun : les oiseaux (serins, chardonnerets) ne peuvent vivre dans ce milieu et succombent au bout de quinze jours à trois semaines après avoir considérablement maigri. Le père et la mère, exerçant le métier depuis de longues années, sont seuls atteints. Pris d'hémoptysies violentes, ils présentent actuellement des signes thétoscopiques de tuberculose, l'un à la première période, l'autre à la troisième. Leurs crachats ne contiennent pas de bacilles de Koch à l'examen sur lamelles; trois cobayes inoculés sous la peau de l'abdomen avec des crachats du père, et trois autres avec ceux de la mère ont été sacrifiés quarante-deux jours après l'injection, et ne présentaient aucune trace de tuberculose. Nous avons, après coloration par la thionine, trouvé dans les crachats des formes conidiennes de champignon et même quelques fois du mycélium ramifié très net. Les cultures sur liquide de Raulin nous ont donné de l'aspergillus fumigatus, plus souvent chez la mère que chez le père : le champignon était pathogène puisque les lapins inoculés ont succombé à l'infection aspergillaire typique. Les crachats ne contenaient pas d'autres agents pathogènes mycosiques, notamment ni favus, ni trychophyton comme l'ont prouvé les cultures que M. Eugène Bodin a bien voulu faire pour vérifier cette hypothèse peu vraisemblable : toutes les recherches exécutées dans ce but n'ont abouti qu'à déceler la présence d'aspergillus fumigatus.

Dans les poussières venant de l'atelier, il fut possible de trouver par cultures sur liquide de Raulin le même champignon dont l'action pathogène fut établie sur le lapin : nous avons pu de la même manière en déceler dans la farine de seigle employée alors que l'examen des cheveux bruts a toujours été négatif. Des pigeons inhalés avec ces poussières sont morts de lésions tuberculeuses de leurs poumons, reconnues aspergillaires par les cultures.

Nous pensons qu'il s'agit de deux cas de tuberculose aspergillaire simple dans une même famille : les poussières ont été la cause de l'infection et dans celles-ci la farine a joué le plus grand rôle. Ces faits plaident en faveur de l'existence possible de tuberculose aspergillaire chez des personnes qui manient les graines, les grainetiers, les meuniers : d'ailleurs les deux cas de kératite aspergillaire bien démontrés par les examens et les cultures ont été observés, l'un chez un batteur d'avoine par Leber, l'autre chez un meunier par Fuchs.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 *octobre* 1895.

Présidence de M. Hayem.

Un cas de paralysie de Landry avec lésion de la moelle.

M. Ballet, à l'occasion de la communication de MM. Marie et Marinesco (voir la dernière séance, 18 octobre), présente

en son nom et en celui de M. Duthil un cas de *paralysie de Landry avec lésion médullaire.*

Il s'agit d'un homme de trente-trois ans, non syphilitique, mais *alcoolique*, qui, au mois de mai de cette année, fut atteint de grippe. Un mois après, le 11 juin, le début de son affection nerveuse se fit d'un façon franche : mal de tête, étourdissements, fièvre légère, la température était alors de 38°. Le 13, on constate de la parésie des membres inférieurs; le 15, la paralysie gagne les membres supérieurs, plus accusée à droite. Il entre à l'hôpital le 17. On constate alors une paralysie flaccide complète des deux membres inférieurs avec abolition des réflexes rotuliens. La paralysie est presque aussi accusée aux membres supérieurs. La sensibilité est intacte, à peine existe-t-il quelques fourmillements dans les orteils. Il y a encore de la céphalée, des étourdissements, la température est normale. Dans la nuit du 17 au 18, le malade succombe avec des troubles dyspnéiques et de la cyanose de la face.

A l'autopsie on trouve une myélite occupant toute l'étendue de la moelle depuis la région sacrée jusqu'au bulbe. Cette myélite présentait les caractères suivants :

A. *Vascularisation* énorme de la moelle, portant sur les deux substances, mais prédominant dans les cornes antérieures, et analogue à ce qu'on voit dans certaines myélites infectieuses expérimentales, dues aux streptocoques, aux staphylocoques, avec cette différence qu'aux lésions congestives ou hémorrhagiques, s'ajoutait une périvascularise des plus nerveuses, autour des vaisseaux artériels, veineux ou capillaires, capable même d'oblitérer la lumière des vaisseaux par compression des leucocytes accumulés.

B. *Lésions cellulaires* à différents degrés.

Les cellules nerveuses sont vasiculeuses avec ou sans noyau apparent.

Les granules chromatophiles disparaissent.

Les prolongements cellulaires sont absents ou présentent des cassures.

La cellule n'est plus qu'un bloc granuleux sans noyau.

C. *Lésions des racines antérieures et des nerfs périphériques*, sur lesquels je n'insiste pas ici.

Cette observation rapprochée de celle déjà connue avec lésions médullaires semble faire penser que la paralysie de Landry est due à une myélite ascendante. Sans nier la légitimité des résultats négatifs obtenus dans des circonstances analogues par des observateurs qui ont conclu à des lésions des racines antérieures ou des nerfs, ne peut-on invoquer l'insuffisance des méthodes histologiques alors en usage, pour expliquer que des lésions cellulaires de la moelle un peu délicates, aient échappé à l'attention des observateurs.

Mais un point reste à élucider : c'est *l'origine* de cette myélite : à l'heure actuelle on tend à admettre que celles-ci sont ou infectieuses ou toxiques. Or, dans ce cas, l'examen bactériologique, fait malheureusement sur le cerveau et sur le bulbe seul, n'a fourni que des résultats négatifs aussi bien par les cultures que par l'inoculation. Il n'y a donc pas lieu d'invoquer une infection *in situ*. Faut-il admettre qu'elle existait ailleurs, et que cette myélite soit le résultat d'une intoxication à distance? Rien ne légitime cette supposition. Reste l'auto-intoxication. Or, je l'ai dit, ce malade est un alcoolique et nous avons trouvé des lésions cellulaires hépatiques des plus prononcées, celles-ci étant transformées en partie en blocs de graisse. On peut donc supposer que la myélite est d'origine autotoxique, et que l'intoxication s'est faite lorsque le foie a été assez altéré pour ne plus remplir les fonctions de défense contre les auto-intoxications organiques diverses.

M. Hayem. — J'ai observé autrefois des lésions myélitiques semblables chez des chats à qui on extirpait les ganglions cervicaux, et qui succombaient à des injections opératoires. Dans un cas que j'ai publié de paralysie de Landry je n'ai pas trouvé de lésions. Il est vrai que je me servais de la technique ancienne au picrocarmin mais cette technique m'avait permis de voir les lésions médullaires citées plus haut chez le chat, et alors je me demande si, réellement, les cas de paralysie de Landry avec autopsie négative, sont à rejeter comme ayant été soumis à une technique insuffisante. Pour ma part, je crois que tous les cas de paralysie de Landry ne sont pas dus à une myélite.

M. Ballet. — Le picrocarmin reste un excellent réactif, mais bien des lésions cellulaires fines échappent à l'observateur, s'il ne se sert pas des procédés nouveaux. Certainement dans mon observation le picrocarmin aurait mis en évidence les lésions médullaires.

M. Hayem. — Précisément toute la question est là, de savoir — et on ne le sait pas — si ces lésions cellulaires fines que les méthodes nouvelles mettent en évidence, sont capables d'expliquer les désordres cliniques et la mort.

Embolies multiples.

M. Fernet rapporte l'observation d'un malade, cardiaque et albuminurique, qui présenta une thrombose du membre supérieur. Quinze jours après survinrent des accidents thoraciques qui débutèrent à gauche par un point de côté brusque et une gêne respiratoire intense. Deux jours après, il existait un léger épanchement pleural qui donna à la ponction de trois cents à quatre cents grammes de liquide sanguinolent. Je songeai naturellement à une embolie avec congestion hémorrhagique, car l'examen bactériologique et l'inoculation du liquide étaient restés négatifs. Douze jours après, il se fait un pneumothorax du côté ponctionné et un nouvel épanchement se produit, cette fois purulent et contenant de nombreux pneumocoques, des streptocoques et des microbes divers. Le lendemain, à droite cette fois, une nouvelle embolie pulmonaire et le malade succomba.

A l'autopsie on trouve à gauche une pleurésie purulente enkystée et dans le poumon un infarctus ramolli ouvert dans la plèvre.

L'origine de la phlébite, étant donné que les premières embolies étaient aseptiques, reste indécise ; quant aux embolies pulmonaires il est probable que, simples d'abord, elles se sont ensuite infectées par les bronches, car l'infarctus du poumon droit n'était pas septique.

M. Galliard fait observer la rareté du pneumothorax à la suite des infarctus. Dans ces cas la pleurotomie s'impose.

M. Rendu a observé le pneumothorax dans ces circonstances deux fois à la suite de phlébites périotomisées.

Rejet par la bouche de calculs biliaires.

M. Galliard. — Dans sa communication sur les fistules gastrobiliaires, M. Hayem a rappelé un travail que j'ai consacré au *vomissement de calculs biliaires*; dans un travail sur l'*obstruction pylorique par calculs biliaires*, j'ai rapporté un cas dû à Grundzach et qui se rapproche de celui de M. Hayem.

Une femme avait depuis longtemps des désordres de l'estomac, et la limite inférieure de celui-ci dépassait de cinq à six centimètres l'ombilic à jeun. On songea à un rétrécissement cicatriciel du pylore. Or le lavage de l'estomac évacua quatre calculs gros comme des pois.

Ces cas seront moins rares probablement quand on connaîtra mieux les fistules biliaires internes, ainsi que les rétractions cicatricielles qui en sont la conséquence.

Dans ces cas, ainsi que le fait observer M. Hayem, on voit de quelle utilité est le lavage de l'estomac.

Œdème unilatéral droit dans les maladies du foie.

M. Hanot. — J'avais eu l'occasion d'observer chez deux malades atteints d'affections hépatiques un œdème unilatéral droit *œdème hémiplégique*. J'avais cru d'abord à une simple coïncidence et j'avais pensé que cet œdème était dû au décubitus latéral droit. Cette année, j'en ai observé deux nouveaux cas chez deux femmes, l'une atteinte de foie cardiaque, l'autre d'hypertrophie hépatique avec ictère chronique. Chez toutes deux l'œdème occupait la face, le tronc et les membres, et dans tous les cas, il était prédominant à droite, et sans aucun rapport avec le décubitus du malade dans son lit.

Je crois donc pouvoir établir un rapport entre les affections hépatiques et l'œdème unilatéral droit. Le rapport est analogue à celui que M. Potain a établi dans les affections du rein, lorsque celles-ci sont unilatérales et que l'œdème lui-même est unilatéral. Dans tous les cas, la pathogénie est obscure.

NOUVELLES

Internat en médecine. — La composition écrite a eu lieu à l'Hôtel de Ville vendredi 25 octobre; les questions que les candidats avaient à traiter étaient : « Nerfs de la langue, symptômes et diagnostic du cancer de la langue. » Les questions restées dans l'urne étaient: « Vagin, métrorrhagie; configuration et rapports de la trachée et des bronches extra-pulmonaires, signes et diagnostic des cavernes pulmonaires ».

Le jury s'est, par voie de tirage au sort, constitué en deux sections dont l'une entendra les questions d'anatomie et l'autre les questions de pathologie, qui ont été écrites sur des copies différentes.

Les deux sections ont l'intention de mener rapidement les opérations du concours; elles feront chacune cinq séances par semaine. Comme il a été remis deux cent quatre-vingt-quinze compositions, à raison de dix par séance, cela fait que la lecture ne durera pas deux mois, en tenant compte de suspensions dès maintenant prévues.

Le jury d'anatomie comprend : MM. Hallopeau, Mathieu, Segond, Delbet, Porak ; le jury de pathologie est composé de MM. Sevestre, Audhoui, Pozzi, Rochard et Bonnaire.

Les candidats militaires liront dans l'ordre suivant :

Anatomie : 1 Sicard (Jean), 2 Merklen, 3 Guimbal, 4 Brécy, 5 Tesson, 6 Monod (René), 7 Lamard, 8 Eloy, 9 Armand Delille, 10 Grosjean (Simon), 11 Guibé, 12, Gaudefroy, 13 Mesley.

Pathologie : 7 Monod (René), 8 Lamard, 9 Eloy, 10 Armand Delille, 11 Grosjean, 12 Guibé, 13 Gaudefroy, 14 Mesley, 1 Sicard, 2 Merklen, 3 Gimbal, 4 Brécy, 5 Tesson.

Ces candidats liront la copie d'anatomie le dimanche 27 octobre, à huit heures et demie du matin, à la Charité, et la copie de pathologie lundi 28 octobre, à neuf heures et demie du matin, à l'Hôtel-Dieu.

La séance d'oral aura lieu pour eux mardi 29 octobre à neuf heures et demie du matin à l'Assistance publique.

Les candidats ordinaires liront les jours suivants:

Pathologie. — Lundi, mercredi, vendredi à neuf heures et demie du matin; mardi et samedi à quatre heures et demie.

Anatomie. — Lundi, vendredi, à quatre heures et demie; mardi et jeudi à dix heures du matin, et dimanche matin (heure non indiquée encore).

Les lieux où on lira les copies seront fixés ultérieurement. La lecture se fera dans l'ordre suivant :

Anatomie. — 1. MM. Ménier, Cochenie, Talandier, Herrenschmidt, Delestre, Guibaud, Millet (Maurice), O'Followell, Weber, Clamousse.

11. Cugnin, Bernhmein, Fresson, Pedeprade, Rudaux, Labey, Milhiet, Duclos, Castaigne, Ghika.

21. Guisez, Griffon, Zimmern, Fachatte, Cartier, Lihou, Pupir, Bertrand (Maximilien), Guéry, Sikora.

31. Nimier, Cherbétian, Drouet, Ganault, Vast, Mignon, Monod (Fernand), Weil (Emile), Iselin, Dupuy-Dutemps.

41. Poix, Thiénot, Levy (Jules), Thoizon, Druault, Fontoynont, Marcille, Palle, Nollet, Hennecart.

51. Zadok, Mauger (Noël), Hivet, Pochon, Robillard, Nicolaïdi, Pauly, Margoulies, Thoyer, Picard (Henri).

61. Tintrelin, Fromageot, Poirson, Mendelsohn, Levis (Georges), Tournemelle, Fossard, Hanotte, Le Meignon, Roger (Jean).

71. Rosenthal, Ligay, Hauviller, Bosredon, Arnal, Celos, Stanculéanu, Clerc, Gennet, Michaux.

81. Caboche, Blandeau, Brinon, Roger (Paul), André, Garoflied, Leroy des Barres, Soulier, Grisel, Jacomet.

91. Sicard (Gabriel), Wahl, Traverse, Roques, Birman, Terron, Coudert, Fialon, Castand, Boricaud.

101. D'Herbécourt, Dartigues, Gougis, Mauchamps, Minet, Reim, Bigart, Chambon, Paquet, Plesoianu.

111. Luys, Weill (Benjamin), Maréchal, Martinet, Jalaguier, Tissier (H.), Chauveau, Rastouil, Chastanet, Leroy (Louis).

121. Mettesal, Moret, Robert, Souberbielle, Bluysson, Bonnel, Andistère, Mauger (Adrien), Audison, Loubet.

131. Marotte, Drouin, Nattan, Voisin (H.), Millienne, Hérard, Ulmann, Nicaise, Ratinsky, Mercier (Edmond).

141. Lefèvre, Meunier, Perrée, Rellay, Petit, Monthus, Renault, Leyen, Michaut, Latruffe.

151. Orlowsky, Lustgarten, Chalochet, Fernique, Richelet, Leroy (Eugène), Lamouroux, Cadol, Costin, Gibert.

161. Herscher, Jeannulatos, Lemasson, Deroyer, Rebreyend, Dezirot, Mulin, Lagrange, Schwartz, Morin (Charles).

171. Piedvache, Nicoloff, Galeo, Masselon, Pelisse, Guillot (Morice), Hauser, Peaudecerf, Fournié, Devé.

181. De Rothschild, Janot, Gauchery, Gléneanu, Desjardins, Ferrand, Schutzenberger, Léger, Chifoliau, Gheorghin.

191. Boyer, Dardel, Delthil, Debienne, Masbrenier, Hémery, Retournard, Chevrey, Durieux, Duviard.

201. Terien, Minelle, Veau, Lenglet, Labbé, Rodiet, Ungauer, Villeneuve, Veuillot, Petron.

211. Poulain, Baudrand, Brusset, Théohari, Jousset, Battier, Neveu, Chadmann, Rabaud, Bacaloglu.

221. Hamant, Choppin, Gaullieur, Verdin, Ducamp d'Orgeas, Bobier, Carpentier, Blandin, Korassadji, Dard.

231. Coyon, Pasquet, Jeanne, Veron, Turquet, Rolet, Lucius, Drouard, Veillard, Lejonne.

241. Roux, Parmentier, Fays, Larrieu, Couillaud, Andréan, Brosset, Marchais, Pelstemalzoglu, d'Arbois de Jubainville.

251. Godineau, Percheron, Ballet, Ardouin, Degny, Zamfiresco, Leclerc, de Font-Réaulx, Farabeuf, Guessarian.

261. Planchon, Guillemard, Guillemot, Camus, Daniel, de Gorsse, de Gorce, Bernard (Louis), Constensoux, Lœvy.

271. Kiffé, Dauriac, Lefas, Esmonet, Gascon, Goudart, Michel Glias, Laroche, Mousseaux.

281. Chaillous, Monod (Adrien).

Pour la lecture de la copie de pathologie, on commencera par le n° 142 de la liste précédente, c'est-à-dire par M. Meunier, pour reprendre, après le dernier numéro (n° 282, M. Adrien Monod), par le n° 1 jusqu'au n° 141 inclus (M. Lefèvre), qui lira, par conséquent, le dernier.

— Le concours de l'externat a commencé aujourd'hui lundi, 28 octobre, pour les candidats militaires.

Pour l'anatomie, l'épreuve a eu lieu à quatre heures quarante-cinq (seconde moitié de la liste), et pour la pathologie, il aura lieu demain mardi, 29, à la même heure (première moitié de la liste).

Candidats militaires. — *Anatomie.* — Lundi, mercredi, vendredi.

1. MM. Herber, Horveno, Imbault, Jacquemin, Jamart, Jamet, Jeannin, Jullien, Laboulbène, Lame.

11. Laquerrière, Larré, Lebreton (Armand), Lebreton (Paul), Legrand, Lequeux, Leroux, Loin, Markiszewski, Martin.

21. Mosson, Mathieu, M. de Lapomarède, Maury, Maussire, Meret, Messet, Monod, Morfaux, Murent.

31. Odinet, Ogé, Papillon, Pernot, Petit, Philippe, Plantard, Piot, Pophillat, Poumier.

41. Poutre, Raison, Raoult-Deslongchamps, Regnault, Rouet, Sainton, Saison, Sebilleau, Taussard, Tardif-Bardinet.

51. Thorel, Tillement, Vaillant, Valentin, Vallée, Viteman-Zerlaut.

Pathologie. — Mardi, jeudi, samedi.

1. MM. Andrieu, Astié, Aubourg, Audy, Bouley, Bargy, Beauvy, Belgrand, Bender, Benoit.

11. Blanquinque, Bleynie, Bloch (Edm.), Bloch (Maurice), Bonamy, Bosvieux, Bricard, Bué, Bussard, Cailleux.

21. Chabrier, Chaumat, Chomet, Clément, Cœurderoy, Coittier, Collet, Collinot, Compain, Cosset.

31. Coussieu, Croixmarie, Dabbadie, Danibriu, Damotte, Dauchez, Daverède, Debets de Lacrousille, Debret, Delbos.

41. Delom, de Sèze, Desgranges, Devaux, Drofet, Duclaux, Ducoudray, Dufour, Fabre, Fadeuilhe.

51. Ferrard, Forné, Frouin, Gagey, Gigon, Grandjean, Guiard, Habar, Hallopeau, Haret.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

N° 45 — 6 NOVEMBRE 1895 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 13 au 14 novembre 1895.

Mercredi 13. — M. Lipski. Des complications oculaires métastatiques de la blennorrhagie. — M. Thomas Thoinesco. Etiologie générale des dermatoses. — M. Douriez. Remarque sur le traitement actuel des métrites. — M. Ducosté. De l'emploi de l'eau chaude en chirurgie. — M. Maudet. Contribution à l'étude des déviations et des accidents d'évolution tardive de la dent de sagesse. — M. Rousseau. De l'adénopathie sus-claviculaire dans les cancers viscéraux. — M. Gauchet. Contribution à l'étude du traitement du col du fémur principalement au point de vue du massage et de la mobilisation.

Jeudi 14. — M. Chinsky. Recherches expérimentales comparatives sur la mort des animaux à sang froid provoquée par l'inhalation de vapeurs de chloroforme et d'éther. — M. Roesch. Recherches et considérations sur le méningisme chez les enfants. — M. Cerf. Sur les vaisseaux sanguins des viscères. — M. Aubineau. Essai sur l'application de la sérothérapie dans le traitement de la diphthérie conjonctivale. — M. Spaletta. Contribution à l'étude des anomalies de l'uretère.

Cours magistraux. — *Physiologie* : M. Ch. Richet, le 6 novembre à 5 heures.

Clinique ophthalmologique : M. Panas (Hôtel-Dieu), le 11 nov. à 9 heures.

Dermatologie et syphiligraphie : M. Fournier (Saint-Louis), le 15 novembre à 9 h. 1/2.

Clinique médicale : M. G. Hayem (Saint-Antoine), le 9 novembre à 10 heures; M. G. Sée (M. Charrin, agrégé) (Hôtel-Dieu), le 11 novembre à 10 heures; M. Jaccoud (La Pitié), le 12 novembre à 9 heures.

Clinique chirurgicale : M. Duplay (Hôtel-Dieu), le 15 novembre à 9 h. 1/2; M. Le Dentu (Necker), le 8 novembre à 9 h. 1/2

Clinique infantile : M. Grancher (M. Marfan, agrégé), le 9 novembre à 4 h. soir.

Clinique obstétricale : M. Pinard (Clinique Baudelocque), le 11 novembre à 9 heures.

Clinique des maladies mentales : M. Joffroy (Asile Saint-Anne), le 9 novembre à 9 heures.

Thérapeutique : M. Landouzy, le 8 novembre à 3 heures.

Pathologie expérimentale : M. Strauss, le 6 novembre à 4 heures.

Anatomie pathologique : M. Cornil, le 8 nov. à 5 heures.

Pathologie chirurgicale : M. Lannelongue (M. Nélaton, agrégé), le 8 novembre à 4 heures.

Chimie : M. Gautier, le 9 novembre à midi.

Pathologie interne. — M. le professeur Dieulafoy commencera le cours de pathologie interne le jeudi 7 novembre 1895, à 3 heures (grand amphithéâtre), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Objet du cours : Maladies du péritoine et des reins.

Conférences d'agrégés. — *Pathologie interne* : M. F. Widal, le 8 novembre à 3 heures.

Pathologie externe : M. Tuffier, le 7 novembre à 5 heures.

Obstétrique : M. Varnier, le 7 novembre à 6 heures.

Médecine légale : M. Thoinot, le 8 novembre a 6 heures.

Faculté de médecine de Paris. — M. Oulmont, médecin des hôpitaux, est chargé d'un cours annexe de clinique, à l'hôpital Laënnec.

Ecole de médecine d'Alger. — M. Bruch, professeur de clinique chirurgicale, est nommé directeur de ladite Ecole.

Ecole de médecine de Tours. — M. le Dr Parisot est institué chef des travaux physiologiques.

VARIÉTÉS

Hospice des Enfants Assistés. — M. le Dr Kirmisson recommencera le lundi 11 novembre à 10 heures ses leçons cliniques et les continuera les lundi et vendredi suivants à la même heure.

Les leçons de cette année seront consacrées aux difformités congénitales et acquises des membres.

— Opérations le lundi à 9 heures moins un quart.

— Consultations gratuites les mardi, jeudi et samedi, à 9 heures.

Hôpital Cochin. — M. le Dr Gilles de la Tourette, agrégé, commencera le vendredi 8 novembre, à 5 heures et quart (Amphithéâtre Dujardin-Beaumetz), un cours de thérapeutique clinique appliquée aux maladies du système nerveux, et les continuera les vendredis suivants, à la même heure.

Hôtel-Dieu de Marseille. — Un concours pour la nomination de six places d'élèves internes en pharmacie des hôpitaux civils de Marseille, sera ouvert le lundi 16 décembre 1895, à trois heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre des concours de l'Hôtel-Dieu de Marseille.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat général de l'administration des hospices de Marseille, à l'Hôtel-Dieu.

Concours de l'internat. — (Lecture de copies).

Pathologie. — Perrée 9; Meunier absent; Kellay 10; Petit 10; Monthuo 14; Renault 11; Leven 11; Michault 15; Latruffe 9.

Anatomie. — Bernheim 15; Pédeprade 15; Fresson 12; Rudaux 13; Labey 12; Milhiet absent; Duclos 8; Castaigne 15; Ghika 15; Guisez 8; Griffon 12.

Prochaines séances : *Pathologie* 5 novembre à 4 h. 1/2 à l'Hôtel-Dieu. — *Anatomie* 7 novembre à 10 h. à la Charité.

Concours pour l'internat de la Maison nationale de Charenton. — Il sera ouvert le mardi 26 novembre 1895 à la Maison nationale de Charenton à Saint-Maurice, Seine, un concours pour l'internat dudit établissement. On trouvera chez le concierge de la Faculté de médecine et à la Maison nationale, des exemplaires de l'arrêté qui fixe les conditions d'admissibilité et le programme du concours.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Note sur quatre cas de rate mobile, communication au *Congrès Français de Chirurgie* par Henri Hartmann.

Le petit nombre d'observations de rate mobile actuellement publiées en France nous engage à vous relater brièvemment l'histoire de quatre cas que nous avons eu l'occasion d'observer.

Deux fois, nous avons eu recours au simple port d'un bandage, deux fois nous avons pratiqué la splénectomie.

Les quatre malades vont actuellement bien; tout nous porte à croire qu'il en sera ultérieurement de même, l'observation de trois d'entre elles datant déjà de plus d'une année.

Dans le premier de ces cas, il s'agissait d'une jeune fille de dix-huit ans, qui avait, à part des fièvres intermittentes et une grosse rate douloureuse, toujours joui d'une bonne santé.

Le 18 mars 1893 elle fut prise brusquement, deux heures après son déjeuner, de douleurs abdominales, de vomissements et d'un état de malaise tel qu'elle dut cesser sa promenade et entrer dans une pharmacie. Transportée chez elle, elle continua à vomir pendant les deux jours qui suivirent. Après une atténuation passagère, les accidents reprirent en s'aggravant et la malade entra à l'hôpital Bichat avec des symptômes de péritonite le 8 avil 1893.

La face est pâle, les yeux excavés, le pouls petit, à 120; la température reste cependant normale. Le ventre est ballonné, tendu, douloureux à la moindre pression. A part la région épigastrique, les hypochondres, le flanc gauche et la partie postérieure de la fosse iliaque, la percussion dénote partout de la matité.

Une incision médiane nous montre à travers l'épiploon rougeâtre, épaissi, mollement adhérent, une masse brune sous-jacente. Après relèvement de l'épiploon, il s'écoule deux à trois cents grammes de liquide citrin, un peu rougeâtre, mêlé de flocons fibrineux et nous apercevons la rate énorme, se présentant par sa face convexe qui d'externe est devenue antérieure. Nous l'attirons au dehors décollant de sa face profonde des anses d'intestin grêle rouges, tomenteuses, agglutinées par des exsudats fibrineux. Nous arrivons ainsi sur le pédicule du volume du cordon ombilical, deux fois tordu sur lui-même dans le sens des aiguilles d'une montre. Nous le détordons, puis le lions avec un double fil de soie entrecroisé faisant par-dessus le tout un nœud de sûreté. Les vaisseaux sont thrombosés. L'épiploon altéré est de même réséqué.

Réunion sans lavage, ni drainage.

La rate enlevée pèse deux mille cent quatre-vingt-dix grammes. Examinée microscopiquement par notre ami M. Pilliet, elle présente, en même temps que des lésions récentes de thrombose, des altérations scléreuses anciennes avec endartérite et disparition complète des corpuscules de Malpighi.

Le liquide et les exsudats péritonéaux examinés bactériologiquement par notre ami, M. Morax, ne contiennent aucun micro-organisme.

Actuellement, deux ans et demi après la splénectomie, cette malade jouit d'une santé parfaite et le sang, examiné par notre collègue Vaquez, a une composition normale.

L'observation de cette malade nous a paru intéressante. Elle constitue un exemple typique d'une des formes et d'un des accidents des plus fréquents de la rate mobile. Augmentée par le fait du paludisme antérieur, cette rate n'a d'abord déterminé qu'un endolorissement de l'hypochondre. Insuffisants à porter un organe trop lourd, ses moyens de fixité ont laissé la rate tomber peu à peu. Son pédicule s'est allongé puis s'est tordu. Kurns, Albert, Bland Sutton, Heurtaux, Prochownick, Lawrason, Glascow, Klein, Edward Maluis, Conklin, Runge ont publié des faits identiques.

Les accidents péritonitiques qui accompagnent ces torsions du pédicule d'une rate mobile, sont absolument comparables à ceux qui suivent la torsion du pédicule d'un kyste de l'ovaire. Comme eux ils cessent après l'ablation de la tumeur. Si nous exceptons le cas d'Heurtaux, nous voyons que tous les autres opérateurs, Albert, Bland Sutton, Prochownick, Lawrason, Glascow, Maluis, Conklin, Runge, ont, comme nous-même, vu la péritonite cesser immédiatement après la laparotomie et cela sans lavage ni drainage de la séreuse. Le fait s'explique parce qu'on se trouve là en présence de péritonites aseptiques comme l'ont montré les recherches bactériologiques de M. Morax dans le cas que nous avons observé.

Dans le deuxième cas, la femme âgée de quarante ans souffrait de troubles digestifs depuis deux ans lorsqu'elle est venue nous consulter. Vers la même époque elle avait remarqué entre l'hypochondre et la fosse iliaque gauche une tumeur gauche qui la gênait lorsqu'elle mettait un corset.

Ces divers troubles persistaient sans autre modification qu'un accroissement progressif de la tumeur lorsqu'elle fut prise de ballonnement du ventre, de vomissements répétés et fut obligée de s'aliter. Ces accidents cessèrent au bout de quelques jours et elle retomba dans l'état antérieur, souffrant de sa tumeur, de troubles digestifs et d'une céphalée frontale assez intense pour empêcher le sommeil.

Le 2 avril 1894, lorsque nous la voyons, nous trouvons une tumeur qui émerge du bassin à gauche sentie par le toucher vaginal à gauche de l'utérus et remontant jusqu'à trois doigs du rebord costal. Cette tumeur est mobile; on peut la faire pivoter sur son axe, la porter de droite à gauche. Par sa forme elle rappelle la rate.

Pour confirmer nos présomptions, nous plaçons la malade dans la position de Trendelenburg, la tumeur émerge du bassin et se porte vers l'hypochondre gauche. Aucun doute n'est alors permis. C'est une rate augmentée de volume avec tous ses caractères les plus typiques.

La paroi abdominale est flasque, amincie; il existe une légère éventration sus et sous ombilicale, le rein droit est abaissé.

Le 8 avril 1894, par une incision médiane, nous enlevons la rate avec la plus grande facilité. Il n'y a aucune adhérence.

Le pédicule lamelliforme est lié dans une chaîne de trois fils, le plus inférieur de ces fils étant ensuite passé par dessus le tout pour faire une ligature en masse.

La rate enlevée pèse six cent dix grammes. Examinée microscopiquement par notre ami Pilliet, elle présente, à part les lésions de thromboses, des altérations identiques à celles de notre première observation. Il y a endartérite, sclérose de l'organe et disparition des corpuscules de Malpighi.

Aujourd'hui, après dix-huit mois écoulés, la malade va bien. Le dernier examen du sang fait par notre collègue Vaquez dénote de la leucocytose, mais il existait au moment de l'examen une amygdalite qui jouait peut-être un rôle dans la production des globules blancs.

Ici, pas de paludisme, ce n'est pas l'augmentation du poids de l'organe qui a déterminé sa mobilisation, c'est l'insuffisance de ses moyens de soutien. La malade a une éventration sus et sous ombilicale, une ptose rénale droite. Elle constate l'existence de la tumeur constituée

par la rate mobile et voit en deux ans celle-ci se développer progressivement.

Nous ferons remarquer, à propos de cette observation, les avantages que donne l'emploi méthodique du plan incliné pour le diagnostic de certaines tumeurs abdominales. C'est un point que nous avons déjà mentionné en 1891, dans la *Gazette hebdomadaire* à propos de l'hydronéphrose d'un rein mobile tombé dans le bassin. Les tumeurs nées de la partie supérieure de l'abdomen et descendues vers l'excavation retournent à leur lieu d'origine lorsqu'on élève le bassin. Il y a là une notion utile à connaître et qui ne me paraît pas encore de pratique bien courante bien qu'elle ait été reprise en 1893 par M. Chiron dans sa thèse inspirée par notre ami, M. Marcel Baudouin.

Enfin, dernier point que nous noterons dans cette observation : bien qu'il n'y eut pas de paludisme antérieur, la rate était, comme dans le premier cas, sclérosée, les corpuscules de Malpighi étouffés avaient disparu, l'organe, en somme, malgré son hypertrophie apparente, n'existait plus physiologiquement.

Je passerai rapidement sur les deux dernières observations qui sont moins intéressantes. La première rappelle un fait, déjà ancien, de Piorry, de rate mobile qui augmentait de volume et devenait douloureuse dès qu'elle descendait dans l'abdomen.

La malade, âgée de trente-huit ans, avait eu, une quinzaine d'années auparavant et pendant deux années consécutives, des accidents de fièvre intermittente. Elle était toutefois revenue à un état de santé parfaite lorsqu'il y a huit ans, à la suite d'une course qu'elle fit chargée d'un lourd panier de vin, elle ressentit un point douloureux dans l'hypochondre gauche et constata la présence d'une tumeur dans ce côté du ventre. Depuis cette époque elle souffre dans la partie gauche de l'abdomen; par moments les douleurs sont telles qu'elle doit rester au lit pendant une ou deux heures, quelquefois même pendant une journée. Tout se calme par le repos horizontal.

Ces crises douloureuses qui ne revenaient primitivement qu'à intervalles de plusieurs mois, se sont rapprochées, sont plus intenses et s'accompagnent de vomissements. La tumeur est plus grosse à la suite de ces crises. Aussi a-t-elle été consulter dans un hôpital où le chirurgien a proposé une néphropexie, pensant probablement à des crises d'hydronéphrose intermittente dans un rein mobile.

Nous la voyons au sortir d'une de ces crises le 15 novembre 1894. La tumeur, de forme générale arrondie, assez difficile à bien délimiter par suite de l'épaisseur du pannicule adipeux sous-cutané, occupe le flanc gauche, descendant jusque dans la fosse iliaque. Par de petites secousses, imprimées d'arrière en avant, on lui communique facilement des mouvements de ballottement. Ce ballottement s'obtient par la succussion de l'espace costo-iliaque. Le doigt appliqué plus en dedans, dans l'angle costo-vertébral, au niveau du rein, ne détermine aucun ballottement de la tumeur. Celle-ci est, en grande partie, réductible dans l'hypochondre. Nous conseillons le port d'un bandage avec pelote.

Quinze jours plus tard, le 1er décembre 1894, nous réexaminons la malade. La tumeur, tout en donnant encore à la succussion de l'espace costo-iliaque une sensation de ballottement, est en grande partie dans l'hypochondre gauche. Sa matité se continue manifestement avec la matité normale de la rate. L'hésitation n'est plus possible, il s'agit bien d'une rate.

Faisant faire à la malade une forte expiration, pendant que nous maintenons la main à plat sur la paroi abdominale au-dessous du rebord costal, nous sentons filer au-dessous une masse arrondie qui se dégage complètement de l'hypochondre et va se placer dans la partie gauche de la région ombilicale. Il est alors facile, en déprimant la paroi avec le bord de la main, immédiatement au-dessous du rebord costal, d'accrocher la tumeur et de la maintenir dans la nouvelle position qu'elle occupe. Si, à ce moment, on percute la région costale correspondant antérieurement à la matité splénique, on voit que celle-ci a disparu et que, par contre, il existe au niveau et à gauche de l'ombilic de la matité dans la zone correspondant à la tumeur. Lorsque nous relevons le bord de la main, elle refile dans l'hypochondre prendre la place qu'elle occupait primitivement.

Grâce au port d'une ceinture appropriée, cette malade n'a pas eu une seule crise depuis l'an dernier et actuellement onze mois après le moment où nous avons commencé à l'observer elle jouit d'une santé parfaite.

Dans notre dernière observation il s'agit d'une femme de cinquante-six ans qui se plaint depuis trois à quatre ans de troubles digestifs (ballonnement du ventre, flatulence après les repas) et qui depuis deux ans croit sentir une tumeur mobile dans l'abdomen.

L'estomac est un peu abaissé et dilaté; le rein droit est abaissé, la rate non augmentée de volume prolabée et facilement réductible. En même temps nous constatons une scoliose dorso-lombaire à convexité gauche qui se serait développée dans ces dernières années et qui, très marquée, a déterminé un abaissement considérable de la taille. Peut-être les déformations occasionnées par le développement de cette scoliose sénile ne sont-elles pas étrangères au déplacement de la rate. Nous faisons porter à notre malade une sangle de Glénard. Le cas est malheureusement soumis depuis trop peu de temps à notre observation pour que nous puissions dire quel sera le résultat définitif.

Telle est, Messieurs, l'histoire des quatre malades que nous avons eu l'occasion d'observer. La rapprochant des observations déjà publiées, nous allons chercher à en tirer les indications du traitement suivant les cas.

La *splénectomie* dans la rate mobile nous semble indiquée toutes les fois qu'il survient des accidents aigus, graves, tels que ceux qui résultent de la torsion du pédicule. Elle l'est encore toutes les fois qu'il existe une augmentation de volume considérable de la rate ou une fixation secondaire en un lieu anormal de l'organe primitivement mobile. On peut y recourir d'autant plus volontiers que dans la rate mobile, la splénectomie donne des résultats bien meilleurs que dans tout autre état pathologique. Tandis que dans la leucémie splénique la mortalité est de 100 0/0, que dans l'hypertrophie paludéenne elle est de plus de 58 0/0, dans la rate mobile elle n'est que de 6.6 0/0, d'après notre statistique qui porte sur quarante-cinq cas. Le fait s'explique par les conditions spéciales où se fait l'ablation de la rate ectopiée. Par suite même de son déplacement, elle ne peut contracter d'adhérences avec la voûte du diaphragme. Or, ce sont ces adhérences qui constituent un des dangers de la splénectomie dans les autres cas. Alors même qu'elle s'est fixée secondairement, la rate mobile reste plns abordable que lorsqu'elle occupe la concavité diaphragmatique. Aussi voit-on les malades guérir même quand il ne s'agit pas d'une rate mobile simple, mais d'une rate paludique mobilisée ou même d'une rate sarcomateuse, comme dans le cas de Wagner.

Les *suites opératoires immédiates* de la splénectomie pour rate mobile sont donc bonnes ; les suites éloignées le sont également. Nos deux malades, opérées l'une depuis deux ans et sept mois, l'autre depuis dix-huit mois, sont en bonne santé, faits en accord avec ceux déjà publiés par d'autres opérateurs. Les examens his-

tologiques des rates que nous avons enlevées, en montrant la disparition des corpuscules de Malpighi, explique l'absence de tout accident consécutif. L'organe supprimé n'existait déjà plus physiologiquement malgré son hypertrophie apparente.

Lorsqu'il n'y a pas d'accidents graves, lorsque la rate mobile est petite, ou lorsque, volumineuse, elle diminue rapidement de volume, une fois remise en place, comme le fait arrivait dans notre troisième observation, on peut se contenter du port d'un *bandage*. Une ceinture avec pelotte est indiquée lors de ptose splénique isolée, la sangle de Glénard lors de ptoses multiples.

La *splénopexie* que nous n'avons pas eu l'occasion de pratiquer nous paraît devoir être réservée aux cas de rates peu ou pas augmentées de volume, mobiles, et non contenues par un bandage. En pareil cas on ne peut songer aux procédés de fixation ordinairement employés, la rate turgide étant un organe trop vasculaire pour y passer des fils. Aussi a-t-on imaginé, pour fixer la rate, une série d'opérations spéciales.

Zykoff, à la suite d'expériences sur des chiens, préconise un procédé opératoire consistant à entourer la rate d'une sorte de filet à mailles très larges en catgut et à fixer le filet par des sutures à la paroi abdominale. A l'autopsie des chiens, sacrifiés de dix-huit à vingt-neuf jours après l'opération, il s'était déjà formé, autour des fils de catgut, des adhérences solides qui fixaient la rate.

Bardenheuer, chez un malade, rabattant en une sorte de volet toutes les parties molles du flanc, fait au péritoine une boutonnière par laquelle il sort la rate de l'abdomen. Rétrécissant ensuite cette boutonnière il la fixe extrapéritonéalement, l'encerclant d'une part avec un fil qu'il enroule autour de la dixième côte, lui constituant d'autre part un petit sac cellulo-aponévrotique avec une série de points de suture comprenant l'aponévrose, le tissu cellulaire et le tissu graisseux sous-péritonéal.

Rydygier loge la rate dans une pochette qu'il creuse par décollement du péritoine pariétal au niveau de la cage thoracique. Faisant une cœliotomie médiane, il fait sur le péritoine une incision dont la longueur répond à la largeur de la rate. On détache le péritoine avec le doigt de manière à dessiner un gousset à fond en bas destiné à recevoir la moitié inférieure de la rate. Pour éviter la dilatation ultérieure de la poche par le poids de la rate, on peut faire à sa partie inférieure quelques points séparés unissant le péritoine au muscle sous-jacent. Le bord libre du gousset est suturé par quelques points au bord adjacent du ligament gastro-sphénique. Chez la malade opérée par Rydygier, la fixation était encore parfaite neuf mois après l'opération.

C'est à ce dernier procédé que nous aurions recours si l'occasion se présentait à nous de pratiquer une splénopexie.

REVUE DES CONGRÈS

Xe CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Organes génito-urinaires de l'homme.

Un cas de tumeur énorme du testicule.

M. A. Heydenreich (Nancy). — Cette tumeur, observée chez un homme de soixante-six ans, descendait jusqu'aux genoux, présentant un diamètre vertical de trente-cinq centimètres et un diamètre transversal de vingt-cinq centimètres. Elle était largement ulcérée à la partie inférieure. Fluctuante en avant et à gauche, elle avait une consistance dure à droite et en arrière. La verge n'était pas visible: l'urine s'écoulait au niveau d'une dépression cutanée correspondant au fourreau de la verge retourné comme un doigt de gant. Il existait des ganglions indurés dans les deux plis de l'aine.

La tumeur occupait le testicule gauche. Le malade l'avait vue débuter dix ans auparavant; mais elle avait grossi surtout depuis seize mois, sans, du reste, occasionner aucune douleur. Il s'agissait évidemment d'un néoplasme malin du testicule avec épanchement considérable dans la cavité vaginale.

La castration fut pratiquée, après évacuation du liquide contenu dans la cavité vaginale. La quantité de ce liquide dépassait dix litres; la partie solide du néoplasme pesait deux kilogrammes neuf cents grammes. Le poids total de la tumeur, y compris le liquide, étant de quatorze kilogrammes. La tumeur, de couleur blanchâtre et rosée, parsemée de kystes du volume d'une noisette, était un sarcome à petites cellules.

Cette tumeur est la plus considérable qui ait été observée jusqu'à présent sur le testicule. Mais il faut remarquer que ses dimensions tenaient surtout à la présence du liquide. Or il est rare qu'un néoplasme s'accompagne d'un épanchement et surtout d'un épanchement abondant dans la cavité vaginale.

Calcul rénal volumineux. Néphrolithotomie. Guérison.

M. Lentz (Metz). — Un jeune homme de dix-huit ans souffrait depuis l'âge de huit ans de douleurs dans la région rénale gauche. Les symptômes était peu marqués, et le diagnostic fut fait par exclusion. L'incision lombaire avec section du rein fit trouver un calcul volumineux. Malgré des recherches attentives, il fut impossible de trouver un deuxième calcul. L'hématurie persista pendant dix-huit jours. Mais le malade quitta l'hôpital au bout de cinq semaines. Il eut une crise deux mois après l'opération; pendant laquelle il rendit un petit calcul à facette. Ce fait démontre la difficulté qu'éprouve le chirurgien dans la recherche de calculs multiples du rein. Il prouve, en outre, la possibilité de l'évolution de la lithiase rénale dans certains cas avec symptômes peu marqués.

Des néphrectomies partielles dans les tumeurs bénignes du rein.

M. Tuffier. — J'ai fait avec succès cinq néphrectomies partielles. Trois de ces faits ont été publiés dans la thèse de M. Gervais de Rouville. Les deux autres sont les suivants :

Dans le premier fait, il s'agit d'une femme de trente-quatre ans, qui souffrait depuis longtemps de coliques néphrétiques frustes. Ayant constaté que son rein droit était mobile, je lui fis porter un appareil pendant quelques mois, puis, voyant qu'il n'y avait aucune amélioration et que les accès devenaient de plus en plus fréquents, je me décidai à l'opérer. J'abordai facilement le rein, et, en l'explorant, je sentis sur sa face antérieure, au voisinage du hile, un corps arrondi, dur, ressemblant à un calcul du bassinet recouvert de parties molles. Je fis l'extirpation complète du néoplasme qui siégeait à ce niveau. Les suites opératoires furent nulles, et, depuis mon intervention, ma malade n'a présenté aucun accident douloureux.

Ma deuxième observation se rapporte à une femme de quarante-quatre ans, qui était également traitée depuis longtemps pour des coliques néphrétiques. Dans le flanc droit on sentait une masse dont la partie inférieure me parut formée par le rein abaissé et augmenté de volume; je fis l'incision lombaire classique, et je trouvai, sur la face postéro-inférieure du rein, une saillie qui bombait légèrement. Je réséquai toute cette partie, qui était constituée par un adénome végétant, et je comblai la perte de substance par une série de points de suture au catgut. Ma malade a très bien guéri; je l'ai revue tout récemment et sa santé est actuellement parfaite.

Hématuries rénales graves sans substratum anatomique (hémophilie rénale).

MM. Picqué et **Reblaud** (Paris). — Nous avons observé deux cas d'hémophilie rénale guérie par l'intervention chirurgicale, malgré l'absence de substratum anatomique; comme on le sait, cette affection est extrêmement rare.

Dans la première observation, il s'agit d'une femme de soixante-dix ans qui, en décembre 1894, fut prise à son réveil et sans cause apparente d'une hématurie; celle-ci se reproduisit plusieurs fois, déterminant même par la suite quelques accidents de coliques néphrétiques, et entraînant un état assez sérieux d'anémie.

L'examen révéla l'augmentation de volume du rein gauche et sa mobilité; de plus, en pratiquant la cystoscopie, nous crûmes apercevoir une tumeur vésicale.

La cystotomie sus-pubienne ne décela que l'existence de quelques caillots; quinze jours après nous incisâmes le rein et cette néphrotomie exploratrice nous montra un kyste sérieux au niveau de l'extrémité inférieure de l'organe. La malade guérit et se porte actuellement très bien.

La deuxième observation nous a été communiquée par M. Guyon : il s'agit également d'une femme de trente-huit ans qui, en 1892, fut prise d'hématuries subites graves et sans cause appréciable. A l'examen, le rein est gros et sensible; la cystoscopie montre que l'hématurie vient du rein droit. Une incision exploratice met le rein à nu; son extrémité supérieure est adhérente, mais l'organe paraît sain. L'opération se borna à cette exploration, qui suffit pourtant à guérir totalement la malade, car elle n'a plus eu d'hématuries et ellejouit aujourd'hui d'une parfaite santé.

M. Albarran. — Je crois devoir faire quelques réserves au sujet de la deuxième observation de MM. Picqué et Reblaud, dans laquelle l'incision du parenchyme rénal n'a pas été faite. Dans les cas de ce genre, il faut compter, en effet, avec les faits de tuberculose hémophilique du rein, dont j'ai observé tout récemment un exemple frappant. Conduit à intervenir pour des hématuries d'origine rénale, je mis à découvert le rein, qui me parut d'abord absolument sain. Cependant, je l'incisai et sur la coupe je trouvai un point jaunâtre qui me parut être de nature tuberculeuse; je n'hésitai pas alors à pratiquer la néphrectomie, et je pus constater ensuite que le rein était criblé d'une série de petits tubercules miliaires. Le malade a guéri.

M. Routier. — J'ai observé un fait tout à fait analogue, en opérant une femme qui m'était arrivée absolument exsangue et à laquelle j'enlevai un rein, qui m'avait paru présenter une grosseur appréciable: le rein enlevé, je ne trouvai rien à l'examen macroscopique, mais l'examen histologique pratiqué par M. Pilliet a démontré l'existence de lésions tuberculeuses.

Contusion de l'uretère.

M. E. Vigneron (Marseille). — Il s'agit d'un portefaix de vingt-huit ans, ne présentant aucun antécédent autre qu'une blennorrhagie courte, depuis longtemps guérie. Le 16 mars 1895, il tombe, chargé d'un sac de cinquante kilogrammes, sur une caisse et ressent aussitôt une douleur très aiguë dans la fosse iliaque droite. Trois heures après l'accident, miction facile, mais très sanglante avec de petits caillots. L'hématurie dure deux jours. Un examen pratiqué le 20 me fournit les signes suivants : urines limpides, pas d'état général, pas de météorisme, ecchymose allongée dans le sens de l'uretère au niveau du détroit supérieur, empâtement de la région uretérale à ce niveau avec douleur vive et irradiée à la pression. Le 23, nouvelle hématurie plus légère et plus courte à la suite d'une promenade.

Le 24, urines limpides, douleurs très modérées. Plus d'accidents jusqu'au 27 juin; à cette date, induration limitée sur le trajet de l'uretère. L'absence de tout antécédent urinaire, le début des accidents, les signes cliniques font penser qu'il s'agit d'une contusion de l'uretère.

Cette catégorie de traumatismes légers de l'uretère n'est pas connue; il faut, semble-t-il, admettre cependant la contusion uretérale à côté des ruptures dont la science possède des exemples. La lésion doit consister en une simple érosion de la muqueuse. Mais en l'espèce elle se complique d'épanchement périuretéral.

Cette observation montre aussi que les lésions traumatiques peuvent agir sur l'uretère plus bas qu'on ne l'indique dans les ruptures; ici c'est manifestement au niveau du détroit supérieur.

Le choc direct et la compression ont manifestement été la cause de l'érosion de la muqueuse; l'uretère, peu mobile et ne pouvant fuir comme les anses intestinales, s'est trouvé pris entre la ceinture osseuse et l'obstacle.

La douleur localisée, l'hématurie sont les seuls symptômes pouvant permettre d'établir le diagnostic. Les traces externes mettent sur la voie de ce diagnostic; quant à l'empâtement il est dû aux lésions périuretérales.

Cette lésion, au point de vue immédiat, semble bénigne. Pour l'avenir, on doit craindre néanmoins des accidents de rétention rénale par rétrécissement uretéral, et surtout par rétraction des lésions périuretérales qui peuvent coexister.

Tumeurs de la vessie.

M. Pousson (Bordeaux). — L'extirpation des néoplasmes de la vessie donne une survie dont la moyenne, d'après mes relevés, est de neuf mois chez l'homme et de vingt-six mois chez la femme. Il ne semble pas que la cystectomie partielle ou totale ait donné de meilleurs résultats que l'extirpation simple du néoplasme, au point de vue de la survie.

Sur seize malades que j'ai observés, huit ont été opérés, dont six par moi-même. Chez douze d'entre eux, le temps qui s'est écoulé entre le début des premiers accidents et le jour où le malade est venu me consulter a varié entre six mois et six ans; chez quatre, ce laps de temps a été de treize, dix-huit, vingt-six et trente ans. Tandis que la *moyenne* de la survie des malades non opérés, du jour où ils se sont soumis à notre observation jusqu'au jour où ils ont succombé, est de huit semaines, la moyenne de la survie des malades opérés est de un an, cinq mois et deux semaines. La plus longue survie de mes malades a été de deux à quatre ans. Deux opérés, l'un depuis quatre mois, l'autre depuis sept mois, sont encore vivants.

Chez aucun de mes malades, je n'ai pratiqué la résection de la vessie, mais je me suis efforcé de faire l'extirpation du néoplasme aussi profondément que possible. Le point et le mode d'implantation de la néoplasie auraient rendu, dans la plupart de mes cas, la résection partielle impraticable.

Au point de vue de leur nature histologique, les néoplasmes que j'ai enlevés étaient des papillomes dans trois cas, des épithéliomes lobulés dans les autres cas.

Sur quatre-vingts cas de lithotritie.

M. Albarran. — Ma statistique personnelle porte quatre-vingts opérations. Il s'agissait quarante-six fois de calculs phosphatiques, vingt-neuf fois de calculs uriques, quatre fois de calculs uro-phosphatiques et une fois d'un calcul oxalique; vingt étaient âgés de plus de soixante-dix ans et sept avaient atteint ou dépassé soixante-dix-huit ans. Le plus vieux était un malade de quatre-vingt-quatre ans atteint d'une insuffisance aortique et que j'opérai, sans anesthésie, d'un calcul urique de trente-six grammes. Le plus gros calcul que j'ai broyé était une pierre urique de quatre-vingt-sept grammes; elle avait soixante-cinq millimètres dans son plus grand diamètre. Soixante-quinze de ces lithotrities ont été faites chez l'homme; quatre fois seulement je suis intervenu chez la femme et une fois chez une fillette de dix ans; j'ai opéré cette enfant avec un plein succès dans la position renversée.

Dans les deux tiers des cas, j'ai eu affaire à des vessies infectées, souvent à des vessies très irrégulières avec de très grosses prostates et dans plusieurs cas il existait de la pyélonéphrite. Huit fois j'ai pratiqué l'opération sans anesthésie; parfois, parce qu'il s'agissait de petits calculs dans des vessies régulières et tolérantes, d'autres fois, parce qu'il existait des contre-indications à l'anesthésie. Tous mes malades ont guéri, sauf un qui est mort anurique à la suite de l'opération : il s'agit d'un homme de soixante et un ans, porteur d'un calcul urique moyen, chez qui l'opération avait marché très régulièrement et n'avait duré que vingt minutes. Je n'ai pu pratiquer l'autopsie. Une autre fois, j'ai vu, chez

un malade de M. Guyon, une anurie qui dura deux jours et qui guérit.

Ces chiffres confirment ce fait que la lithotritie est une opération bénigne et, je puis l'ajouter, facile à pratiquer dans la plupart des cas. On peut admettre que, dans les cas difficiles, un chirurgien non habitué à l'opération préfère la taille hypogastrique; même pour ceux qui pratiquent fréquemment la lithotritie, il existe des contre-indications à l'opération, mais je ne veux pas les discuter aujourd'hui. Pour mon compte, en dehors des opérations pratiquées sur des enfants, j'ai dû faire quatre fois la taille des calculs vésicaux. Dans les cas ordinaires, lorsque la vessie est régulière, facile à distendre et la prostate de moyen volume, la lithotritie est une opération simple, à la portée de tous ceux qui voudront opérer attentivement.

On fait à la lithotritie le reproche de pouvoir laisser des fragments : si on a quelques doutes, on peut ne pas se contenter de la vérification ordinaire qui se fait quelques jours après l'opération avec le lithotriteur et pratiquer un examen cystoscopique. C'est en me servant du cystoscope que j'ai souvent démontré aux élèves et à des collègues étrangers, qu'il ne reste pas dans la vessie des fragments de calcul lorsque le broiement et l'évacuation des fragments ont été bien faits.

M. Pousson. — D'une façon générale, la lithotritie ne reconnaissant pour lui guère d'autre limite que le volume et la dureté du calcul, n'a eu recours à la taille, que lorsque ces caractères physiques se sont opposés au broiement. Sur quarante-cinq calculeux, il n'a été obligé de pratiquer l'ouverture de la vessie que six fois, chez les trente-neuf autres, il a toujours fait la lithotritie.

L'extraction complète de la pierre ayant nécessité chez quelques-unes des lithotrities plusieurs séances, et les récidives à longue échéance l'ayant contraint à en opérer quelques autres plusieurs fois, il arrive à un total de cinquante-neuf lithotrities.

Deux de ses malades, préalablement opérés de la lithotritie, ayant dû subir la taille, l'un pour un calcul enchatonné, l'autre pour cinq calculs enclavés derrière la prostate, le nombre de ses tailles se trouve ainsi porté à huit.

Ses cinquante-neuf lithotrities ont donné deux morts, soit une mortalité de 3,39 0/0; ses huit tailles ont également donné deux décès, soit une mortalité de 25 0/0.

Les deux malades lithotritiés ont succombé, l'un à une néphrite infectieuse après rappel de colique néphritique au dix-septième jour après l'opération, l'autre à un accident que l'on trouve rarement noté dans les observations publiées, à savoir la rupture de la vessie au cours de l'aspiration. Les deux taillés ont été emportés par des accidents uroseptiques au troisième jour de l'opération.

M. Pousson a pu opérer par cette méthode, avec succès, dix vieillards de plus de soixante-dix ans, parmi lesquels deux avaient quatre-vingt-trois et quatre-vingt-quatre ans, et qu'il a pu broyer, sans le moindre accident, des calculs dont les débris secs pèsent soixante-dix et quatre-vingts grammes et représentent des concrétions de six millimètres et demi sur quatre millimètres et demi.

Taille hypogastrique.

M. Thomas Jonnesco (Bucharest). — J'ai eu l'occasion de pratiquer six fois la taille hypogastrique : cinq fois pour calculs, une fois pour hématurie rebelle sans cause appréciable (hémophilie rénale).

Ces six opérations m'ont prouvé les faits suivants :

1° La taille hypogastrique est une opération facile; jamais je n'ai rencontré le péritoine; le ballon de Petersen est absolument inutile.

2° La suture de la vessie est toujours indiquée, si ce n'est quand celle-ci est profondément altérée et l'urine purulente. Alors même que la réunion totale de la plaie vésicale n'est pas obtenue, on se trouve en face d'un petit orifice vésical, au lieu de la large plaie nécessaire pour extraire le calcul ou pour explorer la cavité vésicale.

3° Les fistules vésicales se forment avec une grande rapidité.

4° Les épanchements d'urine dans la cavité de Retzius n'ont aucune gravité, et cèdent à un simple lavage et drainage de Mickulicz de la cavité.

5° La taille hypogastrique est préférable à la taille périnéale, même chez les enfants en bas âge.

6° La taille longitudinale est de beaucoup préférable. La taille transversale de Trendelenbourg est mauvaise, à cause de la difficulté d'une parfaite réunion de la plaie abdominale.

7° La taille hypogastrique est indiquée dans les hématuries rebelles sans cause appréciable (hémophilie rénale), qui cèdent immédiatement après l'intervention.

Du cathétérisme rétrograde chez les prostatiques.

M. Routier. — En venant vous parler du cathétérisme rétrograde chez les prostatiques, je ne viens ni parler d'une méthode nouvelle ni préconiser un moyen à employer fréquemment : je m'en suis servi deux fois depuis près de trois ans que je suis à la tête d'un service de maladies des voies urinaires, c'est tout dire.

Ce que je veux surtout faire ressortir, c'est la facilité du procédé et ses bons résultats.

Dans ces deux cas, il s'agissait de prostatiques avérés chez lesquels on avait, par divers essais de cathétérisme, tellement labouré le canal que toute tentative de ma part avait échoué, j'entrais toujours dans la fausse route produite.

Chez l'un de ces malade, on avait même six jours durant fait la ponction aspiratrice de la vessie, mais l'état général se gâtait, il avait de la fièvre, des frissons, il fallait faire autre chose.

Frappé des bons effets obtenus par la cystostomie sur les congestions prostatiques, je pensai que l'ouverture de la vessie exercerait ici comme toujours sa bonne influence, et j'espérai en même temps pouvoir remettre le canal en état par la mise à demeure d'une sonde.

Chez mes deux malades, j'ai pratiqué d'abord la cystotomie sus-pubienne rendue très facile par la réplétion pathologique de leur vessie, j'ai pu faire une très petite incision à la vessie et par là, avec l'index pour guide, conduire facilement de la vessie vers le méat une bougie n° 20 par laquelle je ramenai dans la vessie de mes deux malades une sonde à bout coupé du même calibre, n° 20.

J'attire votre attention sur une petite modification dans la technique pour passer les fils suspenseurs si utiles pour toutes les manœuvres ultérieures. Soit avec l'aiguille courte de Reverdin, soit avec une aiguille de Hagedorn, avant d'inciser la vessie, je passe deux anses de fils parallèles à la future incision de la vessie et distante de celle-ci, c'est-à-dire de la ligne médiane, de un centimètre environ.

Ces deux fils passés et noués chacun, j'incise entre eux deux ; de cette façon, la vessie est du même coup ouverte et suspendue.

Dans ces cas, une ouverture de deux centimètres à la vessie suffit, l'index fait l'exploration vésicale, reconnaît la prostate, ses saillies, les calculs quand il y en a, et enfin le col vésical toujours largement béant.

Rien n'est plus facile que de faire glisser sur le doigt une bougie qui s'engage dans le col vésical et vient par une douce pression parcourir le canal et sortir au méat.

Sur l'extrémité de cette bougie, un aide fixe avec un nœud de soie une sonde à bout coupé dans laquelle pénètre l'olive de la bougie, et on retire le tout jusqu'à ce que la sonde soit dans la vessie.

Comme il arrive souvent chez les vieux prostatiques que la sonde à demeure la mieux fixée soit expulsée, je passe dans les yeux de la sonde une anse de soie qui sort ensuite par la plaie hypogastrique et nous assure un conducteur en cas d'accident.

Puis, je fais un pansement à plat, sans fixer aucunement les parois de la vessie, en un mot, je fais une cystotomie, non une cystostomie.

Ces deux malades sont sortis guéris, leurs plaies hypogastriques étaient fermées chez l'un le douzième jour, chez l'autre le dix-septième.

L'un d'eux doit continuer à se sonder, ce qu'il fait facilement matin et soir.

L'autre avait une prostate si grosse, si rougeâtre, que j'ai cru devoir lui pratiquer la ligature des canaux déférents ; le résultat a été parfait, il urine sans sonde et vide sa vessie.

J'ai eu, du reste, à plusieurs reprises (cinq fois) l'occasion de

lier les canaux déférents pour remédier à la congestion prostatique, et je n'ai eu qu'à me louer de ce procédé très supérieur à la castration.

Castration dans l'hypertrophie de la prostate.

M. Albarran (Paris). — Seul l'examen histologique permet d'affirmer l'atrophie de la prostate à la suite de castration. Nous avons constaté que cette atrophie débute rapidement et est déjà très marquée un mois et demi à deux mois après la castration du chien.

Les expériences sur les animaux montrent bien que la castration double détermine l'atrophie de la prostate normale, mais elles ne nous renseignent pas sur l'atrophie de la prostate hypertrophiée, dont la preuve anatomique n'est pas faite. Deux observations, tendant à démontrer cette atrophie après la castration, ont été publiées par White et Griffiths, mais ces observations ne sont pas suffisamment probantes, car elles se rapportent à des glandes observées seulement trente-six heures et dix-huit jours après la castration.

Au point de vue clinique, l'atrophie de la prostate hypertrophiée après la castration est, au contraire, démontrée par plusieurs observations dans lesquelles on a vu la diminution graduelle du volume de la glande arriver lentement à un tel degré que, par le toucher rectal, on ne sentait plus la prostate, autrefois volumineuse. C'est ainsi que, chez un de mes malades, trois mois après l'opération, j'ai constaté qu'on ne sentait plus la prostate par le toucher rectal. Dans la plupart des cas, l'atrophie est plus lente et on observe une simple diminution de volume. Chez un autre de mes opérés la diminution de volume n'était pas sensible un mois après la castration, mais elle était fort nette trois mois plus tard.

A côté de la diminution de volume due à l'atrophie, il faut faire une grande place à celle qui est liée à la décongestion de la glande, comme le faisait observer M. Guyon dans une précédente séance, à propos de la section bilatérale des canaux déférents (Voir *Semaine Médicale*, 1895, p. 445).

Dans l'hypertrophie de la prostate, la castration agit sur la contractilité vésicale en diminuant le volume de la glande; mais elle agit peut-être aussi sur la vessie, d'un côté en décongestionnant l'organe, et d'un autre côté par dynamogénie de l'organe inhibé, comme tendent à le montrer certaines observations. Un de mes opérés ne pouvait uriner sans sonde depuis six mois; quatre heures après l'opération, il put uriner spontanément trente grammes d'urine.

La castration agit d'ailleurs sur la contractilité vésicale d'une manière différente suivant les cas.

Chez les prostatiques avec dysurie sans rétention d'urine, la castration a pour résultat presque constant de diminuer le nombre des mictions, mais il n'est pas possible de faire la part qui revient à la disparition des phénomènes congestifs simples et la part due à l'amélioration de la cystite.

Dans les cas d'hypertrophie de la prostate avec rétention aiguë, la castration paraît agir surtout en décongestionnant la prostate et la vessie, mais, là encore, il est difficile de se rendre un compte exact de la part qui revient à l'acte opératoire dans l'amélioration obtenue, parce qu'on ne peut dire ce qui appartient au cathétérisme.

Pour les prostatiques avec rétention chronique incomplète, l'importance des phénomènes congestifs est moindre, et on peut penser que les bénéfices obtenus doivent surtout être mis sur le compte de l'atrophie qui, en diminuant le volume de la prostate, rend plus aisé le travail du muscle vésical.

Enfin, chez les prostatiques avec rétention chronique complète, on observe parfois des améliorations extrêmement rapides et des guérisons complètes qui ne peuvent être comprises qu'en supposant une sclérose nulle ou peu marquée de la couche musculaire de la vessie.

M. Legueu. — J'ai pratiqué deux fois la castration pour remédier à des accidents de prostatisme.

Un malade de soixante-dix-huit ans était atteint de rétention complète depuis trois ans : déjà cystostomisé au début de ses accidents, il n'urinait qu'avec la sonde. La prostate était volumineuse, mais ferme et dure. Je lui fis sur sa demande la castration le 9 août dernier : deux mois après, il n'avait encore obtenu de l'opération aucun bénéfice appréciable. Il n'a jamais pu uriner sans sonde, et la prostate n'a pas changé de volume.

Tout autre a été le résultat obtenu chez mon second malade : c'était un individu de soixante ans, qui avait eu sa première attaque de rétention trois semaines avant d'entrer à l'hôpital. La prostate était énorme et fortement congestionnée : chaque cathétérisme déterminait du saignement, les hématuries se continuaient même dans l'intervalle des cathétérismes, et la sonde à demeure ne déterminait aucun soulagement. Je pensai que dans un cas de ce genre la castration devait prouver son efficacité sur l'élément congestif, et nous donner rapidement un résultat, que nous aurions pu obtenir avec d'autres moyens et un peu de patience. L'opération, acceptée par le malade, fut pratiquée le 28 août dernier : le soir, le malade urinait seul, et pendant les trois semaines qu'il resta à l'hôpital ce malade, jusqu'alors en état de rétention complète, ne fut plus une seule fois sondé. Les hématuries cessèrent définitivement le quatrième jour pour ne plus se produire. Le malade a été revu le 14 octobre : il ne s'est jamais sondé depuis l'opération, il lui reste encore, il est vrai, un résidu de trente grammes, mais sa prostate a déjà beaucoup diminué de volume.

Je pense que la castration agit surtout sur l'élément congestif : elle réussira surtout chez les malades, qui en sont comme ce dernier à leur première attaque de rétention, alors qu'elle restera le plus souvent impuissante dans les cas où la prostate est ferme et la rétention depuis longtemps établie. Cette action décongestive, nous avons d'autres moyens que la castration de l'obtenir : et il n'y aurait de raison de considérer la castration comme préférable en ces circonstances à tout autre moyen, que si l'avenir de ces malades nous les montrait mis à l'abri par l'opération des attaques de congestion et de rétention, que l'on voit se répéter si souvent chez ceux qui sont abandonnés à eux-mêmes.

M. Socin (Bâle). — J'ai fait plusieurs fois la castration pour hypertrophie de la prostate et j'ai eu les mêmes résultats que M Albarran. J'ai cru observer que les résultats sont moins prononcés pour les prostates très dures que pour celles dans lesquelles l'augmentation de volume porte surtout sur l'élément glandulaire.

Indications de la résection de la prostate chez les prostatiques.

M. Desnos (Paris). — Une sorte de défaveur plane en France sur la résection de la prostate comme traitement de l'hypertrophie de cette glande, défaveur non toujours justifiée. Sans doute, il ne faut pas oublier que le prostatisme est une maladie qui atteint tous les organes de l'appareil urinaire. Mais les lésions de sclérose qui les caractérisent sont inégalement réparties, et très souvent, derrière une grosse prostate, on rencontre une vessie très suffisamment contractile.

Il n'est pas douteux que les lésions vésicales et les troubles fonctionnels ne soient le résultat de la lutte que la vessie a eu à soutenir contre un obstacle prostatique. Tous les jours, en clinique, on voit, après l'usage régulier du cathétérisme, les fonctions vésicales devenir plus régulières, la rétention diminuer et les difficultés de miction s'amoindrir. Le fait est encore plus frappant lorsqu'il y a infection de la vessie, et que celle-ci est soumise à des évacuations antiseptiques. Il est donc rationnel de penser que la suppression de l'obstacle prostatique permettrait mieux encore la reprise des fonctions vésicales normales, et la résection de la prostate lui a paru justifiée dans certains cas assez rares et longuement étudiés.

S'appuyant sur ces données, M. Desnos a pratiqué, depuis sept ans, vingt-deux résections de la prostate. Les résultats ont été deux morts (une par infection, une mort subite), une aggravation (incontinence qui n'existait pas primitivement), quatre états stationnaires et quinze améliorations ou guérisons. Dans ces derniers cas, la rétention a cessé (six cas) ou a diminué dans une forte mesure, les douleurs ont disparu et les difficultés de miction se sont amoindries. Le fait le plus important à signaler est le maintien de la guérison. Deux malades entre autres, opérés il y a sept ans, et âgés aujourd'hui de soixante-six et soixante et onze ans, urinent sans sonde et n'ont plus eu de rétention. Mais il faut, pour obtenir ces beaux résultats, que les malades, non seulement aient une vessie contractile, mais soient encore relativement jeunes. Au-dessus de soixante-cinq ans, M. Desnos n'a obtenu que de médiocres résultats.

Traitement de l'exstrophie de la vessie et des anus contre nature complexes.

M. Mauclaire. — Parmi les différentes variétés de traitement qui ont été proposés pour la cure de l'exstrophie de la vessie, l'abouchement des uretères dans le rectum a été proposé par nombre d'auteurs. Mais ce qui fait hésiter à employer cette méthode, c'est l'affection ascendante des uretères et des reins. J'ai essayé de remédier à cet inconvénient par la greffe des uretères dans le rectum isolé aseptisé. Pour cela, j'ai, chez plusieurs chiens, sectionné le rectum à son union avec l'S iliaque, j'ai greffé les deux uretères dans le rectum, dont l'orifice de section supérieure était oblitéré par invagination séro-séreuse. Enfin, chez le chien, l'S iliaque n'étant pas flottant dans le petit bassin, je me suis contenté d'établir un anus inguinal. Mais chez l'enfant, ainsi que je l'ai constaté sur plusieurs cadavres, il est facile d'amener le côlon pelvien à travers le muscle releveur de l'anus, et d'établir un anus périnéal dans la fosse iliaque droite, avec moins de tension que dans la fosse iliaque gauche. Mais la disposition des côlons et des mésocôlons pelviens est variable chez les enfants. Ces essais de chirurgie expérimentale m'ont paru intéressants à rapporter ici, car il parait possible de les rendre pratiques et réalisables sur l'enfant vivant, sans craindre d'ajouter une infirmité nouvelle. Pour cela, la voie abdominale me paraît bien préférable à la voie sacrée. De plus, pour éviter les difficultés de la suture uretéro-rectale, la méthode de Murphy me paraît difficile à appliquer ici, mais je me propose, dans de nouvelle expériencess, de me servir de tubes creux, introduits à la fois dans l'uretère et dans le rectum. Ces cathéters uretéro-rectaux permettront de faire facilement la greffe oblique de l'uretère, et ils pourront facilement être enlevés les jours suivants par la néo-cavité vésicale, maintenue aseptique par des lavages.

Anus contre nature complexe traité par la dérivation momentanée des matières fécales à l'aide d'un anus contre nature temporaire sus-jacent. — Dans une autre série d'expériences, à propos d'essais de ligature de l'intestin par plicature, je me suis trouvé en présence d'un anus contre nature complexe, caractérisé par un large plastron abdominal et entouré de plusieurs petites fistules pyo-stercorales. Par l'intermédiaire de ces trajets cathétérisés avec une sonde qui indiquait le courant descendant des matières fécales, j'ai établi sur un point sus-jacent un anus contre nature ordinaire, et j'ai mis de la gaze iodoformée dans le bout inférieur de celui-ci. Quelques jours après, il fut facile de nettoyer les fistules pyo-stercorales, d'arriver sur les ouvertures de l'intestin et de les oblitérer sans être gêné par les matières fécales. Enfin, dans une troisième séance opératoire, l'anus temporaire sus-jacent a été fermé facilement. La méthode de dérivation du courant fécal, employée dans ces conditions pour certains anus contre nature complexes, n'a pas encore été proposée à ma connaissance.

Epispadias complet péno-pubien, incontinence d'urine, reconstitution du col vésical après symphyséotomie.

M. A. Boiffin (Nantes). — Il s'agit d'un jeune garçon de quinze ans atteint d'un épispadias complet ou péno-pubien, avec incontinence absolue de l'urine nécessitant le port constant d'un réservoir en caoutchouc.

On sait que la réfection du canal de l'urèthre ne suffit pas à faire disparaître l'incontinence d'urine qui constitue l'infirmité la plus grave de cet état.

Pour y remédier, je pratiquai d'abord la symphyséotomie, et l'écartement du pubis me permit de mettre à découvert la face antérieure de la vessie avec son col insuffisant réduit à la muqueuse en avant. Je fis une suture ramenant au contact les côtés du col, et déterminant un pli saillant dans l'intérieur du canal; puis je rapprochai le pubis par une suture placée sur leur face antérieure. Bien que la vessie ne fût pas grande, dès les premiers jours le malade garda deux heures ses urines et sentit le besoin d'uriner. Dans une seconde séance, je fis la restauration du canal, le gland fut reconstitué, mais il se produisit une fistule à la racine de la verge.

Uréthroplastie pour fistule pénienne.

M. Loumeau (Bordeaux). — Les fistules uréthro-péniennes avec perte de substance sont ordinairement très difficiles à guérir. Elles le sont plus encore lorsque la lésion intéresse le gland et qu'à son pourtour les téguments sont transformés en une mince cicatrice adhérente au canal. En présence d'une large fistule siégeant au niveau de la fosse naviculaire, consécutive à une folliculite blennorrhagique et aggravée tant par l'application réitérée de caustiques énergiques que par une tentative opératoire infructueuse, j'obtins un succès rapide et complet en combinant l'uréthrorraphie et l'uréthroplastie de la manière que je vais indiquer.

La perte de substance, à mon premier examen, mesure quinze millimètres de longueur sur six de largeur. De forme ovalaire, elle occupe la place du filet absent et empiète dans sa moitié antérieure sur la face inférieure du gland. Autour d'elle, le prépuce et le tissu spongieux ont disparu, à gauche surtout, où du tissu cicatriciel unit étroitement la pénis et la paroi uréthrale.

J'avive le dessous du gland et de la verge dans l'étendue d'un carré mesurant deux centimètres de côté et dont la fistule occupe le centre. Puis, prolongeant longitudinalement en arrière les incisions latérales qui limitent ce premier avivement, je trace et dissèque, à la manière de Delpech, un épais lambeau quadrilatère qui reste fixé par sa base à la racine de la verge. Par six sutures au fin catgut, ne traversant pas la muqueuse du canal, je réunis les faces externes de la fistule dont les bords respectés sont refoulés vers la cavité uréthrale. La fistule ainsi oblitérée, je fais glisser d'arrière en avant le lambeau pénien postérieur dont la surface cruentée va correspondre à la surface avivée qui entoure la fistule déjà suturée à fils perdus. Ce lambeau est assujetti au bout de la verge par trois lignes de sutures : une antérieure, transversale ; deux latérales, antéro-postérieures. Une incision médiane est alors pratiquée d'avant en arrière sur le tégument dorsal de la verge, à partir du gland, pour prévenir tout tiraillement du côté des sutures latérales. Pas de sonde à demeure.

Pendant deux jours, l'opéré est sondé toutes les quatre heures avec une sonde olivaire numéro seize et, pour prévenir les érections, je prescris l'application permanente d'une vessie d'eau glacée sur la verge enveloppée d'un pansement antiseptique, la diète, du bromure de camphre. A partir du troisième jour, les sondages, un peu irritants, sont supprimés et le malade urine seul, dans la position dite à quatre pattes, en dirigeant la pointe du gland en arrière. Le huitième jour, il urine en position naturelle; l'urine sort tout entière par le méat et les sutures sont réunies par première intention. Le quinzième jour, la plaie losangique consécutive à l'incision dorsale du prépuce était complètement cicatrisée. Deux mois après l'opération, une bougie numéro vingt traverse sans difficulté le canal. La verge, maintenant pourvue d'un filet large et très nourri, supporte sans la moindre gêne les fréquentes érections auxquelles le sujet, âgé de quarante-quatre ans et très vigoureux, est prédisposé par plus d'une année d'abstinence forcée.

Tube digestif (fin).

Traitement des hernies gangrenées par l'invagination partielle ou totale de l'intestin.

M. Guinard (Paris). — Quand, au cours d'une kélotomie, on se trouve en présence d'un intestin plus ou moins sphacélé, on en est réduit à pratiquer un anus artificiel, à moins qu'on ne se décide à faire une résection. Entre ces deux procédés extrêmes, j'en ai imaginé un troisième, qui a tous les avantages de l'entérectomie sans présenter les inconvénients de l'anus artificiel. Ce procédé consiste à invaginer dans le bout inférieur toute l'anse sphacélée, *sans l'ouvrir*; on fait alors sur les parois saines de l'intestin une double couronne de points de suture à la soie, qui fixent le cylindre invaginé dans l'intérieur de la cavité intestinale. Il faut avoir bien soin de faire un très large débridement de l'anneau pour que la réduction de l'anse ainsi traitée puisse s'effectuer sans effort et sans tiraillement. Au bout de trois ou quatre jours l'anse gangrenée est éliminée par les voies naturelles et on en retrouve les débris dans les selles.

Toutes les fois que cette invagination sera praticable, elle devra être choisie de préférence à l'anus artificiel et à la résection. Deux conditions s'opposeront à l'invagination totale : l'étendue de la lésion et l'état des parois intestinales.

Lorsque le sphacèle est limité à une plaque, on ne fait qu'une invagination partielle, en déprimant la plaque sphacélée du côté de la lumière de l'intestin et en l'enterrant, pour ainsi dire, sous une double rangée de sutures à la soie. C'est le procédé qu'on emploie couramment pour fermer les petites perforations intestinales, et M. Martinet (de Sainte-Foy-la-Grande) a montré qu'on pouvait l'appliquer au traitement de plaques de gangrène de dimensions considérables.

M. Villard (Lyon) croit que le mieux est de traiter les gangrènes herniaires par l'entérectomie et un bouton anastomotique. M. Villard a modifié quelque peu le bouton de Murphy. Il décrit par quel procédé il résèque l'intestin, met en place et suture son bouton. L'opération serait très rapide et, dans les quatre cas où M. Villard a employé son procédé, il a obtenu quatre guérisons.

Cette richesse de procédés va, espérons-le, rayer l'anus contre nature de la liste des complications des gangrènes herniaires.

Cure radicale de hernie.

M. Poullet (Lyon) revient sur un fait qu'il a contribué à établir, à savoir qu'un tendon vivant, dont l'une des extrémités a été détachée, peut être transplanté dans une autre région du même sujet sans que sa vitalité et sa résistance soient amoindries.

Grâce à ce fait biologique, M. Poullet a pu faire la cure radicale de quatre-vingt-trois hernies en insérant et en entrelaçant entre les piliers inguinaux une portion du tendon du moyen adducteur.

Il a utilisé trois fois, pour fixer le rein mobile, un tendon désinséré du long dorsal. Sa technique a été longuement décrite à la Société des sciences médicales de Lyon, ainsi que dans un mémoire présenté en commun avec le professeur Vuilliet (Genève) devant le Congrès de Lausanne.

Phénomènes anormaux à la suite de l'ouverture large de kystes intra-hépatiques non suppurés.

M. Walter n'insiste pas sur quelques épanchements pleurétiques, en général fugaces et peu abondants, qui peuvent suivre l'intervention même la plus aseptiquement conduite ; mais Walther insiste surtout sur des accidents fébriles, survenant presque aussitôt après l'opération, s'accompagnant de pesanteur dans l'hypochondre et d'un état gastrique fort accentué.

Si l'on n'était prévenu, on croirait à des accidents d'infection de la plaie alors qu'il n'en est rien. M. Walter les attribue à une congestion du foie, décomprimé subitement par l'évacuation du kyste, et à une auto-infection d'origine intestinale.

Cou.

Laryngotomie.

M. Perier a présenté à l'Académie trois malades opérés de laryngotomie pour tumeur du larynx. Chez l'un, la trachéotomie avait été faite, mais chez les deux autres l'opération put être exécutée sans ouverture de la trachée.

Quand on opère d'urgence, il est certain que l'opérateur agit comme il peut, incisant là où c'est possible sans choisir ; mais, dans la plupart des cas, il opère à loisir, avec le secours de l'anesthésie, et alors il a le devoir de choisir le procédé le plus favorable.

M. Périer conseille la technique suivante : par une incision transversale faite parallèlement au-dessous et dans toute l'étendue de l'os hyoïde, il met à nu la membrane thyro-hyoïdienne, puis, sur la ligne médiane et verticalement, il pratique une deuxième incision perpendiculaire à la première et descendant jusqu'aux premiers anneaux de la trachée. Les lambeaux étant bien disséqués et rabattus, l'opérateur ouvre à petits coups, sur la ligne médiane, le cartilage thyroïde et, si besoin est, le cricoïde. L'hémorrhagie est insignifiante, on peut alors facilement inspecter l'intérieur du larynx. La lésion est sous le doigt de l'opérateur qui décide comment il peut l'attaquer, et suivant sa nature, son volume, sa consistance, il aura recours au bistouri, à la curette, au thermo ou au galvano-cautère. Si le larynx en totalité est dégénéré et qu'il faille en pratiquer l'extirpation, il suffit de faire en bas une incision transversale parallèle à la première et de mettre à nu tout le larynx, d'inciser transversalement la trachée et d'enlever le larynx de bas en haut suivant le procédé que M. Périer a communiqué à la Société de chirurgie en 1890. Grâce à la position déclive qu'on a soin de faire prendre à la tête, aucune goutte de sang ne tombe dans l'antre aérien.

Après l'extirpation de la tumeur, il s'agit de refermer le larynx avec soin, et de bien coapter les bords du cartilage thyroïde, à l'aide de fils bien placés sur les membranes sus et sous-thyroïdiennes et grâce à quelques fins catguts placés sur le péricondre. Un drain est placé à la partie inférieure de l'incision, et une suture soignée des téguments soutient la réunion profonde.

D'après M. Périer, ce procédé est d'une exécution des plus simples et permet l'extirpation des tumeurs les plus considérables.

Fistules du cou.

M. Monnier. — De deux observations personnelles, M. Monnier tire les conclusions suivantes :

I. Parmi les fistules de la région antérieure du cou, il en existe deux variétés intéressantes :

1° Les fistules consécutives à des kystes adhyoïdiens, ouverts spontanément ou à la suite d'une ablation incomplète.

2° Les fistules dues à une trachéotomie.

II. La première de ces variétés est particulièrement rebelle et notre malade qui a subi vingt-deux opérations avant de guérir définitivement en est la preuve.

III. La dissection soignée de la poche, jusque dans ses profondeurs, c'est-à-dire jusqu'à la muqueuse de la base de la langue, suivie de la cautérisation à la pointe galvanique, est la meilleure façon d'obtenir la guérison définitive de cette affection.

IV. La cure radicale des fistules consécutives à la trachéotomie demande, pour être menée à bien, une autoplastie méticuleuse.

V. Le procédé du professeur Berger : « L'invagination d'un bourrelet fibro-muqueux dans l'orifice trachéal qui est fixé par un plan de suture de Lambert au catgut et recouvert par deux lambeaux cutanés, suturés au crin de Florence », nous semble le procédé de choix.

NOUVELLES

Concours de l'Externat. — L'ouverture du concours a eu lieu le lundi 28 octobre : 772 candidats s'étaient fait inscrire.

Conformément au nouveau règlement, le jury s'est dédoublé en deux sections chargées de juger, l'une l'épreuve d'anatomie, l'autre l'épreuve de pathologie.

Section d'anatomie (séances les lundi, mercredi et vendredi à quatre heures quarante-cinq. — Jury : MM. Dalché, Morel-Lavallée, Faure et Legueu).

Ordre de passage des séries :

1° (Candidats militaires par ordre alphabétique) de Herber inclus à Zerlant inclus ; 2° (candidats militaires) de Andrieu inclus à Haret inclus ; 3° (candidats ordinaires de la première moitié de la liste alphabétique) de Abrant inclus à Cassius inclus ; 4° (candidats ordinaires) de Durand Alphonse inclus à Guillot René inclus ; 5° (candidats ordinaires) de Castets inclus à Dupuy Paul inclus ; 6°, 7°, 8° (candidats ordinaires de la deuxième moitié de la liste alphabétique) un nouveau tirage au sort déterminera l'ordre suivant lequel les trois séries qui composent cette deuxième moitié seront appelées.

Dans chacune des séries le sort désignera à l'ouverture de

chaque séance les noms des vingt candidats qui subiront l'épreuve dans cette séance.

Les externes de troisième année seront appelés après que les candidats ordinaires auront subi les deux épreuves, et dans l'ordre suivant pour l'anatomie :

1° Deuxième moitié de la liste alphabétique des externes de troisième année (à partir de Lefèvre inclus);

2° Première moitié de la liste alphabétique (de Arnal à Lagrange inclus).

Section de pathologie (séances les mardi, jeudi et samedi à quatre heures quarante-cinq. — Jury : MM. Wurtz, Guinon, Sébileau et Lepage).

Ordre de passage des séries :

1° (Candidats militaires par ordre alphabétique) de Andrieu inclus à Haret inclus); 2° (candidats militaires) de Herber inclus à Zerlant inclus); 3° (candidats ordinaires de la deuxième moitié de la liste alphabétique) de Robin-Massé inclus à Zuan inclus; 4° (candidats ordinaires) de Matsoukis inclus à Robin inclus; 5° (candidats ordinaires) de Gutierrez inclus à Mathieu Henri inclus; 6°, 7°, 8° (première moitié de la liste alphabétique) un nouveau tirage au sort déterminera l'ordre suivant lequel les trois séries qui composent cette première moitié seront appelées.

Dans chacune des séries, le sort désignera à l'ouverture de chaque séance les noms des vingt candidats qui subiront l'épreuve dans cette séance.

Les externes de troisième année seront appelés, après que les candidats ordinaires auront subi les deux épreuves, et dans l'ordre suivant pour la pathologie.

1° Première moitié de la liste, de Arnal inclus à Lagrange inclus.

2° Deuxième moitié de la liste, à partir de Lefèvre inclus.

Concours du Prosectorat de l'amphithéâtre des hôpitaux. — Questions données :

Anatomie : 1° Voies spermatiques depuis le rein jusqu'à l'urèthre ; 2° Vaisseaux sanguins et lymphatiques de l'utérus et des annexes.

Physiologie : 1° Circulation dans les veines générales, pulmonaires et portes ; 2° Digestion intestinale.

Pathologie : 1° Symptômes, diagnostic et complications des fibromes utérins ; 2° Symptômes, diagnostic et traitement de l'occlusion intestinale.

Anatomie pathologique (écrit) : Anatomie et physiologie pathologiques des anévrysmes artériels.

Dissection : Capsule fibreuse, tendons et ligaments périphériques du genou.

Pièce sèche commune : Nerfs de la main.

Médecine opératoire : 1° Ligature de la fémorale au sommet du triangle de Scarpa ; 2° Désarticulation de Chopart.

Ont été nommés prosecteurs, MM. : 1. Launay. 2. Robineau.

Concours de l'adjuvat de l'amphithéâtre des hôpitaux. — Questions posées :

Anatomie et Physiologie : Tuniques artérielles, leur rôle dans la circulation.

Anatomie (oral) : Nerf radial.

Dissection : Muscles qui s'attachent au gros orteil et leurs insertions.

Ont été nommés aides d'anatomie, MM. : 1. S. Wiart, 2. Mouchet.

Faculté de médecine de Montpellier. — Sont nommés chefs de clinique : MM. les docteurs Vedel (*clinique médicale*), Reynès (*clinique chirurgicale*), Montseret (*clinique des maladies syphilitiques et cutanées*).

Ecole de médecine de Clermont. — Un concours s'ouvrira le 29 avril 1896 devant la Faculté de médecine de Toulouse pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole de médecine de Clermont.

La Société médicale des hôpitaux a décidé au cours de la dernière séance que dorénavant les chefs de service pourraient faire faire, en séance, sous leur couvert et eux présents, des communications par leurs internes. La chose qui n'avait eu lieu, jusqu'à ce jour, qu'à titre d'exception sera dorénavant un droit. La Société a même exprimé le désir que les internes en exercice des hôpitaux soient prévenus que leurs travaux, dans les conditions ci-dessus, seront accueillis avec plaisir.

Distinctions honorifiques. — Par arrêté du ministre de l'Intérieur et sur l'avis conforme du Comité de direction des services de l'hygiène, la médaille d'honneur des épidémies et des mentions honorables ont été décernées aux personnes désignées ci-après :

Loire-Inférieure. — Médaille d'argent : M. le Dr Guégan, médecin-major au 4e régiment de spahis, précédemment au 3e régiment de dragons à Nantes : s'est appliqué, avec un zèle et un dévouement tout particuliers, lors des épidémies cholériques de 1892 et 1893, à combattre la propagation de la maladie dans cette ville et dans les localités environnantes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 novembre 1895.

Présidence de M. Empis.

Elections.

MM. Nencki (Saint-Pétersbourg) et Ludwig (Vienne) sont élus correspondants étrangers dans la quatrième division (pharmacie).

M. Jonnesco lit une observation intitulée : mal de Pott dorso-lombaire, triple abcès par congestion, deux poches fessières, une troisième présacrée. Incision et grattage des poches fessières ; trépanation du sacrum. Guérison.

Contribution à l'étude de l'ostéomyélite et surtout de ses causes dont la marche et le mode d'action pour quelques-uns restent obscurs.

M. Viard (Isle-sur-le-Serein) lit un travail sur un cas d'ostéomyélite du fémur avec nécrose de toute l'étendue de la diaphyse et d'une partie des épiphyses avec accidents successifs précurseurs de la nécrose. La durée du traitement a été de neuf ans et le malade a guéri avec ankylose complète du genou et presque complète de la hanche.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 25 Octobre 1895.

Présidence de M. Lejars.

Fibromes sous-cutanés.

M. Lafourcade rapporte deux observations de fibromes sous-cutanés de la paume de la main.

Sarcome de la fesse.

M. Lejars montre un énorme sarcome de la fesse; la tumeur, qui occupait toutes les parties molles de la région surtout en arrière du fémur, avait envahi la peau sur une large étendue; il fallut pratiquer la désarticulation de la hanche. La tumeur développée aux dépens des parties molles et non osseuse, appartient aux groupes des sarcomes fusocellulaires. M. Lejars insiste sur la facilité avec laquelle récidivent ces sarcomes, il rapporte un cas de sarcome des muscles de l'épaule qui a récidivé cinq fois.

M. Lafourcade dit de même avoir opéré récemment deux sarcomes des parties molles qui ont récidivé avec une grande rapidité.

Lésions anatomiques de l'acromégalie.

MM. Mossé et **Daunic** relatent les lésions observées à l'autopsie dans un cas d'acromégalie : 1° grosse tumeur du

corps pituitaire du poids de trente-six grammes, de nature sarcomateuse; 2° corps thyroïde augmenté de volume et irrégulièrement déformé et présentant une prolifération du tissu fibreux avec production exagérée de substance colloïde et formation de nombreux kystes; 3° persistance du thymus qui a pris un développement considérable et est formé de deux languettes ayant douze centimètres à treize centimètres de long sur quatre centimètres de largeur et qui est de structure normale; 4° Hypertrophie des cartilages du larynx avec épaississement de la muqueuse, augmentation très notable du volume de la langue, hypertrophie des clavicules des côtes, des apophyses styloïdes, mais surtout du maxillaire inférieur qui mesure en hauteur le double de la hauteur normale et dont les branches sont rejetées en dehors; élargissement des extrémités et cyphose cervico-dorsale.

Abcès aréolaire du foie.

M. Pilliet présente un abcès aréolaire du foie consécutif à un abcès iléo-cæcal.

Lithiase pancréatique.

M. Pilliet montre un pancréas présentant une atrophie et une transformation fibreuse considérables, consécutives à de la lithiase du canal de Wirsung; le malade avait tous les symptômes du diabète maigre.

Fernand Bezançon.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 2 *novembre* 1895.

Présidence de M. Chauveau.

Sérum anti-charbonneux.]

M. Maschoux a essayé, sous la direction de M. Roux, de l'Institut Pasteur, d'obtenir un sérum anti-charbonneux sans secours de toxines, mais en se servant des cultures virulentes pour l'immunisation des animaux.

Les premières recherches faites sur des lapins ont permis d'obtenir un sérum préventif assez efficace, mais ne possédant que des propriétés curatives très insuffisantes.

Les mêmes recherches faites sur des moutons ont permis d'obtenir un sérum doué de propriétés préventives et curatives à la fois. Chez des lapins ce sérum restait curatif à la dose de sept à huit centimètres cubes, quand l'injection était faite six heures après l'infection, à la dose de douze centimètres cubes, quand il était injecté vingt-quatre heures après l'infection. Il échouait à toutes les doses quand l'injection était faite après l'apparition de l'œdème.

Le sérum anti-charbonneux agit surtout en excitant la phagocytose, mais nullement par ses propriétés antitoxiques.

Signe de Romberg.

M. Pierre Bonnier critique l'interprétation clinique du *Signe de Romberg*, qui est, selon lui, toujours caractéristique d'une insuffisance ou d'une irritation de l'appareil ampullaire du nerf labyrinthique, périphérique ou central. C'est à ce titre qu'il est si fréquent chez les tabétiques.

Le sens dit musculaire n'intervient pas, au moins primitivement, pour nous révéler nos attitudes, y compris celle d'équilibre, et nos variations d'attitudes, c'est-à-dire nos mouvements. Quand nous nous écartons de l'attitude d'équilibre, l'effort moteur destiné à corriger l'écart a été approprié et coordonné par la perception préalable d'une variation d'attitude. Celle-ci a donc précédé le sens de la contraction musculaire, qui n'a pu naître que de l'effort exigé par le sens des attitudes. C'est le sens des attitudes qui nous révèle *la perte* de notre équilibre; le sens musculaire, en admettant qu'il existe tel qu'on le comprend, ne peut nous révéler que l'effort exigé par *la recherche* de l'équilibre.

Or, la sensation de la perte a précédé celle de la recherche.

M. Pilliet fait une communication sur l'inégalité des sécrétions dans les glandes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 *octobre* 1895.

Imperforation du vagin. Création d'un vagin artificiel.

M. Picqué. — M. Villar (Bordeaux) nous a envoyé une observation intéressante d'imperforation du vagin auquel il essaya de suppléer par la création d'un vagin artificiel. Il s'agit d'une jeune femme de trente-deux ans, qui n'a jamais été réglée, mais a eu des épistaxis supplémentaires et des congestions mammaires. L'examen montre une vulve bien conformée mais l'absence de tout orifice vaginal. Le toucher rectal et le palper abdominal permettent de reconnaître la présence d'un utérus atrophié. M. Villar fit une incision transversale entre le méat et l'anus, et décolla l'urèthre et puis la vessie, du rectum jusqu'à une profondeur de neuf centimètres: l'utérus ne fut pas atteint. Ce trajet fut doublé de muqueuse aussi bien que possible. La guérison survint et M. Villar fit porter à la malade un appareil destiné à empêcher la rétraction de se produire: un cylindre en caoutchouc, à bout arrondi, de sept centimètres de long sur vingt-cinq millimètres de diamètre était constamment maintenu dans le nouveau vagin. La malade n'a d'ailleurs pas eu de rapports sexuels et il est impossible d'être fixé sur la valeur physiologique de ce vagin artificiel. Le procédé employé par M. Villar est celui que j'ai recommandé, après l'avoir appliqué dans un cas semblable.

M. Segond. — J'ai observé une jeune femme de vingt-cinq ans qui n'avait jamais eu ni règles, ni troubles correspondant aux règles. Elle aurait été opérée, disait-on, et on lui avait conseillé de se dilater au moyen d'un spéculum.

L'examen me montra l'absence totale du vagin, en même temps que l'exploration abdominale me permettait de constater la présence d'un noyau dur qui me parut être l'utérus atrophié. Quant à la cavité qui, elle, se dilatait consciencieusement et qui servait au coït, c'était l'urèthre.

J'opérai et je décollai, avec les doigts, la cloison rectouréthrale presque jusqu'à la hauteur du rudiment d'utérus dont j'avais constaté l'existence à l'examen. Je créai ainsi une bonne cavité que tapissèrent en partie les lambeaux de la muqueuse voisine, puis je tamponnai. La guérison survint et la malade continua à se dilater avec des bougies et avec une fréquence suffisante par le coït. Actuellement, dix-huit mois après l'intervention, la cavité a diminué et ne mesure plus que sept centimètres environ, mais elle suffit parfaitement au bonheur des deux époux.

M. Schwartz. — J'ai tenté également, pour une imperforation du vagin, la réfection de cet organe. J'ai décollé l'urèthre du rectum et ai tapissé de lambeaux muqueux, la cavité que j'avais creusée. Dix-huit mois après l'opération, le résultat était bon.

M. Pozzi. — La dilatation de l'urèthre, dont parle M. Segond et dont l'existence était entretenue par le coït, est signalée chez les imperforées et aussi chez les hypospades mâles pseudohermaphrodites.

M. Tuffier. — Une jeune fille de seize ans entre à Beaujon pour une tumeur abdominale qui est le siège de poussées douloureuses environ tous les mois. La malade n'étant pas réglée, je pensai donc qu'il s'agissait d'hématose utérine. L'examen me montrait l'existence d'un vagin présentant à deux ou trois centimètres de son entrée une sorte de sangle ou d'anneau constricteur. Pour dilater ce dernier, je fis mettre une laminaire, mais au moment d'opérer je ne retrouvai plus ma laminaire. J'explorai et vis alors que le prétendu vagin n'était autre que l'urèthre, que l'anneau était l'orifice vésical et que ma laminaire était tombée dans la vessie. J'essayai alors de faire un vagin en décollant l'urèthre du rectum; à la profondeur de l'index, je sentis la tumeur constatée à la palpation et au toucher « vésical », je l'ouvris et il s'en écoula un flot de sang. J'attirai alors l'utérus en bas et le fixai à la peau. La malade eut dès lors ses règles régulièrement, mais plus tard l'orifice se rétracta et je dus intervenir une seconde fois. Un an après, il persistait une petite cavité vaginale, impropre d'ailleurs aux rapports sexuels. La malade a continué à coïter dans la vessie.

Contusion du thorax. Intervention. Guérison

M. Reynier. — Un homme de soixante et un ans, tamponné par le brancard d'une voiture au niveau du cinquième espace intercostal gauche, me fut apporté à l'hôpital dans un état grave. Des stimulants le ranimèrent, mais le lendemain la dyspnée avait augmenté, et l'état s'était aggravé. Je me rappelai alors l'autopsie d'un employé du Nord, mort à la suite d'une contusion du thorax et pour lequel je m'étais repenti de n'être pas intervenu. Aussi n'hésiterait-je pas à intervenir. Je fendis la peau et, outre l'emphysème souscutané constaté à l'examen clinique, je trouvai une hernie du poumon constituée par la partie inférieure du lobe supérieur. Une intercostale était ouverte et saignait. L'exploration digitale montrait une fracture de la sixième côte. Je réduisis le poumon, pinçai l'artère, et suturai l'espace intercostal; un drainage fut établi, car il y avait du sang dans la cavité pleurale. Dès le lendemain, l'amélioration était marquée et, et, sauf un abcès superficiel, les suites ont été des plus simples. Je vous présente aujourd'hui le malade qui est parfaitement guéri malgré son âge.

Ce cas permet de tirer plusieurs conclusions. Tout d'abord l'utilité de l'intervention chirurgicale en pareil cas : c'est, je crois, la première opération pratiquée pour contusion du thorax, et il me semble que l'occasion d'intervenir doit se présenter assez souvent. C'est d'ailleurs l'idée déjà émise il y a longtemps par Desault et Chipault. En second lieu, les classiques disent tous que la blessure du poumon est secondaire à une fracture de côte dont un fragment vient embrocher l'organe ; il me semble qu'ici le poumon a reçu directement le choc à travers la paroi de l'espace intercostal. Enfin on dit volontiers que le poumon se rétracte quand l'air pénètre dans la plèvre : je ferai remarquer que chez mon malade il n'en a pas été ainsi.

M. Michaux. — L'observation de M. Reynier se rapproche de celle que j'ai publiée au Congrès de chirurgie et montre, une fois de plus, que l'intervention peut être souvent de mise dans les traumatismes de la poitrine.

M. Poirier. — J'ai eu l'occasion de soigner à bord un matelot qui était tombé du haut d'une vergue et s'était fait une forte contusion du thorax du côté droit. Il existait de l'emphysème sur toute la paroi latérale du thorax et en même temps, au niveau du cinquième espace intercostal une tumeur crépitante qui s'accroissait : c'était le poumon hernié que je réduisis par de douces pressions et maintins contenu par un bandage. Le blessé eut un hémothorax, se plaignit de forte dyspnée les premiers jours et guérit.

Plaies pénétrantes et contusions de l'abdomen.

M. Picqué lit un rapport sur deux observations de plaie pénétrante de l'abdomen et deux autres de contusion de l'abdomen envoyées par **M. Estor**. Les deux malades atteints de plaie ont été laparotomisés ; l'un n'avait rien, l'autre avait une petite plaie du côlon descendant et une hémorrhagie due à la section d'une artère épiploïque. Ils ont guéri tous les deux.

Les deux cas de contusion ont été également l'objet d'une intervention. Dans l'un, il n'y avait rien et le malade guérit, dans l'autre, il existait une perforation de l'intestin grêle. Le malade mourut, mais il n'avait été opéré qu'au troisième jour.

M. Berger présente un malade auquel il a pratiqué, il y a plusieurs mois, une autoplastie pour rétraction de l'aponévrose palmaire par la méthode italienne. Le résultat est parfait.

M. Picqué montre la malade atteinte d'hémophilie rénale dont il a relaté l'observation au Congrès de chirurgie.

MM. Tuffier et **Ricard** font des réserves sur l'existence de l'hémophilie rénale simple.

M. Walther présente deux adolescents chez lesquels il est intervenu avec succès pour des décollements épiphysaires traumatiques et irréductibles de l'extrémité supérieure de l'humérus.

M. Pozzi montre de nouveaux boutons anastomotiques extrêmement légers, en aluminium, que lui a envoyés M. Murphy.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 28 *octobre* 1895.

Présidence de M. Auché.

Larynx de chien thyrotomisé.

M. Brindel a fait des coupes portant sur le larynx d'un chien thyrotomisé depuis cinq mois et demi. Il a trouvé une ligne de soudure très droite formée de tissu fibreux dense.

Sur la partie médiane de cette soudure, le tissu fibreux est pur, mais sur les côtés il se confond insensiblement avec le tissu cartilagineux voisin. Il pense que le tissu fibreux se laisse peu à peu envahir par le tissu cartilagineux voisin, et il est probable que des recherches faites plus tardivement permettraient de constater la disparition du tissu fibreux, son remplacement par du tissu cartilagineux pur.

Au cours de ses recherches, M. Brindel a constaté aussi que le muscle thyro-aryténoïdien s'insère non seulement sur la ligne médiane dans l'angle rentrant, mais encore sur une grande partie du périchondre recouvrant la face postérieure du cartilage thyroïde.

Ulcères de l'estomac; complications pulmonaires et pleurales.

M. Guérin présente des pièces d'une jeune femme de vingt-cinq ans qui, à la suite d'ulcères de l'estomac, a eu un abcès sous-diaphragmatique gauche. Cet abcès, ouvert dans le poumon gauche, s'est évacué sous forme de vomique.

Des portions du pus ont passé dans la branche droite et ont provoqué de la gangrène du poumon droit, puis une pleurésie purulente droite.

Cette filiation des accidents n'a été constaté qu'à la nécropsie, il avait été impossible de rattacher à l'ulcère de l'estomac que l'on diagnostiquait, la pleurésie purulente que l'on constatait du côté droit.

Il y avait là une confusion de symptômes fort difficile à éclaircir.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 16 *octobre* 1895.

Transfusion dans l'anémie pernicieuse.

M. Ewald a été récemment appelé auprès d'un malade arrivé la veille dans un bateau, de New-York, et tombé subitement malade. Le malade se trouvait dans un état de collapsus profond tel qu'à chaque moment on pouvait craindre l'issue fatale.

A l'hôpital où le malade a été transporté on essaya vainement de combattre le collapsus par des injections souscutanées de camphre, d'éther, etc. Dans ces conditions, M. Ewald pratiqua la transfusion de quatre-vingt-cinq centimètres cubes de sang fourni par la femme.

La transfusion eut un effet très heureux. L'état de collapsus commença à se dissiper, le pouls se releva, la respiration devint plus profonde et le lendemain le malade reprit connaissance; l'amélioration s'accentua encore davantage. L'examen du sang fait trois jours après la transfusion donna un million deux cent cinquante mille hématies par centimètre cube de sang et 29 0/0 d'hémoglobine. Les jours suivants, on a pu constater un accroissement graduel du nombre d'hématies et du taux d'hémoglobine.

Au bout de huit jours, le malade pouvait déjà aller passer quinze jours en Suisse, et lorsqu'il revint, son état était

notablement amélioré bien que l'anémie persistât toujours. L'examen du sang fait le 10 octobre donna trois millions cinq cent mille hématies et 33 0/0 d'hémoglobine. Actuellement, le malade reste sujet à des accès de faiblesse, souvent il a la diarrhée et depuis quelque temps il présente une sorte de glossite folliculaire qui gêne notablement l'alimentation.

Anévrysme de la branche terminale de la fémorale profonde.

M. Israël. — Il s'agit d'une femme de soixante-deux ans entrée à l'hôpital pour une tumeur qui occupait le tiers inférieur de la face postérieure de la cuisse gauche. La tumeur était arrondie, inégale, fluctuante dans certains endroits, dure dans d'autres, donnant l'impression d'un sarcome, mais présentant des pulsations, et un souffle doux à l'auscultation.

La ponction exploratrice faite avec un trocart donna issue à un jet de sang foncé. La tumeur mise alors à nu par une incision très longue, se composait de deux parties, une supérieure formée par un sac, l'autre inférieure formée par un système de cavités remplies de sang. L'extirpation de la tumeur a été fort difficile à cause du nerf sciatique qui la traversait de part en part. La tumeur une fois extirpée, la plaie fut suturée, et la malade guérit dans d'excellentes conditions

Lèpre.

M. Brasch présente un homme de cinquante-deux ans qui est venu le consulter pour des rhumatismes. Le malade présente en outre un exanthème singulier au niveau du front, des paupières et des joues, et un autre au niveau des bras, des mains et des pieds.

Le soi-disant rhumatisme était une névrite ascendante, aussi bien motrice que sensitive, des bras et des jambes.

M. Blasckko. — Le malade a vécu au Brésil jusqu'en 1867. Son affection, qui débuta vers la fin de l'année dernière, est nettement de la lèpre tubéreuse et maculo-anesthésique.

M. von Bergmann qui a vécu pendant dix ans parmi les lépreux ne reconnaît pas dans le malade un lépreux.

AUTRICHE

CLUB MEDICAL DE VIENNE

Séance du 23 octobre 1895.

Dosage du mercure de l'urine.

M. Jolles expose une nouvelle méthode de dosage du mercure de l'urine, basée sur l'emploi de l'or granuleux qui possède une affinité très grande pour le mercure avec lequel il s'amalgame avec la plus grande facilité.

On procède de la façon suivante :

Cent à trois cents centimètres cubes d'urine sont mélangés avec deux grammes d'or granuleux, additionnés ensuite de un à trois centimètres cubes d'acide chlorhydrique concentré, chauffés et ensuite additionnés de deux à trois centimètres cubes d'une solution saturée de chlorure d'étain. Si à ce moment il se forme un dépôt d'oxyde d'étain, c'est que l'on a ajouté trop peu d'acide chlorhydrique, erreur facile à corriger.

Le liquide est de nouveau chauffé à la température de 70 à 80° puis de nouveau additionné de trente à cinquante centimètres cubes d'une solution de chlorure d'étain fraîchement préparée, chauffé de nouveau pendant cinq minutes pendant lesquelles on l'agite, puis laissé au repos. On décante ensuite ensuite le liquide et on lave l'or amalgamé qui est resté au fond, avec de l'eau distillée jusqu'à ce que cette dernière ne contienne plus de chlore. L'or amalgamé est alors additionné de trois à quatre gouttes d'acide chlorhydrique chaud, on y a ajouté quelques gouttes d'eau distillée et une quantité égale de solution de chlorure d'étain.

Si l'urine examinée ne contenait que 0 gr. 0002 de mercure, le liquide devient trouble. Pour faire l'analyse quantitative on n'a qu'à peser l'or amalgamé et l'or après en avoir séparé le mercure.

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 25 octobre 1895.

Hystérie simulant l'ostéomalacie.

M. Schneyer montre une malade qui à la suite d'un traumatisme a présenté d'abord des symptômes de myélite, ensuite ceux d'ostéomalacie. Elle fut alors traitée par le phosphore jusqu'à l'apparition des symptômes d'intoxication, sans le moindre succès. C'est à ce moment seulement que parut une série de troubles d'origine manifestement hystérique : hémianesthésie à gauche, rétrécissement du champ visuel, perte unilatérale du goût, etc. Les os sont douloureux, mais nullement déformés.

On peut donc se demander s'il s'agit dans ce cas d'une combinaison d'hystérie et d'ostéomalacie ou seulement d'hystérie simulant l'ostéomalacie. Ce qui parlerait en faveur de l'ostéomalacie, serait la paralysie du psoas-iliaque, la faiblesse des membres, l'exagération des réflexes. Pourtant, malgré la longue durée de la maladie il n'y a pas de déformation osseuse, et le traitement spécifique par le phosphore a complètement échoué. Tout porte donc à croire que l'on a affaire dans ce cas à l'hystérie simulant l'ostéomalacie.

M. Latzko qui a longuement étudié cette malade se rattache aussi au diagnostic d'hystérie.

Mélanose arsenicale.

M. Schlesinger. — Il s'agit d'une malade soumise au traitement arsenical, par la liqueur de Fowler, pour une tuméfaction des ganglions de l'aisselle. Sous l'influence du traitement la tumeur disparut, mais en même temps la peau de la malade prit une coloration foncée. Au bout de quelque temps, la tuméfaction ganglionnaire reparut. On reprit l'arsenic et la coloration noirâtre de la peau s'accentua davantage.

La mélanose d'origine arsenicale n'est pas rare et se manifeste quelquefois déjà au bout de quinze jours. Si le traitement est interrompu de bonne heure la coloration noire disparaît, dans le cas contraire, elle peut persister indéfiniment. Les muqueuses restent ordinairement intactes.

M. Kaposi a remarqué que cette mélanose est plus fréquente chez les femmes et dépend d'une prédisposition individuelle.

Pathogénie et traitement de la cowpérite.

M. Englisch a observé personnellement une quinzaine de cas de cowpérite ; aussi pense-t-il que cette affection est moins rare qu'on ne l'admet ordinairement.

Elle apparaît presque toujours au cours de la blennorrhagie chronique et s'observe principalement chez des individus tuberculeux ou prédisposés à la tuberculose. Elle se présente le plus souvent sous forme d'une petite tumeur des dimensions d'une noisette. Quelquefois la tumeur est d'origine cancéreuse.

La cowpérite chronique peut à un moment donné se compliquer de processus aigus et donner naissance à des abcès péri-uréthraux. Dans d'autres cas, il se forme des fistules qui se dirigent soit vers l'urèthre, soit vers le périnée, soit vers le rectum. Lorsqu'on fend un trajet fistuleux de ce genre, on trouve ordinairement au fond une masse spongieuse, granuleuse, quelquefois dure, constituée par les débris de la glande, et fort important à connaître au point de vue du traitement. En effet, ces débris peuvent à chaque moment devenir le point de départ d'un processus aigu ; aussi les fistules en question ne peuvent guérir radicalement qu'après l'extirpation de ces débris.

L'extirpation est facile quand il n'existe pas d'infiltration péri-glandulaire. Dans le cas contraire, il faut se guider sur la position de la glande que l'on détermine par le toucher rectal.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

N° 46 — 13 NOVEMBRE 1895 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT
PUBLIÉ PAR
LA GAZETTE HEBDOMADAIRE
DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction
Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèes du 20 au 21 novembre 1895.

Mercredi 20. — M. Galimir. Essai sur le diagnostic des tumeurs paranéphrétiques. — M. Levillain. Ostéosarcome du péroné. — M. Ponsard. Traitement de l'hydrocèle par les injections d'éther iodoformé. — M. Sprecher. Sur les rétrécissements blennorrhagiques précoces du canal de l'urètre. — M. Champenier. Des névrites syphilitiques et en particulier de la névrite cubitale. — M. Tasso. Les scrofulides chez les enfants du premier âge. — M. Thilliez. De la dermatite herpétiforme de Dühring chez l'enfant.

Jeudi 21. — M. Brunswic. Pied bot de la paralysie infantile et de son traitement chirurgical. — M. Fleury. Contribution à l'étude du diagnostic de la lésion médullaire dans les traumatismes du rachis.

Hospice de la Salpêtrière. — M. le professeur Raymond commencera le cours de clinique des maladies du système nerveux le vendredi 15 novembre 1895, à 10 heures du matin, et le continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure.

Cours d'histoire de la médecine. — M. le professeur Laboulbène commencera ce cours le Jeudi 14 novembre 1895, à 4 heures (petit amphithéâtre).

Cours de clinique des maladies des voies urinaires. — M. le professeur Guyon reprendra ses leçons le mercredi 13 novembre 1895, à 9 heures (Hôpital Necker).

Conférences sur les maladies de la peau. — M. Gaucher, agrégé, commencera ces conférences le dimanche 17 novembre 1895, à 10 h. et demie du matin, à l'hôpital Saint-Louis, dans l'amphithéâtre des cliniques.

VARIÉTÉS

Cours pratique d'ophthalmologie. — M. le Dr A. Terson commencera le jeudi 21 novembre, à 5 heures, à l'Hôtel-Dieu, des conférences pratiques :

1° Ophthalmoscopie clinique (avec malades) : rapports de l'ophthalmoscopie avec les maladies générales.

2° Chirurgie oculaire (avec exercices par les élèves).

— M. le Dr Sourdille commencera le 9 décembre à 5 heures, des conférences pratiques :

1° Anatomie normale et pathologique de l'œil avec pièces et technique micrographiques.

2° Bactériologie clinique de l'œil.

Chaque cours aura une durée de 6 semaines : le premier aura lieu les mardi, jeudi et samedi, à 5 heures ; le second, les lundi, mercrdi et vendredi à la même heure.

S'inscrire d'avance à la clinique ophthalmologique de l'Hôtel-Dieu.

Internat à Orléans. — Le 13 décembre prochain, à 2 h. 1/2 pour 4 places d'interne titulaire et 2 places d'interne provisoire. Pour s'inscrire au concours et pour tous les renseignements s'adresser au secrétariat des hospices d'Orléans.

Concours de l'externat. — *Anatomie : Crosse de l'aorte* : Bender 18; Forné 9; Haret 8; Belgrand 16; Gagey 13; Bricard 6; Dropet 15; Debret 14; Devaux 10; Delbas 6; Grandjean 8; Bloch Maurice 13; Dambrin 13 1/2; Bussard 13; Daverède 12; Chomet 17; Desgranges 14; Froin 12.

Articulation tibio-tarsienne : Beauvy 11; Audy Pierre 12; Dauchey 12 1/2; Bailey 16 1/2; Duclaux 15; Artaud 11; Andrieu Joseph 10; Buisson 8; Auregan 13 1/2; Alexandre 17; Brisard 7; Barrieu 12; Apostolidès 7; Bougon 12; Cailleux 11; Baléoneix 17; Beneteau 16 1/2.

Muscles masticateurs : Brocard 13; Bachiman 9; Blum 11; Benasson 10; Carton 15; Adeline 14; Baujard 15 1/2; Boudant 8; Caillouë 11; Boel 6; Assicot 17 1/2; Boirivant 7; Barlerin 11; Bigot 15; Carpanetti 10; Brüder 13; Abrant 12.

Anatomie : Région plantaire : Balthazard 17 1/2; Capmarty 11; Calvé 17; Bled 6; Auvray 5; Beusis 8; Amar 6; Caché 15; Bonfils 16; Boureille 13; Boutron (René) 19 1/2; Antetage 5; Aglave 19; Butault 10; Barbin 18; Bourlon 8; Bony 16; Audebal 12; Blavot 15.

Pathologie : Furoncle : Jullien 13; Jaurin 15; Loin 15; Leroux 13; Lebreton Armand 9; Masson 5; Petit 8; Lebreton Paul 16; Thorel 13; Sébilleau 12; Samson 13; Regnauld 13; Reliquet 7; Piot 13; Morfaux 14; Méret 12; Maury 14; Mathieu 13; Debet 9; Murent 10; Imbault 12.

Causes et traitement des épistaxis : Renaud 10; Roubaud 17; Roques 13; Ymbert 7; Willard 14; Sabatier 19; Tillay 15; Thouvenin 11; Rousseau 10; Trasteur 12; Thomin 6; Rodat 5; Smolianoff 6, Romanescu 14; Thomas Jacques 14; Roger 4; Steinberg 7; Thomas Louis 6.

Coxalgie : Wagon 14; Rogier 11; Mlle Ziegel 11; Tessier Emile 7; Zaimeillis 14; Troadec 14; Warin 6; Trenaunay 10; Theveny 14; Saurain 19; Sallé 11; Salomon 17 1/2.

Concours de l'internat. — *Epreuves d'anatomie (copies) :* Zimmern 11; Guéry 14; Sicora 12; Nimier 11; Drouet 11; Ganault 12; Vast 10; Mignon 6; Monod (Fernand) 15; Weil Emile 13; Iselin 13; Dupuy-Dutemps 13; Poix 11; Thiénot 9; Lévy Jules 11; Druault 13; Fontoynont 14; Marcille 12; Nollet 13; Hennecart 13; Zadok 13; Mauger Noël 8; Hivet 15; Pochon 10; Robillard 9; Nicolaïdi 13; Thoyer 12; Tintrelin 5; Poirson 9; Lévis Georges 12; Tournemelle 11; Fossard 12; Lemeigneu 18; Roger Jean 14; Rosenthal 15; Legay 11; Arnal 12; Clerc 11; Gennet 5; Michaux (G) 12; Blandeau 8; Brinon 9; Roger (Paul) 11; André 5; Leroy des Barres 8; Grisel 13; Jaconnet 6;

Corps de santé de la marine. — MM. les Drs Jourdan, Ilbert, Borius, Martenot et Michel, sont promus médecins de première classe.

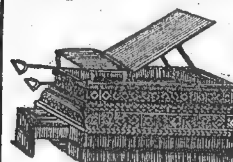




ANOREXIE

Chez nombre de malades pour qui l'alimentation est une condition indispensable à la guérison, le manque d'appétit est absolu. Tous leurs efforts pour suivre les prescriptions des médecins à cet égard se heurtent à une répugnance presque invincible et quand ils parviennent à la vaincre, les aliments pris digèrent mal, sont souvent rejetés très rarement assimilés.

Plus de vingt années de succès ont démontré que l'Elixir Alimentaire Ducro triomphe constamment de la répugnance des malades pour les aliments. Il est pris avec plaisir, toujours digéré sans aucune fatigue par l'estomac, et comme sa propriété fondamentale est d'être alimentaire, c'est le médicament-laiment par excellence des phthisiques, anémiques, cancéreux, etc... Préparé avec la viande crue, l'alcool et les écorces d'oranges amères, l'Elixir Alimentaire Ducro est tout à la fois apéritif et nutritif. L'alcool qui lui sert de véhicule lui communique ses qualités d'antidéperditeur et aussi fait de l'Élixir Ducro une préparation de viande crue exempte de tout danger des vers intestinaux.



CLINIQUE MÉDICALE

Angine pharyngée causée par l'influenza. Adéno-phlegmons cervicaux, communication faite à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, par le docteur Vergely, professeur à la Faculté de Médecine.

M. L..., âgé de quarante ans, est d'une vigoureuse constitution et n'a jamais fait aucune maladie grave. Il vit régulièrement aujourd'hui, mais a fait autrefois quelques excès de table.

Un mois avant qu'il tombe malade, deux de ses jeunes enfants avaient eu une petite grippe caractérisée par de la fièvre, par de la toux et du catarrhe naso-pharyngé.

Le 20 mars 1895. — Il est pris de frisson, de malaise, de fièvre ; le pouls est à 92, la peau chaude. Il a envie de vomir, il éprouve quelques difficultés dans la déglutition ; il prend un verre d'eau purgative.

Le 21. — Il est très accablé, très courbaturé, ses traits sont tirés, ses conjonctives un peu jaunes, la langue couverte d'un enduit épais jaunâtre, elle a une teinte bleutée à son pourtour et à sa pointe, le pharynx est rouge.

Les 22 et 23. — La courbature, le dégoût des aliments persistent, la rougeur du pharynx est vive ; il prend un aspect vernissé et ne présente aucun point ulcéré ; la douleur à la déglutition est modérée ; gargarismes boraté et salicylé. Potion avec antipyrine et salicylate de soude.

Le 24. — La difficulté à avaler persiste un peu, le pharynx est moins rouge ; mais tout le cou est gonflé, douloureux, les ganglions cervicaux légèrement tuméfiés. Le malade accuse surtout un accablement hors de proportion avec les symptômes locaux. L'amertume de la bouche, le défaut d'appétit ont été un peu amendés par des purgatifs répétés.

Le 25. — Légère amélioration, le pharynx est encore un peu rouge, l'accablement, l'inappétence, le dégoût des aliments moindres. Je constate, à ce moment-là, un léger gonflement circonscrit, occupant la partie moyenne du bord supérieur du trapèze droit. Je crus à une légère adénite et à sa disparition prochaine.

Le malade, se tenant pour assez rétabli, mit à exécution un projet de voyage à Paris antérieur à sa maladie. Vingt-quatre heures après son arrivée à Paris, le gonflement avait beaucoup augmenté, il y éprouvait de la douleur et fit appeler un médecin, qui lui conseilla l'application de cataplasmes et le repos ; mais la douleur, le gonflement s'étant accentués, la fièvre étant survenue, le malade revint à Bordeaux après trois jours d'absence.

Le 30 au matin. — Je le revois. Plus de douleur au pharynx, qui a repris à peu près son aspect normal. Inappétence, langue saburrale, fièvre. Pouls à cent ; la tuméfaction du bord droit du trapèze a le volume d'un œuf de dinde, elle est circonscrite, a une teinte légèrement rosée, pas de fluctuation, mais la pression du doigt y laisse une légère empreinte ; le pus est en voie de formation.

Badigeonnage de glycérine iodée et gaïacolée, puis onctions d'onguent napolitain belladoné. La résolution ne se fait pas, la tumeur augmente de volume, pointe et marche à la formation d'un abcès ; le pouls, à quatre-vingt-dix le matin, avec une température de 38°5 sous l'aisselle, monte vers cinq heures du soir à cent et la température atteint 39°5, 39°8.

Le 12 avril. — La tumeur a le volume d'une petite orange, elle déborde dans la région sus-claviculaire, elle est profondément fluctuante, mais tout fait supposer que le pus est collecté. Afin d'abréger le malaise du malade, je lui donne un coup de bistouri et je vais, avec la sonde cannelée, à la recherche du pus ; il s'en écoule près d'un verre à bordeaux. Je place un petit drain. Pansement antiseptique.

Pendant que cet abcès évoluait, une tumeur, ayant le volume d'une amande et située au bord externe du sterno-mastoïdien près de l'angle de la mâchoire, s'était développée et avait atteint le volume d'une grosse noix.

Le malade ne mangeait pas, ne dormait pas, il avait de petites sueurs le soir et sa température sous l'aisselle atteignait 39°5 et 40°. Enfin, la tumeur rétro-sterno-mastoïdienne, qui avait pris le volume d'un gros œuf de poule, est fluctuante. Je la ponctionne le *17 avril* ; il en sort une grande quantité de pus jaune, épais, bien lié. Comme après l'abcès précédent, le lendemain les pièces de pansement étaient inondées de pus. Je lave la cavité de l'abcès avec une solution faible de sublimé ; je place un drain.

Ces abcès étaient accompagnés d'un décollement assez considérable. Ce ne fut que le *8 mai* que la cicatrisation fut complète, que tout œdème avait disparu, que le malade put remuer le cou dans tous les sens. Deux petites cicatrices rouges de cinq millimètres de diamètre sont les seuls vestiges de l'abcès.

Pendant plusieurs jours, dès qu'on saisissait entre les doigts le bord externe du sterno-mastoïdien, il se produisait dans ce muscle un mouvement vibratoire semblable à celui d'une trépidation épileptoïde intense figurant la vibration d'un instrument à cordes. Il durait au moins huit à dix secondes. Le malade avait conscience de ce mouvement vibratoire, qu'il percevait jusqu'au bout des doigts ; il était visible sous la peau et lui causait une sensation désagréable.

Le 8 juin. — J'ai pu encore provoquer cette contraction, qui ne durait alors que trois à quatre secondes.

Cette observation a beaucoup d'analogie avec celles qui vous ont été déjà communiquées par M. Troquart à la séance de la Société de Médecine du 7 juin et publiées dans le *Journal de Médecine de Bordeaux* du 9 juin (p. 271). Dans les observations de notre collègue, il s'agissait de deux malades, dont l'un avait eu une angine catarrhale simple, le second « une angine herpétique avec légère ulcération de l'amygdale et plaque blanchâtre ».

Notre malade, qui a offert une grande similitude d'évolution clinique avec les précédents, a présenté cependant certaines particularités sur lesquelles je désire insister. Il était d'une excellente et vigoureuse santé et avait présenté des signes généraux de la grippe : accablement, prostration, douleur dans les membres, fièvre, catarrhe gastrique, langue bleutée. Je n'ai pu faire l'examen bactériologique, parce que ces recherches sont difficiles en ville et qu'il était un peu tard, quand les abcès se sont formés, de rechercher le diplocoque de Kirschner et de Finckel, ou le diplobacille de Teissier, G. Roux et Petitton, ou le streptocoque de quelques autres.

Malgré l'absence de l'agent pathogène de la grippe, je crois que les signes cliniques permettent d'affirmer que le malade était atteint de cette maladie infectieuse. Comme le premier malade de M. Troquart, il n'avait pas la moindre ulcération au pharynx ; mais on sait très bien qu'après la chute de l'épithélium causée par l'inflammation, il n'est pas besoin d'effraction pour que les microbes pénètrent dans l'épaisseur des tissus et aillent eux ou leurs toxines provoquer des foyers purulents dans les ganglions.

Les inflammations pharyngées, laryngées des angines dans le courant de la grippe ont été souvent observées

par tous les médecins. M. Marvaux, médecin principal de l'armée, le faisait remarquer dans le travail qu'il a publié sur l'épidémie de grippe dans la garnison de Lyon en 1891-92 (*France Médicale*, 1893, p. 115.)

M. Teissier (1), dans un travail important sur l'influenza, a bien signalé la fluxion catarrhale limitée au pharynx, qui gagne le larynx ou les bronches ou inversement, mais sans noter des abcès dans le tissu cellulaire sous-cutané.

M. Hanot, dans une communication à la Société médicale des hôpitaux (juillet 1893), signale la complication de la grippe due à l'association du streptocoque et au bacille inconnu de la grippe, qui explique les formations purulentes dans le courant de cette maladie épidémique et c'est à cette association qu'il attribue des abcès péri-articulaires et une arthrite suppurée.

L'intéressante observation publiée dans l'*Union médicale du Nord-Est* (1890, p. 209), par M. Vilcoq (Soissons), est un exemple remarquable d'adéno-phlegmon dans le courant de la grippe (*complication phlegmoneuse de la grippe, phlegmon latéro-pharyngien*). Une femme robuste de vingt-sept ans fut prise, le 25 décembre 1889, de tous les symptômes d'une grippe à forme nerveuse; le 28, elle reprend son travail; le 3 janvier, fièvre, douleur à la gorge, difficulté de la déglutition, angine intense, tuméfaction de l'amygdale, œdème de la luette. Sept jours après le début des accidents, la dysphagie est très intense, inflammation de l'arrière-pharynx des amygdales très vive. Scarification des amygdales, de la luette; soulagement. Le 25, la paroi postérieure du pharynx, les piliers et le voile du palais présentent une teinte rouge violacée : muqueuse luisante, amygdales volumineuses, luette œdémateuse. On ne peut constater la présence du pus dans le pharynx; dysphagie très prononcée. Extérieurement, à la région cervicale, de l'apophyse mastoïde à l'angle de la mâchoire, existe une tuméfaction notable, les téguments sont durs, la peau est tendue et luisante, sans changement de coloration, la pression est douloureuse, élévation de la température à la main, mouvements du cou pénibles, difficulté de relever la tête, pas de fièvre. Cette tuméfaction s'est montrée depuis deux jours. Le 28 janvier, le gonflement de l'angle de la mâchoire a beaucoup augmenté, peau plus tendue, pas de fluctuation. Examen de la gorge impossible à cause du trismus. Le 29, le sterno-mastoïdien se dessine sous la forme d'une corde raide, tête inclinée du côté malade, face du côté opposé. Œdème jusqu'à la région sus-claviculaire et à la paupière, fièvre, frissons répétés. Collection purulente probable derrière l'angle de la mâchoire. Chloroformisation, incision couche par couche parallèle à la branche montante du maxillaire supérieur; on tombe sur un foyer d'où s'échappe une grande quantité de pus fétide; drain, pansement antiseptique. Quinze jours après, la guérison était complète.

Ces suppurations, ces adéno-phlegmons cervicaux de la grippe sont sans doute plus fréquents que ne semblent le faire supposer le petit nombre des observations publiées. Ils se montrent d'ailleurs en dehors de la grippe, dans les cas d'angine simple, comme l'a observé notre collègue M. Troquart. C'est évidemment une complication des plus rares, si on en juge par le silence des auteurs qui ont étudié l'angine simple. Il n'en est pas de même après les maladies infectieuses, comme la scarlatine, la variole, la rougeole, la fièvre typhoïde, dans lesquelles on voit des abcès se montrer au cou et aux membres, dans le tissu cellulaire qui enveloppe les ganglions et dans les ganglions eux-mêmes. Dans la scarlatine, les ganglions du cou sont atteints quelquefois plus violemment que ne le ferait supposer l'inflammation pharyngée.

(1) J. Teissier. *La grippe-influenza* (Baillière et fils, 1893).

Certainement que les relations lymphatiques entre la muqueuse pharyngée et surtout les amygdales, véritables appareils lymphoïdes, et les ganglions du cou expliquent les infections ganglionnaires de voisinage, mais le tissu cellulaire suffit quelquefois à ce rôle.

Dans la marche clinique de ces abcès, on remarquera qu'il se passe un certain intervalle entre l'apparition de l'adéno-phlegmon et de l'angine pharyngée. C'est dans la convalescence de celle-ci que se montre l'inflammation extérieure. Le premier malade de M. Troquart est pris dans les premiers jours de décembre et ce n'est que le 12, alors que le malade n'a plus d'inflammation pharyngée, que survient l'adéno-phlegmon; il en est de même de la malade de M. Vilcoq, les accidents de grippe se manifestent le 25, elle se croit guérie, reprend son travail, et c'est le 3 janvier que les accidents pharyngiens se montrent intenses et aboutissent à l'adéno-phlegmon.

Pareil fait se produisit chez mon malade, qui ne souffrait plus de la gorge, qui se croyait assez bien pour entreprendre un voyage à Paris, et c'est après ce voyage que la légère adénite qu'il avait au cou s'irrite et aboutit au phlegmon.

C'est aussi dans la convalescence des fièvres éruptives des maladies infectieuses : fièvre typhoïde, typhus, que surgissent les bubons cervicaux.

Peut-être qu'une sortie intempestive, l'exposition au froid, un peu de fatigue facilitent la production d'une suppuration qui ne se serait pas faite sans cela. M. Charrin a établi nettement le rôle de ces agents physiques comme suspenseurs de la phagocytose et excitant les pullulations microbiennes.

Il serait peut-être nécessaire dans les inflammations pharyngées, dont l'origine est toujours infectieuse avec ou sans étiquette, qu'on se montrât plus sévère pour l'exeat des malades, qu'on ne leur permît de sortir que lorsque l'évolution morbide est bien achevée, qu'il n'y a plus aucun signe extérieur ni rien dans l'état général qui pût faire craindre un retour offensif du mal. C'est là l'intérêt pratique qui me paraît ressortir de ces observations, en plus de la formation de ces adéno-phlegmons dans les cas où il n'est pas habituel de les rencontrer.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Des rétrécissements de l'intestin, de leur traitement, comunication faite au Congrès français de chirurgie par le Dr A. Boiffin, professeur de clinique chirurgicale, à l'Ecole de Nantes.

La principale condition de succès dans le traitement chirurgical des rétrécissements cicatriciels ou cancéreux de l'intestin, c'est une intervention précoce dont les indications se tirent d'un diagnostic hâtif.

Avant d'arriver à l'obstruction qui n'est que la période ultime de leur évolution, les rétrécissements intestinaux se révèlent par un ensemble de symptômes spéciaux dont quelques-uns sont précoces. Cet ensemble, la répétition fréquente à intervalles presque réguliers peuvent servir de base pour proposer une intervention exploratrice qui doit être pratiquée dès que le traitement médical suffisamment prolongé reste inefficace. Les coliques soudaines souvent violentes, parfois aiguës à arracher des cris au malade, des gargouillements intenses accompagnant le développement des anses intestinales, qui se dessinent sous la paroi abdominale ; l'apparition de ces troubles presque régulièrement après l'ingestion d'ali-

ments même liquides; chaque crise de coliques presque régulièrement suivie d'évacuations plus ou moins abondantes, tous ces troubles sont autant de signes importants qui doivent, avant l'apparition d'une tumeur, éveiller l'idée d'un obstacle au cours des matières.

Pour arriver à supprimer cet obstacle, le chirurgien dispose de plusieurs moyens qui ont chacun leurs indications, leur supériorité selon les cas : ce sont l'anus contre nature, la résection intestinale suivie d'entérorrhaphie, enfin l'entéro-anastomose trop longtemps oubliée.

L'anus contre nature, naguère encore si ardemment défendu, peut parfois être le seul moyen à employer, malgré ses graves inconvénients, dans deux conditions : le mauvais état général, l'âge du sujet, ou bien le siège du rétrécissement placé sur la partie inférieure du gros intestin. En dehors de ces conditions, il est bien certain que l'anus contre nature est chose blâmable en bonne chirurgie, ainsi que Senn l'a dit avec raison et depuis longtemps déjà.

Actuellement l'indication de la laparotomie exploratrice doit être admise sans conteste quand on est en présence des accidents d'obstruction, et le médecin assume une grave responsabilité quand il n'appelle pas le chirurgien dès le début de ces accidents. C'est dès le début, en effet, qu'il est possible de juger nettement les symptômes, les données de l'exploration méthodique, l'évolution des troubles, et de décider à temps l'opportunité de la laparotomie qui seule permet de supprimer l'obstacle et de rétablir la continuité du canal intestinal.

L'ouverture du ventre étant pratiquée dans des conditions favorables, et ayant permis de constater la présence d'un rétrécissement, on a à choisir entre deux moyens : *la résection intestinale suivie d'entérorrhaphie* n'offre que de bien faibles chances de guérison durable dans le cas de cancer, et pour le rétrécissement simple elle présente, sans autre avantage, moins de bénignité que le troisième mode opératoire.

L'entéro-anastomose est l'opération de choix; l'application de cette opération est de date récente, du moins en France : c'est en 1881 que Billroth reprit l'opération de Maisonneuve et fit l'iléo-colostomie pour un rétrécissement; en 1890, je pratiquai, le premier en France, une entéro-anastomose pour un rétrécissement simple du rectum, et le sujet est encore vivant.

L'emploi de cette opération n'est donc qu'à son début dans notre pays, et la vulgarisation n'en a pas encore été suffisamment faite pour qu'elle occupe la place importante qu'elle doit prendre dans le traitement des rétrécissements intestinaux.

L'étude des observations publiées dans ces derniers temps établit bien que sa bénignité assure des résultats immédiats très heureux, et même que les résultats fonctionnels sont durables, enfin que la survie ne dépend que de la nature du rétrécissement.

REVUE DES CONGRÈS

ASSOCIATION AMÉRICAINE DE LARYNGOLOGIE

17e réunion annuelle tenue à Rochester.

Tuberculose des régions supérieures des organes respiratoires.

M. Wright. — Nous avons tous à un moment donné des bacilles de la tuberculose dans nos organes respiratoires. Sur deux ou trois autopsies on trouve une fois des traces de tuberculose guérie. La mortalité n'est pas due tant au bacille lui-même qu'aux mauvaises conditions hygiéniques. Les médecins, bien que très exposés aux bacilles, ne deviennent pas plus souvent tuberculeux que les autres hommes. Le peu d'abondance des anastomoses entre les lymphatiques externes et internes de la région du cou expliquent peut-être comment tant de sujets échappent à l'infection. Au contraire, au niveau du nez les fréquentes communications qui existent entre les lymphatiques de cet organe et ceux de l'espace sous-arachnoïdien expliquent peut-être la fréquence de la méningite tuberculeuse chez l'enfant. La protection du larynx est très remarquable; peut-être à ce niveau, les coccus pyogènes ouvrent-ils une brèche dans laquelle entrent ensuite les bacilles tuberculeux. Les bacilles tuberculeux ne peuvent produire un abcès ; il est douteux qu'ils puissent traverser un épithélium glandulaire.

M. Rice. — La tuberculose des fosses nasales est rare ; Willigk n'en a trouvé qu'un cas sur quatre cent soixante-seize autopsies. Il s'agit tantôt d'une ulcération du septum et du plancher, rappelant toutes les ulcérations tuberculeuses ordinaires, tantôt de petites tumeurs papillomateuses attachées aux cornets. La tuberculose nasale est fréquemment méconnue, car elle peut coexister avec des lésions spécifiques. Sur les mille trois cent sept autopsies que fit Willigk, il trouva de la tuberculose deux cent trente-sept fois au niveau du larynx et une fois au niveau du pharynx. La tuberculose de l'isthme du gosier est généralement associée à une tuberculose aiguë généralisée bien plutôt qu'à une tuberculose pulmonaire chronique. Quelquefois des nodules miliaires peuvent précéder l'ulcération au niveau du voile du palais. 80 0/0 des cas de tuberculose de larynx sont d'un diagnostic facile, mais les vingt autres cas sont d'un diagnostic très difficile. Sur ces vingt cas, il y en a peut-être la moitié pour lesquels le diagnostic est impossible sans l'aide de l'iodure et du microscope. Dans les cas ordinaires, rien n'est plus typique que le gonflement semi-œdémateux et semi-inflammatoire causé par l'infiltration tuberculeuse, qui est bientôt suivie d'une ulcération à surface grise à aspect rongé. Ces lésions sont généralement symétriques et reposent sur une surface anémiée. Dans le cas de tuberculose laryngée au début, on trouve des surfaces anémiées localisées au niveau du palais et du voile du palais, présentant çà et là de gros capillaires convergeant vers la luette. La couche des papilles est plus élevée au niveau de la commissure inter-aryténoïde ; l'action des adducteurs internes du larynx est affaiblie. Un papillome récidivant au niveau de la corde vocale doit faire naître des doutes; cela indique souvent une laryngite tuberculeuse. Il faut aussi considérer comme suspecte une congestion localisée des cartilages aryténoïdes. Souvent il y a coexistence de lésions syphilitiques et tuberculeuses du larynx.

M. Gleitsmann. — Le traitement chirurgical de ces lésions est intra ou extra-laryngé. Dans le premier cas, il s'agit de l'incision au bistouri ou aux ciseaux courbes, du curettage des injections sous-muqueuses, de l'électrolyse du traitement au galvanocautère. Dans le deuxième cas, on a recours à la laryngotomie, à l'excision des parties malades, à l'extirpation du larynx, à la trachéotomie. J'ai trouvé la relation de huit cas d'extirpation totale et de sept cas d'extirpation partielle du larynx, cet organe présentant des lésions tuberculeuses. Sur quatre des huit cas d'extirpation totale on avait fait le diagnostic avant l'opération; deux autres cas furent opérés comme étant atteints de lupus et les deux derniers comme étant atteints de carcinome. Sur les sept cas d'extirpation partielle, cinq fois on avait le diagnostic, dans un cas on avait cru à un lupus, dans un autre cas à un carcinome. Le curettage est en faveur actuellement et il amène souvent la guérison des lésions tuberculeuses du larynx ; cependant il peut aussi y avoir des rechutes. Les dangers de cette opération sont : l'hémorrhagie, la douleur, la difficulté d'opérer. On arrêtera l'hémorrhagie par une solution d'acide lactique et de perchlorure de fer; on peut éviter la douleur par la cocaïne. La difficulté d'opérer n'est pas insurmontable. Le curettage enlève un foyer d'infection, qui constitue un danger permanent pour l'organisme. L'infiltration de la région aryténoïdienne, qui est la grande cause de dysphagie, peut être enlevée en une séance par le curettage. La cicatrisation se fait rapidement. Cela est utile, même dans le cas de phthisie pulmonaire, car alors cette opération permet au malade de s'alimenter. Les indications du curettage sont les suivantes : 1° Tuberculose primitive du larynx sans tuberculose pulmonaire ; 2° cas où il y a une tuberculose pulmonaire concomitante qui commence ou qui paraît enrayée ; 3° les ulcérations et les infiltrations circonscrites ; 4° quand il y a un gonflement dur de la région aryténoïdienne, de la bande ventriculaire, de la paroi postérieure, ou quand il y a des tumeurs tuberculeuses ou des affections de l'épiglotte ;

5° quand, au cours d'une phthisie pulmonaire avancée, il y a une dysphagie intense par suite de l'infiltration aryténoïdienne. Les contre-indications sont les suivantes : 1° Affection pulmonaire avancée avec fièvre hectique ; 2° tuberculose disséminée dans tout le larynx ; 3° infiltration étendue amenant une sténose du larynx. Dans ce dernier cas, c'est la trachéotomie qui est indiquée.

M. Murray. — J'ai employé l'acide lactique chez sept ou huit malades atteints d'ulcères du larynx et du pharynx et j'ai obtenu de bons résultats.

M. Tugals. — Je crois que si l'on avait deux séries, l'une de mille malades traités par des topiques et l'autre de mille malades opérés, on trouverait plus de guérisons dans la première série que dans la deuxième. J'ai guéri quatre malades d'ulcérations laryngées ou pharyngées par de simples badigeonnages à l'acide lactique. Le trichlorure d'iode m'a rendu des services. Je n'emploie pas volontiers la cocaïne à cause de son action dépressive sur le système nerveux. Je me sers de préférence d'une mixture contenant de l'acide phénique, du tannin et de la morphine.

Xe CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Membres (Fin).

Manuel opératoire et résultats des arthrodèses du pied.

M. Kirmisson (Paris). — Nous sommes entièrement de l'avis de Samter quand il proclame la nécessité d'étendre l'arthrodèse à l'articulation astragalocalcanéenne. Déjà, du reste, en 1890, nous avons posé en principe la nécessité de faire porter à la fois l'ankylose sur l'articulation tibio-tarsienne et sur l'articulation sous-astragalienne et nous avons proposé de faire l'arthrodèse du pied au moyen d'une cheville en ivoire suffisamment longue pour traverser de part en part l'astragale et venir s'implanter dans l'épaisseur du calcanéum. Nous avons eu nombre de fois à exécuter ce plan opératoire.

Nous restons fidèle au procédé que nous avons employé tout d'abord, et qui est calqué sur celui de MM. Richet et Polaillon pour la rétection de l'articulation tibio-tarsienne. A l'aide d'une incision étroite, juste suffisante pour le passage de l'ostéotome, nous commençons par faire la section du péroné au-dessus de la malléole externe ; après quoi, nous circonscrivons la malléole interne par une incision en L remontant plus ou moins haut derrière le tibia, à la partie inférieure de la jambe. Le périoste étant détaché et les ligaments sectionnés, il nous est alors facile, grâce à l'ostéotomie préliminaire du péroné, de luxer complètement le pied en dehors, et de mettre à nu les différentes surfaces articulaires pour les dépouiller de leur revêtement cartilagineux. L'opération se termine par l'enchevillement à l'aide de chevilles en os de deux à trois millimètres de diamètre sur cinq centimètres de longueur.

Dans les quinze faits où nous avons jusqu'ici pratiqué les divers modes d'arthrodèse du pied, nos opérés ont guéri de la façon la plus simple. Onze fois nous avons fait l'arthrodèse tibio-tarsienne : neuf fois l'opération a porté uniquement sur cette articulation, et deux fois elle s'est étendue en même temps à l'articulation médio-tarsienne. Nous avons fait dans deux cas seulement l'arthrodèse de l'articulation astragalo-scaphoïdienne, et enfin deux fois l'arthrodèse de l'articulation médio-tarsienne en totalité.

Sur ces quinze opérations d'arthrodèse, onze ont été accompagnées d'enchevillement, sans que la présence de la cheville en ivoire ait déterminé le moindre inconvénient. Quant aux résultats fonctionnels, ils ont été en général très satisfaisants. Chez cinq de nos malades, il est resté une légère mobilité dans l'articulation opérée et, par suite, le résultat est demeuré incomplet ; néanmoins les malades ont bénéficié de l'opération.

Amputation interscapulo-thoracique.

M. J. Bœckel a pratiqué une amputation interscapulo-thoracique chez une jeune fille de vingt-quatre ans, qui était venue le consulter en décembre 1894, présentant une tuméfaction de l'extrémité supérieure du bras pour laquelle il porta le diagnostic d'ostéosarcome. Une opération partielle, dans laquelle on pratiqua seulement l'énucléation du néoplasme, fut suivie d'une récidive rapide. Deux mois après la première intervention, on procéda à la désarticulation de l'épaule ; grâce à la ligature préalable de la sous-clavière et à l'ostéotomie provisoire de la clavicule, l'opération se fit sans hémorrhagie notable, et la malade a très bien guéri de son opération. Malheureusement, trois mois plus tard, il fallut extirper une nouvelle récidive, qui fut suivie, deux mois après, d'une troisième récidive, cette fois inopérable.

Hypertrophie partielle congénitale du pied.

M. Phocas a opéré un enfant de neuf ans, venu au monde avec la malformation suivante : le pied droit, dans ses deux tiers antérieurs, était gonflé et formait tumeur mesurant quarante-trois centimètres de circonférence ; les trois premiers orteils étaient compris dans la difformité. M. Phocas a pratiqué l'amputation sous-astragalienne, qui a permis à l'enfant de porter une bottine ordinaire et de marcher très facilement. La tumeur était constituée par une hypertrophie du tissu celluluodipeux et d'une partie du squelette.

Extirpation des anévrysmes externes.

M. Delbet rappelle que son premier travail sur ce sujet fut assez mal accueilli par ses maîtres d'alors; il constate qu'aujourd'hui tout est bien changé et que son procès est près d'être gagné. Avant 1889, il n'y avait guère qu'un anévrysme sur cinq traité par l'extirpation ou l'incision ; depuis 1889, il y en a près de 69 0/0, c'est-à-dire les deux tiers. M. Delbet a personnellement pratiqué avec succès deux opérations de ce genre (un anévrysme radical, un poplité).

En compulsant les statistiques, M. Delbet trouve cent huit cas de ligatures qui donnent neuf morts, soit 8 0/0 de léthalité, et douze cas de gangrène ; soixante-seize cas d'extirpation donnent zéro mort, quatre cas de gangrène dont un seul est imputable à l'opération.

Enfin, les qualités de la guérison sont bien préférables après l'extirpation. Il n'y a plus de récidive à craindre, récidive observée après ligature dans 5 à 6 0/0 des cas, les douleurs disparaissent, il n'y a plus de phénomènes inflammatoires. Aussi pour toutes ces raisons, pour l'efficacité et la bénignité plus grande, M. Delbet continue à proclamer la supériorité de l'extirpation du sac anévrysmal sur la ligature de l'artère à plus ou moins grande distance.

Anévrysme artério-veineux de l'avant-bras.

M. Bousquet (Clermont-Ferrand). — Il s'agit d'un jeune homme de vingt-six ans, qui avait reçu, en septembre 1893, toute la charge de son fusil, au moment où il retirait l'arme du milieu d'un fagot, dans lequel il l'avait cachée pour aller braconner. Les plombs faisant balle étaient entrés dans les parties molles de l'avant-bras jusqu'au coude, en laissant intacts os et articulations. Quinze jours après l'accident, il avait commencé à se former, au pli du coude, un anévrysme artério-veineux. La ligature de l'humérale proposée fut refusée. Trois mois après, une tumeur volumineuse occupait la partie inférieure du bras, le coude et une partie de l'avant-bras. La mensuration au niveau du coude donnait quarante-deux centimètres du côté blessé ; du côté sain, au contraire, on trouvait vingt-cinq centimètres. M. le docteur Bousquet pratiqua l'ablation de la tumeur et obtint une guérison absolue tant au point de vue fonctionnel qu'au point de vue opératoire. Tous les mouvements sont, en effet, suffisamment revenus pour que le conseil de revision n'ait pas cru devoir le réformer.

Pleurésie purulente. Décortication du poumon.

M. Sorel (Le Havre). — Malade toussant un peu depuis trois ans. Il y a deux ans, alité trois semaines avec point de côté. Août 1894, ponction de la plèvre gauche d'urgence pour dyspnée intense : sept cents grammes de pus. Ouverture large de la poitrine, décortication du poumon. Cessation de la dyspnée. Bon état général. Il y a trois mois le malade tousse de nouveau. Tuberculose pulmonaire. Mort le 8 octobre, treize mois après l'opération. Autopsie. Tuberculose infiltrée et caverne à droite dans le lobe supérieur. A gauche, infil-

tration tuberculeuse de tous les lobes. De ce côté, le lobe supérieur avait repris son volume. L'inférieur était presque affaissé.

Conclusions : 1° Dès que le diagnostic de la purulence est fait, faire d'emblée l'empyème antiseptique, sans lavage ni avant, ni après l'opération.

2° S'il se forme une petite cavité dans le sinus du diaphragme et des côtes, réséquer les dernières côtes, comme l'indique Delagénière (Mans).

3° Si on peut faire le diagnostic de la rétraction du poumon contre la colonne vertébrale, ouvrir largement le thorax, aller à la recherche du poumon et le libérer de la coque qui le comprime.

4° Si le poumon revient incomplètement sur lui-même, il faut terminer l'opération par l'ablation des dernières côtes.

M. Hassler (Lyon) relate l'histoire d'un jeune homme de vingt-deux ans qui subit l'opération de l'empyème le 6 mai 1894.

La guérison n'étant pas survenue malgré des pansements quotidiens, il pratiqua le 21 mars 1895 l'opération de Letiévant-Estlander. En faisant la toilette de la cavité pleurale, il trouva une épingle rouillée et deux drains en caoutchouc rouge, longs l'un de sept centimètres et l'autre de neuf. Les suites opératoires furent des plus simples et deux mois après la guérison était complète.

Névralgie faciale rebelle.

M. Malherbe (Nantes) relate les résultats éloignés obtenus chez un malade par trois interventions.

M. B... âgé de cinquante-quatre ans. Névralgie faciale gauche portant sur les nerfs maxillaires supérieur ou inférieur. Cette névralgie date de treize ans et rien n'a pu la calmer.

Le 12 août 1892, nous réséquons le nerf dentaire inférieur par la bouche au-dessus de l'épine de spix et le nerf maxillaire supérieur derrière la tubérosité du maxillaire, par le procédé de Lossen-Braun en suivant les indications de Paul Segond. Le malade reste guéri pendant sept mois, puis la névralgie revient peu à peu.

Le 8 août 1893, nous réséquons les nerfs auriculo-temporal et buccal gauches. A la suite de cette opération, nouvelle cessation des douleurs pendant sept mois encore. Après cette période de calme, les douleurs reviennent très vives.

Le 10 novembre 1894, nous pratiquons l'ablation du bord alvéolaire après avoir fendu largement la joue.

Mais soit que l'opération ait été incomplète, soit qu'en réalité cette intervention n'ait pas la valeur qu'on lui a attribuée, le soulagement fut presque nul. Actuellement, le malade souffre encore beaucoup.

Nous avons cru utile de signaler ces résultats si intéressants pour les deux premières opérations et de faire ressortir combien, malgré l'échec de la troisième tentative, ces faits sont favorables à la théorie de l'origine périphérique des névralgies faciales.

M. Guinard. — J'ai réséqué le ganglion de Meckel à deux malades qui avaient épuisé toutes les ressources thérapeutiques et qui étaient arrivées au dernier degré de ce qu'on pourrait appeler la cachexalgie. L'opération date maintenant de trois ans : aucun signe de névralgie n'a reparu. On peut donc dire qu'il ne s'agit pas là d'une de ces améliorations passagères telles qu'il n'est malheureusement pas rare d'en observer en pareil cas après n'importe quelle intervention.

La voie à choisir est la voie latérale qui permet d'aborder la fosse pterygo-maxillaire et de réséquer le ganglion de Meckel sans effondrer le sinus maxillaire.

Il n'est pas sans intérêt de publier des faits de ce genre qui montrent bien le bénéfice qu'on peut espérer de cette opération alors qu'on serait tenté de remonter plus haut sur le trajet du trijumeau et d'aller jusque dans la cavité crânienne pratiquer l'ablation du ganglion de Gasser. Il semble que depuis quelque temps cette dernière opération a toute la faveur des chirurgiens; et il est bon de se rappeler qu'elle est d'une gravité incomparablement plus grande que cette résection du ganglion de Meckel et du nerf sous-orbitaire qui peut donner des résultats aussi parfaits. A vrai dire, la résection du ganglion de Gasser a des indications spéciales et ne doit en tout cas être pratiquée que lorsque la résection du ganglion de Meckel a échoué. Je ferai remarquer, en outre, que l'extension des douleurs à toute la zone innervée par le trijumeau n'est pas une contre-indication à l'opération partielle qui s'adresse à une seule des trois branches du nerf c'est-à-dire au nerf sous-orbitaire. La première de mes observations montre bien tout le parti qu'on peut tirer de cette intervention même chez des malades qui souffrent dans tout le territoire innervé par le trijumeau. Je conclus donc en disant qu'en tout état de cause, on ne cherchera à pénétrer dans le crâne jusqu'au ganglion de Gasser que si l'opération extra-crânienne n'a pas donné les résultats heureux que bien des observations, et en particulier les deux précédentes, autorisent à espérer.

M. Lentz (Metz). — Je désire faire quelques réserves au sujet du manuel opératoire qui est généralement adopté pour la résection du maxillaire supérieur, et au moyen duquel on a parfois un mal énorme à pénétrer dans la fente ptérygo-maxillaire avec le crochet à strabisme destiné à charger le nerf. Le procédé décrit par Kocher me paraît donc préférable.

M. Chalot (Toulouse). — Je suis heureux de connaître les bons résultats obtenus par M. Guinard, car j'ai introduit en France la méthode de Lossen-Braun, et je possède une observation, datant de 1892, qui m'a donné un bon résultat.

Quant à l'extirpation du ganglion de Gasser dans le traitement des névralgies du trijumeau, je l'ai tentée dans un cas, et, mon ténotome ayant pénétré dans le sinus caverneux, il s'est produit une hémorrhagie épouvantable, que j'ai eu de la peine à arrêter par un tamponnement intracrânien, pour que le malade ne succombât point sur la table d'opération. Il est mort le lendemain dans le coma.

M. Broca. — La première observation de M. Chalot date seulement de 1892. C'est en réalité M. Segond qui a été le premier à faire connaître en France l'opération de Lossen-Braun, dont il a donné, dès 1889, une description magistrale, avec des observations cliniques à l'appui.

Hémi-craniectomie exploratrice.

M. Doyen (Reims). — Nous incisons la peau de la bosse nasale à la protubérance occipitale; latéralement, nous prolongeons la section vers l'arcade zygomatique en avant et en arrière, vers le pavillon de l'oreille. L'artère temporale et ses principales branches occupent le pédicule de ce vaste lambeau. Nous ouvrons alors le crâne en cinq ou six points, en dehors du sinus longitudinal supérieur, au-dessus du sinus latéral et en bas de la fosse temporale. Nous employons à cet effet une fraise.

Il s'agit alors de sectionner les ponts osseux intermédiaires. Nous présentons à cet effet une double instrumentation : 1° une pince emporte-pièce qui se manie à la main; 2° plusieurs types de mortaiseuses dentées, qui doivent être actionnées par un moteur électrique à grande vitesse. Un de nos types de mortaiseuses est muni à son extrémité d'un bouton hémisphérique qui rend impossible la moindre blessure de la dure mère. La section des ponts osseux à l'aide de la pince ou des mortaiseuses occasionnant une perte de substance linéaire de deux à trois millimètres, il faut ménager vers le bregma une ou deux de ces travées, pour les trancher en biseau, de telle manière que le lambeau osseux, une fois remis en place, ne puisse s'enfoncer accidentellement dans la profondeur. Si l'opérateur ne dispose pas d'un moteur électrique, il suffit de faire sauter le dernier pont osseux d'un coup de maillet à l'aide d'un fort ciseau à épaulements, sans risquer de blesser la dure-mère. L'écaille du temporal et du pariétal est fissurée en deux ou trois coups de maillet avec le même instrument et le lambeau ostéo-cutané rabattu sur l'oreille. La section en biseau de la voûte du crâne est plus facile avec la scie circulaire. On mesure, à l'aide d'un petit instrument gradué en millimètres, l'épaisseur du crâne au niveau d'un des orifices. On adapte à la scie un disque métallique numéroté, destiné à empêcher toute échappée vers la profondeur, et il suffit d'écarter la dure-mère en passant sous le pont osseux une sonde cannelée, pour obtenir en quelques secondes la section oblique désirée.

Lorsque l'on rabat le lambeau, il faut éviter autant que possible la déchirure de l'artère méningée moyenne, souvent

enclavée chez l'adulte dans de petits ponts osseux près de son origine. Cette déchirure nous a paru sans inconvénients pour la nutrition des méninges.

Il s'agit d'ouvrir la dure-mère. Si aucune coloration spéciale ne vient indiquer le siège de la lésion, nous pratiquons de bas en haut, entre les branches de l'artère méningée, des sections curvilignes parallèles, de manière à explorer successivement toute la surface de l'hémisphère ainsi mis à nu. D'autres fois, nous avons fait un vaste lambeau duremérien, pour le recoudre ensuite par un fin surjet de soie.

Les caillots ou la tumeur extirpée, on referme le crâne en mettant en place le vaste volet ostéo-cutané qui, le plus souvent, est réuni sans drainage par une suture à points séparés au crin de Florence et ne portant que sur les téguments. Nous avons pratiqué notre dernière opération, y compris les sutures de la peau, en vingt-cinq minutes. Le volet osseux est rabattu, sans ébranlement de l'encéphale, grâce à notre instrumentation, en huit à dix minutes. Une telle craniectomie n'offre pas plus de gravité qu'une laparotomie exploratrice.

On peut explorer dans la même séance tout un hémisphère, y compris sa face interne, jusqu'aux corps calleux, que nous avons touchés de l'index, une partie de la base, et jusqu'au cervelet.

L'incision de la peau est légèrement modifiée, suivant qu'on veut empiéter davantage sur le lobe frontal ou sur le lobe occipital. Chez plusieurs malades, dans un but purement esthétique, nous avons commencé la section en avant, à la limite de la chevelure. Chez deux autres, nous avons sectionné le frontal à partir de la bosse nasale. Une étroite bande d'Esmarch permet d'éviter la petite hémorrhagie que donnent les artères sous-cutanées de la région.

Lésions radiculaires et médullaires.

M. A. Chipault (Paris). — A côté des types cliniques dus à des lésions radiculaires pures, et qui produisent des troubles sensitifs à topographie radiculaire, il existe des types cliniques qui établissent la réalité d'une topographie sensitive médullaire toute différente.

L'auteur cite un certain nombre de signes de lésions radiculaires peu connus: la névralgie radiculaire idiopathique, dont il a observé un exemple portant sur la huitième racine cervicale postérieure droite, exemple traité avec succès par la résection intra-durale de cette racine; les écrasements mono ou pauci-radiculaires traumatiques, précieux au point de vue de la physiologie radiculaire et les élongations radiculaires, tantôt brusques, tantôt chroniques: de cette dernière variété, il rapporte un exemple intéressant.

L'auteur décrit ensuite une variété nouvelle de commotion médullaire avec troubles sensitifs à topographie médullaire.

Il termine son étude en démontrant la possibilité, dans un cas de mal de Pott ou de fracture vertébrale, de distinguer cliniquement, parmi les troubles sensitifs, ce qui revient à la moelle et ce qui reviens aux racines.

Suture veineuse.

M. Ricard (Paris). — Les procédés d'hémostase habituellement appliqués au traitement des plaies veineuses amènent la suppression complète de la circulation dans le calibre du vaisseau, ce qui peut entraîner la perte d'un membre s'il s'agit de la veine fémorale, ou même occasionner la mort quand on a affaire à la veine cave ou à la veine porte. Il n'en est pas de même pour la suture, qui donne une hémostase parfaite, tout en maintenant le calibre de la veine.

Dans un premier cas que j'ai opéré à l'Hôtel-Dieu, en 1892, il s'agissait d'un cancer du corps thyroïde, dont l'extirpation nécessita la résection totale de la veine jugulaire interne jusqu'à son embouchure dans le tronc brachio-céphalique veineux droit. La ligature latérale n'était pas possible, et il ne fallait pas compter sur la suppression totale de ce tronc veineux. J'ai donc pratiqué la suture du tronc brachiocéphalique à l'aide de points séparés, d'après la méthode de Lembert, et fait une suture de soutien avec les tissus voisins. La réunion fut parfaite: il n'y eu ni hémorrhagie, ni trouble circulatoire consécutif.

Je possède une deuxième observation relative à un fait de dilatation ampullaire de la veine fémorale, dilatation qui s'était produite sous l'influence d'un bandage. Cette dilatation n'était pas limitée à la saphène; elle s'étendait à la veine fémorale elle-même et rendait la résection totale impossible. J'oblitérai par quatre points de suture l'incision du sac qui avait permis de constater cette disposition, et la peau fut réunie par dessus. Les suites furent des plus simples.

On peut donc conclure que dans les cas de plaies accidentelles ou opératoires de veines volumineuses, lorsque la ligature, soit totale, soit latérale, est impossible ou dangereuse, le chirurgien trouve dans la suture, méthodiquement et aseptiquement pratiquée, une ressource d'indiscutable valeur.

Epithéliome calcifié.

MM. Malherbe et **Pérochaud** (Nantes). — Nous avons fait connaître en 1880 (*Bulletin de la Société anatomique de Paris* et thèse du Dr Chenantais), une nouvelle espèce de tumeurs du genre épithéliome, l'épithéliome calcifié de la peau. Depuis lors, divers auteurs, frappés de la variété de tissus contenus dans la trame de ces tumeurs, ont conclu à leur origine congénitale et les ont rapprochés des kystes dermoïdes (Pilliet) (*Soc. anat.* de Paris 1890) et Sourdille (*Archives d'ophthalmologie*, Paris, 1895).

C'est la seule opinion différente de la nôtre qui mérite d'être combattue, car celle de Trélat et Lejard qui considèrent la calcification comme un accident dans la vie d'un épithéliome quelconque est en opposition avec tous les faits connus jusqu'ici, et celle de Bard qui considère notre épithéliome calcifié comme une maladie zymotique, une fermentation prouve seulement que le savant pathologiste lyonnais n'a jamais observé une série d'épithéliomes calcifiés. Du reste, la plupart des auteurs qui ont écrit sur l'épithéliome calcifié n'en ont étudié qu'un ou deux spécimens tandis que notre premier travail était basé sur douze tumeurs complètement étudiées et que nous possédons maintenant vingt spécimens d'épithéliome calcifié. Voici les conclusions de nos recherches :

1° L'épithéliome calcifié se développe à tout âge.

2° Il ne se développe pas particulièrement au niveau des fentes branchiales, il occupe aussi bien le tronc ou les membres que le cou ou la face.

3° Bien que nous ne soyons plus aussi affirmatifs que par le passé sur son développement aux dépens des glandes sébacées; il importe de remarquer que jamais on ne l'a vu là où ces glandes manquent.

4° Sa trame peut être fibreuse ou osseuse.

5° Le tissu fibreux et le tissu osseux étant des équivalents histologiques, il n'y a là aucun motif pour en faire une tumeur congénitale (on devrait dire fœtale).

6° Les formes de l'épithéliome calcifié se rapprochent surtout de celles de l'épithéliome lobulé et de l'épithéliome tubulé vulgaire.

7° L'épithéliome calcifié est calcifié d'emblée. Ce n'est jamais une régression d'un épithéliome vulgaire.

8° L'épithéliome calcifié est absolument bénin. Bien qu'il puisse atteindre le volume du poing il ne se généralise jamais et n'envahit jamais les ganglions.

Tumeurs des glandes salivaires.

MM. Malherbe et **Pérochaud** (Nantes). — En 1885, le Dr Pérochaud, alors notre élève, aujourd'hui notre collègue à l'Ecole de médecine de Nantes, publiait une thèse faite dans notre laboratoire sur les tumeurs mixtes des glandes salivaires. De cette thèse, basée sur quinze observations, il résultait : 1° que les tumeurs dites *hypertrophiques complexes* des glandes salivaires, tumeurs qui s'observent aussi bien dans les glandules isolées que dans les grosses glandes, sont en réalité des épithéliomes à trame variable; 2° que dans ces épithéliomes la marche de la néoplasie est ralentie soit par l'étouffement des masses épithéliales enserrées dans du tissu fibreux (phénomène bien connu sous le nom de cicatrice cancéreuse), soit par la dissociation des masses épithéliales dont les éléments cellulaires isolés les uns des autres par du tissu muqueux perdent complètement le caractère épithélial (phénomène que nous avons été les premiers à signaler); 3° que tous les tissus de substance conjonctive, os, cartilage, tissu élastique peuvent entrer dans la formation de la trame, ce qui ne change pas la nature de la tumeur puisque ces tissus sont des équivalents histologiques; 4° que les masses épithéliales, d'abord étouffées par la trame, ce qui donne à la tumeur son caractère de bénignité pendant la première période, par

fois extrêmement longue, de son évolution, que ces masses épithéliales, disons-nous, finissent par prendre leur revanche et donner au néoplasme la morphologie et la marche d'une tumeur maligne.

Nous reprenons aujourd'hui ce travail avec trente nouvelles observations; nous nous proposons de montrer combien est erronée la doctrine qui fait de ces tumeurs des productions d'origine fœtale. Enfin, au point de vue chirurgical, nous donnons une explication rationnelle de la marche de ces tumeurs qui, bénigne, pendant dix, quinze, vingt ans, peuvent devenir ensuite très malignes.

Fibrome pur de la paroi abdominale chez l'homme. Extirpation. Guérison.

M. Hassler (Lyon). — Il s'agit d'un jeune soldat, chez lequel je n'ai pu relever aucun antécédent pathologique héréditaire ni personnel, ni aucun traumatisme ancien ou récent. La tumeur, de la grosseur d'un marron, remonterait, au dire du malade, à sa première enfance, et elle serait restée presque stationnaire. Elle a paru augmenter très légèrement et est devenue douloureuse à la suite de marches militaires et du frottement du ceinturon. L'extirpation a été suivie de guérison rapide. Cette observation est intéressante en raison de la grande rareté de ces tumeurs dans le sexe masculin.

Ophthalmoplégie traumatique.

M. Raugé (Challes) a observé un sujet qui, après une chute sur la région pariétale gauche, présenta les signes classiques de fracture de la base (coma, vomissements, otorragie, surdité gauche persistante) et en guérit. Un mois après l'accident, apparition de troubles moteurs de l'œil gauche. Rien d'anormal dans le regard à droite ou en avant. Dans le regard à gauche, insuffisance d'abduction de l'œil gauche. Pas d'insuffisance conjuguée de l'adduction de l'œil droit, mais, au contraire, déviation secondaire de cet œil en dedans. Fausse projection à gauche pour l'œil gauche. Vertige oculaire. Diplopie homonyme. Diminution progressive et disparition en deux mois des troubles oculo-moteurs. Il y avait donc une paralysie limitée à l'abduction de l'œil gauche sans paralysie conjuguée de l'adduction de l'œil droit et vu l'intégrité du droit interne du côté opposé, la lésion porte non sur le noyau central mais sur le tronc nerveux lui-même. Il y a probablement compression du moteur externe par le cal d'une fracture du rocher (apparition tardive et disparition progressive de la paralysie).

Rhinoplastie totale.

M. Jonnesco. — J'ai pratiqué récemment la décortication du nez, suivie de rhinoplastie totale par la méthode italienne modifiée, chez un jeune homme de vingt-cinq ans, atteint depuis cinq ans d'acné hypertrophique. La veille de l'opération, j'avais immobilisé la tête du patient dans un appareil silicaté. Après la décortication, je pris un lambeau de neuf centimètres sur la région antérieure du bras, et, le lambeau étant suturé sur le pourtour du nez, je fixai l'avant-bras sur la tête à l'aide d'un large appareil plâtré, qui fut enlevé le septième jour. Je sectionnai alors le pédicule et je complétai la suture du lambeau, après l'avoir régularisé. Le résultat est excellent.

Deux cas d'ostéomes du conduit auditif.

M. Moure (Bordeaux). — J'ai eu l'occasion d'intervenir pour deux cas de tumeurs osseuses qui obstruaient presque complètement la lumière du conduit auditif. Dans les cas de ce genre, la gouge et le foret sont également difficiles à manier, tant à cause de l'exiguïté du champ opératoire que de la durée de la tumeur. Chez un de mes malades, c'est à peine si j'ai pu faire pénétrer un trépan mû par un moteur électrique à un demi-centimètre de profondeur dans une exostose absolument éburnée. L'ablation fut, au contraire, très simple, très rapide et n'eut aucun résultat fâcheux. Je pense donc que, lorsque les tumeurs osseuses du conduit sont assez volumineuses pour nécessiter une intervention, c'est à l'ablation qu'il faut avoir recours plutôt qu'au nivellement du conduit, toujours long et difficile à obtenir.

M. Poncet (Lyon) fait une communication sur l'actinomycose temporo-maxillaire.

M. Reboul présente une observation d'actinomycose thoracique.

M. Aragon lit une observation de fracture de la base du crâne.

NOUVELLES

Banquet Tillaux. — Les amis et les élèves de M. le professeur Tillaux lui offriront un banquet à l'Hôtel Continental le mercredi 20 novembre à l'occasion de sa nomination au grade de commandeur de la Légion d'honneur. Adresser les adhésions à MM. les Drs Walther, 21, boulevard Haussmann, Thiéry, 6, rue de Seine, Rieffel, 11, rue des Archives.

Banquet Ferrand. — Les amis et les élèves du Dr Ferrand lui offriront un banquet à l'Hôtel Continental le jeudi 28 novembre 1895, à 7 heures et demie, à l'occasion de sa réception à l'Académie de médecine et de sa nomination au grade de chevalier de la Légion d'honneur.

Le prix de la cotisation est fixé à 20 francs.

Prière d'adresser les adhésions avant le dimanche 24 courant à MM. les Drs Laurand, 77, avenue Kléber, Berbez, 97, rue du Bac, Alibert, 40, rue de Bourgogne et à M. Grenet, interne à l'Hôtel-Dieu, 52, rue de Verneuil.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 *novembre* 1895.

Présidence de M. Empis.

La séance est tout entière consacrée à la lecture de rapport de prix.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 8 *novembre* 1895.

Présidence de M. Cornil.

Étranglement interne par une petite bride.

MM. Tuffier et **Pouquet** rapportent une observation d'étranglement interne, produit par une petite bride qui s'enroulait deux fois autour d'une anse intestinale ; au niveau de cette bride, l'intestin présentait un rétrécissement probablement d'origine congénitale.

M. Cornil rappelle qu'on rencontre assez souvent aux autopsies des brides épiploïques qui n'ont pas déterminé de symptômes cliniques appréciables.

Syphilis héréditaire, lésions osseuses et viscérales.

M. Appert montre des pièces provenant de l'autopsie d'une enfant de douze ans, qui était atteinte de syphilis héréditaire tardive, les épiphyses des os sont très tuméfiées, au niveau de l'articulation du genou, on voit que les cartilages sont ulcérés sur plusieurs points; la rotule, réduite à une lamelle osseuse, présente en son milieu deux perforations, les parties périarticulaires sont transformées en un tissu lardacé, le tibia est atteint d'ostéite, sa face externe est épaissie, spongieuse, couverte d'ulcérations superficielles, le fémur et le péronée sont relativement peu touchés. Les os du crâne présentent des ulcérations et des perforations multiples; elles portent sur la table externe de l'os, la table interne et la dure-mère sont respectées. Le foie est atrophié, en dégénérescence graisseuse, la rate très augmentée de volume (cinq cents grammes). Il y a de la péritonite chronique.

Muscles élévateurs de la glande thyroïde.

M. Poirier présente une note sur les muscles élévateurs de la glande thyroïde.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 9 novembre 1895.

Présidence de M. Henneguy.

Hérédité et toxines.

MM. Gley et **Charrin** montrent deux lapins présentant des malformations congénitales multiples (section des oreilles, section de la jambe, etc.). Ces lapins proviennent d'un père soumis à des injections de toxines pyocyaniques et d'une mère bien portante. Sur les cinq petits qu'a eus la mère trois sont venus mort-nés et deux avec des lésions congénitales.

Ces faits montrent donc l'importance de l'influence héréditaire du mâle. En second lieu, on peut soutenir que non seulement la syphilis, mais toutes les maladies microbiennes ou non exercent une influence héréditaire des plus marquées.

M. Féré revient sur la communication de MM. Charrin et Gley pour soutenir que les malformations présentées par les lapins dont le père était soumis à des injections de toxines, n'étaient pas d'origine atrophique, mais rentraient dans le cadre des amputations congénitales. Celles-ci sont le plus souvent produites par des causes extrinsèques (brides amniotiques), quelquefois aussi par des causes intrinsèques. C'est dans cette catégorie de faits que rentrent les cas observés par MM. Gley et Charrin; seulement M. Féré pense que les auteurs ont donné une importance trop générale aux faits observés qui ne sont en somme qu'une exception, en ce sens que dans le résultat obtenu il n'y a pas, avec l'expérience, une relation de cause à effet.

M. Gley soutient la légitimité de ses conclusions. Dans les expériences en question une seule cause a été modifiée par l'incorporation des toxines dans l'organisme du père. Le résultat a été une malformation des pattes chez les descendants.

D'après M. Gley, il existerait même une loi qui réglerait les faits de ce genre. Quand on injecte des toxines au père et à la mère, on observe de la stérilité, de la morti-natalité, des avortements. Les mêmes faits s'observent quand on intoxique la mère seulement; si les toxines sont incorporées dans l'organisme paternel, à côté des faits précédents on observe encore différents types de malformations chez les descendants.

Nouveau parasite humain.

M. Giard présente au nom de **M. Courtis** (de Lille) la description d'un nouveau parasite trouvé dans un myxome de la région inguinale d'un homme.

Le parasite, dont les dimensions varient entre neuf et quatre-vingts μ se présente sous forme d'un microcoque entouré d'une enveloppe. D'après M. Courtis, on aurait affaire à une levure. Sur des cultures, le parasite forma des colonies d'aspect gélatineux où, au commencement, la capsule qui enveloppe le microcoque. Inoculés à des lapins, à des cobayes, à des souris, il provoque la formation locale d'une tumeur qui, à l'examen microscopique, se compose presque exclusivement de parasites.

Le malade, porteur de cette tumeur, a succombé à la méningite tuberculeuse plusieurs mois après l'opération.

Deux cas de névrites périphériques.

M. Babinski a observé deux cas de paraplégie avec névrites périphériques, qui semblent devoir jeter quelque jour sur la pathogénie de ces névrites.

Dans le premier cas il s'agit d'une femme de trente-quatre ans, atteinte depuis son enfance d'un mal de Pott avec gibbosité au niveau des neuvième et dixième vertèbres dorsales. Un jour elle est prise de vives douleurs dans la colonne vertébrale et la fosse iliaque et est obligé de s'aliter, puis quand au bout de quelque temps elle veut se lever, on constate que la malade a une paralysie des deux membres inférieurs.

Lorsque la malade fut amenée à l'hôpital, l'examen montre l'existence d'une paraplégie flasque avec amyotrophie et dégénérescence des muscles. Il existait en même temps une rétention d'urine et de matières fécales, et une escharre au sacrum. Les accidents allèrent en s'aggravant et la malade mourut dans la cachexie.

A l'autopsie, on trouva une pachyméningite externe avec dégénérescence ascendante et descendante des cordons. Les cornes antérieures, de même que les racines antérieures et postérieures, étaient absolument normales. Par contre le sciatique, les nerfs sciatiques poplitée externe et sciatique poplitée interne, étaient attteints de névrite des mieux caractérisées. Les lésions de névrite s'atttenuaient à mesure que l'on se rapprochait du centre.

Le second est analogue au précédent au point de vue clinique et anatomique, sauf une particularité, à savoir que la paraplégie était spasmodique et non pas flasque comme dans le premier cas.

Dans les deux cas, la paraplégie était d'origine médullaire, comme le prouve, entre autres, le développement tardif de l'atrophie musculaire. Quant à la névrite, M. Babinski n'admet pas une simple coïncidence, ni une origine cachectique, ce qui n'expliquerait pas sa localisation au membre inférieur : il croit plutôt qu'elle dépend d'une perturbation des centres trophiques, par lésion des parties sus-jacentes. Ces névrites seraient de même nature que celles que l'on observe dans certains cas d'hémiplégie.

M. Langlois et Athanassio font une communication sur les modifications du pouvoir isotoxique du sang sous l'influence des sels de cadmium et de zinc.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 octobre 1895.

Pleurotomie pour hémothorax.

M. Quénu a vu en avril 1895 un homme de dix-neuf ans qui avait reçu de coup de couteau dans le septième espace intercostal gauche. Le lendemain, à la visite, sa pâleur était extrême; pouls très fréquent, signes d'hémothorax. Une ponction qui donna six cents grammes de sang amena du soulagement, mais le lendemain il fallut recommencer et extraire deux mille grammes de sang presque pur. Comme l'état était menaçant, M. Quénu se décida alors à agir radicalement. Il fit la pleurotomie, avec résection de la septième côte, vit le poumon rétracté, en haut surtout, tamponna à la gaze iodoformée et obtint une guérison rapide. On ne peut pas affirmer que le malade n'aurait pas guéri sans cela, mais il est certain qu'il allait mal jusqu'à l'intervention et qu'ensuite il a été bien. Peut-être l'entrée large de l'air dans la plèvre a-t-elle fait rétracter plus complètement le poumon et a-t-elle aussi facilité l'hémostase.

M. Berger fait remarquer que cette opération a été proposée depuis bien longtemps, et il croit même qu'elle a été faite récemment.

M. Delorme est partisan de l'intervention radicale en cas d'hémorrhagie immédiate grave, mais lorsque le sang est arrêté, il conseille de n'intervenir que s'il survient des complications septiques.

Calculs vésicaux.

M. Picqué fait un rapport sur un cas où M. Maurange a fait la cystostomie chez un prostatique calculeux et infecté, avec un peu d'albumine, auquel il a enlevé douze calculs. A ce propos M. Picqué dit que dans les asiles d'aliénés il a vu un malade auquel, pour remédier à des troubles mentaux, il a dû oblitérer la fistule sus-pubienne.

SOCIÉTÉ D'OPHTHALMOLOGIE

Séance du 5 novembre 1895.

Cataracte.

M. Vacher communique à la Société ses résultats sur le pansement préparatoire ou pansement témoin, et l'occlusion simple dans l'opération de la cataracte.

Il a imaginé en 1888 et publié en 1889 un pansement destiné à révéler la présence des sécrétions purulentes dans les yeux qui doivent subir une opération.

Le docteur Nuel ne peut s'attribuer l'idée d'un pansement que M. Vacher pratiquait trois ans avant lui. Il est à remarquer que l'occlusion des yeux qui suppurent légèrement, produit une rapide augmentation de cette suppuration, une inflammation qui croit avec la durée de l'occlusion. L'occlusion même prolongée sur les yeux très sains, ne modifie en rien leur état. M. Vacher a fait ces remarques dès le début de l'emploi du pansement témoin, auquel il attribue une grande importance, à cause de ce fait.

Le pansement témoin est constitué par un tampon d'ouate aseptique maintenu sur l'œil sans compression du globe avec une bande de gaze collodionnée. Lorsque l'application de ce bandeau, la veille d'une opération, ne révèle aucune suppuration le lendemain, on opère et met, après l'opération, un pansement identique, qui, bien fait, adhère parfaitement et très rapidement et donne toute sécurité. Lorsque, au contraire, le pansement témoin montre la présence d'une légère suppuration on fait, après l'extraction du cristallin, le lavage de la chambre antérieure, une simple occlusion des paupières avec une petite bande de gaze collodionnée sur leur partie médiane et verticalement.

Les paupières ne sont cachées que sur une largeur de un centimètre au plus, les deux angles sont entièrement libres, on peut les surveiller et les laver autant que cela est nécessaire sans ouvrir l'œil.

M. Vacher a employé ce pansement dans quarante et un cas et n'a constaté qu'une hernie de l'iris, survenue par la faute du malade. Il croit que le pansement permanent avec du coton eût provoqué des inflammations plus violentes sur des yeux déjà prédisposés à la suppuration; de plus le pansement qui suit l'opération de la cataracte ne doit pas exercer de compression sur le globe mais maintenir uniquement l'occlusion des paupières en les préservant des poussières extérieures.

M. Valude ne croit pas que beaucoup d'oculistes aient suivi la conduite de MM. Vuel et Vacher et il se demande si les bons résultats obtenus ne tiennent pas beaucoup à la rigueur de l'antisepsie; il a vu d'un autre côté des yeux opérés où l'on trouvait du pus à la levée du pansement et où l'on s'attendait à des accidents et la cicatrice être parfaite.

M. Kalt est du même avis et croit que le pansement épais est destiné surtout à garantir le malade du traumatisme. L'idéal du pansement serait celui qui mettrait une véritable carapace devant l'œil sans le toucher. M. Fuchs a cherché cet idéal, à l'aide d'un grillage qui a l'inconvénient de ne pas bien se fixer.

Quant à la poussée de catarrhe occasionné par la compression. M. Kalt pense que le sublimé peut aussi la produire.

M. Meyer emploie le pansement témoin mais opère toujours quel que soit l'état dans lequel il trouve l'œil — il a supprimé les lavages au sublimé pendant l'opération et ne constate plus ces opacités striées de la cornée. — Après l'opération, il fait le pansement de façon à avoir une surface unie avec un bandeau protecteur qui reste trois jours en place; — au bout de ce temps il met une coque d'aluminium en la fixant par deux fils. M. Chibret met aux malades, après le troisième jour, une rondelle de coton par-dessus laquelle il place de grosses lunettes. M. Meyer n'admet pas après l'opération l'occlusion simple de M. Vacher à cause des traumatismes auxquels le malade peut être exposé.

M. Terson dit qu'on trouve toujours une certaine sécrétion sur l'œil non opéré, parce qu'il n'a pas été lavé antiseptiquement comme l'œil opéré.

M. Vacher répond aux diverses objections qui lui ont été faites que le pansement témoin révèle l'état de l'œil et qu'il ne présente pas d'inconvénients. Quand l'œil qui a le pansement témoin présente des sécrétions, il met sur l'œil opéré un pansement simple contistant en une simple petite bande de gaze collodionnée et adhérente sur le milieu des deux paupières, pour pouvoir surveiller et laver les deux angles. S'il n'y a pas de sécrétion, il applique le pansement ordinaire.

Wuillonunet

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 novembre 1895.

Présidence de M. Hayem.

Traitement du goitre vulgaire par la médication thyroïdienne.

M. P. Marie. — Chez une jeune fille de dix-neuf ans atteinte d'un goitre progressif depuis l'âge de quatorze ans, j'ai prescrit, dès le 14 septembre, l'ingestion quotidienne de deux tablettes de corps thyroïde de mouton de la marque Burroughs and Wellcome de Londres. Dès le 19, ce goitre diminuait et après onze jours de traitement, on pouvait constater une régression considérable du goitre (de quatre-vingts millimètres au début de diamètre transverse au niveau de la clavicule à quarante-cinq millimètres, et le diamètre vertical de cinquante-cinq à quarante millimètres). Il y eut à ce moment quelques accidents de thyroïdisme, qui cédèrent au bout de un jour ou deux.

On peut donc conclure de ce fait et d'autres avec Sené et Bruns que la médication thyroïdienne est la méthode de choix dans le traitement du goitre. Les bons effets se manifestent très tôt, après des doses très faibles de corps thyroïde (dix tablettes), à condition que les conditions du goitre soient celles qui ont été formulées par Bruns: 1° goitre de volume modéré; 2° d'origide récente; 3° chez un sujet jeune.

Les accidents de thyroïdisme ne se sont montrés que tardivement et d'une façon atténuée, contrairement à ce qui se passe chez les myxœdémateux qui ne se comportent pas vis-à-vis de la médication thyroïdienne comme les goitreux où le corps thyroïde n'a pas cessé complètement les fonctions.

M. Rendu demande s'il y a eu de l'amaigrissement chez la malade traitée. L'an dernier, ayant appliqué ce traitement chez deux obèses, il eut des résultats merveilleux. Une jeune fille de quinze ans pesant deux cents livres, prit pendant deux mois des tablettes de corps thyroïde, et depuis un an son poids a baissé de soixante-six livres.

M. Marie. — Je connais les effets que signale M. Rendu, mais dans ces cas d'obésité infantile, il s'agit probablement d'un tout autre effet que dans le goitre.

Que devient la digestion gastrique après la gastro-entérostomie.

M. Hayem a recherché l'état de la digestion gastrique chez deux malades ayant subi la gastro-entérostomie, l'un pour une sténose pylorique cancéreuse, l'autre pour une sténose pylorique cicatricielle. Les suites de ces opérations furent bonnes, à part des vomissements bilieux assez abondants. De cette étude M. Hayem conclut :

Que, contrairement à ce qu'on pourrait supposer, l'estomac, dans ces circonstances, retient les aliments ingérés;

Que le travail chimique de l'estomac n'est pas atténué;

Que le reflux de la bile dans l'estomac devrait nécessiter une modification dans le manuel opératoire.

Néphrite dothiénenthérique due au bacille d'Eberth.

M. Rendu. — La pathogénie de la néphrite typhique n'est pas encore élucidée; on a invoqué l'action du bacille typhique, celle des toxines, celle des injections secondaires. Les examens du rein ont la plupart du temps donné des résultats négatifs, quoique d'autres observateurs aient révélé dans les urines des typhiques la présence du bacille d'Eberth. Il est donc utile de rapporter une observation dans laquelle l'examen du rein a été positif.

L'observation concerne une jeune fille de vingt ans, entrée le 1er juillet 1895 à l'hôpital Necker au huitième jour d'une fièvre typhoïde avec des urines très albumineuses, une hyperthermie et une adynamie qui ne fit que progresser les jours suivants. A ce moment on remarque la présence sur la peau d'une rougeur violacée surtout apparente sur les mains. sur les pieds et à la face, principalement après le bain. Le 5 juillet, après un bain, la température monte à 41°, je

prescris un lavement avec un gramme d'antipyrine, renouvelé le lendemain matin. La température tombe à 38°, mais on n'observe aucune amélioration; l'affaissement, le collapsus s'accusent et on voit se développer de larges taches érythémateuses à contours irréguliers, sur le tronc, sur les seins et sur les bras; l'antipyrine était-elle à incriminer? C'est peu probable. Quoi qu'il en soit, le 8, la température est normale à 37° et malgré cela les phénomènes urémiques s'accentuent: anurie, vomissements, collapsus, et la malade succombe le 9.

A l'autopsie, les reins ne présentent pas de grosses lésions à l'œil nu en dehors de la congestion et de foyers hémorrhagiques sous-capsulaires. Au microscope, on trouve une néphrite épithéliale limitée aux tubes sécréteurs. Les glomérules, les vaisseaux, le tissu interstitiel n'ont rien. L'examen bactériologique montre, sous forme d'amas opaque dans la lumière des vaisseaux et là seulement, des bacilles très nombreux, et présentant les caractères morphologiques du bacille d'Eberth.

Pareille constatation a été rarement faite. Enriquez, dans sa thèse, mentionne trois observations seulement, avec examen positif, de néphrite typhique, et encore dans deux d'entre eux, ce fut la culture seule qui mit les bacilles en évidence; dans le troisième, ceux-ci existaient sur les coupes mais *dans le tissu interstitiel* seulement.

Je ne pense pas que dans mon observation on puisse penser qu'il s'agissait du coli-bacille, précisément en raison du siège de ceux qui existaient dans les vaisseaux et dans le vaisseaux seulement.

Pour moi, je pense que la marche particulière de cette dothiénentérie, l'éruption, les phénomènes terminaux sont sous la dépendance de la néphrite dothiénentérique.

M. Chauffard. — Il faut, selon moi, faire des réserves sur l'interprétation bactériologique de cette observation, car l'examen microscopique seul ne peut, par la morphologie des bacilles, trancher leur nature colibacillaire ou typhique.

D'autre part, l'élévation de température constatée après le bain devait, il me semble, faire appliquer plus étroitement encore la balnéation froide.

M. Merklen. — Je rappelle qu'un de mes élèves, M. Bodin, dans sa thèse, a consigné l'histoire d'un typhique qui, vers le septième jour, présenta une hématurie, qui persista jusqu'à la défervescence, survenue le quinzième jour. L'urine fut examinée bactériologiquement et par les cultures tous les jours, et on y révéla constamment la présence du bacille d'Eberth jusqu'à la cessation complète de la fièvre.

M. Hanot. — Ce qui m'étonne, c'est que cette néphrite n'ait pas présenté les caractères de la néphrite infectieuse dothiénentérique, dans laquelle le rein est énormément tuméfié et présente l'aspect d'un gros rein blanc. J'ai observé anatomiquement et cliniquement dans le service de Lasègue plusieurs cas de ce genre. Or j'ai noté que *la balnéation froide*, dont je surveillais moi-même les effets, *ne donnait aucun résultat*; j'y ai observé également des érythèmes, avec vésicules miliaires qui fourmillaient de bacilles: la nature de ceux-ci reste naturellement indéterminée, vu l'époque où je faisais ces recherches.

M. Hayem. — J'ai vu autrefois dans les reins des typhiques des taches pâles infectieuses analogues à celles qu'on rencontre dans les foies infectieux et caractérisées par une infiltration leucocytique abondante.

Je ne suis pas non plus de l'avis de M. Chauffard sur l'emploi multiplié des bains. J'ai noté dans un cas de fièvre typhoïde survenue chez une chlorotique, que plus on donnait de bains, plus la température augmentait, ceux-là supprimés, la fièvre tombait. On ne peut donc ériger en dogme que le bain froid doit toujours être répété et qu'il abaisse toujours la température.

Trois cas d'acromégalie traités par des tablettes du corps pituitaire.

M. G. Marinesco. — Les trois malades que nous avons soumis au traitement par le corps pituitaire, sont des cas types de la maladie de Marie. Chez le premier malade qui est une femme âgée de cinquante-trois ans, la maladie a débuté, il y a neuf ans, par des sensations d'engourdissement dans les doigts, et peu à peu le complexus symptomatique de la maladie s'est développé (Suppression des règles, céphalalgie, douleurs dans les membres supérieurs et inférieurs, hypertrophie des mains et des pieds, de la face, et troubles de la vue). Chez le deuxième malade, un homme de cinquante-quatre ans, l'affection a commencé, il y a huit ans, par des engourdissements dans les bras, par de la céphalalgie et par des fatigues musculaires. L'aspect extérieur se modifia aussi, les extrémités prenant un développement exagéré. Le troisième malade, une femme âgée de trente ans, dans les antécédents de laquelle on relève, à vingt-deux ans, des attaques épileptiques, a fait, il y a cinq ans, à la suite d'un étourdissement, une chute du deuxième étage, et elle est restée trois heures sans connaissance. Six mois après cet accident, ses pieds augmentent de volume au point de l'obliger à changer de chaussures; les mains furent prises à leur tour. Les règles se sont supprimées et la malade souffrait d'une céphalalgie à siège temporal. Depuis trois ans, elle présente de la polydipsie, de la polyurie et de la polyphagie. Chez nos trois malades, le fait acromégalique est caractéristique. Les deux premiers appartiennent au type massif de l'acromégalie, le troisième au type géant. Chez tous les trois, il y a de la céphalalgie paroxystique et des troubles de la vue (rétrécissement concentrique chez la première, légère hémianopsie chez le deuxième, hémianopsie très caractéristique chez la troisième). En outre, la troisième malade est atteinte de diabète sucré; la quantité d'urine est en moyenne de douze litres et l'urine contient quarante-huit grammes de sucre par litre.

En nous basant sur le fait que la glande pituitaire est constamment hypertrophiée et altérée dans l'acromégalie, il nous a semblé assez naturel d'administrer aux malades du corps pituitaire, sous forme de tablettes. Les modifications que nous avons vu se produire portent sur l'état subjectif et l'état objectif des malades. La céphalalgie qui, chez nos deux premiers malades, surtout le deuxième, était très violente, a diminué considérablement et même disparu pour quelque temps chez le dernier. Les douleurs pseudo-névralgiques des membres ont été aussi améliorées. L'état général était par conséquent plus satisfaisant. Notre première malade nous a affirmé à plusieurs reprises que les mouvements de ses mains étaient plus libres et qu'elle pouvait marcher plus longtemps sans se fatiguer. Chez aucun d'eux, nous n'avons constaté une diminution apparente des extrémités malades; toutefois la tuméfaction des parties molles nous a semblé moins prononcée dans notre premier cas. La troisième malade a présenté une atténuation des douleurs ressenties à la région sous-malaire. Comme phénomènes objectifs, le plus caractéristique a été l'accroissement de la diurèse. Chez la dernière malade, notamment, la quantité d'urine de chaque jour s'est élevée de seize litres à vingt et un et même vingt-quatre. Sans nier d'une façon absolue le rôle de la suggestion dans l'amélioration obtenue, nous pensons cependant que le traitement a exercé une action élective sur la tumeur pituitaire ou bien sur la circulation intracrânienne. Quant à la nature de l'acromégalie, nous rappelons l'opinion que M. Marie et nous avons émise autrefois, à savoir que l'acromégalie est liée à la perversion du fonctionnement de la glande pituitaire. Nous n'admettons pas, pour notre part, l'hypothèse récente soutenue par Tamburini et Massalongo, que l'hypertrophie des acromégaliques serait sous la dépendance de *l'hypersécrétion* de la glande pituitaire parce qu'au moins dans certains cas, on a trouvé que la glande pituitaire avait subi une transformation hétérologue, c'est-à-dire que les cellules glandulaires avaient disparu et étaient remplacées par des éléments d'un autre ordre, et incapables par conséquent de fournir la sécrétion normale.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 21 *octobre* 1895.

Rein en fer à cheval.

MM. Larroche et Guyot présentent un rein en fer à cheval: les deux reins forment une arcade à concavité supé-

rieure. Ce qu'il présente surtout de remarquable, c'est : d'une part l'absence de rétrécissement indiquant la ligne de soudure des deux organes, et, d'autre part, la diminution du poids de la substance rénale, le rein unique ne pesant que cent quatre-vingts grammes. A gauche, l'uretère a été déchiré pendant la nécropsie ; à droite on observe trois bassinets allongés qui convergent pour former l'uretère.

Mastite traumatique.

M. Hobbs présente un malade, porteur dans le sein droit d'une tumeur du volume d'un œuf de poule et survenue après un traumatisme violent : c'est un cas de mastite chronique traumatique. Depuis trois mois que le malade est en observation la tumeur n'a pas varié.

M. Coyne a observé des mastites chroniques qui, restées longtemps stationnaires, ont fini par dégénérer en tumeurs malignes. Aussi conseille-t-il dans ce cas l'extirpation.

Kyste du genou.

M. Liaras présente les pièces provenant d'un kyste de la face interne du genou ; ce kyste en avait imposé d'abord pour un hygroma de la bourse séreuse du tendon de la patte d'oie. Durant l'opération on s'aperçut qu'il siégeait au-dessus de cette bourse séreuse, il était adhérent en partie au ligament latéral interne ; plus profondément au-dessous se trouvait un second kyste plus petit, et faisant hernie à travers une ouverture du ligament latéral interne. Cette disposition semblerait démontrer que les kystes de cette région ont pour origine un diverticulum de la synoviale articulaire (Poirier).

Suture veineuse.

M. Villar relate quelques expériences qu'il a faites sur le chien pour étudier la suture veineuse et la ligature latérale des veines. Sur un premier chien, il fit une ligature latérale d'une veine fémorale; au bout de quelques jours survint une hémorrhagie. Sur deux autres chiens, il fit une plaie aux deux veines jugulaires, qu'il sutura avec un fil de soie en ayant soin de prendre dans la suture le tissu cellulaire entourant la veine, pour mieux fermer la plaie. Les deux chiens furent sacrifiés, l'un au bout de quinze jours, l'autre au bout d'un mois ; la suture avait bien tenu, il n'y avait pas de rétrécissement du vaisseau. Ces expériences, qui démontrent la valeur de la suture veineuse et sa supériorité sur la ligature latérale, seront continuées et complétées.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 27 octobre 1895.

Corps étranger de l'œsophage.

M. Gangolphe présente une pièce anatomique relative à un dentier arrêté dans l'œsophage à vingt-cinq centimètres des arcades dentaires, et ayant perforé la bronche gauche. Avant de procéder à l'extraction du corps étranger qu'il estimait devoir être des plus difficiles, le chirurgien pratiqua une gastrostomie pour assurer l'alimentation de la malade à la suite des manœuvres opératoires à exercer sur l'œsophage. Une hémorrhagie mortelle ayant pour origine la lésion d'un vaisseau par le dentier ne permit pas de mettre à exécution le second temps de l'opération.

M. Vallas relate une observation de corps étranger du pharynx. Il s'agit d'une épingle qu'une jeune fille avait avalée et qui s'était implantée dans la partie postérieure et inférieure du pharynx. Comme elle était pendante vers l'œsophage, avec un doigt il la fit basculer pour la rendre perpendiculaire au pharynx, put la saisir entre deux doigts et l'extraire.

Corps étranger de la vessie.

M. Vallas s'est trouvé récemment en présence d'une femme qui avait dans la région lombaire droite une fistule purulente et qui vit se développer au-dessous de la région hépatique une tuméfaction franchement phlegmoneuse. Une laparotomie méthodiquement pratiquée conduisit dans un foyer purulent, et dans ce foyer, on trouva une épingle à cheveux. D'où venait-elle? Des aveux tardifs de la malade, il résulte que cette épingle avait été introduite dans la vessie. Elle avait cheminé dans la région iliaque où elle avait déterminé un premier abcès resté fistuleux, et arrivée sous le foie, elle avait provoqué un second abcès en plein péritoine.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 30 *octobre* 1895.

Cancer du sein.

M. Rotter a décrit un nouveau procédé d'extirpation des cancers du sein qui jusqu'à présent ne lui a donné que deux récidives locales sur dix-neuf cas qu'il a opérés.

Avant la période antiseptique, la récidive était fréquente. Mais depuis les recherches de Volkmann qui a montré que dans tous les cancers du sein il y a infection précoce des lymphatiques et de l'aponévrose du pectoral qu'ils traversent, on a pris l'habitude d'extirper avec la tumeur cette aponévrose. Plus tard Heidenhain montra que l'ablation de l'aponévrose n'était jamais complète et conseilla d'enlever en même temps la partie superficielle du muscle.

Cette pratique semble insuffisante à M. Rotter et d'une exécution très difficile. Aussi préfère-t-il dans ces cas d'enlever toute la portion sternale du muscle, et qui n'apporte qu'une très relative dans le fonctionnement du bras. Mais le carcinome s'est propagé à la substance musculaire et si les ganglions sous-jacents à la portion claviculaire sont pris également, les deux portions du muscle pectoral doivent être extirpées. Habituellement on pratique l'extirpation du néoplasme, de la peau, du pectoral et de son aponévrose en un seul temps.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE HAMBOURG

Séance du 24 *octobre* 1895.

Tuberculose du nez.

M. Pluder présente un homme qui depuis deux mois environ se plaint d'enrouement et de dysphagie. L'examen de ce malade montre l'existence d'une infiltration tuberculeuse du sommet droit et de la paroi postérieure du larynx et une tuberculose du naso-pharynx postérieur. Comme le malade présente une fente congénitale du voile du palais, l'exploration du naso-pharynx à travers la bouche a été fort facile.

L'infiltration est particulièrement marquée au niveau de la cloison et du méat inférieur. Les crachats et les parcelles de la muqueuse nasale infiltrée renferment des bacilles tuberculeux. Le siège inaccoutumé de la tuberculose est dû probablement à la fente congénitale du voile du palais.

Pyélite grave.

M. Krause a rapporté l'observation d'une femme de soixante-deux ans, entrée à l'hopital en mars 1895 pour une cystite purulente avec urines acides, mais très chargées de pus. L'exploration montra que la vessie était saine ; par

contre le rein gauche était augmenté de volume, douloureux à la pression et un peu induré au niveau de son extrémité inférieure.

Quelques jours plus tard on pratiqua la néphrotomie lombaire. Le péritoine adhérait si intimement à l'extrémité inférieure du rein, que son décollement était impossible, on fut obligé de le réséquer et de fermer ensuite la grande séreuse par une série de sutures. Le rein fut ensuite énucléé de son atmosphère cellulo-graisseuse, puis amené hors de la plaie et pendu le long de son bord convexe pendant qu'un aide assurait l'hémostase par la compression du hile. Au niveau de l'extrémité inférieure du rein se trouvait dans le bassinet, un gros calcul pourvu de deux prolongements et baignant dans le pus. Le parenchyme rénal avait bonne mine, mais la muqueuse du bassinet suppurait et était couverte de pus.

Il ne fallait donc pas penser de replacer le rein, puisque dans ces conditions la pyélite n'était modifiée en rien. Aussi, M. Krause fixa-t-il le rein ouvert à la façon d'un livre, dans la plaie, et après avoir assuré l'hémostase, tamponna la plaie avec de la gaze iodoformée.

Pendant les premiers quinze jours après l'opération la température continua à osciller entre 37°8 et 38°4, pour devenir ensuite normale. L'urine éliminée par le rein opéré passait dans le pansement, tandis que le second rein après avoir trois cent cinquante centimètres cubes d'urine le premier jour et trois cents le second jour après l'opération, finit par éliminer sept cent cinquante centimètre cubes d'urine dans les vingt-quatre heures. L'urine recueillie les premiers jours dans la vessie, renfermait du pus qui naturellement ne pouvait provenir que du bassinet du rein malade, d'autant plus qu'en changeant le pansement le troisième et le septième jours après l'opération on pouvait constater que le bassinet continuait à suppurer. Aussi pour modérer la suppuration et modifier la muqueuse, a-t-on commencé à pratiquer, à partir de ce jour, des lavages de la muqueuse avec une solution de nitrate d'argent. L'amélioration fut très rapide et le pus disparut de l'urine.

La plaie commença à se rétracter et la plus grande partie d'urine sécrétée par le rein malade, reprit le chemin de la vessie. En avril, la malade émettait déjà douze cents centimètres cubes d'urine par jour. En juin, c'est-à-dire trois mois environ après l'opération, il ne restait de la plaie que deux trajets fistuleux qui se fermèrent après cautérisation au thermocautère.

Actuellement, la malade, qui a engraissé de quatorze livres, est radicalement guérie. Son urine est normale, ne renferme pas d'éléments figurés mais de temps en temps un peu d'albumine.

Rupture du cœur.

M. Frænkel a présenté le cœur d'un hommme de cinquante-cinq ans, cocher de profession, entré quinze jours auparavant à l'hôpital pour une hypertrophie de la prostate. Un jour, le malade fut pris brusquement de dyspnée et mourut en quelques minutes.

A l'autopsie, on trouva une hémo-péricardite avec rupture de la paroi antérieure du ventricule par myomalacie. Les artères coronaires était athéromateuses, l'artère coronaire gauche trombosée.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 18 *octobre* 1895.

Pathogénie et traitement de la goutte.

M. Kolisch soutient que dans la diathèse urique le processus fondamental est constitué par l'exagération de la destruction de la nucléine avec élimination exagérée, secondaire, des corps alloxuriques. Le siège de la légion est en premier lieu dans les reins. Tant que les reins fonctionnent normalement, les produits de désassimilation de la nucléine sont éliminées sous forme d'acide urique; mais si les reins deviennent insuffisants, l'acide urique est remplacée en partie par des bases xanthiniques.

La diminution de l'élimination de l'acide urique, dans les affections rénales, doit être attribuée, moins à une rétention qu'à une diminution dans la production d'acide urique. Par analogie avec le rein saturnin, M. Kolisch considère le rein goutteux comme produit des effets toxiques dus au passage des corps alloxuriques. On peut, en effet, provoquer des lésions du rein goutteux en alimentant les animaux avec de l'hypoxanthine. On peut encore penser que les modifications d'autres organes que l'on observe dans la goutte sont également dues à une intoxication par les corps alloxuriques.

Tant que les reins fonctionnent normalement, l'élimination d'acide urique, dans la diathèse urique, se trouve augmentée. Quand les reins sont pris, on trouve au début une élimination normale d'acide urique et une augmentation du corps alloxuriques de l'urine. Plus tard, l'acide urique de l'urine est diminuée, tandis que la proportion de corps alloxuriques se trouve considérablement augmentée.

La nature de la goutte consiste donc dans une désassimilation exagérée de la nucléine dont les produits sont éliminés par les reins sous forme d'acide urique; quand le rein devient insuffisant, les corps alloxuriques augmentent et provoquent les symptômes d'une auto-intoxication. L'accès aigu de goutte est dû à une exagération brusque de la désassimilation de la nucléine, suivie d'une irritation du rein se manifestant sous forme d'albuminurie avec éléments morphologiques, etc., dans l'urine.

Le traitement de la goutte doit avoir en vue de diminuer, en premier lieu, l'apport de la nucléine, dans le but d'éviter les phénomènes d'irritation rénale. On limitera dans le régime alimentaire la quantité de substances albuminoïdes. La viande proprement dite, la chair de muscles sera permise, mais on proscrira les plats préparés avec des tissus glandulaires riches en noyaux. La graine sera permise, de même le lait et les œufs dont les substances albuminoïdes ne sont pas transformées en corps alloxuriques. Parmi les végétaux, il faudra éviter les légumes verts, les asperges. L'alcool doit être proscrit d'une façon absolue. On évitera également la fatigue qui favorise la désassimilation de la nucléine.

M. Exner désirerait savoir pourquoi M. Kolisch place la formation d'acide urique dans les reins, puisqu'il est démontré que d'autres organes, comme la rate par exemple, renferment également de l'acide urique.

M. Teleki fait observer que toute néphrite ne s'accompagne pas de symptômes de goutte.

M. Kolisch insiste encore une fois que, pour lui, la pathogénie de la goutte réside, non pas dans la néphrite, mais dans la disposition à la désassimilation exagérée de la nucléine.

Extirpation presque totale de l'estomac.

M. Porges présente un malade auquel il a extirpé, il y a cinq mois, presque la totalité de l'estomac atteint de squirre. Le cardia, qui seul fut respecté, a été suturé à l'intestin. L'opération avait nécessité la section transversale du droit gauche, laquelle section a été suivie ultérieurement de formation d'une hernie ventrale.

Depuis l'opération, le malade se porte aussi bien que possible. A cette époque, il pesait cinquante-quatre kilogrammes; aujourd'hui, son poids est de quatre-vingts kilogrammes.

M. Hacker est très étonné de l'absence de la récidive dans ce cas. Le diagnostic du cancer aurait dû s'appuyer sur l'examen microscopique qui n'a pas été fait.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

N° 47 — 20 NOVEMBRE 1895 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — **A. BROCA**, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de **G. MASSON, 120,** boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 27 au 28 novembre 1895.

Mercredi 27. — M. Nuyts. De l'arthrite alvéolo-dentaire et en particulier de l'arthrite consécutive à la carie. — M. Boutry. De la pneumonie disséquante. — M. Soukernik. La splénomégalie pendant la période secondaire de la syphilis.

Jeudi 28. — M. Scémanea de Giallouly. Sur le traitement des tumeurs épithéliales par les injections sous-cutanées. — M. Bédos. De l'ictus laryngé essentiel.

VARIÉTÉS

Hôpital Saint-Antoine. — Leçons cliniques sur les *maladies du système nerveux.* — MM. Gilbert Ballet et E. Brissaud reprendront leurs leçons annuelles sur les maladies nerveuses les jeudis et dimanches à 10 heures. M. Brissaud commencera le jeudi 28 novembre, et continuera les jeudis suivants à 10 heures. M. Gilbert Ballet commencera le dimanche 1er décembre et continuera les dimanches suivants à la même heure.

Concours de médecins des hôpitaux. — Le jury est constitué définitivement de la manière suivante : MM. Bourcy, Du Castel, Joffroy, Œttinger, Oulmont, Tennesson et Bouilly.

Corps de santé de la marine. — Ont été promus :

Au grade de médecin principal : M. Palasne de Champeaux.

Au grade de médecin de première classe : MM. Morel et Berriat.

Hôpitaux de Bordeaux. — Sont nommés :

Internes titulaires : MM. Micheleau, Gibert, Verdelet, Mage, Michel, de Boucaud, Legros et Armand.

Internes provisoires : MM. Laffay, Brial, Capdepon, Meynard, Lafarelle, Fraikin, Vergely, Avrillaud et Martin Claude.

Sont nommés *externes* : 1. MM. Andérodias, Ariès, Cruchet, Constantin, Couillard-Labonnotte, Marchand, Renault, Chartres, Roques, Barot, Boisseau, Chaumanec, Brouillard, Lamarque, Michel, Clavé, Arnouil, Lafont, Béraud, Marmet.

21. Jouvenceau, Vialard-Goudon, Fournier, Mlle Nourrit, MM. Rothamel, Laroche, Dupuy, Martinet, Labat, Lastes-Mias, Regett, Wiehn Charezieux, Barbe, Guillemet, Le Strat, *ex æquo* Bouvier et Drouillard, Ducosté, Bourdettes.

41. Flous, Hubert, Le Clère, Buard, Raffin, Cosse, Rainguet, Caillet, Coriveaud, Mlle Chartron, MM. Pinson, Parmentier, Lambert, Chomienne, Labrit, Pierre Nadal, Duffaud et Lafargue.

Concours de l'externat. — *Pathologie: Les oreillons Complications et traitement des fractures compliquées des jambes*: Romanescu 5 ; Vivier 14 1/2; Santriau 3; Rumpelmayer 10; Surrel 12; Ruelle 14 1/2; Tridou 18; Trouvé 2; Roy 13; Vaillaux 14 1/2; Thibaut 11; Verjus 7; Vaugeon 17; Rutten 6; Mlle Parisel 14 1/2; Vallée 4; Méhent 15 1/2; Percheron 10; Mayer 16; Merlet 15; Pellaget 4; Pellizza 8; Mieulet 9; Pedebidon 14 1/2; Millon 14 1/2; Pécharmant 17; Mercadet 8.

Anatomie: Artère sous-clavière : Bobo 14 1/2; Bloch Maurice 12; Berton 15; Bourninen de Valmont 10; Ambard 8; Bergouignan 13; Bodin 8; Beauvais 7; Alquier 18 1/2; Blondin Paul 16; Audy Achille 8; Bégué 7; Mlle Bouillet 7; Bousquet 12; Berthier 4.

Concours de l'internat. — *Copies d'anatomie*: Sicard Gabriel 10; Wahl 7; Roques Lucien 13; Ferron 14; Castan 7; d'Herbécourt 13; Dartigues 15; Minet 9; Keim 14; Bigart 13; Paquet 10; Luys 14; Weill 12; Maréchal 7; Martinet 10; Jalaguier 10; Tissier 14; Chauveau 5; Rasteuil 13; Chastanet 12; Leroy 8; Mettetal 13; Moret 11; Turner 14; Souberbielle 5; Bonnel 13; Audistère 6; Mauger 13; Audion 13; Nattan 11.

L'Association française de chirurgie a choisi comme président de son prochain Congrès le professeur Terrier et comme vice-président le professeur Gross (Nancy); secrétaires : MM. Marcel Baudoin, Mauclaire, Coudray, Reblaud.

Questions mises à l'ordre du jour: Traitement des pieds-bots (M. Forgue, de Montpellier, rapporteur).

Traitement des prolapsus génitaux (M. Bouilly, de Paris, rapporteur.)

Corps de santé militaire. — Sont promus :

Au grade de médecin principal de deuxième classe : M. Hocquard.

Au grade de médecin-major de première classe : MM. Lafille, Hugues et Debrie.

Au grade de médecin major de deuxième classe : M. Baudisson.

La Compagnie des Eaux et Boues de Saint-Amand (Nord) vient d'ouvrir à Paris, 222, rue de Rivoli, un établissement succursale où le traitement par les Boues minérales est pratiqué dans les mêmes conditions qu'à Saint-Amand.

Il serait superflu d'insister sur l'efficacité du traitement au moyen des Boues minérales, efficacité reconnue par l'Académie de médecine dans nombre de maladies, notamment les *arthrites*, le *rhumatisme* et toutes les affections dépendant d'un trouble de la circulation veineuse.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Nouvelle méthode d'exploration chirurgicale du poumon. Du décollement pleuro-pariétal en chirurgie pulmonaire, communication à la Société de médecine par M. Tuffier.

L'obstacle principal et l'un des gros dangers qui limitent nos interventions sur le poumon est le pneumothorax. Il semble que le poumon soit si bien défendu anatomiquement par la plèvre qu'il soit impossible de l'aborder sans traverser la cavité pleurale. C'est à tourner cette difficulté que je me suis efforcé, depuis le début de mes études sur cette question.

En 1890, je montrai comment on pouvait profiter du décollement de la plèvre pariétale du plan thoracique pour pratiquer la cure radicale de la hernie du poumon ; je fus très étonné de voir avec quelle facilité s'opérait ce décollement pleuro-pariétal. Nous avions pu ainsi isoler une grande partie du sommet du poumon et les sensations que donnait l'exploration digitale de ce viscère me paraissaient susceptibles d'applications cliniques. Le 2 juillet 1891, je pus faire une résection du sommet du poumon après avoir décollé toute la plèvre pariétale de ses adhérences au thorax.

Aujourd'hui je viens vous signaler des faits dont l'idée directrice et maîtresse est la même que dans les observations précédentes, mais qui sont d'une application pratique absolument différente et beaucoup plus générale.

Jusqu'à présent dans tous les cas où l'on a attaqué le poumon, on a dû traverser la plèvre, on a bénéficié des adhérences quand elles existaient, on a ouvert sa cavité quand ces adhérences manquaient, créant un pneumothorax qui peut être de la plus haute gravité; or il me semble que l'exploration chirurgicale d'un poumon ne nécessite en aucune façon l'ouverture de la plèvre, et qu'elle peut se faire avec autant de précision et beaucoup plus de sécurité, si l'on veut employer mon procédé de décollement pariétal, qui crée un pneumothorax extra-pleural sans importance. Cette proposition, qui me paraît absolument nouvelle, s'appuie sur les opérations que nous avons eu l'occasion de pratiquer et sur des recherches anatomiques précises.

Pour explorer le poumon à travers la plèvre pariétale décollée, la première condition est de savoir si ce décollement est possible, dans quelle étendue, dans quelles conditions.

Les observations cliniques m'ont prouvé qu'au sommet du poumon et sur les faces latérales, la séparation de la plèvre pariétale d'avec les côtes et les espaces intercostaux était relativement facile. Plus mon expérience grandit à cet égard, plus je suis bien convaincu du facile isolement de la plèvre. Mes recherches cliniques ont été complétées par des recherches cadavériques que M. Desfosses, mon interne, a bien voulu faire. Elles ont consisté à pratiquer des décollements pleuro-pariétaux sur des sujets non injectés adultes ou vieillards, et nous ont montré : 1° que la plèvre pariétale, comme l'anatomie nous l'enseigne, est facile à décoller sans déchirure pour peu que l'on y mette de la précaution et de la patience;

2° Qu'il est possible par la résection d'une seule côte dans une étendue de cinq centimètres environ de décoller la plèvre sur le pourtour de l'incision une étendue au moins égale à celle de la main ;

3° Que les points où la plèvre paraît le plus adhérente sont les bords supérieurs et le bord inférieur des côtes ; une fois détachée de ces points, la plèvre se laisse facilement décoller des muscles intercostaux internes et surtout de la face postérieure de la côte ;

4° Qu'au sommet du poumon la présence des ligaments de Sebileau ne paraît pas mettre obstacle au décollement de la plèvre. Il est facile par une incision parallèle de la première côte et après résection de la deuxième côte dans une étendue de trois centimètres environ, décoller complètement le sommet du poumon, au point de venir toucher directement avec les doigts la face antérieure de la paroi postérieure du thorax au niveau des première, deuxième et troisième côtes; à la partie interne, le décollement de la plèvre est plus pénible ;

5° Que le décollement est plus facile à la partie antérieure du thorax qu'à la partie postérieure, au niveau surtout de l'angle des côtes ;

6° La plèvre pariétale étant décollée, le parenchyme pulmonaire est exploré sous sa couverture *de visu* et *de tactu* avec la plus grande facilité, et les résultats ainsi fournis sont d'une netteté vraiment surprenante.

Ces données anatomiques bien précises venant confirmer mes faits cliniques précédents, j'ai pu mettre en pratique avec le succès le plus complet cette méthode dans le cas suivant.

Un homme de soixante ans entre le 23 octobre dans le service de mon distingué collègue à la Maison municipale de santé, M. le Dr Roger, qui reconnaît une gangrène pulmonaire du lobe moyen du poumon droit, consécutivement à une pneumonie.

Après avoir judicieusement traité pendant quinze jours ce malade par des moyens médicaux, M. Roger, devant la gravité des accidents de septicémie progressivement croissants, et devant les hémoptysies successives très abondantes qui menaçaient d'emporter le malade, me pria de l'examiner le 5 novembre. Je trouvai un homme profondément anémié, ayant une température oscillant chaque jour de 37°5 à 40°, le pouls mou, dépressible et très rapide, l'haleine d'une fétidité repoussante, et tous les signes d'une infection de la plus haute gravité. L'auscultation et la percussion indiquaient la présence d'une excavation siégeant vers le tiers moyen du poumon droit; la fétidité de l'expectoration et l'examen bactériologique des crachats, qui révèle la présence de streptocoque, de staphylocoque et de pneumobacilles, ne laissaient aucun doute sur la nature gangreneuse de l'affection. Je pensai qu'une intervention seule pouvait mettre un terme à cette infection d'origine pulmonaire.

Le 7 novembre 1895, le malade endormi et couché sur le côté gauche, un coussin sous le flanc, je pratique une incision de dix centimètres dans le huitième espace intercostal droit, au point exact où les signes cliniques localisaient le foyer. Après avoir incisé les muscles intercostaux, je mets à nu la plèvre pariétale dans toute l'étendue de mon incision, et je la libère exactement des fibres des intercostaux qui semblent s'insérer à sa surface. Je vois le poumon chevauchant normalement sous cette plèvre pariétale et présentant sa couleur habituelle. Je décollai alors la plèvre pariétale du bord inférieur de la huitième côte, puis de sa face interne de son bord supérieur avec un peu plus de difficulté, au niveau des bords de la côte qu'au niveau de sa face.

La plèvre pariétale s'accole sur la plèvre viscérale; je résèque la huitième côte, pour me donner plus de jour, sur une étendue de cinq centimètres, et continuant ensuite le décollement, j'arrive à isoler une étendue de plèvre égale à la largeur entière de ma main.

Pendant tout ce temps, le poumon est facilement exploré. Entre les doigts, il est mou, souple, sans aucune inégalité de consistance. Alors, en continuant cette séparation pleuro-pariétale vers la partie supérieure de mon incision, j'ai brusquement la sensation d'une consistance

ferme, dure, et complètement différente du reste de la surface pulmonaire. J'en conclus que c'est là le siège de la lésion, et réséquant le haut de la huitième côte dans une étendue de sept centimètres, j'isole sur les parties latérales cette partie indurée qui est jaunâtre, et dont je puis facilement limiter l'étendue, la forme et les connexions. Je vois que les deux feuillets de la plèvre sont adhérents à son niveau. J'incise alors cette plaque, et après avoir traversé environ un centimètre de tissu pulmonaire, je tombe dans une énorme cavité, d'où s'écoule un pus brunâtre infect, de nombreux caillots et de fragments de tissu pulmonaire du volume du pouce; j'avais eu soin, au préalable, de protéger mon décollement par de la gaze iodoformée. L'incision pulmonaire est longue de quatre centimètres et demi, elle conduit dans une cavité du volume d'une orange, légèrement anfractueuse, présentant de véritables colonnes. Cette excavation est remplie de gaze iodoformée ; de même une mèche est placée dans l'espace sous-pleural décollé et le reste de la plaie est réuni.

Pendant tout ce temps, le malade chloroformé n'a pas eu le moindre trouble circulatoire ou respiratoire, le poumon a continué à fonctionner sous nos yeux suivant son rythme normal, et le champ de l'hématose n'a été réduit que de la dimension de l'espace compris entre le thorax et la plèvre pariétale décollée.

Les suites de l'opération n'ont rien d'intéressant, la température tombe le lendemain, l'état général est toujours grave.

La *partie opératoire* de cette observation m'intéresse seule ici. Elle montre quel parti on peut tirer du *décollement de la plèvre* et la supériorité incontestable de ce procédé. Il est certain que je lui dois d'avoir trouvé et ouvert sans aucun danger cette cavité purulente.

Voici le manuel opératoire que je conseille pour la pratique de cette opération.

Premier temps : Le malade étant *chloroformé* et bien placé, après avoir marqué le point où les signes physiques ont permis de localiser le foyer, pratiquer une incision de l'espace intercostal et en plein milieu de cet espace, point où la plèvre pariétale est le plus facilement décollable. L'hémostase sera faite d'une façon rigoureuse pour ne pas être gêné ultérieurement par le sang.

Deuxième temps : Arrivé sur la plèvre pariétale, on l'examine et on la libère parfaitement de toutes les fibres musculaires qui peuvent lui adhérer. Si les lésions paraissent ne pas siéger à ce niveau, on décolle cette plèvre avec précaution au niveau des bords supérieurs et inférieurs des côtes sus et sous-jacentes. La côte étant bien dénudée avec l'aide de la rugine, on résèque le nerf intercostal, on pince les vaisseaux artère et veine intercostales, et on détache avec le costotome une portion plus ou moins considérable de la côte.

Le décollement opéré et les deux feuillets de la plèvre venant au contact, on voit le poumon, avec ses aréoles et sa coloration bleuâtre, se mouvoir dans un mouvement alternatif de montée et de descente. Plus ce décollement est considérable, plus il est facile de palper le poumon jusque dans ses profondeurs, mais cette palpation profonde ne me paraît pas nécessaire à la découverte des foyers morbides qui sont en général périphériques. Cette zone d'exploration peut être très grande. On ne décolle pas seulement la plèvre sur la surface mise à nu par la résection costale, mais la main s'insinuant sous la voûte costale, détachant de la paroi costale la plèvre que le retrait partiel du poumon attire en dedans, peut remonter sur la hauteur de deux ou trois espaces intercostaux, ou filer très loin le long de la face profonde de la côte.

Je comparerai volontiers le pneumothorax partiel ainsi créé à une chambre voûtée dont le plancher est formé par la plèvre, la voûte par le gril costal. Une ouverture pratiquée dans le plafond permet de voir et d'explorer l'intérieur; cette ouverture, c'est la brèche de la côte réséquée.

Troisième temps. On s'arrête dans ce travail de décollement quand on trouve sur le poumon un point dont la consistance et l'aspect permettent de supposer que là siège le foyer que l'on cherche. Au besoin si l'on est gêné, on peut pratiquer une résection plus considérable des côtes. Arrivé sur le foyer induré, il ne reste plus qu'à l'ouvrir et à protéger la surface décollée contre l'écoulement des liquides du foyer. Un large drainage suffit ultérieurement.

Je n'ai pas la prétention de donner ici un procédé *définitif*, mais celle d'exposer une méthode nouvelle basée sur une idée directrice que j'ai suivie depuis plusieurs années, appuyée sur des recherches anatomiques et contrôlée par la clinique, La pleurotomie en un seul temps, l'ouverture large de la cavité pleurale ont leurs indications. Mais la *thoracotomie extrapleurale* me paraît devoir entrer dans la pratique. Je crois que le décollement pleuro-pariétal qui m'a permis de pratiquer une cure radicale de hernie du poumon et une résection du sommet de cet organe est appelé à nous rendre les plus grands services dans certains cas de pneumotomie. Elle constitue *un procédé d'exploration chirurgicale du poumon* bien supérieur à tous ceux qui ont été décrits jusqu'ici; elle permet d'explorer la surface pulmonaire, dans une large étendue, de découvrir des lésions relativement éloignées du point où on les soupçonnait et cela avec une sécurité qu'aucune autre méthode ne donne.

REVUE DES CONGRÈS

X[e] CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Organes génitaux de la femme.

Indication et valeur de l'hystérectomie vaginale.

M. Bouilly (Paris). — Je veux seulement, dans cette communication, envisager les opérations dans lesquelles on peut, par l'incision vaginale, enlever des néoplasmes ou vider des collections contenues dans le petit bassin, tout en conservant l'utérus.

L'ablation des kystes de l'ovaire par la voie vaginale est évidemment une opération d'exception; cependant elle est tout à fait recommandable quand la tumeur est petite et qu'elle est plutôt pelvienne qu'abdominale. C'est ainsi que j'ai pu très facilement, dans trois cas, enlever des kytes contenant soixante, cent et trois cents grammes de liquide.

L'ablation des fibromes par l'incision vaginale, avec conservation de l'utérus, est également une opération exceptionnelle. Mais quand elle est indiquée, elle constitue certainement l'opération idéale, soit, par exemple, qu'il s'agisse d'un petit fibrome développé sur la face antérieure de la matrice, soit encore que l'on ait affaire à des polypes fibreux du fond de l'utérus. Je suis intervenu deux fois pour des cas rentrant dans la première de ces catégories; j'ai suturé la plaie utérine et le cul de-sac vaginal, et les suites opératoires ont été des plus simples. Pour les faits de la deuxième catégorie, après l'incision du cul-de-sac vaginal antérieur, l'utérus est sectionné sur sa face antérieure, l'ablation des fibromes qui sont inclus dans sa cavité se fait alors sans difficulté et il ne reste plus qu'à suturer la plaie de l'utérus, qui est ainsi conservé. Dans cinq ans, j'ai obtenu de cette façon une guérison facile.

Enfin, j'ai pratiqué six fois l'ablation des annexes de

l'utérus, avec conservation de cet organe, ma première observation datant du mois d'août 1886.

Quant aux collections hématiques que l'on confond sous le nom d'hématocèles rétro-utérines, l'incision vaginale constitue assurément, vis-à-vis d'elles, le traitement de choix, et il n'y a pas à hésiter à la préférer à la laparotomie. Dans dix cas je suis intervenu de la sorte, et dix fois j'ai vu la guérison se produire d'une façon aussi simple que possible.

Traitement de l'hématocèle péri-utérine.

M. Reynier est partisan depuis longtemps de l'intervention précoce. La statistique plaide en faveur de l'intervention sans laquelle la malade ne guérit qu'au bout de longs mois de séjour au lit et reste sujette à des récidives et à des péritonites. L'hématocèle est quatre-vingt-dix fois pour cent le résultat d'une grossesse tubaire ; presque toujours il y a des lésions des annexes, d'où les douleurs. Il est donc rationnel d'intervenir pour arrêter l'hémorrhagie qui peut être mortelle et débarraser le ventre de caillots qui peuvent s'infecter. Par la voie vaginale, l'extirpation du fœtus est souvent difficile. La voie abdominable est meilleure. Il ne faut opérer immédiatement que lorsqu'on a la main forcée et, dans ce cas, la voie abdominale est encore la meilleure, sans cela on peut attendre à plus tard.

M. Picqué. — Il faut distinguer la grossesse extra-utérine en évolution de celle qui est rompue. Dans la salpingite hémorrhagique, la laparotomie est l'opération de choix. Dans l'hématocèle rétro-utérine, l'incision vaginale recommandée par M. Bouilly donne un résultat parfait. L'hystérectomie vaginale n'est pas un mode de traitement de la grossesse extra-utérine.

M. Bouilly. — M. Reynier établit une confusion entre la grossesse tubaire et l'hématocèle péri-utérine. Dans l'hématosalpinx on a le temps d'opérer ; dans ce cas, la salpingite augmente les risques du côté du péritoine. La voie vaginale est donc meilleure et c'est parce que cette tendance à adopter la voie vaginale gagne du terrain qu'il convient d'insister sur ses avantages.

M. Reynier. — En pratique, le diagnostic entre la grossesse tubaire et l'hématocèle est difficile. La voie vaginale est bonne lorsque le fœtus est enkysté depuis longtemps. Une femme a succombé à l'opération faite par la voie vaginale dans une hématocèle récente. La grossesse péritonéale est rare mais c'est dans ces cas qu'il faut intervenir rapidement.

M. Péan. — L'hématocèle péri-utérine est souvent liée à la grossesse tubaire mais souvent aussi à d'autres maladies utérines, sarcome ou cancer. Dans ces cas mieux vaut l'incision vaginale, s'il n'y a qu'une hématocèle simple on s'en tient là, sinon il faut enlever l'utérus.

Un fait d'hématocèle sous-péritonéo-pelvienne.

M. Lejars. — Notre malade se présentait avec une grosse tumeur saillante à la fesse, vers sa partie inférieure ; elle bombait dans le vagin et sur le côté correspondant du rectum ; on la retrouvait, au palper abdominal, remontant presque jusqu'à la hauteur de l'ombilic, à droite. Elle s'était produite lentement, sans phénomènes aigus, presque sans douleur, et le diagnostic ne laissait pas que d'être fort difficile.

Je pratiquai une large incision sur la portion de tumeur qui remplissait le creux ischio-rectal et soulevait la peau. Je tombai dans une énorme poche remplie de sang noir et de caillots anciens, marc de café ; elle était close de toutes parts et occupait toute la moitié latérale du bassin. La poche, de un demi-centimètre d'épaisseur à peu près, quoique très adhérente, se laissa disséquer tout entière, s'abaissant peu à peu à mesure que l'on excisait sa portion inférieure. Il en résulta une grande cavité cruentée, entièrement sous-péritonéale, qui fut tamponnée à la gaze iodoformée. Après quelques incidents, la malade guérit complètement.

L'histoire de l'hématocèle sous-péritonéo-pelvienne est assez complète, pour qu'il soit utile d'en recueillir et d'en discuter tous les faits.

Grossesse extra-utérine.

M. Demoulin (Paris) relate un cas de grossesse tubaire gauche chez une femme de trente ans, grossesse qui se rompit vers la sixième semaine, donnant lieu à une abondante hémorrhagie intra-péritonéale. Laparotomie huit heures après le début des accidents, toilette du péritoine avec des compresses aseptiques, pas de drainage. Guérison rapide.

M. Demoulin se range parmi les interventionnistes des premières heures, et considère comme dangereuse l'expectation. Il cite à l'appui de son opinion différentes statistiques tirées de la thèse récente de Cestan (24 juillet 1894), et qui donnent pour les interventions faites immédiatement une proportion d'environ quatre-vingts pour cent de guérisons, alors que les relevés des non-interventionnistes (dans le cas d'hémorrhagie grave, bien entendu), accusent une mortalité de quatre-vingt-cinq pour cent, et une proportion de quatorze à quinze pour cent seulement de guérisons.

Devant de pareils résultats on ne saurait hésiter, d'autant mieux que les forces des malades, que les non-interventionnistes redoutent de voir diminuer encore, par le choc opératoire surajouté à la dépression hémorrhagique, peuvent être efficacement soutenues par les injections abondantes de sérum artificiel et l'emploi de l'éther comme anesthésique.

Tuberculose génitale chez la femme.

MM. Picqué et **Février** ont observé une jeune fille de dix-neuf ans, issue de parents tuberculeux, qui, sans avoir jamais accusé aucun trouble de la santé générale ou de la menstruation, s'aperçut, il y a quelques mois, de l'existence d'une grosseur dans la fosse iliaque du côté droit. A l'examen on constata en effet, à ce niveau, la présence d'une tumeur volumineuse, absolument indolente. La malade étant chloroformisée, on vit que cette tumeur avait avec l'utérus des connexions évidentes, ainsi qu'une seconde tumeur appréciable dans le cul-de-sac postérieur. Il s'agissait d'un double pyosalpinx tuberculeux, avec un commencement d'envahissement du péritoine par les granulations tuberculeuses.

Ablation des deux ovaires kystiques chez une jeune fille hystérique.

M. Pamard (d'Avignon) relate un cas d'ablation des deux ovaires kystiques chez une jeune fille hystérique, n'ayant pas guéri la maladie nerveuse. Religieuse cloîtrée, vingt-cinq ans, vigoureuse, présentant toutes les manifestations de l'hystérie. L'examen sous le chloroforme permit de constater une augmentation de volume des deux ovaires.

Après l'ablation de ceux-ci, qui présentent un volume égal à celui d'un œuf de poule et ont subi la dégénérescence kystique, il y eut disparition des accidents nerveux pendant huit mois ; au bout de ce laps de temps, apparition de douleurs abdominales qui nécessitent une deuxième intervention : ablation d'une portion d'épiploon adhérente à la cicatrice.

Rémission pendant plusieurs mois de tous les accidents.

Reprise, la malade est envoyée à Lourdes et de là dans sa famille. Elle rentre dans sa communauté où au bout de quelques mois réapparaissent de nouveau, les phénomènes hystériques, avec la même intensité qu'avant l'intervention chirurgicale.

De l'extirpation des fibromes du ligament large.

M. Vautrin (Nancy). — J'ai pu rassembler en me servant des statistiques de Bilfinger et de Lang (*Thèse*, Nancy, 1892), quarante-deux observations de fibromes ligamentaires, parmi lesquels quelques-uns ne sont que des trouvailles d'autopsies. Au point de vue du traitement, on peut distinguer les fibromes ligamentaires, en trois catégories : 1° les fibromes pédiculés ; 2° les fibromes de moyen volume ; 3° les fibromes énormes.

1° Les fibromes pédiculés dont on connaît six observations (Mikulicz, Sœnger, Bilfinger, Doran, Gross, Binaud), sont les tumeurs qui prêtent le moins à discussion. Leur traitement est simple et se borne à la ligature du pédicule, suivie d'excision. Cependant on a enregistré quelques accidents. Sœnger a vu la guérison retardée par l'apparition d'une pelvipéritonite ; Mikulicz a observé une hémorrhagie intra-abdominale suivie de suppuration ; Gross a assisté chez sa malade à des accidents analogues. Sur cinq ablations de fibromes pédiculés, trois fois il y eut complication sérieuse.

2° Les fibromes de moyen volume sont les plus communs.

La méthode de choix est l'énucléation. Il suffit, la cavité abdominale étant ouverte, d'inciser l'enveloppe séreuse de la tumeur parallèlement à la direction de la trompe et d'énucléer. Parfois la vascularisation est abondante et le pincement préalable des vaisseaux utéro-ovariens s'impose. Rarement l'hémorrhagie est considérable. Toutes les interventions de ce genre ont été des succès. Aussi est-il préférable d'opérer par la voie abdominale, plutôt que de tenter par le vagin une extirpation plus difficile et plus aveugle. La voie para-péritonéale, conseillée par Pollosson, me semble aussi moins facile et moins sûre.

3° Les fibromes énormes remplissent généralement le bassin et débordent dans la cavité abdominale. Ils repoussent l'utérus en haut ou en bas, en avant ou en arrière, s'insinuent parfois sous son revêtement séreux et peuvent envahir l'autre ligament. Ces tumeurs sont très vasculaires et changent en se développant le rapport des organes pelviens. Leur ablation est très difficile et dangereuse. Sur neuf observations, on compte six morts. Les dangers de l'opération résident dans l'hémorrhagie résultant de l'ouverture des nombreuses veines qui entourent la tumeur d'un réseau serré, dans les adhérences qui existent tantôt avec la vessie ou l'uretère, tantôt avec l'intestin et principalement le rectum. Presque tous les insuccès ont eu pour cause l'hémorrhagie pendant l'opération.

J'ai opéré il y a quelques mois un de ces volumineux fibromyomes ligamentaires chez une femme de quarante-sept ans, qui portait en outre une hernie ombilicale en partie irréductible. Le ventre ouvert, je trouvai une tumeur remplissant le bassin, et dans l'idée qu'il s'agissait d'un fibrome utérin intraligamentaire, je pratiquai l'hystérectomie abdominale totale. Je procédai méthodiquement, liant préventivement les vaisseaux utéro-ovariens des deux côtés, et décollant sur la tumeur une collerette péritonéale circulaire. Arrivé au voisinage des artères utérines, j'appliquai des pinces sur ces vaisseaux et pus alors achever l'énucléation du fibrome sans perte abondante de sang. L'examen de la tumeur me montra ensuite qu'il n'existait entre l'utérus et cette dernière que des rapports de voisinage. Malgré la suture de deux perforations faites à la vessie, la malade guérit et rentra chez elle un mois après l'opération.

Ce succès et la lecture des observations analogues m'ont persuadé de la nécessité de proposer pour l'extirpation des fibromyomes volumeux du ligament large, l'hystérectomie totale. On substitue ainsi à une énucléation difficile et dangereuse, une opération bien réglée, que l'on peut exécuter sans hémorrhagie sérieuse, grâce au pincement des vaisseaux qui constituent le cercle vasculaire utérin. Lorsque la tumeur est enlevée seule, la perte de sang vient non seulement des vaisseaux tributaires des pédicules utéro-ovariens et utérins, mais encore des anastomoses avec l'utérus ; or il est à peu près impossible d'arrêter l'écoulement sanguin dans ces conditions. L'hystérectomie totale est le meilleur moyen d'y remédier. Cette opération a encore l'avantage de permettre l'écoulement facile des liquides exsudés dans la cavité cruentée, par la voie vaginale, tandis que l'énucléation du fibrome laisse un large espace qu'il est nécessaire de drainer par la plaie abdominale.

Hystérectomie abdominale totale.

M. Richelot décrit à nouveau son procédé (Voyez *Mercredi* p. 200) et insiste sur le point par lequel il est original.

M. Tournay (Bruxelles) propose à ce procédé les modifications pendant le premier temps : désinsertion du vagin par une incision circulaire autour du col. Deuxième temps : frayer la route au passage du bistouri par le décollement de la vessie en avant et en arrière. Introduire les pinces par le vagin, puis sectionner les ligaments larges, placer les ligatures et détacher les attaches de la tumeur.

M. Delaunay (Paris) apporte quatre nouvelles observations d'hystérectomie abdominale totale. Les deux premières malades ont été opérées et guéries, suivant les procédés décrits dans sa communication de Lyon. La première de ces malades a été opérée par le procédé de M. Richelot, avec cette légère variante que les deux culs-de-sac avaient été largement ouverts. L'opération fut rapide et simple et cependant, trente-six heures après, la malade mourut avec quarante degrés de température.

Hystérectomie vagino-abdominale totale pour grosses tumeurs utérines.

M. Moulonguet (Amiens). — On commence l'opération comme s'il s'agissait d'une hystérectomie vaginale. Incision circulaire ; décollement en avant, en arrière de la vessie et du rectum et ouverture des culs-de-sac péritonéaux, si cela est possible. On place sur la base des ligaments larges, à une hauteur de deux ou trois centimètres au plus, une grande pince à mors longs — pince d'attente — et l'on quitte le vagin pour n'y plus toucher, pour n'y plus revenir.

L'opérateur ouvre alors le ventre, dégage et attire la tumeur dont il se débarrasse de la plus grande masse par la pose d'un lien élastique et la section de la tumeur au-dessus, pour avoir du jour et de la place. On voit alors et on sent la saillie formée par l'extrémité des mors des pinces rendus saillants par une pression légère, que l'aide exerce sur les anneaux des pinces entre les cuisses de la malade. On incise entre ces mors les culs-de-sac péritonéaux s'ils ne l'ont point été par la voie vaginale. Et on pousse les pinces jusqu'à ce qu'elles embrassent toute la hauteur des ligaments larges.

Ce procédé diffère de celui de M. Richelot parce qu'on n'a point à passer ses doigts et ses mains successivement de la vulve et du vagin dans le ventre et parce que la saillie faite par les mors des pinces dans la cavité abdominale facilite singulièrement l'ouverture des culs-de-sac et sert de point de repère précieux.

Derniers résultats de l'hystérectomie vaginale.

M. Richelot. — J'ai publié déjà deux cent soixante-quatorze observations d'hystérectomies vaginales, dont quarante-quatre pour cancers utérins avec trois morts, soixante et un pour suppurations pelviennes avec cinq morts, cent vingt-six pour affections non suppurées avec cinq morts, quarante-trois pour fibromes utérins avec une mort.

Ce relevé donne une mortalité générale de 5.10 0/0, qui tombe à 4.78 0/0 si l'on compte seulement les affections non cancéreuses. Elle est de 8 0/0 dans les suppurations pelviennes, et de 3.96 0/0 dans les affections non suppurées.

Depuis la fin de l'année 1893, époque à laquelle s'arrête cette première statistique, jusqu'au 1er août 1895, j'ai pratiqué deux cent deux opérations nouvelles, dont quatorze pour cancers utérins avec trois morts, soixante-six pour suppurations pelviennes avec trois morts, quatre-vingt-neuf pour affections non suppurées avec deux morts, et trente-trois pour fibromes utérins avec deux morts.

Les chiffres de cette nouvelle série fournissent une mortalité générale de 4.95 0/0, qui tombe à 3.72 0/0 si l'on en élague les cancers. Elle est de 4.54 0/0 dans les suppurations pelviennes, et de 2.24 0/0 dans les affections non suppurées.

Si j'additionne les deux séries, je trouve quatre cent soixante-seize cas avec vingt et une morts, soit une mortalité de 4.41 0/0 au lieu de 5.10 0/0 que j'avais en 1893. J'ai donc fait encore un progrès, et la statistique partielle des suppurations (4.5 0/0) est surtout satisfaisante.

Statistique des opérations faites sur l'utérus.

M. Péan. — J'ai employé indifféremment, dans l'ablation des tumeurs de l'abdomen, la voie abdominale, la voie vaginale et la voie mixte. Pour les petites tumeurs fibreuses de l'utérus, le procès est gagné en faveur de l'hystérectomie vaginale. Pour les grosses tumeurs, il faut savoir, suivant les cas, s'inspirer de toutes les méthodes et je suis arrivé à me convaincre que, avec de l'expérience, on peut les enlever par n'importe quel procédé.

Le nombre des fibromes que j'ai extirpés en cinq ans par la voie vaginale est de deux cent quarante-huit, dont cent deux en 1890-1891 avec cent guérisons et deux morts, cinquante-six en 1892 avec cinquante-cinq guérisons et une mort, trente-cinq en 1892 avec trente-cinq guérisons, et enfin cinquante-cinq en 1894 avec cinquante-quatre guérisons et une mort seulement, ce qui fait en tout deux cent quarante-quatre guérisons et quatre morts.

Par la voie abdominale, seule ou combinée avec la voie vaginale, j'ai fait dans la même période de temps cent vingt opérations, dont quarante-sept en 1890-1891 avec quarante-quatre guérisons et trois morts, vingt-quatre en 1892 avec

vingt-quatre guérisons, vingt-trois en 1893 avec vingt-deux guérisons et une mort, vingt-six en 1894 avec vingt-trois guérisons et trois morts, soit un total de cent treize guérisons contre sept morts.

Des plus gros fibromes justiciables de l'hystérectomie vaginale.

M. P. Segond (Paris). — Parmi les fibromes que l'on doit opérer, je ne veux envisager que ceux dont la limite supérieure atteint l'ombilic, attendu que tout le monde s'accorde actuellement à enlever les petits fibromes par le vagin, et que la discussion sur la voie à suivre ne commence qu'en présence des fibromes volumineux. Dès que ceux-ci atteignent l'ombilic, la plupart des chirurgiens pensent qu'il faut les enlever par la voie abdominale, et il en est qui renoncent à l'hystérectomie vaginale, pour lui préférer l'hystérectomie abdominale totale, dès que la tumeur a le volume d'une tête de fœtus. Pour mon compte, je considère que tout fibrome dont les limites supérieures sont simplement tangentes à l'ombilic est justiciable de l'hystérectomie vaginale. J'ai groupé ensemble, dans une statistique partielle, tous les cas de fibromes que j'ai opérés dans ces conditions, atteignant l'ombilic, pesant au moins mille deux cents grammes et pour lesquels l'opération a duré une heure au minimum.

J'ai réuni ainsi soixante-six cas avec sept décès, ce qui donne une mortalité de 10 0/0, proportion qui n'est pas trop mauvaise, attendu que, le plus souvent, les femmes atteintes de tumeurs fibreuses ne viennent nous demander une opération qu'après s'être lassées de tous les traitements, épuisées par leurs hémorrhagies et se présentant ainsi dans des conditions qui aggravent singulièrement l'intervention chirurgicale.

Sur mes sept opérations qui ont été suivies de mort, trois avaient duré plus de trois heures, et les quatre autres deux heures et demie. Une de ces sept malades est morte d'occlusion intestinale au quinzième jour avec un volvulus au niveau de la cicatrice vaginale; une autre, au troisième jour, d'hémorrhagie par suintement derrière un tamponnement; deux autres ont succombé au *shock* le soir même de l'opération, sans avoir pu se réchauffer : toutes deux, d'ailleurs, étaient des malades pâles, exsangues, avec un gros foie, de l'albuminerie, etc.

Mes cinquante-neuf autres malades ont parfaitement guéri et se portent très bien, quoique les phénomènes congestifs consécutifs à l'hystérectomie m'aient paru plus fréquents à la suite des opérations pour fibromes qu'après celles qui sont faites ponr des lésions des annexes; pour combattre ces phénomènes congestifs, j'emploie avec avantage la saignée répétée à des intervalles de temps plus ou moins longs.

Dans les cinquante-neuf observations terminées par la guérison, l'opération avait duré une heure pour quarante-trois cas, une heure et demie pour six, deux heures pour deux, deux heures et demie pour quatre, et enfin, cinq heures pour les quatre derniers cas.

Tout en préférant l'hystérectomie vaginale, dans le traitement des fibromes qui ne dépassent pas l'ombilic, à toutes les méthodes abdominales, je reconnais qu'il peut exister des cas où l'hystérectomie vaginale peut être contre-indiquée, et lorsque, dès le début de l'opération, je me rends compte que l'intervention par le vagin sera trop longue, je commence par cette voie et je finis par la voie abdominale.

Nouveau procédé d'hystérectomie abdominale totale par ligatures.

M. Lebec. — Sortir la tumeur du ventre, soulever les annexes, et les tendre fortement en haut et en dehors; avec une pince, perforer l'espace décrit ci-dessus, y passer deux gros fils de soie. Le premier sera serré en dehors de l'ovaire, sur les vaisseaux utéro-ovariens. Le second sera placé en dedans de l'ovaire pour empêcher l'hémorrhagie venant de la tumeur; couper entre les deux ligatures, lier à droite et à gauche les ligaments ronds, disséquer la vessie de haut en bas jusqu'au niveau du col utérin, la tumeur ne tient plus que par la base des ligaments larges. Introduire une longue pince dans le vagin, soulever le cul-de-sac antérieur et le perforer. Renverser la tumeur sur le pubis. Introduire la pince dans le cul-de-sac vaginal postérieur. Le perforer.

Passage des fils. — Introduire la pince vaginale par l'ouverture du cul-de-sac postérieur dans le Douglas. Saisir un gros fil de soie, le descendre dans le vagin, le ramener dans le ventre par l'ouverture du cul-de-sac antérieur, lier fortement sur un côté de l'utérus, passer un autre fil pour l'autre côté. Toute circulation est alors arrêtée, couper la tumeur en travers à deux centimètres au-dessus des ligatures, fendre en deux le moignon formé par le col en enlevant la muqueuse du canal cervical. Il ne reste plus que deux petits moignons latéraux, suffisants pour empêcher les ligatures de tomber, faire passer les fils de haut en bas du ventre dans le vagin et les surfaces péritonéales viennent s'adosser, les suturer au catgut, fermer le ventre, drainer le vagin. On coupe les fils vaginaux du treizième au quinzième jour. Ce procédé offre les avantages suivants : on lie tous les vaisseaux avant de les couper. On peut refaire toutes les ligatures si elles viennent à glisser. Il est applicable aux fibromes enclavés comme aux fibromes élevés. Il est assez rapide dans son exécution. Il ne nécessite point une double manœuvre comme dans l'extirpation du pédicule par le vagin. Nous présentons dix-neuf opérations, seize ont guéri sans incidents. Une opérée est morte d'une hémorrhagie d'une artère vaginale dont le fil a été trouvé dénoué dans une injection. Une seconde est morte faute de soins. En mon absence, le drainage vaginal et les injections n'ont pas été faits. J'ai trouvé, au retour d'un voyage, le vagin plein d'un pus infect, la malade a eu des accidents de septicémie. La troisième est morte un mois après l'opération par rechute d'une entérite glaireuse dont elle avait déjà souffert. Dans aucun des trois cas mortels il n'y a eu d'accident du côté des pédicules, ni des vaisseaux utéro-ovariens, ni de la vessie, ce qui est essentiel pour le procédé.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 novembre 1895.

Présidence de M. Empis.

De l'erreur qu'on peut commettre, dans les analyses des eaux, par la liqueur hydrotimétrique, achetée dans le commerce.

M. Lafon. — J'ai eu l'occasion de faire l'essai de quatre liqueurs hydrotimétriques, achetées dans les principales maisons de produits chimiques.

On sait que la liqueur hydrotimétrique vraie doit être telle que vingt-deux divisions de la burette hydrotimétrique saturent exactement quarante centimètres cubes d'une solution de chlorure de calcium sec et pur de vingt-cinq centigrammes pour un litre d'eau distillée; — le terme de la saturation est indiqué par l'apparition d'une mousse persistante au degré vingt-deux mentionné.

Dans deux de nos essais de ces liqueurs, la quantité de degrés hydrotimétriques était égale à quatorze — donc huit degrés en moins, par rapport à la liqueur bien faite;

Dans les deux autres essais de ces liqueurs, la quantité de degrés hydrotimétriques était égale à quinze — donc sept degrés en moins, par rapport à la liqueur bien préparée.

Comme l'analyse des eaux est importante et très fréquente en hygiène, je crois devoir signaler les graves erreurs qu'on peut commettre, par l'emploi de semblables liqueurs. Ces quatre liqueurs hydrotimétrique annonceraient pour l'eau à analyser un degré hydrotimétrique beaucoup moins élevé que le degré réel et une eau très mauvaise pourrait être considérée bonne.

Aussi, je crois devoir conseiller aux chimistes de préparer toutes les liqueurs titrées, à leur usage, et de vérifier la pureté des produits chimiques dont ils doivent se servir.

Des avantages de la suture intra-vésicale dans les cas de fistule vésico-vaginale inopérables par le vagin.

M. Duplay. — Cette opération a été pratiquée pour la première fois par M. Limbourg en 1889. M. Duplay vient de

la pratiquer chez une femme de trente et un ans qui fut opérée à l'hôpital Beaujon d'une hystérectomie vaginale. Au cours de cette opération elle eut une plaie du vagin produisant une fistule vésico-vaginale. Au mois de mars de cette année, je tentai l'avivement et la suture, mais voyant que cette paroi avait la minceur d'une feuille de papier je laissai là la malade. Devant ses supplications, je me décidai cependant à entreprendre la cure par l'intérieur de la vessie.

L'opération fut faite le 15 juillet dernier. La vessie fut incisée sur une longueur de dix centimètres; les lèvres de cette plaie étant écartées, on vit que la fistule avait une longueur de deux centimètres et demi environ. Sur une étendue de un centimètre au pourtour de la fistule, je fis l'avivement sans aucune difficulté, par dédoublement de la paroi entourant la fistule. Je fis avec du fil de soie une suture sur la portion répondant au vagin. Du côté de la vessie, je fis avec du catgut trois points de suture. L'opération faite, je fis la suture complète de la vessie en plusieurs étages et, par prudence, je mis un drain à la partie inférieure de la plaie. Les suites furent des plus simples. Aussitôt après l'opération il ne coula plus une goutte d'urine par le vagin.

Le 9 août, c'est-à-dire trois semaines après l'opération, la malade quittait l'hôpital complètement guérie.

Le point important de cette opération c'est le mode d'avivement et la suture à deux étages.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 28 octobre 1895.

Liquéfaction de la gélatine. Digestion saline de la gélatine.

MM. Dastre et Floresco ont étudié les modifications qui se produisent dans la gélatine quand celle-ci, après avoir été dissoute dans l'eau chaude, perd sous différentes causes la propriété de se gélifier, c'est-à-dire de se prendre en gelée par le refroidissement. La gélatine, qui reste ainsi définitivement liquéfiée, a été transformée en un composé voisin, la *gélatose*, caractérisée par les traits suivants : absence de précipitation par le chlorure de sodium à saturation, dérivation de la gélatine par fixation d'eau. MM. Dastre et Floresco ont découvert que les solutions de sels neutres, iodures et chlorures alcalins ont la propriété d'opérer cette transformation, d'une manière incomplète si les sels sont en faible proportion, d'une manière complète et définitive si les sels sont en forte proportion (10 p. 100). Cette altération de la gélatine par les sels mérite le nom de *digestion saline* parce qu'elle est identique avec les premières phases de la digestion gastrique et pancréatique de la gélatine, et qu'on l'obtient dans les mêmes conditions que celles employées pour les digestions artificielles : contact prolongé (vingt-quatre à quarante-huit heures) à la température de 40°. Ces faits éclairent d'un nouveau jour les premiers phénomènes de la digestion en général.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 16 novembre 1895.

Présidence de M. Féré.

De l'évocation spontanée des images auditives verbales, chez les aphasiques moteurs. — Essai sur la psychologie des associations verbales et sur la rééducation de la parole dans l'aphasie motrice.

MM. A. Thomas et J. Roux, après avoir fait la critique de l'expérience de Lichtheim qui ne peut servir en réalité, qu'à étudier les images motrices comme l'a établi M. le docteur Dejerine, décrivent un nouveau procédé pour étudier l'évocation spontanée des images auditives verbales; ayant étudié à l'aide de ce procédé, sept malades atteints d'aphasie motrice, *ils ont trouvé chez toutes ces malades un défaut d'évocation spontanée des images auditives verbales.*

Mais ce trouble du langage intérieur ne saurait à lui seul expliquer que le défaut de parole spontanée et non le défaut de parole répétée ou de lecture à haute voix; pour essayer d'expliquer ces autres troubles ces deux auteurs ont pratiqué l'expérience suivante. Ils ont constaté qu'en montrant bien aux malades les mouvements d'articulation, on arrivait assez rapidement à leur faire prononcer des syllabes et même des mots. Ils ont donc pu conclure que ce qui a disparu chez l'aphasique, c'est bien moins le pouvoir d'accomplir les mouvements nécessaires pour prononcer une syllabe ou un mot, que la provocation de ce mouvement par l'image auditive verbale.

Ce premier résultat les a conduits à rechercher ce que donnerait chez un aphasique l'emploi systématique du procédé que nous venons de décrire; l'éducation de la parole par la vue des mouvements d'articulation. Ils en ont fait l'essai sur une malade, atteinte d'aphasie motrice depuis quinze ans; en quelques jours la malade pouvait répéter la plupart des syllabes, et même quelques mots. L'emploi de ce procédé a même révélé quelques points importants; chez cette malade il persistait des associations motrices verbales, créées avant le développement de son aphasie.

Cette persistance d'association motrice a facilité encore l'éducation de la malade, de sorte qu'en un mois d'exercices journaliers la malade est devenue capable de répéter à peu près tous les mots qu'elle entend, il s'est donc créé une association entre le mot entendu et la vue du mouvement qu'il faudra faire pour reproduire ce mot. Et pour certains objets, dont le nombre augmente chaque jour, l'idée de la chose suffit à amener la prononciation du mot. Enfin par des exercices méthodiques d'écriture et de lecture à haute voix, on peut créer de nouvelles associations entre le mot prononcé et son image visuelle. Grâce à ce traitement, non seulement la parole s'est améliorée, mais l'état intellectuel a subi une heureuse influence; il semble donc que ce procédé n'est pas seulement un moyen d'étude, mais peut contribuer à la guérison de l'aphasie.

Action physiologique des injections intraveineuses de peptones.

M. Contejean a déjà montré dans une série de communications antérieures que si l'on injecte dans les veines d'un animal une solution de peptone, le sang perd son pouvoir de se coaguler, par la formation d'une substance anti coagulante dans le foie et peut être dans le paquet intestinal.

Il a repris ses expériences pour voir l'influence du système nerveux sur ce phénomène. De ses expériences il résulte que toutes les mutilations possibles du système nerveux, à l'exception de l'extirpation des ganglions, n'exercent aucune influence sur l'effet des injections intra-veineuses de peptones, qui faites dans ces conditions empêchent le sang de se coaguler.

M. Grimbert a repris les expériences de Frankland sur l'action du pneumocoque sur divers milieux contenant divers sucres. Contrairement à cet auteur, il a trouvé que le pneumocoque fait fermenter tous ces milieux (galactose, lactose, saccharose, etc), de même que la glycérine.

M. Fournier montre des cultures du pneumocoque sur du sang défibriné.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 novembre 1895.

Anévrysme multilobé de la crurale. Ablation du sac; guérison.

M. Heurteaux (Nantes). — J'ai été appelé, il y a quelques mois, auprès d'un jeune enfant de onze ans atteint d'un volumineux anévrysme de la crurale, dont le développement avait eu lieu en quinze mois; la tumeur descendait jusqu'à l'anneau de Hunter et atteignait presque l'aine. Le seul traitement applicable m'a semblé devoir être l'extirpation. J'ai dû faire porter ma ligature supérieure sur l'iliaque externe, à cause d'un autre petit anévrysme qui siégeait au-dessus du premier; l'opéré a bien guéri.

M. Quénu. — Le traitement des anévrysmes, doit varier suivant les circonstances et si l'extirpation donne de bons résultats, il y a lieu de faire des réserves quand les anévrysmes sont multiples. Chez un individu, qui portait une tumeur sanguine fémorale, j'ai eu recours à l'extirpation; ce malade a succombé et à l'autopsie nous avons trouvé une série de dilatations portant sur toutes les branches de l'iliaque, et une perforation de l'une d'entre elles avait déterminé une hémorrhagie qui avait été la cause de la mort, mais l'extirpation est la méthode de choix comme le dit M. Heurteaux.

M. Kirmisson. — J'ai présenté ici un enfant de douze ans, dont j'avais traité un anévrysme par la ligature ; il y a eu guérison et depuis ce jour elle s'est maintenue parfaite. J'en conclus qu'on aurait tort d'accepter à la lettre la conclusion de M. Heurteaux, posant en principe que l'extirpation est la méthode de choix. Pour chaque anévrysme il y a des indications qui doivent faire adopter telle ou telle manière de se conduire.

M. Schwartz. — Je pense de même et j'ai traité avec succès deux anévrysmes poplités, l'un par le procédé de Hunter et l'autre par le procédé d'Anel. On ne doit donc pas être exclusif; pour ma part je suis éclectique et très prochainement je compte, sur un malade de mon service, procéder à une extirpation qui me semble, en ce cas, la seule méthode indiquée.

M. Marchand. — La ligature m'a également donné deux succès sur le même malade, qui portait un anévrysme inguinal d'un côté et un anévrysme fémoral de l'autre.

M. Championnière. — Je ne comprends guère qu'on proscrive ou qu'on adopte quand même telle ou telle intervention. Naguère l'extirpation d'un gros sac était dangereuse, et elle ne l'est plus. Mais on ne peut contester aussi que la ligature soit mieux faite qu'autrefois. J'ai ainsi traité de nombreux malades qui sont restés guéris et je persiste à penser qu'elle sera parfois bien suffisante, tout en me gardant bien de reculer devant une extirpation, lorsqu'elle est nécessaire.

Traitement de l'hémothorax.

M. Tuffier. — Il est souvent très difficile d'établir des indications permettant de faire incliner vers l'intervention, ou non, dans les cas d'hémothorax. C'est ce qui m'est arrivé chez trois malades, chez lesquels la fièvre pouvait être une cause d'erreur. L'un d'eux, jeune homme de vingt ans, s'était tiré une balle de revolver dans le cinquième espace intercostal gauche; il s'ensuivit un hémothorax remontant jusqu'à l'épine de l'omoplate; le troisième jour le malade fut pris de fièvre, qui persista plusieurs jours et atteignit 40°; je fis une ponction sans aucun résultat, ce qui n'empêcha pas le malade de guérir. Les deux autres cas sont identiques.

Le deuxième point, que je veux aborder, concerne le décollement pleuro-pulmonaire dans la pleurotomie (Voy. p. 553).

M. Michaux revient, à propos de l'hémotorax, sur sa communication à la Société de chirurgie.

Le décollement de la plèvre costale peut rendre des services, mais cela à la condition que des adhérences existent déjà.

M. Delorme. — A l'occasion d'un travail sur la péricarde, et de plusieurs observations, j'ai étudié le décollement de la plèvre costale; j'ai constaté que des adhérences sont surtout intimes près du sternum et en arrière, tandis qu'à la partie moyenne elles sont faciles à rompre, comme le dit M. Tuffier.

M. Championnière. — Bien que les faits, cités par M. Tuffier, n'apportent aucun élément nouveau à la question ils n'en viennent pas moins appuyer cette vieille doctrine qu'en présence d'un épanchement sanguin intra-thoracique il ne faut pas trop se presser d'intervenir. Actuellement on est trop enclin à vouloir vider les foyers sanguins sous prétexte qu'il y a ou qu'il y aura de la fièvre. Attendre et bien immobiliser la cage thoracique valent mieux et suffisent dans la plupart des cas pour amener la guérison.

M. Quénu estime que ce n'est pas sur la fièvre que l'on doit se guider pour intervenir, mais sur la reproduction du liquide, à plus forte raison s'il est sceptique, et sur l'affaiblissement général.

M. Gaulier (Lille) lit un travail *sur le traitement du cancer du rectum.*

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 13 *novembre* 1895.

De l'iodure de potassium chez les goitreux.

M. Ferrand donne lecture d'une observation de **M. Couchon**, concernant un homme de cinquante-cinq ans, porteur d'une hypertrophie considérable du corps thyroïde, des deux côtés. La circonférence du cou mesurait 0 mètre 50 à l'endroit le plus large.

Pour remédier à des troubles circulatoires et faire fondre l'organe M. Couchon lui prescrivit la pommade iodurée (six grammes pour trente d'axonge), et quatre grammes par jour d'iodure de potassium. Ce traitement, commencé le 1er avril, fut continué avec le plus grand profit pour la tumeur, pendant quinze jours, mais produisit un amaigrissement considérable, une déperdition absolue des forces, avec faiblesse du pouls, tremblement des mains. Malgré le régime lacté, les toniques, l'état cachectique continua à s'aggraver et le malade succombait le 15 mai, dans le marasme, avec des symptômes de paralysie cardio-pulmonaire.

On peut rapprocher ce cas de cachexie iodique rapide de ceux rapportés autrefois par Rilliet et Barthez, et surtout des observations publiées par les médecins de Genève, toujours chez des goitreux.

S'agit-il réellement d'empoisonnement par l'iode, ou les accidents ne sont-ils pas dus plutôt à la fonte rapide des glandes thyroïdes, dont le rôle, encore si mal défini, semble si important dans les phénomènes de nutrition et d'innervation.

Les injections de suc thyroïdien étaient peut-être indiquées, et il est regrettable qu'elles n'aient pas pu être essayées.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 *novembre* 1895.

Présidence de M. Hayem.

La digestion stomacale après la gastro-entérostomie.

M. A. Mathieu a observé deux malades opérés par M. Chaput de gastro-entérostomie et dont l'histoire peut être rapprochée de celle des malades observés par M. Hayem (voir la séance du 8 novembre).

On peut admettre que chez ces malades l'estomac reste capable de conserver les aliments, attendu que la quantité de liquide restant dans l'estomac après le repas d'épreuve était au moins égale à la moyenne dans le premier cas et supérieure dans le second.

L'étude de la motricité par le procédé de l'huile a permis de démontrer dans ce dernier fait que la quantité de liquide sécrété était à peu près égale à la moyenne physiologique, mais que l'estomac se vidait moins bien malgré la communication anormale.

Je suis donc amené à admettre avec M. Hayem, que les aliments peuvent dans ces circonstances séjourner dans l'estomac, et que la digestion chlorhydropeptique persiste.

Il n'en est pas toujours ainsi. Dans une observation de M. Debove (*Académie de médecine*, 6 août 1895), l'afflux de la bile avait paru entraver la digestion gastrique. La santé générale n'en avait d'ailleurs nullement souffert, la digestion se faisait par le suc pancréatique.

M. Rosenheim (Berlin) dans des cas semblables a conclu également que les fonctions motrices sont moins atteintes que les fonctions sécrétoires, les malades continuent à prospérer pourvu que l'évacuation du contenu stomacal dans l'intestin se fasse convenablement.

Ici donc, comme dans beaucoup de cas de dyspepsie, la motricité est plus importante que le chimisme.

Migration lombaire de pyopneumothorax.

M. Gaillard. — Delotte dans sa thèse a signalé plusieurs observations de migration lombaire de l'empyème en dehors du pneumothorax.

Je viens d'observer un abcès lombaire à droite chez un phthisique de quarante ans atteint de pyopneumothorax droit depuis plusieurs mois. La tumeur était réductible, non pulsatile, fluctuante. Après l'évacuation du pus par la ponction, elle fut envahie par l'air; j'y trouvai du clapotement, et l'air sortit en sifflant par l'orifice extérieur lorsque le malade toussa.

La cachexie était trop profonde pour tenter une cure

radicale. A l'autopsie trois mois après, on trouva la plèvre droite vide de pus, et le poumon réduit à l'état de moignon uniforme. Il existait dans le virus castodiophrogmatique un infundibulum passant au-dessous de la dernière côte et aboutissant par un trajet de cinq centimètres à travers les muscles des lombes à la poche ponctionnée pendant la vie.

M. Catrin présente :

1° Un malade atteint de névrites périphériques survenues à la suite d'accidents pernicieux paludéens et siégeant aux membres inférieurs;

2° Des pièces anatomiques concernant un malade ayant présenté pendant la vie des signes de péritonite tuberculeuse, et chez qui on trouva à l'autopsie des adénomes du foie, sans trouver de tuberculose péritonéale ou hépatique.

Mutations dans les hôpitaux.

Ces mutations ne sont pas définitives.

MM. Debove à Beaujon; Troisier à Beaujon; Tapret à Lariboisière et Oulmont à Lariboisière; Ballet à Andral; Hirtz à Laënnec; Richardière à Cochin; Thibierge à Saint-Antoine; Lermoyez à Tenon; Œttinger à Saint-Antoine; Le Gendre à Dubois; Bourcy à Hérold; Marfan aux Ménages; Gilles de la Tourette à Debrousse; Béclère à Aubervilliers; Giraudeau à Sainte-Perine.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE.

Séance du 14 *novembre* 1895.

Syphilis héréditaire de la deuxième génération.

M. Gastou. — Je vous présente trois malades, la mère, la fille et la petite fille, dont voici l'histoire abrégée.

La mère, qui est restée ignorante de sa syphilis, a présenté vingt-cinq ans après la naissance de sa fille, une éruption tuberculo-squameuse guérie par le traitement mixte.

La fille, venue à terme, a eu, vers l'âge de neuf ans, des accidents multiples de syphilis héréditaire tardive : déformations nasales, perforation du voile du palais et de la cloison, dents d'Hutchinson, etc.

Enfin, la petite-fille est née avec une amputation congénitale de l'avant-bras gauche. Cette enfant, comme vous pouvez le voir, présente, en outre, actuellement, des bosses frontales saillantes et une glossite exfoliatrice marginée.

Dans ce cas l'amputation congénitale constitue, suivant l'expression du professeur Fournier, une malformation parasyphilitique héréditaire, c'est-à-dire qu'elle est non de nature, mais d'origine syphilitique puisque la syphilis produit des altérations de l'amnios, des maladies du placenta, des maladies fœtales d'où peuvent, d'après les tératologistes, résulter des difformités et des amputations congénitales.

M. Jacquet. — J'ai vu, dans le service de M. Proust, une emme portant des stigmates incontestables d'hérédo-syphilis, dont les deux enfants étaient certainement aussi frappés de syphilis héréditaire (tibias en lame de sabre, dents d'Hutchinson, déformations crâniennes). Aussi bien chez la mère que chez les enfants existait une crête médio-palatine, que je regarde comme très fréquente chez ces malades.

M. Fournier. — Chez un jeune enfant atteint d'hérédo-syphilis, que j'ai eu occasion d'observer, la première et la deuxième phalange du médius manquaient, et le troisième métacarpien était coiffé par la troisième phalange. Pour M. Kirmisson le bec-de-lièvre est fréquemment une manifestation de la syphilis héréditaire. M. le professeur Lannelongue admet aussi l'influence de cette dernière sur les malformations congénitales.

M. Thibierge. — Je ferai des réserves sur la date de la syphilis de la grand'mère. J'ai vu cette femme à plusieurs reprises, il y a quelques mois, et elle m'a paru atteinte d'une syphilis récente ; c'est ainsi que j'ai constaté sur elle une éruption généralisée, prurigineuse il est vrai, et des plaques muqueuses dans la gorge. J'apporterai l'observation détaillée.

M. Gastou. — Le diagnostic de l'éruption qu'a présentée la malade était fort difficile ; en tout cas, elle a, ici même, été traitée, à ce moment, pour la gale. D'autre part, certains accidents tardifs de la syphilis peuvent simuler les plaques muqueuses de la gorge. Enfin, ce qui est certain, c'est que, à la deuxième génération, on constate une syphilis héréditaire indéniable.

Ulcération gommeuse du vagin.

M. Fournier. — Une femme de mon service, atteinte d'une syphilis datant de quinze ans et présentant sans cesse des accidents nouveaux, fut prise tout d'un coup de douleurs dans le bas-ventre ; en même temps la miction s'accompagnait de vives souffrances. L'examen direct permit de trouver sur la colonne antérieure du vagin, exactement à quatre centimètres de l'urèthre, une ulcération pouvant recevoir la pulpe du doigt, taillée à pic, à fond bourbillonneux et jaunâtre, qui était évidemment d'origine gommeuse. Elle guérit rapidement par un traitement approprié.

M. Verchère. — J'ai observé une gomme de la partie profonde du vagin chez une fille de vingt-deux ans. Il s'agissait d'une syphilis ignorée rendue évidente par une perforation du voile du palais datant de trois ans. L'inoculation du produit de l'ulcération resta négative et le traitement spécifique, aidé d'un pansement à l'iodoforme, amena la guérison.

M. Barthélemy. — J'ai pu recueillir trois cas de gomme du vagin. Chez une des malades, la tumeur siégeait dans la cloison recto-vaginale et il est certain qu'elle avait débuté dans le tissu cellulaire séparant les deux muqueuses; chez une autre, la gomme, que l'on peut qualifier de foudroyante, avait, en quelques jours, détruit la partie supérieure du vagin et le clitoris.

M. Besnier. — On peut observer des syphilis dans lesquelles les accidents reprennent chaque fois que le traitement est interrompu. On a pu, dans des cas de ce genre, obtenir des succès en modifiant le traitement habituel, en employant, par exemple, les injections d'huile grise. En présence de ces syphilis permanentes, il convient donc de recourir aux nouvelles méthodes de traitement.

M. Wickham. — Des injections de calomel n'ont pas, chez un de mes malades, empêché les récidives d'une iritis syphilitique. On avait, il est vrai, été forcé d'espacer les injections plus que d'habitude à cause d'accidents d'intoxication.

M. Feulard. — Si la première injection n'avait pas été faite à dose trop forte, la seconde aurait pu être donnée au bout de huit jours, et la guérison de l'iritis se serait produite.

M. Mauriac. — Je ne crois pas que les injections de calomel aient une puissance spéciale pour empêcher les récidives. Il y a des malades chez lesquels la syphilis reste bénigne, même non traitée.

M. Fournier. — On doit certainement essayer les traitements nouveaux dans les syphilis rebelles, mais il faut bien savoir que, dans certains cas, on n'obtient rien, quel que soit le mode d'administration du mercure auquel on ait recours.

M. Jullien. — Les syphilis traitées de bonne heure par les injections de calomel restent extrêmement bénignes; j'ai des cas qui datent de cinq ou six ans.

Traitement du phagédénisme du chancre simple par le tartrate ferrico-potassique.

MM. Hallopeau et **Macrez**. — Le tartrate ferrico-potassique, trop abandonné aujourd'hui, a, comme l'a bien dit Ricord, une action spécifique sur le phagédénisme du chancre simple ; il doit être employé en solution très forte et d'une manière continue; la médication est douloureuse pendant les premiers jours; on atténue beaucoup cette douleur en faisant précéder chaque application d'un attouchement avec de l'alcool pur; au bout de peu de jours l'application du tartrate ne provoque plus aucune douleur. Le pha-

gédénisme présente les plus grandes analogies objectives avec la pourriture d'hôpital, également justiciable de la médication par le tartrate; il y a lieu de rechercher si dans le phagédénisme un agent pathogène spécial ne vient pas s'ajouter au bacille de Ducrey; la substitution d'une concrétion dense et néo-membraneuse à l'exsudat pultacé et putrilagineux du début indique dans le phagédénisme, comme dans la pourriture d'hôpital, une diminution dans le pouvoir infectant de l'agent pathogène.

Epididymite syphilitique secondaire.

M. Darier. — Voici un homme, de trente et un ans, qui, deux mois après avoir eu un chancre, a éprouvé une douleur légère dans les bourses et a senti une tuméfaction des testicules. On trouve des deux côtés six ou huit nodules durs et indolents dans les épididymes, surtout à la tête et à la queue. La vaginale et la peau sont saines. Sur les testicules eux-mêmes il y a de chaque côté une petite induration du bord supérieur : un des canaux déférents est un peu tuméfié au niveau de son insertion. Il n'y a jamais eu de blennorrhagie. En dehors de la syphilis on ne pourrait songer qu'à la tuberculose; mais la multiplicité des nodules, tous de même volume, l'intégrité de la vaginale, l'apparition brusque des lésions qui ne datent que de quinze jours, l'absence d'antécédents, de lésions pulmonaires et surtout de lésions prostatiques, font repousser cette hypothèse. Il s'agit d'un beau cas d'épidymite secondaire de Dron.

Pratique courante des injections de calomel.

M. Feulard. — J'ai traité par des injections de calomel un certain nombre de malades de la ville et je suis tout à fait partisan de cette méthode. Je me suis servi de la seringue de Straus, que j'ai un peu modifiée surtout en garnissant l'extrémité inférieure de la tige du piston d'un bouton d'ivoire; cette seringue se stérilise très bien par l'ébullition. Les aiguilles sont en platine iridié et longues de six centimètres. La dose que j'ai injectée habituellement a été de cinq centigrammes de calomel en suspension dans un centimètre cube d'huile stérilisée. L'injection doit être préparée peu de temps avant de s'en servir. Il faut injecter à la région supérieure de la fesse, à deux travers de doigt du pli interfessier. La peau est lavée au sublimé, l'aiguille portée au rouge, la seringue a été bouillie et, pendant que son verre est encore chaud, remplie de l'injection; l'aiguille, lubréfiée avec une goutte d'huile simple stérilisée, est enfoncée d'un seul coup profondément, puis, après qu'on s'est assuré qu'on n'a pas piqué un petit vaisseau, la seringue est emmanchée sur l'aiguille et l'injection tiède poussée lentement; l'aiguille et la seringue sont retirées d'un seul coup, puis la piqûre recouverte d'une rondelle d'emplâtre de Vigo ou d'emplâtre rouge. Je n'ai pas observé d'accidents immédiats, mais la douleur est inévitable; elle se montre à partir du troisième jour, dure les quatrième, cinquième et sixième jours, puis décroît et disparaît; elle ne force pas à interrompre les occupations. Les nodosités ont été rares, et, en tout cas, insignifiantes. J'ai toujours mis un intervalle minimum de huit jours entre deux injections; le plus souvent quatre injections suffisent pour une cure.

M. Morel-Lavallée. — J'ai vu des injections de calomel, faites avec toutes les précautions possibles, être suivies d'abcès une fois sur deux; toujours il y avait des douleurs vives.

M. Fournier. — Il y a des cas où les douleurs sont insupportables. Chez certains malades elles varient d'intensité d'une injection à l'autre. La méthode des injections du calomel n'est pas, pour moi, une méthode générale. Enfin j'ai observé, une fois, une stomatite effroyable.

M. Mauriac dit qu'il a toujours vu se produire des nodosités.

M. Thibierge. — Le calomel jugule parfois les manifestations de la syphilis; malheureusement, il cause de vives douleurs. Aussi j'ai, de préférence, recours à l'huile grise dont les injections restent presque toujours indolores.

M. Verchère. — Les nodosités sont constantes après l'emploi du calomel; elles peuvent atteindre le volume du poing et, une fois sur dix ou quinze, se ramollissent au centre et s'ouvrent par un petit pertuis; il en sort alors un liquide séro-gommeux.

M. Jullien. — Il ne faut pas faire d'injections de calomel si les reins sont malades et si les gencives ne sont pas intactes.

M. du Castel. — Il est bien établi que, quel que soit le mode d'administration du mercure, il peut se produire des stomatites.

Sur une icthyose avec hypertrophie.

MM. Hallopeau et **Jeanselme.** — L'icthyose peut s'accompagner d'un défaut de développement du derme simulant la sclérodermie; il peut en résulter des troubles fonctionnels tels que l'impossibilité de clore les paupières et de mouvoir normalement les doigts.

Le derme est en pareil cas aminci et son élasticité est amoindrie; ces altérations cutanées coexistent avec un défaut de développement très prononcé des parties sous-jacentes et plus particulièrement du squelette des extrémités, ainsi que des cartilages articulaires; la cause prochaine de ces altérations est, selon toute vraisemblance, un arrêt de développement du squelette et de la peau entraînant leur hypotrophie.

M. Brocq. — J'ai vu des cas analogues à ceux étudiés par MM. Hallopeau et Jeanselme et j'admettrais volontiers qu'il s'agit d'un type morbide spécial.

Un cas d'hidrocystome.

M. Thibierge. — Voici une malade atteinte d'hidrocystome. L'affection à laquelle Robinson a donné ce nom a été souvent confondue avec la dyshidrose. Elle est caractérisée par le développement sur la face de petits kystes durs, résistants, remplis d'un liquide incolore; certains de ces kystes font une saillie hémisphérique et ont une coloration bleu violacé, d'autres sont enchassés dans la peau. Cette affection, qui apparaît pour la première fois en été, persiste pendant des années, présentant des exacerbations au moment de la saison chaude et s'atténuant pendant l'hiver; on la rencontre le plus souvent chez les femmes âgées de plus de trente ans et chez les arthritiques obèses. Anatomiquement, il s'agit d'une dilatation des glandes sudoripares. Le traitement est celui des hyperidroses en général auquel on doit ajouter la destruction ignée des kystes les plus volumineux.

Note sur un procédé propre à l'hématologie.

M. L. Jullien. — Pour récolter le sang, je m'adresse au col utérin, organe insensible et très vasculaire. J'attire le col à la vulve et je l'y maintiens sur la valve à oreilles de Martin, puis, je le crible de fines scarifications. Le sang coule et se ramasse sous le museau de tanche où rien n'est plus facile que de le recueillir au moyen d'une seringue à embout mousse. Naturellement, les muqueuses doivent être aseptiques ainsi que tous les instruments employés.

M. du Castel a présenté une femme atteinte de maladie de Paget.

M. J. Darier a montré une jeune femme atteinte de ladrerie. La malade a, en outre, un tœnia solium. Probablement il y aura eu anto-infection, un proglottis ayant remonté dans l'estomac.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 4 novembre 1895.

Intoxication par la phénacétine.

M. Krœnig. — Il s'agit d'un homme auquel un médecin avait prescrit des paquets de phénacétine de un gramme

chacun, pour combattre la céphalalgie survenue à la suite d'un catarrhe chronique de l'oreille moyenne. Le malade prenait donc tous les jours, depuis quinze jours environ, un paquet de phénacétine, lorsqu'un soir, après avoir pris un paquet, il eut des vomissements et tomba dans le collapsus. Il fut dans cet état amené à l'hôpital où il succomba au bout de quelques heures.

L'examen du malade permit de constater une légère élévation de la température, un pouls irrégulier et un teint terreux. L'urine prise dans la vessie se composait presque exclusivement de sang. L'examen du sang montra l'existence d'une locotytose et d'une poikilocytose, de l'érythrolose avec une proportion d'hémoglobine de 20 0/0. L'hémoglobine formait de petits bouchons accumulés au niveau des bords des hématies. A l'autopsie, on trouva des lésions inflammatoires des reins et une méthémoglobinémie avec coloration brunâtre de tous les organes.

D'après M. Krœnig, il s'agirait là d'un cas d'intoxication par la phénacétine. Si le malade a pu longtemps supporter la phénacétine sans inconvénients, la terminaison fatale survenue après une dose moyenne peut s'expliquer par la diminution de la résistance de l'organisme pendant ce temps.

M. Frænkel a observé un cas où après l'administration de cinquante centigrammes de phénacétine, il est survenu de la cyanose avec ralentissement considérable de la respiration, deux à trois inspirations par minutes. Le malade a été sauvé par la respiration artificielle.

M. Fürbringer a vu survenir un collapsus extrêmement grave chez une hystérique qui avait pris cinquante centigrammes de lactophénine.

M. Aronsohn a fait des recherches expérimentales, avec de l'antifibrine, de la phénacétine, de l'analgésine, de la lactophénine qu'il faisait prendre à des animaux. Chez tous ces animaux intoxiqués, il trouva les mêmes modifications du sang que chez le malade de M. Krœnig.

Il fait encore observer que, d'après M. Mehring, toutes ces substances mettent en liberté, en se décomposant, du paramidophénol, substance très toxique.

M. Stadelmann se demande si les phénomènes d'intoxication observés chez le malade de M. Krœnig, n'étaient pas dus à la néphrite.

M. Gerhardt pense qu'il faut compter avec l'idiosyncrasie de chaque malade. Il a observé un malade atteint de rhumatisme articulaire aigu, qui ne pouvait supporter ni le salicylate, ni l'antipyrine, ni le phénocole, ni la phénacétine, et qui prenait sans inconvénient de la lactophénine.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 6 novembre 1895.

Lèpre.

M. Lassar attire l'attention sur l'apparition de plus en plus fréquente de la lèpre en Allemagne. Au moyen-âge, la lèpre régnait un peu partout, puis disparut si bien que pendant des siècles on n'en avait plus entendu parler. Depuis quelque temps, elle reparaît, principalement dans la Prusse occidentale où elle semble immigrer de la Russie où elle a été importée de Norvège. Il faut donc prendre des mesures nécessaires pour couper court à la propagation de cette maladie. Il y a véritablement urgence quand on songe qu'aux îles de Sandwich la lèpre a été importée par deux Chinois et qu'actuellement on y compte des milliers de lépreux.

Actuellement, M. Lassar donne ses soins à deux lépreux. Le premier est celui d'une femme venue directement d'Islande. Elle est atteinte depuis six ans de la lèpre qu'elle avait contractée en Estonie dont elle est originaire et où la lèpre est endémique. Chez elle, la lèpre est à la fois nerveuse et tubéreuse. Dans le second cas, le diagnostic bactériologique n'a pas encore été fait. Il suffirait, du reste, de faire une injection de tuberculine ou d'arsenic pour faire pulluler les bacilles dans les lymphatiques mais l'expérience comporte des dangers qui la rendent impraticable.

LXVII° RÉUNION DES MÉDECINS ET NATURALISTES ALLEMANDS

tenue à Lubeck du 16 au 21 septembre 1895.

Antitoxines dans le corps des nouveau-nés.

M. Fischl a étudié le pouvoir antitoxique du sang des nouveau-nés par rapport aux toxines diphthériques. Les expériences en question ont consisté dans l'infection des cobayes par des toxines diphthériques avec injection ultérieure de sérum du sang de nouveau-nés, soit dans l'injection à des cobayes d'un mélange de toxines diphthériques et de sérum des nouveau-nés.

Les expériences faites avec le sang de quatre-vingt-deux nouveau-nés a montré l'existence d'un pouvoir antitoxique plus ou moins accusé chez soixante-huit, soit dans quatre-vingt-trois pour cent des cas. Chez quatorze, soit dans dix-sept pour cent des cas, le pouvoir antitoxique faisait complètement défaut.

Ces recherches concordent avec celles faites par Wassermann sur le sérum des enfants et des adultes.

Disposition des nouveau-nés aux maladies infectieuses.

M. Neumann a étudié l'influence du mode d'alimentation, allaitement ou alimentation artificielle, sur la prédisposition des nourrissons aux maladies infectieuses telles que la rougeole et la coqueluche.

Il résulte de ses recherches que la prédisposition à la coqueluche est à peu de choses près la même chez les nourrissons au sein et chez les nourrissons soumis à une alimentation artificielle. Pour ce qui est de la rougeole, la prédisposition à cette affection est moins grande chez les nourrissons au sein.

D'après M. Neumann, il ne faut pas attribuer d'importance par trop considérable à l'immunité acquise pendant la vie intra-utérine. Il est certain, d'après les chiffres recueillis par M. Neumann, qu'il n'existe pas d'immunité par allaitement, pour la rougeole et il semblerait même que les nourrissons des mères ayant eu la rougeole sont plus disposés à contracter la rougeole. Par contre, pour la coqueluche il existe manifestement une immunité par allaitement.

M. Pott attribue une grande importance à l'immunité acquise pendant la vie intra-utérine. Il cite à l'appui le fait des nouveau-nés syphilitiques qui peuvent prendre le sein de leurs mères syphilitiques, sans contracter pour cela la syphilis.

M. Biedert considère que la question de l'immunité acquise pendant la vie intra-utérine n'est pas encore résolue. Ainsi les enfants des mères vaccinées pendant la grossesse, ne viennent pas au monde avec une immunité contre la variole ou la vaccine.

M. Steffen a récemment observé le cas suivant : Une femme est prise d'une éruption variolique trois jours après son accouchement. On vaccine aussitôt l'enfant, et il reste bien portant. Six semaines plus tard il se trouve en contact avec un variolique, contracte la variole et finit par succomber.

Ostéomyélite aiguë.

M. Lexer a eu l'occasion de faire l'examen bactériologique du sang dans deux cas d'ostéomyélite aiguë.

Dans le premier cas, il s'agit d'un homme pris d'ostéomyélite aiguë du fémur gauche, consécutivement à la suppuration d'un durillon du gros orteil. La trépanation vaste du fémur n'amena aucune amélioration. Dans la suite il y eut suppuration des deux articulations temporo-maxillaires, suppuration du poignet, formation des abcès dans le bras, etc., si bien que le malade finit par succomber quinze jours après le début de l'affection.

A l'autopsie, à côté de la suppuration des parties molles de la cuisse gauche, on trouva des foyers d'ostéomyélite dans l'extrémité supérieure de l'humérus droit, dans la première phalange de l'annulaire droit, dans la partie antérieure de la cinquième côte gauche, une pleurésie suppurée double, des foyers de suppuration dans les reins et l'épididyme droit.

L'examen bactériologique du pus et des organes montre partout la présence des staphylocoques dorés qui, du reste, furent trouvés pendant la vie, dans le sang examiné à plusieurs reprises.

Le second cas est celui d'un garçon de sept ans chez lequel l'affection débute par des phénomènes généraux qui font poser le diagnostic de fièvre typhoïde. Au huitième jour, apparaît une tuméfaction du frontal et, le lendemain les téguments ayant été incisés on trouve du pus sous le périoste et après incision de ce dernier et trépanation, la partie spongieuse du frontal infiltrée de pus. Deux jours après suppuration étendue du calcanéum droit. Mort avec des symptômes de méningite quinze jours après le début de l'affection.

A l'autopsie incomplète on trouve une ostéomyélite suppurée du frontal et du pariétal, et une suppuration des méninges. Les poumons contenaient des abcès miliaires, de même les reins. Les deux plèvres étaient remplies de pus.

Dans ce cas encore, l'examen bactériologique du sang fait plusieurs fois pendant la vie, démontre la présence des staphylocoques dorés.

Greffes cutanées avec des lambeaux non pédiculés.

M. Krause emploie depuis quatre ans la greffe des lambeaux cutanés non pédiculés pour couvrir la surface des ulcérations ou les pertes de substances accidentelles. Cette méthode qui réussit là où échoue la greffe de Thiersch est indiquée dans les cas suivants :

1° Dans les ulcères étendus de jambes. Sur les dix-neuf cas traités de cette façon, on n'a pas eu un seul échec ;

2° Dans le lupus étendu de la face ;

3° Dans les pertes de substances résultant de l'extirpation des tumeurs de la face et du crâne, ou consécutives à l'ablation des cicatrices adhérentes aux os, comme c'est le cas dans certaines lésions de la jambe ;

4° Dans les pertes de substances après traumatismes étendus des membres (arrachement de la peau par des machines, etc.).

Pour que la transplantation réussisse, l'opération doit être conduite aseptiquement, à sec, après avoir transformé et avivé la surface de l'ulcère ou de la perte de substance.

Les lambeaux de forme fusiforme seront pris de préférence sur la cuisse et se composeront de peau et de tissu conjonctif. On laissera en place le tissu adipeux. La plaie qui résulte de la taille du lambeau sera simplement suturée. Le lambeau est appliqué à la surface qu'il doit couvrir et est maintenu en place par un pansement sec.

Ostéoplastie.

M. Landerer a eu l'occasion de remplacer en 1892 par un os macéré de chien, une phalange détruite par la suppuration, chez une fillette de sept ans. La transplantation a fort bien réussie, et il s'est formé une nouvelle diaphyse. Les deux articulations vont.

La transplantation faite dans des conditions analogues a encore donné de bons résultats à M. Landerer dans un cas de névrose de la clavicule chez un garçon de dix-huit ans et dans un cas de perte de substance du pariétal d'origine traumatique.

Tumeur du cerveau.

M. Roth a rapporté l'observation d'un' homme de soixante ans, sujet à des attaques d'épilepsie jacksonienne avec convulsions débutant dans le pouce et l'index de la main droite pour envahir ensuite le bras, la moitié de la face et le membre inférieur du côté droit. Les attaques survenaient tous les sept et neuf jours et étaient suivies de céphalalgie violente. En août 1894, une de ces attaques fut suivie d'une hémiplégie droite qui disparut au bout de quelque temps en laissant une parésie du bras droit. Pas de phénomènes oculaires, pas de ralentissement du pouls.

En absence de stase papillaire on pouvait diagnostiquer l'existence d'une petite tumeur cérébrale au niveau du sillon central gauche. Comme le malade disait avoir eu, dans le temps, un chancre, on essaya le traitement mercuriel et l'iodure de potassium, qui eut pour résultat de faire disparaître la céphalalgie tout en laissant persister les attaques d'épilepsie.

Devant l'échec de cette médication on se décide à intervenir par la trépanation, en taillant un lambeau ostéo-périostique à base inférieure. L'os fut trouvé épaissi, couvert d'ostéophytes, la dure-mère couverte d'une masse granuleuse adhérente par place à l'os. On se contenta alors d'enlever à la curette les granulations et de réséquer les portions osseuses dans lesquelles ces granulations avaient pénétré. L'examen microscopique des granulations montre qu'elles se composaient de cellules rondes.

L'intervention n'amena pas d'amélioration et comme en janvier 1895, la situation s'aggrava encore, on ouvrit la cicatrice et après incision de la dure-mère on trouva une tumeur molle des dimensions d'un œuf de poule adhérente à la pie mère. La tumeur fut enlevée et la plaie fermée. La tumeur fut reconnue au microscope pour un périthéliome.

L'intervention eut un plein succès. L'hémiplégie droite et la paralysie de la moitié droite de la face disparurent progressivement, les attaques d'épilepsie ne se reproduisirent plus, la céphalalgie ne reparut plus et actuellement le malade peut être considéré comme complètement guéri.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE LONDRES

Séance du 8 novembre 1895.

Cystotomie et prostatectomie pour calculs multiples.

M. Moullin. — J'ai dû faire une cystotomie et une prostatectomie chez des hommes de plus de soixante ans, qui avaient des calculs multiples. L'un avait déjà rendu spontanément cinq calculs d'acide urique et l'autre en avait rendu trois. Chez le premier quand la vessie fut ouverte au-dessus du pubis, je trouvais des calculs situés dans le cul-de-sac post-prostatique, chacun formait un calcul distinct avec son noyau bien net; ce n'était point des fragments d'un même calcul. Dans les deux cas il n'y avait qu'un calcul ayant les dimensions d'une pièce de deux sous, mais beaucoup plus épais. Chez ces deux sujets il y avait une volumineuse hypertrophie du lobe médian de la prostate, faisant une grosse saillie dans la vessie en arrière de l'orifice uréthral. Cette masse fut incisée aux ciseaux et à la pince coupante ; elle avait à peu près le volume d'une noix. Les deux malades guérirent très bien ; mais chez l'un d'eux la guérison fut un peu retardée par suite d'épididymite consécutive à un sondage. Chez les deux la guérison fut aidée par le port d'un bandage imaginé par M. Birchet combiné de façon à amener le rapprochement des surfaces de la plaie profonde. Je cite ces deux cas pour prouver l'assertion de M. Mayo Robson qui nous a dit que dans les cas de calculs multiples associé à une hypertrophie du lobe médian de la prostate, l'opération de choix est la taille hypogastrique avec excision de la portion intra-vésicale de la tumeur, de façon à faire disparaître autant que possible le cul-de-sac post-prostatique. La simple lithotomie ou lithothritie ne peut être que palliative dans de tels cas. Il est évident que dans les deux cas précédents c'est le gros volume de la prostate qui avait retenu les calculs et les avait empêchés d'être expulsés par l'urèthre quand leur taille l'eût permis. De plus tant que l'urine est acide l'excision de ce lobe hypertrophié de la prostate n'augmente aucunement la gravité de l'opération. La mortalité élevée de la taille hypogastrique tient à ce que trop souvent on n'y a recours que quand la situation est désespérée et que tous les autres moyens ont échoué; à ce moment les forces de l'individu ont beaucoup diminué et comme il y a depuis longtemps une cystite purulente, les parois vésicales sont infectées dans toute leur épaisseur. Il en est autrement dans les cas où l'urine étant acide, est maintenue aseptique.

M. Golding Bird. — Même chez les vieillards, il est plus prudent de débarrasser la vessie par la taille hypogastrique, qu'il faille ou non exciser l'hypertrophie prostatique.

M. Buckstone Brown. — L'excision du lobe moyen de la prostate aggrave l'opération. A mon avis, le deuxième malade de M. Moullin se serait tout aussi bien trouvé de la lithotritie.

M. Moullin. — La gravité de la résection prostatique dépend uniquement du volume de la portion prostatique qu'on résèque. L'ablation du lobe moyen quand l'urine est acide, n'ajoute guère à la gravité de l'intervention et le résultat est meilleur, d'autant plus que les calculs qui descendent ensuite des reins peuvent être facilement et spontanément expulsés par la vessie.

Invagination au niveau d'un diverticule de Meckel.

M. Golding-Bird. — J'ai vu un enfant de quatre semaines, chez qui, peu après la naissance, on remarqua une saillie au niveau de l'ombilic, par là s'échappaient des matières fécales. Peu à peu, cette saillie prit les caractères d'une invagination. L'enfant mourut bientôt. L'autopsie permit de vérifier le diagnostic.

Tumeur cérébrale.

M. Althaus. — Une femme de trente-neuf ans présentait très nettement en 1882, les signes d'une tumeur siégeant dans l'hémisphère cérébral droit. Il y avait de la céphalée, de la somnolence, des convulsions épileptiformes, de la parésie du côté gauche du corps, de l'augmentation des réflexes tendineux, de la névrite optique, de la perte de la mémoire, des vomissements. Les premiers symptômes avaient apparu à la suite d'un accouchement; la femme avait reçu plusieurs années un fort coup sur la tête; pas trace d'infection syphilitique. Le traitement par de fortes doses de mercure et d'iodure de potassium amena une amélioration rapide et une disparition des principaux symptômes en six semaines.

Il y eut plusieurs rechutes pendant les années suivantes à intervalles variables; mais le même traitement les fit disparaître. La dernière rechute grave eut lieu en 1888; il y en eut encore une mais très légère, en septembre 1892. Depuis cette époque, cette femme se porte très bien. Je crois que dans ce cas il s'agissait d'un gliome.

AUTRICHE

CLUB MEDICAL DE VIENNE

Séance du 30 octobre et 6 novembre 1895.

Pathogénie de l'hydrocéphalie chronique acquise.

M. Neuroth. — Il s'agit d'un enfant de onze ans entré à l'hôpital, le 15 septembre, avec des symptômes d'une affection cérébrale grave dont les symptômes : raideur de la nuque, paralysie faciale, somnolence, céphalalgie, etc., faisaient penser à une méningite de la base. Mais dans la journée même ces symptômes s'atténuèrent, et l'examen de l'enfant fait le lendemain montra l'état suivant.

Faciès rouge et vultueux; pas de somnolence et l'enfant répond bien aux questions qu'on lui adresse. Pas de douleurs continues, mais de temps en temps accès de céphalalgie qui persistent pendant quelques minutes et que le malade localise à son occiput. Crâne nettement hydrocéphalique, d'une circonférence de cinquante-huit centimètres. Face symétrique; réaction des pupilles et mouvements des globes oculaires normaux; pas de déviation de la langue, pas de phénomènes morbides du côté des nerfs crâniens. Du côté des membres inférieurs, légère hyperthonie, exagération très vive des réflexes tendineux, phénomène du pied, affaiblissement de la force motrice, marche incertaine, oscillante, spasmodique. Pas de troubles de la sensibilité. Signe de Romberg très net. Rien du côté des organes internes.

Pendant le temps que le malade passa à l'hôpital, il avait tous les deux ou trois jours des accès de céphalalgie en même temps que sa demarche ataxique augmenta. Il y a quelques jours le malade mourut subitement.

A l'autopsie on trouva une hydrocéphalie externe avec occlusion du trou de Magendie par leptoméningite locale.

Le processus inflammatoire de la pie-mère semble être survenu à l'âge de quatre ans où après une attaque de scarlatine suivie de néphrite apparurent pour la première fois des phénomènes d'irritation cérébrale. C'est à partir de ce moment que la tête de l'enfant a commencé à augmenter d'une façon anormale. Tout porte donc à croire que l'hydrocéphalie a été dans ce cas le résultat de l'occlusion du trou de Magendie par un processus inflammatoire survenu après une scarlatine.

Ectopie de la vessie.

M. Kornfeld a présenté une jeune fille de dix-huit ans atteinte d'ectopie de la vessie. La vessie présente une fissure large de trois travers de doigts, et l'inversion de la muqueuse vésicale est totale. Le vagin et l'utérus sont bien conformés, la menstruation est normale. La muqueuse vésicale est par place cutanisée; quand on réduit le prolapsus, on aperçoit les orifices uréthraux d'où l'urine vient goutte par goutte.

Traumatisme crânien.

M. Frey a montré un malade qui à la suite d'un traumatisme du crâne, tomba sans connaissance puis, au réveil, présenta une hémiplégie gauche avec une paralysie faciale du même côté et une amaurose de l'œil droit.

A l'examen on trouva au niveau du pariétal droit une fracture pénétrante avec déchirure de la dure-mère et suffusions sanguines de la substance cérébrale sous-jacente. La plaie fut soigneusement désinfectée, les fragments osseux enlevés et la dure-mère suturée. L'opération eut pour résultat de rétablir presque immédiatement les mouvements dans le membre inférieur, tandis que la paralysie du membre supérieur et de la face ne s'améliora que très progressivement les jours suivants.

Le côté intéressant de l'observation de ce malade, c'est qu'en touchant un jour avec un crayon de nitrate d'argent les granulations osseuses qui recouvraient une lamelle osseuse néoformée, on provoqua un accès d'épilepsie jacksonienne, et que ces accès se renouvelaient chaque fois qu'on appuyait sur la lamelle osseuse.

Séance du 13 novembre 1895.

Hémiplégie consécutive à la coqueluche.

M. Neurath a présenté trois enfants atteints d'hémiplégie survenue au cours de la coqueluche.

Le premier enfant, âgé de dix-huit mois, présente une hémiplégie gauche. Le second enfant, âgé de deux ans et demi, a été pris vers la fin de sa coqueluche, de convulsions généralisées. Quand celles-ci se dissipèrent on trouva que l'enfant était paralysé de quatre membres. Cette paralysie se dissipa au bout de quelque temps mais actuellement encore il persiste une paralysie faciale et une exagération des réflexes tendineux.

Chez le troisième enfant l'hémiplégie se développa très graduellement quand la coqueluche était presque terminée. A l'examen on trouvait chez l'enfant un souffle systolique à la pointe et une accentuation du second ton pulmonaire.

Pour M. Neurath le substratum anatomique de ces hémiplégies serait une encéphalite comme on en observe au cours ou après les maladies infectieuses. D'après lui rien dans l'histoire et l'évolution de ces hémiplégies n'autoriserait l'hypothèse d'une embolie ou d'une hémorrhagie cérébrale.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

N° 48 — 27 NOVEMBRE 1895 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 4 au 5 décembre 1895.

Mercredi 4. — M. Boullier. Etudes cliniques sur les intoxications par le sous-nitrate de bismuth à l'extérieur. — M. Petibon. Contribution à l'étude de la gastrite scléreuse hypertrophique (ses rapports avec le cancer). — M. Roché. Examen clinique et bactériologique de 137 cas de diphthérie de l'adulte traités à l'hôpital Lariboisière. — M. Lacroix. Contribution à l'étude de quelques conséquences éloignées de la syphilis. — M. Leray. Des lésions tuberculeuses chez l'homme et dans la série animale (Etude d'anatomie pathologique comparée). — M. Bichon. Troubles de la miction chez l'enfant. — M. Bonnet Saint-René. Valeur diagnostique de l'état de la vésicule biliaire dans les ictères chroniques par rétention. — M. Salvage. Contribution à l'étude de l'acné hyperthrophique et de son traitement chirurgical.

Jeudi 5. — M. Auguy. De la tuberculose linguale. — M. Leprévost. L'antipyrine dans la rougeole. — M. Gaurichon. Essai sur la fièvre ganglionnaire.

Faculté de médecine de Montpellier. — La chaire d'anatomie est déclarée vacante.

M. Forgue passe de la chaire de médecine opératoire à la chaire de clinique chirurgicale.

Ecole de médecine d'Alger. — M. le Dr Labbé est nommé chef des travaux anatomiques.

M. le Dr Sabadini est nommé, jusqu'au 1er février 1896, chef de clinique chirurgicale.

M. Blain, agrégé, est nommé professeur de pathologie médicale.

Ecole de médecine de Dijon. — Par arrêté ministériel en date du 26 octobre 1895, ladite Ecole est autorisée à jouir des droits conférés aux Ecoles préparatoires réorganisées par l'article 13 du décret du 1er août 1883.

M. Pigeon, docteur ès sciences, est chargé du cours de chimie et de toxicologie.

— M. Collette, professeur d'hygiène et de thérapeutique, est nommé, sur sa demande, professeur d'histologie.

Ecole de médecine de Limoges. — M. le Dr Thouvenet, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est chargé du cours de clinique médicale pendant la durée du congé accordé à M. Lemaistre (année scolaire 1895-1896).

Ecole de médecine de Nantes. — M. le Dr Malherbe, professeur d'anatomie pathologique, est nommé, pour trois ans, directeur de ladite Ecole.

— M. Rouxeau, docteur en médecine, ancien suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est nommé professeur de physiologie, en remplacement de M. Laënnec, admis à faire valoir ses droits à la retraite et nommé directeur honoraire.

Ecole de médecine de Poitiers. — Sont chargés de cours pour la présente année scolaire : M. le Dr Malapert (*pathologie chirurgicale et médecine opératoire*); M. Garbe (*physique*).

Ecole de médecine de Rouen. — M. Buguet, suppléant, est chargé, pour la présente année scolaire, du cours de physique.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Vuillemin est nommé professeur d'histoire naturelle médicale.

VARIÉTÉS

L'Académie des sciences a procédé lundi, à l'élection d'un membre titulaire de la section de médecine et de chirurgie en remplacement de M. Verneuil; M. le professeur Lannelongue a été élu par 36 suffrages contre 22 à M. le professeur Ollier.

Œuvre pour l'étude de la tuberculose. — Par suite du décès de M. le professeur Verneuil, le comité de l'Œuvre de la tuberculose a élu membres du bureau : président, M. le professeur Bouchard (de l'Institut); vice-président, M. le professeur Lannelongue; trésorier, M. G. Masson; secrétaire général, M. le Dr L. Henri Petit.

— Le prochain Congrès de la tuberculose, qui devait avoir lieu en juillet 1896, est reculé à l'année 1897.

Concours de l'internat. — *Lecture de copies (anatomie) :* Ulmann 15; Mercier Ed. 13; Nicaise 12; Monthus 12, path. 14, t. 26; Leven 11, path. 11, t. 22; J. Petit 11, path. 10, t. 21; Milienne 10; Renault 9, path. 11, t. 20; Hérard 8; H. Voisin 3; Cadol 14, path. 13, t. 27; Gibert 14, path. 13, t. 27; Rebreyend 13, path. 14, t. 27; Michaux 12, path. 15, t. 27; Deroyer 11, path. 12, t. 23; Latruffe 10, path. 9, t. 19; Masselon 9, path. 11, t. 20; Lagrange 6, path. 9, t. 15; Morin 6, path. 11, t. 17; Lustgarten 5, path. 10, t. 15;

Pathologie : Veau 15; Lenglet, Ungauer 13; Labbé, Jousset, Petron, Théhoari, Villeneuve, Veuillot 12; Poulain 10; Minelle 9; Bacaloglu, Gaulière Le Hardy 13; Neveu 11; Chopin, Schachmann 18; Hamant 8.

Hôpitaux d'Alger. — Ont été nommés :

Externes titulaires : MM. Danger, Dechenne, Payan, Genova, Briole, Roquegny, Aboulker (Samuel).

Externes provisoires : MM. Carrus, Wolten, Rosenthal, Aboulker (Charles) et Laty.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

De l'exploration directe de la plèvre et du poumon
(Communication à la Société de Chirurgie par M. Bazy).

Sous le titre de: « Nouvelle méthode d'exploration chirurgicale du poumon (du décollement pleuro-pariétal en chirurgie pulmonaire) » M. Tuffier nous décrit à propos d'une observation un moyen d'explorer la plèvre et le poumon. Pour cela, il décolle la plèvre pariétale sur une étendue plus ou moins considérable ; au travers de cette membrane il voit le poumon ; sous le doigt, il affirme pouvoir sentir les différences de consistance de cet organe, et faire une véritable exploration.

J'avais montré au dernier Congrès de chirurgie, à propos d'un cas particulièrement difficile, que l'on pouvait sans danger, et grâce à quelques précautions que tout chirurgien peut prendre, faire l'exploration directe de la plèvre et du poumon par la pleurotomie exploratrice.

Contrairement à M. Tuffier, je ne crois pas que l'entrée de l'air dans la plèvre et le pneumothorax qui en résulte constituent « un des gros dangers qui limitent notre intervention sur le poumon ». Les faits cliniques m'ont, au contraire, prouvé que l'entrée d'une certaine quantité d'air dans la plèvre n'offre *aucun* danger ; sinon, je n'eusse probablement pas osé ouvrir une plèvre, quelques indications que j'eusse trouvées à cette ouverture. Et l'événement m'a donné raison. Aussi ne puis-je admettre que le procédé de M. Tuffier soit d'une « supériorité incontestable ».

Je me demande en outre ce que deviendra la cavité extrapleurale, le pneumothorax extrapleural, et le temps que mettra à se combler cette poche plus ou moins vaste, infectée par les sécrétions venant de l'abcès du poumon. La suite de l'histoire du malade de M. Tuffier nous l'apprendra. En tout cas, une seule observation ne me paraît pas suffisante pour combattre une proposition que j'ai émise, m'appuyant sur une expérience personnelle et sur quantité de pneumothorax traumatiques dont la guérison a été prompte et définitive.

Dans mon cas, l'entrée de l'air dans la plèvre a été si bien tolérée que je n'ai observé rien d'anormal à ce moment-là. Aussi n'y ai-je attaché aucune importance.

Pour m'assurer du plus ou moins de facilité de décollement de la plèvre, j'ai fait des expériences sur des cadavres frais et non injectés.

Mes expériences ont eu un double but :

1° De vérifier la facilité du décollement de la plèvre;

2° De vérifier la facilité de l'exploration du poumon et des lésions qu'il peut recéler.

Pour les deux cas, je me suis placé dans les conditions de M. Tuffier.

Sans entrer dans le détail, je me résumerai en disant :

Il est possible de décoller la plèvre pariétale de la paroi thoracique sur laquelle elle est accolée. C'est une opération très facile, mais extrêmement minutieuse : il faut apporter la *plus grande* attention et par conséquent dépenser beaucoup de temps à faire le décollement; et encore, quand on a manœuvré avec beaucoup de prudence, et avec une grande lenteur, quand on agit dans la profondeur de la cavité qu'on crée ainsi, on n'est pas sûr de ne pas la crever, et si cet acident survient, la plèvre est ouverte en un point et dans des conditions telles que, pour obturer la solution de continuité, il n'y a qu'à tamponner la plaie.

L'ouverture de la cavité pleurale peut se faire même en dirigeant la pulpe du doigt vers la plèvre, en ne faisant pas intervenir l'ongle.

Cette ouverture est d'autant plus facile à faire qu'on cherche à décoller la plèvre par le milieu de l'espace intercostal. Et si nous avons voulu le faire plus facilement et plus sûrement nous avons dû attaquer d'abord les côtés et faire une résection sous-périostée.

Dans un cas, ce n'est pas mon doigt, c'est le fragment de côte réséquée qui a perforé la plèvre. Combien cet accident serait fréquent si on l'appliquait sur le vivant !

Et ce n'est pas seulement moi qui, malgré toutes les précautions, ai perforé la plèvre en cherchant à la décoller, mais aussi mes internes.

Et il ne faut pas s'étonner de la facilité de cette perforation quand on songe à la finesse de la plèvre qui a juste l'épaisseur d'un très mince papier de soie et sans en avoir la résistance.

Dans deux expériences j'ai été étonné de la facilité du décollement et de l'absence de perforation. J'en ai eu l'explication : les deux plèvres étaient adhérentes très intimement au poumon.

L'opération est donc longue. Il ne faut pas oublier en outre que le malade est couché sur le côté sain, sur un coussin qui comprime son meilleur poumon, ce qui constitue encore une mauvaise condition.

Après le décollement, si la plèvre est saine, on voit le poumon au-dessous. L'explore-t-on, on sent sous le doigt une surface lisse, uniforme, tendue, quelque chose comme une membrane mince de caoutchouc légèrement tendue. Les renseignements ainsi fournis sont nuls et, pour ma part, je n'ai pu saisir entre les doigts le moindre pli de la plèvre ou du poumon. On ne peut que promener son doigt à la surface de la membrane lisse pleurale.

Reste à savoir si cette simple exploration permettrait de reconnaître une induration pulmonaire. Les expériences suivantes nous permettent de répondre à cette question.

La plèvre décollée, comme je l'ai dit, j'ai, par la partie antérieure du thorax, introduit une tige creuse légèrement conique mesurant à son extrême un demi ou deux tiers de centimètre, et je l'ai dirigée en cherchant à rapprocher de la zone décollée cette extrémité. Quand j'ai cru être assez près, j'ai tenu fixée cette tige, j'ai mis mon doigt dans la plaie, j'ai fait mettre celui des assistants et nous n'avons pas senti la moindre différence de consistance : il fallait imprimer à la tige de légers mouvements de bascule pour que le doigt pût la sentir.

Après cela, j'ai fixé cette tige et ouvert le poumon sur elle, j'ai mesuré la distance qui séparait l'extrémité de cette tige de la surface du poumon ; il n'y avait que deux centimètres et demi d'épaisseur et ce résultat peut être tenu pour exact, le poumon ne pouvant s'affaisser, puisqu'il y avait symphyse totale de la plèvre.

J'ai répété l'expérience sur l'autre côté où les conditions étaient identiques et j'ai eu le même résultat.

J'ai voulu déterminer une induration du poumon en injectant du suif dans son intérieur. Au moyen de cette tige creuse j'ai donc injecté du suif fondu.

Après avoir laissé refroidir, nous avons cherché à voir, s'il y avait une différence de consistance, si nous pouvions trouver la partie indurée. Nous n'avions rien senti.

Le poumon détaché, nous avons pu voir cette masse ; elle était du volume d'une noix, ferme comme une boule de suif et à deux centimètres de la surface du poumon.

Dans une expérience, au lieu d'injecter le suif dans la plèvre, nous l'avons injecté dans l'espace interlobaire et le suif est venu se répandre en lame mince sous la plèvre pariétale décollée dont il a occupé une partie.

Quand il a été coagulé, nous avons cherché, en fermant les yeux, à voir la différence de sensation que pouvait donner au doigt la partie occupée par le suif et celle qui ne l'était pas : il n'y en en avait pas, ou elle était si faible

qu'on pouvait la mettre sur le compte de la suggestion.

Ainsi donc si des indurations situées à deux ou deux centimètres et demi de la surface du poumon ne peuvent être reconnues par ce mode d'exploration, je conclus que ce mode d'exploration est caduc et quand je dis deux centimètres à deux centimètres et demi, il n'est pas sûr que ce soit la distance minima; cette distance est peut-être plus courte.

Ce mode d'exploration est donc caduc, parce que les lésions situées à une distance moindre peuvent être facilement localisées par les moyens plus simples que nous avons à notre disposition : la percussion et l'auscultation.

De mes recherches, il résulte que le procédé de M. Tuffier ne me paraît appelé à aucun avenir. Le danger auquel il pare est le pneumothorax et ce danger ne me paraît pas réel. Je n'en veux pour preuve que les nombreux pneumothorax traumatiques, accidentels et même chirurgicaux, qui guérissent sans faire courir le moindre danger aux blessés.

Si le décollement pleural était jamais indiqué, ce serait précisément dans des cas tout à fait opposés à ceux pour lesquels M. Tuffier le recommande. Ce n'est pas quand la plèvre est saine qu'il faudrait y avoir recours, mais bien lorsqu'elle est complètement adhérente. On pourrait alors ne pas craindre d'appuyer fortement sur le poumon pour trouver des lésions profondes et puis fermer la cavité qu'on aurait créée par une suture en surjet. Mais, même dans ces cas, on n'aura pas souvent l'occasion de l'appliquer.

Chez mon opéré, guidé par des signes trompeurs, j'ai d'abord pratiqué une incision au niveau de la neuvième côte que je réséquai sur une étendue de six centimètres. La plèvre était saine. Je réséquai la huitième côte : même aspect. Je me décidai alors à ouvrir la plèvre et j'introduisis mon doigt enserré d'une éponge de façon à éviter l'entrée d'une trop grande quantité d'air. Je pus alors sentir des adhérences en un point que je marquai. Je suturai mon incision, j'en pratiquai une seconde au niveau de la quatrième côte près du bord spinal de l'omoplate et je pus ainsi parvenir sur le foyer.

Il me semble que personne n'ira à la recherche d'un foyer pulmonaire si des signes physiques, quels qu'ils soient, n'indiquent pas son siège. Il ne faut pas oublier qu'il y a deux poumons. et que chacun d'eux est très vaste. Si on peut en faire l'exploration avec le bout du doigt, après ouverture de la plèvre, il ne faut pas le prendre dans la main, comme on peut faire d'un paquet intestinal, d'un utérus ou d'un ovaire, voire d'un rein ou d'une rate. On ne fait pas une pleurotomie exploratrice comme on fait une laparotomie exploratrice.

Je terminerai en disant que l'incision pleurale exploratrice est inoffensive et excellente dans ses résultats, tandis que le décollement pleural peut être difficile et dangereux et ne donne, en tout cas, aucun renseignement précis sur les lésions profondes du poumon.

REVUE DES CONGRÈS

ASSOCIATION MÉDICALE DE GRANDE-BRETAGNE

Soixante-troisième réunion annuelle tenue à Londres les 30 et 31 juillet, 1er, 2 et 3 août 1895.

Les sécrétions internes.

M. Schæfer. — Certains principes extraits du sang par des parenchymes glandulaires, au lieu d'être déversés en dehors sont reversés dans le sang; ce sont là des sécrétions internes, non moins importantes que les externes. Certaines glandes d'une grande importance et pourvues de conduits sécréteurs élaborent aussi des substances qu'elles ne rejettent point au dehors, mais qu'elles rendent au torrent circulatoire. C'est ainsi que le foie et le pancréas paraissent être bien autrement utiles par leurs sécrétions internes que par leurs sécrétions externes. On sait, en effet, qu'on peut faire écouler au dehors la bile à l'aide d'une fistule, sans qu'il en résulte de trouble marqué. Le rein lui-même ne fait pas exception à cette règle, comme l'a montré M. Bradford : on peut, en effet, laisser dans l'animal une quantité de substance rénale suffisante pour entraîner au dehors les produits excrémentitiels du corps et cependant l'ablation du reste de la substance rénale produit dans le métabolisme des substances azotées du corps un tel trouble que l'animal maigrit et ne tarde pas à mourir. Il n'en est pas de même des glandes salivaires qu'on peut enlever en totalité sans qu'il en résulte aucun symptôme et cela est aussi vrai pour les glandes mammaires. Au contraire, l'ablation des glandes de la génération amène des troubles importants dans le développement des autres parties du corps, et cela probablement par l'intermédiaire du système nerveux, ces troubles ne paraissant point être en rapport avec la sécrétion interne de ces glandes. Les sécrétions internes du foie peuvent produire les unes des substances utiles pour l'organisme, comme le glycogène, les autres, au contraire, des substances dont l'organisme a intérêt à se débarrasser, comme l'urée. Dans le pancréas, outre les alvéoles qui produisent la sécrétion et les conduits, il y a des îlots d'un tissu épithélioïde particulier caractérisé par son état extrêmement vasculaire. C'est là une structure tout à fait spéciale au pancréas. On s'est aperçu que souvent les diabétiques présentaient des lésions du pancréas. En 1889, von Mering et Minkowski ont vu que toutes les fois qu'on faisait l'ablation totale du pancréas, la glycosurie apparaissait au bout de quelques heures; il se produit aussi de la polyurie et un amaigrissement rapide bientôt suivi de la mort.

Cela n'est point dû à une suppression de la sécrétion externe du pancréas, car on peut, par une fistule, faire couler hors de l'organisme, tout le suc pancréatique, sans que la santé de l'animal s'altère. Cela n'est pas dû non plus à une destruction du parenchyme sécréteur, car on peut détruire ce parenchyme sans qu'il y ait apparition du diabète. Pour cette destruction, il suffit, comme l'a fait Schiff en 1872, de faire une injection de paraffine par le canal de Wirsung. Cette expérience a été reprise récemment par Hédon et par Thiroloix. Thiroloix a vu que bien que la glande soit par ce procédé amenée à une atrophie très grande la réduisant à un simple rudiment, les symptômes de diabète n'apparaissent pas; de même si on enlève seulement les trois quarts du pancréas, l'animal reste en bonne santé. Enfin on peut empêcher la glycosurie si, tout en enlevant complètement le pancréas, on greffe une portion de ce même pancréas ou du pancréas d'un autre animal, en quelque endroit du reste que l'on fasse cette greffe, aussi bien dans le tissu cellulaire sous-cutané que dans la cavité péritonéale. Si on enlève dans la suite cette portion de pancréas ainsi greffée, le diabète survient et l'animal meurt. De plus, Thiroloix a démontré que si on greffe un fragment de pancréas dont le tissu sécréteur a été préalablement détruit par une injection de paraffine, on empêche aussi bien que précédemment la production du diabète. On doit donc penser que ce ne sont point les cellules sécrétantes qui produisent la sécrétion interne, car il y a tout lieu de snpposer que ces cellules sont détruites à la suite de l'injection de paraffine. Je ne sais si dans la glande atrophiée par ce procédé le tissu épithélioïde vasculaire interstitiel est intact, mais il y a tout lieu de le supposer; on doit donc admettre que c'est ce tissu qui représente le lieu de formation de la sécrétion interne du pancréas.

Le corps thyroïde est une glande dépourvue de conduit excréteur; elle est formée d'alvéoles que tapissent des cellules épithéliales; ces cellules subissent, sous l'influence de la pilocarpine, des changements analogues à ceux que produit la même substance dans les cellules des autres glandes. De plus, le produit de sécrétion du corps thyroïde s'accumule dans les vésicules et y forment la substance colloïde. La glande est très vasculaire, abondamment fournie de rameaux

nerveux. La structure glandulaire du corps thyroïde est plus évidente chez les animaux jeunes que chez les animaux âgés, l'organe subissant un processus de dégénérescence graduelle. Dès 1856, Schiff vit que l'ablation du corps thyroïde entraîne la mort des animaux; en 1874, Gull découvrit le myxœdène et, en 1878, on établissait une relation entre cette affection et le corps thyroïde.

En 1882, J. et A. Reverdin décrivaient les symptômes survenant à la suite de l'ablation complète du corps thyroïde chez les goitreux et montraient que ces symptômes étaient les mêmes que ceux du myxœdème. Rocher fit les mêmes remarques et montra qu'après l'ablation du corps thyroïde les symptômes sont d'autant plus marqués que le sujet est plus jeune et qu'ils peuvent manquer, au contraire, chez des sujets âgés. En 1884, Schiff publia les résultats de soixante thyroïdectomies pratiquées sur des chiens; toujours la mort survint à la suite de symptômes (tremblements, spasmes, convulsions) qui semblaient indiquer des troubles graves dans la nutrition du système nerveux central. Schiff vit que ces symptômes ne se produisent si, avant l'ablation du corps thyroïde, on greffe une portion de cette glande, sous la peau ou dans la cavité péritonéale. Horsley, en opérant sur des singes, qui résistent plus longtemps à l'ablation de la glande que ne le font les chiens, vit se produire les symptômes du myxœdème. L'ablation du corps thyroïde ne produit aucun symptôme chez les oiseaux, les rongeurs, les herbivores. Pour Gley, cela tient, chez le lapin, à ce que cet animal possède des glandes thyroïdes accessoires; si on les enlève également les symptômes ordinaires se produisent.

Les symptômes consécutifs à la thyroïdectomie sont de deux sortes: les uns d'ordre nerveux, les autres d'ordre nutritif, sans qu'on puisse dire si les premiers ne sont pas produits par les seconds. Les symptômes nerveux les plus caractéristiques sont les tremblements musculaires, les spasmes, les attaques convulsives, symptômes qui cessent quand on coupe les nerfs innervant les muscles correspondants. Ce sont donc des troubles d'origine centrale. On a, du reste, démontré que l'excitabilité de l'écorce cérébrale et même des centres inférieurs est matériellement modifiée chez les animaux qui ont subi la thyroïdectomie. Les troubles nutritifs portent sur les tissus conjonctifs et surtout sur le tégument. Ces tissus deviennent œdématiés ; mais cet œdème a un caractère spécial : le liquide contient un excès de mucine ; le tégument se gonfle, mais en même temps sa surface se dessèche ; il y a une tendance à la chute des cheveux et de l'épithélium superficiel. Si l'animal survit assez longtemps, à ces troubles succède de l'atrophie. Au début il y a de la fièvre ; plus tard il y a un peu d'hypothermie. Ces effets peuvent être complètement empêchés par la greffe d'une portion de corps thyroïde ; on peut pour un certain temps les empêcher de se produire par des injections de suc thyroïdien ou par l'ingestion de corps thyroïde cru. Mais il est probable qu'un semblable traitement ne peut agir que pendant un certain temps.

Les effets des greffes, au contraire, sont permanents. L'enlèvement de la greffe produit les mêmes effets que l'ablation primitive du corps thyroïde. Munk a soutenu que ces effets de l'ablation de la glande thyroïde étaient entièrement dus à des lésions nerveuses produites au cours de l'opération. Cette opinion ne peut se soutenir quand on connaît les effets de la greffe. Les deux autres théories actuelles sont celle de l'auto-intoxication et celle de la sécrétion interne. D'après la première, il y a un principe toxique qui tend continuellement à s'accumuler dans le sang et que le corps thyroïde a pour mission de rendre inoffensif ou de faire disparaître. La fonction du corps thyroïde serait donc, à proprement parler, une fonction d'excrétion. Cette théorie est basée sur ce fait que le sang des animaux qui meurent de thyroïdectomie est toxique pour les autres animaux et principalement pour ceux à qui on vient d'enlever la glande thyroïde et cela depuis un temps trop court pour que les symptômes consécutifs à la thyroïdectomie aient pu se montrer chez eux. D'après la théorie de la secrétion interne les symptômes seraient dus à la suppression de la sécrétion thyroïdienne laquelle se déverserait normalement dans le sang, probablement par la voie des lymphatiques. Cette sécrétion serait nécessaire à l'accomplissement de certains actes nutritifs et notamment de ceux qui président à la vie du système nerveux central et du tissu connectif. J'ai démontré, en effet, que l'extrait de corps thyroïde produit une action très nette sur les vaisseaux sanguins, il abaisse la pression sanguine, sans changer la force ou le nombre des battements du cœur. Cela ne peut arriver que si l'on admet que l'extrait thyroïdien augmente le calibre des artères. Lorrain Smith a de son côté montré que chez les animaux ayant subi la thyroïdectomie, la réaction aux changements de température se faisait avec une rapidité anomale.

Quand on expose des animaux à une température basse, il se produit, mais seulement au bout d'un certain temps, une augmentation dans l'acide carbonique rendu par la respiration. Avant que ce phénomène (traduction d'une augmentation des oxydations ayant pour but d'empêcher l'abaissement de la température du corps) se produise, la température du corps est maintenue au taux normal par les changements physiques qui surviennent dans la circulation et qui font varier la quantité de sang qui, arrivant à la peau en trop grande abondance, pourrait faire tomber la température. Or, ce sont précisément ces modifications vaso-motrices qui paraissent manquer après l'ablation du corps thyroïde, car dans ce cas l'augmentation de l'acide carbonique de la respiration se produit presque immédiatement après qu'on a exposé l'animal au refroidissement.

Le lobe antérieur du corps pituitaire est aussi une glande vasculaire sanguine qu'on peut, à certains égards, rapprocher du corps thyroïde. Toutes les fois qu'on a réussi à enlever cette glande, ce qu'ont fait Marinesco chez des chats, Vassale et Sacchi chez des chiens, la mort est survenue au bout de quinze jours. Il y a d'abord : 1° de l'hypothermie, 2° de l'anorexie et de la lassitude, 3° des tremblements musculaires et plus tard des spasmes, 4° de la dyspnée. La glande pituitaire paraît donc fournir une sécrétion interne utile à la nutrition des systèmes nerveux et musculaires. On a vu, à la suite de la thyroïdectomie, la pituitaire augmenter de volume. Rogowitsch pense que si, chez le lapin, la thyroïdectomie ne s'accompagne d'ordinaire d'aucun trouble, cela tient à ce que la glande pituitaire supplée le corps thyroïde dans sa fonction ; la pituitaire, en effet, est relativement plus grosse chez les lapins que chez les autres animaux.

Mais il faut reconnaître qu'on n'a pas vu cette glande subir chez les goitreux une hypertrophie compensatrice. De plus, sa lésion paraît provoquer une maladie spéciale, l'acromégalie, bien différente du crétinisme ou du myxœdème. Tandis que l'injection d'extrait thyroïdien est sans action sur les battements du cœur, la décoction de glande pituitaire augmente considérablement la force des battements du cœur. mais sans en modifier le rythme. L'effet sur les artères est précisément l'inverse de celui que produit l'extrait thyroïdien : on voit, en effet, la pression sanguine s'élever considérablement. Cela est dû non seulement à l'augmentation de la puissance des contractions cardiaques, mais encore à un effet direct sur la contractilité des vaisseaux. Si, en effet, on fait passer à travers les vaisseaux sanguins d'une grenouille dont le système nerveux est complètement détruit, une solution saline contenant de l'extrait de corps pituitaire, on voit ces vaisseaux se contracter.

L'importance des capsules surrénales a été pour la première fois mise en lumière par Addison en 1855. En 1856, Brown-Séquard constatait que l'ablation expérimentale des capsules surrénales entraîne fatalement la mort chez tous les animaux ; les symptômes qui suivent cette ablation sont ceux de la maladie d'Addison, mais avec un degré d'acuité extrême : il y a une très grande faiblesse musculaire, une perte de la contractilité du système vasculaire et plus tard des symptômes nerveux, avec perte de l'appétit et des signes de prostration générale. Brown-Séquard n'a pas vu se produire la pigmentation, et il pense que cela tient à ce que la mort survient trop vite pour que ce symptôme ait le temps d'apparaître. Marino-Zucco, en inoculant du bacille pseudo-tuberculeux dans les capsules surrénales de lapins, a obtenu une évolution lente des symptômes ordinaires consécutifs à l'ablation des capsules surrénales et a vu se produire une pigmentation de la peau et des poils. Les expériences ont été reprises dans ces derniers temps par Brown-Séquard lui-même, par Abelous, Langlois, Tizzoni et par moi-même. On a pu ainsi confirmer les premiers résultats obtenus par Brown-Séquard. Les animaux auxquels on enlève leurs capsules surrénales meuren

en deux ou trois jours. Le sang des animaux qui meurent dans ces conditions est toxique pour les animaux auxquels on vient d'enlever les capsules surrénales mais ne l'est pas pour ceux qui n'ont pas subi cette opération.

Le symptôme le plus marqué consistant en une faiblesse musculaire extrême, Abelous et Langlois pensent qu'après ablation des capsules surrénales un certain produit toxique, provenant des échanges nutritifs qui ont lieu au niveau des muscles, s'accumule dans le sang. La fonction des glandes surrénales serait précisément d'enlever ou de détruire ce principe toxique. C'est là encore une théorie basée sur l'auto-intoxication. On a injecté à divers animaux des extraits de capsules surrénales sous la peau : le cochon d'Inde, le chat, le chien paraissent pouvoir en recevoir impunément des quantités énormes; à peine note-t-on une légère augmentation dans la forme et le rythme du pouls. Les lapins y sont, au contraire, très sensibles; sous l'influence d'une forte dose, ils peuvent mourir en une demi-heure; si la dose est modérée l'animal peut, pendant plusieurs heures, ne présenter aucun symptôme, puis mourir subitement. Foa et Pellocani ont vu la même chose se produire pour des chiens M. Olivier et moi nous avons observé les effets de l'injection intra-veineuse de l'extrait thyroïdien. Nous avons pu voir ainsi que la région médullaire des capsules surrénales contient un principe dialysable soluble dans l'eau et qu'une ébullition de courte durée ne détruit pas. Ce principe exerce une puissante action sur le système musculaire en général, mais principalement sur les muscles du squelette, les fibres musculaires des vaisseaux sanguins et le muscle cardiaque. Il a aussi une certaine action sur quelques centres nerveux du bulbe, surtout le centre d'inhibition cardiaque; il agit légèrement sur le centre respiratoire. Les graphiques font voir que, comme la vératrine, l'extrait de capsule surrénale a pour effet d'augmenter énormément la contraction, résultat d'une seule excitation d'un muscle ou de son nerf. On ne peut donc nullement, comme on l'a voulu, comparer l'action de cet extrait à celle du curare, le muscle restant, après injection de cette substance, parfaitement excitable par son nerf. L'action de cet extrait sur le cœur diffère suivant que les nerfs vagues sont ou non coupés. Les nerfs vagues étant intacts l'extrait de capsule surrénale ralentit et même arrête la contraction de l'oreillette, le ventricule continue à battre lentement avec un rythme indépendant ; le pouls est très lent. Quand les nerfs vagues sont coupés ou que leurs bouts cardiaques sont paralysés par l'atropine, l'effet sur le cœur est précisément inverse de ce qu'il était précédemment. La force et le nombre des contractions auriculaires sont augmentés, les contractions ventriculaires sont augmentées de la même façon.

Sur les vaisseaux, l'extrait augmente la contractilité et élève par suite la pression intra-vasculaire et cela même sans que les vagues soient coupées, c'est-à-dire les contractions du cœur étant ralenties. Cette action sur le système vasculaire se dissipe au bout de quelques minutes, même lorsqu'on emploie de fortes doses. Pendant qu'agit la dose d'extrait injectée dans le système veineux, l'excitation même la plus forte, du nerf vaso-moteur dépresseur qui d'ordinaire amène une vaso-dilatation rapide et très marquée, est impuissante à empêcher la contraction des vaisseaux. Comment l'action de cette substance a-t-elle aussi peu de durée ? Par où s'élimine ce principe ? Ce n'est pas par les reins, car l'effet est aussi transitoire quand on lie les artères rénales ; ce n'est pas non plus par les capsules surrénales elles-mêmes, comme on peut s'en assurer, de même que pour les reins. L'effet est encore aussi transitoire si on lie l'aorte et la veine cave à la partie supérieure de l'abdomen, de façon à empêcher le sang de passer dans les organes abdominaux. Ce principe n'est pas non plus oxydé ou détruit par le sang lui-même, car il conserve toute son action même quand on l'a conservé pendant vingt-quatre heures en contact avec du sang. Il est probable que ce principe s'accumule principalement dans les muscles du squelette, et ce qui semble le prouver, c'est que ses effets physiologiques continuent à exercer pendant longtemps sur les muscles du squelette, alors que depuis longtemps a disparu son action sur le cœur et les vaisseaux. Il suffit d'employer cinq milligrammes et demi de glande surrénale desséchée pour obtenir le maximum d'effet sur le cœur chez un chien de dix kilogrammes. Il résulte de nos calculs qu'il suffit des quatorze millionièmes d'un gramme de produit pur par kilogramme d'animal sur lequel on expérimente pour obtenir le maximum d'effet.

NOUVELLES

Opération césarienne. — On lit dans le *Temps* du 25 novembre.

Le parquet d'Ambert vient d'opérer au village de la Massetterie, commune d'Olliergues, une descente de justice motivée par les faits suivants :

Ces jours derniers, la femme Grollet, qui était enceinte, tomba malade; un commencement d'urémie se déclara; le docteur Giraud, maire et conseiller général d'Olliergues, fut mandé pour lui donner des soins. M. Giraud vit la malade et prescrivit une ordonnance. Le lendemain matin, on vint le prévenir en hâte qu'elle était au plus mal. Prévoyant une crise d'éclampsie, le docteur se rendit aussitôt à la Massetterie.

Prévenu en même temps par lui, l'abbé Gilbertas, vicaire à Olliergues, s'y rendit lui aussi pour porter le viatique à la malade et arriva le premier.

— La malade vient de mourir, dit-on à l'ecclésiastique.

— Et l'enfant? Y a-t-on songé? riposta celui-ci. Peut-être il en est temps encore; il faut le baptiser.

Le mari, le père et la mère de la malheureuse se récrièrent, mais sans s'opposer positivement à l'opération qui devait permettre de baptiser un fœtus de six à sept mois.

— Laissez-moi, dit l'abbé.

Et il resta dans la chambre de la morte avec un seul témoin, une vieille femme de soixante-douze ans. Puis, sans tarder, le vicaire, prenant son couteau de poche, commença l'opération.

Mais le couteau ne coupait pas suffisamment. L'abbé demanda un plus tranchant à la vieille femme qui assistait à la sinistre besogne. Celle-ci alla chercher un couteau plus fort et plus effilé, — le couteau du mari, paraît-il — et l'abbé put continuer son œuvre.

Une entaille de quarante à quarante-cinq centimètres permettait de sortir le fœtus mort. L'abbé le baptisa et, après s'être lavé les mains, il se disposa à regagner Olliergues.

Sur le seuil de la maison, le vicaire rencontra le docteur Giraud, auquel il dit :

— Vous savez, la malade est morte, mais *c'est fait.*

Et il partit. On juge de la stupéfaction du docteur quand il comprit, après avoir vu la morte, ce que signifiaient ces deux mots : « C'est fait. »

Le jour même, M. Giraud se rendit à Ambert, où il prévint le parquet. Celui ci a fait une enquête dont on ignore encore le résultat. On ne sait pas pour le moment si l'abbé Gilbertas a pratiqué l'opération césarienne sur une morte ou sur une femme vivante encore plongée dans une crise d'éclampsie, dans un état qui ressemble fort à la mort. On ignore, par conséquent, s'il sera poursuivi pour homicide par imprudence ou traduit en justice pour exercice illégal de la médecine.

Un nouveau guérisseur. — Les rois de France guérissaient les écrouelles en les touchant. Un cordonnier de Denver (Colorado), ayant entendu une voix lui ordonnant de laisser là son tablier et son échoppe et d'aller guérir ceux qui croiraient, est parti pieds nus et nu-tête pour le désert, et après un jeûne de cent jours il s'est trouvé mûr pour sa mission et il a commencé ses cures à Denver.

Sa méthode consiste à serrer fortement la main du patient et à lui dire : *Ayez foi et vous guérirez !*

Ses cures ne se comptent plus, ni ses clients non plus, car il ne demande rien, et n'accepte ni argent ni cadeaux.

Bureau central de médecine. — A la première séance du concours de médecins des hôpitaux, le candidats ont eu pour question écrite : « Des cirrhoses hypertrophiques du foie. Pathogénie, anatomie pathologique. Formes cliniques. »

Les questions restées dans l'urne étaient : 1° Des coagula-

tions intra-veineuses dans les maladies dystrophiques et infectieuses. Anatomie pathologique. Symptômes et diagnostic. — 2° Cavernes pulmonaires. Anatomie pathologique, pathogénie et diagnostic.

La lecture des copies aura lieu à la Charité les mardis, jeudis et samedis, à quatre heures et demie.

Le concours de l'internat des hôpitaux de Nantes s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes : MM. Joün, Sémeril, Pouzin, Chapus, Pelletier, Fillion et Haie.

Internes provisoires : MM. Grosse, Guillou, Montfort et Aubry.

Le concours de l'externat des hôpitaux de Nantes s'est terminé par la nomination de MM. Rousselier, Soullard, Rochard, Bernier, Rambaud, Lemoine, Chauvin, Bahuaud, Labeyrie, Simon, Métayer, Lesimple, Barthélemie et Couëtoux.

Concours de l'externat. — *Questions posées. Anatomie :* Muscles obturateurs ; caractères distinctifs des vertèbres cervicales.

Pathologie : Symptômes, marche et complications des anévrysmes artériels circonscrits ; étiologie, symptômes et traitement du phlegmon diffus ; manuel opératoire du cathétérisme évacuateur de la vessie.

Anatomie : Duval (Pierre) 19 1/2 ; Guillain 17 1/2 ; Gadaud 17 ; Boulet (Al.) 15 ; Géraud 14 1/2 ; Durand (Ch.) 13 ; Gozzi, Fromageot 11 ; Ferras 10 ; Fougères 9 ; Gorce 8 ; Fontanié 7 ; Grenet 18 1/2 ; Guihal (Et.) 16 ; Foisy 15 1/2 ; Follet (René), Froment 15 ; Fouqué, Genevrier 12 ; Follet (Paul) 9 ; Guillemet, Guillemare, Frassina, Guerbé 9 ; Follet (Georges) 7 ; Frison 6 ; Glatard, Duvernoy 5 ; Gascheau 4 ; Farge 3.

Pathologie : Petit (P.-J.) 18 1/2 ; Néret 15 ; Picandet 13 ; Pourtié 12 ; Pascaut 11 ; Rauolt 9 ; Mayer 7 ; Mermier 18 ; Milon (Georges) 16 ; Poujade 15 1/2 ; Regnard 15 ; Menu 14 1/2 ; Meyer (Henri) 13 1/2 ; Poutchkow, Robin, Ravary 13 ; Rigal, Mouraisse 10 ; Ménard 9 ; Merklen 8 ; Mendel 5 ; Lœfer 17 1/2 ; Lecœur 12 ; Louvet, Maricot 11 1/2 ; Lecouëdec, Lucas 11 ; Javal, Lepès, Moulon, Morin, Mlle Mugnier, M. Mathieu (H.) 10 ; Mornac, Marmasse, Martial, Lambert 9 ; Morisseau, Lecorney 8 ; Louisy 6.

REVUE DES JOURNAUX

Claudication intermittente (Ueber intermittendes Hinken und Arteritis der Beine), par Goldflam (*Deutsch. med. Woch.*, 5 septembre 1895, n° 36, p. 587). — L'auteur rapporte les deux observations suivantes : la première concerne un avocat de trente-quatre ans qui, en 1873, a eu le typhus. Il nie la syphilis. Sa maladie actuelle a commencé en 1889 avec des douleurs dans le mollet droit, douleurs qui se produisaient la nuit et s'exagéraient pendant la marche. Après avoir fait quelques pas, il éprouvait dans la cuisse une sensation d'engourdissement et une douleur tellement violente qu'il ne pouvait plus marcher. Le médecin qui l'avait soigné avait remarqué une diminution de la circonférence du mollet droit, l'exagération des réflexes, la présence du clonus du pied plus prononcé à droite qu'à gauche et l'absence de pulsations dans la pédieuse droite. Son état en 1893, quand il a été vu par l'auteur, était le suivant : le petit doigt du pied droit est tout à fait noir par suite d'une gangrène. Le pied droit entier est tuméfié, la face dorsale est rouge, phlegmoneuse. La région plantaire du pied et les autres orteils ont un aspect marbré. On ne perçoit pas les pulsations de l'artère pédieuse droite. La jambe est atrophiée. Il a des crises douloureuses presque continues dans le pied, ce qui l'empêche de faire le moindre mouvement. La motilité est conservée ; le réflexe patellaire du côté droit très intense. On pratiqua l'amputation dans le tiers supérieur de la jambe. On trouve non seulement l'artère pédieuse et tibiale postérieures oblitérées, mais aussi la fémorale. A l'examen microscopique, on trouve que la tunique interne hypertrophiée oblitère la lumière de l'artère fémorale. Cette tunique est constituée par du tissu conjonctif fibrillaire dans lequel se trouvent beaucoup de vaisseaux de nouvelle formation avec des parois plus ou moins épaisses. La tunique musculaire n'est pas altérée ; par contre, il y a dans l'adventive de petits modules formés de leucocytes. La veine fémorale présente un épaississement irrégulier de la tunique interne, mais sa lumière n'est pas complètement oblitérée par la création d'un thrombus. Le nerf crural ne présente pas de fibres dégénérées, mais son tissu endoneural est un peu épaissi. Dans le nerf tibial postérieur, il existe un petit faisceau dégénéré. L'intérêt principal de cette observation réside dans l'absence de toute cause de dégénérescence artérielle, car on n'a trouvé ni alcoolisme, ni tabagisme, ni diabète, ni saturnisme, ni maladie de cœur. Mais ce qui est plus important encore, c'est que le frère du malade présente une affection identique. En voici un court résumé : depuis dix ans, sensation de froid dans les pieds ; depuis sept semaines, le malade a éprouvé pendant la marche de l'engourdissement et une sensation de froid dans le troisième orteil du pied gauche, paresthésie de courte durée qui se montrait non seulement pendant la marche, mais encore dans un lieu froid. Ses pieds présentent des phénomènes d'asphyxie locale. La motilité est intacte. Le fait caractéristique est l'absence de pulsations des artères pédieuse et tibiale postérieure des deux côtés. Les artères poplitée et crurale donnent la sensation de pulsations. La circonférence de la jambe gauche est réduite de trois centimètres. Les réflexes rotuliens sont forts. Pas de syphilis, pas d'alcoolisme. Il fume avec modération. L'auteur admet qu'il doit exister, outre l'altération vasculaire, une influence nerveuse qui expliquerait la symétrie et les accès de syncope locale, semblables à ceux de la maladie de Raynaud.

La lésion médullaire de l'ostéite déformante de Paget, par Gilles de la Tourette et Marinesco (*Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, n° 4, 1895). — Les auteurs ont eu l'occasion d'examiner la moelle et les nerfs périphériques dans deux cas de maladie de Paget. Les lésions observées étaient très analogues dans les deux cas. La substance grise antérieure et postérieure était intacte, simplement congestionnée dans un cas. Les racines antérieures et postérieures ne présentaient aucune altération, par contre les cordons postérieurs étaient décolorés : cette décoloration était en rapport avec une atrophie des fibres nerveuses dans la partie moyenne et postérieure de ces cordons. Le maximum des lésions siégeait dans les régions lombaire et dorsale inférieure. La zone radiculaire moyenne et les fibres entrantes étaient intactes.

Dans le deuxième cas, les auteurs ont constaté des lésions des nerfs périphériques consistant dans l'hyperplasie de la gaine lamelleuse dans l'hypertrophie du tissu conjonctif intra-fasciculaire. Les fibres nerveuses étaient plus clairsemées que d'ordinaire au milieu des faisceaux nerveux. Les auteurs ne s'expriment qu'avec une certaine réserve sur la nature de ces lésions ; ils émettent avec réserve cette hypothèse que les lésions diverses sont sous la dépendance des lésions médullaires ; en d'autres termes la maladie de Paget serait une maladie dystrophique d'origine nerveuse.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 novembre 1895.

Présidence de M. Empis.

Travail des femmes enceintes.

M. Pinard. — Les femmes enceintes, quelle que soit leur nationalité, trouvent pour la fin de leur grossesse un refuge dans des asiles spéciaux, dont le premier, l'asile de l'avenue du Maine, a été inauguré par Mme Béquet (de Vienne). La création de ces refuges a permis d'éviter un grand nombre des accidents de la grossesse.

La plupart des femmes reçues à l'asile de l'avenue du Maine viennent accoucher à la clinique Baudelocque. Les recherches faites sur cinq cents femmes, sans accident pathologique, soignées aux refuges, ou soignées dans les dortoirs de la clinique ou venues directement de la ville ont donné les résultats suivants :

Sur 500 femmes ayant travaillé jusqu'à la fin de leur gros-

sesse, la moyenne des enfants a été de 1,505 kilogrammes, soit 3,010 par enfant; sur 500 femmes venues de l'asile, le poids a été 1,645 kilogrammes, soit 3,290 grammes par enfant; sur 500 femmes de mes dortoirs, il a été de 1,683 kilogrammes, soit 3,368 grammes par enfant.

D'autre part le poids moyen des enfants nés de multipares est supérieur au poids moyen des enfants nés de primipares, or le nombre des multipares est plus élevé dans les dortoirs de l'asile Baudelocque que dans ceux de l'asile de l'avenue du Maine, ce qui explique cette différence de poids.

Quant à la durée de la grossesse, chez mille femmes ayant travaillé jusqu'au moment de l'accouchement, elle a été généralement moins grande que chez les femmes qui s'étaient reposées pendant une partie de la grossesse. Cela prouve les effets du surmenage. Pour que le développement de l'enfant soit aussi parfait, aussi complet que possible, il faut donc que la femme se repose pendant sa grossesse.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 28 *octobre* 1895.

Présidence de M. Marey.

Recherches sur la valeur biologique de la leucocytose inflammatoire.

M. Wladimir Voronine pense que la réaction des vaisseaux pendant l'inflammation n'a pas de valeur biologique générale. C'est ainsi que chez la moule, à la suite de l'inflammation du pied par l'aiguille chauffée ou le nitrate d'argent, les lacunes sont rétrécies par la contraction des muscles irrités. Les relations sont inverses de celles qui existent chez les vertébrés, et chez ceux-ci la dilatation des capillaires serait due au décroissement de l'élasticité des tissus environnants enflammés. La leucocytose dépend non pas d'une action chimiolactique mais de la réaction des vaisseaux. L'état rond des leucocytes dans le courant sanguin n'est pas l'état de repos, mais l'hyperexcitation mécanique par le mouvement du sang, et c'est le ralentissement du courant sanguin qui provoque la diapédèse en diminuant l'excitation des leucocytes qui deviennent amiboïdes. Ainsi donc on n'a pas raison de voir dans cette leucocytose une défense voulue contre l'ennemi qui a pénétré dans l'organisme, comme le fait la théorie phagocytaire.

Développement des terminaisons nerveuses dans les muscles striés.

MM. G. Weiss et **A. Dutil.** — Il est un stade du développement de l'embryon de cobaye dans lequel les muscles néoformés répondent par une contraction lente à une excitation électrique directe, mais ne répondent nullement aux excitations directes, même très énergiques, appliquées sur le tronc des nerfs périphériques correspondants. A ce moment, si l'on traite par l'acide osmique le tronc et les branches du nerf, du nerf sciatique par exemple, on constate que le tronc nerveux et ses branches extra et intra-musculaires contiennent des fibres nerveuses encore dépourvues de myéline et des fibres revêtues de leur gaine myélinique et arrivées à peu près à leur complet développement. Celles-ci sont d'autant moins nombreuses que le fragment du nerf examiné est prélevé à un point plus rapproché de la périphérie. En d'autres termes, les fibres bien développées sont en majorité dans le tronc du nerf et ses premières divisions; elles sont en minorité dans les ramifications ultimes. Dans les muscles correspondants, dans les muscles jumeaux, par exemple, les fibres musculaires encore incomplètement développées présentent cependant un commencement de striation. Si l'on dissocie ces muscles après les avoir traités par le chlorure d'or, suivant la méthode de M. le professeur Ranvier, on distingue aisément, dans les ramifications nerveuses de divers ordres qui les pénètrent, deux sortes de fibres nerveuses qui se différencient nettement par leur calibre, leur trajet, leur degré de développement respectif et enfin par leur mode de terminaison.

a. Les unes en petit nombre, de gros calibre, complètement développées, et étranglements rares ou très espacés, cheminent soit isolément, soit groupées par deux ou trois fibres semblables. Elles sont enveloppées d'une gaine de Henle épaisse, à une, deux et quelquefois trois lames concentriques, et elles aboutissent toujours *soit à une terminaison sensitive musculo-tendineuse* (de Colgi), *soit d'un fuseau neuro-musculaire.*

b. Les autres fibres, plus grêles, beaucoup plus nombreuses, encore très incomplètement développées et pour la plupart dépourvues de gaine myélinique forment, en se juxtaposant, des faisceaux de plus en plus grêles et dont les éléments, à leur terminaison, s'écartent en éventail et prennent contact, par des pointes fines, avec les fibres musculaires adjacentes. Ces fines fibrilles terminales sont uniquement constituées par des cellules allongées, fusiformes, placées bout à bout. L'imprégnation par le chlorure d'or n'y révèle encore aucune trace de cylindraxe. Aux points d'abouchement de ces fibres avec les fibres musculaires correspondantes, on n'aperçoit non plus aucune apparence d'arborisation terminale. Ce sont ces fibres nerveuses que l'on voit à une phase ultérieure du développement de l'embryon (phase qui correspond précisément au moment où apparaît l'excitabilité des nerfs périphériques), maintenant pourvues d'un filament cylindraxile, aboutir aux premiers rudiments des plaques motrices naissantes.

Or le développement des plaques motrices et celui des fuseaux musculaires se poursuivent séparément et l'on ne voit jamais, ni chez l'embryon ni chez l'animal nouveau-né ou adulte, le fuseau musculaire et ses fibres nerveuses se transformer en se divisant, comme Kühne, Kœlliker, et Bremer notamment l'ont soutenu, en une série de fibres musculaires munies de leurs plaques motrices.

En somme les fuseaux neuro-musculaires (*Muskelspindeln, Muskelknospen, faisceaux neuro-musculaires*) sont des organes terminaux particuliers. Ils ne prennent aucune part au développement des fibres musculaires ni de leurs plaques motrices. Ils ne représentent nullement, comme on l'a avancé, un stade du développement de ces éléments anatomiques ou une production pathologique. Ils constituent, selon toute vraisemblance, *des terminaisons nerveuses de nature sensitive* qu'il convient de rapprocher des terminaisons tendinomusculaires de Golgi. Leur mode de développement et celui des fibres nerveuses qui y aboutissent, leur structure intime, leur persistance dans les muscles dont l'atrophie relève d'une lésion destructive et systématique des cellules des cornes antérieures, nous paraissent plaider en faveur de cette interprétation.

Séance du 11 *novembre* 1895.

Fermentations provoquées par le pneumobacille de Friedlænder.

M. Grimbert. — Selon Frankland, le pneumocoque de Friedlander fait fermenter les solutions de glycose, saccharose, lactose, maltose, raffinose, dextrine et mannite. Il est sans action sur la glycérine et la dulcite. Les produits principaux de la fermentation de la glycose et de la mannite sont l'alcool éthylique et l'acide acétique avec une petite proportion d'acide formique et des traces d'un acide fixe, probablement d'acide succinique.

Le pneumocoque ayant servi à ces expériences provenait de l'Institut d'hygiène, de Berlin; il avait été cultivé sur gélatino-peptone pendant trois années avant de servir aux fermentations.

J'ai repris les expériences de Frankland avec un pneumobacille de Friedlander provenant du laboratoire de M. Roux, après avoir vérifié sa pureté par des cultures sur plaques de gélatine et j'ai obtenu des résultats tout à fait différents: non seulement le pneumobacille de l'Institut Pasteur fait fermenter la glycose, la galactose, l'arabinose, la mannite, la saccharose, la maltose, la lactose, la raffinose, la dextrine et l'amidon, mais encore *il attaque avec énergie la glycérine et la dulcite.* Les produits de fermentations varient avec la nature du sucre employé; ce sont l'alcool éthylique; l'acide acétique, l'acide lactique *gauche* et l'acide succinique.

De ces faits, je crois pouvoir conclure qu'il existe au moins deux pneumobacilles de Friedlander, morphologiquement semblables, mais différant entre eux par leurs actions fermentatives. Chaque fois donc que l'on rencontrera une bactérie présentant tous les caractères du pneumobacille de

Friedlander, il faudra l'ensemencer dans un milieu à base de glycérine ou de dulcite, afin de l'identifier soit avec l'organisme de Frankland, soit avec celui que j'ai étudié.

Constance du point de congélation de quelques liquides de l'organisme; application à l'analyse du lait.

M. Winter. — Il résulte de mes recherches que *le sérum sanguin et le lait ont un point de congélation commun et constant.*

D'après les études de M. Raoult sur les solutions, cela signifie que ces liquides sont équimoléculaires ; ou encore que pour un même poids d'eau ces liquides renferment le même nombre de molécules dissoutes (concentration moléculaire).

Les autres liquides de l'économie qui ont été examinés (suc gastrique, urine, liquides de ponctions, etc.), rentrent dans la même loi avec quelques restrictions qui en précisent la portée et qui seront examinées à part.

De l'ensemble de ces recherches, poursuivies depuis plusieurs années, il résulte, en somme, que *tout l'organisme est en équilibre osmotique et que la vie cellulaire est sous la dépendance d'un état limite constant.*

Cette constante biologique, traduite par la relation numérique qui existe entre l'abaissement de la température de congélation et la concentration moléculaire des solutions, trouve une application pratique dans l'analyse du lait.

La concentration moléculaire de ce liquide étant constante quand il est pur, toute altération ou tout mouillage se traduit par une modification de la constante physiologique du point de congélation; de plus, cette modification est proportionnelle au degré d'altération ou de mouillage.

En ce qui concerne le sérum, sa concentration moléculaire fixe éclaire un assez grand nombre de faits connus ou obscurs. On peut, en particulier, en déduire l'action des solutions sur le sang, lorsque ces solutions s'éloignent de la concentration limite du sérum. Cette limite correspond à quatre-vingt-onze centigrammes de chlorure de sodium dans cent grammes d'eau.

On est également conduit à attribuer aux globules du sang, à la fibrine et à tous les éléments sanguins très altérables, une fonction spéciale inconnue : ces éléments assurent constamment la concentration moléculaire du sérum, exactement comme les cristaux en excès dans une solution saturée d'un sel en assurent la saturation soit en se dissolvant, soit en se multipliant.

Séance du 18 novembre 1895.

Sur l'emploi du sang de vipère et de couleuvre comme substance antivenimeuse.

MM. Phisalix et Bertrand. — Dans nos précédentes communications, nous avons démontré qu'il existe dans le sang de la vipère et de la couleuvre des principes toxiques analogues à ceux du venin, et nous avons considéré l'immunité de ces animaux pour leur propre venin comme le résultat d'une accoutumance.

Depuis, de nouvelles expériences nous ont fait concevoir la possibilité d'une autre explication. A la suite de recherches sur l'immunité naturelle du hérisson contre le venin de vipère, recherches dans lesquelles nous avons montré l'existence simultanée dans le sang du hérisson de substances toxiques et de substances antitoxiques, nous avons cherché s'il n'en serait pas de même pour le sang de vipère. A cet effet, du sérum de vipère a été chauffé à 58° pendant quinze minutes, puis injecté dans le péritoine de plusieurs cobayes. Or, tandis qu'il suffit d'un demi-centimètre cube de sérum normal pour tuer le cobaye, plusieurs centimètres cubes de sérum chauffé ne produisent aucun accident, ce qui démontre que les substances toxiques du sérum sont détruites. Du reste, M. Calmette a déjà signalé que le sang de *Naja tripudians*, de *Naja haje*, de crotale ou de céraste chauffé pendant dix minutes à 68°, perd son pouvoir toxique.

De plus, *l'injection de sérum chauffé immunise l'animal* contre le venin, ainsi que nous l'a montré une expérience des plus probantes.

Le pouvoir antitoxique de ce sérum chauffé est assez énergique ; nous avons observé des cas où un quart de centimètre cube suffisait pour immuniser un cobaye contre une dose mortelle de venin ; mais cette immunisation est passagère et disparaît au bout de quelques jours.

Les mêmes expériences répétées avec le sang de couleuvre nous ont donné, à l'intensité près, des résultats semblables, le pouvoir antitoxique étant ici un peu plus faible qu'avec le sang de vipère.

En résumé, chez la vipère et la couleuvre, il y aurait, comme en général chez les animaux vaccinés artificiellement, production de substances antitoxiques par suite d'une réaction défensive de l'organisme. D'après cela, on pourrait peut-être expliquer l'immunité de ces reptiles pour leur propre venin plutôt par une sorte d'auto-vaccination que par accoutumance. Mais, à supposer même qu'il n'en soit pas ainsi, l'existence de principes antivenimeux dans le sang de la vipère et de la couleuvre n'en a pas moins une signification importante au point de vue de la physiologie générale : elle démontre une fois de plus que, dans l'organisme, à mesure que des cellules sécrètent une toxine, il se produit une réaction antagoniste dont le résultat est la formation d'une antitoxine spécifique.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 15 novembre 1895.

Présidence de M. Brault.

Rein unique.

M. Chrétien présente une photographie prise sur le cadavre d'un enfant de trois mois ; le sujet ne présentait qu'un seul rein et une seule capsule surrénale du côté droit ; à gauche il n'y avait que du tissu cellulo-adipeux qui remplissait la loge normale du rein.

M. Chrétien montre en outre des préparations du rein kystique.

Enfoncement du crâne.

M. Petit montre des fragments d'os retirés par trépanation du crâne d'un jeune enfant de sept ans et demi qui avait subi un enfoncement considérable à la suite d'un traumatisme ; la guérison a été complète.

Volvulus congénital.

M. Petit montre le corps d'un enfant de quatre jours, ayant succombé à un volvulus congénital; le cæcum et le côlon ascendant présentaient un meso très long et la masse intestinale était passée de gauche à droite sous le cœcum, il s'était produit alors une torsion de cette partie de l'intestin.

Sarcome de la cuisse.

M. Pasteau présente un sarcome des parties molles de la cuisse droite développé très rapidement chez un jeune homme de dix-huit ans, et qui a nécessité l'amputation, il s'agissait d'un sarcome globo-cellulaire développé primitivement dans le muscle vaste externe.

Kyste hydatique du triangle de Scarpa.

M. Hamant montre un kyste hydatique du triangle de Scarpa, qui siégeait dans la gaine même du couturier.

Ramollissement cérébral.

M. Parmentier présente un cerveau qui est le siège d'un gros foyer de ramollissement n'ayant déterminé aucun phénomène clinique.

Il montre des pièces fraîches de *pied bot congénital varus équin* et une grosse pierre, du volume d'une noix, retirée de l'intérieur d'une bronche près du hile du poumon.

Epithélioma pavimenteux.

M. Marion et **Legueu** montrent des coupes d'une tumeur de la région sacroanale, pour laquelle on porta successivement le diagnostic de tuberculose et d'actynomycose, il s'agissait, en réalité, d'un épithélioma pavimenteux, lobulé et tubulé.

Pneumococcie généralisée.

M. Dominici rapporte un cas de pneumococcie généralisée ;

péricardite, endocardite végétante, méningite, bronchopneumonie, arthrite scapulo-humérale.

Anomalies artérielles et musculaires.

M. Soulegoux présente une série d'anomalies artérielles et musculaires.

Séance du 22 *novembre* 1895.

Fractures multiples de la jambe chez un épileptique.

M. Petit montre les os de la jambe d'un épileptique, qui présentaient des fractures nombreuses. L'analyse chimique des os a été pratiquée. La proportion de sels calcaires était diminuée.

Rétrécissement congénital de l'urèthre.

M. Bezançon présente, au nom de M. Guibé, un cas de rétrécissement congénital de l'urèthre, ayant déterminé une dilatation considérable des uretères et du rein droit. La vessie n'était pas distendue; ses parois étaient, au contraire, extrêmement hypertrophiées.

Malformations congénitales du cœur.

M. Apert présente deux cœurs atteints de malformation congénitale. Le premier est remarquable par l'absence d'orifice aortique. Le ventricule gauche est atrophié; le trou de Botal persiste et la circulation aortique est rétablie par l'intermédiaire du canal artériel. Le sang parcourt la crosse de l'aorte en sens rétrograde pour fournir aux carotides et aux artères sous-clavières. La crosse de l'aorte très diminuée de volume revient s'insérer sur la base du cœur, pour se terminer en fournissant les coronaires.

Le second est atteint de rétrécissement de l'artère pulmonaire, dû à la présence de deux grosses végétation sur les valvules sigmoïdes. Le canal artériel est absent, la circulation pulmonaire est rétablie par les vaisseaux bronchiques et pleuraux considérablement dilatés.

Gomme du myocarde.

M. Lorrain montre une gomme du myocarde trouvée à l'autopsie d'un homme de quarante-neuf ans mort subitement. Il existait des anévrysmes multiples de la crosse de l'aorte. La gomme siégeait dans la cloison interventriculaire. Elle était formée de cellules embryonnaires géantes et de parties caséeuses.

M. Lorrain présente en outre un sarcome angiolithique de l'arachnoïde.

Anomalie de l'intestin.

M. Riche présente l'intestin d'un enfant nouveau-né du sexe masculin que lui a adressé M. Bagourd (Argentan). Tout le gros intestin est revenu sur lui-même ainsi qu'une portion de l'intestin grêle mesurant environ dix centimètres; puis l'intestin n'est plus représenté que par un filament grêle, qui, après quatre centimètres, se continue avec une ampoule par laquelle se termine la portion supérieure de l'intestin grêle de volume normal.

Le filament se trouve dans la région correspondant à l'implantation du diverticule de Meckel.

Fracture du bassin.

M. Legrand montre des pièces d'une fracture multiple du bassin. Une portion du sacrum était également fracturée et restait adhérente à la portion correspondante à l'os iliaque.

Epithélioma du sein. Généralisation aux racines nerveuses de la queue de cheval.

M. Labbé présente une pièce provenant d'une femme de quarante-deux ans opérée une première fois d'un épithélioma du sein droit, puis d'une récidive, et qui a présenté, deux mois après, une paraplégie flasque douloureuse avec paralysie des sphincters. On notait de plus un souffle systolique à la pointe du cœur et un dédoublement du deuxième bruit. La malade est morte quinze jours après.

A l'autopsie on trouva des noyaux cancéreux disséminés sur les plèvres pariétales, dans les poumons, sur le péricarde, dans le cœur droit, le péritoine, le diaphragme, les ovaires, le foie, les reins, enfin sur les nerfs de la queue de cheval et au niveau des ganglions rachidiens.

L'examen microscopique a montré que l'épithélioma était disposé sous forme de boyaux à la périphérie des tubes nerveux et particulièrement autour des vaisseaux. Les boyaux se propagent le long des vaisseaux dans le tissu conjonctif péri et intra-fasciculaire.

Hernie duodéno-jéjunale.

M. Lapeyre montre un intestin grêle hernié en totalité à travers la fossette duodéno-jéjunale. Cette hernie a entraîné des accidents d'occlusion intestinale chronique d'environ six semaines. Le malade laparotomisé succomba dans les vingt-quatre heures. L'autopsie montre que tout l'intestin grêle est contenu dans une poche rétropéritonéale qu'encadrent les côlons ascendant, transverse, descendant. L'intestin grêle pénètre dans la poche au niveau du duodénum, et en sort, à son point d'abouchement dans le cæcum.

Fernand Besançon.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 23 *novembre* 1895.

Présidence de M. Chauveau.

Injections intra-veineuses de peptones.

M. Gley. — On sait, d'après les expériences faites récemment par un certain nombre d'auteurs, et par M. Coutijean en particulier, que les injections intra-veineuses de peptones exercent une action anticoagulante sur le sang, que cette action n'est pas directe, mais se produit grâce à la formation dans l'organisme d'une substance anticoagulante, qui serait fabriquée par le foie. Si on lie les lymphatiques du foie, cette substance ne se forme pas.

L'extirpation totale du foie empêche également la formation de la substance anticoagulante. Si l'on fait l'extirpation partielle, les résultats varient; si dans ces conditions on laisse en place une petite portion de parenchyme, cinq grammes, par exemple, la coagulation du sang est simplement retardée; si on laisse une portion plus considérable, l'action anticoagulante des peptones continue à s'exercer.

Sur les fonctions statiques et hydrostatiques de la vessie natatoire et leurs rapports avec les fonctions labyrinthiques.

M. Pierre Bonnier a aspiré légèrement l'air contenu dans la vessie natatoire et observé, outre des troubles respiratoires, que le poisson était devenu incapable de se maintenir à une altitude donnée et dans l'attitude d'équilibre. Il en conclut que la position de la vessie natatoire et sa réplétion allègent la partie dorsale, la plus lourde de l'animal, et font descendre le centre de gravité au dessous du centre de poussée.

Comme la *densité* augmente par la ponction bien que le *poids* ait diminué, on peut admettre que c'est par des variations de *volume* que se manifeste l'intervention de la vessie dans l'équilibration et l'hydrostation. Ces variations de volume impliquent des variations de tension, appréciées directement par le labyrinthe et permettant à celui-là, à l'état normal, de les régler de façon réflexe, selon les nécessités de cette double fonction. Le labyrinthe et les formations similaires dans toute la série anormale ont, en effet, pour fonction, d'une part l'*équilibration*, et d'autre part *la perception des variations de pression du milieu ambiant*, depuis les plus lentes (*fonctions baresthéniques*), jusqu'aux plus rapides (*audition*).

Hypothermie dans la paralysie générale.

M. Iscovesco fait une communication sur un cas d'hypothermie, observée chez une paralytique générale, à la période terminale, dans le service de M. Briand. Chez cette malade, qui présentait une abolition complète des réflexes, la température a oscillé entre vingt-huit et trente degrés, pendant les trois jours qui ont précédé la mort.

L'examen microscopique du cerveau montra une vascularisation anormale du tronc bacillaire et de la protubérance.

M. Remy-Saint-Loup présente des cobayes chez les-

quels, sous l'influence d'un régime particulier (phosphate de chaux et vie en liberté), il s'est développé un doigt supplémentaire. Chez le premier cobaye de la série, il ne poussa qu'un ongle supplémentaire. En procédant par voie de sélection, il a pu obtenir chez les descendants le développement d'un doigt supplémentaire complet.

M. Nicolas (Lyon) envoie une note sur le pouvoir bactéricide du sérum antidiphthérique.

M. Meignin fait une communication sur un nouveau parasite du capitule des immortelles.

M. Beauregard fait une communication sur la morphologie de l'ambre gris.

M. Gréhant dépose au nom de **MM. Goducheau** et **Bussière** (Lyon) une note sur certaines conditions de la circulation cérébrale.

R. Romme.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 novembre 1895.

Présidence de M. Monod.

Anévrysme fémoral traité par l'incision du sac.

M. Chaput a soigné récemment un malade de cinquante-six ans qui présentait, dans la région du triangle de Scarpa, un énorme anévrysme mesurant quinze centimètres de long sur huit de large. Cette tumeur, qui avait commencé à apparaître en juin 1895, avait grossi très rapidement ; elle augmenta notablement sous ses yeux, à tel point que, craignant de la voir se rompre, il l'opéra d'urgence le 16 septembre 1895.

Il fit d'abord une incision dans la fosse iliaque pour aborder l'iliaque externe ; il lia, puis coupa le vaisseau entre deux ligatures. Il aborda ensuite l'artère fémorale au-dessous de l'anévrysme, la coupa également entre deux ligatures, et se mit alors en devoir de disséquer et d'enlever le sac. Mais il adhérait considérablement aux tissus voisins qui étaient très durs. Après avoir isolé péniblement la face antérieure du sac, il pensa rendre la dissection plus facile en incisant la poche et en procédant comme pour une cure radicale de hernie.

L'incision donna lieu à un énorme jet de sang. M. Chaput promena l'index dans l'intérieur du sac, afin de tâcher de découvrir l'embouchure de la fémorale profonde, d'où provenait le sang, mais ne réussit pas. Il renouvela plusieurs fois sa tentative, chaque fois inutilement ; ces recherches s'accompagnant d'une perte de sang considérable, il dut abandonner la partie et se contenter de tamponner le sac à la gaze iodoformée. Il sutura la plaie cutanée, sauf au niveau du sac.

Malgré un délire alcoolique qui dura quinze jours, et au cours duquel le malade se dépansa plusieurs fois, la guérison survint sans accidents.

Le 5 novembre dernier, la plaie était complètement cicatrisée ; l'œdème du membre avait disparu ; il n'y avait ni troubles trophiques, ni troubles de la sensibilité.

Comme MM. Delbet et Quénu, M. Chaput est partisan de l'extirpation des anévrysmes quand elle est possible et facile. Le procès de la ligature n'est plus à faire, M. Delbet vient de le refaire au Congrès de chirurgie, et il semble actuellement démontré que la ligature expose davantage à la gangrène, à la rupture, à la récidive de l'anévrysme ; en outre, l'adhérence du sac aux nerfs voisins provoque souvent des douleurs violentes.

L'extirpation ne présente pas les mêmes inconvénients, mais il est juste de dire que, dans certains cas, cette opération est très difficile et très dangereuse, M. Heurtaux a eu de grandes difficultés, dans son cas, il n'a pas employé moins de trente-cinq pinces hémostatiques. Un malade de Trélat est mort d'infection.

Dans l'observation que M. Chaput vient de relater, on a vu combien la dissection a été difficile, et comment on a pu continuer l'extirpation après l'incision du sac, à cause de l'hémorrhagie. On aurait pu, à la rigueur, faire l'extirpation sans inciser le sac, mais il est probable aussi qu'au cours de la dissection, la poche aurait été ouverte, auquel cas les choses se seraient terminées exactement de la même façon.

D'une manière générale, M. Chaput pense qu'on doit toujours s'efforcer de faire l'extirpation totale ; il croit que la ligature et la section de l'artère en amont et en aval simplifient l'intervention. Il vaut mieux disséquer le sac sans l'ouvrir de parti pris.

Si la poche est ouverte par mégarde et si l'hémorrhagie est incoercible, on pourra toujours terminer l'opération par le bourrage du sac qui suffira à faire l'hémostase.

En résumé, l'idéal, dans le traitement des anévrysmes, c'est l'extirpation ; si elle est impossible, très difficile ou dangereuse, on pourra se contenter de l'incision, après avoir lié l'artère au-dessus et au-dessous. La ligature au-dessous du sac, sans incision du sac, constitue encore une manœuvre plus simple. Plus simple et plus bénigme encore est la ligature simple d'Anel.

Le chirurgien a donc à sa disposition toute une gamme opératoire, qui lui permet de doser l'intervention, d'après les conditions locales et générales propres à chaque cas particulier.

M. Chaput conclut donc en disant que l'extirpation est l'opération de choix, les autres interventions n'étant que des pis-aller imposés par la nécessité.

M. Poirier relate un cas où l'extirpation d'un anévrysme poplité fut suivie de gangrène du membre.

M. Marchand a retrouvé, dans ses observations, deux cas d'anévrysme poplité guéris par la ligature. Dans un de ces cas, il s'agissait d'un homme de soixante-dix-neuf ans. M. Marchand possède donc trois cas de guérison par la ligature, si l'on ajoute ces deux cas à celui dont il a parlé dans la dernière séance.

Opération de Kraske pour cancer du rectum.

M. Montprofit a eu l'occasion, il y a deux ans, de faire par la voie sacrée l'extirpation d'un cancer du rectum n'ayant pu descendre suffisamment le bout supérieur du rectum ; pour le fixer au bout inférieur, il établit son anus sacré. Le malade alla bien tout en restant incontinent ; mais au bout de dix-huit mois il se produisit un prolapsus du bout supérieur du rectum à travers l'anus sacré. M. Montprofit libéra alors le prolapsus sur une étendue de sept centimètres, le descendit dans l'anus naturel et le fixa dans le canal anal préalablement avivé.

M. Quénu fait observer que l'opération faite par M. Montprofit a été préconisée par Hochenegg et qu'on la fait ordinairement en un seul temps au moment de la première opération. Son inconvénient c'est d'exposer à l'atrésie.

M. Montprofit dit n'avoir pu faire cette opération en un seul temps justement parce qu'il était impossible d'abaisser le bout supérieur du rectum.

Chirurgie du poumon.

M. Ricard préfère l'incision franche de la plèvre au décollement pleuro-pariétal préconisé par M. Tuffier. Personnellement il est interveuu dans deux cas. Dans l'un l'abcès profond siégeait au sommet du poumon. Après résection de la quatrième côte et incision franche de la plèvre et du parenchyme, on a pu trouver et évacuer l'abcès. Le malade guérit.

Dans le second cas, le médecin avait localisé le foyer à la pointe de l'omoplate. La résection costale et l'ouverture de la plèvre faite à ce niveau permirent de constater que le poumon était sain à ce niveau, et ce n'est qu'après incision du parenchyme pulmonaire et à sept centimètres de profondeur, tout près du diaphragme que l'on trouve l'abcès constitué par une poche de pleurésie médiastine enkystée.

M. Bazy. — Voy. p. 565.

M. Quénu considère la création du pneumothorax comme réellement dangereuse dans certains cas. Dans deux cas qu'il a opérés, les malades ont failli succomber à l'asphyxie.

M. Delbet présente un chien chez lequel il a produit des lymphadénomes par l'inoculation des cultures qu'il considère comme spécifiques.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 *novembre* 1895.

Présidence de M. Hayem.

Note sur l'exanthème buccal de la rougeole. Stomatite érythémato-pultacée accompagnant l'éruption.

M. Comby. — La rougeole, comme on le sait, s'accompagne d'une éruption des muqueuses. Celle de la bouche mérite quelques attentions. On y observe :

1° Un gonflement des gencives, des joues, de la langue, du palais etc ;

2° Une rougeur violacée sans salivation exagérée. ;

3° Un exsudat pultacé recouvrant les gencives, les lèvres, les joues, le plancher de la bouche.

Cet enduit pultacé fait quelquefois feston autour des dents, et peut être enlevé avec le doigt. C'est donc là une *stomatite érythémato-pultacée légère* qui précède ou accompagne l'éruption cutanée et disparaît avec elle. La réaction de la salive a toujours été neutre. Il n'y a aucun symptôme fonctionnel, et cet érythème doit être recherché systématiquement.

Il peut servir au diagnostic dans les cas douteux, et nécessite des irrigations, des lavages antiseptiques destinés à prévenir des complications par infection secondaire.

Sur la contagion de la rougeole.

M. Lemoine lit un travail tenant à démontrer que la contagion de la scarlatine se fait au début de la maladie, à la période angineuse. Les exsudats de la gorge semblent être le siège du contage, qui dans certains cas peut se répandre sur la surface cutanée, sur les vêtements et sur les objets qui entourent le malade.

Jusqu'ici on a surtout été préoccupé des dangers des squames épidémiques, et toute la prophylaxie de la scarlatine reposait sur cette idée.

Ainsi sans négliger dans la pratique les bains désinfectants, puisque les squames peuvent elles aussi être des agents de contagion, devra-t-on continuer les irrigations antiseptiques de la gorge longtemps encore après la disparition de l'angine. Dans ces conditions on pourra ne pas attendre la fin de la période de desquamation pour rendre le malade au milieu commun.

M. Le Gendre. — Mon attention est fixée depuis longtemps sur la possibilité de la contagion de la scarlatine à la période angineuse. Malgré les difficultés qu'on rencontre dans les recherches de ce genre dans la pratique hospitalière, j'ai pu cependant relever a Aubervilliers des cas de contagion précoce qui viennent à l'appui de l'opinion de M. Lemoine.

M. Sevestre. — La scarlatine est certainement contagieuse à toutes les périodes, elle l'est sûrement à la période de desquamation. Jusqu'où s'étend la période dangereuse ; il est difficile de le dire. Au bout de trente à quarante jours, après les précautions antiseptiques d'usage, on peut, je crois, espérer que la contagion n'est plus à craindre.

M. Catrin. — Il est difficile de faire des enquêtes parfaites sur ce sujet. Le principe de la contagion par les squames repose sur des faits précis qu'on ne retrouve pas avec la même netteté en faveur de la contagion précoce.

Mutations dans les hôpitaux.

Par suite de changements survenus depuis la dernière séance M. Aulmont restant à Laënnec et M. Ballet à Saint-Antoine, les mutations définitives sont les suivantes :

MM. Muselier passe à Lariboisière; Thibierge à la Pitié; Richardière à Cochin; Mathieu à Andral; Lermoyez à Saint-Antoine; Œttinger à Dubois; Legendre à Dubois; Bourcy à Tenon; Roger à Aubervilliers; Marfan aux Ménages; Gilles de la Tourette à Hérold; Béclère à Debrousse; Giraudeau à Sainte-Périne.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 14 *novembre* 1895.

Observation d'une affection probablement parasitaire de la langue chez un nouveau-né.

M. Porak. — Il s'agit d'un enfant né avant terme, débile, pesant mille huit cent cinquante grammes, qui présenta sur la langue, quatre jours après sa naissance, des plaques blanches, exhaussées, s'enlevant facilement par le frottement et laissant sous elle la surface de la muqueuse lisse et rose.

Pendant les deux jours où on les observa, en l'absence de tout traitement donné à l'enfant, ces plaques restèrent fixes comme nombre et comme aspect. Une fois enlevées, elles ne se sont pas reproduites L'examen microscopique a montré qu'elles contenaient des filaments de mycélium et des éléments d'une levure spéciale, qui a pu être cultivée, sans cellules épithéliales. L'examen comparatif de la bouche d'enfants du même âge a démontré que chez ces derniers, cette levure n'existait pas.

Lésions vasculaires de l'utérus de métrite.

MM. Pichevin et **Petit.** — L'hystérectomie vaginale pratiquée chez une femme qui depuis plusieurs années avait des métrorrhagies abondantes, a permis de constater les lésions suivantes : la muqueuse utérine n'était pas fongueuse, les parois étaient épaissies. Au microscope, on constate une multiplication considérable des vaisseaux avec augmentation de leur calibre et épaississement de leurs tuniques. Le tissu périvasculaire était lui-même plus épais. Quant aux capillaires, ils étaient élargis, les lymphatiques augmentés de volume. Le maximum des lésions s'observait au niveau de la couche moyenne de l'utérus où on remarquait un épaississement du tissu conjonctif, la présence de faisceaux fibreux volumineux et la disparition partielle de la fibre musculaire.

M. Pichevin. — Dans un cas de péritonite survenue à la suite d'une hystérectomie vaginale, M. Pichevin fit une laparotomie deux jours après l'opération. Il trouva une péritonite généralisée, une certaine quantité de pus dans le péritoine ; lavage, guérison.

Le pus péritonéal contenait exclusivement des staphylocoques blancs. Voici les résultats de nos expériences sur les animaux :

1° L'injection du pus péritonéal ou d'une culture pure de staphylocoques blancs dans bouillon étendu d'eau, ne produit pas de péritonite (Gravitz, Reichel, Orth, Waterhouse, Burjinsky, contrairement à Pawlosky).

2° L'injection de staphylocoques et de sang dans le cœlome donne naissance à une péritonite mortelle en quatorze jours.

3° Si l'on gratte le péritoine, si on l'irrite avec de la térébenthine, l'injection de staphylocoques et de sang tue le lapin en cinq jours.

4° Toute lésion péritonéale un peu étendue ne détermine pas *fatalement* l'éclosion d'une péritonite, comme l'a dit Grawitz, si on injecte dans la cavité péritonéale du sang et des microbes pathogènes.

5° Les lésions péritonéales favorisent certainement le développement de la péritonite, mais elles ne semblent pas être indispensables à la genèse de l'infection péritonéale.

6° Le péritoine se défend mieux contre l'invasion des staphylocoques que ne le fait le tissu cellulaire (abcès de la paroi sans péritonite).

7° La virulence des staphylocoques s'accroît singulièrement par le passage successif sous la peau de deux cobayes et d'un lapin.

8° L'injection de ces staphylocoques à virulence très exaltée dans le cœlome produit une inflammation péritonéale.

9° L'injection de sang et de ces staphylocoques à virulence très exaltée dans le péritoine tue les animaux en moins de vingt heures. La péritonite est déjà intense, quatre heures après l'opération. Ces résultats confirment ceux de Burjinsky et expliquent peut-être les divergences signalées entre Grawitz et Pawlosky. Nos staphylocoques provenant du pus péritonéal de notre malade introduits dans le cœlome disparaissaient et étaient inoffensifs. Ces mêmes germes pathogènes, *après diffèretns passages*, produisent une péritonite très manifeste.

10° Contrairement à ce qu'avance Bumm, la péritonite post-opératoire est contagieuse; elle peut être soit à staphylocoques, soit à streptocoques exclusivement, soit à microbes multiples et variés.

11° La gravité et la rapidité de l'infection et de la mort dépendent du milieu de culture, de l'étendue des lésions péritonéales et *surtout* du degré de virulence des germes pathogènes. Des staphylocoques, suivant leur virulence, peuvent tuer les animaux en quatorze jours, en cinq jours, en moins de vingt heures.

Après avoir étudié la symptomatologie de la septicémie péritonéale post-opératoire, M. Pichevin conclut que le lavage péritonéal est une ressource suprême. On doit le faire rapidement, et faire passer dans le péritoine vingt litres d'eau salée ou d'eau boriquée.

M. Nitot a fait, en 1893, une laparotomie pour péritonite post-opératoire ; sa malade a guéri, mais depuis il a eu trois insuccès. Malgré tout, il est disposé, le cas échéant, à recourir de nouveau à l'ouverture et au lavage du péritoine.

M. Porak vient de curetter dans son service une femme atteinte de péritonite puerpérale, consécutive à la rétention d'un placenta fétide, l'avortement remontant à plusieurs jours. Dès le premier jour, la culture du sang révèle une grande quantité de streptocoques. Cela lui parut une contre-indication à la laparotomie et au lavage du péritoine. La femme succomba.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 13 *novembre* 1895.

Suppuration des cavités de la face.

M. Herzfeld considère que la suppuration des cavité accessoires de la face, principalement de celles du nez peut relever de trois causes : la propagation d'une inflammation de la muqueuse pituitaire par contiguïté, le traumatisme, les maladies infectieuses générales, telles que la rougeole, la fièvre typhoïde, l'influenza, etc.

Les symptômes que l'on observe dans ces cas sont les maux de tête, le larmoiement, les douleurs d'oreille, les vertiges, les troubles de la vue. Le diagnostic n'est pas facile, car aucun de ces symptômes considérés isolément ou dans leur ensemble, ne sont assez caractéristiques en l'espèce. Pour préciser le diagnostic, on peut avoir recours à l'éclairage des cavités de la face et du nez, ou bien encore à la ponction exploratrice, surtout quand on soupçonne une suppuration de l'antre d'Highmore. La ponction exploratrice doit être suivie d'un lavage de la cavité ; c'est l'aspect du liquide sortant qui permet de dire s'il existe ou non une suppuration de la cavité.

Au point de vue du traitement, on peut établir tout d'abord que certaines suppurations des cavités accessoires de la face guérissent spontanément. Mais le plus souvent le processus ne se termine qu'après évacuation du pus par les voies naturelles ou à travers un orifice créé artificiellement. Cet orifice est facile à créer dans l'antre d'Highmore. Pour le sinus frontal, on le crée avec le trépan. Enfin, en cas de suppuration du sinus sphénoïdal, on pénètre dans ce dernier à travers sa paroi antérieure en poussant un bistouri immédiatement au-dessous du bord inférieur du cornet moyen.

Traitement des rétrécissements de l'urèthre.

M. Wossidio pense que c'est à tort que l'on considère comme guéris les malades atteints de rétrécissement de l'urèthre quand on peut passer sur les numéros 24 ou 25 de la filière Charrière. Si dans ces cas, on fait l'examen uréthroscopique de la muqueuse, on trouve fréquemment qu'elle n'a pas repris un aspect normal. Il faut alors poursuivre la dilatation, non pas avec une sonde, mais avec un dilatateur d'Oberlander et pousser jusqu'aux numéros 30-40.

Cette dilatation s'accompagne quelquefois de phénomènes inflammatoires du côté de la muqueuse, lesquels phénomènes cèdent ordinairement à un lavage au nitrate d'argent.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ PATHOLOGIQUE DE LONDRES

Séance du 19 *novembre* 1895.

Glande thyroïde kystique accessoire.

M. Edmunds. — J'ai vu un cas de glande thyroïde kystique accessoire. La tumeur était globulaire et avait de quatre à cinq centimètres de diamètre; elle était formée d'un seul kyste; sur un côté de ce kyste, on trouvait dans l'épaisseur de sa paroi un produit solide du volume d'une amande. Le liquide contenu dans le kyste était d'un brun pâle et de consistance glaireuse. Dans la cavité du kyste faisaient saillie deux végétations. L'examen microscopique de la production solide révéla une structure analogue à celle du corps thyroïde normal; on y voyait principalement des vésicules, dont quelques-unes contenaient une matière colloïde; cependant cette structure différait de celle du corps thyroïde normal : 1° par l'existence entre les vésicules d'une grande quantité de tissu lymphoïde consistant en petites cellules noyées dans un réseau fibrillaire qui contenait des vaisseaux sanguins et 2° par ce fait que la majorité des vésicules ne contenaient point de matière colloïde, mais étaient remplies par de grosses cellules provenant de la prolifération des cellules sécrétantes qui tapissaient les vésicules. Quant à la végétation, elle était formée intérieurement d'un tissu fibreux; plus en dehors, on trouvait encore une couche de tissu fibreux puis venait une couche de cellules thyroïdes sécrétantes, dont quelques-unes contenaient une sécrétion colloïde. Cette tumeur, qu'on enleva, était située sous l'angle de la mâchoire et ne présentait aucune connexion avec le corps thyroïde, lequel paraissait normal. Le malade était âgé de vingt-huit ans et avait remarqué depuis quelques mois l'existence de cette tumeur.

M. Berry. — La plupart des cas analogues qu'on a décrits peuvent être répartis en quatre groupes : 1° Il s'agit de masses de tissu thyroïde vrai complètement distinctes de la glande principale ; c'est très rare. 2° Ces tumeurs sont en rapport avec le corps thyroïde par des pédicules plus ou moins nets ou par des prolongements de la capsule ; en général, ces masses accessoires sont situées ou bien au-dessus de la glande dans la direction du conduit lingual, ou à l'extrémité supérieure ou inférieure du lobe latéral ; on les trouve souvent à l'autopsie. 3° Il y a des tumeurs qui originairement proviennent du corps thyroïde, puis à mesure qu'elles s'accroissent elles s'en séparent et étirent la capsule en une sorte de pédicule.

Macrodactylie due à un lipome diffus.

M. d'Arcy Power. — Chez une petite fille de dix-huit mois, il y avait une hypertrophie énorme du pouce et de l'index de la main droite. Le pouce était en abduction et sa phalange onguéale étant dans l'extension forcée. Les ongles des deux doigts déformés étaient normaux. On remarqua cette hypertrophie dès la naissance et elle augmenta progressivement jusqu'à rendre la main incapable d'accomplir ses fonctions. L'hypertrophie comprenait l'éminence thénar et se prolongeait sur la face dorsale de cette région. La peau à ce niveau était un peu rouge, mais elle était souple, unie et non lobulée. On pratiqua l'amputation du pouce et de l'index et l'enfant maintenant peut se servir de sa main. L'examen de la tumeur montra qu'elle était due à l'hypertrophie du tissu cellulaire sous-cutané. L'irrigation sanguine n'était pas aug-

mentée ; il ne semblait pas non plus qu'il y eût de trouble dans les lymphatiques. Le tissu adipeux avait infiltré les muscles et était plus abondant du côté des fléchisseurs que du côté des extenseurs. C'est là un cas de macrodactylie vraie et qui, comme la plupart de ces cas, se distingue par les caractères suivants : la macrodactylie apparaît d'une manière sporadique dans une famille ; elle est unilatérale et elle ne porte pas sur tous les doigts. Toutefois, ce cas diffère de la macrodactylie vraie en ce qu'ici la lésion a été congénitale tandis que, en général, la macrodactylie n'apparaît que quelque temps après la naissance. Il est probable que ces hypertrophies ont pour origine un trouble lymphatique.

Tuberculose aiguë de la rate.

M. Marriott. — Une femme de trente ans avait, depuis deux ans, une tumeur abdominale. Il n'y avait pas trace de syphilis ; les ganglions lymphatiques n'étaient pas hypertrophiés. La tumeur augmenta continuellement de volume, sans produire de douleurs. Dernièrement l'augmentation de volume se faisant très rapidement et le diagnostic restant douteux, on fit une laparotomie exploratrice et on enleva une rate hypertrophiée. La malade guérit et huit mois après l'opération elle était encore en bonne santé. La rate enlevée était uniformément hypertrophiée : elle mesurait vingt centimètres de longueur, douze centimètres de largeur et sept centimètres d'épaisseur. La face convexe était semée de nodules arrondis qui rappelaient l'aspect du foie *clouté*. Sur la section on voyait la pulpe splénique bourrée de dépôts blanc jaunâtre et un peu élevés. Au microscope on vit que ces dépôts contenaient de nombreux tubercules gris, réunis pour la plupart par groupes. Il y avait très peu de caséification. On avait excisé un ulcère vulvaire chronique qu'on regarda comme l'origine de l'infection. Il n'y avait, du reste, aucun symptôme permettant de croire qu'un autre organe que la rate fût infecté.

SOCIÉTÉ D'OPHTHALMOLOGIE

Séance du 14 novembre 1895.

Des lésions oculaires dans le goitre exophthalmique.

M. Jessop. — J'ai vu trois cas de goitre exophthalmique avec lésions graves de l'œil. Une femme de quarante ans ayant un ptosis double très marqué ne présentait aucune hypertrophie thyroïdienne. Elle n'avait jamais été enceinte et elle avait toujours été mal réglée. On pratiqua sur chaque œil une tarsorhaphie partielle. Quatre jours après se produisit une inflammation de la conjonctive droite suivie d'un ulcère de la cornée et de chemosis de l'œil gauche. Puis les deux yeux s'ulcérèrent, les cornées se nécrosèrent et cela malgré un traitement actif. Les cornées furent finalement réduites à la membrane de Descement et se perforèrent. Actuellement il y a un staphylome au niveau de chaque cornée et un gonflement extrême des conjonctives. La malade est encore vivante, mais elle est très faible. Une autre femme de trente-cinq ans avait également un ptosis double extrêmement prononcé. Les deux cornées se nécrosèrent ; l'œil droit dut être excisé. La malade devint folle et mourut. La troisième malade, âgée de vingt-quatre ans, avait aussi un ptosis très prononcé ; l'œil droit se gangrena et fut enlevé ; au niveau de l'œil gauche, il y eut une série d'ulcérations cornéennes superficielles à récidives. On a rapporté dans la littérature médicale vingt-cinq cas analogues, sept chez des hommes et dix-huit chez des femmes. Les résultats ont été plus graves chez les hommes, dont quatre sont morts. Sur les dix-huit femmes deux sont mortes, dix ont perdu les deux yeux. L'âge a varié entre dix-huit et cinquante-deux ans. Le résultat de la tarsorhaphie partielle exécutée chez trois femmes fut le suivant : deux perdirent les deux yeux, l'une guérit conservant une bonne vision, bien qu'il y eût une ulcération superficielle de la cornée.

M. Davidson. — J'ai vu plusieurs cas analogues. Dans un cas, les deux cornées se gangrenèrent ; la malade devint folle, mais guérit ensuite. Dans un autre cas, j'ai fait la tarsorhaphie et j'ai ainsi préservé les cornées. Dans un troisième cas, la surface de la cornée fut entièrement détruite.

M. Taylor. — Il faut faire la suture complète et non partielle et cela aussitôt que la cornée présente des signes de lésions.

M. Nettleship. — J'ai vu cinq cas de lésions cornéennes dans la maladie de Graves et je crois utile de suturer solidement les paupières au fil métallique ; les mauvais résultats sont consécutifs aux sutures imparfaites. La suture m'a donné un bon résultat chez un homme de cinquante-deux ans ayant un ptosis extrême et une ulcération de la cornée.

AUTRICHE

CLUB MÉDICAL DE VIENNE

Séances des 30 octobre et 6 novembre 1895.

Tabes ou tétanie.

M. Weiss rapporte l'observation d'un homme de quarante-deux ans qui est venu le trouver pour des douleurs très vives avec hyperesthésie de l'épaule droite et des accès de convulsions qui surviennent de temps en temps dans le bras droit. Les convulsions sont spontanées et précédées alors de vertiges, mais le malade peut les provoquer aussi en plongeant la main dans l'eau froide.

L'examen du malade montra l'existence d'une hyperesthésie très vive de l'épaule et de l'omoplate du côté droit, de plus toute la moitié droite de la colonne vertébrale était douloureuse à la pression. La pupille droite était plus large que la gauche ; toutes les deux réagissent fort bien à la lumière, mais la réaction s'épuisait très vite.

La force musculaire des membres du côté droit était un peu affaiblie. Les réflexes tendineux étaient normaux.

Pour M. Weiss le diagnostic fort difficile dans ce cas doit prendre en considération la syringomyélie segmentaire, le tabès cervical et la tétanie. Personnellement il se rattache au diagnostic de tétanie en s'appuyant sur ce fait que les convulsions qu'on peut provoquer par le plus léger attouchement de la région hypéresthésiée se propagent en diaphragme et s'accompagnent de transpiration abondante comme dans la tétanie.

M. Redlich, qui connaît également ce malade, fait remarquer qu'il est sujet depuis six ans à des douleurs fulgurantes, qu'il présente de la raideur papillaire réflexe et qu'à plusieurs reprises il a eu des troubles vésicaux. Bien que les symptômes présentés par le malade soient peu nets, les faits qu'il vient de citer semblent plaider en faveur du tabès, sans qu'il soit pourtant possible d'exclure d'une façon absolue l'hystérie traumatique de la syringomyélie.

En tous les cas, M. Redlich ne pense pas que le malade soit atteint de tétanie.

M. Schlesinger fait observer que la localisation unilatérale des convulsions est extrêmement rare dans la tétanie dont le diagnostic ne peut être fait que lorsqu'il existe d'autres symptômes de cette affection. Aussi M. Schlesinger admet-il que chez le malade de M. Weiss il s'agit plutôt de syringomyélie ou d'hématomyélie.

Livres déposés au Bureau du Journal

Traitement des fractures par le massage et la mobilisation, par le Dr Just Lucas-Championnière, chirurgien de l'hôpital Beaujon, membre de l'Académie de médecine, président de la Société de chirurgie. Paris, Rueff et Cie, éditeurs. Volume de 560 pages avec 66 gravures dans le texte, reliure d'amateur, 18 francs.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

AVIS IMPORTANT. — Réduction du prix d'abonnement.

Notre édition du **Samedi** et notre édition du **Mercredi** paraîtront, à partir du 1er janvier 1896, sous le même titre de GAZETTE HEBDOMADAIRE et auront une même pagination continue. Les abonnements seront reçus soit pour deux éditions soit pour une édition seule, et ce aux conditions suivantes :

Abonnement aux deux Éditions { France... Un an : 8 fr. ; Étranger. » 11 fr.

Abonnement à une Édition seule { France... Un an : 5 fr. ; Étranger. » 7 fr.

La **Gazette Hebdomadaire** s'est assuré le concours de M. CH. ACHARD, agrégé, médecin des hôpitaux et paraîtra sous la direction scientifique de MM. L. LEREBOULLET, CH. ACHARD, A. BROCA.

SOMMAIRE

VARIÉTÉS

Concours de l'externat. — *Anatomie :* questions données : Muscles de l'éminence thénar. Configuration extérieure et rapports du cæcum. Tronc cœliaque : Grégoire 19; Genton 16; Girbe 17; Chalmette 14 1/2; Chabret-du-Rieu 13 1/2; Doayain 9 1/2; Chevalier Marcel 8; Cathelin 9; Cottu 4; Cuissard 2; Delaunay 16 ; Chassaing 4; Dupuy Jean-Paul 15; Charpentier 15; De Closmesnil 13; Coffinas 1; Decherf 18; Dardeau 11 ; Cayès 2; Delage 12 1/2; Cohn 17 1/2; Cruveilhier 12; Chapotin 11; de Montille 10; Courtelle-mont 14; Cointepas 6; Ducroquet 12; Deck 14 1/2; Delamare 13 1/2; Courménos 9; de la Croix de la Vallette 15; Desvaux J. 16; Dubar 8; Decorse 14; Cussac 4; Costes 9; Deletre 12; Cruet 7; Delucq 3.

Pathologie : Questions posées : Description, signes et diagnostic de la tuberculose pulmonaire à la troisième période. Antisepsie du chirurgien, de ses aides, du malade et des instruments, avant et pendant une opération : Iconome 4; Hugé 15; Jumelais 6; Judet 11; Léculier 13; Jeannet 7; Henriot 11; Reitz 18; Heller 12; Iribarue 5; Iscovescu 9; Inglessi 13; Hazard 6; Larigendry 13 1/2; Larré (Abel) 4; Kuhu 12; Heitz (Jean) 19, Katz 17; Kenstirdji 11; Jucqulier 11; Ligerot 16 1/2; Lévy (Albert) 14; Lévèque 12; Lassudrie Duchêne 12; Leroux (Léon) 10 1/2; Letellier 18 1/2; Hayem 13; Le Teinturier de la Chapelle 6; Lepage 13; Haslé 10; Harley 12; Lobligeois 13 1/2; Lelorier 12 1/2; Loiseau 15 1/2; Mainot 9; Ladrague 4; Lacroix 12; Mainguy 11.

Concours de l'internat. — *Lecture des copies.* — Notes totales.

30. Veau.
29. Perrien, Castaigne.
28. Théohari, Ghika, Monod F.
27. Michaut, Cadol, Gibert, Rebreyend, Pétron, Millet, Bernheim, Pédeprade, Griffon.
26. Monthus, Decaloglu, Herrenschmidt, Fresson, Deguy, Constensoux, Riffé, Dauriac, Laroche, Chaillous.
25. Villeneuve, Veuillot, Jousset, Ménier, Delestre, Rudaux, Brosset, Ardouin, de Font Réaulx, Guillemard, Guillemot, Guéry, Elias.
24. Guillot, Hanser, Lenglet, Poulain, Cochemé, Le Dard, Coyon, Véron, Roux Ch. Larrieu, Andreau, Nimier, Rellay.
23. Ferrand. Unganer, Gaulieur, Guilbaud, Farabeuf. Zimmern, Sicora.
22. Leveu, Labbé, Neveu, Bobier, Drouard, Drouet, Ganault.
21. Petit J., Fournié, Gauchery, Chifolian, Choppin, Clamousse, Labey, Ballet, Vast.
20. Renault, Masselon, Pelisse, Duclos, Fays.
19. Latruffe, Rotschild, Khorrassandji, Guessarian, Loœwy.

Ecole de médecine navale. — A la suite du concours ouvert à Brest, ont été nommés à l'emploi de professeur d'anatomie dans les Ecoles annexes de médecine navale, et pour une période de deux ans : MM. les médecins de 2e classe Prat-Flottes, Tricard et Onimus.

Professeur d'histologie et de physiologie dans les Ecoles annexes de médecine navale pour une période de cinq années : MM. les médecins de 1re classe Grand-Moursel, Salanoue-Ipin et Girard.

Corps de santé de la marine. — Sont promus :

Au grade de médecin en chef : M. Jacquemin.

Au grade de médecin principal : M. Ludger.

Au grade de médecin de première classe : M. Gastinel.

Voir la gravure publiée par le journal : *Le Parfait Nourricier,* dans son numéro du 1er décembre, sous le titre : L'ACCOUCHEUSE ET SA CLIENTE. *C'est un petit chef-d'œuvre.*

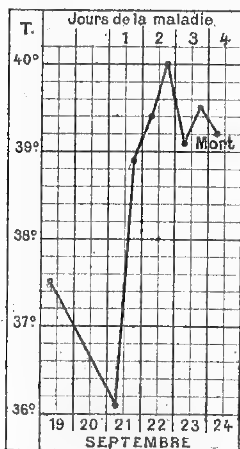
CLINIQUE MÉDICALE

Sur la symptomatologie et la nature de la fièvre typho-palustre, par H. Vincent, médecin-major de 2e classe, attaché au laboratoire de bactériologie de l'Hôpital du Dey (Alger).

I

La pathologie tropicale, celle du nord de l'Afrique, offrent un champ d'étude singulièrement étendu par la variété des maladies que l'on y peut observer. La fièvre rémittente, la typho-palustre, les fièvres dites d'acclimatement, les fièvres bilieuses simples ou inflammatoires, etc., sont autant d'affections dont la nature essentielle, sinon la séméiologie clinique, sont encore enveloppées de beaucoup d'obscurité. Je ne veux envisager spécialement, dans cette note, que l'une des plus fréquentes parmi ces dernières : la *fièvre typho-palustre*. Elle règne assez souvent dans certains points de l'Algérie et elle paraît tenir une grande place dans la mortalité du corps expéditionnaire de Madagascar.

A en juger par les nombreuses publications qu'a inspirées la pyrétologie des pays chauds et les débats soulevés depuis longtemps au sujet de la véritable nature de la fièvre typho-palustre, il semble difficile de conclure si c'est là une entité morbide autonome, comme le veut Mansou; si l'intoxication palustre assume, seule, la responsabilité de ce processus infectieux (Aitken, Obédénare), ou si cette maladie n'est qu'une forme spéciale de la fièvre typhoïde, modifiée, altérée dans son expression symptomatique par l'influence du climat (Borelli). Au *Congrès international de médecine* tenu à Philadelphie, en 1876, Woodward a soulevé la question si importante de la nature de la fièvre typho-palustre et, de la discussion à laquelle elle a donné lieu, il résulte cette conclusion que la maladie ci-dessus est subordonnée à l'influence combinée de l'élément paludique et de la dothiénentérie.

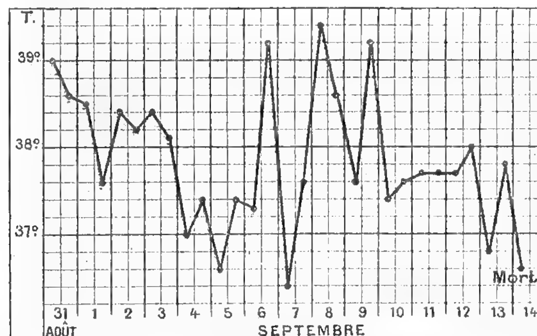


Tracé n° 1. — Morvel, vingt-deux ans. Fièvre typho-palustre à début brusque. Stupeur très prononcée. Mort au quatrième jour. Psorentérie intestinale. Bacille d'Eberth et corps en croissant dans la rate.

C'est aussi l'opinion qu'adoptent expressément Messieurs Kelsch et Kiéner dans leur classique ouvrage (1). En se fondant sur les cas observés à l'occasion d'une épidémie ayant régné à Philippeville en 1877 et à Constantine en 1878, ils regardent cette affection comme pyrexie résultant de l'association de la fièvre typhoïde avec la fièvre maremmatique, et l'analyse magistrale des caractères cliniques et anatomo-pathologiques qui est donnée de cette fièvre ne permet point de douter de son existence et de sa nature.

Cependant, en dépit de ces travaux et dans l'esprit de beaucoup de nos confrères de la marine, l'opinion la plus accréditée est celle qui rattache la fièvre typho-palustre à l'influence malarienne pure ; ce serait, tout au moins, et à coup sûr, une maladie indépendante de l'infection éberthique. Cette dernière opinion semble, en particulier, se refléter sans réserves dans une publication récente de M. le Dr Maget, médecin principal de la marine (1) : il a constaté à l'autopsie de plusieurs malades, l'intégrité des plaques de Peyer, et cette absence de lésions lui paraît prouver avec certitude que l'agent pathogène de la fièvre typhoïde ne saurait être mis en cause. Il semble, néanmoins, dans l'espèce, que les cultures puissent seules permettre de se prononcer sur cette maladie, d'une essence aussi mystérieuse, surtout depuis qu'il est démontré que le bacille d'Eberth peut parfois provoquer une sorte de septicémie sans donner lieu à des déterminations intestinales spécifiques, ainsi que nous en avons publié des observations.

C'est peut-être, en effet, l'absence de notions précises et formelles sur les agents parasitaires de la fièvre typho-palustre qui a contribué à jeter le plus d'incertitude sur la solution d'un sujet aussi controversé. Jusqu'ici, cette étude n'a pas été effectuée d'une manière systématique, et c'est ce qui m'a engagé à publier le résultat de quelques recherches bactériologiques que j'ai pratiquées



Tracé n° 2. — Fièvre typho-palustre (Jol..., vingt-deux ans). Forme biliaire. A l'autopsie, lésions intestinales guéries ou presque nulles (psorentérie). Bacille d'Eberth et hématozoaires dans la rate. Névrite parenchymateuse. Hypertrophie du foie.

chez un assez grand nombre de sujets atteints de fièvre de cette nature.

II

Les cas de fièvre typho-palustre que j'ai observés sont au nombre de dix-sept; ils ont été constatés, presque tous, chez des soldats évacués récemment de Madagascar et une fois chez un homme de la Légion étrangère qui avait contracté sa maladie en Algérie.

Au point de vue purement clinique, la symptomatologie de ces cas de fièvre typho-palustre a été assez variable. La maladie semble emprunter ses caractères à la fois à ceux du paludisme et à ceux de la dothiénentérie ; mais, sauf quelques exceptions, dans cet amalgame indécis des traits qui sont particuliers à l'un et à l'autre processus, ceux qui appartiennent en propre à la fièvre typhoïde ont dominé la scène morbide.

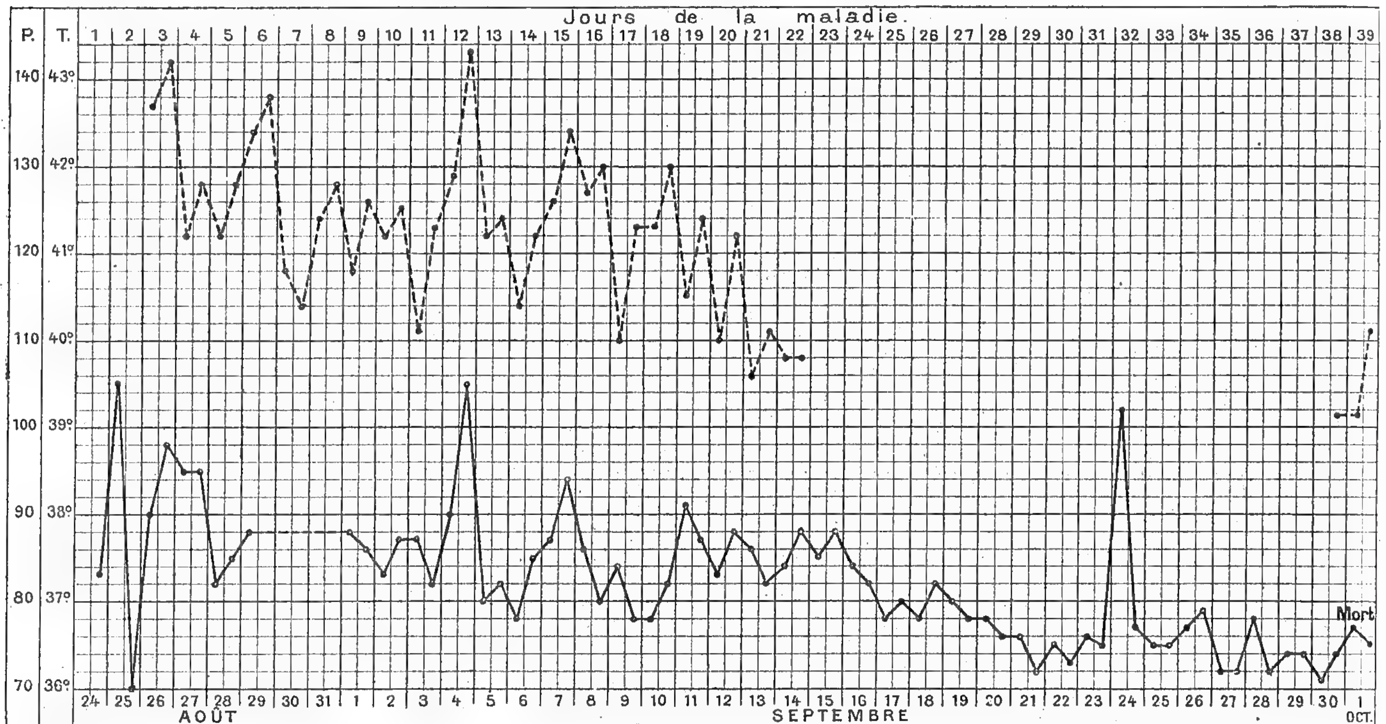
Une ascension thermique presque toujours rapide, parfois brusque (*tracés* 1 et 3), et débutant comme un accès d'impaludisme, avec ou sans frissons ; une céphalée très pénible, une sensation généralisée de brisement, quelquefois des épistaxis, annoncent les premières manifestations de la maladie. Une fois installée, la fièvre persiste, souvent irrégulière et capricieuse dans sa marche (*tracé* 2) ou plus élevée le matin que le soir ; quelquefois cette fièvre du début n'est qu'éphémère et fait bientôt place à une température très voisine de la normale pendant le cours de la maladie, avec quelques rares ascensions momentanées qui viennent l'interrompre (*tracé* n° 3). Ce dernier type a été rencontré deux fois.

(1) *Traité des maladies des pays chauds*, 1889, p. 341 à 368.

(1) Note sur la fièvre typho-malarienne et ses relations avec la fièvre typhoïde. *Archives de méd. navale et colon.*, 1895, n° 3.

Le pouls obéit, sans doute, aux oscillations de la température, mais il demeure cependant fréquent. Il n'est pas rare de le voir varier entre cent trente et cent cinquante pulsations par minute et même dépasser ce chiffre. Il est dicrote, dépressible, parfois filiforme et la détresse cardiaque concomitante s'accuse par des battements sourds, un bruit de galop ou même l'embryocardie dont la signification s'est montrée toujours impitoyable.

Dans tous les cas de fièvre typho-malarienne que nous avons observés, la stupeur profonde, le délire diurne et nocturne, une agitation extrême alternant avec le collapsus, la *teinte terreuse* de la face, l'état fuligineux et la sécheresse excessive des lèvres, des dents et de la langue, une albuminurie intense, témoignaient de l'extrême gravité de cette infection. Un de ces malades est resté, pendant vingt jours, dans un état sub-comateux avec marmottement continuel, carphologie, soubresauts tendineux : c'est celui dont la courbe thermique est reproduite dans le tracé n° 3. Parfois, la mort survient avant la fin du premier septénaire, chez des sujets plongés, presque sans trève, dans un coma simulant des accès pernicieux subintrants, et dont aucun traitement ne parvient à les tirer (*tracé* n° 4).



Tracé n° 3. — Fièvre typho-palustre (Nouz..., vingt-trois ans). Forme adynamique avec température presque anormale Agitation extrême du sixième au neuvième jour. Accès fébrile intercurrent au début de la convalescence. Mort presque subite dans le coma. Abcès des reins et de la rate dus à une infection secondaire par le coli-bacille. Cicatrices pigmentées au niveau des plaques de Peyer.

Les complications thoraciques (bronchite et pneumonie lobulaire) ont été presque constantes.

Il existe, mais non toujours (douze fois sur dix-sept) des taches rosées lenticulaires; une fois, elles étaient très confluentes. La fosse iliaque droite est sensible à la pression. Certains malades restent constipés pendant la durée de leur affection. Le plus souvent, cependant, il y a de la diarrhée, tantôt minime, tantôt profuse, ocreuse ou bilieuse et d'une odeur fétide. Un de ces malades a succombé avec des phénomènes cholériformes : diarrhée colliquative, abdomen rétracté, nez effilé, yeux excavés et éteints, crampes, extrémités froides.

Quelle que soit la symptomatologie de la fièvre typho-malarienne, il est cependant deux signes cardinaux qui ne font jamais défaut et qui offrent une grande importance pour le diagnostic : c'est la coloration terreuse du visage et surtout l'intumescence, parfois très grande, de la rate qui mesure quinze centimètres et même vingt centimètres dans sa longueur. Cette hypertrophie s'accompagne du développement et de la sensibilité du foie.

La mort peut survenir par suite de l'intensité de l'infection, mais elle est souvent la conséquence de complications telles que la myocardite, la néphrite parenchymateuse, la gangrène pulmonaire, la pneumonie lobaire, les abcès du rein et de la rate, la péritonite par propagation, etc. Lorsque le malade guérit, la convalescence s'établit, longue et pénible, à partir du troisième ou du quatrième septénaire et l'on voit parfois survenir, pendant cette période, des accès fébriles isolés.

Telle est, sommairement résumée, la symptomatologie des cas de fièvre typho-palustre que j'ai observés.

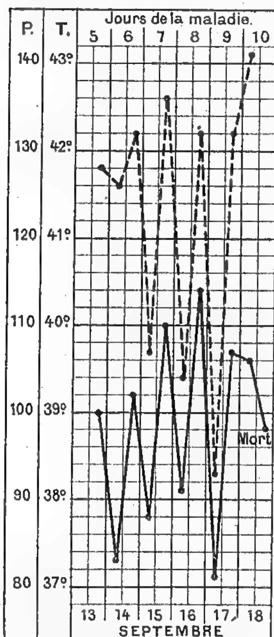
III

Après ce qui a été dit de l'incertitude qui règne encore sur la nature de la fièvre typho-palustre, la recherche des facteurs pathogènes qui la tiennent sous leur dépendance devait offrir un certain intérêt. Chez tous nos malades, l'examen microscopique du sang périphérique, pratiqué pendant la vie et au début de l'affection, a révélé, en proportion variable, la présence de l'hématozoaire du paludisme (amibes, corps segmentés, formes en croissant). Je dois dire que ces organismes étaient parfois très rares et demandaient à être recherchés avec persévérance; dans un cas, même, cet examen, pratiqué à plusieurs reprises, est resté négatif et n'a montré ni forme parasitaire, ni leucocyte truffé de pigment mélanique. Mais cette circonstance s'explique parce que tous ces malades avaient été soumis, avant l'examen du sang,

à l'action de doses élevées de quinine; et d'ailleurs le sujet dont l'examen microscopique du sang fait pendant sa maladie n'avait pas donné de résultats, est celui qui nous a montré, après sa mort, la plus grande quantité de corps de Laveran dans le tissu de sa rate.

Ce sont, en effet, les lésions d'autopsie et les ensemencements qui ont fourni les éléments décisifs permettant de dégager la formule étiologique propre à cette affection si singulière. Les matériaux d'étude n'ont pas manqué, eu égard à la mortalité qu'elle a entraînée : la mort est survenue dans huit cas.

Or, chez tous les sujets, j'ai constaté, à des degrés divers, la tuméfaction ou l'ulcération des plaques de Peyer. Fait remarquable, et déjà signalé par MM. Kelsch et Kiener, ces lésions étaient souvent fort minimes; une ou deux fois elles se réduisaient à de la simple psorenterie. Les glandes mésentériques étaient hypertrophiées. La rate, constamment augmentée de volume, pesait, dans un cas, sept cents grammes, dans un autre, neuf cents grammes. La surface de cet organe est de teinte graphite. Le foie, hypertrophié, quelquefois parsemé, à sa surface, de taches de Hanot, est brun et de consistance molle. Les reins offrent les altérations de la néphrite parenchymateuse.



Tracé n° 4. — Fièvre typho-palustre à forme comateuse.

Dans les coupes histologiques du foie, on voit constamment une infiltration mélanique énorme dessinant les capillaires intralobulaires. La même pigmentation, ocreuse ou noire, existe également dans la rate. Enfin, l'examen microscopique de frottis faits avec la pulpe de rate fraîche, étalée en couche mince, puis colorée soit par le liquide de Ziehl, soit par le bleu phéniqué, révèle une *quantité parfois considérable d'hématozoaires du paludisme*, surtout de corps en croissant. Certaines préparations permettent d'en compter vingt, vingt-cinq et davantage dans un même champ du microscope, bien que le malade eut reçu pendant sa vie et même la veille de sa mort des injections fréquentes de quinine.

Lorsqu'on parcourt la préparation, on trouve, en outre, à côté des corps de Laveran, des bacilles en forme de navette; dans certains cas, ils sont très nombreux. Ces bacilles ne prennent pas le Gram. Or, dans tous les cas qui ont été suivis de mort, l'ensemencement du suc de la rate a uniformément donné un bacille mobile, ne liquéfiant pas la gélatine et se développant sur la pomme de terre sous forme d'une culture mince et humide, non colorée. Ce bacille végète bien dans le bouillon phéniqué porté à la température de quarante-deux degrés; il ne fait pas fermenter la lactose et n'agit pas sur le lait tournesolé.

Ce microorganisme est donc le *bacille d'Eberth.*

Des altérations anatomo-pathologiques auxquelles donne lieu la fièvre typho-palustre et, surtout, du résultat des examens bactériologiques et microscopiques du sang et des viscères, nous croyons donc pouvoir conclure que le syndrome étudié n'est autre qu'une *infection mixte due à l'association du bacille typhique et de l'agent pathogène du paludisme* : il est la conséquence de leur évolution simultanée. Soit que le germe typhique se développe secondairement sur un terrain déjà envahi par le poison maremmatique, ce qui semble être le cas le plus fréquent, soit que les deux infections soient de date contemporaine, elles entraînent, par leur conjugaison, une maladie redoutable, à allures hybrides, participant à la fois de la fièvre rémittente paludéenne et de la dothiénenthérie; c'est l'idée que s'en faisait déjà F. Jacquot en 1863, avec une remarquable clairvoyance.

La pathogénie des principaux symptômes cliniques particuliers à la symbiose typho-palustre s'éclaire ainsi à la lumière de ces constatations. Par son hypertrophie constante et parfois considérable, la rate porte le témoignage de la défense de l'organisme contre la double invasion parasitaire. Les phénomènes nerveux si graves : stupeur, délire, coma, marmottement, carphologie, soubresauts tendineux, relèvent de l'une et de l'autre infection, mais plus particulièrement de la fièvre typhoïde. La pigmentation de la peau est, au contraire, l'effet du paludisme qui imprime, sur le visage du malade, son masque plombé caractéristique. De cet état de déchéance profonde à laquelle prépare la malaria et qui est si propice à l'installation d'une infection deutéropathique telle que le typhus abdominal, résultent ces formes si remarquables de typho-palustre dans lesquelles la réaction fébrile fait défaut ou demeure insignifiante pendant toute la durée du cycle morbide; de même qu'on voit chez le vieillard ou les individus cachectiques, la dothiénentérie rester presque apyrétique et se manifester surtout par des phénomènes cérébraux et pulmonaires qui occupent le premier plan.

Le pronostic de la fièvre typho-palustre s'est montré extrêmement grave chez nos malades. Malgré un traitement rigoureux par les toniques, l'alcool, les antiseptiques intestinaux, les injections de quinine et la réfrigération, ils ont succombé dans la proportion de un sur deux, parfois dès la première semaine de leur affection.

Indépendamment de l'intérêt qui s'attache à la connaissance de la véritable nature de la fièvre typho-palustre, cette question présente, au point de vue prophylactique et pratique, une grande importance à cause de la fréquence de cette maladie dans les climats chauds. La géographie médicale nous enseigne que l'Algérie et la Tunisie sont, à cet égard, la terre classique de la fièvre typho-palustre. Mais celle-ci sévit aussi à Madagascar et son domaine est certainement beaucoup plus étendu encore puisqu'on la retrouve au Sénégal, dans l'Inde, l'île de Chypre (Wood), aux Etats-Unis (Woodward) et qu'elle a été signalée dans l'armée russe pendant la dernière guerre des Balkans (Métropolski). Lorsqu'on compulse les récits des épidémies que nous ont laissés les médecins des armées de terre et de mer, on y trouve la relation de fièvres malignes ayant régné en France, en Hollande, en Belgique, en Italie, etc., et qui présentent, avec la fièvre typho-malarienne proprement dite, une étroite analogie. Les pays chauds n'offrent donc pas seuls le privilège de donner asile à cette affection, et il n'est peut-être pas interdit de penser qu'elle existe plus communément qu'on ne croit, dans les régions marécageuses des climats tempérés où l'impaludisme et la fièvre typhoïde peuvent régner conjointement.

REVUE DES CONGRÈS

ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE

Soixante-troisième réunion annuelle tenue à Londres les 30 et 31 juillet, 1er, 2 et 3 août 1895.

Syphilis congénitale des os et des articulations.

M. Morgan. — Valleix, le premier, a donné une bonne description de ces manifestations en 1834. Des observations intéressantes ont été publiées en 1870 par Wegner, et plus tard par Waldeyer et Kœbner. Parrot a fait sur ce sujet des travaux, depuis longtemps classiques. En 1879, Abelin (de Stockholm) a étudié l'inflammation syphilitique des extrémités des os longs, mais il a négligé les lésions des os du crâne. Taylor (de New-York) s'est aussi occupé de cette question ; on peut en dire autant de Hutchinson, Barlow et Lees. Du consentement de tous les auteurs, les os sont tout d'abord envahis par une sorte de périostite ostéoplastique, qui débute pendant la vie intra-utérine. Cette périostite amène la formation d'une épaisse couche de tissu osseux fibreux entre l'épiphyse et la surface du tissu compacte. Chez les enfants syphilitiques nés à terme et qui ne développeront que plus tard des manifestations au niveau de la peau et des muqueuses, les os sont atteints dès le début. Ces lésions osseuses existent surtout vers les épiphyses et peuvent s'accompagner de suppuration. Elles ne sont jamais limitées à un seul os ; plusieurs os sont toujours envahis en même temps et d'une façon plus ou moins symétrique. Les lésions paraissent occuper plus fréquemment l'extrémité distale des os ; les os des parties supérieures des membres paraissent être ceux qui sont les moins souvent affectés. D'après Parrot, l'humérus et le tibia sont les os le plus souvent et le plus profondément envahis. Au niveau des mains, c'est une phalange du pouce ou de l'index qu'on voit le plus souvent prise. Les os des pieds sont rarement atteints; cependant j'ai trouvé des gommes dans les os du tarse. Il est rare que les os de la face présentent ces lésions. Chez les enfants qui meurent entre le quatrième et le sixième mois, on trouve des lésions avancées au voisinage des épiphyses. Il y a généralement un ramollissement de la diaphyse au-dessus de l'épiphyse ; quelquefois il peut y avoir de la suppuration. M. Eve décrit de la façon suivante l'aspect microscopique de ces changements : le cartilage épiphysaire est normal ; les lamelles osseuses à l'extrémité de la diaphyse sont minces et présentent des signes de résorption anormale dans la plus grande partie des lacunes de Howship contenant des ostéoclastes. Il y a une hyperplasie des éléments formateurs du tissu osseux, mais en même temps il y a une diminution de la force d'organisation et du dépôt des sels. Parrot rapporte ces lésions à deux variétés : l'atrophique et l'ostéophytique. La première se montre sur le côté diaphysaire du cartilage épiphysaire. L'ossification est en quelque sorte étouffée par des dépôts excessifs de sels de chaux dans la matrice cartilagineuse; il se produit une hyperplasie de la moelle gélatineuse dans la couche ossiforme voisine du cartilage, le tissu devenant beaucoup plus friable que l'os normal et amenant une séparation entre les deux parties. Il en résulte un déplacement de l'épiphyse qui peut se traduire par un vice de conformation du membre. Parrot divise la forme ostéophytique en deux variétés : 1° la forme ostéoïde, survenant à tout âge ; 2° la forme rachitique, ne survenant qu'après l'âge de cinq ou six mois. L'aspect clinique correspondant à ces lésions consiste en un épaississement général de l'os, surtout du côté de son extrémité distale et, lorsque les lésions occupent l'épiphyse, il y a souvent la pseudo-paralysie sur laquelle Parrot a, le premier, attiré l'attention. Celle-ci est rarement accompagnée de beaucoup de douleurs, à moins qu'il y ait de la suppuration. Cette pseudo-paralysie n'est pas due à une affection des nerfs ou des muscles, mais à une grande laxité entre la diaphyse et l'épiphyse; on peut même obtenir la crépitation en faisant mouvoir l'une sur l'autre les surfaces de ces deux parties. Quand l'articulation est envahie, c'est par suite d'une hyperhémie se propageant par contiguïté ou par suite de suppuration au niveau des lésions. Un autre type paraît plus fréquent chez les sujets plus âgés chez lesquels les premières manifestations du poison n'existent pas ou ne consistent qu'en des lésions cutanées et muqueuses peu marquées. Chez les sujets précédemment étudiés, les affections des os et des autres organes ressemblent, comme l'a montré Hutchinson, aux lésions secondaires de l'adulte. Chez les autres, au contraire, des nodosités se développent quelquefois à la surface des os longs, et souvent il se produit de la nécrose. Il y a une tendance à l'hypertrophie générale et à l'induration ; l'isolement des séquestres osseux dus à la périostite suppurée, se produit avec une extrême lenteur et demande souvent plusieurs années. C'est chez ces malades qu'on peut quelquefois voir se produire la nécrose du palais et des os du nez. Les nodosités sont plus fréquentes sur les os des membres supérieurs que sur ceux des membres inférieurs; elles sont plus étendues que chez les adultes, s'accompagnent de douleurs nocturnes très peu marquées, et sont moins sensibles à l'iodure de potassium que celles qui constituent une des manifestations de la syphilis tertiaire de l'adulte.

La ressemblance avec les accidents tertiaires ne se produit qu'après la deuxième dentition, quand les dents présentent l'aspect typique et quand a apparu la kératite interstitielle. Ce sont là les formes d'ostéite qui peuvent modifier la forme et la longueur des os, entraînant des courbures avec leurs effets sur les articulations, des épaississements des os, des allongements, ou des raccourcissements du membre quand la croissance de l'épiphyse est arrêtée. La différence dans l'époque d'apparition de ces manifestations et dans leur caractère soulève une question intéressante. Quelles sont les conditions, chez l'un ou l'autre des parents, qui font que dans certains cas le virus syphilitique est transmis avec une telle intensité que tous les tissus, y compris celui des os, peuvent être envahis, tandis que chez d'autres sujets le virus très atténué ne révèle sa présence qu'au bout de longues périodes, quelquefois seulement à l'époque de la puberté ou plus tard, pouvant alors ne provoquer que de légères manifestations cantonnées dans un ou deux systèmes de tissus ? Parrot attribuait à la syphilis tous les cas de rachitisme, ce qu'on ne saurait plus admettre aujourd'hui. Comme l'ont montré David Lees et Barlow, le cranio-tabes est rare dans le rachitisme pur; il n'est nullement spécial au rachitisme; il est, au contraire, fréquent dans la syphilis congénitale. Carpenter, analysant cent cas de cranio-tabes, a vu que cinquante fois les bosses pariétales étaient seules envahies. Trente-cinq fois les pariétaux étaient pris en même temps que les écailles des temporaux, les temporaux ou l'occipital. Deux fois seulement les occipitaux étaient seuls malades. Dans soixante quatorze de ces cas, le diagnostic de syphilis était certain. Le traitement mercuriel influence heureusement le cranio-tabes, mais n'agit point sur le rachitisme. En bloc, on peut dire que cinquante pour cent des cas de syphilis infantile s'accompagnent de cranio-tabes. Je suis convaincu que la cause principale du rachitisme réside dans une mauvaise alimentation; mais je crois aussi que fréquemment la syphilis agit comme une cause prédisposante. Il serait fort utile d'apporter des éclaircissements sur les relations qui existent entre l'atrophie des os du crâne qui coexiste si souvent avec l'hypertrophie ostéophytique et la syphilis congénitale. A-t-elle des relations de cause à effet avec ces deux lésions ou avec l'une d'elles ? Les lésions ostéophytiques qui produisent ce qu'on appelle les bosses de Parrot sont, tout au moins pour la majorité, dues à la syphilis héréditaire. Barlow et Lees ont montré plusieurs pièces qui confirment cette assertion. D'après eux, la syphilis crânienne des enfants est, dans ses premiers stades, marquée par un épaississement local des os du crâne produisant des bosses dures et arrondies, très faciles à sentir et souvent perceptibles à la vue. Elles existent surtout au niveau des sutures crâniennes, et souvent sont disposées symétriquement autour de la fontanelle antérieure. Au début, les centres d'ossification sont en général indemnes. Plus tard, ces bosses deviennent confluentes et forment un épaississement uniforme d'une portion importante du crâne. M. Barlow hésite à appeler périostite, ces lésions crâniennes; il dit que, sans doute, elles prennent naissance dans les parties les plus profondes du périoste, mais qu'elles n'en constituent pas moins des hyperostoses dues à un trouble apporté dans la nutrition de l'os et non pas à une inflammation dans le sens ordinaire du mot. Pour

ma part, je confesse, qu'en comparant les coupes de ces bosses à celles des lésions des os longs, je trouve peu de différence entre l'hypérostose qui constitue les premières et la périostite qui forme les secondes. La coexistence du craniotabes et des bosses sur un même crâne est difficile à expliquer. L'absence des symptômes ordinaires du rachitisme chez beaucoup de malades dont le crâne présente l'une ou l'autre de ces lésions permet de penser que les influences syphilitiques peuvent se superposer à celles du rachitisme et les masquer; mais cela n'exclut pas la possibilité que la syphilis puisse agir comme une cause de lésions osseuses rachitiques. J'appelle votre attention sur cette question : la syphilis en troublant la nutrition et en agissant comme un débilitant, est-elle prédominante, parmi beaucoup d'autres causes, pour produire le rachitisme.

Il est rare qu'on ait l'occation d'étudier l'anatomie des lésions syphilitiques articulaires. Hutchinson dit que les formes de la syphilis tertiaire des articulations telles que la synovite, les gommes périsynoviales, l'arthrite due à des nodules osseux, la synovite chronique, la chondro arthrite syphilitique, peuvent survenir dans les périodes avancées de la syphilis héréditaire. Cependant les formes les plus fréquentes sont les suivantes: 1° l'inflammation syphilitique des épiphyses, au cours de laquelle la synoviale est envahie par contiguïté; 2° les épanchements chroniques intra-articulaires se produisant dans une ou plusieurs articulations, surtout au niveau des genoux et d'ordinaire, mais non toujours symétriques. Souvent cet accident existe en même temps que la kératite interstitielle, c'est dire qu'il se produit entre la septième et la dix-neuvième année; les observations montrent en effet (Clutton) que les malades atteints de cet accident ont le plus souvent entre huit et quinze ans, l'âge moyen se trouvant ainsi être treize ans. Les symptômes les plus remarquables de cette affection sont: sa situation symétrique, sa longue durée et l'absence de douleurs; les mouvements de l'articulation continuent à être possibles. On a vu dans un cas un genou se prendre d'abord, le deuxième n'étant envahi que deux ans après. Tous ces malades présentent des signes de syphilis héréditaires. L'articulation n'est jamais tendue; on a, en la palpant, la sensation d'une fluctuation molle. Les os ne sont pas hypertrophiés; dans quatre cas, Clutton a vu des hypérostoses sur le tibia. Dans les cas de cet auteur, l'affection a duré de trois à six mois, une fois un an; le traitement par le repos et les attelles n'a rendu aucun service. La médication antisyphilitique amène une guérison complète. Tous les malades de Clutton, à l'exception d'un, avaient de la kératite interstitielle qui avait apparu à peu près en même temps que l'affection du genou.

M. Eve. — Bien qu'il soit très fréquent de voir coexister chez des enfants le rachitisme et la syphilis, je crois que dans aucun cas on ne peut regarder le rachitisme comme étant de nature syphilitique. Quant aux bosses crâniennes, je les regarde comme ayant une origine rachitique et comme n'étant jamais dues à la syphilis. Le cranio-tabes est essentiellement une lésion syphilitique. Quelques-uns des premiers stades de la syphilis rappellent le rachitisme et c'est de là que vient la confusion. La syphilis congénitale est une cause prédisposante pour le rachitisme, en raison de ses effets nocifs sur la santé générale et la nutrition. On peut admettre avec Kassowitz que, le rachitisme étant essentiellement dû à une lésion irritative des os (l'irritation étant susceptible de produire l'hyperplasie du tissu ostéogène), le virus syphilitique peut être lui-même, dans certains cas, l'irritant qui cause le rachitisme. Dans les cas ordinaires de rachitisme, il est probable que l'irritant est dû à l'absorption de certains produits de décomposition provenant du tube digestif et dus au catarrhe gastro-intestinal. Une conséquence rare de la syphilis congénitale consiste dans la fragilité des os. Les lésions osseuses de la syphilis et la kératite interstitielle peuvent ne pas se produire avant vingt ou vingt-cinq ans. La courbure du tibia est une lésion syphilitique fréquente.

M. d'Arcy Power. — J'ai vu des cas de rachitisme intense dans l'Irlande occidentale où la syphilis est presque inconnue, mais où les enfants sont très mal nourris. Ce qui est très important, c'est de faire le diagnostic entre la syphilis articulaire et la synovite tuberculeuse.

M. Robinson. — L'épanchement survenant dans des articulations symétriques chez des sujets ayant entre huit et quinze ans et s'associant souvent à la kératite interstitielle ne présente aucune difficulté de diagnostic et il en est de même de l'inflammation épiphysaire aiguë chez les jeunes enfants. Pour les autres formes de syphilis articulaire, il faut se rappeler que les mêmes processus pathologiques peuvent se rencontrer dans la syphilis congénitale ou acquise. L'affection peut débuter par une extrémité osseuse et envahir l'articulation secondairement; cette dernière peut être le siège d'un simple épanchement ou d'une infiltration gommeuse qui envahit les synoviales; il peut aussi exister une seule petite gomme limitée à la synoviale au début. La forme qui débute par la synoviale est commune chez l'adulte; c'est plus souvent, au contraire, chez l'enfant qu'on voit commencer l'affection par des lésions osseuses. Dans certains cas, le diagnostic entre les arthrites tuberculeuse et syphilitique est extrêmement difficile.

M. Barlow. — On trouve souvent de nombreuses bosses chez des enfants syphilitiques qui ne présentent du reste que peu de signes de rachitisme; mais on les trouve aussi chez des rachitiques qui ne sont nullement syphilitiques. La syphilis constitue un facteur étiologique important du rachitisme par son action défavorable sur la nutrition. Le craniotabes peut exister chez les syphilitiques et chez les rachitiques.

NOUVELLES

Un médecin des Enfants-Assistés peut-il être considéré comme un citoyen chargé d'un service public ? — Depuis que le Conseil d'Etat n'est plus chargé de la préparation des lois qui sont soumises au Parlement, la jurisprudence a souvent l'occasion d'interpréter le sens des expressions que le législateur adopte. La loi de 1881 sur la presse, qui, dans son article 31 vise la diffamation envers un citoyen chargé d'un service public temporaire ou permanent, s'applique-t elle aux médecins qui sont chargés du service des indigents ou de celui des Enfants-Assistés ?

Aux termes du rapport fait en 1883 à la Cour de Cassation par M. le conseiller Vetelay, le citoyen chargé d'un service public est celui qui, sans exercer une fonction permanente, a été l'objet d'une délégation publique.

La jurisprudence semble avoir adopté cette définition, et, en 1892, la Cour de Paris a décidé, en conséquence, que le médecin désigné par un bureau de bienfaisance pour soigner les indigents ne pouvait pas être considéré comme un citoyen chargé d'un service public, parce que la commune ne lui délègue aucune part de l'autorité publique qu'elle détient, et qu'elle le paie uniquement pour qu'il exerce à l'égard des malades indigents, sa profession de médecin.

La Cour de Bourges vient, dans son audience du 23 octobre dernier, de faire l'application de cette même doctrine en ce qui concerne le médecin des Enfants-Assistés. Nous reproduisons l'arrêt qui a été rendu dans les circonstances de fait suffisamment énoncées ci-dessous :

Attendu que le docteur J. Petit, médecin des Enfants-Assistés du département de la Seine, a assigné le journal *le Républicain de la Nièvre* devant le Tribunal civil de Nevers, se prétendant diffamé et injurié dans un article qui a paru dans ladite feuille le 7 mai 1895, et qu'il réclame une somme de 20,000 francs à titre de réparation du préjudice qu'il a souffert : qu'à cette demande, Pointu oppose une fin de non-recevoir, tirée de ce que les allégations retenues dans la requête présentée au président à fin d'assignation, peuvent seules être soumises au Tribunal; qu'elles ne visent que les fonctions de médecin des Enfants-Assistés, dont est investi le plaignant, et qu'à ce titre, il doit être considéré comme un citoyen chargé d'un service public, qui ne peut porter que devant la Cour d'assises la réparation de la diffamation produite contre lui;

Attendu que le docteur J. Petit, nommé par arrêté du préfet de la Seine, du 31 janvier 1889, médecin du service des Enfants-Assistés de ce département, n'a reçu d'autre mandat que celui de veiller à la santé des enfants confiés à sa

surveillance, de les visiter périodiquement, et en cas de maladie, de leur fournir des médicaments et des soins; qu'il n'a été revêtu, pour l'exercice de son emploi, d'aucune délégation, d'aucun démembrement de la puissance publique appartenant à l'autorité qui lui a conféré ses fonctions; qu'il rentre par suite dans la classe des particuliers dont les actions en diffamation peuvent être portées devant la juridiction civile;

Attendu que le Tribunal de Nevers est donc compétent, soit que l'on considère qu'il n'a été saisi que dans la limite de la requête présentée au président de ce siège, et ne visant que les diffamations et injures se référant aux fonctions du plaignant, soit que l'on admette, au contraire, que le Tribunal pouvait statuer sur la totalité de l'article reproduit dans la citation, et dont certains passages visent incontestablement l'homme privé;

Par ces motifs, la Cour confirme...

Ainsi donc, le médecin des Enfants-Assistés, comme celui du Bureau de bienfaisance, ne peut être considéré comme un citoyen chargé d'un ministère de service public, et, en conséquence, la réparation de la diffamation dont il a été l'objet à l'occasion de sa fonction peut être poursuivie devant la juridiction civile.

Le pharmacien est-il obligé d'exécuter une ordonnance de médecin dont la signature est illisible? — On sait qu'aux termes de l'article 32 de la loi du 21 germinal an XI, les pharmaciens ne peuvent débiter des remèdes composés que d'après la prescription des médecins et sur leur signature. Mais les signatures des médecins ne sont pas toujours lisibles et bien souvent le pharmacien est en faute vis-à-vis de la loi en exécutant de semblables ordonnances. Les poursuites pour ce fait étant rares, nous croyons bon de signaler ici le jugement que le Tribunal correctionnel de Paris a rendu le 16 novembre 1895 contre un pharmacien:

Attendu que le pharmacien X... a préparé le remède de Y... sur une ordonnance que lui a remise celui-ci et qui ne portait pas la signature d'un médecin;

Que cette ordonnance avait été faite par Y... lui-même qui y avait mis ou fait mettre une signature illisible;

Qu'il a donc contrevenu aux lois et règlement sur l'exercice de la pharmacie;

Qu'il soutient vainement qu'il était autorisé par une pratique constante, à croire que l'ordonnance qu'on lui a présentée et qui était rédigée suivant la formule, avait bien été signée par un médecin, et qu'il n'avait pas l'obligation de rechercher, sous une signature illisible, le nom de celui-ci;

Qu'aux termes de la loi, le pharmacien « ne doit débiter de drogues composées que d'après la prescription des docteurs en médecine et des officiers de santé et sur leur signature »;

Qu'il est donc tenu de vérifier non seulement si l'ordonnance est régulière, mais encore si elle est réellement signée d'un médecin;

Qu'il ne le fait pas lorsqu'il se contente d'une signature illisible, pouvant émaner du premier venu;

Qu'il doit, au moins, en pareil cas, interroger son client sur le nom du médecin ainsi que sur son domicile, et, si le médecin lui est inconnu, s'assurer, à l'aide des annuaires et tableaux officiels, ou tout autrement que les indications qu'on lui fournit sont exactes;

Qu'admettre le contraire, en considération des exigences pratiques de la profession de pharmacien, serait supprimer une des garanties essentielles que le législateur à établies dans l'intérêt de la santé publique;

Par ces motifs, condamne X...

Scène de consultation. — La scène se passe à l'hôpital B..... vendredi, 29 novembre. De nombreux malades du dehors attendent la consultation de chirurgie. Mais le temps passe et personne ne vient la donner. Pas d'assistant. Il a été sans doute empêché. On cherche le sous-assistant. Introuvable. Que faire? Car il faut faire quelque chose, d'autant que les pauvres diables qui attendent — en méditant, sans doute, sur les bienfaits du nouveau règlement — commencent à donner des signes non équivoques d'une légitime impatience.

Le Directeur ne voit qu'un moyen de sortir de là: prier le chef de service dont c'était, jadis, le jour de consultation, le Dr T. A...., de venir à son secours; et, en excellent homme qu'il est, paraît-il, le Directeur en question n'hésite pas à recourir à cette planche de salut extra-réglementaire. Il va donc trouver le Dr T. A... qui était encore dans ses salles, mais, avisant près de lui son suppléant, le Dr L....., chirurgien du Bureau central, il prie le Dr T. A....., de vouloir bien faire faire la consultation par ce dernier. « Mais non, mais non, répond en souriant le Dr T. A....., il est préférable que je me compromette moi-même. M. L..... aura l'obligeance de finir la visite à ma place et j'irai faire votre consultation à la place de l'assistant et du sous-assistant. »

Ce qui eut lieu.

Espérons que M. T. A... ne sera pas appelé à comparaître devant le Conseil de surveillance pour infraction au réglement.

(*Bulletin Médical*)

Un appartement est-il humide? — Ce n'est pas chose facile à première vue. Une pièce peut être humide sans que le salpêtre y fleurisse sur les murs ou que les champignons y poussent dans les coins.

Voici un moyen précis d'appréciation et à la portée de chacun. On place dans la pièce suspecte un kilogramme de chaux fraîchement éteinte, puis on ferme hermétiquement portes et fenêtres. Au bout de vingt-quatre heures on pèse de nouveau la chaux. Si le kilogramme s'est annexé plus de dix grammes, c'est-à-dire plus de un pour cent, la pièce doit être déclarée humide et considérée comme insalubre.

Le thé en cigarettes. — Les Anglaises ne se contentent plus de boire le thé à leur *five o'clok tea*, elles le fument. Chez une dame très connue on fait toujours circuler des cigarettes après le dîner, et trois actrices célèbres donnent trois fois des parties de *tea smoking*.

Une réunion de dames lettrées à Kensington a constitué un club dans le même but. Une dame dépense près de deux livres sterling par semaine pour satisfaire sa passion. Cette habitude se répand d'ailleurs si bien que certains marchands de tabac offrent déjà au public des paquets de ces « tea-cigarettes ». (*Médecine moderne.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 décembre 1895.

Présidence de M. Empis.

Election.

M. Charles Monod est élu membre titulaire dans la section de pathologie chirurgicale, en remplacement de M. Verneuil, par 63 voix sur 74 votants, contre 9 à M. Richelot et 2 à M. Pozzi.

M. Cadet de Gassicourt lit, de la part de **M. Moncorvo** (de Rio-de-Janeiro), un mémoire sur l'emploi du tannigène dans le traitement de la diarrhée des enfants.

M. de Valcourt lit un mémoire sur l'action thérapeutique des bains de mer à Cannes pendant l'hiver 1894-1895.

M. Bertillon lit un travail statistique sur les hernies d'aprè la profession.

M. Layet (de Bordeaux) communique le résultat de quatre expériences qu'il a faites sur la transmission de la variole à la génisse et sur les rapports de la variole et de la vaccine. Il conclut plutôt en faveur de la doctrine dualiste, mais reconnaît que la question ne saurait actuellement être tranchée définitivement.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 29 *novembre* 1895.

Ulcère rond de l'estomac simulant une appendicite.

M. Pasteau présente des pièces provenant d'un malade mort à l'hôpital Cochin dans le service de M. le Dr Quénu. Il s'agit d'un homme d'une quarantaine d'années, qui était entré avec les symptômes d'une péritonite généralisée, et un point très douloureux dans la fosse iliaque droite et une zone de matité vers l'épine iliaque antéro-supérieure du même côté. L'incision iliaque permit d'arriver dans la cavité péritonéale remplie de pus ; on ne trouva pas trace de poche; on fit donc une seconde incision sur la ligne médiane, et après lavage de la cavité péritonéale, on draina largement. Le mardi suivant au matin le malade mourait dans le collapsus.

L'autopsie permit de constater une perforation de l'estomac à la région pylorique, consécutive à un ulcère rond. Rien à l'appendice ni au cœcum.

Fracture du crâne.

M. Le Fur rapporte l'observation d'un enfant de deux ans qui était tombé d'un second étage sur le front. Immédiatement après l'accident une crise d'épilepsie généralisée éclata ; les mouvements convulsifs prédominaient du côté droit. Pendant quatre jours aucun symptôme ne se montra. Du délire, des contractures, des crises d'épilepsie larvée, se montrèrent dans la suite. Enfin, le malade tomba dans le coma et présenta alors quelques symptômes de méningite de la base. La mort survint alors.

A l'autopsie, on trouva une fracture du rebord et de la voûte orbitaire à gauche, un effondrement de la lame criblée de l'ethmoïde. Au niveau du foyer de fracture il existait un hématome assez volumineux sur la face externe de la dure-mère. Sur la face interne de cette même membrane, il y avait de la pachyméningite localisée. De ce point partaient des traînées de méningite qui se propageaient jusqu'à la base du cerveau.

Anomalie de l'uretère.

M. Auscher présente des pièces provenant d'un cas d'ictère grave. Il existait dans ce cas une anomalie du développement de l'uretère gauche, qui était double depuis la partie supérieure jusqu'à la vessie. L'un des deux débouchait sur la partie médiane du trigone.

Typhlite tuberculeuse.

M. Auscher rapporte l'observation d'une femme ayant présenté tous les symptômes d'un cancer de l'estomac (intolérance gastrique, hématémèses, cachexie progressive, adénopathie sus-claviculaire, phlébite cachectique, etc.), et à l'autopsie de laquelle on trouva une typhlite tuberculeuse. Cette typhlite a été le point de départ d'une chaîne ganglionnaire ayant remonté le long de l'aorte jusque dans le médiastin.

Pathogénie des fistules recto-vaginales consécutives à l'hystérectomie vaginale.

M. Jayle pense qu'il faut tenir grand compte de l'état des lésions pour lesquelles l'intervention est faite. Sauf dans quelques rares cas, ni le chirurgien ni les pinces ne sont à incriminer.

Sur plus de cent hystérectomies vaginales pratiquées par MM. Pozzi et Richelot, il n'a vu survenir que trois fois une fistule recto-vaginale. Or, ces trois cas étaient des suppurations pelviennes à marche rapide, avec état infectieux et température; l'étude bactériologique du pus a, de plus, démontré qu'il s'agissait de suppuration à streptocoques (deux fois), à streptocoques et coli (une fois). En outre, les malades étaient atteintes de diarrhée intense, ce qui signifiait qu'il y avait une inflammation intestinale aiguë.

Il est donc probable que, dans ces cas, la paroi rectale est amincie, prête à se perforer lors de l'opération. Après l'intervention, cette paroi amincie que soutenait encore la collection elle-même, devient flottante, lâche, et se laisse déchirer sous l'influence de la pression intestinale (gaz et matières).

M. Jayle cite encore à l'appui de cette pathogénie deux autres cas de suppuration aiguë d'origine utérine à streptocoques (une fois), à coli (une fois), où une fistule intestinale survint après une laparotomie, sans que cette fois on pût incriminer les pinces.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 30 *novembre* 1895.

Présidence de M. Féré.

Structure des ganglions lymphatiques.

M. Ranvier a fait, il y a une vingtaine d'années, une communication sur la structure des ganglions lymphatiques. Dans cette communication, il a montré que le ganglion lymphatique était formé par du tissu réticulaire formé de fibrilles conjonctives tapissées de cellules endothéliales, et que l'espace caverneux devait par conséquent être considéré comme analogue aux cavités séreuses. Il y a un an, il a repris ses recherches sur les développements des vaisseaux et des ganglions lymphatiques. L'étude a été faite sur les ganglions lymphatiques du porc.

Chez cet animal, on trouve la disposition suivante; au-dessus des artères mésentériques et intestinales qui s'anastomosent à la base du mésentère, on trouve un corps caverneux sanguin, et c'est au-dessus de ce corps caverneux que se trouvent les ganglions formant chapelet.

La structure de ces ganglions est très simple et diffère du schéma classique. Sur la coupe, on trouve notamment un nombre considérable de follicules disposés, comme au hasard, dans l'épaisseur des ganglions; ces follicules mesurent un quart à un demi-millimètre et sont limités par une pseudo-membrane. Si, en effet, on injecte dans le ganglion du bleu de Prusse, on voit le bleu diffuser entre les follicules, dissocier les pseudo-membranes et pénétrer dans les follicules. On voit par là que les follicules n'ont point de capsule.

En somme, les ganglions mésentériques du porc sont formés chacun par une sorte de vessie pleine de lymphe, cloisonnée, avec des follicules constitués par du tissu conjonctif réticulé avec pseudo-capsules et réseau capillaire.

Sclérose primitive des cordons latéraux.

M. Déjerine rapporte l'observation d'un homme qui était entré, il y a cinq ans, dans son service pour une paraplégie spasmodique avec exagération des réflexes, phénomène du pied, intégrité des sphincters. Le malade, âgé de quarante-deux ans, n'était pas syphilitique, et pendant les cinq ans qu'il resta dans le service, la paraplégie ne fit que s'aggraver sans toutefois condamner le malade au repos.

Il y a quelques jours, le malade a succombé à une pneumonie. A l'autopsie, le cerveau et la moelle examinés à l'œil nu, paraissaient absolument sains. Mais sous le microscope, on trouva une sclérose symétrique des cordons latéraux allant en diminuant d'intensité de la région dorsale à la région cervicale. Dans la région dorsale, la sclérose avait frappé non seulement le faisceau pyramidal croisé, mais s'étendait encore en avant. Dans la région cervicale, il existait, en outre, sur une étendue de un à deux centimètres, une tache de sclérose sur le cordon de Gall. Pas d'autres lésions du cerveau, ni de la moelle.

Un cas identique a été publié, il y a quelques années, par Strumpel. Ce sont les deux cas uniques de sclérose primitive des cordons latéraux.

Les polynévrites en rapport avec la théorie des neurones.

M. G. Marinesco. — Y a-t-il des polynévrites sans lésions associées des centres nerveux ?

Les recherches expérimentales sur les lésions consécutives à la section des nerfs que nous poursuivons depuis plusieurs années et ces lésions faits anatomo-pathologiques, nous semblent susceptibles de trancher cette question.

A. — La section d'un nerf sensitif, d'un nerf moteur ou d'un nerf mixte est suivie au bout de quelques jours des

lésions certaines et constantes, dans leurs centres trophiques. Ces lésions qui nous sont révélées par la méthode de Nissl consistent en une raréfaction ou dissolution des éléments chromatophiles de la cellule nerveuse.

B. — Les altérations suivantes des centres nerveux que nous avons trouvées dans un cas de polynévrites concordent avec les recherches exceptionnelles. Il s'agit d'un malade qui, en 1892, à la suite d'une cinquième attaque de rhumatisme a été pris de douleurs violentes dans les masses musculaires des quatre membres. A son entrée à la Salpêtrière, le malade présente un aspect squelettique, par suite de l'atrophie considérable des muscles des membres supérieurs et des membres inférieurs. Aux membres inférieurs, l'atrophie prédomine dans les extenseurs de la cuisse et de la jambe, les pieds sont tombants. Aux membres supérieurs, ce sont les muscles des mains et les extenseurs de l'avant-bras qui sont les plus atrophiés. Les mouvements de l'épaule, du bras, sont relativement conservés. Réaction de dégénérescence dans la plupart des muscles atrophiés. Les réflexes rotuliens sont abolis. Douleurs vives dans les membres, surtout pendant la nuit. Douleurs provoquées par le pincement des muscles, la percussion des tendons, la pression des troncs nerveux. Le malade est mort à la fin de l'année 1893. Des lésions dégénératives très étendues ont été trouvées dans les troncs nerveux des membres, dans les nerfs intramusculaires et dans quelques nerfs cutanés. Intégrité des racines antérieures et postérieures. Dégénérescence légère, mais certaine des cellules de la corne antérieure. Lésions dans le faisceau fondamental du cordon antéro-latéral. Dégénérescence très manifeste dans le cordon postérieur, mais affectant une topographie tout à fait spéciale dont le maximum est dans la région supérieure et diminue pour disparaître en quelque sorte dans la région lombaire. Dans la région cervicale, la lésion affecte les deux tiers antérieurs du cordon de Burdach et de la moitié antérieures du cordon dit de Goll. A la région dorsale, la lésion moins marquée est cantonnée dans le domaine de ce dernier cordon. Intégrité des racines postérieures et des trois sortes de collatérales, qui dépendent de ces racines. En conséquence, la lésion des cordons postérieurs est, pour nous, d'origine endogène, c'est-à-dire affectant les neurones appelés neurones sensitifs indirects (cellules du faisceau fondamental du cordon antéro-latéral et des cordons postérieurs).

M. Netter dépose, au nom de **MM. Haushalter et Guérin**, une note sur un cas d'idiotie sans myxœdème traité avec succès par l'extrait thyroïdien. Sous l'influence du traitement, on a vu disparaître la nucléo-albumine qui existait auparavant dans l'urine.

M. Charrin présente, au nom de **M. Arthaud**, une note sur le rôle du virus tuberculeux dans l'hérédité. D'après les observations de M. Arthaud, on verrait dans ses conditions de la morti-natalité, de la stérilité, des malformations, etc.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 novembre 1895.

Présidence de M. Anger.

Chirurgie du poumon.

M. Quénu a fait remarquer à la dernière séance que l'auscultation même immédiate ne donnait pas toujours des notions précises; que la ponction pourrait être insuffisante et provoquer parfois des accidents et que pour faire le diagnostic, il ne restait que l'exploration directe, comme le disent MM. Bazy et Ricard, ou indirecte comme le recommande M. Tuffier.

L'exploration directe ne peut être érigée en règle absolue, et l'on n'a pas assez de faits pour dire qu'elle est innocente; l'observation personnelle de M. Quénu prouve tout au moins qu'elle peut être dangereuse.

Le procédé de M. Tuffier, c'est-à-dire la méthode indirecte, l'exploration à travers le feuillet pleural pariétal décollé, paraît à M. Quénu très utile et fort recommandable en certaines circonstances. Tout dernièrement il y a eu recours avec M. Tuffier avec grand avantage. M. Bazy objecte que ce procédé n'est bon que pour les lésions superficielles et qu'alors il y a des adhérences, tandis que si les lésions sont profondes, ce mode d'exploration restera sans résultat; et il se base pour soutenir cette opinion sur ses expériences cadavériques; mais ces expériences ne prouvent qu'une chose, c'est que certains cas échappent à notre action, mais non que le décollement extra-pleural n'ait pas sa valeur.

M. Poirier a fait, il y a deux ans, quelques recherches sur le décollement de la plèvre, et voici les résultats auxquels il est arrivé. Sur le sujet sain le décollement est facile, sauf au niveau du bord interne de la gouttière costale où il y a quelques adhérences. Celles-ci ne sont d'ailleurs pas considérables, et en cinq minutes on peut décoller toute une plèvre. Si la plèvre est altérée et le siège de lésions aiguës, le décollement est encore assez facile, mais si les lésions sont chroniques, la plèvre ne se décolle guère.

Quant à la valeur du procédé de M. Tuffier, M. Poirier cite un cas où il est arrivé d'ouvrir un large foyer pleural et de méconnaître un volumineux abcès pulmonaire situé au-dessous.

M. Delorme n'a pas d'opinion ferme sur la valeur comparative des procédés de MM. Bazy et Tuffier, mais il lui semble qu'ils ont l'un et l'autre exagéré la facilité ou la difficulté du décollement de la plèvre. Sur soixante cadavres il a exécuté le décollement de la plèvre. Ce décollement est possible, mais il faut beaucoup de soins et de temps pour éviter les déchirures.

D'autre part, il ne voit pas quel inconvénient il y a à utiliser le procédé de M. Tuffier. On a toujours le temps d'inciser. Ce procédé est simple et il suffit souvent à faire constater, non seulement par la palpation, mais par la vue, des nodosités superficielles.

A propos du pneumothorax et de son traitement M. Delorme recommande d'avoir recours soit à la ligature des quatre membres à leur racine, soit à une saignée pour éviter la congestion pulmonaire et les phénomènes d'asystolie qui surviennent et mettent la vie en danger.

M. Michaux croit que si les lésions sont volumineuses, on peut les sentir à travers la plèvre décollée, mais que, dans les cas difficiles, le décollement sera insuffisant. Il faut non seulement ouvrir la plèvre, mais encore aborder le poumon, l'ouvrir et l'explorer directement et profondément.

M. Berger pense que l'auscultation ne permet pas toujours de localiser les lésions. Il y a nombre d'années il intervint à Tenon dans un cas d'abcès pulmonaire. Il trouva une plèvre très épaisse et sous elle un tissu pulmonaire sclérosé, dans lequel il essaya de découvrir avec la sonde cannelé un foyer purulent. Mais une hémorrhagie survint et il dut s'arrêter. L'opéré mourut et à l'autopsie on trouva que l'exploration s'était faite entre deux gros abcès.

Relativement à l'exploration directe du poumon, M. Berger croit que, dans la plupart des cas chroniques, quand il y a des adhérences, on ne sent rien. Avant-hier encore, après avoir ouvert une cavité pleurale suppurée il chercha à explorer le poumon mais n'eut aucune sensation nette, les néomembranes s'opposant évidemment à son exploration.

Quant au décollement pleural, d'anciens souvenirs de prosectorat lui font croire qu'il y a quelque difficulté à le pratiquer et qu'on court le risque d'ouvrir la plèvre. Si M. Tuffier a réussi, cela tient à ce qu'il existait de la pleurésie chronique.

De l'incision directe, M. Berger pense simplement qu'elle constitue une manœuvre imprudente et que le pneumothorax est à craindre.

M. Bazy reste partisan de l'exploration directe de la plèvre à condition de faire une incision aussi petite que possible qu'obture aussitôt le doigt explorateur. Cette exploration directe est d'autant plus recommandable que le décollement demande beaucoup de temps et de soins et qu'il faut aller rapidement. Quant au pneumothorax, il n'est pas autant à craindre qu'on veut bien le dire.

M. Quénu répète qu'il faut se montrer électique en matière de chirurgie pulmonaire et se servir de tous les procédés. Tantôt le décollement pleural suffira, tantôt il faudra ouvrir la plèvre et alors on pourra être obligé de suturer ensemble les deux feuillets ou de bourrer la cavité. Quant au pneumothorax, il persiste à croire qu'il est dangereux et parfois difficile à éviter avec l'exploration directe de la plèvre.

M. Peyrot montre une rate provenant d'un individu qui

s'est tiré une balle de revolver dans le ventre. Le projectile, comme l'a montré la laparotomie, avait traversé le hile de la rate.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 29 *novembre* 1895.

Présidence de M. Hayem.

Troubles oculaires multiples d'origine hystérique.

M. H. Claude. — Une femme de vingt-neuf ans présentant des antécédents héréditaire et personnel névropathiques est atteinte à la suite d'une attaque apoplectiforme d'hémiplégie droite ou plutôt d'hémiparésie, d'hémianesthésie droite incomplète et de troubles oculaires des deux côtés ; il existe en même temps des stigmates hystériques et le sommeil hypnotique est provoqué facilement. Les phénomèmes moteurs s'amendent rapidement. L'hémianesthésie persiste et les troubles oculaires évoluent de façon différente.

L'œil droit est atteint au début d'amblyopie, de dichromopsie et de diplopie monoculaires qui disparaissent, mais le reflexe pupillaire à la lumière est absent.

L'œil gauche présente d'abord une amblyopie entièrement accusée qui diminue peu à peu, mais l'acuité visuelle demeure très faible.

Il offre surtout une dilatation pupillaire extrême avec perte des réflexes à la lumière et abolition à peu près complète des réflexes accommodateurs. La dilatation pupillaire se modifie sous l'influence de l'atropine, de l'ésérine et du sommeil hypnotique pendant lequel la pupille revient à son état normal. Il existe de plus, du même côté, de l'anesthésie de la conjonctive bulbaire avec conservation de la sensibilité cornéenne.

On note enfin pour les deux yeux le rétrécissement concentrique du champ visuel, la paralysie conjuguée gauche pour les mouvements volontaires; le fond de l'œil est normal.

Tous ces troubles sont de nature hystérique. Les uns ont eu une évolution trop rapide pour être rapportés à une cause organique, les autres se sont modifiés ou ont disparu momentanément sous l'influence du sommeil hypnotique. Il n'existe aucune cause à laquelle on pourrait rapporter les lésions nécessaires pour expliquer les symptômes observés. Ces lésions enfin (névrite périphérique ou altération centrale) devraient être trop disséminées ou trop légères pour qu'on puisse accepter leur existence.

La possibilité d'une lésion pédonculaire ou protubérantielle minime, modique ou dissimulée par les manifestations hystériques concomitantes resterait peut-être encore discutable.

Intoxication par l'usage externe du sous-nitrate de bismuth.

MM. Gaucher et **Balli** relatent quatre observations d'intoxication par le sous-nitrate de bismuth employé comme topique dans trois cas d'ulcère de jambe et dans un cas de brûlure. On observa dans ces cas un liséré gingival noir violacé, et des plaques de tatouage noir au niveau des joues et des gencives ; puis une stomatite de gravité variable, accompagnée dans les cas graves d'ulcération au niveau du liséré, des plaques de tatouage et de la muqueuse linguale.

En se basant sur ces observations et sur celle de Kocher, de Petersen, de Dalché et de Villejean, les auteurs esquissent ainsi les symptômes de l'intoxication bismuthique.

Elle est surtout caractérisée par la stomatite décrite plus haut. La mastication devient difficile ; à la salivation du début succèdent des sécrétions visqueuses. L'haleine est fétide. On peut observer des vomissements et de la diarrhée. Quelquefois on note de la néphrite avec présence du bismuth dans les urines. Il faut faire dans ces cas la part de l'intoxication et des infections secondaires possibles.

La pathogénie en est obscure, car le bismuth peut être pris à l'intérieur à forte dose sans accidents, tandis que ceux-ci sont spéciaux à l'emploi externe du médicament. On peut penser avec Dalché et Villejean que le bismuth forme avec les matières albuminoïdes une combinaison soluble, dont l'absorption est facilitée par le contact prolongé qui ne peut exister quand le bismuth est pris à l'intérieur ou qui est précipitée dans le milieu alcalin de l'intestin.

M. Hayem. — Le bismuth adhère longtemps aux plaies, ainsi que j'ai pu m'en convaincre chez une malade atteinte d'ulcère stomacal et traitée par le bismuth à haute dose. Cependant, dans ce cas, il n'y avait eu aucun accident d'intoxication.

M. Chauffard. — A propos du traitement des ulcères de jambe, je ferai remarquer les bons effets qu'on obtient par l'emploi du sucre en poudre lorsque l'ulcère a été désinfecté.

M. Ferrand. — J'emploie avec avantage l'oxyde de zinc en suspension dans un glycérolé d'amidon.

M. Siredey. — Les cas les plus rebelles peuvent être améliorés par les pansements au sous-carbonate de fer.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 27 *novembre* 1895.

De l'antisepsie gastro-intestinale.

M. Bardet. — Les idées tendent à se modifier au sujet de l'efficacité réelle de l'antisepsie interne. La méthode est très séduisante, théoriquement; mais en réalité, on peut mettre en doute l'action des agents bactéricides, qui auraient au moins pour but de diminuer les fermentations dites vicieuses.

A l'appui de l'utilité des antiseptiques, on a invoqué surtout la disparition de l'odeur putride des garde-robes. M. Bouchard a également signalé la diminution du taux de toxicité de l'urine.

Mais l'odeur des fèces n'est pas due, comme on le croit souvent, à l'hydrogène sulfuré ou phosphoré, mais bien à l'indol et à la naphtylamine, corps doués d'une odeur repoussante. La fermentation putride ne s'exerce dans l'intestin que si la bile ne coule pas momentanément dans l'intestin grêle. Or, malgré l'antisepsie interne pratiquée chez les sujets atteints de rétention biliaire, la fermentation putride continue à s'effectuer. Si l'on administre le salol à ces malades à une forte dose, la décomposition du médicament est très faible et son odeur aromatique peut masquer, mais non détruire l'odeur caractéristique des gaz produits par la fermentation putride.

D'ailleurs, il ne faut pas perdre de vue que la production des toxines est normale et que ce qu'il faut empêcher c'est surtout l'absorption de ces toxines. Or, il n'est pas prouvé que la méthode antiseptipue atteigne ce but.

J'ai examiné les selles de malades à qui j'ai donné régulièrement quatre grammes par jour de benzo-naphtol, durant un mois, et, à l'examen microscopique, j'ai trouvé avant et après, dans les matières, le même nombre de colonies bactériennes.

D'autre part, on a montré que les sujets saturés de mercure, par un traitement antisyphilitique, bien loin d'être immunisés contre les maladies infectieuses, présentaient au contraire à celles-ci un terrain pour ainsi dire privilégié. Si l'antisepsie avait une efficacité réelle, ils devraient pourtant être préservés au point de vue général.

C'est donc autre chose qu'il faut trouver pour expliquer les bénéfices obtenus. Il ne faut pas perdre de vue que dans les dyspepsies on a toujours établi simultanément un régime et un traitement antiseptique. Or, j'ai toujours vu réussir le régime sans antiseptiques, mais non les antiseptiques sans le régime. C'est là vraisemblablement qu'il faut chercher la cause des améliorations obtenues. Je ne me suis occupé que du rôle des antiseptiques dans le traitement des maladies gastro-intestinales. Il y aurait intérêt à étudier leur rôle dans les maladies infectieuses, ce que je ferai prochainement.

Quant à l'action antiseptique de l'acide chlorhydrique, elle ne peut s'exercer qu'à la longue, après plusieurs jours : huit, dix, comme Wurtz l'a démontré.

M. Constantin Paul. — Je propose de scinder la discussion en quatre points bien distincts : l'antisepsie de la bouche, de l'intestin grêle et du gros intestin. Ce qui est vrai pour l'un ne l'est pas pour l'autre, et l'antisepsie de l'intestin grêle, en particulier, est très difficile à obtenir ou à contrôler.

Des préparations thyroïdiennes.

M. Catillon. — On a employé au début un extrait glycériné, préparé par la méthode de Brown-Séquard et Darsonval, et son efficacité a démontré que le principe du corps thyroïde est bien contenu dans l'extrait.

Les tablettes obtenues dans ces derniers temps, soit avec la poudre de corps thyroïde desséché, soit avec l'extrait obtenu en traitant la glande par l'eau distillée et en évaporant le liquide filtré et stérilisé, à basse température, sont moins efficaces que l'extrait proprement dit.

La graisse assez abondante dans la glande communique à la poudre une odeur de rance assez prononcée et celle-ci est d'une conservation limitée.

L'extrait bien préparé se présente avec la belle couleur rubis du sang frais, qui écarte toute idée d'altération, tandis que la poudre est grise.

La glande fournit 20 0/0 d'extrait et 27 à 28 0/0 de poudre sèche. En introduisant cinq centigrammes d'extrait dans une tablette, celle-ci représente donc 0,25 de glande fraîche; il faut 0,07 de poudre pour correspondre à ce même poids de 0,25 de glande.

M. Ferrand. — Je ne crois pas qu'il soit encore possible d'affirmer d'une façon formelle que les extraits organiques sont supérieurs à l'emploi immédiat des tissus eux-mêmes, et précisément, dans le cas qui nous occupe, le corps thyroïde donné en nature a paru être plus efficace que les préparations pharmaceutiques, au point même d'entraîner des effets toxiques, ce qui justifie pleinement mes réserves.

M. Berlioz. — D'après des recherches que j'ai faites, l'administration de capsules correspondant à deux corps thyroïdes de mouton ont produit moins d'effet qu'un seul corps thyroïde, pris en nature.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 18 *novembre* 1895.

Présidence de M. Coyne.

Péritonite enkystée sous-diaphragmatique.

M. Guérin présente des pièces provenant d'un malade mort dans le service de M. Arnozan où il s'était présenté le 1er novembre dernier avec une dyspnée intense, de la toux, une fièvre élevée et des phénomènes pulmonaires tels qu'on pense à une broncho-pneumonie aiguë. Le foie, de plus, paraissait volumineux. Le lendemain, les phénomènes pulmonaires disparaissent, le malade a de la diarrhée et l'on songe à une dothiénentérie. La température indique cependant de la suppuration. Le 13 novembre, on constate au niveau de l'épigastre l'apparition d'une tumeur mate, rénitente dont la matité se continue avec celle du foie. Le cœur bat régulièrement, sa pointe n'est pas déplacée. En présence de cette tuméfaction siégeant à l'épigastre, du volume du foie et des écarts de la température du soir et du matin, une ponction exploratrice est décidée, lorsque le malade meurt brusquement.

La nécropsie permet de constater l'existence d'un vaste abcès contenant certainement deux litres de pus. Il est situé au-dessous du diaphragme, en avant de l'estomac, à gauche du foie, au-dessus du côlon. Tous les organes voisins adhèrent plus ou moins à la poche purulente.

Il existe une communication avec le péricarde, communication certainement de date récente à en juger par l'état du péricarde. Du côté du foie l'abcès est en communication avec un petit abcès du foie.

Au niveau du côlon transverse, on produit en l'ouvrant une déchirure sur un point où une perforation était imminente; à ce niveau, en effet, aboutissait un diverticule de l'abcès; et si le malade avait encore vécu un peu de temps, l'abcès se serait probablement vidé par là.

Rien du côté des plèvres et de la vésicule biliaire.

M. Chavannaz a vu un cas à peu près semblable dans le service de M. le professeur Demons. Ce cas est relatif à un malade présentant en même temps qu'une voussure épigastrique manifeste, volumineuse et fluctuante, des phénomènes généraux graves. Le début de l'affection était inconnu. Après laparotomie et évacuation d'une quantité considérable de pus, le malade guérit et fut revu seize mois après bien portant.

Thrombose chez un tuberculeux.

M. Guérin présente la veine cave, les veines iliaques, les veines fémorales d'un malade mort cachectique et qui avait présenté les symptômes d'une phlegmatia alba dolens double.

La veine fémorale gauche est absolument obstruée. La veine fémorale droite, les autres veines sont encore perméables mais peu.

Asystolie. Lithiase biliaire. Fibrome utérin et hydro-salpinx.

MM. Guérin et **Bernard** présentent des pièces provenant d'une femme de cinquante-deux ans morte asystolique et au cours d'une pneumonie aiguë dans le service de M. Arnozan. A l'autopsie, on trouve un cœur volumineux pesant six cent cinquante grammes sans insuffisance manifeste des valvules mitrale et tricuspide. Le foie volumineux appartient au type des foies dits cardiaques. La vésicule biliaire contient un nombre considérable de calculs et la malade n'a pourtant jamais eu durant sa vie de coliques hépatiques. La rate est grosse, les reins pâles ne paraissent pas autrement altérés. L'utérus volumineux présente un fibrome de sa corne gauche ayant oblitéré la trompe et déterminé un hydro-salpinx de cette même trompe.

Cancer secondaire du foie.

M. Renan présente des pièces provenant d'un malade mort dans le service de M. Arnozan d'un cancer volumineux du foie, consécutif à un cancer du pylore qu'il a été permis de découvrir à l'autopsie. On a pu également constater en faveur de la propagation de ce cancer par embolie capillaire cancéreuse qu'une veine pylorique se rendant de l'estomac au foie était occupée par un petit noyau cancéreux et que c'est probablement par cette voie que le cancer s'est propagé.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 27 *novembre* 1895.

Pied bot.

M. Michel Gangolphe présente un jeune étudiant en médecine qu'il a opéré, il y a cinq mois, d'un pied bot varus équin par l'ablation de l'astragale et les sections tendineuses, et en particulier celle du tendon d'Achille. Le résultat est des plus satisfaisants.

Actinomycose.

M. Dor fils met sous les yeux de la Société des pièces anatomiques relatives à un cas d'actinomycose. La malade a succombé à une méningite spinale, alors que la lésion actinomycétique superficielle (régions temporale et massétérine gauches) était guérie. Tout le canal rachidien, depuis la tente du cervelet jusqu'à la queue de cheval, était rempli d'un pus épais avec de nombreux grains jaunes, caractéristiques de l'actinomycose, et des staphylocoques révélés par l'examen microscopique.

M. Vallas rappelle le cas d'un malade atteint d'actinomycose superficielle qui a succombé à des symptômes de méningite rachidienne.

Occlusion intestinale.

M. Tellier trace l'histoire d'un homme de quarante-huit ans présentant depuis huit jours des symptômes d'occlusion intestinale et auquel il a pratiqué l'entérotomie dans la fosse iliaque gauche. Suites opératoires simples. Mort vingt-cinq jours plus tard de cachexie. L'autopsie a montré une tumeur

sur le trajet du gros intestin à douze centimètres au-dessous de l'anus contre nature.

Calcul vésical.

M. Tixier, interne des hôpitaux, montre un calcul du volume d'une mandarine, très irrégulier à sa surface et très dur. M. Jaboulay en a fait l'extraction par la cystostomie sus-pubienne. Malgré une longue incision l'extraction a été difficile, tellement la muqueuse s'appliquait exactement sur les inégalités du calcul. Il y a eu une hématurie assez abondante à la suite de l'opération. Le malade a guéri.

Kyste du cerveau.

M. Allez, interne dans le service de M. Bouveret, présente un kyste volumineux de la base du cerveau occupant l'espace interpédonculaire et comprimant le chiasma, les nerfs olfactifs et les pédoncules cérébraux. Pendant la vie, céphalée, amaurose à droite, hémianopsie gauche. Ici atrophie, là œdème de la papille, abolition de l'odorat, paralysie faciale inférieure gauche. L'iodure de potassium avait beaucoup amélioré l'état du malade dans un premier séjour à l'Hôtel-Dieu. M. Bouveret avait diagnostiqué le siège de la tumeur, mais non sa nature. Il n'est pas rare, dit-il, de constater les bons effets de l'iodure, même lorsque la tumeur n'est pas de nature syphilitique. Très probablement le médicament diminue l'hydropisie encéphalique qui accompagne toutes les tumeurs cérébrales.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIETÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 18 *novembre* 1895.

Syndrome bulbaire.

M. S. Kalischer a présenté un homme de cinquante ans, dessinateur de profession, qui en avril 1894 a été pris, trois mois environ après une attaque d'influenza, de diplopie avec ptosis de la paupière supérieure gauche. Quelque temps après il survint un affaiblissement des muscles masticateurs et des muscles de la nuque, de sorte que le malade ne pouvait tenir sa tête droite et pouvait à peine mâcher les aliments. Cette situation s'aggrava encore par l'apparition d'une parésie de l'orbiculaire des lèvres et persista tel quel jusqu'en décembre; à partir de ce moment, il survint une légère amélioration qui persista jusqu'en avril 1895 quand les mêmes phénomènes revinrent avec la même intensité. Avec cette particularité pourtant que certains jours la parésie des muscles pris s'aggravait ou s'améliorait de façon à disparaître en grande partie. A aucun moment, le malade n'eut de fièvre, de céphalalgie, de vomissements, etc. Actuellement c'est la parésie des muscles masticateurs qui domine, si bien que le malade peut à peine écarter ses mâchoires. La voix a un timbre nasal, et depuis quelque temps le malade a constaté un affaiblissement très manifeste de ses bras.

Le complexus clinique que présente le malade, a été décrit par Erb en 1878 sous le nom de complexus bulbaire symptomatique. Ce complexus varie suivant l'ordre dans lequel sont pris les muscles de l'œil, les nerfs bulbaires et les nerfs spinaux. Le plus souvent, le tableau clinique s'ouvre par des phénomènes oculaires.

L'affection est très probablement d'origine toxique et s'observe après des maladies infectieuses comme l'influenza, le typhus, la fièvre typhoïde, l'érysipèle, etc. Le plus souvent elle n'apparaît que plusieurs mois après l'évolution de la maladie infectieuse.

Empoisonnement par la phénacétine.

M. Krœnig ajoute quelques détails à l'histoire du malade dont il a entretenu la Société à la séance précédente (v. *Mercredi Médical*, n° 47, p. 561).

Dans son cas d'empoisonnement par la phénacétine, comme dans des cas analogues, les amas d'hémoglobine restent dans les cellules et sont probablement déposés dans le foie, les reins, la rate pour être éliminés ensuite par ces organes; ou bien l'hémoglobine abandonne les hématies et est ensuite directement éliminée.

Dans ces cas, on trouve encore des phénomènes de plasmolyse du côté des leucocytes. On trouve une tuméfaction du paraplasme, des modifications du protoplasma ; la karyolyse est relativement rare.

M. Litten fait remarquer que les phénomènes du côté des hématies, signalés par M. Krœnig, n'ont rien de particulier et s'observent dans toutes les maladies où il existe une destruction des hématies.

Tumeur du médiastin.

M. Thiele a présenté les pièces provenant d'une jeune fille de dix-huit ans, qui a succombé dans le service de M. Leyden à une tumeur du médiastin.

La malade est entrée à la clinique avec une cyanose et une dyspnée faisant penser à une sténose du larynx. L'examen du larynx et la trachéoscopie ont pourtant donné des résultats négatifs. Par contre, à la percussion, on trouvait de chaque côté du sternum une matité qui s'étendait jusqu'aux lignes mammaires, formant un véritable plastron et paraissant intercepter les bruits du cœur. On supposa dans ces conditions qu'il s'agissait d'une tumeur du médiastin, diagnostic confirmé plus tard à l'autopsie. L'examen histologique de la tumeur permit de faire le diagnostic anatomique de lympho-sarcome.

Appendicite.

M. Leyden a rapporté l'observation d'un individu pris en pleine santé d'appendicite qui, au bout de trois jours, se compliqua de péritonite par perforation. L'opération faite à ce moment a réussi en tant qu'opération, mais le malade succomba quatre jours après.

L'appendice, qui fut trouvé très facilement, était perforé dans plusieurs endroits et renfermait un calcul du volume d'une amande. Le centre du calcul était formé par deux cheveux.

AUTRICHE

CLUB MÉDICAL DE VIENNE

Séance du 20 *novembre* 1895.

Ulcère et cancer de l'estomac.

M. Eisenschitz montre l'estomac d'une femme qui depuis dix ans était sujette à des troubles gastriques cédant ordinairement à un traitement approprié. Il y a un an, elle fut prise de vomissements alimentaires alternant avec des vomissements de sang, et en peu de temps l'intolérance de l'estomac devint telle que la malade ne pouvait s'alimenter que par la voie rectale.

C'est dans cet état qu'elle entra à l'hôpital où l'examen permit de reconnaître la présence d'une tumeur cylindrique de l'estomac, siégeant au niveau de la région épigastrique. Comme l'examen du contenu stomacal, fait à plusieurs reprises, avait toujours montré la présence d'HCl libre et l'absence d'acide lactique, on avait fait le diagnostic de sténose cicatricielle du pylore et on proposa la gastro-entérostomie qui fut acceptée.

L'opération ne présenta pas de difficultés particulières,

mais comme la malade était déjà très cachectique, elle succomba quelques heures après l'intervention. L'examen de la pièce montra la présence d'un carcinome qui s'était développé à la base d'une ulcération.

Ce qu'il y a de particulier dans ce cas, c'est la présence d'HCl libre dans un estomac carcinomateux, et l'absence d'acide lactique considérée par quelques-uns comme pathognomonique du cancer.

M. Teleki fait remarquer que la présence d'acide lactique n'indique pas forcément l'existence d'un cancer, et qu'Ewald l'a trouvé dans l'estomac d'un individu atteint d'anémie pernicieuse.

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 22 novembre 1895.

Pemphigus annulaire et sarcomatose de la peau.

M. Kaposi présente une femme de quarante-neuf ans chez laquelle il s'était développé, au cours d'un pemphigus annulaire et serpigineux, une sarcomatose de la peau. C'est un exemple des rapports qui existent entre la sarcomatose et les lésions superficielles de la peau, lequel exemple montre que la sarcomatose peut, comme dans l'eczéma, se développer sur le fond d'une affection vésiculeuse de la peau.

Thyro-antitoxine.

M. S. Fraenkel a fait une série de recherches pour isoler la substance active de la glande thyroïde. Il a employé à cet effet l'extrait frais ou sec de la glande, dont il précipitait les substances albuminoïdes à l'aide de l'acide acétique. Les reche rches faites successivement avec le précipité albuminoïde et le liquide filtré ont montré que la substance active se trouvait dans le liquide. Ainsi ayant pris pendant six jours une certaine quantité de liquide filtré, M. S. Fraenkel a constaté qu'il avait perdu au bout de ce temps mille huit cents grammes, soit trois cents grammes par jour. Par contre, le précipité pris par deux obèses, n'a produit chez eux aucun effet.

En traitant alors successivement le liquide filtré par l'acétate de plomb, l'hydrogène sulfuré, l'alcool et l'éther, il a obtenu une substance cristalline qui, avec l'acide acétique, forme un sel dont la composition chimique correspond à la formule suivante $C^7 H^{11} Az^3 O^5$.

Cette substance, pour laquelle M. Fraenkel propose le nom de thyroï-antitoxine agirait de la même façon que l'extrait de glandes thyroïdes.

COLLÈGE DES DOCTEURS DE VIENNE

Séance du 18 novembre.

Traitement de la syphilis.

M. Neumann ne pense pas que le traitement « chronique et intermittent » de la syphilis, tel qu'il se pratique suivant la méthode du professeur Fournier, donne de meilleurs résultats que le traitement purement symptomatique. Pour lui, le traitement de la syphilis doit être conduit de la façon suivante :

Le chancre doit être traité localement, mais son excision ne doit être faite que dans des circonstances bien déterminées et nullement dans l'idée de faire avorter la syphilis. On excisera le chancre quand il sera très volumineux ou très induré ou quand il provoque des troubles fonctionnels. De même, le traitement préventif, sous forme de frictions ne sera institué qu'en cas de phimosis par œdème du prépuce ou de siège intra-uréthral du chancre afin d'éviter le rétrécissement ultérieur de l'urèthre.

Le traitement général ne doit commencer qu'avec l'apparition de la roséole et cesser avec la disparition des manifestations syphilitiques. En absence de ces manifestations, le traitement sera laissé de côté sauf certains cas, par exemple quand le syphilitique voudra contracter un mariage, quand il s'agira d'une grossesse chez une syphilitique n'ayant déjà pu mener à terme une ou plusieurs grossesses, etc.

D'une facon générale, le traitement doit être symptomatique et une fois institué on doit s'efforcer de faire disparaître radicalement les manifestations syphilitiques, seul moyen de se mettre plus ou moins à l'abri des accidents tertiaires.

Pathogénie de la syringomyélie.

M. Redlich a eu l'occasion de faire l'autopsie d'un enfant hydrocéphale qui présentait en même temps les symptômes de syringomyélie. A l'examen de la moelle, on trouva une cavité à conformation particulière, se continuant avec un diverticule du canal central de la moelle. Les méninges présentaient les lésions de la méningite chronique et étaient couverts de pigment hématique. Dans la cavité et dans les parties qui l'avoisinaient, on trouva un épanchement du sang et du pigment hématique.

On peut donc penser que la cavité en question a été produite par une hémorrhagie qui s'était effectuée dans le diverticule du canal central. Cette hypothèse s'appuierait encore sur un autre fait : l'enfant a été extrait au forceps, et l'on sait que, dans ces cas, les hémorrhagies dans les centres nerveux ne sont pas rares.

M. Schlesinger fait observer que la pathogénie de la syringomyélie ne comporte pas une cause unique et que, par conséquent, on peut fort bien admettre le rôle étiologique des hémorrhagies dans la moelle. D'un autre côté, il est certain que les anomalies vasculaires sont assez fréquentes dans la syringomyélie.

Angine et rhumatisme articulaire aigu.

M. Weis a présenté un garçon de dix-huit ans, qui à la suite d'une angine fébrile a été pris de rhumatisme articulaire aigu. La polyarthrite se compliqua très rapidement d'une insuffisance mitrale. Ce qu'il y a de particulier dans ce cas, c'est l'existence au commencement de la systole d'un bruit musical très net, quand le malade est couché, moins dès qu'il est debout, nullement influencé par les mouvements respiratoires. Le bruit tient probablement à une modification d'un tendon valvulaire.

Névrite alcoolique.

M. Reichel a présenté deux malades atteints de névrite alcoolique caractérisée principalement par la violence des douleurs, la prédominance des symptômes du côté des membres inférieurs, l'existence des rétractions tendineuses, etc.

Chez le premier, il survint très rapidement, après quelques phénomènes prodromiques, une paralysie des membres inférieurs, ayant revêtu les caractères d'une véritable paraplégie. Actuellement, la paraplégie a presque complètement disparu, mais les pieds se trouvent encore en varus équin.

Lorsque le malade entra à l'hôpital, les douleurs tant spontanées que provoquées étaient très vives, les réflexes cutanés et tendineux complètement abolis. Tous ces phénomènes se sont favorablement modifiés sous l'influence du traitement. Actuellement, on trouve encore une atrophie des extenseurs, des membres inférieurs et des intérosseux des mains. Comme troubles trophiques, on trouve de l'œdème malléolaire et de la cyanose des pieds.

Dans le second cas, on retrouve également les symptômes classiques de la névrite alcoolique. Ce qu'il y a de particulier chez ce malade, c'est que la percussion du tendon rotulien provoque non pas une extension, mais une flexion de la jambe sur la cuisse.

Empoisonnement par l'arsenic.

M. Schlesinger a présenté un individu qui, après avoir avalé dans un but de suicide une forte dose d'arsenic, fut pris de vomissements avec diarrhée profuse et quelque temps après de paralysie des quatre membres. La paralysie des membres supérieurs disparut progressivement ; du côté des membres inférieurs, les phénomènes paralytiques persistent encore et tiennent principalement à une atrophie musculaire avec réaction de dégénérescence des muscles atteints. En fait des troubles trophiques on ne trouve chez ce malade que l'aspect très luisant de la peau.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

N° 50 — 11 DÉCEMBRE 1895 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE



ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 11 au 19 décembre 1895.

Mercredi 11. — M. Courtois. De l'intervention chirurgicale dans les tuberculoses périphériques chez les tuberculeux pulmonaires. — M. Baigue. Fistules uretéro-vaginales, leur traitement, et en particulier l'uretéro-cysto-néostomie. — M. Petit de Régis. De quelques points relatifs à la récidive et aux voies suivies par la généralisation des cancers du sein chez la femme. — M. Epelbaum. Contribution à l'étude de l'organo-thérapie (corps thyroïde, capsules surrénales). — M. Fié. Etude sur une complication rare du curettage de l'utérus (rhumatisme blennorrhagique).

Jeudi 12. — M. Lenoble. De la conjonctivite printanière. — M. Baudoin. Contribution à l'étude de la contagion par le lait cru, et de sa prophylaxie par le lait stérilisé.

AVIS IMPORTANT. — Réduction du prix d'abonnement.

Notre édition du **Samedi** et notre édition du **Mercredi** paraîtront, à partir du 1er janvier 1896, sous le même titre de GAZETTE HEBDOMADAIRE et auront une même pagination continue. Les abonnements seront reçus soit pour deux éditions soit pour une édition seule, et ce aux conditions suivantes :

Abonnement aux deux Editions { France... Un an: **8 fr.** Etranger. » **11 fr.** | Abonnement à une Edition seule { France... Un an: **5 fr.** Etranger. » **7 fr.**

La **Gazette Hebdomadaire** s'est assuré le concours de M. CH. ACHARD, agrégé, médecin des hôpitaux et paraîtra sous la direction scientifique de MM. L. LEREBOULLET, CH. ACHARD, A. BROCA.

VARIÉTÉS

Concours de l'internat. — L'anatomie étant terminée, nous donnons les totaux à mesure qu'ils se constituent par la lecture des copies de *pathologie :* Weill Emile 25; Iselin 22; Dupuy Dutemps 25; Poix 25; Thiénot 19; Lévy Jules 23; Druault 24; Fonteynont 28; Mareille 25; Nollet 24; Henncart 27; Zadok 26; Manger Noël 20; Hivet 26; Pochon 20; Robillard 17; Nicolaïdi 23; Thoyer 22; Poirson 19; Lévis 23; Tournemelle 23; Fossard 24; Le Meignen 20; Roger Jean 29; Rosenthal 27; Legay 22; Hauvillar 18; Arnal 23; Célos 22; Clerc 22; Michaux 24; Caboche 19; Blandeau 19; Brinon 20; Roger Paul 22; Andri 12; Leroy des Barres 17; Grisel 25; Jacomet 14; Sicard Gabriel 19; Wahl 12; Roques 25; Ferron 23; Castaud 16; d'Herbécourt 24; Dartigues 27; Minet 21; Keinu 27; Bigart 24; Pepin 21; Lévy 26; Weill Benjam. 21; Martinet 25; Jalaguier 20.

Concours de l'externat. — *Anatomie. Questions posées :* Rapports de la vessie, muscles long et court fléchisseurs du gros orteil : Diel 16; Cotart 16; Brissaud 11; Chapon 9; Cosmottates 7; Crotet 13; Dionis du Séjour 13 1/2; Dubois Henri 14; Dazin 11; Darbois 14; Croisier 16; Cornil 12; Detet 13; Demay 2; Degrais 10; Chapires 4; Couyin 12; Dervilliers 5; Duhamel 5; Daussot 11; Delherm 12; Champ 9; Duedodon 13; J. Thomas 15; Thouvenin 8; Troadec 2; Romanescu 14; Thibault 11; Salomon 17; Vivier 19; Roubaud 16 1/2.

Pathologie. Questions posées : Complications et traitement de la blennorrhagie. Erysipèle de la face : Manet 14; Marais 14 1/2; Manto 7; Louste 18 1/2; Mannoni 13; Lahovary 9; Lévy Braun 5; Louis Legrand 17; Launay 7; Lalou 10; Legambier 16; Labussière 11 1/2; Lacasse 13; Halgan 15; Lutier 3; Mahar 12; Aurégan 6; Carton 12 1/2; Bournisien de Valmont 10; Benétaux 11; Blavet 7; Baboneix 15; Bachimont 11; Balthazar 14 1/2; Bigot 13; Barbin 16, Autefage 10; Bidault 10; Bergouignan 15; Bertier 12; Berton 13 1/2; Barberin 7; Bonfils 16; Artault 12; Boel 11; Carpanetti 9; Bougon 11; Alquier 15; Amar 5; Alglave 14 1/2; Boudault 9 1/2; Bénasson 8; Brisart 11; Boureille 7; Bousquet 10; Bodin 15; A. Boullet 10; Bouillet 6; Bobo 13; Brocart 12; Bruder 10; Bertrand 14 1/2; Blondin 14; Adeline 11; Bloch 11; Bégué 10.



ANOREXIE

Chez nombre de malades pour qui l'alimentation est une condition indispensable à la guérison, le manque d'appétit est absolu. Tous leurs efforts pour suivre les prescriptions des médecins à cet égard se heurtent à une répugnance presque invincible et quand ils parviennent à la vaincre, les aliments pris digèrent mal, sont souvent rejetés très rarement assimilés.

Plus de vingt années de succès ont démontré que l'Elixir Alimentaire Ducro triomphe constamment de la répugnance des malades pour les aliments. Il est pris avec pl isir, toujours digéré sans aucune fatigue par l'estomac, et comme sa propriété fondamentale est d'être alimentaire, c'est le médicament-laiment par excellence des phthisiques, anémiques, cancéreux, etc... Préparé avec la viande crue, l'alcool et les écorces d'oranges amères, l'Elixir Alimentaire Ducro est tout à la fois apéritif et nutritif. L'alcool qui lui sert de véhicule lui communique ses qualités d'antidéperditeur et aussi fait de l'Elixir Ducro une préparation de viande crue exempte de tout danger des vers intestinaux.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Deux observations de pneumotomie et remarques, par le docteur Ch. Monod.

J'ai eu trois fois occasion d'opérer des malades atteints de lésions suppurantes du parenchyme pulmonaire.

Ma première observation qui date de 1889, est perdue. Je ne pourrais la rapporter que de souvenir, ce qui est sans valeur scientifique. Je n'ai conservé que la relation de l'opération écrite par moi; mais je n'ai aucun détail précis sur ce qui a précédé et ce qui a suivi. Je la passe donc sous silence. Je puis dire cependant que le malade a survécu, et que j'ai pu le revoir deux ans plus tard.

De mes deux autres observations, l'une vous est déjà en partie connue. Je vous en ai donné le résumé, en 1892, lors de la publication d'un fait analogue par M. Bouilly. J'avais dit alors que je vous communiquerais plus tard l'observation complète; je viens aujourd'hui tenir ma promesse. L'autre est inédite.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un foyer limité de gangrène pulmonaire. La nature et le siège de la lésion avaient été fort bien reconnus par mon excellent collègue le Dr Netter, qui m'adressait le malade. L'incision fut faite au point indiqué, et cependant ce ne fut pas sans peine (1), que, la plèvre ouverte, et grâce à l'exploration directe, je parvins à pénétrer dans le foyer, qui était à plus de dix centimètres de profondeur.

Le malade, opéré le 30 mars 1892, ne fut complètement guéri qu'au mois de mai, il garda jusqu'à cette époque une fistule, mais tous les phénomènes pénibles qui avaient motivé l'intervention s'étaient promptement atténués.

Ma seconde observation, relative à un abcès pulmonaire, également traité par l'incision et le drainage, est à presque tous égards comparable à la première.

Mon collègue et ami le docteur Gaucher, dans le service duquel le malade était entré, avait bien déterminé le siège de la lésion, et avait supposé, en raison de l'expectoration abondante et des signes cavitaires constatés, qu'il s'agissait d'un abcès pulmonaire. Deux ponctions faites par lui, une troisième faite par le docteur Walther qui me remplaçait, n'avaient cependant donné aucun résultat. Moi-même, avant d'aller à la recherche du foyer, dans le lieu où, de par l'auscultation, il devait siéger, je pratiquai une quatrième ponction qui ne ramena que du sang. Je fis cependant entre la septième et la huitième côte, au niveau du point où siégeait le maximum du bruit de souffle, une incision avec résection costale qui me conduisirent sur la plèvre, et, celle-ci ouverte, sur le poumon. J'incisai le parenchyme pulmonaire au thermo-cautère sans trouver de pus; ce ne fut qu'après deux nouvelles ponctions exploratrices faites dans deux directions différentes que je pénétrais enfin, à la partie la plus élevée de la plaie, dans une cavité suppurante très profonde, à bout de doigt, du volume d'une noix, qui fut nettoyée et drainée.

La guérison survint sans incidents, mais ne fut complète qu'au bout de cinq mois. Dès le lendemain, les signes cavitaires avaient disparu. La toux et l'expectoration, très abondantes avant l'opération, se calmèrent avec une remarquable rapidité.

Observation I. — *Gangrène pulmonaire. Pneumotomie. Guérison.*

S..., mécanicien, quarante-huit ans, homme robuste et de taille élevée; a toujours joui d'une bonne santé.

Malade depuis février 1892; il « s'enrhume» ; toux peu fréquente, mais accompagnée de petits frissons se répétant plusieurs fois par jour, et suivis de sueurs froides abondantes. Bientôt l'appétit diminue, le malade s'affaiblit et doit s'aliter.

Presque dès le début de la maladie, l'expectoration a été abondante et fétide. Ce phénomène s'accentue et se présente avec les caractères suivants (qui persistent lors de l'entrée du malade à l'hôpital) : à un accès de toux quinteuse succède un véritable vomissement de crachats fétides; ces vomissements se reproduisent deux ou trois fois dans la journée, particulièrement le matin au réveil, et le soir vers huit heures; chaque fois un crachoir est rempli. Ces crachats ont une odeur comparée par le malade à celle des œufs pourris. Cette odeur est pénétrante et se répand au loin; l'haleine est également fétide. Les crachats sont verdâtres, aérés, filants et visqueux.

S... entre à Saint-Antoine, service de M. le docteur Netter, le 7 mars 1892.

Il ne se plaint à ce moment que de sa toux et de son expectoration fétide. L'auscultation, faite avec soin par M. Netter, révèle l'existence d'une bronchite généralisée, se manifestant par des râles sibilants et ronflants, dans toute la hauteur du poumon en avant, et au niveau des fosses sous-épineuses en arrière; et par des râles sous-crépitants aux bases, plus abondants à gauche qu'à droite, exagérés par la toux. A la percussion, la sonorité est normale partout, sauf aux deux bases où il existe de la matité. Rien aux sommets, un peu de diminution du murmure respiratoire à droite.

Rien du côté du cœur, du foie, des intestins, des reins. Langue blanchâtre, humide. Ni sucre, ni albumine dans les urines. Pas de fièvre. Bon aspect du malade qui n'a pas sensiblement maigri.

On discute le diagnostic de bronchite fétide ou de gangrène pulmonaire.

10 mars. — Le malade se plaint d'un point de côté siégeant sous le mamelon droit; frissons plus intenses que d'habitude; la température, qui était de 37° le matin, monte le soir à 39°.

Le lendemain matin, on trouve à la base gauche, un souffle intense, expirateur, à timbre caverneux. Ce souffle siège au niveau du neuvième espace intercostal; il a son maximum à deux travers de doigt de la colonne vertébrale; il s'entend au niveau de celle-ci et diminue à mesure que l'on s'en éloigne. Au-dessus et au-dessous du neuvième espace, il n'existe plus; il est remplacé par des râles sous-crépitants aux deux temps. Ce souffle s'accompagne des autres signes caverneux : bronchophonie, pectoriloquie, retentissement caverneux de la toux. Il n'y a pas de gargouillement. La submatité commence au niveau du souffle pour se continuer avec celle de la base.

L'état général demeure satisfaisant.

Le diagnostic reste en suspens entre les trois affections suivantes : pleurésie purulente interlobaire, dilatation des bronches, gangrène pulmonaire. La situation des signes physiques est défavorable à la première hypothèse; la marche des accidents semble exclure la dilatation des bronches; le diagnostic probable est celui de *gangrène pulmonaire avec bronchite putride environnante.*

14 mars. — Les signes de bronchite aiguë ont disparu. Les signes cavitaires de la base gauche, avec leur couronne de râles humides, persistent sans modification. L'expectoration est beaucoup moins fétide.

Le 17 mars, le malade n'a plus que quelques crachats verdâtres sans odeur. Les signes stéthoscopiques cavitaires persistent.

Le 26 mars, ponction avec le gros trocart Potain; à six centimètres de profondeur, on retire un liquide épais, nauséeux, contenant de gros grumeaux blancs.

Le 27 mars, de la sérosité s'écoule par l'orifice de la ponction. Le souffle cavitaire s'entend au niveau de la septième côte gauche et au-dessous sur une étendue de dix centimètres environ. Au-dessus de cette zone à signes cavitaires on entend des râles humides. A la base, au-dessous de cette zone, les vibrations sont normales et la respiration semble naturelle.

Le 28 mars, la piqûre de la ponction ne laisse plus sourdre aucune goutte de liquide.

Le diagnostic qui paraît s'imposer est celui de gangrène pulmonaire circonscrite ou de pleurésie gangreneuse interlo-

(1) Voir, pour le détail de l'acte opératoire, l'observation qui suit.

baire. La bronchite avec expectoration fétide semble être secondaire, surajoutée.

Le point où siègent les désordres est bien limité et paraît propice à une intervention.

Tel est aussi l'avis de M. Monod chez lequel on fait passer le malade le 30 mars (1).

OPÉRATION. — 30 mars 1892. — Le malade est chloroformé, puis placé dans le décubitus latéral droit. La région étant lavée et rasée avec soin, je pratique une ponction avec le trocart de l'appareil Dieulafoy, en un point correspondant à celui où, d'après les signes fournis par l'auscultation, semblait siéger le centre de la lésion. Cette ponction est faite dans le neuvième espace intercostal, à huit centimètres de la ligne médiane postérieure. Elle donne issue à un peu de sang, mais à aucun liquide purulent ou fétide.

Le trocart est retiré; puis enfoncé dans le huitième espace un peu plus en dedans, à deux travers de doigt en dehors de la colonne vertébrale. Cette fois l'aspiration fait apparaître dans le corps de pompe un liquide purulent, fétide, mêlé à du sang.

Je me décide à inciser en ce point. Laissant le trocart en place, je mène en dedans et en dehors de lui une incision de huit centimètres environ, commençant à quatre centimètres en dehors de la ligne des apophyses épineuses. Traversant la couche musculaire épaisse, entamant le bord externe du trapèze, et un peu les muscles des gouttières vertébrales, j'arrive enfin sur les côtes, et mets nettement à découvert la neuvième côte, celle qui est au-dessous du trocart toujours en place.

Je puis alors, après avoir déchiré les muscles de l'espace intercostal, sentir la plèvre pariétale, et même, en épongeant, la voir.

J'incise la plèvre au bistouri sur une petite étendue juste suffisante pour donner passage au doigt. Aucune pénétration d'air dans la plèvre, le poumon devait adhérer en ce point au thorax. Le doigt introduit dans l'ouverture pleurale pénètre en effet immédiatement dans le tissu pulmonaire, qui semble hépatisé. J'ai la sensation d'une substance ferme, mais se déchirant facilement sous le doigt. Celui-ci retiré, il s'écoule une quantité notable de sang, mais pas une goutte de pus.

M. Netter, qui assistait à l'opération, me dit que le foyer doit être plus haut et plus en dedans vers l'angle de l'omoplate. Poussant alors l'index recourbé en crochet dans cette direction, je sens que je pénètre dans une cavité où l'extrémité du doigt paraît libre. J'annonce que le pus va paraître. En effet, retirant mon doigt, on voit s'écouler un flot de pus fétide, analogue à celui des expectorations.

Cette poche vidée, je l'explore avec le doigt; celui-ci, pour en atteindre le fond, y pénètre tout entier; on peut donc estimer qu'elle s'étend à dix centimètres de la surface de la plaie thoracique; les parois sont infractueuses; on sent que leur face interne est séparée de la paroi costale par une forte épaisseur de tissu pulmonaire. Il ne semble pas douteux que la poche soit creusée en plein poumon.

La cavité est nettoyée avec des éponges montées, puis badigeonnée au naphtol camphré.

Le trajet qui conduit dans la poche est recourbé; pour le rendre directement oblique, je résèque la côte qui est au-dessous, et qui est déjà dénudée, sur une étendue de un centimètre et demi.

Deux drains parallèles sont poussés à fond dans la cavité. Les muscles divisés sont réunis par des sutures perdues au catgut, la peau au crin de Florence. Gaze iodoformée, ouate et bandage de corps.

Ramené dans son lit, le malade réveillé crache du sang noir, épais.

Le soir à quatre heures grand frisson, qui dure au moins trois quarts d'heure, la température monte ensuite à 39°8. Toute la soirée dyspnée, et quintes de toux, sans expectoration.

31 mars. — Les accidents de la veille ont disparu. Point de côté à gauche. A l'auscultation, tout autour de la cavité pulmonaire, zone de râles sous-crépitants fins (congestion pulmonaire). Toux sans expectoration.

(1) Ce qui précède est le résumé d'une observation qu'a bien voulu me remettre M. Netter en m'adressant le malade ; ce qui suit est écrit d'après celle qu'a prise M. Finet, interne de mon service, et d'après mes propres souvenirs, notés le soir même de l'opération.

1er avril. — La nuit a été bonne. La malade a eu hier soir un peu de fièvre, sans frisson. La température ne s' élevée qu'à 38°2, elle est ce matin à 37°. Elle ne pas désormais, pour le dire de suite, 37°6 jusqu'à la sortie malade, se tenant habituellement aux environs de 37°. pansement est fait pour la première fois. Par les drains est sorti une assez grande quantité de sang, pas de pus. pièces de pansement sentent le naphtol camphré, rien qui rappelle l'odeur fétide du liquide sorti de la cavité le jour de l'opération.

La congestion pulmonaire persiste autour du foyer opéré. On remet deux drains de moindre longueur.

2 avril. — La toux a diminué. Pas d'expectoration. Le point de côté à gauche persiste.

3 avril. — Hier soir, le malade a éprouvé un peu de malaise et de gêne respiratoire. T. 37°6.

A l'auscultation, zone de râles sous-crépitants fins.

Le pansement a été dérangé; les drains sont sortis. On en replace un seul moins long.

4 avril. — Le malade s'est levé hier, sans permission. Il présente de l'œdème des jambes, remontant jusqu'au genou. Pas d'albumine dans l'urine. Rien au cœur. T. au-dessous de 37°, matin et soir.

5 avril. — Etat général bon. L'appétit est revenu. Le malade mange « comme il n'a pas mangé depuis six mois ». Pas de toux, pas d'expectoration. L'œdème a beaucoup diminué. Température ce jour et les suivants 37° à 37°4.

6 avril. — Pansement *ut supra*.

7 avril. — Sur le conseil de M. Monod, on enlève tout drain. On ôte les points de suture de la peau. Pansement à plat au salol. La congestion a tout à fait disparu.

8 avril. — Même état. L'œdème a disparu. Douleur côté gauche. Rien à l'auscultation. Liniment chloroformé.

10 avril. — Etat général bon. Appétit excellent. Le malade reprend un air de santé qui contraste avec la pâleur des premiers jours.

12, 13, 14 avril. — Rien de nouveau. Pansement tous les trois jours. Il sort toujours un peu de liquide teinté de sang par la fistule. Ce liquide n'a aucune odeur.

17 avril. — Le malade demande à aller au jardin. On le lui permet.

29 avril. — L'orifice n'est pas encore fermé. Mais le malade se sent si bien qu'il demande à sortir de l'hôpital.

Il n'est revenu que trois fois se faire panser. Nous avons appris depuis que la guérison a été complète. N'a pas été revu.

OBS. II. — *Abcès du poumon. Pneumotomie* (1).

B., trente-cinq ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, service de M. le docteur Gaucher, le 13 mars 1893.

Antécédents héréditaires. — Père soixante-six ans, bien portant. Mère morte, ne sait à la suite de quelle maladie. Marié, trois enfants, tous en bonne santé.

Antécédents personnels. — Jamais malade. En 1882, quelques douleurs rhumatismales, séjour d'un mois à l'hôpital.

La maladie actuelle remonte au 6 août 1892; malade jusque-là robuste, ne toussant pas, n'ayant jamais craché le sang. A cette date, pleurésie droite; séjour à Saint-Antoine, service de M. le docteur Brissaud; dès ce moment, expectoration très abondante.

Part pour Vincennes au bout d'un mois. Vingt jours après ne toussait plus, ni ne crachait.

Trois semaines après, il est repris de toux et de crachats verdâtres, avec douleurs de poitrine, l'empêchant de travailler. Appétit assez bon. Fièvre quelquefois. Jamais d'hémoptysie.

Mars 1893. — Nouvelle poussée pulmonaire. Le malade entre à Saint-Antoine, service de M. le docteur Gaucher.

Depuis ce moment jusqu'à ce jour, 27 novembre : toux fréquente, par quintes, à la suite desquelles, crachats verdâtres nummulaires, ressemblant à ceux des tuberculeux; ils sont abondants, jamais cependant de véritable vomique; le malade remplit environ un crachoir dans les vingt-quatre heures. L'examen bactériologique a été fait quatre fois; jamais de bacilles.

Douleurs à l'inspiration. Sueurs fréquentes. Fièvre habi-

(1) D'après la note remise par M. Raffray, interne du service.

tuelle; 38°3 en moyenne le soir. Palpitations. Sommeil mauvais. Cauchemars (alcoolisme).

L'appétit est conservé; cependant le malade a beaucoup maigri; les forces sont diminuées. Teint jaunâtre, cireux; conjonctives décolorées; facies un peu bouffi; doigts hippocratiques.

A l'examen. — Cœur sain. Abdomen météorisé, pas d'ascite. Foie et rate normaux.

Thorax. — Inspection et mensuration, rien. Percussion: matité, dans toute l'étendue du côté droit, surtout prononcée à la base. Vibrations conservées.

Auscultation. — Les signes sont très nets; on peut diviser le poumon droit en trois zones:

Sommet. — Matité, souffle intense expiratoire; pas de bronchophonie, ni de pectoriloquie aphone.

Partie moyenne. — Matité, souffle amphorique; au moment de la toux, gros râles humides. Bronchophonie. Pectoriloquie. Pas de succussion.

Base. — Matité, absence de murmure vésiculaire.

Poumon gauche sain.

Examen des urines, négatif.

Il résulte de cet examen qu'il doit exister dans le poumon, à la partie moyenne, une cavité suppurante qui se vide en partie dans les bronches; à moins, ce qui est peu probable, qu'il ne s'agisse d'une pleurésie interlobaire enkystée également ouverte dans les bronches.

Deux ponctions ont été faites en médecine, pour vérifier ce diagnostic, sans résultat. Une troisième ponction est faite en chirurgie le 29 octobre, par M. Walther, suppléant alors M. Monod; elle n'a aussi donné qu'un peu de sang, pas une goutte de pus.

Opération — 28 novembre 1893.—M. Monod décide d'aller à la recherche du foyer, en se fondant sur les signes fournis par l'auscultation.

Il procède d'abord à une nouvelle ponction, en enfonçant le trocart, au niveau de la pointe de l'omoplate, à quatre travers de doigt en dehors de la ligne épineuse, entre la septième et la huitième côte, au point où siège le maximum du souffle amphorique.

Il sort par la canule du trocart un peu de pus sanguinolent, et surtout de l'air, à chaque mouvement respiratoire; ce qui montre qu'on a bien pénétré dans le parenchyme pulmonaire ou du moins dans une cavité qui communique avec les bronches.

Une longue incision en U circonscrit un lambeau à base supérieure, dont le centre correspond à l'orifice de ponction. La peau et les muscles sont coupés du même coup, le lambeau rapidement disséqué de bas en haut, et relevé.

La cage thoracique à découvert, je dénude la côte qui est à la partie la plus élevée de la plaie, et qui doit être la sixième, j'ai dû pour cela faire fortement tirer le bras en avant, pour éloigner l'omoplate.

Je coupe cette côte, avec le costotome, sur une étendue de quatre centimètres environ.

A travers cette brèche, j'aperçois et puis toucher la plèvre, épaissie et manifestement adhérente. Je la coupe avec précaution aux ciseaux, sans toucher au poumon, malgré les secousses de toux qui gênent la manœuvre.

Le poumon est à nu; je l'entame au thermocautère, pénétrant à quelques centimètres de profondeur sans rencontrer la cavité suppurante.

A l'aide du trocart et de l'aspirateur Dieulafoy, je cherche à la découvrir, j'enfonce d'abord l'instrument obliquement en bas, sur le conseil de M. Walther, qui veut bien m'assister, parce que dans cette direction le tissu pulmonaire paraît bomber, — résultat négatif.

Je l'enfonce alors obliquement en haut, me dirigeant vers un point, où, au doigt, le parenchyme pulmonaire m'a paru plus dense et comme sclérosé, — je me souvenais d'ailleurs qu'à l'auscultation le souffle se propageait plutôt par en haut, que par en bas. Poussant donc profondément dans cette direction, j'ai au bout d'un instant la sensation que l'extrémité de l'instrument est plus libre, comme si elle avait pénétré dans une cavité. Retirant alors la pointe du trocart, et laissant la canule en place, je fais pratiquer l'aspiration, et j'ai la satisfaction de voir apparaître dans le corps de pompe quelques gouttes de pus franc.

Avant d'aller plus loin, pour me donner du jour, et faciliter l'action ultérieure, je résèque l'extrémité interne de la côte dénudée jusqu'aux articulations costo-vertébrales.

Sur la canule du trocart laissée en place, je coupe le poumon au thermocautère pour mettre largement à nu la cavité découverte, sans y parvenir. C'est seulement avec le doigt, engagé dans la brèche pulmonaire ouverte par le thermo, et poussé le long du trocart, que je finis par pénétrer dans une cavité très profondément située, à bout de doigt, à dix centimètres au moins de la surface de la plaie.

Cette cavité est double, ou mieux à deux compartiments juxtaposés, séparés par une sorte d'éperon à bord mousse; le tout a le volume d'une petite noix.

Je touche cette cavité avec un pinceau trempé dans une solution de chlorure de zinc à 1/10; me gardant d'y pousser aucune injection.

Un drain garni de gaze iodoformée est placé dans la cavité pulmonaire.

Réunion de la plaie à la soie, drain sous le lambeau. Gaze iodoformée. Ouate et bandage de corps.

Marche. — Les suites opératoires ont été excellentes.

La température qui, le lendemain de l'opération, était montée à 39°5, était redescendue le troisième jour à 37°3, pour ne plus se relever.

L'expectoration qui, avant l'opération, était abondante, avec les caractères sus-indiqués, s'est immédiatement modifiée. Le 29 novembre, elle était à peu près nulle et composée surtout de quelques crachats hémoptoïques; elle a repris les jours suivants : d'abord dix à douze crachats muco-purulents dans les vingt-quatre heures; puis, de moins en moins abondants. Le 5 décembre, l'expectoration était totalement supprimée.

La toux a suivi une marche parallèle à l'expectoration.

Modification correspondante dans les signes stéthoscopiques. Dès le 29 novembre, le lendemain de l'opération, le souffle amphorique, si intense la veille, avait disparu; il était remplacé par une respiration simplement rude. Ce timbre rude a persisté jusqu'à la sortie du malade.

La plaie s'est réunie, en partie seulement, par première intention. Le 3 décembre, on fait sauter quelques-uns des fils inférieurs et il sort quelques gouttes de pus. Les fils des bords latéraux du lambeau sont enlevés quelques jours plus tard; à ce niveau, la réunion est parfaite.

Le drain, introduit dans la cavité pulmonaire, est laissé en place pendant un mois; à travers ce drain, au début, l'air sortait brusquement à chaque expiration; il s'était même produit tout d'abord au début un peu d'emphysème sous le lambeau, ce qui avait motivé l'ablation prématurée de quelques-uns des points de suture.

L'issue d'air à l'expiration a persisté, même après l'ablation du drain; se faisant jour par le trajet qui lui donnait passage et qui est resté longtemps fistuleux.

L'état général s'est peu à peu amélioré, l'appétit est revenu et le malade a engraissé. A sa sortie de l'hôpital, en mars 1894, son état était excellent; il n'y avait plus ni toux, ni expectoration. Des signes fournis autrefois par l'auscultation, il ne restait qu'une respiration rude au niveau du point opéré.

L'orifice fistuleux n'était pas fermé.

Cet homme est revenu aux pansements externes jusqu'en mai 1894. A cette époque, la cicatrisation était complète. Il n'a pas été revu.

J'ai cru qu'il était intéressant de joindre ces deux faits à la discussion actuellement engagée.

Ils témoignent de l'utilité de l'intervention dans certains cas de lésions bien localisées du poumon, non diathésiques et accessibles.

J'ajouterai quelques mots au sujet du procédé auquel il convient d'avoir recours pour atteindre le foyer.

Contrairement à ce qui a été dit, l'exploration que l'on peut appeler indirecte du poumon, à savoir les signes fournis par l'auscultation et la percussion, peut dans certains cas, mes deux faits le prouvent, fournir des renseignements très utiles.

C'est, en effet, en suivant les indications données par mes collègues de médecine que j'ai pu, dans l'un et l'autre

cas, faire mon incision des parties molles, à peu de chose près, en bonne place.

Dans tous deux cependant, la lésion était beaucoup plus profonde qu'on ne le supposait; et l'aspect extérieur du poumon n'a pas été d'un grand secours pour la découvrir. C'est l'aiguille aspiratrice à la main que je suis parvenu à la déceler après quelques tâtonnements.

Sans nier le service que peut rendre, en certaines circonstances, l'exploration à travers la plèvre décollée, préconisée par M. Tuffier, il est bien certain que, chez mes deux malades, elle eût été insuffisante. J'ai dû avoir recours, comme M. Bazy, à l'exploration directe qui, seule dans ces cas, pouvait conduire au but.

Celle ci nécessite l'ouverture méthodique de la plèvre. Vous avez vu que chez mes deux malades, elle n'a eu aucun inconvénient, qu'il ne s'est pas produit ombre de pneumothorax.

Je me demande s'il ne doit pas en être ainsi dans la plupart des cas analogues, où l'on intervient pour des lésions inflammatoires du poumon datant ordinairement de loin.

J'ai été très frappé en effet, en parcourant le tableau dressé par M. Reclus, à la suite du remarquable rapport qu'il a lu au dernier congrès de chirurgie, de voir que, sur trente-neuf observations de pneumotomie rassemblées par lui, deux fois seulement des accidents imputables au pneumothorax ont été relevés; dans un seul cas, celui de Roux, ils ont eu une certaine importance, et cependant le malade a guéri.

Cette constatation me paraît encourageante pour les pneumotomistes de l'avenir.

REVUE DES CONGRÈS

6e CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE LANGUE FRANÇAISE

Tenu à Bordeaux le 1er août 1895.

Démence juvénile avec athétose double.

M. Roubinovitch. — Il s'agit d'un homme de vingt-cinq ans, appartenant à une famille entachée d'hérédité congestive et alcoolique, qui, à neuf ans, contracte la scarlatine, suivie d'une affection cardiaque, et qui s'adonne à l'onanisme. Enfant, il était très intelligent et a fait jusqu'à quatorze ans de fort bonnes études au collège Chaptal.

A quatorze ans, sans cause apparente, petit à petit il devient dément; en même temps commence l'athétose des mains et de la face. Les mouvements d'athétose qui s'exagèrent sous l'influence de l'émotion consistent chez lui en extension, flexion, abduction et adduction très lentes de tous les doigts. M. Roubinovitch a remarqué qu'en serrant fortement les doigts en extension, on arrive souvent à diminuer les mouvements d'une main. Les muscles de la face se contractent en même temps : on observe notamment la formation au front de rides profondes et persistantes, tantôt à droite, tantôt à gauche. Tous ces mouvements se produisent, quand le malade est debout ou assis, ou quand il marche, ou quand il essaye de manger seul. La parole est lente et s'accompagne de sifflements.

A côté des mouvements athétosiques de la face, le malade présente des tics : les muscles du front se contractent d'une façon brusque, comme pour attirer l'attention de quelqu'un.

Il y a donc chez ce malade deux espèces de troubles moteurs : l'athétose avec ses contractions incoordonnées et brusques.

L'auteur accompagne sa communication de photographies instantanées montrant les différentes phases des mouvements athétosiques du malade. Mais ce qui constitue en somme la particularité du cas, c'est l'apparition de l'athétose double tout à fait au début d'une affection démentielle chez un enfant de quatorze ans, jusque là d'une intelligence normale.

Contribution à l'étude de la céphalométrie chez les aliénés.

M. Vigouroux, médecin adjoint à l'asile d'Évreux. — Nous avons examiné trois cents aliénés de l'asile d'Evreux. Nous avons divisé nos malades en deux grandes catégories : 1° Dégénérés inférieurs (idiots, imbéciles et épileptiques); 2° Vésaniques (persécutés, déments, mélancoliques, intermittents, excités, maniaques). Puis nous avons fait deux groupes séparés pour les paralytiques généraux et les alcooliques.

De l'étude des différentes mesures que nous avons faite, il résulte que la moyenne est plus faible dans la série des dégénérés que dans celle des vésaniques. De plus, on voit que, chez les aliénés et surtout chez les idiots, on trouve des maxima et des minima excessifs, et une proportion centésimale inférieure à la normale du terme sériaire moyen.

Un cas d'athétose double débutant chez l'adulte.

M. Brandeis. — La malade est une femme de trente-deux ans, dont le père était épileptique et la mère nerveuse. Elle a eu deux frères morts d'affections cérébrales suspectes. Elle-même vers l'âge de dix-neuf ans, contracte la syphilis avec son mari (1882) et, en 1886, à la suite d'un avortement, elle voit apparaître des contractions musculaires de la face. Traitée sans résultat, nous la voyons pour la première fois en 1895, et nous constatons les symptômes suivants : contractions musculaires de la face exprimant les sentiments les plus divers et les plus inattendus; nystagmus à oscillations lentes; mouvements d'avant en arrière et de latéralité de la langue, sans hypertrophie; troubles de la parole et mouvements de rotation du cou, convulsions des doigts, des mains et du poignet suivant la flexion, l'extension et le sens latéral, le tout sans rythme appréciable; déformations phalango-phalanginiennes simulant les nodosités rhumatismales; subluxation des articles métacarpo-phalangiens. Aux mouvements désordonnés se joint une raideur notable dans les actes volontaires. La maladresse augmente quand la malade se sent observée. Aux pieds, mouvements de flexion et d'extension des doigts et mouvements latéraux tibio-tarsiens. Toutes ces convulsions cessent pendant le sommeil. Elles sont plus marquées à droite qu'à gauche. Les facultés intellectuelles sont très médiocres, mais la malade a toujours été de même : la maladie n'a donc eu aucune influence fâcheuse sur elle au point de vue mental.

Comme causes déterminantes de l'athétose, la multiplicité même des faits qui ont pu présider à sa genèse rendent ce cas encore plus embarrassant. L'hypnotisation a été tentée sans résultat, le traitement spécifique de la syphilis n'a aucune action. On ne peut donc que constater l'existence du syndrome athétose sans en rapporter l'éclosion à aucune raison valable.

Sur la toxicité des alcools.

M. Joffroy indique une méthode générale pour évaluer le coefficient de toxicité des liquides. Jusqu'ici les résultats fournis par l'expérimentation, qui consiste à injecter des liquides dans le système veineux d'un animal, sont entachés d'erreurs.

Les premières expériences faites par M. Joffroy consistaient à injecter directement les produits à analyser dans les veines d'un lapin; les résultats obtenus étaient des plus variables. Les autopsies des animaux pratiquées immédiatement après la mort, démontrèrent que cette grande variabilité des résultats était due à ce que la mort était le résultat de la coagulation du sang, et non d'une intoxication.

Il fallait donc trouver une manière d'empêcher cette coagulation du sang. Le chlorure de sodium, le sulfate de soude ajouté à l'eau, permet de pratiquer des injections veineuses. Il fallait donc essayer de diluer les alcools dans ces sérums artificiels, mais de cette façon encore les mêmes effets furent obtenus, la coagulation se fit. M. le professeur Joffroy en était là de ses recherches, et était près de les abandonner, lorsqu'il apprit que Haycraft avait découvert en 1885 à l'orifice buccal de la sangsue des glandes dont le liquide empêche de se coaguler. Dès lors le principe de la méthode était

trouvé. M. le professeur Joffroy put injecter, dans les veines d'un lapin de deux kilogrammes douze cents grammes d'un liquide composé de un litre d'eau, du contenu de huit têtes de sangsues, et de huit grammes de chlorure de sodium. Le lapin mourut après avoir reçu douze cents grammes de liquide, et à l'autopsie on ne trouva aucun caillot.

Par un dispositif spécial, en mélangeant à ce liquide le corps à expérimenter, dans des conditions déterminées, M. le professeur Joffroy put fixer les coefficients de toxité des différents alcools et voici les résultats obtenus :

Alcool méthylique	25,50
— éthylique	12
— propylique	3,75
— butylique	1,85
— amylique	1,5

Les différents corps contenus dans ces alcools étaient également très importants à étudier. L'aldéhyde a un coefficient de 1,14, l'acétine 5,27, le furfurol 0,24.

M. le professeur Joffroy a déterminé de plus la toxité des alcools de table :

Le cognac 1894	11,41
Armagnac vieux	11,10
Eau-de-vie de cidre 1894	10,57
Marc de Bourgogne	9,84
Eau-de-vie de prunes 1891	9,41
Kirsch vieux	8,40

En résumé, le fait le plus important est le suivant : M. le professeur Joffroy a découvert une méthode, d'une exactitude presque mathématique, pour déterminer le coefficient de toxicité des différents liquides.

De l'appel des jugements correctionnels frappant des individus reconnus aliénés seulement après leurs condamnations.

M. Giraud, directeur médecin de l'asile de Saint-Yon.— Il n'est pas rare, dans les asiles, de recevoir des aliénés transférés de la prison et dont l'état mental avait été méconnu au moment de leur condamnation. M. Paul Garnier pour la période quinquennale 1886-1890 en a relevé deux cent cinquante-cinq cas à Paris ; M. H. Monod, pour la même période, en a relevé deux cent soixante et onze cas en province. Dans la grande majorité des cas, les condamnations sont prononcées par les tribunaux correctionnels et le plus souvent après la procédure des flagrants délits. Ces condamnations ne seraient pas prononcée, si l'état mental de l'aliéné était reconnu à temps, et le malade subit une flétrissure imméritée. On doit s'attacher à effacer cette flétrissure et M. Giraud rapporte la procédure très simple, suivie à Rouen, pour faire appel d'un jugement condamnant une vieille démente de soixante-douze ans à trois mois de prison. L'appel fut porté par M. le procureur général à qui le fait avait été signalé, et la Cour, réformant le jugement, prononça l'acquittement.

Il est à désirer que, dans la nouvelle loi sur les aliénés, des dispositions soient prises pour annuler toutes les condamnations dues à ce que l'état du malade était méconnu. Ce serait peut être actuellement possible en vertu de la loi du 8 juin 1895 sur la revision des procès criminels et correctionnels, mais, en tout cas, ce qui vient d'être fait à Rouen pourrait être généralisé pour les condamnations par les tribunaux correctionnels pendant les délais d'appel du procureur général, délais qui aux termes de l'art. 205 du Code d'instruction criminelle sont de deux mois après la condamnation. Le plus habituellement, les aliénés victimes d'une erreur judiciaire sont transférés de la prison à l'asile moins de deux mois après leur condamnation, mais la condamnation n'est pas encore définitive puisqu'elle est susceptible d'appel.

Syringomyélie primitive et syringomyélie secondaire.

M. G. Marinesco. — La syringomyélie typique est sous la dépendance de la prolifération progressive de l'épithélium du canal épendymaire produite par un mécanisme qui reste à déterminer. A cette prolifération s'ajoute un degré de tension dans le canal épendymaire qui explique pourquoi ce canal est toujours dilaté. Les cavités syringomyélitiques sont tapissées d'un épithélium qui ressemble, à plusieurs points de vue, aux cellules qui tapissent le canal central. C'est à cette forme clinique, dont le substratum anatomopathologique est constitué par la gliose et la dilatation du canal épendymaire avec envahissement de la substance grise, qu'on doit réserver le nom de syringomyélie vraie, primitive. Dans certains cas, la prolifération névroglique constitue une tumeur fermée à laquelle on donne le nom de gliome.

Il y a des syringomyélies secondaires, dont le point de départ n'est pas dans la névroglie du canal central, mais dans d'autres éléments de la moelle. On peut considérer, comme type de cette forme, les cavités que l'on trouve dans la pachyméningite cervicale hypertrophique décrite par Charcot et Joffroy. Dans ce cas, les cavités formées dans la substance grise postérieure et antérieure, sont secondaires à la compression exercée par l'anneau fibreux pachyméningitique sur la moelle épinière. Le tableau clinique diffère en cela de la syringomyélie primitive, notamment par le fait que la dissociation syringomyélitique est précédée par une période de douleurs pseudo-névrogliques. Enfin, des tumeurs ayant pris naissance dans la moelle elle-même, comme des sarcomes ou des gliosarcomes, peuvent retentir par le mécanisme de compression ou un autre, sur la substance grise et sur le canal épendymaire et déterminer des cavités syringomyéliques secondaires. Mais, dans ces cas, aux symptômes cliniques de la syringomyélie, s'ajoutent des phénomènes insolites, comme des troubles paralytiques très intenses, la perversion tactile de la sensibilité et la distribution irrégulière de l'analgésie.

M. Roth (Moscou). — A propos de l'intéressante communication de M. Marinesco j'ai deux points à noter :

1° Il me semble qu'au point de vue anatomo-pathologique ce serait faire une confusion que d'appeler du nom de syringomyélie primitive les cavités produites par distension du canal central : c'est de l'hydromyélie, et elle ne correspond pas aux faits cliniques que nous sommes habitués à classer sous le nom de syringomyélie. Celle-ci est secondaire et due au ramollissement de la névroglie hyperplasiée.

2° Quant à la genèse des symptômes cliniques, connus sous le nom de dissociation de la sensibilité, elle n'a rien à faire avec la syringomyélie, c'est-à-dire avec la cavité que l'on observe dans la syringomyélie gliomateuse. Ce symptôme est un effet de la tumeur elle-même, comme nous le voyons dans les cas où il n'y a que gliose des cornes postérieures et pas de cavité; et encore dans les cas très nombreux où le trijumeau participe à la dissociation syringomyélique. Dans ce dernier cas c'est la gliose de la racine ascendante du trijumeau, et non point une cavité dans le bulbe qui est le substratum anatomique de la thermanesthésie et de l'analgésie.

Je dois encore faire remarquer que la dissociation dite syringomyélique, qui se voit souvent au cours d'autres processus, provient d'une compression de la moelle.

Dans tous ces cas, les conditions anatomiques de la dissociation dite syringomyélique de la sensibilité sont autres que dans la gliomatose (avec ou sans syringomyélie). Dans la gliomatose ce sont les fibres radiculaires, qui sont atteintes dans les cornes postérieures, et les plaques d'anesthésie se trouvent du même côté que la lésion et correspondent aux racines dont les prolongements intra-médullaires sont atteints. Au contraire, dans les autres cas que j'ai mentionnés, l'anesthésie occupe le côté opposé et se localise dans la partie inférieure du corps. Ici c'est l'ensemble des fibres sensitives de la moelle qui est atteint après leur entrecroisement comme dans le syndrome de Brown-Séquard.

Neurasthénie et artériosclérose.

M. Régis. — A côté de la neurasthénie-névrose, on a publié dans ces dernières années des faits de neurasthénie préorganique (Levillain, Ballet), des cas de neurasthénie syphilitique (Fournier); de mon côté j'ai observé plusieurs faits semblant démontrer que la neurasthénie est souvent liée à l'artériosclérose Ce qui prouve le bien fondé de cette assertion, c'est que, si l'on suit longtemps les neurasthéniques, on constate qu'ils finissent absolument comme les artérioscléreux, c'est-à-dire que la mort survient chez eux du fait de lésions viscérales organiques (néphrite, apoplexie, ramollissement).

Les cas de neurasthénie liés à l'artériosclérose peuvent se

diviser en deux classes; 1° ceux dans lesquels l'artériosclérose est évidente, grossière; 2° ceux beaucoup plus délicats où les symptômes d'artériosclérose ont besoin d'être recherchés. Ces derniers s'observent seulement chez les adultes et les jeunes gens; les premiers, au contraire, sont le privilège de la vieillesse.

La neurasthénie des artérioscléreux réclame un traitement spécial qui se confond avec celui de l'artériosclérose et qui donne d'excellents résultats.

Sur l'étiologie de la paralysie générale progressive.

M. Lagrange (Poitiers) expose le résultat des recherches qu'il a faites dans son service, au point de vue de l'étiologie de la paralysie générale. Sur un total de deux cent quatre-vingt-sept femmes admises, six étaient atteintes de paralysie générale : sur ce dernier nombre, une était syphilitique; une autre avait mené une existence des plus irrégulières; chez une troisième, qui était morte trois jours après son entrée, l'étiologie n'avait pu être décelée; enfin trois n'étaient assurément ni syphilitiques ni alcooliques.

Sur deux cent cinquante hommes admis, il y a eu vingt-cinq paralytiques : deux syphilitiques avérés; dix chez lesquels l'étiologie est restée douteuse; six ayant commis des accès alcooliques régulièrement, dont un n'ayant jamais bu que de l'eau-de-vie de vin irréprochable, et sept qui n'étaient ni alcooliques ni syphilitiques.

Enfin, M. Lagrange a observé dans sa clientèle un homme de quarante ans, qui avait l'habitude de commettre des excès vénériens depuis quinze ans et qui a contracté la syphilis, mais seulement lorsqu'il était déjà atteint de paralysie générale.

M. Régis. — Le fait qu'un paralytique général peut contracter la syphilis est un des arguments les plus puissants qui aient été opposés à la théorie syphilitique de la paralysie générale. A ce point de vue, l'observation de M. Lagrange est des plus intéressantes, mais c'est là un fait très rare, tout à fait exceptionnel. Il perd du reste un peu de son importance depuis que l'on connaît des exemples de réinfection syphilitique.

M. Ballet. — Si la syphilis est fréquemment la cause de la paralysie générale, elle ne l'est pas toujours; l'observation que vient de rapporter M. Lagrange le prouve une fois de plus. Quant aux faits de réinfection syphilitique, ils sont bien rares, si tant est qu'ils existent.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 *décembre* 1895.

Présidence de M. Empis.

M. Cadet de Gassicourt, secrétaire annuel, donne lecture de son Rapport général sur les prix.

M. Bergeron, secrétaire perpétuel, prononce l'**éloge de Gubler.**

Prix décernés :

Prix de l'Académie (1,000 francs). — Question : *Phénomènes circulatoires, thermiques et chimiques de la contraction des muscles striés.* — Prix à M. Tissot, étudiant en médecine, à Paris.

Prix Alvarenga de Piauhy (Brésil) (800 francs). — 1° Prix de 600 francs, M. le Dr E. Gourfein, médecin interne à la fondation Rothschild de Genève; 2° un encouragement de 200 fr. à MM. les Drs Sapelier et Villecourt, de Paris.

Prix Barbier (2,000 francs). — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde les encouragements suivants : 1° 500 francs à M. le Dr Legrain, de Bougie (Algérie); 2° 400 francs à MM. les Drs Sapelier et Villecourt, de Paris; 3° 300 francs à M. le Dr Goldschmidt, de Paris; 4° 300 francs à M. le Dr Martial Hublé, médecin-major de 2e classe à Nantes; 5° 250 francs à M. le Dr Galliard, de Paris; 6° 250 fr. à M. le Dr Lanaroff, de Noukha (Caucase).

Prix Henri Buignet (1,500 francs). — Prix à M. le Dr Chabrié, de Paris.

Prix Mathieu Bourceret (1,200 francs). — Il n'y a pas lieu de décerner le prix. Des encouragements sont accordés : 1° 600 francs à M. le Dr Léon Germe, d'Arras; 2° 300 francs à M. A. Mariau, médecin-major, à Brive (Corrèze); 3° 300 fr. à M. le Dr Henri Martin, de Paris.

Prix Adrien Buisson (10,500 francs). — Prix de 6,000 francs est décerné à M. le Dr Jarre, de Paris. L'Académie décerne en outre les récompenses suivantes : 1° 2,000 francs à M. le Dr Chervin, de Paris; 2° 1,000 francs à MM. les Drs Wurtz et Marcano, de Paris; 3° 500 francs à M. le Dr Galliard, de Paris; 4° 500 francs à M. le Dr Cristiani, privat-docent à l'Université de Genève; 5° 500 francs à M. le Dr Catrin, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Prix Chevillon (1,500 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Répin, de Paris.

Prix Daudet (1,000 francs). — L'Académie partage le prix entre M. le Dr Adolphe Combe, médecin à Lausanne et M. et Mme Cristiani, docteurs en médecine à Genève.

Prix Desportes (1,300 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique. L'Académie partage le prix entre M. le Dr Thibierge, de Paris, et M. le Dr Delorme, professeur au Val-de-Grâce. Des mentions honorables sont en outre accordées à M. le Dr Lyon, de Paris, et M. le Dr Thiercelin, de Paris.

Concours Vulfranc Gerdy. — L'Académie a versé en 1895 les sommes suivantes à MM. les stagiaires : 1° 3,250 francs à M. Ranglaret; 2° 3,250 francs à M. Leblanc; 3° 500 francs à M. Bernard; 4° 1,000 francs à M. Arthus.

Prix Ernest Godard (1,000 francs). — Prix à MM. les Drs Bertrand et Fontan. Mentions honorables : 1° M. le Dr Max Melchior, chef de clinique de chirurgie à l'hôpital Frédéric de Copenhague; 2° M. le Dr Jayle, de Paris.

Prix Huguier (3,000 francs). — Prix à MM. les Drs Stéphane Bonnet et Paul Petit, Paris.

Prix de l'hygiène de l'Enfance (1,000 francs). — Prix à M. le Dr René Millon, de Paris, mention honorable à M. le Dr Daniel Paterne, de Blois (Loir-et-Cher).

Prix Laborie (5,000 francs). — Prix de 2,500 francs à MM. les Drs Gouguenheim et Glover, de Paris; 1,500 francs à M. le Dr Chipault, de Paris; 500 francs à M. le Dr Reverdin, de Genève; 500 francs à M. le Dr Delbet, de Paris.

Prix Laennec (1,000 francs). — L'Académie ne décerne pas le prix, une récompense de 500 francs à M. le Dr Jacquemart, de Paris.

Prix Laval (1,000 francs). — Prix à M. Gauchery, étudiant en médecine de la Faculté de Paris.

Prix Louis (4,000 francs). — Prix de 3,000 francs à M. le Dr Briquet d'Armentières (Nord); récompense de 1,000 francs à MM. les Drs F. Henrijean et G. Corin, de Liège (Belgique).

Prix Mège (900 francs). — Le prix est décerné à MM. les Drs Weber et Blind, de Paris.

Prix Meynot (2,600 francs). — 1° 1,200 francs à MM. les Drs Terson et Cuénod, de Paris; 2° 600 francs à M. le Dr Demicheri, de Paris; 1° mention honorable avec une somme de 400 francs, à M. le Dr Morax; 2° mention honorable avec une somme de 400 francs, à MM. les Drs Macé de Lépinay et Nicati, de Marseille.

Prix Adolphe Monbinne (1,500 francs). — 1° Prix de 1,000 francs à M. le Dr Léon Petit, de Paris; 2° encouragement de 500 francs à M. le Dr Loir, directeur de l'Institut Pasteur à Tunis; 3° mention honorable à M. le Dr Mauclaire, de Paris.

Prix Oulmont (1,000 francs). — A M. Gouget, interne.

Prix Perron (3,800 francs). — Un prix de 1,800 francs à M. le Dr Sabouraud, de Paris; 600 francs à M. le Dr Londe, de Paris; 600 francs à M. le Dr Rénon, de Paris; 400 francs à M. le Dr Laskowski, professeur à la Faculté de Genève; 200 francs à M. le Dr Halipré, de Rouen; 200 francs à M. Vaudin, pharmacien à Fécamp; mention honorable à M. le Dr Perregaux, de Paris.

Prix Portal (600 francs). — L'Académie ne décerne pas le prix, récompense de 300 francs à M. le Dr G. Nepveu, professeur à l'Ecole de médecine de Marseille.

Prix Pourat (1,200 francs). — Le prix est à M. le Dr Lucien Camus, de Paris; mention honorable à M. et Mme Cristiani, docteurs en médecine à Genève.

Prix Philippe Ricord (600 francs). — Le prix est partagé entre M. le Dr P. Guiard, de Paris, et M. le Dr Jules Sottas, de Paris.

Prix Vernois (700 francs). — Prix partagé entre M. le Dr Blaise, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Montpellier, et M. le Dr Cartier, de Toulon. Mention honorable : 1° M. le Dr Ciaudo, de Nice ; 2° M. le Dr Legrand, médecin de 1re classe de la marine ; 3° M. Detroye, médecin-vétérinaire, inspecteur sanitaire de la Ville de Limoges; 4° le Dr Toulouse, de Paris.

Service des eaux minérales.

Médailles d'or à : M. le Dr Sénac-Lagrange, à Cauterets.
Médailles d'argent à : MM. les Drs Barbaud, à Luxeuil, et Rouillard, médecin de Villejuif, Bottey à Divonne, Censier, à Bagnoles-de-l'Orne, Duhourcau, à Cauterets, Lavergne, à Biarritz.
Rappels de médailles d'argent à : MM. les Drs Delastre, à Brides, Forestier, à Aix, Lavielle, à Dax, Marboux, à Contrexéville, Planche, médecin-inspecteur à Balaruc.
Médailles de bronze à : MM. les Drs Elevy, à Biarritz, Guéridaud, à St-Gervais, Guyenot, à Aix, Racine, à Luchon, Verdenal, aux Eaux-Chaudes.

Service des épidémies.

Médailles d'or à : MM. les Drs Bertin, de Nantes, Gibert, du Havre.
Rappels de médailles d'or à : MM. les Drs Blanquinque, de Laon, Chabenat, de la Châtre (Indre), Durand de Marseillan (Hérault), Fichot, à Nevers, Fiessenger, à Oyonnax (Ain), Legée, à Abbeville, Pennetier, de Rouen.
Médailles d'argent à : MM. les Drs Bernard (Francis), médecin-major de 2e classe, à Dijon, Delmas, médecin principal de 2e classe à Poitiers, Fournié (Henri), médecin-major de 1re classe, Guibert à Moncontour (C.-du-Nord), Jaubert (L.), médecin-major de 2e classe, à Mont-Dauphin (Hautes-Alpes), Lesueur, à Bernay (Eure), Magnant, de Gondrecourt (Meuse), Olivier, médecin-major de 2e classe à St-Etienne (Loire), Raynaud (Lucien), à Alger, Vergely, de Bordeaux.
Rappels de médailles d'argent à : MM. les Drs André, à Toulouse, Balestre, à Nice, Bastiou, à Lannion, Darbout, du Boucau (Basses-Pyrénées), Delahousse, médecin principal de l'armée à Limoges, Dubrulle (André), médecin-major de 1re classe au 23e régiment d'infanterie, Lacaze, à Montauban, Rousseau, à Vouziers, Tuefferd, de Montbéliard.
Médailles de bronze à : MM. les Drs André, de Péronne, Baratier, de Jeugny, Bascou, de Bouisse, Blusson, de Brive, Boquin, à Autun, Bouchereau, médecin-major de 2e classe, et E. Grasset, de Riom, Caron, de Dieppe, Cassedebat (P.-A.), médecin-major de 1re classe au 2e régiment de zouaves, Cerf-Mayer, de Brest, Chagnoleau, à Rochefort, Cordillot, médecin aide-major de 1re classe au 5e chasseurs d'Afrique, à Orléansville, De Ferry de la Bellonne, à Apt, De La Croix, à Lisieux, Descoings, à Angers, Dessaux, de Totes, Dignat, de Paris, Gaumé, de Quimper, Legros, de Rochefort-sur-Mer, Le Mouligou, de Quimperlé, Levassor, de Mortagne, Lévêque, de Montdidier, Marotte (Auguste), médecin aide-major de 1re classe, à Bourg, Martin-Durr, de Paris, Mignot, de Gannat, Morer, médecin-major de 1re classe, à Montpellier, Pépin, médecin, à Hénau-Bihen, Péradon, médecin-major aux hôpitaux de Tunisie, Rayer (Ch.), aux Andelys, Renard, médecin principal de 1re classe, Richer de Forges, de Morlaix, Salicetti, de Bastia, Thibaudet, de Saint-Claude, Trouillet, médecin-major de 1re classe au 2e d'artillerie.

Service de l'hygiène de l'enfance.

Médailles de vermeil, à MM. le Dr Barthès, à Caen, Rollet, à Bourg.
Rappel de Médaille de vermeil, à M. le Dr Denizet, à Château-Landon.
Médailles d'argent, à MM. Béretta, à Amiens, Dr Comby, médecin à l'hôpital Trousseau, à Paris, Edelga, à Draguignan, Dr Lehec, à Châtillon-sur-Indre, le Dr Mallet, à Saint-Quentin, le Dr Millon, de Paris, Rome, au Puy, le Dr Toussaint, médecin-major de 2e classe, à l'école Saint-Cyr, le Dr Trotignon, à Issoudun.
Rappel de médailles d'argent, à MM. les Drs Doumic, de Poissy (Seine-et-Oise), Gaudeffroy, à Vatan (Indre).
Médailles de bronze, à MM. les Drs Brallet, à Le Thillot (Vosges), Capelle, à Beaumetz-les-Cambrai (Pas-de-Calais), Delfau, à Bessèges (Gard), Le Beau, à Saint-Vit (Doubs), Nory, à Sainte-Suzanne (Mayenne), Pelvet, à Vire (Calvados).

Service de la vaccine.

Un prix de 1500 *francs*, partagé entre MM. Bolognesi, interne des hôpitaux de Paris, par moitié entre MM. le Dr J. Delobel, et P. Cozette, médecin vétérinaire, à Noyon (Oise), le Dr Léon Gauvry, à Bernay (Eure).
Médailles d'or, à MM. les Drs Ausset, médecin aide-major de l'armée, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille (Nord), Bergasse, médecin-major de 2e classe au 1er régiment de hussards, à Valence (Drôme), Cassedebat, médecin major de 1re classe au 2e régiment de zouaves, à Oran (Algérie), E. Maureau, médecin de seconde classe du corps de santé des colonies.
Plus *cent médailles d'argent*, à des vaccinateurs.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 6 *décembre* 1895.
Présidence de M. Cornil.

Hémorrhagies du foie et du cerveau chez une éclamptique.

M. Schwab présente le foie et le cerveau d'une femme morte d'éclampsie dans le service du docteur Maygrier, à Lariboisière. Cette femme, qui a eu deux attaques typiques d'éclampsie dans le service, est morte six heures après l'accouchement, avec des phénomènes d'anémie grave : respiration irrégulière, fréquente ; pouls petit, face exsangue ; sans que, cependant, il y eût d'hémorrhagie de la délivrance. Le foie, du poids de mille sept cents grammes, présentait les lésions macroscopiques typiques et très accusées des foies éclamptiques : taches hémorrhagiques très larges à la surface, surtout à la face inférieure, donnant une coloration lie de vin à tout le foie. Sur la coupe, taches et piqueté hémorrhagiques. L'hémisphère droit du cerveau présente une hémorrhagie non méningée au niveau du pli courbe et de la première circonvolution occipitale. Les reins sont congestionnés. L'utérus, le cœur, les poumons sont normaux.

Double perforation du crâne.

M. Pilliet montre un crâne qui est le siège d'une double perforation de la voûte sans retentissement sur la base. La lésion a été produite par une balle de revolver de calibre numéro neuf ; au point d'entrée la table externe a éclaté sur une large surface ; la table interne, au contraire, est coupée comme à l'emporte-pièce.

M. Pilliet rapporte un cas d'*hémorrhagie pelvienne consécutive probablement à une grossesse tubaire rompue dans le péritoine.*

Salpingite et cancer de l'utérus.

M. Pilliet présente un utérus cancéreux enlevé par M. Delaunay; une des trompes était très dilatée et remplie de liquide-muco purulent ; elle simulait pendant l'opération, à un tel point, une anse d'intestin grêle, que ce n'est qu'après de très longues tentatives qu'on se décida à en pratiquer l'ablation.

Rupture traumatique du pédicule vasculaire du rein.

M. Baron montre des pièces provenant d'un individu qui avait succombé à la suite d'un traumatisme abdominal et crânien ; on avait diagnostiqué la fracture du crâne ; mais malgré l'examen de l'abdomen, extrêmement météorisé et douloureux, on n'avait pu localiser de lésion viscérale nécessitant une laparotomie. Le malade mourut quinze heures

après l'accident ; à l'autopsie, outre la fracture du crâne et une fracture du côté, on trouva une rupture du pédicule vasculaire du rein gauche, l'uretère était intact, mais le rein était mobile dans une poche pleine de caillots, la capsule avait été détachée par l'hémorrhagie.

Incision d'un foyer de gangrène pulmonaire.

MM. Bonnet et **Desfosse** montrent le poumon d'un individu atteint de gangrène pulmonaire pour laquelle **M. Tuffier** a pratiqué la pleurotomie. La gangrène était survenue dans le décours d'une pneumonie franche ; à la suite de l'opération, la fièvre tomba et le malade fut très amélioré, mais le dixième jour après l'opération survint une hémorrhagie qui emporta le malade.

Fernand Besançon.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 7 décembre 1895.

Présidence de M. Chauveau.

Tuberculose aviaire.

MM. Roger, Gilbert et **Cadiot** ont récemment repris leurs expériences sur la tuberculose aviaire. Sur quarante-six poules inoculées avec de la tuberculose humaine, quatre devinrent tuberculeuses ; dans leurs expériences antérieures ils ont obtenu cinq succès sur quarante poules inoculées, soit en tout neuf poules devenues tuberculeuses sur les quatre-vingt-six mises en expérience. Il s'en suit donc que les inoculations de tuberculose humaine à des gallinacés, réussissent dans 10 0/0 des cas.

Le bacille tuberculeux de l'homme après son passage à travers l'organisme de la poule peut subir quelques modifications : tantôt il perd ses propriétés originelles et devient inactif chez les mammifères, tantôt il conserve ses propriétés originelles et devient en même temps aviaire, c'est-à-dire virulent pour les mammifères et les gallinacés à la fois ; tantôt enfin il garde ses propriétés originelles et reste inoffensif pour les gallinacés.

Ces expériences montrent donc que les différences entre le bacille de la tuberculose humaine et celui de la tuberculose aviaire sont contingentes et qu'ils sont deux races de la même espèce.

Ulcérations cornéennes dans l'ophthalmie purulente. Mode de propagation des microbes.

M. Kalt. — L'abcès parenchymateux et les ulcérations périphériques ou centrales de la cornée traduisent les deux formes d'infection de la cornée.

Les ulcérations centrales, forme la plus atténuée, se présentent sous l'aspect de perte de substance ovalaire, à extension souvent rapide.

L'examen anatomique m'a montré que dans des endroits non altérés, l'épithélium se laisse traverser par des microbes.

L'ulcération centrale large de trois millimètre n'intéressait que l'épithélium et la membrane de Bowman. Le parenchyme cornéen était infiltré de cellules jeunes sur une hauteur de un cinquième de son épaisseur et cette infiltration dépassait de un millimètre les bords de l'ulcération.

Le *Gram* montra les bords de l'épithélium soulevés par une masse énorme de cocci, qui s'étendait aussi loin que l'infiltration phagocytaire de la cornée. Dans le parenchyme cornéen aucun microbe n'était visible.

Il résulte de cette observation que les toxines du gonocoque rendent l'épithélium vulnérable aux staphylocoques sans perte de substance préalable et que dans les infections atténuées les microbes provoquent l'ulcération en s'insinuant entre l'épithélium et la membrane de Bowman.

Atténuation de la virulence des spores de l'aspergillus fumigatus dans les très vieilles cultures.

M. Rénon. — Si l'on prend des spores d'aspergillus fumigatus cultivées sur le même milieu et de même origine, mais d'âge différent (trois années dans nos expériences), et si on les réensemence, on voit les vieilles spores se développer beaucoup moins vite que les jeunes dans les mêmes milieux.

Cette lenteur d'évolution se retrouve dans l'organisme animal : les vieilles spores non réensemencées injectées aux lapins ne les tuent pas, alors qu'ils succombent à l'inoculation d'une même quantité de jeunes spores. La survie des animaux est due non pas à la mort de certaines spores des vieilles cultures, ce qui réduirait d'autant la dose active de spores injectées, mais bien à une atténuation véritable de leur virulence : toutes, en effet, se développent sur boîtes de Petri, mais moins rapidement que les jeunes spores. Ces résultats sont identiques à ceux obtenus par Ribbert et Hugemeyer pour l'aspergillus flavescens.

Les lapins qui avaient survécu étaient-ils vaccinés ? Tout ce que l'on peut dire, c'est qu'ils ont pour la plupart supporté sans dommage une injection d'une quantité énorme de spores virulentes que nous n'avions point encore osé donner à des animaux en voie d'immunisation depuis plusieurs mois.

Massage abdominal.

M. Stapfer a étudié sur des animaux les effets du massage abdominal et ses expériences l'ont conduit à admettre une influence directe de la circulation abdominale sur les mouvements du cœur.

En opérant sur des grenouilles, il a constaté que, lorsqu'on pratique le massage abdominal, on constate un accroissement de la diastole, quelquefois un arrêt du cœur en systole. En massant légèrement, le cœur diminue d'abord de volume, puis la diastole s'accuse très fortement ; si le massage est conduit d'une façon énergique, le cœur s'anémie, se tétanise. Ces faits sont très manifestes chez la grenouille, plus difficiles à constater chez les animaux plus volumineux.

Ces faits montrent l'influence qu'exerce sur le cœur l'état de la circulation abdominale. Au point de vue pratique, M. Stapfer pense que le massage abdominal léger peut servir pour combattre les lypothimies qui, contrairement aux syncopes, sont caractérisées par l'arrêt du cœur en systole.

Influence du travail intellectuel sur la respiration et la circulation.

M. Binet a fait une série d'expériences sur l'influence que le travail intellectuel de courte durée, accompagné ou non d'émotion, exerce sur la respiration et la circulation.

Il résulte des tracés sphygmographiques pris dans ces circonstances que la respiration devient moins ample, l'inspiration moins profonde, superficielle ; les pauses sont supprimées, puis au bout de quelques moments se produit une inspiration moins profonde suivie de reprise de la respiration normale.

Du côté de l'artère radiale on trouve au début une augmentation de la force, et vers la fin une augmentation de la rapidité des contractions du cœur. Enfin, du côté des capillaires, on trouve une dilatation suivie de descente du niveau.

Toxines et hérédité.

M. Morau a étudié sur des souris l'influence des inoculations de tumeurs sur l'hérédité. Il a constaté que la première lignée naît rachitique, malingre, mais reste apte aux inoculations ; dans la seconde lignée, c'est-à-dire chez les descendants de la première lignée, la gestation arrive rarement à terme (quinze avortements sur trente animaux), la mortinatalité est très élevée ; le nombre de petits de chaque portée diminué ; les malformations fréquentes ; de plus les individus de la deuxième lignée sont réfractaires aux inoculations.

M. Dastre fait une communication sur l'action des solutions alcooliques des ferments solubles.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 décembre 1895.

Présidence de M. Monod.

Fièvre et hémorrhagies intra-péritonéales.

M. Delorme revient sur le cas de laparotomie pour plaie de la rate, rapporté à la dernière séance par M. Peyrot.

L'individu avait eu avant de mourir une forte élévation de la température, que M. Quénu a rattachée à une hémorrhagie intra-péritonéale. Or, M. Delorme fait observer que d'après l'opinion classique, les hémorrhagies intra-péritonéales abaissent la température.

M. Quénu a vu dans certains cas, une hémorrhagie de moyenne abondance dans le péritoine provoquer une élévation de température.

M. Reynier a observé plusieurs cas d'hématocèle rétro-utérine, d'épanchement d'un peu de sang dans le péritoine, dans la plèvre et même dans les séreuses articulaires, donne de la fièvre et cela sans trace de purulence ni d'infection. L'hémorrhagie dans ces cas, était absolument aseptique ainsi que cela a été vérifié par M. Broca pour un hémothorax (voy. *Gazette*, 1892,

M. Quénu cite un cas dans lequel une hémarthrose du genou a donné lieu à une forte fièvre. Le liquide retiré est resté absolument stérile.

M. Pozzi a observé plusieurs fois dans les épanchements intra-péritonéaux ou intra-ligamentaires des élévations notables de la température sans trace d'infection. Il est intervenu dans ces cas craignant la suppuration, et n'a pas trouvé trace de pus.

Pour M. Pozzi, il s'agirait probablement dans ces faits d'une sorte de résorption de substances chimiques thermogènes contenues dans le sang. Ces faits ont du reste été étudiés très complètement par M. Poncet.

M. Quénu pense que dans ces faits, il s'agit moins de résorption que de phénomènes réflexes.

M. Bazy rapporte un cas d'hémarthrose du genou, où le lendemain d'une ponction aussi propre que possible, il y eut de la fièvre. Il fit une arthrotomie et le sang cultivé resta stérile. Les choses se passèrent exactement de la même façon dans un autre cas, de vaste épanchement de la cuisse et de la paroi abdominale.

M. Routier pense que dans tous ces faits, il y a deux choses à considérer : d'abord l'irruption brusque de sang dans la séreuse et ensuite la résorption de ce sang. Il se demande donc si la fièvre n'indique pas précisément la résorption du sang.

M. Michaux croit que dans la fièvre qui survient dans les épanchements traumatiques il y a transformation septique de l'épanchement. Les résultats négatifs fournis par la culture du liquide épanché tiennent peut être à une erreur de technique.

M. Lucas-Championnière considère la fièvre comme le résultat de l'irritation de la séreuse, d'une part, la résorption du sang d'autre part. Il peut donc y avoir fièvre sans septicémie, autrement dit, la fièvre traumatique existe, sans infection. La fièvre peut donc ne pas toujours être une indication à l'intervention.

M. Kirmisson fait remarquer que dans les traumatismes cérébraux, on peut observer de la fièvre sans aucune espèce d'infection.

Chirurgie du poumon.

M. Segond qui a eu l'occasion d'intervenir dans cinq cas dont trois d'abcès interlobaires, pense que l'auscultation et la percussion médicales ont une très grande valeur pour indiquer au chirurgien le siège de la lésion pulmonaire. Quelquefois l'examen médical est infidèle, mais il faut toujours y avoir recours.

M. Delorme croit qu'il faut distinguer entre le pneumothorax chirurgical et le pneumothorax traumatique, le premier moins grave que le second, en raison des adhérences qui fixent ordinairement le poumon.

Dans les opérations sur le poumon, avec une plèvre saine on peut donc prévenir ou limiter le pneumothorax produit par l'incision de la plèvre, en fixant le poumon à la plèvre pariétale par des points de suture. Quand le poumon est ainsi fixé, après l'incision de la plèvre, d'une part le pneumothorax sera limité, et d'autre part l'écoulement de pus dans la plèvre sera évité en grande partie.

M. Poirier a fait une fois cette fixation du poumon pour ouvrir un foyer pulmonaire. Le procédé en question est excellent.

M. Segond fait remarquer que la suture pleuro-pulmonaire a été préconisée depuis longtemps par Israël pour son procédé d'opérations transpleurales des kystes du foie.

M. Monod. — Voy. p. 589.

M. Terrier est intervenu dans deux cas. Dans un cas il a eu affaire à un abcès pulmonaire provenant sans doute du foie. M. Bouchard, qui avait vu le malade, avait diagnostiqué à peu près le siège de la lésion. Une ponction avec le trocart ayant donné issue à du pus, M. Terrier réséqua deux cartilages costaux, fit la pneumotomie au bistouri et tomba dans une cavité. La guérison a été lente à se faire; il y a eu des hémorrhagies dans la poche avec hémoptysies. De temps en temps aussi il y a eu des accidents inflammatoires. Mais le malade finit par guérir au bout de trois ou quatre mois.

Dans un autre cas, où il s'agit d'un médecin des colonies ayant eu un abcès hépatique, compliqué de vomique, le siège de l'abcès fut déterminé par l'auscultation.

On incisa cet abcès pulmonaire, après résection costale. Après l'incision de l'abcès, il survint les mêmes accidents que chez le premier malade. Maintenant le malade va à peu près bien.

M. Michaux présente une femme opérée, il y a deux ans et huit mois d'une hystérectomie par la voie sacrée, pour un cancer de l'utérus.

M. Marchand présente un malade opéré d'un anévrysme poplité par la ligature.

M. Ferrand présente un malade atteint d'une volumineuse tumeur de la cuisse. Le diagnostic est hésitant entre un fibro lipome et un fibro-sarcome.

M. Rochard présente un malade opéré d'un pied bot traité par l'ablation du scaphoïde, du cuboïde, de l'astragale et de la partie antérieure du calcaneum.

M. Routier présente un fibrome du vagin venant de la paroi inférieure de l'urètre,

---

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 6 *décembre* 1895.

Présidence de M. Hayem.

Mille six cents grammes de sous-nitrate de bismuth en quatre-vingts jours.

M. A. Mathieu rapporte l'observation d'un malade hyperchlorhydrique hypersécréteur à qui il prescrivait quinze grammes de sous-nitrate de bismuth le matin et cinq grammes le soir. Il prenait de plus un demi-milligramme de sulfate d'atropine. Ce traitement fut suivi pendant l'absence de M. Mathieu en juillet et en août, soit durant quatre-vingts jours environ, et le malade prit pendant ce temps environ mille six cents grammes de sous-nitrate de bismuth.

Cette dose n'avait produit aucune altération sur l'état général. Le malade avait depuis longtemps de la gingivite et de la stomatite qui ne semblaient pas avoir été aggravées. Il n'y avait pas de tatouage des joues. Mais on observa de la pigmentation de la face comme dans le masque de la grossesse et qui tend à disparaître depuis la cessation du traitement.

Cette énorme dose de bismuth ne produisit qu'une constipation relative, et ne modifia pas sensiblement le fonctionnement de l'estomac, dont le chymisme après ce traitement se montra analogue à ce qu'il était auparavant. Il en fut de même de la motricité démontrée par l'absorption d'huile émulsionnée ajoutée au repas d'Ewald.

M. Hayem. — Cette observation confirme ce que j'ai observée au sujet de l'emploi interne du sous-nitrate de bismuth. A doses élevées, c'est un bon médicament dans les dyspepsies douloureuses, bien préférable au bicarbonate de soude qui entretient le mal. Mais il est certain qu'il n'a aucune action sur le chymisme stomacal.

M. Mathieu. — L'emploi du sulfate d'atropine donné à haute dose (un milligramme et demi pendant deux ou trois semaines) m'a donné de bons résultats dans les dyspepsies douloureuses. Toujours les douleurs ont été atténuées; chez beaucoup il y a eu diminution de l'hypersécrétion et de l'hyperchlorhydrie. C'est en tout cas un médicament à étudier.

Dissociation segmentaire du myocarde dans un cas de « cœur forcé ».

MM. Chauffard et son interne **F. Ramond** présentent des coupes de dissociation segmentaire du myocarde dans un cas de cœur forcé. Le malade, coureur professionnel de dix-neuf ans seulement, fut pris d'accidents adynamiques à la suite d'une marche forcée de trente kilomètres environ : la respiration était embarrassée, le cœur ne laissait percevoir que des battements très faibles, mais très rapides. Il y avait une anurie complète; la température était de 40°. Admis dans le service de M. le docteur Chauffard, il succomba six heures après son entrée. A l'examen microscopique du cœur, on trouva des lésions indiscutables de dissociation segmentaire; la fibre semblait se rompre dans sa continuité ou au niveau du ciment intercellulaire. Il y avait, en outre, une hémorrhagie interstitielle aidant à la dissociation et de nombreuses petites granulations graisseuses dans le corps de la cellule. Il semble que le malade ait succombé à une auto-intoxication suraiguë, produite par une désassimilation intense, et l'accumulation de toxines, que les reins ou le foie n'ont d'ailleurs pas éliminées. Il est à se demander dans le cas actuel si ces toxines n'ont pas joué à l'égard du myocarde le même rôle que les poisons microbiens de la dothiénentérie ou de la variole, par exemple, facteurs importants de dissociation segmentaire.

Epithélioma lobulé du foie et des os dans l'ostéomalacie.

M. Hanot. — Voici une observation concernant une malade morte, il y a deux ans, dans mon service à la suite d'une ostéomalacie survenue à vingt-deux ans après une deuxième grossesse. A l'autopsie, nous trouvâmes un épithélioma lobulé du foie; et l'examen des os montra une généralisation de la même tumeur à tout le système osseux, avec prédominance au sacrum et aux os iliaques.

En 1874, j'ai étudié un autre cas d'ostéomalacie qui était due à des lésions syphilitiques généralisées à tout le système osseux.

On ne peut tirer des conclusions fermes de ces faits, mais on peut penser que le cancer et la syphilis peuvent intervenir comme facteur étiologique de l'ostéomalacie.

M. Widal (Fernand) dit qu'il étudie en ce moment les pièces d'une malade ostéomalacique qui ne présente ni cancer ni syphilis.

Ulcération sublinguale et subglossite diphthéroïde indépendante de la coqueluche.

M. Comby. — L'ulcération sublinguale, considérée comme propre à la coqueluche, peut s'observer en dehors de celle-ci chez des enfants ne toussant que peu ou pas. J'en ai déjà publié un cas chez une enfant qui avait les incisives inférieures très tranchantes. Je viens d'observer le même fait chez un garçon de neuf mois chez qui il s'agit en réalité non d'une ulcération, mais d'une saillie sèche, diphthéroïde, dure, non saignante. Le traumatisme répété et habituel par les dents joue donc un grand rôle dans la production de cette *callosité* que j'appellerai *subglossite diphthéroïde*.

Des faits semblables ont été publiés par Brun et Letulle, et en Italie sous le nom de *maladie de Riga*, *aphte cachectique de Cardarelli*, etc. On a voulu en faire une manifestation d'un état infectieux, parce qu'on la rencontrait souvent chez les cachectiques et les atreptiques. Mais en réalité il ne s'agit que d'une lésion purement locale, due au frottement de la langue sur les incisives.

En résumé, en dehors de la coqueluche on peut observer :

1. Une *ulcération sublinguale* chez les enfants qui toussent ou qui ont toussé;
2. Une *subglossite diphthéroïde* (maladie de Riga) chez les enfants non tousseurs, mais qui, par suite des mouvements de la langue, irritent le frein sur les incisives.

Dans tous les cas, c'est une lésion sans gravité.

Mort subite au cours du rétrécissement mitral.

M. Huchard. — Je présente les pièces d'une malade qui a succombé dans mon service à des accidents de mort subite due à une asphyxie blanche. Elle avait déjà été soignée quelque temps auparavant pour une dyspnée assez intense, et on avait constaté l'existence d'un rétrécissement mitral pur non rhumatismal. Je pensai qu'il s'agissait d'une mort subite due à une thrombose cardiaque, accident déjà signalé par Stoker comme fréquent dans le rétrécissement mitral, et je me basais pour cela sur trois symptômes : la dyspnée excessive, la dilatation considérable de l'oreillotte gauche, l'arythmie.

L'autopsie confirma ce diagnostic. L'orifice était rétréci par un bourrelet d'endocardite existant sur la face *auriculaire* de la valvule mitrale et il existait un caillot *en grelot* dans l'oreillette gauche, lequel avait oblitéré l'orifice auriculoventriculaire déjà rétréci. Il existait également une insuffisance aortique, mais qui ne peut expliquer la mort, puisque celle-ci s'est faite non par *syncope* mais par *asphyxie blanche*.

Je crois pour ma part d'ailleurs que la mort subite est très rare dans l'insuffisance aortique d'origine endocarditique, qu'elle n'appartient guère qu'à l'insuffisance aortique d'origine artérielle.

Ce fait vient aussi à l'appui de l'importance des thromboses auriculaires dans le rétrécissement mitral, et qu'on peut soupçonner lorsqu'on rencontre : de l'augmentation de la matité auriculaire, des battements de l'oreillette, de l'arythmie, de la tachycardie, des troubles dyspnéiques graves sans congestion ou œdème du poumon.

M. Hayem. — La formation de ce caillot a été favorisée par les végétations endocardiaques. Le thrombus rentre dans la catégorie des caillots que j'ai appelés caillots *par battage ou hématoblastiques*.

Déformation thoracique en taille de guêpe de certaines myopathiques.

M. P. Marie. — J'ai déjà rencontré cette déformation dans trois cas de myopathie progressive. Elle est caractérisée par une inclinaison plus grande des côtes et par un amincissement très considérable de la partie inférieure du thorax. L'atrophie des muscles contribue également à cette déformation.

SOCIÉTÉ D'OPHTHALMOLOGIE

Séance du 3 décembre 1895.

Iritis syphilitique.

M. O. de Spéville fait la présentation d'une malade âgée de vingt-six ans et atteinte d'une affection de l'iris.

L'œil droit malade a la pupille large, irrégulière, avec des troubles de la chambre antérieure et une kératite ponctuée et l'iris renferme trois tumeurs, une grosse et deux petites. Or, on sait que le tubercule siège de préférence vers le bord adhérent de l'iris, est jaunâtre, parfois teinté de rose par suite du développement d'un fin réseau vasculaire à sa surface; le condylome, au contraire, apparaît vers le bord libre, a un aspect velouté, brunâtre. En poussant l'examen plus loin, on ne trouve rien de particulier dans les antécédents héréditaires, mais les antécédents personnels montrent que la malade a contracté, il y a un an, la syphilis, suivie de son cortège habituel de symptômes secondaires. Les poumons paraissent sains.

Les antécédents plaident donc en faveur de condylomes spécifiques de l'iris.

On commence le traitement par les injections sous-conjonctivales de sublimé et une injection de une division de la seringue de Pravaz, contenant une solution au millième, est faite le 23 octobre. Au bout de la troisième injection, les néoplasmes ont diminué de volume et il y a un éclaircissement notable de la chambre antérieure de l'œil. Il est à remar-

quer que l'œil gauche, indemne jusque-là, commence à se troubler le 8 novembre, au milieu du traitement général et alors que l'autre œil était en bonne voie d'amélioration, il se forme une gomme avec injection forte de la sclérotique.

L'évolution, l'aspect, la coloration plaident dans le cas particulier en faveur de la tuberculose et cependant le doute n'est pas possible, avec les antécédents, les tumeurs sont syphilitiques.

M. O. de Spéville tire les conclusions suivantes de son observation :

Les condylomes spécifiques de l'iris siègent au niveau de son bord adhérent comme de son bord libre.

Ils peuvent évoluer sans douleur et s'accompagner d'hypopyon, avoir une coloration jaunâtre au début et plus tard brunâtre.

M. Terson croit qu'il y a parfois une véritable évolution cyclique dans la marche de ces néoplasmes, malgré le traitement, et cite aussi un cas où l'affection irienne guérit rapidement d'un côté par les injections hypodermiques de biiodure alors que des gommes se montrèrent dans l'autre œil.

M. Vignes n'oserait pas affirmer aussi catégoriquement le diagnostic de gomme spécifique, et cite le cas de M. de Wecker où l'on pensait à la syphilis et où l'examen de la tumeur enlevée fit constater la présence de bacilles de Koch.

M. Parent approuve ces réserves, mais dans le cas particulier, pense qu'il n'y a pas d'hésitation à avoir et que ces gommes sont réellement spécifiques ; il s'étonne aussi qu'on emploie les injections sous-conjonctivales dans lesquelles l'œil réagit si fortement.

M. Parinaud pense que, dans la plupart des cas, le diagnostic peut se faire, surtout quand on connaît les antécédents. Quant aux gommes tuberculeuses de l'iris, elles peuvent disparaître spontanément et il en a vu se fondre pour ainsi dire sous son observation, au bout d'un certain temps.

M. Darier dit que les injections sous-conjonctivales bien employées ne donnent pas beaucoup de réaction et dans les iritis intenses, fait parfois des injections dans le tissu cellulaire de l'orbite.

Leucome et colobome.

M. Chevallereau présente une jeune malade de dix ans, dont l'œil gauche est atteint d'une leucome adhérent avec colobome de la partie interne et inférieure de l'iris, ressemblant à une iridectomie. La malade n'a pas d'antécédents pathologiques et les parents affirment que les yeux de leur enfant n'ont jamais été malades. En conséquence M. Chevallereau croit à une malformation congénitale de l'iris, à forme rare.

MM. Parent et **Rochon-Duvigneaud** ne partagent pas cet avis et disent qu'il est difficile d'admettre une lésion congénitale; ils pensent qu'il s'agit d'une maladie ou d'un accident du jeune âge.

Dr Wuillomenet

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 25 *novembre* 1895.

Les affections du cœur dans la tuberculose.

M. Leyden. — Les lésions du cœur que l'on peut observer chez les tuberculeux sont la péricardite, les déplacements du cœur, l'augmentation de la zone de matité, les souffles, les irrégularités dans les contractions, la tachycardie, cette dernière pouvant quelquefois se terminer par la mort subite. La petitesse relative du cœur est presque constante chez les tuberculeux, et l'on sait que d'après Rokitansky elle serait même la cause de la tuberculose pulmonaire.

Le myocarde est assez fréquemment atteint ; tantôt, on y trouve des tubercules miliaires, tantôt les lésions que l'on constate sont celles de la dégénérescence graisseuse ou de la fragmentation.

Bien plus importantes en l'espèce sont les lésions de l'endocarde. On ne sait pas encore si dans ces cas l'endocardite est produite directement par des bactéries ou par les toxines. Personnellement M. Leyden croit à l'action directe des bactéries.

Le plus souvent l'endocardite est produite chez les tuberculeux par d'autres bactéries que le bacille tuberculeux. Mais dans certains cas, et M. Leyden en a observé trois cas, on trouve dans l'endocarde de bacilles tuberculeux. Dans ce cas les bacilles étaient inclus dans des cellules ; aussi M. Leyden se demande si ces cellules migratrices ne serviraient pas de véhicule aux bacilles et si ce n'est pas par un mécanisme analogue que les pneumonies fibrineuses deviendraient caséeuses, tuberculeuses.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 27 *novembre* 1895.

Acromégalie.

M. Mendel rapporte l'observation d'une femme de vingt-cinq ans, sans antécédents héréditaires particuliers. Il y a dix ans; elle a constaté que son cou augmentait de volume et ce commencement de goître traité par l'iodure de potassium est resté stationnaire. Elle a été réglée pour la première fois à l'âge de seize ans, et la menstruation resta régulière jusqu'à l'âge de vingt-trois ans quand les règles se supprimèrent et ne revinrent plus dans la suite. Cette suppression de règles avait coïncidé avec une céphalalgie très vive, de l'hémianopsie bitemporale et de l'abolition des réflexes rotuliens.

Il y a à peu près six mois, la malade avait remarqué que ses mains et ses pieds augmentaient de volume. C'est à ce moment que M. Mendel vit la malade pour la première fois et en l'examinant il trouva une hémianopsie bitemporale, l'abolition des réflexes rotuliens, une augmentation du volume des arcades sourcilières et des pommettes, une augmentation de la mâchoire inférieure, des lèvres, des pieds et des mains. La bouche ne pouvait plus être fermée et les dents inférieures dépassaient les supérieures. Au cou on trouvait un goître très léger. L'état général était des plus satisfaisants.

La présence de l'hémianopsie bitemporale devait déjà, d'après M. Mendel, faire penser à une lésion du corps pituitaire, et cette hypothèse devenait d'autant plus probable que la malade présentait des signes caractéristiques de l'acromégalie où la lésion de la glande pituitaire a été fréquemment constatée à l'autopsie.

Cette malade a été d'abord traitée par des tablettes thyroïdiennes, mais la médication n'eut aucune prise sur les symptômes. Aussi M. Mendel a-t-il abandonné l'extrait thyroïdien pour les glandes pituitaires de mouton, dont la malade prend tous les jours, un gramme environ. Depuis quinze jours que la malade suit ce traitement il est survenu une légère amélioration dans son état : elle peut fermer la bouche et les réflexes rotuliens ont reparu du côté gauche.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE HAMBOURG

Séance du 19 *novembre* 1895.

Myxœdème idiopathique.

M. Ratjen rapporte l'observation d'une femme de cinquante-neuf ans, de souche tuberculeuse, qui à la suite de plusieurs attaques d'influenza, puis d'un érysipèle se mit à engraisser d'une façon considérable. La malade fut longtemps traitée pour une obésité mais sans le moindre succès.

En juillet 1895 elle vint consulter M. Ratjen, qui en l'examinant trouva les signes du myxœdème idiopathique ; faiblesse générale, dépression psychique, tuméfaction de la peau et des muqueuses, légère albuminurie, absence de transpira-

tion, etc. L'exploration du cou ne permettait pas de découvrir la présence de la glande thyroïde.

La malade fut soumise au traitement par les tablettes thyroïdiennes, une à deux tablettes de trente centigrammes par jour, et au bout de quinze jours on pouvait déjà noter une amélioration considérable : la malade avait maigri de cinquante-quatre livres, l'albumine disparut de l'urine, l'état général s'améliora. Le traitement fut donc continué et actuellement la malade peut être considérée comme guérie.

M. Jessen cite l'opinion des auteurs français et allemands, d'après lesquels les fonctions de la glande thyroïde consisteraient à détruire les poisons formés dans l'organisme, et se demandent si certains troubles attribués à des lésions des nerfs trophiques, ne relèveraient pas d'une auto-intoxication.

M. Arning a essayé le traitement thyroïdien dans un cas de sclérodermie. L'échec fut complet : le traitement a été mal supporté et a provoqué une chute des cheveux.

M. Ratjen fait observer que la plupart des auteurs ont constaté, au contraire, que sous l'influence du traitement thyroïdien les cheveux repoussent.

M. Sænger a aussi observé de la chute des cheveux chez un malade soumis au traitement thyroïdien. Ce traitement a échoué dans ses mains chez les diabétiques et donne des résultats peu appréciables chez les obèses. Il a réussi par contre dans un cas de goître simple.

M. Kümmel a observé des phénomènes d'intoxication grave chez un garçon de dix-sept ans traité pour un goître, par des tablettes thyroïdiennes. Quant à l'influence du traitement thyroïdien sur la chute des cheveux. M. Kümmel cite une observation fort curieuse d'Eiselsberg. Dans ce cas, *avant* le traitement thyroïdien on avait noté la chute des cheveux de la tête et l'apparition de poils nombreux sur les bras et le thorax ; *après* le traitement les cheveux repoussèrent sur la tête tandis que les poils qui existaient sur les bras et le thorax, tombèrent.

M. Unna a constamment échoué avec le traitement thyroïdien dans le psoriasis, la sclérodermie et l'acromégalie. Il pense donc que l'extrait thyroïdien n'agit que sur le tissu sous-cutané.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE L'HOPITAL DE LA « CHARITÉ » DE BERLIN

Séance du 21 novembre 1895.

Empyème de la vésicule biliaire.

M. Tilmann. — Il s'agit d'une femme de cinquante-trois ans ordinairement bien portante qui, il y a deux ans, a été prise de douleurs dans l'hypochondre droit. Les douleurs revenaient de temps en temps et étaient caractérisées par leur grande violence.

L'examen de la malade permit de constater l'existence d'une tuméfaction extrêmement douloureuse dans la région de la vésicule. Le diagnostic n'était pas difficile dans l'espèce, car l'aspect général de la malade excluait toute idée de cancer qui forcément aurait dû amener un amaigrissement considérable depuis deux ans que l'affection durait. D'un autre côté, la sensibilité excessive de la tumeur, les douleurs très vives dont elle était le siège et enfin l'existence d'un mouvement fébrile permettait d'affirmer qu'il s'agissait d'une cholécystite suppurée.

La laparotomie exploratrice montra, en effet, qu'il s'agissait de la vésicule biliaire distendue par du liquide. La vésicule était entourée de toutes parts d'adhérences solides et difficile à aborder. Il fallait donc renoncer à la cholécystectomie puisque le décollement de la vésicule était impossible, et à la cholécystotomie idéale, puisque la vésicule contenait du pus. On se décida donc pour la cholécystostomie en deux temps. Mais à cause de la situation profonde de la vésicule la suture a présenté des difficultés considérables, si bien qu'à un moment donné la vésicule se rompit et la cavité abdominale fut inondée de pus et de granulations brunâtres. On essaya d'appliquer une pince sur la déchirure, mais le tissu cystique était tellement friable que l'occlusion n'a pu se faire qu'avec les doigts d'un aide. Le péritoine fut donc nettoyé tant bien que mal, puis la friabilité des parois de la vésicule rendant toute suture impossible, on se contenta de tamponner et de drainer la plaie et la vésicule avec de la gaze iodoforme.

Les suites opératoires furent simples et malgré la pénétration du pus dans la cavité abdominale la malade n'eut pas de fièvre. Pendant quelques jours, l'écoulement restait purulent ; il devint ensuite bilieux et finalement muco-séreux. Pour obtenir la rétraction de la vésicule on a encore enlevé toute sa muqueuse à la curette, et la malade guérit en conservant toutefois deux fistules qui, de temps en temps, donnent issue à un peu de liquide muco-séreux.

L'examen microscopique du pus montra la présence du coli-bacille ; les cultures restèrent pourtant stériles, et c'est à ce fait que M. Tillman attribue l'absence des complications malgré la pénétration du pus dans le péritoine.

Diagnostic bactérien de la fièvre typhoïde.

M. Elsner a fait une série de recherches pour trouver un milieu de culture permettant d'obtenir rapidement le diagnostic bactérologique de la fièvre typhoïde par l'ensemencement des matières fécales des typhiques. Il a pu enfin trouver un milieu nutritif contenant une certaine proportion d'iodure de potassium et sur lequel ne cultivent que le coli-bacille et le bacille de la fièvre typhoïde. Les colonies se développent déjà au bout de quarante-huit heures. Dans le microscope les colonies de coli-bacilles forment des points brunâtres tandis que les colonies typhiques se présentent sous forme de points clairs, transparents. Le diagnostic différentiel est donc facile à faire.

M. Brieger cite plusieurs cas où le diagnostic a pu être fait par les cultures sur le milieu d'Elsner.

Dans un cas, il s'agissait d'un homme qui depuis quatre jours avait de l'abattement, une constipation opiniâtre et une fièvre de 38°5-39°. L'examen de ses selles permit de découvrir le bacille typhoïque et dans la suite le malade eut une fièvre typhoïde des plus classiques.

D'une façon générale on trouve des bacilles typhiques dans les matières fécales tant que dure la fièvre, ils disparaissent pendant la convalescence. Mais s'ils persistent, comme cela s'est présenté dans plusieurs cas, il survient une récidive.

AUTRICHE

Colopexie pour prolapsus du rectum.

M. J. Bogdanik, dans le n° 48 de la *Wiener med. Presse* (p. 1823), revendique la priorité de cette opération qu'il a pratiquée le 10 mai 1894, après en avoir parlé le 21 avril à la Société allemande de chirurgie. M. Idzinski, en effet, attribue cette priorité à Hutchinson, d'après une phrase imprimée, sans sources, par Hueter en 1890. M. J. Bogdanik se refuse à accorder une valeur réelle à cette mention sans preuves, et il n'a pas tort ; et il ajoute que depuis, il a lu le résumé d'une observation pratiquée par A. Boiffin de Nantes, le 26 mai 1894, donc, postérieurement à la sienne. Toutes réserves faites sur l'opération de Hutchinson, les renseignements bibliographiques suivants mettront peut-être d'accord MM. Bogdanik et Idzinski. La colopexie pour prolapsus a été pratiquée le 6 février 1889 par Jeannel (Toulouse) ; rapport par Verneuil, *Acad. de méd. de Paris*, 8 octobre 1890 ; études par A. Broca, *Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 1er nov. 1889 ; par Gross, *Sem. méd.*, 12 février 1890 ; discussion à la Société de chirurgie en 1889 ; thèse de Lyot, Paris, 1890. Nous ignorons comme M. Bogdanik, si la paternité d'Hutchinson est réelle, mais nous savons qu'avant 1894, des recueils de quelque notoriété avaient mentionné la colopexie.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud, imp.

N° 51 — 18 DÉCEMBRE 1895 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 18 au 27 décembre 1895.

Mercredi 18. — M. Issaly. Contribution à l'étude de la syphilis à la campagne, son traitement, ses modes d'introduction et de transmission. — M. Charalambieff. Etude sur le traitement de la cystite blennorrhagique aiguë de l'homme. — M. Sarrot. Cure radicale de l'hydrocèle. Indications opératoires et résultats éloignés.

Jeudi 19. — M. Coronudo. Contribution à l'étude du délire pneumonique. — M. Baudry. Contribution à l'étude clinique des paralysies dans la fièvre typhoïde. — M. Lucas. De l'empoisonnement par l'hydrogène arsénié. — M. Fournier. De la valeur séméiologique du tremblement de la langue dans la paralysie générale. — M. Leseur. Contribution à l'étude de l'affection dite des foins. — M. Rauline. De l'influence des bains froids sur le cycle de la pneumonie franche chez les enfants. — M. Hubrecht. L'antipyrine dans la chorée de Sydenham. — M. Péron. Recherches anatomiques et expérimentales sur les tuberculoses de la plèvre. — M. Marie. Recherches sur la question du cancer. — M. Brody de Lamotte. De l'alcoolisme dans le délire chronique à évolution systématique. Diagnostic différentiel du délire des persécutions et de persécutions chez les alcooliques. — M. Bourdais. De la sensibilité subjective et objective dans la paraplégie spinale syphilitique. — M. Herman. Sur une forme d'hermatémise nerveuse considérée comme caractéristique de l'hystérie. — M. Bosredon. De la valeur thérapeutique des injections sous-cutanées de phosphate de soude.

Lundi 23. — M. Catuneanu. Contribution à l'étude du diagnostic de la grossesse au début (signe d'Hégar). — M. Moissonnier. Des injections sous conjonctivales de sublimé en thérapeutique oculaire. — M. Durville. L'hygroma de la bourse séreuse du psoas. — M. Francoupolo. La gangrène totale du pied par congélation et son traitement opératoire.

Jeudi 26. — M. Noblet. Du méningisme syndrome de E. Dupré. — M. Gardé. Effets physiologiques de l'électricité. Mort apparente. Rappel à la vie. — M. Gatay. Phlébite rhumatismale. — M. Baron. De l'ictère catarrhal chez les enfants. — M. Debains. Conduite à tenir dans l'avortement ovulaire et embryonnaire. — M. Martin. Des kystes du canal thyro-lingual. (Contribution à l'étude des affections congénitales de la langue et du cou). — M. Ortéga. Etude sur l'empyème des sinus frontaux.

AVIS IMPORTANT. — Réduction du prix d'abonnement.

Notre édition du **Samedi** et notre édition du **Mercredi** paraîtront, à partir du 1er janvier 1896, sous le même titre de GAZETTE HEBDOMADAIRE et auront une même pagination continue. Les abonnements seront reçus soit pour deux éditions soit pour une édition seule, et ce aux conditions suivantes :

Abonnement aux deux Editions { France... Un an : 8 fr. ; Etranger. » 11 fr. | Abonnement à une Edition seule { France... Un an : 5 fr. ; Etranger. » 7 fr.

La **Gazette Hebdomadaire** s'est assuré le concours de M. CH. ACHARD, agrégé, médecin des hôpitaux et paraîtra sous la direction scientifique de MM. L. LEREBOULLET, CH. ACHARD, A. BROCA.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les toxines microbiennes. Contribution à l'étude de leur action physiologique, par le Dr JULES ARTAUD. Paris, J.-B. Baillière et fils, édit., 1895. Un vol. gr. in-8° de 142 pages. 3 fr. 50.

La sérothérapie. Mode d'emploi. Résultats cliniques, par le Dr P. PATET. Paris, J.-B. Baillière et fils édit., 1895. Un vol. gr. in-8° de 104 pages. 2 fr. 50.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Excès de volume de la tête fœtale, Basiotripsie, communication à la Société de Gynécologie de Bordeaux, par M. le Dr Chambrelent.

Il y a quelques jours j'étais appelé par un de nos confrères auprès d'une de ses clientes chez laquelle il avait déjà tenté deux applications de forceps sans résultats.

Il s'agissait d'une primipare, âgée de trente-huit ans, arrivée au terme de sa grossesse. Les douleurs de l'accouchement avaient commencé la veille, une sage-femme avait d'abord été appelée, mais voyant que le travail se prolongeait au delà du temps habituel elle avait fait intervenir le médecin du quartier.

A son arrivée, celui-ci ayant constaté une dilatation complète, une présentation du sommet et la présence dans l'utérus d'un enfant vivant, s'était mis en devoir de faire une application de forceps, mais à son grand étonnement, malgré des tractions énergiques et prolongées, la tête ne descendait pas et restait toujours à la même hauteur dans l'excavation.

Après avoir attendu un certain temps, il fit une nouvelle application de forceps, mais il ne fut pas plus heureux; c'est dans ces conditions qu'il me priait d'intervenir par une céphalotripsie.

A mon arrivée auprès de la parturiente, que je trouvais fatiguée, mais dans un état général assez satisfaisant, je m'enquis d'abord de l'état du fœtus, les battements s'entendaient très nettement un peu au-dessous de l'ombilic.

Le toucher vaginal permettait de constater l'existence d'une tête plongeant en partie dans l'excavation, en présentation du sommet, mais incomplètement fléchie.

Je fis une application de forceps Tarnier, la tête fut fut saisie d'une bosse pariétale à l'autre et solidement fixée dans les branches du forceps, je commençai alors les tractions, mais à mon grand étonnement la tête ne descendit pas, malgré les tractions très prolongées. Je retirai alors le forceps et songeai à faire une basiotripsie; mais auscultant de nouveau l'abdomen, j'entendis les battements du cœur du fœtus, qui ne paraissait pas avoir souffert de nos tractions réitérées. Je pensai alors que c'était peut-être le cas de faire une symphyséotomie, mais comme nous étions au milieu de la nuit, et peu outillés pour cette opération, je crus plus sage d'attendre au lendemain matin, et, laissant reposer la malade, dont l'état continuait à être satisfaisant, nous convînmes de la revoir le lendemain à neuf heures et suivant les circonstances de décider la nature de l'intervention.

A notre arrivée, nous constatons l'absence des battements du cœur fœtal, il s'écoulait de plus par la vulve un liquide teinté de méconium. Dans ces conditions nous n'avions plus à hésiter sur la conduite à tenir, et je procédais à une basiotripsie.

L'application de l'instrument fut relativement facile, il s'écoula une grande quantité de matières cérébrales, mais à notre grand étonnement, la tête une fois broyée ne descendit pas d'elle-même et par le seul poids de l'instrument ainsi que cela a lieu lorsque l'obstacle vient de l'excès de volume de la tête.

Nous fîmes alors des tractions d'abord modérées, puis plus énergiques sur le basiotribe, mais nous ne réussîmes pas à faire descendre le fœtus. Nous pensâmes alors que l'obstacle devait être dû au volume exagéré des épaules et nous nous proposions d'essayer le procédé de détroncation de Ribemont, mais les épaules étaient tellement élevées, et de plus, gênés par la présence du basiotribe dans le bassin, nous ne pouvions arriver que difficilement sur la région des épaules. Nous enlevâmes le basiotribe, nous pûmes alors passer la main tout entière dans le vagin, et la glisser quoique avec difficulté entre le col de l'utérus et les épaules qui paraissaient retenues au-dessus du segment inférieur assez fortement contracté ; nous pûmes ainsi aller saisir un pied, et aidé de notre confrère le docteur Audebert, que nous avions prié de venir nous aider, nous arrivâmes à faire évoluer le fœtus, ces difficultés furent encore plus considérables pour dégager les épaules du fœtus qui avait un volume manifestement au-dessus de la moyenne. Une fois les épaules dégagées, la tête broyée vient facilement.

Dans ce cas l'obstacle principal à l'accouchement nous a paru provenir d'abord du volume exagéré du fœtus, mais surtout de la résistance des parties molles, et particulièrement du segment inférieur de l'utérus.

Grâce à une antisepsie rigoureuse les suites des couches ne présentèrent pas le moindre accident, et quelques jours après la malade était tout à fait rétablie.

REVUE DES CONGRÈS

6e CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE LANGUE FRANÇAISE

Tenu à Bordeaux le 1er août 1895.

Les impulsions irrésistibles des épileptiques au point de vue médico-légal.

M. Parant, *rapporteur*. — L'histoire des impulsions irrésistibles des épileptiques est de date récente; deux maîtres, Morel et M. J. Falret ont été vraiment les initiateurs de cette histoire.

I. De la spontanéité impulsive des épileptiques. — Tout épileptique possède en lui-même des tendances particulières, susceptibles de se manifester en bien des circonstances et qui, sans être assimilables aux grandes impulsions, peuvent, dans une certaine mesure, en être considérées comme la base, comme le terrain de formation. Pour comprendre ces tendances, il faut partir des notions les plus récentes sur la nature de l'épilepsie.

Les recherches physiologiques auxquelles sont attachés les noms de Ferrier, de Huglings Jackson, de François Franck, ont montré que l'irritation des centres nerveux produisait des accidents comparables à ceux de l'épilepsie. On peut donc considérer l'épilepsie comme étant une maladie de nature initiative; elle consiste en une irritabilité chronique des centres nerveux, irritabilité toujours existante, toujours disposée à se manifester. Le mal convulsif résulte de la mise en jeu morbide de l'excitabilité réflexe des centres moteurs. Mais l'épilepsie n'est pas tout entière dans les convulsions; on y rencontre encore des perturbations qui ont un retentissement direct sur les fonctions intellectuelles, et c'est là ce qui pour le moment nous intéresse le plus.

On a coutume de comparer à une sorte de décharge électrique les accidents excito-moteurs qui sont la base du mal épileptique. Mais cette décharge électrique peut frapper dans les centres nerveux des points divers, et donner naissance à des phénomènes différents suivant les points qu'elle touche : qu'elle frappe un centre moteur, elle donnera lieu à des convulsions musculaires; qu'elle frappe une des parties de l'écorce cérébrale qui servent d'organe à la manifestation de l'intelligence, elle produira ce que, par analogie, on a appelé les convulsions mentales.

Ces convulsions mentales, de même que les convulsions

musculaires ont bien des degrés, elles varient depuis la fureur épileptique jusqu'aux simples absences.

Mais ces diverses manifestations morbides ne sont en quelque sorte que l'accident de l'épilepsie mentale; derrière elles, il y a l'état habituel, qui est précisément l'effet de l'irritabilité chronique des centres nerveux; d'une manière permanente et constante, il met l'épileptique en imminence d'attaque.

On peut donc poser en principe, que, par le fait de leur maladie, par le fait de l'irritabilité chronique qui leur est propre, tous les épileptiques ont en eux-mêmes des tendances impulsives.

II. Des impulsions irrésistibles liées aux manifestations convulsives de l'épilepsie. — Les manifestations convulsives de l'épilepsie se présentent sous deux formes principales; d'une part, les grandes attaques, d'autre part, les phénomènes auxquels on donne les noms d'absences, de vertiges.

Les épileptiques sont sujets à avoir des impulsions irrésistibles qui, suivant les cas précédant, accompagnent ou suivent les deux formes principales de crises convulsives.

Ces impulsions sont souvent liées à des hallucinations des divers sens notamment de la vue. Celles qui précèdent les attaques convulsives peuvent être tantôt de nature purement motrice et se borner à des actes dans lesquels il ne se produit que des mouvements mécaniques (épilepsie procursive, fugue, vagabondage, automatisme ambulatoire); tantôt de nature purement intellectuelle et consister en impressions limitées à l'intelligence (délire maniaque); enfin, et c'est le cas le plus fréquent, elles consistent en actes variés où l'on trouve une part d'intervention simultanée plus ou moins grande de l'élément moteur et de l'élément intellectuel.

Arrive-t-il qu'il y ait des impulsions au cours même des attaques convulsives? En ce qui concerne les attaques complètes, on peut formellement répondre par la négative.

Pendant les absences, les vertiges, on peut au contraire constater des actes instantanés, courts (outrages publics à la pudeur, meurtre), qui ne sont autres que des impulsions irrésistibles.

Pour ce qui concerne les impulsions consécutives aux attaques, elles peuvent survenir plus ou moins rapidement à la suite d'une manifestation convulsive épileptique; le plus ordinairement l'impulsion suit à courte distance l'attaque convulsive incomplète.

Ces accès impulsifs peuvent revêtir des formes multiples. Tantôt, ils consistent en actes faits avec calme, mais dont la gravité est très variable; tantôt, ils surviennent dans un état d'excitation maniaque, soit légère, soit furieuse.

III. Des impulsions irrésistibles indépendantes des attaques convulsives. — Des individus qui n'ont jamais présenté aucune des manifestations habituelles de l'épilepsie, peuvent-ils avoir des impulsions qui soient réellement de nature épileptique?

C'est une des questions les plus controversées. Et cependant plusieurs faits militent pour faire admettre l'existence de ces impulsions, de cette épilepsie larvée (Falret).

Un argument qui paraît formel est tiré des faits où il se produit (on l'a désigné sous le nom de *substitution*); il concerne des cas dans lesquels des attaques d'épilepsie convulsive diminuent de fréquence ou même disparaissent lorsque surviennent des perturbations mentales, et inversement des cas où la psychose précède les manifestations convulsives et disparaît lorsque celles-ci surviennent. Enfin il vise des faits, tout à fait rares, il est vrai, dans lesquels les accès de délire ont lieu, dans l'intervalle des accès convulsifs, chez des individus reconnus comme épileptiques. Il s'y produit une sorte de substitution alternante, entre le délire et la manifestation convulsive (J. Falret).

Un autre argument doit être tiré des similitudes plus ou moins complètes que peuvent présenter entre elles deux manifestations morbides, dont l'une porte nettement l'estampille de ses attaches originelles, et dont l'autre, sans la présenter, ressemblera d'une manière frappante à la première. Ainsi, par exemple, on se trouve en présence de deux impulsifs, qui tous deux présentent les mêmes symptômes: l'un a présenté des attaques d'épilepsie convulsive, l'autre n'en a jamais eu. Peut-on ne pas reconnaître que tous deux sont atteints de la même maladie?

IV. Des impulsions irrésistibles dans l'épilepsie partielle. — Les rapports des impulsions irrésistibles avec l'épilepsie partielle sont jusqu'ici incomplètement connus. Cependant Fournier, Féré, Pitres en citent des exemples, qui tendent à prouver qu'il existe les mêmes variétés d'impulsions irrésistibles dans l'épilepsie dite partielle et l'épilepsie généralisée vulgaire.

V. Impulsion chez les épileptiques, indépendantes de l'épilepsie. Délires associés. — Magnan et ses élèves ont montré que les délires de l'épilepsie, et parmi eux les impulsions irrésistibles, peuvent coexister avec des délires d'autre origine, par exemple avec du délire alcoolique, de la folie systématisée. Cela établi, il s'ensuit un corollaire d'une importance évidente; c'est que les manifestations impulsives survenant chez un individu ayant plusieurs tares morbides, et entre autres l'épilepsie, ne doivent pas nécessairement être attribuées à l'épilepsie.

C'est ainsi que l'on peut voir quelquefois la dégénérescence faire cause commune avec l'épilepsie. De même, la coexistence de l'idiotie et de l'imbécillité avec l'épilepsie est fréquente.

Quand l'épilepsie et l'idiotie sont associées, quelle est leur part respective dans les tendances impulsives? Cela n'est pas toujours facile à dire; mais il semble bien que, d'une manière générale, l'épilepsie imprime à l'idiotie son irascibilité, ses violences, ses emportements soudains. Le propre de l'idiotie, de son côté, est de donner carrière aux instincts, à une certaine perversité qui a sa base dans la satisfaction matérielle des sens et dans une vanité particulièrement puérile.

L'épilepsie peut s'associer également avec la folie morale, qui se caractérise par un entraînement souvent irrésistible à des actes blâmables et dangereux (Dagonet). Les impulsions de cette folie morale ne sont rien autre chose que des obsessions propensives (Régis).

L'épilepsie peut se trouver encore associée à des délires divers, notamment le délire des persécutions; le délire mélancolique, et les actes impulsifs qui surviennent dans ces états complexes, peuvent ne point relever de l'épilepsie.

En général, dans ces cas, on reconnaîtra par une observation minutieuse la nature de ces impulsions; mais assurément quelquefois la distinction ne sera pas facile à faire.

VI. Des actes délictueux ou criminels commis par les épileptiques dans les impulsions irrésistibles. — Il n'est presque pa d'actes délictueux ou criminels qu'un épileptique ne puisse commettre lorsqu'il est poussé par une impulsion irrésistible, mais il est intéressant d'examiner les principaux d'entre eux :

A. *Des violences et des attentats contre les personnes.* — Ces attentats sont les plus fréquents que les épileptiques puissent commettre dans leurs impulsions irrésistibles; ils ont pour caractère de n'avoir aucun motif.

Habituellement, les impulsions homicides s'accompagnent d'hallucinations des divers sens, et les attentats paraissent commis sous l'influence même de ces hallucinations.

B. *Du suicide et des auto-mutilations.* — Le suicide dans l'épilepsie n'est pas commun; cependant on l'y rencontre et toujours dans des conditions où se révèle l'influence impulsive de la maladie.

C. *Du vagabondage. Automatisme ambulatoire.* — Cette forme d'impulsion a été décrite surtout par Charcot, Régis, Tissié, Pitres.

Ce vagabondage est un acte d'assez longue durée, persistant parfois plusieurs jours, pendant lesquels le malade peut garder des allures calmes, sans aucun caractère très marqué d'extravagance. A un moment donné, d'une manière inopinée, interrompant tout à coup ce qu'il était en train de faire et modifiant entièrement sa conduite, le malade part au hasard; il se livre à un nombre plus ou moins grand d'actes complexes. Mais l'accès passé, il se produit ce qui arrive pour toute manifestation épileptique impulsive, la perte du souvenir de ce qui s'est passé pendant la crise.

D. *Des vols.* — Dans un certain nombre de cas, les vols commis par les épileptiques en état d'impulsion inconsciente portent si bien en eux-mêmes le cachet de leur origine, qu'il est impossible de s'y méprendre. On reconnaît immédiatement que l'acte a été machinal, automatique, instantané, et qu'il est plutôt le résultat d'un désordre des mouvements que d'une intention même rudimentaire.

E. *Des incendies.* — Les tendances incendiaires paraissent

être les moins communes de celles qui se produisent dans les impulsions irrésistibles des épileptiques. Cependant on en connaît quelques exemples. On voit alors que dans une série d'incendies allumés par un même épileptique, le feu est généralement mis de la même manière.

F. *Des outrages et des attentats publics à la pudeur. Exhibitonnistes.* — La caractéristique de ces faits est qu'ils se produisent comme la plupart des actes équivalents des épileptiques, d'une façon vraiment automatique ; ce qui permet de ne pas confondre les exhibitionnistes épileptiques avec ceux sur qui Lasègue a appelé l'attention.

VII. Séméiologie des impulsions irrésistibles des épileptiques. — Les impulsions irrésistibles des épileptiques peuvent se présenter dans deux conditions assez nettement distinctes l'une de l'autre : ou bien elles surviennent au milieu de l'appareil d'une excitation maniaque, qui peut aller jusqu'à la fureur la plus violente ; ou bien elles se développent avec des allures plus calmes. Par analogie avec les manifestations convulsives de la névrose, M. J. Falret a appelé l'une, le petit mal intellectuel, l'autre, le grand mal intellectuel.

La manie furieuse impulsive des épileptiques présente des caractères spéciaux. Elle survient généralement d'une manière brusque, inopinée. En quelques instants, avec une rapidité extrême, la violence de la fureur atteint son paroxysme. Cette fureur a souvent son origine dans les hallucinations de l'ouïe, de la vue.

Le plus souvent l'accès de fureur s'éteint graduellement ; des retours d'excitation peuvent se reproduire jusqu'au dernier moment. L'ensemble de la crise se prolonge ainsi plusieurs jours.

En résumé, les caractères fondamentaux de ces accès impulsifs sont : leur soudaineté, leur instantanéité, l'inconscience du sujet, l'amnésie.

Morel et M. J. Falret ont de plus insisté sur un autre symptôme : l'identité des attaques impulsives entre elles. A ces différents caractères il faut en rattacher un autre qu'il est assez fréquent de rencontrer dans les impulsions épileptiques, c'est qu'elles reviennent périodiquement avec une certaine régularité.

La fréquence et l'intensité des impulsions sont très variables, depuis quelques minutes, à plusieurs jours.

Les actes accomplis par les épileptiques au cours de leurs accès impulsifs présentent un certain nombre de caractères généraux qui apportent leur contingent à la séméiologie des impulsions irrésistibles. En général, ils sont indépendants des circonstances extérieures, et n'ont aucune corrélation avec ce que le malade faisait ou pensait au moment où il a été saisi par l'accès impulsif. Enfin, ils se trouvent presque toujours en contradiction avec la manière de penser ou d'agir de celui qui les a exécutés.

A noter une dernière particularité des actes épileptiques : c'est que, lorsque le malade est entraîné à des accès de violence, il y déploie une force et une intensité de mouvement extraordinaires.

VIII. Diagnostic des impulsions irrésistibles des épileptiques. — Distinguer une impulsion épileptique, et ne point la confondre avec les impulsions qui peuvent se présenter dans d'autres états morbides, est souvent délicat.

Cependant, ni la manie aiguë, ni le délire aigu, ni les formes maniaques des intoxications n'ont des allures du même genre. Et en réalité tous les symptômes réunis forment un tout homogène, leur ensemble est démonstratif et permet d'asseoir un bon diagnostic.

IX. Applications médico-légales. — D'après la loi française tout individu dont la volonté n'est pas libre, doit être considéré comme irresponsable de ses actes.

Pendant les accès impulsifs proprement dits, l'épileptique est essentiellement irresponsable de ses actes ; à cela il n'y a pas le moindre doute. Mais en dehors des accès impulsifs quelle opinion faut-il se faire de la responsabilité des épileptiques. A cet égard des avis extrêmes ont été émis. Les uns prétendent que jamais ces malades ne sont responsables d'aucun de leurs actes. Les autres limitent strictement à la durée de l'accès impulsif le droit à l'irresponsabilité. Ces deux manières de concevoir les choses ont toutes deux quelque chose d'exagéré. En principe, tout épileptique est responsable de ses actes, il n'est irresponsable que s'il se trouve soit momentanément, soit d'une manière habituelle, dans un état d'aliénation mentale. L'épileptique n'est donc irresponsable que dans les cas où sa volonté se trouve réellement impuissante à réprimer les emportements qui l'entraînent ; lorsqu'il subit d'une manière absolue l'influence de son tempérament d'épileptique, ou pour mieux dire, de sa maladie.

Quelles sont les mesures à prendre à l'égard des épileptiques qui dans un accès impulsif ont commis un crime ou un délit ? Doit-on les séquestrer ? et, si on le fait, combien de temps devra durer leur séquestration ?

Il semble évident et nécessaire que la séquestration suive tout acte délictueux ou criminel commis par un épileptique impulsif. Et c'est au médecin de l'asile d'aliénés à qui l'épileptique sera confié que le soin incombe de déterminer ce qu'il convient de faire à son égard ; et de plus, le médecin de l'asile fera bien de ne pas prendre seul la responsabilité d'une mise en liberté.

M. J. Voisin (Paris) lit l'observation d'une épileptique femme à impulsion suicide ; tantôt l'impulsion a les caractères classiques de l'épilepsie, tantôt c'est une obsession dégénérative sans amnésie consécutive, c'est la coexistence d'un syndrome dégénératif impulsif à côté d'impulsions épileptiques vraies chez la même malade. Il s'occupe ensuite du diagnostic différentiel de la fugue épileptique et de l'automatisme ambulatoire hystérique.

M. Vallon (Paris). — Il est de nombreuses causes d'erreur dans l'appréciation de l'irresponsabilité des épileptiques. Et d'abord quand on examine l'inculpé, c'est assez longtemps après l'acte. Toujours le sujet se sachant épileptique invoquera l'irresponsabilité. Il pourra même simuler une crise avant l'acte. Si on fait intervenir la question d'amnésie, les difficultés s'accumulent. Donc les résultats de l'examen sont négatifs quand celui-ci vise l'individu. C'est en effet l'examen de l'acte en lui-même qui est le critérium. Les circonstances dans lesquelles il a été exécuté, la façon dont il a été produit, ne peuvent amener à une conclusion formelle. L'orateur cite trois observations ; les deux premières (vol, coups et blessures) se rapportent à des épileptiques déclarés responsables, la dernière (attentat à la pudeur) appartenait à un irresponsable.

M. Chalan de Belval (Bordeaux) relate une série d'observations de soldats épileptiques conduits devant le conseil de guerre à la suite de fugues inconscientes d'automatisme ambulatoire.

M. Régis (Bordeaux) insiste sur l'importance particulière de la médecine légale au point de vue particulier de la loi militaire et de l'épilepsie qui est trop souvent méconnue. Nombre de malades épileptiques ou autres sont parfois condamnés par ces tribunaux spéciaux trop fermés à l'intervention médicale.

M. P. Garnier (Paris), à propos des observations communiquées par M. Vallon, insiste sur la nécessité d'attirer l'attention des magistrats sur l'atténuation constante de la responsabilité des épileptiques, qui, même en temps que simples vicieux et délinquants hors de leurs crises, ne peuvent pas ne pas subir, à quelque degré, un retentissement psychique de leur mal s'étendant à la sphère morale.

M. Garnier adopte la théorie de l'épilepsie larvée ; une étude a été présentée en son nom à l'Académie de médecine par M. Mesnel en 1883. Au point de vue médico-légal, tout l'intérêt consiste dans l'appréciation de l'épilepsie larvée. Il accepte avec tous les aliénistes la perte de mémoire comme le critérium le plus pur ; la triade épileptique est constituée par la perte de connaissance, l'automatisme, l'amnésie. Quand l'acte ne met pas en cause l'irritabilité particulière, le diagnostic est difficile ; il cite le cas d'un épileptique voleur qui fut relâché, parce qu'au moment du delit il était en puissance d'épilepsie. Les simulateurs sont vite démasqués ; outre les procédés d'investigation qu'on possède, leur manière d'agir diffère de celle des malades. La magistrature est venue aux médecins aliénistes « la main ouverte et le cœur sur la main », il faut que l'union se fasse ; elle se fera, parce qu'elle répond à un état social nouveau, à une philosophie moderne plus élevée, à un besoin véritable. M. Gar-

nier félicite M. le premier Président pour l'acte d'indépendance dont il a fait preuve.

M. Vallon répond que l'on ne peut établir une règle trop générale, la responsabilité variant selon les malades et selon l'époque de l'acte chez un même malade. L'étude de l'acte et de ses caractères peut donc seule éclairer dans certains cas le légiste. D'ailleurs, soit sous forme de conclusion additionnelle, soit dans le corps même du rapport, l'expert ne saurait manquer de signaler aux juges l'étroite connexion qui relie l'attaque d'épilepsie aux perturbations psychiques les plus diverses dont elle peut être le facteur déterminant dans certains cas, mais non constamment.

M. Charpentier (Bicêtre) appelle l'attention du Congrès sur l'importance de la simulation de l'épilepsie dans les asiles et l'absence de caractères constants permettant d'établir cliniquement et irréfutablement la nature épileptique des troubles mentaux impulsifs ou autres. Il ne faut pas oublier qu'à côté de l'aboulie morbide et de l'impossibité d'inhiber une impulsion maladive, il y a des entraînements passionnels et des tendances perverses que le malade s'abstient de réfréner, confiant dans l'amnistie que lui assure sa qualité d'épileptique.

M. Tissier (Bordeaux), à l'occasion d'une observation d'hystéro-épileptique onaniste, dévelope l'idée que la masturbation pourrait être une détente spasmodique de nature analogue à l'attaque convulsive.

M. Régis, à propos de l'observation précédente où le malade a pu réfréner ses attaques dans certains cas, cite un malade qui, par effort volontaire, a pu supprimer des attaques épileptiques diurnes fréquentes.

M. Laroussinie (Bordeaux) rappelle à son tour le cas d'attaque avortant par la ligature périphérique et où le mécanisme inhibitoire semble agir à la façon d'une autosuggestion. Il ajoute qu'il hésite beaucoup à admettre le qualificatif larvé ajouté dans certain cas à l'épilepsie. Par exemple les malades atteints d'automatisme ambulatoire. Voilà un individu qui évite les obstacles, suit parfaitement une route; est-ce que, dans ce cas, les centres psychiques n'agissent pas? Ils sont excités; les centres moteurs le sont aussi, puisqu'un homme qui, souvent, à l'état normal, se fatiguait très vite, parcourt une route très longue sans fatigue. Ainsi, excitation des centres psychiques et excitation des centres moteurs; cette épilepsie, loin d'être *larvée*, est, si l'on peut s'exprimer ainsi, un « type d'épilepsie ». Pourquoi ne pas lui donner le nom d'épilepsie psycho-motrice?

M. Pitres, à propos des impulsions migratrices, classe les vagabonds en instables mentaux simples dont il cite quelques cas curieux et en migrateurs pathologiques, parmi lesquels se rencontrent les impulsifs épileptiques et toutes les variétés d'aliénés connues particulièrement des hypocondriaques (juifs errants de Meize et Cotard), des persécutés, des paralytiques généraux, déments, imbéciles, hystériques, dégénérés, dromomanes, etc.

M. Pitres se demande si beaucoup de fugues épileptiques ne seraient pas réductibles à des états seconds de somnambulisme hystérique.

M. Doutrebente (de Blois) s'élève contre la confusion qui tend à s'établir entre épileptiques et hystériques migrateurs si l'on applique aux uns et aux autres la suggestion hypnotique; pour lui il y aurait même une pierre de touche pour la distinction de la nature hystérique des troubles mentaux et nerveux. Il estime, en effet, que les seuls hystériques sont hypnotisables, jamais il n'a pu hynoptiser de vrais aliénés et met en fait que tous les aliénés non hystériques sont réfractaires absolument à l'hypnose.

Remarques sur l'état mental de quelques séniles.

M. A. Marie. — A propos de trois cents séniles évacués des asiles de la Seine et hospitalisés à la Colonie familiale de Dun, l'auteur signale la fréquence relative des psychoses mélancoliques tardives avec tendances au suicide (melancolia a miseria). Il s'attache à montrer l'extrême diversité des états mentaux, catégorisés démences séniles. Il étudie ainsi les pseudo-démences des délires chroniques systématisés et termine en signalant le rapport possible de cause à effet entre certaines lésions circonscrites tardives et certaines particularités hallucinatoires.

Traitement de phobies.

M. Tissié (Bordeaux) applique le traitement de la gymnastique aux phobies, aux agoraphobies, peur de l'eau, etc. Il a remarqué que si une grande fatigue provoque ces psychoses, une douce fatigue les atténue ou les guérit. Tout traitement gymnastique est long; il faut l'assurer et obliger les malades à le suivre. M. Tissié a trouvé un procédé. Plusieurs phobies qu'il a traitées avaient été provoquées par des rêves ayant agi par autosuggestion. D'autre part la suggestion directement thérapeutique n'ayant pu réussir, il a créé des rêves thérapeutiques. Il veut faire traverser la rivière à un hydrophobe, il lui fait rêver pendant son sommeil à une promenade agréable sur l'eau, il impose ainsi une tendance. Il renforce cette tendance par une suggestion donnée constamment au moyen de l'odorat, il fait pour cela respirer un parfum au malade endormi et lui donne la suggestion d'association de mémoire entre le parfum et l'acte à accomplir. Quand le sujet est ainsi bien préparé, il lui donne la suggestion directement thérapeutique de se rendre au gymnase. Il commence alors le traitement. Celui-ci est délicat. M. Tissié émet diverses propositions à ce sujet. Il faut savoir doser la fonction musculaire qui est en même temps une fonction nerveuse; la gymnastique agit profondément sur les fonctions psychiques du sujet, beaucoup de psychoses étant des manifestations d'une maladie de la nutrition générale.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 décembre 1895.

Présidence de M. Empis.

Renouvellement du Bureau.

M. Caventou est élu vice-président pour 1896; M. Cadet de Gassicourt, renommé secrétaire annuel; MM. C. Paul et Guéniot, élus membres du Conseil.

Diphthérie et sérothérapie.

M H. Monod. — Des résultats consignés dans la statistique mortuaire des cent huit villes de France ayant plus de vingt mille habitants, il résulte que de 1888 à 1894, la mortalité par la diphthérie avait été, dans cet ensemble de population de deux mille six cent vingt-sept décès et depuis le premier semestre 1895, c'est-à-dire depuis la distribution du sérum dans toute la France cette mortalité s'est abaissé à neuf cent quatre, soit une diminution de 65 0/0.

Sténose annulaire non cancéreuse du côlon descendant.

M. Folet (Lille). — On a décrit un rétrécissement de l'intestin et surtout du gros intestin dû non pas à un cancer, mais à une sorte de sclérose rétractile des parois intestinales qui rétrécit considérablement le calibre de l'intestin sur une longueur variable. M. Folet apporte l'observation d'une sténose non cancéreuse à forme annulaire et non cylindroïde, ayant vraisemblablement une origine cicatricielle. Ces sténoses, si elles étaient diagnostiquées ou révélées par une laparotomie exploratrice, seraient susceptible de guérison radicale par une entérectomie suivie de suture circulaire des deux bouts de l'intestin.

Immunité vaccinale et pouvoir immunisant du sérum de génisse vaccinée.

MM. A. Béclère, Chambon et Saint-Yves-Ménard. — Le sérum de génisse vaccinée recueilli hors de la période virulente, après la dessication des pustules, possède vis-à-vis de la vaccine une action immunisante due à des substances solubles.

Autant se développe lentement l'immunité consécutive à

l'inoculation sous-cutanée du virus vaccinal, autant est rapide et pour ainsi dire immédiate l'action immunisante du sérum de génisse vaccinée. Aussi a-t-il des effets non seulement préventifs mais encore thérapeutiques : injecté sous la peau d'un animal inoculé depuis deux jours, il manifeste encore d'une façon évidente son pouvoir immunisant.

Préventive ou curative, l'action immunisante du sérum de génisse vaccinée n'est pas une, mais présente toute une série de degrés qui varient avec la dose injectée et le moment plus ou moins éloigné du début de l'évolution vaccinale où est faite l'injection.

Cette action se révèle et se mesure à deux signes : un arrêt de développement plus ou moins prononcé des éléments éruptifs et une atténuation plus ou moins complète de la virulence de leur contenu.

Pour préciser, le sérum de génisse vaccinée injecté sous la peau d'un animal de même espèce, à la dose du centième de son poids, immédiatement avant la vaccination à l'aide de nombreuses inoculations sous-épidermiques, confère à cet animal un degré d'immunité suffisant pour rendre stériles le plus grand nombre des inoculations, pour donner aux rares éléments éruptifs un aspect rudimentaire et avorté, et surtout pour faire perdre toute virulence appréciable au contenu de ces rares éléments, puisqu'il n'est pas inoculable à des sujets non vaccinés, enfants ou génisses.

MM. Béclère, Chambon et Ménard ont pensé que le résultat de leurs recherches expérimentales leur permettait d'aborder, en s'appuyant sur un terrain solide, le problème de la sérumthérapie, de la variole et qu'il devenait légitime de tenter contre cette maladie l'emploi d'un sérum, doué vis-à-vis de la vaccine de propriétés curatives. Aussi le docteur Béclère a fait, depuis le commencement de l'année, à quinze varioleux de tout âge des injections sous-cutanées de sérum de génisse vaccinée. Il fera connaître prochainement le résultat de ces essais thérapeutiques.

Note sur quatre cas de tétanos.

M. P. Berger lit un rapport sur un travail lu à l'Académie par le Dr Le Roy des Barres.

Le premier de ces faits est un simple type tétanos céphatique, mortel en seize jours.

Le second cas concerne une matelassière qui contracta un tétanos mortel après avoir fait le matelas d'un tétanique qui était alors en voie de guérison ; elle portait au pied une petite plaie faite par un clou de sa chaussure. M. Berger considère que dans ce cas, la transmission du tétanos d'un malade à un autre sujet est possible, mais non point démontrable.

Dans le troisième cas, celui d'un ouvrier qui, enlevé par une courroie de transmission, était atteint de plusieurs fractures fermées et de plaies contuses, les injections de serum anti-toxique du Dr Roux, M. Berger rappelle qu'il a eu l'occasion de signaler à deux reprises à l'Académie les insuccès presque constants auxquels a donné lieu en France l'application de la méthode de Tizzoni-Cattani. Ces insuccès sont en opposition avec les résultats heureux annoncés en Italie, en Allemagne et surtout en Angleterre. Ainsi à présent les seuls succès obtenus par les injections de sérum à Paris ont porté sur des cas de tétanos chronique relativement bénins.

Pour ce qui est de la valeur prophylactique des injections antitoxiques, M. Berger se range entièrement à la manière de voir de M. Nocard (voyez *Mercredi* p. 513) mais il doute que les injections préventives puissent recevoir une application pratique dans nos pays.

M. Berger insiste plus que jamais pour que l'on n'abandonne pas le traitement local et particulièrement l'amputation à laquelle plusieurs tétaniques ont dû leur guérison. Le dernier fait communiqué par M. Le Roy des Barres en est un nouvel exemple (amputation du doigt). M. Berger pense que l'amputation met le blessé dans les meilleures conditions pour la guérison du tétanos. Dans les cas où elle peut être exécutée sans causer de mutilation trop étendue on doit y recourir aussitôt que possible.

M. Delorme lit un travail sur la ponction et l'incision du péricarde. Les procédés anciens exposent à la perforation de la plèvre gauche. Pour l'éviter, il faut chercher le péricarde derrière le sternum.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 14 *décembre* 1895.

Présidence de M. Henneguy.

Inoculabilité de la tuberculose humaine au perroquet.

MM. Cadiot, Gilbert, Roger. — Nous avons établi antérieurement que la tuberculose des mammifères est inoculable à la poule dans la proportion de 10 0/0.

La réceptivité du perroquet pour le virus tuberculeux humain est bien différente puisque ayant inoculé trois perruches, trois fois nous avons obtenu des résultats positifs.

La tuberculose d'inoculation s'est comportée comme la tuberculose spontanée, c'est-à-dire qu'elle s'est propagée de proche en proche dans l'épaisseur de la peau au niveau de laquelle nous l'avions insérée.

On sait que le perroquet devient assez fréquemment spontanément tuberculeux.

Nos expériences, de même que l'enquête étiologique à laquelle nous nous sommes livrés établissent l'origine humaine de ces lésions bacillaires.

Il est à supposer que réciproquement le perroquet contaminé par l'homme pourrait le contaminer à son tour.

Action des antiseptiques intestinaux sur les fonctions chimiques du coli-bacille.

M. Grimbert a fait une série de recherches qui lui ont montré que le naphtol β, le phénol au 1000e, le salol, le benzonaphtol à 1 0/0, le salicylate de soude n'empêchent pas le développement du coli-bacille dans une solution de peptone et ne s'oppose pas à la formation d'indol dans ces cultures.

Seul le sous-nitrate de bismuth à la dose de 1 0/0, sans s'opposer au développement des cultures, empêche seulement la formation d'indol.

Les mêmes substances, ajoutées à une solution de glycose peptonisée et additionnée de carbonate de chaux, agissent à peu près de la même façon sur les fermentations. De ces recherches, M. Grimbert conclut que les antiseptiques intestinaux insolubles sont pour ainsi dire sans action sur le développement du coli-bacille et sur ses fonctions chimiques.

Variation du chimisme stomacal sous l'influence de l'alcool.

M. Kauffmann dépose un mémoire de M. Hahn (Havre) relatif à l'influence de l'alcool sur le chimisme stomacal. Des expériences sur des chiens, faites par M. Hahn il résulte que les doses élevées d'alcool, après une légère période d'excitation amènent une diminution de la motilité et un abaissement du chimisme stomacal se manifestant par une diminution de l'acidité totale du suc gastrique, par une diminution de HCl libre, de chlore combiné.

Sur les phénomènes chimiques de l'ossification.

M. Chabrié. — Les réactions chimiques qui produisent la transformation de la substance organique fondamentale du cartilage en substance fondamentale de l'os sont :

1° Une condensation ;
2° Une substitution d'un groupe AzH^2 à OH ;
3° Une substitution ayant pour but de faire disparaître le groupe caractéristique des acides sulfo-conjugués ;
4° Une oxydation.

La condensation peut n'être qu'apparente parce que dans la substitution de AzH^2 qui pèse 16, à OH qui pèse 17, le poids de la molécule est diminuée sans que la quantité du carbone soit changée ; sa proportion relative serait donc augmentée rien que de ce fait.

La disparition du groupe sulfoné est conforme à ce que nous savons être la vérité, puisque Bodeker a extrait du cartilage un acide riche en soufre, l'acide chondroïtique qui disparaît au moment de l'ossification d'après Krukenberg qui lui attribue même un rôle trop important, je crois, dans la calcification.

J'ai pu montrer par des expériences que l'oxydation de la chondrine m'a fourni un produit qui, chauffé avec de l'am-

moniaque en tube scellé, a donné naissance à un produit se rapprochant de la gélatine par sa teneur en azote.

M. Binet fait une communication sur l'influence du travail intellectuel sur la circulation artérielle.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 *décembre* 1895.

Présidence de M. Monod.

Nouveau bouton anastomotique pour les opérations sur l'intestin.

M. Chaput présente un bouton anastomotique qu'il a employé plusieurs fois chez l'homme. Chez un malade atteint de cancer de l'estomac, il a pratiqué dans une même séance la gastro-entérostomie, avec ligature du bout supérieur et entéro-anastomose ; le malade a guéri.

Dans un second cas, chez un vieillard de soixante et onze ans atteint d'un cancer du côlon transverse, il a anastomosé l'intestin grêle avec l'S iliaque. Le dixième jour le bouton était tombé dans le rectum d'où il fut retiré. Le malade mourut pour une raison étrangère à l'opération, mais par une seconde laparotomie, on a constaté l'intégrité absolue du péritoine et de l'anastomose. L'examen du bouton rendu a montré qu'il n'y avait pas de tissus sphacélés entre les lèvres de la gouttière.

Sur un troisième malade atteint de symptômes de sténose pylorique, il fit une gastro-entérostomie avec le bouton. Ce malade eut, après l'opération, des vomissements incoercibles et rompit la cicatrice de sa paroi abdominale; malgré ces conditions défavorables, la gastro-entérostomie était parfaite, comme on le constata après la mort qui survint par épuisement.

Le bouton présente une série d'avantages sur celui de Murphy:

1° L'opération est plus rapide, puisqu'on ne fait qu'un seul surjet au lieu de deux;

2° Le gros bouton a une circonférence plus petite que le plus petit bouton de Murphy; il a un orifice plus grand que le plus gros bouton de Murphy;

3° Le bouton ne sphacèle pas l'intestin comme le bouton de Murphy, il est donc moins dangereux ;

4° Le bouton peut toujours être appliqué dans de bonnes conditions, quelle que soit l'épaisseur des parois stomacales ou intestinales. On sait qu'il n'en est pas de même avec le bouton de Murphy ;

5° Tandis que le bouton de Murphy ne peut pas être desserré, le bouton de M. Chaput peut l'être facilement avec le pavillon d'une sonde cannelée;

6° Le bouton est très simple, il ne comporte pas de mécanisme délicat ou compliqué; il ne peut se fausser comme celui de Murphy.

Chirurgie du poumon.

M. Tuffier, après avoir soutenu que l'élévation thermique sans trace de suppuration, survenant quelquefois dans l'hémothorax tient à la résorption d'une substance thermogène contenue dans le sang, arrive à la question principale, celle du décollement pleuro-pariétal.

Cette opération selon lui est supérieure aux autres méthodes d'exploration du poumon, et a été admise en partie par MM. Berger, Michaux, Quénu ; et ce dernier a employé avec succès le décollement pleural.

On peut envisager deux éventualités: Quand il existe des adhérences pleurales, il ne peut être question de décollement pleural. Il faut traverser ces adhérences purement et simplement, soit avec le thermocautère, soit avec le bistouri.

Mais quand il n'y a pas d'adhérences, deux opinions sont en présence: MM. Ricard et Bazy incisent franchement la plèvre; mais cette pratique n'est pas sans inconvénient, et d'après M. Tuffier les méthodes extra-pleurales sont supérieures aux méthodes intra-pleurales. En effet, l'incision de la plèvre donne un pneumothorax qui peut être dangereux et entraîner la suffocation du malade. De plus, le poumon se rétractant entraîne au loin la lésion pulmonaire à rechercher. Dans un cas où M. Tuffier a incisé la plèvre pour rechercher un abcès pulmonaire, il y a eu des accidents respiratoires extrêmement grâves et il a dû refermer immédiatement la plèvre.

De plus il n'est pas indifférent d'inciser la plèvre chez un malade atteint de gangrène ou de suppuration pulmonaires, car dans ce dernier cas il peut survenir un pyo-pneumothorax. En second lieu, l'incision pleurale ne permet le plus souvent pas de trouver la lésion pulmonaire, car s'il n'y a pas d'adhérences pulmonaires le poumon se rétracte et devient d'une exploration difficile.

Quand il y a des adhérences pleurales, elles sont en général dans une étendue limitée autour de l'incision que l'on fait ; et alors on n'a qu'un décollement pleural limité à faire. Si ces adhérences sont très éloignées, cas rares, alors évidemment le décollement pleural ne donne rien.

La méthode du décollement est *efficace* dans la plupart des cas ; dans deux cas elle a permis à M. Tuffier de trouver la lésion pulmonaire ; dans le cas de M. Quénu elle a été efficace aussi. Dans un autre cas encore de gangrène pulmonaire on est tombé sur le foyer après un décollement peu étendu.

Reste à savoir la gravité de l'opération du décollement pleural. L'opération elle-même est innocente ; il n'y a nul accident pendant l'opération. Et le malade, atteint de gangrène pulmonaire que M. Tuffier a opéré par décollement pleural et qui est mort au bout de quelques jours, est mort à la suite d'une hémoptysie foudroyante. C'est la gangrène pulmonaire et non le décollement pleural qui l'a tué.

Amputation du poignet sans lambeau.

M. Moty a observé à Hanoï douze Annamites dont les pirates ont coupé les poignets.

Dans quelques cas, la section avait été faite dans l'interligne articulaire. Comme traitement à l'hôpital, on fit simplement des pansements antiseptiques. Les blessés ont bien guéri en général ; les os étaient recouverts de lambeaux suffisants.

Pathogénie de l'appendicite à rechutes.

M. Février a opéré deux malades atteints d'appendicite. Or les deux appendices portaient un rétrécissement de un centimètre de long. Les follicules clos étaient malades, suppurés. La muqueuse était altérée.

La pathogénie des rechutes doit être recherchée dans la congestion de la muqueuse de l'appendice sous l'influence de troubles digestifs. Cette congestion de la muqueuse, au niveau du point rétréci de l'appendice, rétrécit davantage encore l'appendice.

Les liquides stagnent au-dessous du rétrécissement ; les microbes vont y pulluler et il se fait aussi une nouvelle poussée d'appendicite.

Donc la méthode de choix dans les appendicites à rechutes c'est l'opération, c'est-à-dire la résection de l'appendice, à froid.

M. Quénu présente un malade opéré, il y a trois ans, d'une thoracoplastie pour une fistule pleurale consécutive à une pleurésie purulente.

M. Delbet présente les ganglions et les reins d'un chien rendu leucémique par l'injection des microbes décrits par lui comme pathogènes du lymphadénome.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 *décembre* 1895.

Présidence de M. Hayem.

Lésions médullaires dans un cas de paralysie ascendante aiguë.

M. Ballet. — Je désire vous entretenir principalement au point de vue anatomique, au nom de **M. Dutil** et au mien, d'un malade atteint de polynévrite généralisée avec atrophie musculaire et troubles sensitifs caractérisés surtout par des engourdissements des extrémités.

Les nerfs périphériques présentaient les lésions banales de la névrite : les *racines antérieures* étaient altérées, ce qui sort un peu du cadre ordinaire. Quant à la *moelle* elle offrait manifestement des lésions qui ont été démontrées : 1° par la

méthode de Niesl; 2° par la coloration à l'éosine hématoxylique; 3° par la coloration au picrocarmin.

La méthode de Niesl montra des lésions du protoplasma des cellules, devenu homogène et tuméfié; la disparition des granulations chromatophiles normales, l'absence de noyaux dans quelques cellules.

La coloration à l'hématoxyline met en relief les lésions nucléaires : ici le noyau était rejeté à la périphérie et présentait un aspect étoilé.

Le picrocarmin ne révèle que les lésions nucléaires, sans fournir aucun renseignement sur les lésions protoplasmiques. C'est là sans doute une des raisons pour lesquelles on ne trouve pas plus souvent des lésions médullaires dans les polynévrites.

Peut-on conclure de ce fait que les lésions médullaires sont primitives et tiennent sous leur dépendance celles du nerf? Nullement.

Déjà Vulpian, puis M. Hayem ont vu qu'on peut observer des lésions médullaires à la suite des lésions nerveuses périphériques. Niesl, Marinesco, ont fait les mêmes remarques après section du nerf ou trituration du bout central. On ne peut donc pas savoir dans le cas particulier qui nous occupe si c'est la lésion du nerf qui a retenti sur la cellule ou réciproquement : d'autant plus que *dans l'un et l'autre cas les altérations anatomiques sont identiques.* Il n'y a donc pas de caractéristiques anatomopathologiques de ces lésions primitives ou secondaires. En résumé je désire mettre en relief:

1° La coïncidence des lésions de polynévrite et d'altérations cellulaires;

2° La nécessité de se servir de méthodes multiples pour mettre en relief les lésions cellulaires ;

3° L'impossibilité d'établir la chronologie des altérations névritiques et médullaires.

M. Hayem. — J'ai en effet dit que les lésions du nerf peuvent entraîner des lésions cellulaires. A-t-on observé l'inverse en clinique, c'est-à-dire des lésions cellulaires amenant des désordres anatomiques dans les nerfs?

M. Ballet. — Le fait est hors de doute. Quand les cellules centrales sont altérées depuis longtemps, on observe des lésions névritiques, et même radiculaires. Dans ce cas la lésion commence par la périphérie des nerfs.

M. Marie. — J'ai soutenu également la théorie que M. Ballet vient d'émettre au congrès des neurologistes de Clermont, et je l'ai développée dans mon article « poliomyélite » du traité de médecine. Je rappelle aussi que j'ai publié dernièrement ici avec M Marinesco un cas de paralysie ascendante aiguë avec lésions médullaires très marquées.

Un cas de méningisme hystérique.

M. Huchard. — Une femme de vingt-quatre ans entra dans mon service pour une angine légère. Quelque temps après elle eut une fièvre irrégulière qui fit penser à la tuberculose, d'autant qu'on trouva un peu de submatité au sommet droit. Puis brusquement des symptômes de méningite se déclarèrent : vomissements, strabisme convergent, amaurose, accompagnés cependant d'une quiétude singulière. Nous pensions à une méningite tuberculeuse, quand tout céda à l'apparition d'une attaque d'hystérie. C'était donc un cas de méningite hystérique.

Quant à la matité du sommet droit, j'ai déjà appelé l'attention sur ce phénomène chez les hystériques, et qui semblent dus à une irritabilité particulière des muscles thoraciques, qui se contractent sous le choc du doigt percuteur.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 11 décembre 1895.

Présidence de M Ferrand

Antisepsie du tube digestif.

M. Jasiewicz considère que l'antisepsie de la cavité buccale est de la plus grande utilité par le fait de la flore microbienne abondante qu'elle renferme et qui y cultive dans d'excellentes conditions. Cependant on peut arriver à obtenir une asepsie relative mais suffisante de la cavité buccale, grâce à l'acide borique, à la saccharine, à l'acide salicylique, au salol, employés en lavages répétés.

Pour ce qui est du rectum, plus riche encore que la bouche en floraisons bactériennes, on a deux procédés d'antisepsie : le purgatif d'abord, puis le lavement qu'on doit donner, pour en retirer tout le bénéfice possible, avec une très longue canule.

L'estomac et l'intestin sont plus difficilement accessibles à une thérapeutique active, et le plus souvent la médication antiseptique ne vient qu'au second plan. Chez un dyspeptique hyperchlorhydrique, par exemple, on aura des résultats avec les médicaments usuels, avec des aliments soigneusement choisis et préparés.

S'il s'agit d'une infection du tube digestif, on use de purgatifs, de carminatifs, qui sont à leur façon des antiseptiques, comme l'a bien montré M. Constantin Paul, et en dernier lieu on prescrit les antiseptique, le naphtol, le benzonaphtol, le salicylate de bismuth, le salol.

Les antiseptiques intestinaux doivent être prescrits à dose faible, car généralement une dose faible suffit en effet à modifier l'odeur et la couleur des matières, à rendre les urines moins toxiques. Une dose forte serait même inutile, n'étant pas plus active et elle serait dangereuse en créant, dans des organes touchés par l'infection, dans le rein et le foie, une irritation nouvelle. C'est le cas de la fièvre typhoïde où les grands lavements froids, le régime lacté, font plus pour l'antisepsie intestinale que mainte substance, tant vantée jadis, tant décriée aujourd'hui.

Dans les diarrhées infantiles, on prescrira donc le calomel d'abord, les antiseptiques ensuite; dans le choléra et les diarrhées cholériformes, on administrera un purgatif salin pour provoquer une selle abondante; et on substitue à l'irritation pathologique une irritation d'ordre chimique. Le traitement sera terminé par l'usage d'antiseptiques.

Dans l'urémie, c'est au régime lacté et aux purgatifs que l'on s'adressera pour remédier à telle ou telle forme clinique du syndrome,

Au résumé, l'antisepsie du tube digestif est possible; elle doit être faite à faibles doses; elle provoque d'heureuses modifications tant dans les selles que dans les urines; mais elle doit être employée non point à titre de traitement de première ligne, mais à titre d'auxiliaire.

M. Huchard envisage principalement l'emploi irrationnel des antiseptiques intestinaux. Tantôt on donne l'antiseptique alors qu'il est inutile, comme par exemple dans l'hyperchlorhydrie qu'on traite sans raison par les antiseptiques l'acide chlorhydrique étant à lui seul un antiseptique suffisant. Tantôt on pèche par défaut en prescrivant trois ou quatre grammes de benzonaphtol dans les cas où dix ou douze grammes sont nécessaires.

Ce qu'il faut chercher avant tout, c'est à réaliser ce que font les chirurgiens qui veulent substituer à l'antisepsie l'asepsie, et, sous ce rapport, le lavement est d'un secours précieux.

Le lavage intestinal se fera à l'aide d'une longue sonde œsophagienne en communication avec un récipient. Ce récipient contient deux litres d'eau salée, à 40°. La canule est introduite dans le rectum; on achève d'obstruer l'anus avec un tampon d'ouate. Avec des quantités de liquide de trois litres, on force facilement la valvule de Bauhin; le liquide injecté remonte jusque dans l'intestin grêle. Avec six litres, le liquide pénètre dans l'estomac.

L'inconvénient possible de l'entéroclyse est les coliques très douloureuses. Mais le traitement donne souvent des résultats magnifiques.

Ainsi, dans un cas où il s'agit d'un urémique à respiration de Cheyne-Stokes, asphyxiant depuis un mois, le lavage intestinal a remis le malade sur pied en quelques jours.

Dans un deuxième cas, c'est un individu atteint d'insuffisance urinaire avec asystolie, pleurésie séreuse que le lait et la théobromine n'avaient pas soulagé. Dans un troisième cas, c'est une convalescente de fièvre typhoïde chez laquelle il était survenu une parotidite et une diarrhée rebelle à tout traitement.

Enfin, M. Huchard cite une observation de chlorose guérie à l'aide de cette médication, et, sans souscrire à l'opinion de ceux qui veulent voir dans cette affection une maladie d'origine intestinale, il indique le grand rôle de la médica-

tion interne, rôle que des numérations de globules avant et après l'emploi de l'entéroclyse viendront probablement prochainement démontrer.

M. Huchard conclut en insistant sur ce mode nouveau d'antisepsie intestinale qui réhabilite l'antique lavement et qui provoque une diurèse autrement sûre, autrement rapide que celle qu'on obtient à l'aide des médicaments d'un emploi journalier en thérapeutique.

M. Grimbert. — V. Société de biologie, p. 605.

SOCIÉTÉ FRANCAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE.

Séance du 12 *décembre* 1895.

Présidence de M. E. Besnier.

Action curative de l'érysipèle sur les lupus.

M. Hallopeau a mis en évidence depuis plusieurs années l'action curative de l'érysipèle sur les lupus et a proposé l'installation d'un service d'isolement dans lequel on traiterait les lupiques par des inoculations d'érysipèles bénins, en se réservant d'intervenir soit par les inoculations de toxines érysipélateuses, soit par des applications d'icthyol si l'érysipèle semblait prendre un caractère grave.

M. E. Besnier tient à établir une distinction capitale entre les faits qui ont trait à ce sujet. Il est incontestable qu'un nombre considérable de lupiques ont eu de l'érysipèle et n'ont pas moins conservé leur lupus.

En second lieu, pour porter un jugment sur les cas il faudrait voir les malades avant et après le traitement, car aucun de ces cas considérés comme favorables n'a rapport à ces grands lupus que l'on observe dans les salles. D'autre part, beaucoup de malades qui ont des érysipèles à répétition conservent leur lupus. M. Besnier a eu un malade atteint de lupus croissant, qui fut envoyé à l'hôpital d'Aubervilliers où il a été traité par les injections antistreptococciques sans aucun succès. D'où on peut conclure que ces injections ne guérissent pas tous les lupus.

D'ailleurs, l'action curative des injections antistreptococciques n'existe que pour un temps limité, et on voit des érysipèles se reproduire de nouveau chez certains malades guéris une première fois par ce procédé.

Par une sorte d'analogie, la suspension produite dans l'évolution du lupus par les injections antistreptococciques n'est que momentanée, et tout ce que l'on sait jusqu'ici c'est que l'érysipèle agit sur le lupus comme sur la lèpre, mais il ne faut pas confondre la guérison réelle avec un simple phénomène d'inhibition momentanée produite par une inoculatin infectieuse au cours d'une autre infection. D'ailleurs, il n'est pas indifférent de donner à un individu déjà malade une affection aussi grave que l'érysipèle.

M. Mauriac a eu souvent l'occasion d'observer l'influence de l'érysipèle sur les manifestations syphilitiques, et il a constaté que sous son influence les lésions spécifiques graves de la gorge et de la face guérissent rapidement. On pourrait penser que cette action de l'érysipèle s'exerce également sur d'autres inflammations cutanées, mais on doit reconnaître que les guérisons ainsi obtenues étaient momentanées. Cependant cette influence congestive atténue réellement les manifestations ultérieures de la maladie primitive, ainsi que cela a eu lieu dans un cas d'eczéma rubrun qui fut guéri par un érysipèle, puis récidiva au bout de quelque temps, mais cette fois sous des formes très atténuées.

Pour M. Mauriac ce sont les dangers de l'extension de l'érysipèle qui dominent toute cette question; aussi n'hésite-t-il pas à conclure contre l'emploi de l'érysipèle dans le traitement des syphilides.

M. A. Fournier admet aussi que l'érysipèle joue ici le rôle d'un agent d'inhibition, mais après lui les lésions qu'on a cru guéries reviennent. Tel entre autres le cas célèbre du chancre phagédénique dont Ricord a transmis l'observation et qui durait depuis dix-sept ans, lorsqu'on chercha à lui inoculer l'érysipèle. Ce ne fut pas sans peine qu'on y parvint, du reste; tout d'abord, cela fit merveille, mais dans la suite le chancre reprit sa marche envahissante et plusieurs années après je revis le malade qui était loin d'être guéri.

Rhumatisme blennorrhagique.

M. Emery présente un malade qui a eu dix chaudepisses consécutives et dix-neuf atteintes de rhumatisme blennorrhagique. La première blennorrhagie date de 1876 et c'est au cours de la quatrième qu'il eut sept recrudescences rhumatismales, avec, pour la première fois, déformation des pieds, selon le type de la polyarthrite déformante chronique et celle du doigt médius en radis.

M. Mauriac fait observer que chez ces sujets, le plus léger excès peut raviver un écoulement ancien et une récidive rhumatismale sans que l'on soit en droit d'incriminer une blennorrhagie nouvelle. Il profite de cette occasion pour rappeler l'impuissance thérapeutique en matière d'arthropathie de ce genre.

M. L. Jacquet soutient qu'un blennorrhagique rhumatismal, même guéri de son écoulement, peut, par le plus léger ébranlement médullaire, subir une récidive de son rhumatisme et il cite à l'appui le cas du malade de M. Fournier, qui, pratiquant le coït muni d'un préservatif, avait dès le lendemain une rechute rhumatoïde.

Les faits de ce genre permettent de soutenir l'orgine nerveuse de certaines formes d'arthrites blennorrhagiques.

M. Gastou, à l'appui de la théorie soutenue par M. Jacquet, cite le fait d'un malade atteint de rhumatisme blennorrhagique qui a présenté des atrophies musculaires disséminées, en dehors des zones articulaires, atrophies qui, au point de vue de la réaction électrique, furent considérées par M. Oudin comme d'origine médullaire.

M. A. Fournier. — Le cas auquel M. Jacquet a fait allusion était, en effet, des plus surprenants; le jeune malade, instruit par de multiples expériences, était tellement sûr de sa récidive que chaque fois où il devait voir une femme, il commandait *son déjeuner dans son lit pour le lendemain.*

M. Barthélemy rappelle que M. Spillmann a signalé des *myébites* au cours de la blennorrhagie.

M. Jullien a employé avec succès, dans le traitement du rhumatisme blennorrhagique, les injections sous-cutanées de sublimé.

Lèpre nostras.

M. Du Castel montre une malade qu'il a déjà présentée en 1893. Elle avait à cette époque une éruption bulleuse et anesthésique des membres supérieures, et le diagnostic était hésitant entre celui de lèpre ou de syringomyélie. Comme la malade n'avait jamais quitté la France et qu'on ne trouvait absolument rien de suspect dans son histoire au point de vue d'une contagion possible, on pencha plutôt vers la seconde hypothèse. Pourtant, M. Zambaco qui vit la malade, n'hésita pas à affirmer la lèpre nostras.

Or, aujourd'hui on voit la face congestionnée, érythémateuse, les membres recouverts de macules anesthésiques et atteints d'atrophies musculaires. M. Darier, après biopsie, a trouvé des bacilles de Hansen non douteux et en assez grand nombre. Le diagnostic de lèpre nostras est donc définitivement établi.

Hystérie syphilitique.

M. A. Fournier a présenté un malade atteint de syphilis depuis plusieurs années, et qui récemment a eu une série d'accès épileptiques traités avec succès par les injections de calomel.

En novembre dernier on vit survenir de la parésie à gauche avec hémianesthésie sensitivo-sensorielle absolue. Il n'y a d'ailleurs chez le malade aucun antécédent névropathique personnel ou familial, et il n'est alcoolique que très modérément.

Le rôle principal revient donc indéniablement à la syphilis dans la genèse de cette hystérie.

Doigts en radis chez les blennorhagiques.

M. A. Fournier a montré un malade porteur de la déformation spéciale des doigts qu'il a dénommée *doigt en radis.* Cette déformation est pathognomonique de la blennorhagie,

car, si l'on voit des dactylites analogues dans le rhumatisme déformant ordinaire, elles occupent tous les doigts des deux mains, tandis que dans la blennorhagie il n'y en a qu'un, deux ou trois qui soient atteints.

Nouvelle forme suppurative et pemphigoïde de tuberculose cutanée.

M. Hallopeau. — La tuberculose pustuleuse des jeunes sujets ne peut être le point de départ d'infiltrations profondes du derme, lesquelles s'étendent rapidement en surface de manière à former bientôt des placards indurés de plusieurs centimètres de diamètre ; la surface de ces placards peut être ou non ulcérée partiellement ; les ulcérations sont dues au développement de nouvelles pustulettes ; elles ont tendance à se cicatriser rapidement. L'épiderme peut être, à la périphérie de ces placards, dans leur zone d'accroissement, le siège de soulèvements bulleux d'aspect pemphigoïde. Ces altérations peuvent coïncider avec d'autres infiltrations tuberculeuses en nodules agminés et avec des éléments de lichen scrofulosorum. En outre, les pustulettes initiales peuvent être centrées d'un poil : on est alors dans le droit de les localiser autour des follicules pilaires.

Cette localisation, comme celle du lichen scrofulosorum au pourtour des glandes sébacées, semble en contradiction avec le siège exclusivement conjonctif de la tuberculose ; elle s'explique si l'on admet que le milieu conjonctif varie dans sa composition chimique au pourtour de chaque organe d'une structure élevée, par le fait des matériaux de désassimilation qu'il en reçoit.

Hérédité syphilitique oculaire à la deuxième génération.

M. Galezowski a rapporté plusieurs cas d'affections oculaires qui se sont développées sous l'influence de la syphilis héréditaire transmise à la deuxième génération.

Le premier d'entre eux est celui d'une fillette de onze ans, qui avait été traitée, une première fois, pour une kératite interstitielle. Son père n'avait jamais eu la syphilis, mais à l'âge de dix-neuf ans il avait été soigné aussi pour une kératite interstitielle par Desmarres père, qui lui-même avait reconnu les marques de la syphilis héréditaire. En effet, le grand-père de ma jeune malade était syphilitique et avait été soigné par Ricord. Neuf ans après les soins donnés pour sa kératite, la malade revint pour une choroïdite atrophique et pigmentaire, caractéristique de la syphilis.

Trois autres observations du même genre viennent corroborer l'opinion de M. Galezowski à cet égard.

Dans toutes ces observations on constatait des choroïdites atrophiques et pigmentaires disséminées dans le fond de l'œil, lesquelles lui paraissent spécifiques.

Un fait est digne de remarque : c'est que les choroïdites atrophiques héréditaires à la deuxième génération sont en général irrégulières dans leur forme, aussi bien que dans leur évolution. Tantôt il n'y a qu'un seul œil qui est pris, tantôt la maladie n'occupe qu'une certaine portion du fond de l'œil, et les symptômes fonctionnels ne sont jamais en rapport avec le degré de la lésion choroïdienne. Cette lésion, en effet, se trouve confinée dans la membrane vasculaire sans s'étendre à la rétine ; le pigment s'amasse par-ci, par-là, et n'y pénètre qu'à de rares intervalles et sans atteindre méthodiquement les parois vasculaires, contrairement à ce qui a lieu dans les rétinites pigmentaires en général.

En présence de ces quelques faits isolés, on a le droit d'affirmer que, toutes les fois qu'on trouve de pareilles altérations dans la choroïde, elles sont provoquées par un germe syphilitique.

On serait quelquefois tenté d'objecter à cela, qu'une pareille filiation de la vérole pendant trois générations serait inexplicable, car on ne pourrait pas comprendre comment ce principe morbide ait pu se conserver durant tant de générations sans s'éliminer.

De ces observations on peut donc conclure :

1° Que dans ces quatre faits il y a eu des accidents inflammatoires oculaires, tels que kératites et choroïdites syphilitiques chez des enfants provenant de parents hérodo-syphilitiques et qui jamais n'ont eu de syphilis acquise.

Il y a donc eu syphilis oculaire transmise par deux générations ;

2° D'autre part j'ajoute mes déductions personnelles, c'est que dans les accidents que M. Fournier appelle para-syphilitiques le mercure a une action incontestable ;

3° Qu'il existe un certain nombre d'affections choroïdiennes analogues à celles que je vous ai citées, chez lesquelles on ne trouve pas d'antécédents syphilitiques, mais où on a le droit de soupçonner la syphilis transmise pendant deux générations, affections que rien n'arrête, si ce n'est les frictions mercurielles.

Rien que le mercure employé comme je l'entends, c'est-à-dire en frictions pendant deux années consécutives, agit efficacement, arrête l'affection choroïdienne syphilitique acquise et pourra améliorer la vue.

Un cas probable de névrodermite.

M. L. Wickham a présenté un malade atteint d'une affection dont le diagnostic est des plus difficiles. Les caractères éruptifs sont ceux de l'eczéma sec séborrhéique généralisé. Mais, pour ce diagnostic, il manque la récidive ; le prurit est considérable et le malade attribue son éruption à un traumatisme. C'est en effet trois jours après une chute d'un troisième étage que le prurit a débuté et seulement au bout de trois jours de prurit et de grattage que l'éruption a commencé à paraître.

La persistance du prurit, un certain degré de lichénification, la symétrie des lésions plaident en faveur d'une névrodermite diffuse, et l'on pourrait, faute d'une enquête suffisante, s'en tenir au diagnostic de névrodermite chez un sujet séborrhéique, ce qui expliquerait les caractères éruptifs particuliers. Mais une enquête plus minutieuse révèle l'application d'une série de substances irritantes, et cela dès le début. Il est donc bien difficile d'établir nettement la valeur des diverses causes précitées.

M. Brocq. — Ce n'est point là un type de névrodermite généralisée pure. Cela ressemble plutôt à un eczéma séborrhéique psoriasiforme de type spécial et ayant subi la lichénification.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 2 décembre 1895.

Affections du cœur dans la tuberculose.

M. A. Frænkel admet avec M. Leyden que chez les tuberculeux on peut rencontrer toutes les lésions valvulaires ; seulement la coïncidence de la tuberculose pulmonaire avec des lésions valvulaires est très rare. Peut-être existe-t-il réellement une sorte d'incompatibilité entre la diathèse rhumatismale et la diathèse tuberculeuse.

Quant à la présence des bacilles tuberculeux dans les dépôts fibrineux des valvules, présence constatée par M. Leyden, M. Frænkel pense que ces bacilles ont pu être isolés du sang par le processus de coagulation, comme cela a été admis par Heller, si bien que leur rôle ne serait de cette façon que secondaire. C'est ainsi que dans un cas où M. Frænkel a trouvé de nombreux bacilles tuberculeux dans les dépôts fibrineux d'une ulcération athéromateuse de l'aorte, le vaisseau ne présentait pas trace de lésions tuberculeuses.

Pour ce qui est enfin de la transformation de la pneumonie fibrineuse en pneumonie caséeuse sous l'influence de l'immigration des bacilles tuberculeux, M. Frænkel admet la possibilité d'une telle transformation, seulement il fait observer que le fait n'a pas encore été démontré jusqu'à présent.

M. Leyden, tout en acceptant les idées de M. Frænkel, maintient la possibilité de la transformation caséeuse des pneumonies fibrineuses d'après le mécanisme indiqué plus haut.

Mort subite par obstruction des artères coronaires.

M. Oestreich rapporte l'observation d'un officier de trente-deux ans mort subitement la première nuit de ses noces. A l'autopsie, on trouva dans l'aorte ascendante plusieurs ulcérations athéromateuses; l'une d'elles située au niveau de l'embouchure de l'artère coronaire droite, était recouverte d'un thrombus pédiculé qui obstruait complètement l'orifice de l'artère. L'artère coronaire gauche renfermait un embolus long de un centimètre. Le thrombus comme l'embolus étaient de formation ancienne. Le myocarde était sain, de même les autres organes.

M. Leyden fait remarquer que l'obstruction des deux artères coronaires est extrêmement rare, et ordinairement c'est l'artère gauche qu'on trouve obstruée.

Quant à la mort subite pendant le coït, M. Leyden a observé quatre cas et fait curieux, dans tous ces cas il ne s'agissait pas de gens mariés.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES

Séance du 4 décembre 1895.

Grossesse extra-utérine.

M. Bland Sutton. — Une femme de vingt-deux ans, mariée depuis deux ans et demi et n'ayant pas encore eu d'enfants, fut prise, quatorze jours après une période menstruelle, de douleurs abdominales très vives et de vomissements. Elle était pâle et les symptômes étaient ceux qu'entraîne la rupture d'une trompe renfermant un œuf. Quand on ouvrit le ventre une grande quantité de sang s'écoula et on trouva une déchirure au niveau de l'angle droit de l'utérus; du sang artériel jaillissait de cette région en plusieurs points. On fit des ligatures en passant les fils dans la substance même de l'utérus et on sectionna la trompe qu'on enleva avec l'ovaire. L'utérus était gros et ce fut probablement en raison du gros volume de la caduque à éliminer que la malade vomit à plusieurs reprises pendant les soixante-dix heures qui suivirent l'opération. Après que la caduque eut été rendue, la malade alla rapidement mieux et guérit. Je crois que c'est là la première observation de la rupture primitive du sac d'une grossesse tubo-utérine traitée par une opération chirurgicale. L'œuf ne fut pas trouvé, néanmoins on ne peut porter aucun autre diagnostic que celui de grossesse tubo-utérine.

M. Doran. — M. Sutton nous montre ainsi que le traitement de la rupture d'une grossesse interstitielle est relativement simple, bien que le danger dans ce cas soit d'ordinaire extrême. On a souvent recommandé l'amputation de l'utérus, mais Dunning en suivant cette conduite a récemment perdu une malade au cours de l'opération et il insiste sur les dangers qu'on fait courir à une malade déjà si fortement frappée par le choc en pratiquant encore sur elle l'hystérectomie. En ce qui concerne la caduque, Pilliet a montré que, loin d'être mal développée dans les grossesses extra-utérines, elle est particulièrement bien formée et volumineuse. Il faut se rappeler ce fait et l'opposer à cet autre, que le fœtus est généralement mal développé.

M. Horrocks. — Dans les grossesses extra-utérines, l'utérus commence à augmenter de volume comme dans la grossesse intra-utérine; si l'embryon vit, l'augmentation de volume de l'utérus continue et ne s'arrête pas au bout de quelques mois. Si le fœtus meurt, l'utérus revient sur lui-même et cela d'une façon complète, à moins qu'une complication quelconque vienne l'en empêcher. Le volume de l'utérus a donc une grande importance pour le diagnostic. Si l'utérus n'est aucunement augmenté de volume on peut dire: ou bien qu'il ne s'agit pas d'un cas de grossesse extra-utérine ou si c'en est une, que le fœtus est mort depuis assez longtemps. Il faudra évidemment tenir compte de ce que le volume absolu de l'utérus n'est pas le même s'il s'agit d'une grossesse extra-utérine ou d'une grossesse intra-utérine.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LONDRES

Séance du 9 décembre 1895.

Diagnostic et traitement du cancer et des kystes du sein.

M. Bryant. — J'ai vu récemment une série de kystes du sein qu'on avait pris pour autant de cancers. Je crois qu'avec du soin on peut éviter de telles erreurs. On peut répartir en trois groupes les cas d'un diagnostic difficile : Dans le premier groupe je place les femmes jeunes, d'âge moyen ou même avancées en âge, mariées ou célibataires, présentant une augmentation de volume ou un épaississement de la glande mammaire, sans aucune trace extérieure d'affection de la peau, du mamelon ou des lymphatiques. Le deuxième groupe comprend les cas où il y a une tumeur bien nette du volume d'une noisette ou d'une noix, énucléable ou non mais impossible à séparer de la glande mammaire ; il y a en même temps quelques symptômes qu'on considère d'ordinaire comme appartenant au cancer : mamelon aplati ou rétracté ; il peut y avoir de l'hypertrophie des glandes axillaires. Le troisième groupe comprend le cas dans lesquels les femmes ayant passé l'âge d'avoir des enfants présentent une glande mammaire qui dans sa totalité ou au niveau d'un de ses lobes est plus dure que normalement; elle est rude au toucher, noueuse, les nœuds ayant un volume qui varie de celui d'un pois à celui d'une noisette ; il y a quelquefois un écoulement jaunâtre par le mamelon, cet écoulement étant spontané ou provoqué par la pression ; ce suintement est quelquefois sanguinolent ou composé d'une matière crémeuse, pultacée. Il y a ou il n'y a pas d'hypertrophie des ganglions.

Dans le premier groupe il s'agit de savoir si la tumeur ou l'induration est une tumeur cancéreuse au début ou un kyste, ou encore un abcès dû à la lactation. Comme il est très important de pouvoir diagnostiquer le cancer dès le début (car si on opère dès le début de l'infiltration cancéreuse on a des chances d'obtenir une guérison permanente), je conseille de faire une incision exploratrice dans ces cas, et si le diagnostic de carcinome est vérifié on en fera l'excision. Je suis cette pratique depuis plusieurs années. Dans le deuxième groupe il y a une tumeur nette ; dans ce cas bien souvent, quand il y a kyste, le chirurgien ferait facilement le diagnostic, s'il n'avait presque toujours l'esprit prévenu par l'idée préconçue de cancer. Ces kystes se montrent surtout chez des femmes qui ont dépassé la quarantaine. Les kystes peuvent guérir spontanément ; mais cela est rare et la meilleure pratique consiste à les enlever. Quant aux tumeurs solides, cancers ou adéno-sarcomes, elles ne disparaissent jamais spontanément. On peut aussi voir se reformer des kystes qui avaient disparu spontanément plusieurs années auparavant ; soit que ces kystes se reforment tels qu'ils avaient d'abord apparu, soit qu'ils se mettent à proliférer. Les malades du troisième groupe sont trop souvent regardées comme étant des cancéreuses.

M. Sheild. — Les sarcomes du sein sont très difficiles à diagnostiquer. Dans beaucoup de cas où l'examen microscopique avait fait porter le diagnostic d'adénome, la tumeur récidive et on voit plus tard qu'en réalité il s'agit d'un sarcome. Un certain nombre d'indurations chroniques du sein ont une origine syphilitique. J'ai vu des kystes du sein à parois si épaisses et si distendues par le liquide qu'il était impossible d'obtenir la sensation de fluctuation ; souvent on prend ces kystes pour des cancers. L'incision exploratrice entraîne une cicatrice sur le sein. Je me demande si la ponction à l'aide d'un trocart fin, suivie de l'injection de teinture d'iode, ne suffirait pas pour guérir certains kystes simples. J'ai vu une femme de quarante ans présentant une tumeur dure du sein ; j'ai fait des ponctions exploratrices sans rien retirer. J'ai alors fait l'amputation du sein et j'ai trouvé un kyste à parois très épaisses et contenant une matière rappelant le mastic ; c'était évidemment un cas de galactocèle de vieille date.

M. Snow. — J'ai vu un cas dans lequel on a enlevé un

kyste et un fongus malin s'est ultérieurement formé au niveau de l'incision. Les kystes associés aux tumeurs malignes ne sont pas rares; je n'ai jamais vu de kystes disparaître spontanément et je crois qu'ils dégénèrent toujours, au bout d'un temps plus ou moins long, en tumeurs malignes.

M. Turner. — Chez une femme de cinquante ans ayant eu des enfants, j'ai enlevé un kyste sébacé du sein qui s'était formé depuis quelques mois.

M. Bidwell. — J'ai vu dernièrement deux cas de kystes qu'on a traités par la ponction et qui ont guéri. Dans les cas de tumeurs du sein s'accompagnant de rétraction du mamelon, il est difficile de dire si elles sont de nature cancéreuse ou inflammatoire; les caractères de l'écoulement fourni par la pression sur le sein ne peuvent non plus constituer un guide sûr.

M. Lockwood. — Il y a quelque temps j'ai vu une femme ayant de l'ascite due à des nodules cancéreux secondaires du foie et du grand épiploon. Dix ou douze ans plus tôt on avait, chez cette malade, ponctionné un kyste du sein gauche et on avait ensuite injecté de la teinture d'iode. En examinant le sein gauche on y trouva une grosse masse; je suis convaincu que lors de la première ponction, outre le kyste il y avait déjà un dépôt cancéreux.

M. Bryant. — L'adéno-sarcome se montre chez des femmes plus jeunes que celles qui sont atteintes de cancer De plus la tumeur croît rapidement; elle est encapsulée, mobile, molle. Je préfère l'incision exploratrice à la ponction. Je ne crois pas que la plupart des cas de kystes du sein se compliquent de cancer.

AUTRICHE

CLUB MÉDICAL DE VIENNE

Séance du 4 décembre 1895.

Glande thyroïde et organes génitaux chez la femme.

M. Fischer. — Depuis longtemps, on admet qu'il existe un certain rapport entre la glande thyroïde et les organes génitaux chez la femme. On sait que le goitre est bien plus fréquent chez la femme que chez l'homme, et depuis que l'attention des médecins se trouve attirée vers la glande thyroïde, on a constaté que le myxœdème, la maladie de Basedow, la sclérodermie, affections où il existe une lésion du corps thyroïde, sont également plus fréquents chez la femme que chez l'homme.

Il existe encore d'autres faits qui mettent en évidence ces rapports. Ainsi la tuméfaction de la glande thyroïde est constante pendant la puberté et s'observe dans 70 0/0 des cas chez les femmes enceintes. Pendant la grossesse, on voit fréquemment le goitre prendre un développement considérable et nécessiter dans ces cas une intervention chirurgicale. Le myxœdème s'observe principalement chez les multipares, et d'un autre côté, les premiers phénomènes du goitre exophthalmique se manifestent fréquemment pour la première fois pendant la grossesse qui ordinairement aggrave également la maladie de Basedow préexistante. Pendant l'accouchement, on observe régulièrement une tuméfaction de la glande thyroïde qui disparaît pendant les suites des couches.

On a également constaté l'atrophie de la glande thyroïde pendant la ménopause, et l'apparition du myxœdème à cette période n'a peut-être pas d'autre raison que cette atrophie. Dans certains cas, l'aménorrhée semble être en rapport direct avec le développement du myxœdème, et la même aménorrhée accompagnée ou non d'atrophie des organes génitaux a été fréquemment observée dans la maladie de Basedow. Enfin, chez les animaux thyroïdectomisés, il survient quelquefois une atrophie des organes génitaux.

De tous ces faits, M. Fischer tire les conclusions suivantes :

1° Certains processus s'effectuant dans le domaine des organes génitaux, la puberté, la grossesse, les myomes s'accompagnent fréquemment d'une hypertrophie de la glande thyroïde.

2° L'abolition des fonctions de la glande thyroïde après la thyroïdectomie, dans le crétinisme, la maladie de Basedow, l'obésité s'accompagne fréquemment d'atrophie de l'appareil génital.

M. Kohn cite un cas de mort par goitre au commencement de la grossesse.

M. Sternberg sait que si dans certaines affections les rapports entre la glande thyroïde et les organes génitaux ne peuvent être niés, il en existe d'autres où ces rapports sont très problématiques. Ainsi, dans les maladies de Basedow, on observe quelquefois un état d'excitation génitale qui ne cadrerait pas avec l'atrophie des organes génitaux; d'un autre côté, il existe des cas où la maladie de Basedow a été considérablement améliorée par une grossesse intercurrente.

M. Weiss soutient que l'atrophie des organes génitaux n'est nullement constante dans la maladie de Basedow, et cite un cas de goitre exophthalmique notablement amélioré par la grossesse.

M. Schein rappelle que d'après Freund l'hypertrophie de la glande thyroïde apparaissant pendant la grossesse tiendrait à des troubles mécaniques de la circulation.

Côtes cervicales.

M. Hirsch. — L'existence des côtes cervicales provoquent dans certains cas une série de troubles. Ordinairement symétriques, il existe des cas où la côte d'un côté est plus développée que celle de l'autre. Dans ces anomalies de développement l'artère sous-clavière passe au-dessus ou au-devant de la côte, et le plexus brachial dans une sorte de gouttière qui se trouve au bord interne de la côté. Le plus souvent on trouve seulement les pulsations de la sous-clavière très superficielles; mais dans certains cas il existe une série de troubles tant fonctionnels qu'organiques, pâleur et abaissement de la température du membre, tendance à la gangrène des doigts, parésies, troubles de la sensibilité, etc. Fait curieux, tous ces phénomènes n'apparaissent ordinairement que vers l'âge mûr, et ce qui permet de distinguer les côtes supplémentaires des exostoses c'est que malgré les troubles circulatoires, l'œdème du membre fait défaut. Le traitement est purement chirurgical et comprend l'ablation d'une côte.

Récemment M. Hirsch a eu l'occasion d'observer un cas de ce genre. Le malade est venu pour des douleurs qu'il éprouvait dans la région sus-claviculaire droite et le membre supérieur du même côté. A l'examen on trouvait dans la région sus-claviculaire, en dehors du sterno-mastoïdien, une tumeur lisse, dure, allongée, aplatie, mesurant près de cinq centimètres de longueur. Le membre droit était froid, violacé, un peu parétique, couvert de sueur; le plexus brachial très douloureux au toucher.

Tabes.

M Pincles présente un homme de trente-six ans offrant tous les symptômes du tabes sauf les troubles de la sensibilité et l'incoordination des mouvements. Ce qu'il y a d'intéressant dans ce cas de tabes, réalisant le type du tabes cérébral, c'est que le malade attribue son tabes à une chute qu'il a faite et dans laquelle il s'est contusionné la jambe gauche.

Le malade nie la syphilis, et pourtant sa femme a fait deux fausses couches et a eu un enfant qui est venu au monde avec une éruption. Il faut donc admettre que chez ce malade le tabes est d'origine syphilitique et que le traumatisme n'a joué que le rôle d'une cause occasionnelle.

COLLÈGE DES DOCTEURS DE VIENNE

Séance du 2 décembre.

Diagnostic et traitement des affections de la vessie chez la femme.

M Kolischer pense qu'il faut réserver le terme de cystite aux affections de la vessie relevant d'une infection, car il

existe une série d'affections vésicales s'accompagnant de phénomènes de cystite qui sont d'origine secondaire et n'ont rien à voir avec l'infection. Tel est le cas de la vessie irritable qui survient à la suite des troubles circulatoires des organes génitaux. De même à la suite des interventions chirurgicales où l'on est amené à décoller la vessie de l'utérus on voit se développer une modification de la muqueuse vésicale qui se manifeste à l'examen cystoscopique par la desquamation de l'épithélium. Dans ces cas, l'application locale des caustiques est contre-indiquée car elle ne fait qu'aggraver la lésion.

Les phénomènes inflammatoires du côté de l'appareil génital s'accompagnent fréquemment de phénomènes de cystite, ténesme vésical, urine trouble, etc. Ici encore on trouve à l'examen cystoscopique une desquamation épithéliale. Le traitement de ces cas est encore purement symptomatique. Enfin, dans certaines paramétrites antérieures, dans le pyosalpinx tendu et adhérent à la vessie, on observe de l'œdème bulleux de la muqueuse vésicale. Cette lésion cède avec un traitement dirigé contre l'affection génitale.

La vraie cystite, la cystite relevant d'une infection doit être divisée en superficielle et profonde. Dans tous ces cas, on trouve au cystoscope un effacement des vaisseaux de la muqueuse.

Ce qui caractérise la cystite gonnorrhéique c'est la présence autour de l'orifice interne de taches rougeâtres plus ou moins foncées. Dans cette forme on ne trouve pas de lambeaux épithéliaux, mais très rapidement il se développe des ulcérations et de la péricystite avec ecchymoses punctiformes sur la muqueuse. Ces cas sont passibles du traitement local par les caustiques à la condition que l'action du caustique ne soit neutralisée par les sécrétions épaisses qui recouvrent les ulcérations; dans ces conditions, les caustiques ne doivent être appliqués qu'après grattage de l'ulcération. Pour modérer la douleur qui résulte de la cautérisation locale on peut avoir recours aux suppositoires de morphine préférables sous ce rapport aux instillations de cocaïne avec lesquelles on court les dangers d'un empoisonnement mortel.

La cystite puerpérale se développe souvent en cas de réplétion excessive de la vessie et de lochies surabondantes. La muqueuse vésicale apparaît dans ces cas veloutée, inégale, privée de son épithélium. Les troubles sont souvent intenses mais le traitement reste purement symptomatique.

L'exploration de l'orifice interne de la vessie est fort importante chez la femme. Il existe chez elle une forme particulière de l'énurésie semblant tenir à l'existence d'une sorte de diverticule de la muqueuse vésicale faisant saillie dans l'urèthre et il suffit de détruire ce diverticule pour voir l'incontinence d'urine disparaître. Dans d'autres cas où les malades se plaignent d'envies fréquentes d'uriner, on trouve leurs orifices uretéraux se terminer tout près de l'orifice interne.

Abcès sous-diaphragmatiques.

M. Schlesinger. — Le diagnostic exact des abcès sous-diaphragmatiques en est la plus haute importance au point de pratique, car ces malades ne peuvent être guéris que par une intervention chirurgicale. Barlow a le premier fait ce diagnostic sur le vivant en 1845, et trente ans plus tard toute cette question a été reprise par Leyden qui est arrivé à conclure que la guérison de ces malades ne peut s'effectuer que par l'intervention chirurgicale.

Les abcès sous-diaphragmatiques proviennent tantôt d'un organe thoracique, cœur, péricarde, plèvre, poumon, tantôt d'un organe abdominal, estomac, intestin, appendice, foie, rate, utérus, et il ne faut pas croire que ces abcès proviennent toujours d'un organe voisin du diaphragme : souvent ils viennent de loin, de l'appendice, d'une trompe. Ils se forment à la suite d'une lésion pathologique de l'organe, souvent aussi à la suite d'un traumatisme, ou bien ils sont d'origine métastatique. Ils peuvent être extra-péritonéaux ou intra-péritonéaux ; les premiers s'observent surtout à la suite des lésions de l'appendice ou de l'utérus et de ses annexes et se fraient leur chemin vers les piliers du diaphragme. Les abcès intra-péritonéaux siègent ordinairement sur la voûte du diaphragme, se développent lentement, s'enkystent en s'entourant d'adhérences et retentissent, par la voie lymphatique, sur les plèvres. La pleurésie n'est pas toujours dans ces cas purulente, fréquemment elle est séreuse, de même la péricardite concomitante. Les abcès intra-péritonéaux s'ouvrent exceptionnellement au dehors et dans ces cas ils perforent le diaphragme.

Parmi les symptômes qu'ils provoquent, on peut citer en premier lieu le déplacement fréquent du foie, puis de la rate, et l'ascension du cœur due à ce que le diaphragme est repoussé en haut. Comme ces abcès renferment presque toujours des gaz, il s'ensuit que leur symptomatologie a de grandes analogies avec celle du pyo-pneumothorax. Les symptômes apparaissent ordinairement d'une façon insidieuse, la fièvre est peu accusée, les douleurs abdominales peu caractéristiques. Peu à peu apparaissent les signes dus à l'élévation du diaphragme, puis les signes provoqués par le déplacement du cœur, des poumons, du foie, etc.

Pour savoir si l'abcès se trouve au-dessus ou au-dessous du diaphragme, il faut faire la ponction et regarder de quelle façon se fait l'écoulement du pus pendant les inspirations. Si l'abcès est sus-diaphragmatique, l'écoulement diminue pendant l'inspiration et augmente au contraire si l'abcès est sous-diaphragmatique. De plus, dans les abcès sous-diaphragmatiques on trouve au-dessus de la zone tympanique, correspondant à la collection gazeuse, de la matité, puis, à l'auscultation, une respiration tout à fait normale. Ces signes permettent de faire le diagnostic différentiel avec le pyo-pneumothorax. Le diagnostic d'abcès sous-diaphragmatique s'appuie encore sur l'existence antérieure d'une affection abdominale (hématémèse, coliques hépatiques, paratyphlite, ulcérations intestinales, abcès paranéphrétiques, etc.). Le traitement comprend l'intervention chirurgicale qui doit être faite aussitôt le diagnostic posé.

M. Hofmolk a observé un cas où l'abcès s'est ouvert dans le poumon et est descendu en même temps de façon à simuler un abcès iliaque. Le malade a guéri après l'ouverture et drainage des abcès. Dans un autre cas provenant d'un abcès de l'ovaire, la malade a succombé.

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 6 *décembre* 1895.

Atrophie des paupières.

M. Fuchs présente une fille de dix ans atteinte depuis son enfance d'atrophie des paupières supérieures. L'atrophie porte sur le tissu cellulaire sous-cutané et a laissé intacts les muscles. Il n'existe pas de troubles de la vision et le seul inconvénient de l'atrophie des paupières c'est que la face semble défigurée. Le traitement de ces cas consiste à exciser et à fixer le bord supérieur de la paupière au ligament tarse. L'affection est probablement d'origine nerveuse trophique.

M. Kaposi trouve une analogie entre cette lésion et l'atrophie progressive et idiopathique de la peau. Le point de départ de l'affection est une lésion vasculaire provoquant quelquefois de l'œdème et de la douleur.

Sarcome du clitoris.

M. Chrobak présente un sarcome du clitoris qu'il a enlevé chez une femme, chez laquelle la tumeur existait depuis dix ans sans provoquer des troubles fonctionnels. La malade a même pu accoucher trois fois dans l'intervalle, et elle n'est venue à la clinique qu'en raison de l'augmentation du volume de la tumeur, constatée depuis quelques mois.

Sérum antistreptococcique.

M. Chrobak a eu l'occasion de traiter par le sérum de Marmorek trois malades : chez une accouchée qui avait contracté un érysipèle de la face, et dans deux cas de septicémie consécutive une fois à la myomitomie, une autre fois à un accouchement au forceps. Toutes ces malades ont guéri sans le moindre accident imputable au sérum.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON 12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 27 décembre 1895 au 9 janvier 1896.

Vendredi 27. — M. Aupérin. Contribution à l'étude clinique de la tuberculose rénale à forme hématurique. — M. Dorion. Sur un cas de nécrose après brûlure. — M. Delarue. Thérapeutique chirurgicale des fistules salivaires. — M. Girard. Corps étrangers de l'oreille. — M. Pruvost. Utérus double et accouchement. — M. Tilman. De la mort d'un fœtus dans la grossesse gémellaire. — M. Zlotowska. Historique de la sérothérapie. Son application dans la diphthérie, le tétanos et les affections à streptocoques. — M. Geagea. Pneumonisme poludeen à forme broncho-pneumonique. — M. Garanger. Quelques considérations sur le rôle du médecin dans le traitement des cardiopathies compensées. — M. Sergent. Tubercules et casernes biliaires. Recherches anatomo-pathologiques, bactériologiques et expérimentales. Pathogénie de la tuberculose des voies biliaires. — M. Molinié. Des vésicules aberrantes dans le zona. — M. Soyez. Œdème hystérique.

Mercredi 8. — M. Grandjean. Quelques réflexions sur la valeur clinique du chimisme gastrique. — M. Mitour. Etude sur la nature et le traitement de la dyspepsie accompagnée d'acné. — M. Oundjian. Des éruptions médicamenteuses, origine interne (Eruptions pathogéniques de Bazin). — M. Papazoglou. Contribution à l'étude du traitement des brûlures par l'acide picrique. — M. Baury. Contribution à l'étude des fibromyomes péri-uréthraux chez la femme. — M. Deglaire. Contribution à l'étude des inflammations chroniques du naso-pharynx. Pharyngothérapie.

Jeudi 9. — M. Robin. Contribution au traitement chirurgical des varices. — M. Sautieux. Considérations sur le traitement des corps étrangers de l'œsophage. — M. Govin. Etude du bassin cyphotique pur au point de vue obstétrical. — M. Décran. Bilan thérapeutique de l'électricité statique en 1895.

BORDEAUX

(Année scolaire 1895-1896).

1. M. Bussière. La loi de Trolard. Recherches anatomiques et physiologiques sur les rapports des artères de l'encéphale avec les sinus qu'elles traversent. — M. Degroote. Essai critique sur la lombo-ponction dans les affections du système nerveux cérébro-spinal. — M. Douarre. Contribution à l'étude de la mort apparente des nouveau-nés. — M. Maurras. Le côlon terminal et la fossette intersigmoïde chez l'enfant. — M. Brachet. Traitement des plaies latérales des grosses veines (ligature et suture latérales). — M. Morin. Essai critique sur le traitement de la paraplégie pottique. — M. Spire. Du lupus lingual. — M. Breffeil. Contribution à l'étude de la cœliotomie vaginale postérieure appliquée à l'ablation unilatérale des annexes. — M. Brindel. De la thyrotomie au point de vue de ses indications, de son manuel opératoire et de ses suites. — M. Vialet. Contribution à l'étude des injections sous-conjonctivales des sels de mercure dans le traitement des kératites à hypopyon.

AVIS IMPORTANT. — Réduction du prix d'abonnement.

Notre édition du **Jeudi** et notre édition du **Dimanche** paraîtront, à partir du 1er janvier 1896, sous le même titre de GAZETTE HEBDOMADAIRE et auront une même pagination continue. Les abonnements seront reçus soit pour deux éditions soit pour une édition seule, et ce aux conditions suivantes :

Abonnement aux deux Editions { France... Un an : **8 fr.** Etranger. » **11 fr.** | Abonnement à une Edition seule { France... Un an : **5 fr.** Etranger. » **7 fr.**

La **Gazette Hebdomadaire** s'est assuré le concours de M. CH. ACHARD, agrégé, médecin des hôpitaux et paraîtra sous la direction scientifique de MM. L. LEREBOULLET, CH. ACHARD, A. BROCA.





ANOREXIE

Chez nombre de malades pour qui l'alimentation est une condition indispensable à la guérison, le manque d'appétit est absolu. Tous leurs efforts pour suivre les prescriptions des médecins à cet égard se heurtent à une répugnance presque invincible et quand ils parviennent à la vaincre, les aliments pris digèrent mal, sont souvent rejetés très rarement assimilés.

Plus de vingt années de succès ont démontré que l'Elixir Alimentaire Ducro triomphe constamment de la répugnance des malades pour les aliments. Il est pris avec plaisir, toujours digéré sans aucune fatigue par l'estomac, et comme sa propriété fondamentale est d'être alimentaire, c'est le médicament-laiment par excellence des phthisiques, anémiques, cancéreux, etc... Préparé avec la viande crue, l'alcool et les écorces d'oranges amères, l'Elixir Alimentaire Ducro est tout à la fois apéritif et nutritif. L'alcool qui lui sert de véhicule lui communique ses qualités d'antidéperditeur et aussi fait de l'Élixir Ducro une préparation de viande crue exempte de tout danger des vers intestinaux.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Polynévrite consécutive à la grossesse et à l'accouchement. Paralysie des quatre membres. Guérison, par Ch. Vinay, agrégé, médecin de la Maternité de l'Hôtel-Dieu.

Les polynévrites que l'on observe au cours de l'état puerpéral surviennent à deux périodes distinctes : tantôt c'est pendant la grossesse, d'autres fois, c'est à la suite de l'accouchement. Cette dernière forme est de beaucoup la plus fréquente, elle est devenue classique depuis le travail de Mœbius, publié en 1887, c'est la névrite puerpérale proprement dite qui se manifeste à l'état généralisé aux quatre membres ou bien à l'état isolé, n'atteignant que certains filets nerveux. Mœbius croyait même, et à tort certainement, que les névrites des accouchées étaient caractérisées par leur localisation sur le nerf cubital et le nerf médian ; les observations ne manquent pas dans lesquelles on a vu les troubles moteurs et sensitifs se généraliser aux quatre membres. A vrai dire, la seule caractéristique de ces névrites des accouchées, c'est leur pathogénie identique, toutes sont la conséquence de la septicémie puerpérale qui agit sur les extrémités nerveuses, à la façon des autres maladies infectieuses, comme la diphthérie, la pneumonie, la grippe, la fièvre typhoïde, etc.

Les polynévrites observées chez les femmes enceintes sont beaucoup plus rares et, dans le livre que j'ai consacré aux *Maladies de la grossesse*, je n'ai pu citer que trois exemples bien authentiques, l'un de Desnos et Joffroy, un second de Soloview, un troisième d'un médecin anglais, le docteur Whitfield (1) ; chez toutes ces malades la forme était grave, la paralysie généralisée ayant même envahi le nerf phrénique, comme il arriva dans le cas de Soloview qui eut une terminaison fatale ; chez toutes également on observa concurremment des vomissements incoercibles qui semblent en avoir été la condition pathogénique.

Dans le cas que je publie aujourd'hui, on peut voir que les accidents débutèrent à la fin de la grossesse, qu'ils furent précédés par des hémorrhagies utérines et qu'ils coïncidèrent avec des vomissements abondants. Toutefois, la maladie ne fut confirmée et la paralysie complète que le quatrième jour des couches, si bien que mon observation est en quelque sorte intermédiaire entre les névrites de la grossesse et celles plus tardives qui n'apparaissent qu'au cours de la puerpéralité. Voici le fait tel que je l'ai observé :

Anne-Marie W..., trente-huit ans, ménagère, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marie, 42, le 28 août 1895. Son père est mort, à quarante-deux ans, de tuberculose pulmonaire ; sa mère, à cinquante-quatre ans, d'une maladie inconnue. Deux frères et trois sœurs bien portants. Pas de tare nerveuse dans la famille. Cette femme est mariée, son mari se porte bien ; réglée à treize ans, la menstruation a toujours été régulière ; pas de maladies antérieures, jamais de rhumatisme d'aucune sorte ni de crises convulsives, aucun stigmate de l'hystérie.

Cette femme a eu six enfants, cinq sont bien portants, un est mort à six mois de la coqueluche ; deux fausses couches, il y a six ans et trois ans. Ses grossesses antérieures ont été bonnes, et la dernière, qui s'est terminée le 1er août 1895, par un accouchement à terme, d'un enfant bien portant, a présenté les particularités suivantes :

Pendant les trois ou quatre premiers mois, il est survenu des pertes sanguines fréquentes, arrivant sans douleurs ; le sang était parfois rouge, mais la plupart du temps, il se présentait sous la forme de caillots noirs. Au dire de la malade, ces pertes l'ont beaucoup affaiblie. Pendant les deux derniers mois de cette même grossesse elle a eu des vomissements alimentaires et non alimentaires ; en même temps elle ressentait des douleurs dans les mollets, ainsi que des fourmillements dans les pieds et les mains ; la marche était facile, la fatigue arrivait plus vite. Pas de constipation.

L'accouchement, qui eut lieu le 1er août, fut normal, et ne nécessita aucune intervention ; l'enfant était peu volumineux ; la délivrance fut suivie d'une perte assez abondante. Le troisième jour après l'accouchement, il survint quelques symptômes généraux, tels que malaises, céphalalgie, mais il n'y eût ni frissons, ni diarrhée, ni douleurs abdominales ; cette fièvre n'a duré que quarante-huit heures.

Le quatrième jour des couches, la malade voulut se lever, mais il lui fut impossible de se tenir sur ses pieds et, à son grand étonnement, elle s'affaissa à terre. Elle vit également qu'elle était impotente des bras, qu'elle ne pouvait tenir son enfant, qu'elle était incapable de porter ses mains derrière la tête, de porter ses aliments à la bouche, de coudre ou d'ouvrir un couteau. Elle éprouvait à l'état de repos des lancées et des fourmillements, dans les membres supérieurs et inférieurs qui ont subi, dans les derniers temps surtout, un amaigrissement considérable. Elle a continué à nourrir son enfant (pendant un mois) jusqu'à son entrée à l'hôpital. L'enfant se porte bien.

Actuellement l'état général est bon, l'appétit assez bien conservé ; un peu de constipation, pas de pertes ; le retour de couches n'a pas encore eu lieu.

A l'examen de la malade, on constate qu'on lui fléchit ou étend la jambe sur la cuisse avec la plus grande facilité, malgré la résistance qu'elle peut opposer. Le quadriceps crural paraît plus atteint que les autres muscles. Elle résiste un peu plus dans les mouvements de flexion et d'extension de la cuisse sur le bassin ; elle résiste bien dans les mouvements des pieds. Quand les jambes sont écartées dans le lit il y a impossibilité de les réunir, de même que les talons ne peuvent quitter le plan du lit et s'élever quelque peu.

Au membre supérieur, la malade résiste à peine quand on essaye de lui fléchir les mains, elle résiste un peu plus dans le mouvement d'extension. Au bras, elle résiste davantage dans le mouvement d'extension que dans le mouvement de flexion. Ses deltoïdes sont également très faibles. La malade peut actuellement porter la main derrière la tête, mais on lui abaisse le bras avec beaucoup de facilité ; elle reste incapable de se servir de ses doigts pour coudre, pour enfiler une aiguille, ouvrir un couteau. De temps en temps, et surtout le matin, elle a des douleurs lancinantes et des fourmillements dans les membres inférieurs, au niveau des mollets et des orteils.

Les réflexes patellaires sont abolis ; pas de troubles trophiques, sauf l'amaigrissement des masses musculaires des membres atteints ; rien du côté des organes des sens ; pas de troubles objectifs de la sensibilité, intelligence normale.

Rien aux poumons, ni au cœur. Les muscles de la respiration, de la déglutition, de la langue, du visage et des yeux sont indemnes.

Température normale.

Pas d'albumine dans les urines ; la miction et la défécation ne présentent aucun trouble.

Examen électrique. — Courants faradiques : A l'examen, on constate que les muscles de la jambe et de l'avant-bras se contractent normalement ; il n'en est pas de même du côté de la cuisse, du bras et de l'épaule ; on voit au moyen du chariot de Dubois-Raymond qu'il faut un courant beaucoup plus fort du côté de ces derniers muscles.

Courants galvaniques : à la cuisse à droite et au Ka, il faut quatorze milliampères pour obtenir une contraction à la fermeture, on n'a pas de contraction à l'ouverture. Avec un courant de cinq milliampères on obtient des contractions réflexes du triceps qui se produisent même quand on électrise l'autre cuisse. Ces contractions ne sont pas fusionnées. A l'An on a le même type de contraction ondulatoire avec un courant de trois milliampères. Il faut un courant de dix-neuf milliampères pour avoir une contraction unique à la fermeture. A l'ouverture, on n'a rien.

A la cuisse gauche, au Ka, secousse à la fermeture avec

(1) Vinay, *Traité des Maladies de la grossesse*, p. 648. Paris, 1894.

un courant minimum de seize milliampères; à l'An, il faut vingt milliampères.

Pour les deltoïdes : à droite, il faut au Ka douze milliampères, et à l'An autant; à gauche vingt et un milliampères au Ka et dix-neuf à l'An.

En résumé, on voit qu'il faut à peu près la même intensité de courant, soit au Katode, soit à l'Anode, pour obtenir une contraction et seulement à la fermeture. En outre, il faut un nombre de milliampères plus considérable pour obtenir la contraction (moyenne, cinq milliampères).

La sensibilité électrique est intacte.

Traitement : Tous les deux jours, un gramme d'ergotine en injections sous-cutanées; le jour intercalaire, M. le docteur Destot, qui a bien voulu se charger de l'examen électrique de cette malade et du traitement approprié, lui fait prendre un bain électrique d'une demi-heure, mais pour les jambes seulement.

7 *septembre*. — Le retour des couches qui vient de faire son apparition, n'a déterminé aucun changement dans l'état de la malade.

11 *septembre*. — Il semble qu'il y ait une légère amélioration du côté des membres inférieurs; au lit l'impotence est moins grande, ainsi la malade commence à fléchir les genoux, mais elle reste incapable de détacher les talons du plan du lit la jambe étant étendue, et à plus forte raison de se tenir debout.

Du côté des membres supérieurs, les progrès dans le retour de la motilité sont évidents; la malade peut porter ses mains derrière la tête, lever les épaules, mais les petits mouvements délicats des doigts restent impossibles, comme coudre, broder ou simplement ouvrir un couteau.

18 *septembre*. — On cesse les bains électriques, mais on continue les injections d'ergotine.

20 *septembre*. — L'amélioration signalée précédemment se continue.

Du côté des membres inférieurs, la malade peut à gauche détacher le talon et élever le pied à dix centimètres de hauteur, tandis que du côté droit ce mouvement reste impossible. Du côté des muscles de la jambe et du pied les fonctions semblent normales; toutefois, il persiste quelques troubles subjectifs de la sensibilité; ainsi il y a toujours des élancements douloureux dans la cuisse, dans la jambe et les pieds des deux côtés. Les orteils sont toujours de temps à autre le siège de fourmillements.

Du côté des membres supérieurs, il y a également quelques fourmillements du côté des doigts, mais ces symptômes s'atténuent, la motilité s'améliore également, la malade peut ouvrir un couteau. Toutefois, il reste de la difficulté pour coudre. L'état général est excellent et l'appétit soutenu depuis l'entrée de la malade dans le service. Il n'y a pas de troubles intestinaux; la miction est normale; pas de douleurs en ceinture.

Non seulement la marche, mais encore la simple station debout sont impossibles; quand on tente de mettre la malade sur ses pieds, elle s'affaisse rapidement. Dans le décubitus dorsal les mouvements d'adduction et d'abduction sont toujours gênés.

30 *septembre*. — Malgré l'interruption du traitement électrique, la situation a continué de s'améliorer.

Du côté des membres inférieurs les mouvements d'adduction et d'abduction se font à peu près normalement; il existe seulement quelques douleurs le long des nerfs sciatiques. Dans le décubitus dorsal, la malade peut facilement élever ses pieds et les détacher du plan du lit, toutefois la marche ou la station debout restent encore impossibles.

Par contre, les membres supérieurs paraissent avoir repris leur fonctionnement normal; tous les mouvements s'effectuent bien et pour la première fois la malade a pu se peigner elle-même.

15 *octobre*. — Les mouvements de la jambe et des bras semblent normaux tant que la malade est couchée dans son lit, mais jusqu'à présent la simple station debout était impossible. Aujourd'hui, pour la première fois, la malade a pu se tenir sur le plancher, debout, les pieds écartés; mais dès qu'elle a voulu faire un pas, elle s'est effondrée et on a dû la relever.

On cesse aujourd'hui l'ergotine que l'on a employée jusqu'à présent, à la dose de un gramme, tous les deux jours, en injections sous-cutanées, et on revient au traitement électrique par les courants continus.

21 *octobre*. — L'amélioration continue, non seulement la malade peut se tenir sur ses jambes, mais encore elle est capable de faire quelques pas seule et sans soutien; sans doute la fatigue arrive vite et, avec elle, l'impotence motrice, mais il y a progrès manifeste. Les douleurs ont totalement disparu; les masses musculaires amaigries reprennent leur aspect antérieur.

Les fonctions semblent normales du côté des membres supérieurs.

L'état général est excellent, bon appétit et sommeil naturel.

29 *octobre*. — La malade peut faire une assez longue promenade sans appui.

20 *novembre*. — La malade sort à peu près guérie. Les douleurs ont disparu, les fonctions sont normales et les membres supérieurs ont recouvré leur fonctionnement habituel. Il reste seulement un peu de paresse du côté des jambes; la marche est possible, même la marche un peu prolongée, mais il reste toujours une fatigue rapide et un peu de lenteur dans les mouvements de progression.

Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est moins la nature même des accidents que les conditions au milieu desquelles ils sont survenus. Comme on peut le voir, les premiers symptômes de névrite se manifestèrent déjà pendant le dernier mois de la grossesse, au cours de vomissements assez abondants. Ces vomissements tardifs sont rares chez les femmes enceintes, beaucoup plus rares que les vomissements du début, mais ils ne sont pas exceptionnels et surviennent chez 9 à 10 0/0 des gestantes.

Quoi qu'il en soit, la malade ressentit, plusieurs semaines avant son accouchement, des douleurs, des brûlures et des fourmillements au niveau des membres supérieurs et inférieurs; ceux-ci étaient devenus paresseux, moins valides, la force muscluaire était amoindrie, en même temps que les muscles s'amaigrissaient. Survint l'accouchement suivi d'un peu d'infection, et dès le quatrième jour des couches, la maladie était constituée avec ses symptômes caractéristiques : augmentation des troubles subjectifs de la sensibilité, impotence absolue des membres inférieurs, impotence relative des membres supérieurs. Ces phénomènes parurent céder graduellement sous l'influence du traitement, enfin au bout de trois mois les bras avaient recouvré leur fonctionnement habituel, tandis que, du côté des jambes, la station debout et la marche devenues possibles, gardaient encore un peu d'hésitation et de lenteur.

Le diagnostic est ici facile et la seule affection qu'on aurait pu soupçonner en dehors de la névrite, c'est la poliomyélite, c'est-à-dire l'inflammation de la substance grise de la moelle. En effet, les lésions des grosses cellules des cornes antérieures donnent lieu à un ensemble de symptômes assez analogue à celui de la névrite périphérique; il se trouve même des auteurs pour admettre que dans cette dernière maladie, la moelle est toujours atteinte, sinon d'une façon tangible, au moins dynamiquement. Sans doute, la tendance actuelle est de considérer ces névrites se généralisant aux quatre membres comme justiciables d'une lésion des centres médullaires, et on se base sur ce fait indéniable que si un point quelconque d'un neurone est touché, la cellule s'altère. Mais si la lésion périphérique d'un nerf retentit sur les cellules centrales, il est impossible de dire que cette dernière altération soit primitive. Quoi qu'il en soit, tant que cette lésion dynamique n'aura pas été nettement prouvée, il sera prudent de s'en tenir à la division actuelle et de considérer comme caractéristiques des lésions périphériques des nerfs, les symptômes suivants, qui tous existaient chez notre malade : troubles marqués de la sensi-

bilité, généralisation aux quatre membres, intégrité de la vessie et du rectum, diminution de la contractilité électrique, abolition des réflexes, apparition brusque, durée relativement courte et terminaison favorable.

La pathogénie seule est obscure. Lorsqu'il s'agit de névrite survenant au cours de vomissements incoercibles, on suppose qu'il se forme dans le tube digestif, sous l'influence des troubles dont il est le siège, des fermentations spéciales qui produiraient des toxines et que ces dernières agiraient à la façon de certains poisons, sur les extrémités des nerfs, en un mot on invoquerait l'influence de l'auto-intoxication gravidique. — Toute cette pathogénie est bien hypothétique et on peut se demander si ce n'est pas la même cause qui produit à la fois les troubles digestifs et les lésions des extrémités nerveuses, d'autant mieux que les deux ordres de symptômes coïncident généralement.

Si l'on veut bien se reporter aux détails de l'observation, on verra qu'ici la grossesse avait été troublée par des pertes sanguines assez abondantes, pendant les premiers mois et par des vomissements pendant les derniers. L'accouchement était survenu avec les douleurs et les hémorrhagies qui en sont inséparables ; enfin, les couches avaient été quelque peu fébriles. Toutes ces causes réunies avaient épuisé la malade, si bien qu'elles avaient agi, non point à la façon des infections, mais plutôt comme le marasme, la chlorose, le diabète, comme toutes ces maladies dyscrasiques qui elles aussi se compliquent de polynévrites.

Les névrites de la grossesse comportent un pronostic plus sévère que les névrites des suites de couches ; ainsi chez la malade de Desnos il fut nécessaire de provoquer l'avortement, la durée fut longue et l'amélioration n'apparut qu'au bout de deux ans ; chez la malade de Soloview, l'affection se termina par la mort. Si les conséquences ont été meilleures dans le cas que je publie, c'est probablement que les vomissements n'ont jamais pris le caractère pernicieux, observé dans les autres. Ce qui me permit d'emblée de prévoir une terminaison favorable, ce fut l'atteinte atténuée de la sensibilité qui n'était lésée que dans son mode subjectif, l'amaigrissement modéré des masses musculaires, enfin la simple diminution de la contractilité électrique, sans réaction de dégénérescence bien nette. Comme je l'ai indiqué, il en est des paralysies par névrite comme des paralysies par traumatisme, chez les accouchées, l'examen de la sensibilité ainsi que l'examen de la réaction électrique fournissent des renseignements précieux sur l'avenir de la lésion.

Quant au traitement, il a consisté en injections souscutanées d'ergotine et en bains électriques. L'amélioration fut en somme rapide et permit à la malade de reprendre ses occupations trois mois et demi après le début des accidents. (*Lyon médical*, 1895, n° 51, p. 556.)

REVUE DES CONGRÈS

6e CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE LANGUE FRANÇAISE

Tenu à Bordeaux le 1er août 1895.

De la paralysie vaso-motrice dans ses rapports avec l'état effectif des paralytiques généraux.

MM. Klippel et Dumas (Paris).—1° Les recherches de Piégu (1846), de Chelius, de Buisson, de Fich, de Mosso, de Meynert, de François Frank, de Hallion et Comte, ont porté depuis ces dernières années sur les moyens d'enregistrer les variations volumétriques des membres, dues aux modifications profondes de la circulation périphérique et les variations du pouls capillaire dues aux variations superficielles de la même circulation.

2° Lorsqu'à l'aide du pléthysmographe de Hallion et Comte, on étudie sur un tambour de Marey la circulation capillaire normale d'un doigt, on constate une ligne onduleuse qui répond aux ondulations physiologiques de la circulation capillaire. Ces ondulations isochrones du pouls sont peu marquées chez les sujets sains.

Si, pendant les expériences, on pique la main du patient avec une épingle, on constate aussitôt la transformation de la ligne onduleuse en une ligne droite ou presque droite.

Cette modification provient des phénomènes de vaso-constriction, qui se produisent dans les artérioles périphériques et qui, faisant obstacle à la vasodilatation, suppriment pour un temps de sept à huit secondes le graphique circulatoire normal.

Ces deux faits étant posés, nous avons pensé qu'il était intéressant de rechercher ce qui se passe chez les paralytiques généraux dans les mêmes conditions d'expérience.

3° Nous avons étudié des paralytiques généraux en état de délire expansif, qui exprimaient, dans leurs propos incohérents, cette satisfaction caractéristique de leur maladie, et voici ce que nous avons constaté :

a. Le tracé ondulaire est beaucoup plus marqué qu'à l'état sain.

b. Ce tracé ne se transforme jamais en ligne droite sous l'influence d'une piqûre.

Nous sommes donc fondés à admettre une paralysie des vaso-constricteurs et, par suite, une vasodilatation plus considérable qui s'inscrit par les ondulations plus marquées du pouls capillaire.

On ne peut admettre que chez nos malades la paralysie des vaso-constricteurs est due à une anesthésie cutanée, en effet, la sensation douloureuse est nettement perçue, les voies centripètes sont intactes. C'est donc à un trouble fonctionnel des centres d'élaboration ou des voies de transmission que nous attribuerons la suppression de réflexe.

4° Au point de vue psychologique, cette paralysie a son importance.

a. Tout d'abord, on s'explique leur état de satisfaction intense par cette dilatation périphérique, que Cl. Bernard, Lange, et la plupart des psychophysiologistes modernes considèrent comme l'expression de la joie ou comme la joie elle-même.

b. Cette base organique profonde nous explique la ténacité, parfois extrême, de cette satisfaction que rien de réel ne justifie.

c. Nous conclurons donc en disant que, dans les périodes de délire expansif, la paralysie des vaso-constricteurs et la vaso-dilatation qui en résulte nous paraissent intimement liées à l'état de satisfaction des paralytiques généraux.

d. Nous croyons avoir lieu de penser, d'après des expériences toutes récentes, que les mêmes phénomènes ne se reproduisent pas dans les périodes de dépression.

Cécité verbale sans cécité littérale et sans hémianopsie.

M. Lannois (Lyon) relate l'observation d'une femme de trente-deux ans, ayant contracté la syphilis par allaitement et ayant présenté peu de temps après des accidents cérébraux graves (apoplexie, hémiplégie droite, aphasie motrice et cécité verbale), qui entra à l'hôpital avec une hémiplégie droite accompagnée de contracture. Elle était atteinte, en outre, d'une cécité verbale très accusée, sans cécité pour les lettres ni pour les objets et sans hémianopsie. Le champ visuel, mesuré plusieurs fois, n'a jamais présenté ni rétrécissement ni hémianopsie.

C'est là, ajoute l'orateur, un fait nouveau, puisque la coexistence de ces troubles oculaires a été signalée dans tous les cas où elle a été recherchée jusqu'à présent.

Hémianopsie d'origine hystérique chez un trépané atteint de crises épileptiformes.

M. Lannois. — Un homme, frappé de coups de canne

plombée sur le côté droit de la tête deux ans auparavant et trépané pour l'ablation d'esquilles osseuses, présente dans la suite des crises d'épilepsie jacksonienne. Après une série de ces crises, il est atteint d'hémianopsie et d'une anesthésie profonde avec perte du sens musculaire du côté gauche. Peu après, l'anesthésie devient une anesthésie en segment qui disparaît brusquement après une séance d'électrisation, en même temps que l'hémianopsie est remplacée par le rétrécissement du champ visuel.

Le malade est rentré récemment à l'hôpital avec les mêmes symptômes d'anesthésie et d'hémianopsie, qu'il y a probablement lieu de rattacher à l'hystérie et de rapprocher des cas rapportés par Dejerine et Vialet (neurasthénie et névrose traumatique) et plus récemment par P. Janet (hystérie).

IIe CONGRÈS DES CHIRURGIENS DU NORD

Tenu à Christiana du 11 *au* 13 *juillet* 1895.

Entéro-anastomoses.

M. Nicolaysen considère l'entéro-anastomose comme indiquée : 1° dans certaines gastro-entérostomies à titre d'opération complémentaire d'après le procédé de Braun ou de Roux; 2° dans des cas où l'on est obligé de former un anus contre nature ou pour guérir un anus contre nature; 3° dans les affections des voies biliaires, pour établir un abouchement entre la vésicule biliaire et l'intestin.

Dans les gastro-entérostomies, on peut éviter les anastomoses supplémentaires en donnant à l'orifice de communication des dimensions suffisantes. Quant à l'entéro-anastomose pour anus contre nature, l'expérience a montré qu'elle échoue souvent et n'empêche pas la formation d'une fistule. Dans ce cas encore, l'orifice de communication doit être suffisamment large.

Quant à la technique opératoire, et plus spécialement pour ce qui concerne les avantages respectifs du bouton de Murphy et des sutures, M. Nicolaysen, sans se prononcer d'une façon définitive, préfère les sutures; toujours est-il qu'il considère le bouton de Murphy comme contre-indiqué dans les gastro-entérostomies.

M. Borelius a eu l'occasion d'employer le bouton de Murphy dans cinq cas. Dans un cas de gastro-entérostomie, le bouton n'est pas encore sorti depuis les six mois que l'opération a été faite, et M. Borelius pense que le bouton a dû tomber dans l'estomac. Dans les quatre autres cas où le bouton de Murphy a été employé, il s'agit d'entéro-anastomoses; trois fois pour hernies gangrenées, une fois pour ileus. Les malades opérés pour hernies gangrenées ont tous guéri et rendu leurs boutons du huitième au quinzième jour après l'opération; le malade opéré pour un ileus a succombé à la péritonite produite probablement par le bouton.

M. Tcherning s'est servi du Murphy dans un cas de gastro-entérostomie pour cancer du pylore et dans un autre de résection du côlon. A l'autopsie du premier malade, mort d'inanition quelque temps après l'opération, le bouton fut trouvé dans l'estomac; le second malade succomba à une péritonite post-opératoire que M. Tcherning ne croit pourtant pas devoir attribuer au bouton.

M. Malthe a utilisé le bouton de Murphy dans un cas de gastro-entérostomie et trois cas de pylorectomie. Dans le dernier cas de pylorectomie où M. Malthe ne fit pas de sutures en arrière du bouton, il se forma une fistule par laquelle le contenu stomacal passa dans la cavité abdominale. Le malade succomba.

M. Berg a fait vingt-huit gastro-entérostomies d'après les anciens procédés, c'est-à-dire à l'aide des sutures. Au commencement, les malades vomissaient, mais depuis qu'il établit une communication large entre l'estomac et l'intestin, à l'aide d'une incision mesurant au moins cinq centimètres, les vomissements ont cessé. Dans aucun cas il n'est survenu de rétrécissement ultérieur de l'orifice.

Intervention chirurgicale dans la dilatation de l'estomac.

M. Borelius définit la dilatation de l'estomac comme une insuffisance mécanique amenant la stagnation des aliments dans la cavité, à laquelle stagnation il faut attribuer les symptômes cliniques que présentent ces malades.

Dans sa communication, M. Borelius n'envisage que la dilatation de l'estomac par atonie de ses parois. L'intervention chirurgicale est indiquée alors dans les cas où le traitement médical, et principalement les lavages de l'estomac, continué pendant longtemps, n'avaient amené aucun résultat. L'intervention chirurgicale doit alors avoir pour but soit de diminuer la capacité de l'estomac en relevant, pour ainsi dire, les parties déclives de l'organe (Bircher, Brandt) pour faciliter l'acheminement du contenu stomacal vers le pylore, soit la gastro-entérostomie.

Dans le cas opéré par M. Borelius, il s'agit d'un homme de trente et un ans, atteint d'une dilatation rebelle de l'estomac qui descendait jusqu'au pubis. Le 30 novembre 1894, on fit une opération qui a consisté à faire une suture en bourse des parois antérieure et postérieure de l'estomac, de façon à amener une diminution de la cavité gastrique. Après une amélioration passagère, qui se manifesta par une augmentation de vingt livres de poids, le malade se mit à maigrir. On pratiqua alors, en mai 1895, une gastro-entérostomie qui semble avoir débarrassé le malade de son affection.

M. Nicolaysen cite un autre cas de dilatation atonique de l'estomac où il est intervenu avec succès. L'opération a consisté à plisser les parois de l'estomac et à maintenir les plis par une série de sutures.

Paralysie de l'intestin après laparotomie.

M. Engstroem. — La laparotomie exerce un effet traumatique sur le système nerveux pouvant se manifester par une paralysie de l'intestin, d'intensité variable. Les phénomènes que l'on observe dans ces cas sont la petitesse du pouls, les vomissements, l'absence des selles, le ballonnement du ventre; la température reste ordinairement normale. Ces phénomènes peuvent entraîner la mort, et à l'autopsie on trouve seulement les intestins distendus, mais nulle part trace d'infection ou de péritonite. Olshausen admet que tout ce complexus symptomatique tient à une parésie traumatique de l'intestin et que la mort est due à l'absorption des toxines élaborées dans le tube digestif. D'autres auteurs admettent plutôt l'existence dans ces cas d'une septicémie suraiguë.

Dans un cas observé récemment par M. Engstroem, il s'agit d'une femme de trente-sept ans à laquelle on avait fait l'ovariotomie pour un sarcome de l'ovaire droit. Au cours de l'opération, le liquide sanguinolent renfermé dans le péritoine fut épongé, ce qui fait qu'à plusieurs reprises les anses intestinales et le mésentère se trouvèrent soumis à une irritation mécanique.

Le soir même de l'opération, la malade a été prise de vomissements. Le lendemain, les vomissements se continuèrent en même temps que le ventre se ballonna, le pouls devint petit, misérable. La situation s'aggrava les jours suivants par l'apparition de phénomènes d'obstruction intestinale et la malade finit par succomber au cinquième jour après l'opération, une demi-heure après une seconde laparotomie qui a montré l'absence de tout obstacle à la circulation des matières fécales.

L'examen bactériologique du péritoine et du contenu péritonéal, fait avec toutes les précautions de rigueur, une heure après la mort de la malade, a donné des résultats tout à fait négatifs. L'autopsie complète, faite cinq heures plus tard, et l'examen bactériologique des organes, montra l'absence de péritonite et de toute infection septique.

Péritonite tuberculeuse.

M. Naumann est intervenu personnellement dans seize cas de péritonite tuberculeuse. Il croit pourtant devoir dire que si l'on se rapporte aux statistiques, le pronostic n'est pas très mauvais avec la médication expectative puisque celle-ci donne encore 34 0/0 de guérisons chez les enfants et 18 0/0 chez les adultes.

Au point de vue opératoire, la laparotomie doit être préférée à la ponction qui est moins active et peut amener des adhérences entre la paroi abdominale et l'intestin. La ponction par contre rend de grands services dans la récidive.

Les autopsies des tuberculeux laparotomisés ou les laparo-

tomies faites à quelques mois ou années de distance, ont montré que dans la péritonite tuberculeuse, la laparotomie peut amener la guérison dans les péritonites exsudatives comme dans les péritonites sèches. Le mécanisme de la guérison réside dans le traumatisme chirurgical et l'afflux du sang qu'il provoque ; il faut encore compter avec ce fait que dans ces conditions les bacilles se trouvent en contact avec le sérum sanguin doué de propriétés bactéricides.

Les recherches expérimentales de Nannotti et Baciocchi sont très instructives sous ce rapport. Ces recherches ont montré que tandis que les lapins et les chiens chez lesquels on provoquait la péritonite tuberculeuse succombaient sans exception s'ils n'étaient pas opérés, la laparotomie donnait dans les mêmes conditions des résultats curatifs très appréciables. Chez les animaux laparotomisés, on trouvait les bacilles dégénérés, ayant perdu de leur virulence, résorbés par les vaisseaux néoformés. Le péritoine avait dans certains cas repris son aspect normal.

M. Borgrevnik a fait la laparotomie dans cinq cas après avoir établi le diagnostic de tuberculose par l'inoculation du liquide ascitique ou de parcelles du péritoine.

M. Bergh a observé un cas de péritonite tuberculeuse qui a évolué avec les symptômes d'une fièvre typhoïde.

M. Schepelern a observé deux cas dont l'évolution clinique a présenté certaines particularités.

Le premier cas est celui d'une fille de neuf ans atteinte, depuis deux ans, d'une entérite chronique rebelle, qui a amené un amaigrissement considérable de la malade. Depuis six mois environ, il est survenu une tuméfaction de l'abdomen et un œdème des jambes. Le médecin qui soignait l'enfant avait fait le diagnostic de péritonite tuberculeuse.

A l'entrée de la malade, les phénomènes constatés à l'examen ont été l'ascite assez notable, l'existence d'une adénopathie sous-maxillaire avec anciennes cicatrices, l'œdème des jambes, la diarrhée, la fièvre irrégulière. Pendant le séjour de la malade à l'hôpital, séjour de cinquante-neuf jours, les symptômes n'ont guère changé. La ponction de l'abdomen faite par trois fois a permis d'explorer la cavité abdominale et de reconnaître l'existence au-dessous de la rate d'une masse mobile ; le foie n'était pas augmenté de volume. Le liquide retiré par la ponction de l'abdomen était clair et renfermait quelques bacilles tuberculeux.

Tout paraissait donc confirmer le diagnostic de péritonite tuberculeuse. L'autopsie montra pourtant l'existence d'une tuberculose des ganglions mésentériques, sans trace de tuberculose péritonéale. Le liquide ascitique venait probablement de la veine porte comprimée par le paquet ganglionnaire.

Dans le second cas, il s'agit d'un garçon de quinze ans chez lequel après quelques douleurs abdominales le ventre a commencé à augmenter de volume il y a trois ans. La santé générale restait pourtant bonne. Lorsque le malade entra à l'hôpital, on trouva le ventre très augmenté de volume, mat à la percussion. Si le malade se couchait sur le côté droit, le paquet intestinal se portait à gauche ; mais le phénomène inverse ne se produisait pas quand le malade se couchait sur le côté gauche. A la palpation profonde on sentait vaguement du côté droit une tumeur. Au cou se voyaient des chapelets ganglionnaires. Les autres organes étaient normaux.

Le traitement médical, institué dans l'idée d'une péritonite tuberculeuse, n'ayant donné aucun résultat, on fit, à quelques jours d'intervalle, deux ponctions, une à gauche, l'autre à droite de l'abdomen. Il sortit chaque fois très peu de liquide dans lequel on ne trouva pas de bacilles. Un mois plus tard on fit la laparotomie. A l'ouverture de la cavité abdominale on trouva les intestins soudés entre eux et à la paroi abdominale par des adhérences solides qu'il fut impossible de franchir ni avec le doigt ni avec un instrument. On ne put même pas arriver à la tumeur qu'on sentait à travers le paquet intestinal. La plaie fut donc fermée, et deux mois plus tard l'enfant quittait l'hôpital dans le même état qu'il avait à son entrée.

M. Schepelern pense qu'il s'agissait dans ce cas d'une péritonite tuberculeuse avec épaississement du péritoine pariétal et adhérences infiltrées de masses caséeuses, mais sans ascite. La tumeur qu'on sentait était probablement un paquet de ganglions mésentériques infiltrés.

NOUVELLES

Banquet Lannelongue. — Les élèves et amis du professeur Lannelongue ont décidé de lui offrir un banquet à l'occasion de son élection à l'Académie des Sciences.

Ce banquet aura lieu à l'Hôtel Continental le jeudi 16 janvier 1896, à 7 h. 1/2. Le prix de la cotisation est fixé à vingt francs.

Nous serions heureux si vous vouliez y prendre part et nous adresser votre adhésion avant le 10 janvier.

Veuillez recevoir l'expression de nos meilleurs sentiments.

Drs H. Parinaud, 61, rue La Boétie.
J. Comby, 24, rue Godot-de-Mauroi.
A. Broca, 5, rue de l'Université.
Ch. Achard, 164, rue du Faubourg-Saint-Honoré.
R. Petit, interne à l'Hôpital Trousseau, 89, rue de Charenton.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 décembre 1895.

Présidence de M. Empis.

Impaludisme.

Au nom de **M. Laveran** et au sien, **M. Brouardel** donne lecture d'un rapport sur un mémoire de **M. Critzmann** relatif au traitement de l'impaludisme par l'ingestion de rate et de moelle osseuse de bœuf.

L'extirpation de la rate a pour conséquence une diminution du nombre des globules blancs et, dans les affections malariennes, c'est la rate qui cache, neutralise, détruit même les hématozoaires auxquels elle sert de repaire. Dans l'impaludisme chronique la rate est sclérosée, la pulpe splénique est étouffée par la production du tissu scléreux, son rôle dans la lutte se trouve amoindri et supprimé. D'où l'idée d'administrer de la pulpe de rate en adjoignant la moelle osseuse dont les lésions dans l'impaludisme sont presque aussi manifestes que celles de la rate. M. Critzmann n'a malheureusement que des observations trop peu nombreuses (4) pour permettre encore de conclure.

Atonie gastro-intestinale.

D'après **M. Clozier** (Beauvais) l'atonie gastro-intestinale peut et doit le plus souvent débuter dans la première enfance, pendant et par la lactation, en raison de la trop grande quantité de lait introduite chaque jour par la mère dans l'estomac trop petit de l'enfant. D'où la nécessité d'une hygiène alimentaire suffisamment réglée et surveillée.

Cholécystectomie.

M. Lejars à propos de trois cas de cholécystectomie dans la lithiase biliaire, présente les observations suivantes :

1° Chez ces trois malades les couleurs représentaient le symptôme capital, unique chez l'une d'elles : elles dataient de plusieurs années et revêtaient le caractère de coliques hépatiques frustes, bien qu'extrêmement pénibles, sans ictère, sans aucun indice de cholélithiase intra-vésiculaire ;

2° Chez l'une d'elles, la cholécystectomie était presque une intervention d'urgence: l'état général très inquiétant s'améliora brusquement, à la suite de l'opération. Ces trois opérées ont, du reste, très simplement guéri : leur santé actuelle, leur embonpoint, l'absence totale de douleurs me font penser que les bons résultats thérapeutiques éloignés ne se démentiront pas ;

3° Ces faits montrent une fois de plus, la bénignité relative de la cholécystectomie totale, dans la lithiase vésiculaire, bien que la technique en soit parfois difficile. Je noterai enfin que, grâce peut-être à la double ligature du canal cystique, rejetée assez loin du col de la vésicule, je n'ai pas observé d'écoulement biliaire, la cicatrisation ayant été complète du vingt-troisième au trente-cinquième jour.

Elongation des muscles oculaires dans le traitement du strabisme sur paralytique.

M. Panas. — Les insuccès après la ténotomie dans le strabisme sont dus à la rétraction du fourreau aponévrotique du muscle, y compris celle de son aileron orbitaire. Aussi, M. Panas a eu l'idée de soumettre le muscle déviateur à une traction préalable assez forte, permettant d'allonger tout le système musculaire aponévrotique, pour procéder ensuite à la section du tendon, au ras de la sclérotique; un autre avantage de l'élongation consiste dans l'affaiblissement de la tonicité du muscle et dans une modalité de l'influx nerveux moteur bien faite pour agir jusqu'au centre encéphalique coordinateur.

L'opération se pratique comme il suit :

Une incision conjonctivale aux ciseaux dirigée verticalement, met à nu l'insertion du muscle à la sclérotique; par une boutonnière latérale on introduit sous le muscle entouré de sa gaîne ténonienne un large crochet à strabisme, de façon à comprendre le tendon et son expansion aponévrotique oculaire. Par des mouvements latéraux et antéro-postérieurs du crochet on sépare largement l'ensemble du système de la sclérotique sous-jacente, après quoi on procède à des tractions lentes et continues jusqu'à ramener le globe vers la commissure opposée, sans qu'on éprouve la moindre résistance. Cela fait on procède à la ténotomie classique et l'on termine l'opération en suturant la conjonctive au catgut. Après que le second œil a été soumis au même traitement opératoire, on applique le bandeau occlusif.

Myopie progressive.

M. E. Valude. — Quand la myopie atteint un degré extrême, mais surtout quand elle prend l'allure progressive, le repos de l'organe, même certaines opérations externes comme la ténotomie ne réussissent guère à enrayer la marche en avant de la myopie; quant aux verres, ils demeurent généralement incapables d'améliorer la vision tellement est élevé le défaut de réfraction. Dans ces conditions, l'extraction du cristallin transparent, mise en avant depuis quelques années, devrait réunir les suffrages de tous, car elle apporte le résultat idéalement cherché, puisque, par la suppression de la lentille cristallinienne, elle ramène la réfraction de l'œil très myope à un taux plus ou moins voisin de l'emmétropie.

S'il n'en est pas ainsi et si principalement en France, un bon nombre d'opérateurs se tiennent encore sur la réserve vis-à-vis de cette opération, c'est que les indications n'ont peut-être pas été assez précisées, surtout en regard des écueils qu'offrent les interventions opératoires sur un organe aussi fragile que l'est l'œil atteint de myopie forte.

Le premier de mes opérés était un homme de trente-cinq ans qui était atteint d'une myopie à marche progressive, telle qu'il ne pouvait plus lire à aucune distance les caractères ordinaires et qu'il arrivait juste à se conduire; il comptait les doigts à cinquante centimètres. Se trouvant dans l'impossibilité de continuer sa profession de garçon d'amphithéâtre il était venu à ma consultation des Quinze-Vingts me demander un certificat de cécité pour être admis à Bicêtre. Je pratiquai chez cet homme l'extraction du cristallin transparent des deux côtés et actuellement il lit tous les caractères, même les plus fins à trente centimètres. Il occupe aujourd'hui les fonctions de garçon de laboratoire à la Salpêtrière et voit à distance sans verres, d'une façon très satisfaisante, et l'opération remonte à deux ans.

Le second malade, un homme de trente et un ans, est identique au premier en ce sens que lui aussi était atteint d'une myopie progressive qui n'était pas causée par des travaux appliqués. Il est garçon de ferme et sa myopie avait atteint, assez rapidement un taux si élevé, qu'il ne pouvait plus se livrer à ses travaux habituels. Les verres ne l'amélioraient nullement, et il comptait les doigts d'un côté à un mètre, de l'autre à soixante centimètres. La double extraction lui rendit une vision inespérée; il lit très facilement tous les caractères d'imprimerie avec des verres convexe, et pour la distance, avec de faibles verres concaves, il possède une acuité visuelle très bonne.

Si cette opération n'avait pas été pratiquée à ces deux malades, il ne restait plus qu'à les abandonner à leur quasi-cécité.

Le danger de toucher à des yeux très fortement myopes est donc plus illusoire que réel, quand certaines règles de prudence sont observées.

Sérothérapie.

Sur le rapport de M. Straus l'Académie autorise les laboratoires de l'Institut Pasteur et ceux des villes du Havre (M. Dumont), de Lille (M. Calmette), de Nancy (M. Macé), de Lyon (M. Arloing), et de Grenoble (MM. Berlioz et Jourdan) à vendre et distribuer les sérums thérapeutiques, en vertu de la loi du 25 avril 1894. En outre, le laboratoire de M. Calmette à Lille est autorisé pour un sérum curatif et préservateur contre la morsure du serpent.

Variolo-vaccine.

M. Hervieux s'élève contre la substitution de la variolo-vaccine à la vaccine jennérienne et surtout contre la prétendue supériorité de la première sur la seconde. La variolo-vaccine n'étant qu'un virus variolique atténué restera toujours un agent redoutable; au contraire, la vaccine jennérienne a fait ses preuves.

Comité secret

Sur le rapport de M. Duclaux, l'Académie a fixé comme suit la liste de présentation à une place d'associé libre : 1° M. Blache, 2° *ex æquo* MM. Bertillon, Commenge, Corlieu, Galezowski et Rivière. Adjoint: M. Ledé.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 21 *décembre* 1895.

Présidence de M. Féré.

Calculs biliaires.

MM. Hanot et **Létienne** décrivent les caractères des calculs biliaires récents et anciens et donnent la description des concrétions biliaires précipitées de la bile dans les cas d'obstruction cancéreuse du cholédoque ou de dilatation vésiculaire. Dans ces circonstances la bile et les calculs ne contiennent pas de microbes et ont des caractères distincts de ceux des calculs microbiens. Parallèlement, le tissu du cholécyste ne présente pas les lésions inflammatoires habituelles des cholécystites calculeuses vulgaires.

L'antisepsie intestinale par la purgation.

MM. A. Gilbert et **S. A. Dominici.** — Nous avons administré à un homme adulte sain, le matin à jeun, un purgatif composé de quinze grammes de sulfate de soude et de quinze grammes de sulfate de magnésie.

Six évacuations se sont produites le jour même atteignant le poids total de un kilo cinq cent dix grammes.

Le nombre des microbes contenu dans chacune d'elles par milligramme s'est montré de : 1° 312,000; 2° 280,000; 3° 284,000; 4° 228,400; 5° 268,320; 6° 260,000.

En moyenne, le nombre des microbes a donc été de 272,253 par milligramme et le nombre total des microbes éliminés dans la journée de 411,102,030,000, c'est-à-dire de plus de 411 milliards. Les fèces du sujet de cette expérience dans les conditions normales contenaient 67,000 germes par milligramme, et le chiffre total des microbes éliminés par lui était de 12 milliards environ. Sous l'action du purgatif l'élimination était donc devenue trente-quatre fois plus active.

Il est probable que le chiffre de 272,253 qui exprime le microbisme numérique moyen d'un individu soumis à l'action purgative est voisin de celui que l'on obtiendrait par le dénombrement des microbes de l'iléon. Il est environ quatre fois égal à celui que fournit la numération des microbes des fèces normales (69,000); chez le chien, de même, on compte quatre fois plus de microbes dans l'iléon (100,000) que dans les fèces (25,000).

Il est également probable que le chiffre de 411 milliards s'approche sensiblement de celui qui exprime le microbisme numérique total du tube digestif.

La purgation qui amène une augmentation remarquable du nombre des germes contenus dans les fèces entraîne sans doute un accroissement de leur virulence puisque les mi crobe

de l'intestin grêle sont plus virulents que ceux du gros intestin.

S'il est possible que la multiplication dans l'intestin des microbes qui l'habitent et l'exaltation de leur virulence puissent amener la production de la diarrhée, il est donc certain, d'autre part, — et cette notion nous paraît digne d'être retenue, — que la diarrhée entraîne une augmentation du nombre et de la virulence des germes des fèces.

L'action purgative des sulfates de soude et de magnésie chez le sujet sur lequel nous avons expérimenté s'est poursuivie le lendemain du jour de leur ingestion et s'est traduite le matin de ce jour par une selle diarrhéique contenant 55,000 microbes par milligramme et près de 20 milliards en totalité.

Mais le surlendemain les fèces avaient repris leurs caractères normaux. Leur poids était de 430 grammes ; elles étaient donc abondantes; par contre, elles étaient extrêmement pauvres en germes puisqu'elles n'en contenaient que 1,350 par milligramme et en totalité, par conséquent, 580,500,000, c'est-à-dire un peu plus d'un demi-milliard.

Si l'on se rappelle que dans les conditions normales 12 milliards de microbes étaient éliminés, on voit que malgré l'abondance des fèces le nombre des germes s'était réduit au vingtième environ du chiffre normal.

Le purgatif avait donc désinfecté l'intestin et amené une asepsie sinon absolue, du moins remarquable de ce canal. Il est probable que la durée de cette asepsie est fort courte et que rapidement les fèces reprennent leur type microbien habituel; mais nous ne pouvons appuyer cette manière de voir sur aucune expérience.

Précédemment, nous avons établi que le régime lacté est capable d'amener une asepsie presque absolue du tube digestif. Son action, lente et progressive, ne produit son plein effet qu'au bout de cinq jours, mais elle est soutenue, nous voulons dire qu'elle s'exerce aussi longtemps qu'est maintenu le régime lui-même.

L'on ne saurait demander aux purgatifs une asepsie persistante, mais ils opèrent avec une grande rapidité; leur vertu désinfectante est donc inverse de celle du lait et, pour ainsi dire complémentaire.

Sur la culture du pneumocoque.

M. L. Mosny. — Le sérum sanguin du lapin, employé sans chauffage préalable, constitue pour le pneumocoque le meilleur milieu de culture ainsi que je l'avais signalé il y a quatre ans. Qu'il soit employé pur ou mélangé à des quantités même considérables (96 pour 100) d'eau distillée stérilisée, ce sérum constitue pour la culture du pneumocoque un milieu particulièrement favorable à l'abondance de son développement, à la persistance de sa vitalité et à la conservation de sa virulence.

Ces propriétés n'existent ni pour le sérum humain, ni pour ceux du chien, du bœuf ou du mouton. On ne les retrouve même pas dans le sérum d'animaux, tels que l'âne, jouissant d'un très haut degré de réceptivité pour l'infection pneumococcique expérimentale, que ces sérums soient employés après ou sans chauffage préalable, purs ou additionnés d'eau, et quel que soit le titre de cette solution.

Il s'agit donc là de propriétés véritablement spéciales au sérum sanguin du lapin.

Le sang défibriné du même animal, liquide ou solidifié, ne possède aucune propriété supérieure à celle du sérum, pour la culture du pneumocoque. Ce milieu de culture est même inférieur au sérum, son opacité rendant plus difficile l'appréciation exacte de l'abondance du développement du microbe. Il ne faudrait pas prendre, d'ailleurs, pour la culture elle-même, l'opacité du sang défibriné et coagulé par la chaleur, qui s'accentue après l'ensemencement, ou les coagulations qui se forment dans le même milieu employé à l'état liquide : il s'agit là de simples modifications du milieu dues à la végétation du pneumocoque, et peut-être à la production d'acide formique.

Aussi l'action dissolvante du formiate de soude sur les cultures du pneumocoque en bouillon nutritif ne s'exerce-t-elle qu'incomplètement sur les cultures du microbe dans le sang défibriné ou dans le sérum liquide, laissant persister un trouble manifeste des parties supérieures et un dépôt abondant et granuleux au fond du tube.

Variabilité de quelques caractères de culture du streptocoque.

M. Lemoine (Val-de-Grâce). — On a décrit dans ces dernières années un certain nombre d'espèces de streptocoques, se reposant sur certains caractères de leur culture. Ceux-ci, toujours comparés à ceux du streptocoque de l'érysipèle, ont paru devoir entraîner la notion d'espèces différentes.

Dans des recherches poursuivies dans le but de déceler la nature microbienne des angines, j'ai pu comparer entre eux un grand nombre d'échantillons de streptocoques. En même temps, j'ai prélevé le streptocoque dans huit cas d'érysipèle de la face.

Ces derniers m'ont permis d'observer des modes de culture non encore signalés, et qui enlèvent à certains streptocoques leurs caractères différentiels.

Ne pouvant passer en revue dans cette note toutes les modalités observées relativement à la forme des streptocoques, à leur réaction vis-à-vis des matières colorantes, à leur façon de se comporter dans les divers milieux de culture, je n'insisterai que sur les quelques particularités principales qu'il m'a été donné de relever au cours de ces recherches.

La décoloration par le Gram (Barbier, Etienne), la culture sur pomme de terre (V. Lengelsheim, Veillon, d'Espine et Marignac, Marot, Doleris et Bourges, Barbier, Etienne), l'acidification et la coagulation du lait (Klein, d'Espine et Marignac), ont été regardées comme des caractères permettant de différencier les streptocoques trouvés dans les angines du streptocoque de l'érysipèle.

Deux fois sur quarante-deux échantillons de streptocoque, celui-ci retiré des fausses membranes s'est décoloré par le Gram, l'un à l'examen dans l'exsudat, l'autre dans un bouillon de quelques jours. Tous les deux, après un ensemencement sur agar et examinés vingt-quatre après, avec les mêmes matières colorantes, restaient colorés par le Gram.

Il semble donc que cette façon de réagir vis-à-vis des matières colorantes puisse à un moment donné être variable pour une même espèce et bien que ce fait n'ait pas été constaté pour les streptocoques de l'érysipèle, il n'en est pas moins vrai que ce caractère pouvant varier, on ne peut reposer sur lui la notion d'une espèce.

Le développement sur pomme de terre a été constaté dans deux cas d'érysipèle, et cela sous le même aspect retrouvé dans un assez grand nombre de streptocoques provenant d'angines. MM. Vaillard et Widal ont bien voulu constater eux-mêmes la présence de ces colonies. Il s'agit de petites colonies sèches en forme de grains de semoule excessivement fins, blancs, répandus sur la surface de la pomme de terre, chaque grain étant le plus souvent isolé les uns des autres. Ce développement se fait quelquefois très tardivement. Pour un de nos deux érysipélocoques, il s'est fait en huit jours, pour l'autre en douze jours. Mais pour certains streptocoques des angines, il se faisait à une époque encore plus éloignée du jour d'ensemencement. On a compté jusqu'à vingt jours. Ce caractère, une fois obtenu, est-il stable? Pour résoudre cette question, les deux streptocoques d'érysipèle ont été ensemencés chacun d'un demi-litre de bouillon et mis à l'étuve. Chaque mois, un prélèvement était fait et on cultivait sur divers milieux, notamment sur pomme de terre. L'un d'eux ne donna plus de culture au bout de six mois, l'autre au bout de dix mois. Là encore, on peut conclure que la culture sur pomme de terre, étant un caractère variable pour une même espèce, ne peut servir de critérium pour admettre des espèces différentes.

La culture sur le lait nous a également offert des variations multiples; les uns laissant le lait alcalin, les autres l'acidifiant au bout d'un temps variable, un certain nombre restant à ce stade, d'autres arrivant à la coagulation du lait parfois au bout d'un mois.

Ici, pour l'érysipèle, nous n'avons pas observé de transformations pour un type donné; mais tandis que les numéros un, quatre, cinq, sept et huit n'ont jamais fait subir un changement quelconque à ce milieu, les numéros deux et six ont constamment acidifié le lait dans l'espace de vingt-quatre heures.

En résumé, la décoloration par le Gram a paru, très rarement il est vrai, être un caractère passager d'un même

streptocoque. Le streptocoque de l'érysipèle peut présenter des cultures apparentes sur pomme de terre, mais au bout d'un temps variable, il semble ne plus pouvoir végéter sur ce milieu, alors qu'il pousse encore dans l'agar et le bouillon. Ce même streptocoque peut acidifier le lait.

Recherches sur la tuberculose des voies biliaires.

MM. A. Gilbert et **H. Claude**. — Nous nous sommes proposé de rechercher expérimentalement le mode de formation des tubercules des voies biliaires en injectant le bacille tuberculeux dans le canal cholédoque.

Nos expériences commencées à la fin de 1893 et reprises il y a environ dix mois ont porté sur quatorze lapins, trois cobayes, six chiens et nous ont donné les résultats suivants :

Au début, l'injection dans le cholédoque d'une culture du bacille de Koch détermine une angiocholite prononcée, puis dans la paroi des canalicules se montrent des amas leucocytaires qui augmentent peu à peu d'étendue et contiennent les bacilles qui ont traversé l'épithélium.

Les leucocytes envahissent de plus en plus l'espace porte dont les divers éléments disparaissent, et au bout de trois semaines ou un mois, il ne subsiste que quelques canalicules dilatés, entourés de cellules embryonnaires. Mais en même temps on voit apparaître, parfois surtout chez les cobayes, dans le parenchyme hépatique, outre des foyers de nécrose et de dégénérescence hyaline, de petits follicules constitués par des cellules rondes, formés dans l'intervalle des travées hépatiques qui ne tardent pas à disparaître; lorsque la lésion est plus ancienne, on ne trouve plus sur les coupes qu'une grande quantité de tubercules isolés ou confluents et l'on ne peut distinguer ceux qui se sont développés dans le parenchyme hépatique de ceux qui sont nés autour des canalicules biliaires.

Dans certains cas, il existe même, outre des follicules tuberculeux, une infiltration embryonnaire étendue à toute une région du foie et la disposition lobulaire est entièrement bouleversée.

Dans deux cas, nous avons constaté l'existence de gros tubercules caséeux du foie en même temps qu'une tuberculose des ganglions de l'épiploon gastro-hépatique, des ganglions du médiastin et des poumons.

Ces faits nous paraissent légitimer les conclusions suivantes :

1° Il est possible de déterminer par l'injection de culture tuberculeuse dans le cholédoque et sans ligature de ce canal, une angiocholite tuberculeuse.

2° Les lésions ne se localisent pas exclusivement sur l'appareil biliaire. Elles s'étendent fréquemment aux espaces portes ainsi qu'aux lobules qui offrent des nodules isolés ou fusionnés avec ceux de ces espaces.

3° On peut supposer que, chez l'homme, le bacille tuberculeux est également capable, après sa pénétration dans les voies biliaires, d'amener la production d'une angiocholite tuberculeuse et des lésions tuberculeuses des espaces portes et des lobules.

Les cavernes peuvent être sans doute la conséquence d'un tel processus. Nous montrerons bientôt que l'injection de bacilles tuberculeux dans l'artère hépatique peut être suivie également de lésions tuberculeuses des voies biliaires; mais dans de semblables conditions expérimentales, ces altérations se perdent au milieu de la prolifération leucocytaire diffuse qui occupe tout l'espace porte et n'ont pas le caractère de lésions initiales et prépondérantes ainsi que cela se voit consécutivement à l'inoculation dans le cholédoque.

Il y a, dans ces caractères différentiels, un élément de diagnostic qui pourrait être utilisé dans les cas de cavernes biliaires de l'homme. Selon la prédominance des altérations initiales sur les canaux de la bile ou l'envahissement tardif de ceux-ci par la prolifération embryonnaire de l'espace porte, on pourra bien souvent être fixé sur la voie suivie par le bacille de Koch : infection ascendante du cholédoque ou transport par la circulation.

Tuberculose de la parotide.

MM. Legueu et **Marien**. — On sait aujourd'hui que les glandes salivaires peuvent être envahies par des microbes divers, et que les canaux excréteurs sont les voies que suivent ces microbes pour envahir la glande. Mais le bacille de Koch peut-il infecter les glandes salivaires ? et si la tuberculose apparaît sur ces parenchymes, quelle est la voie suivie par le bacille ?

Sur une tumeur enlevée de la parotide d'une jeune fille, nous avons trouvé des lésions tuberculeuses absolument caractéristiques. Au centre il existait une caverne, et dans celle-ci un liquide puriforme, sans microbes. Mais sur la paroi de la caverne, on trouvait des cellules géantes et des bacilles très nets.

La tuberculose était développée au sein même des éléments glandulaires, qui étaient détruits en partie par la caséification.

La peau était intacte : et on ne peut admettre une infection partie du tégument externe.

De même on ne peut admettre une infection secondaire à une adénopathie tuberculeuse, car sur les coupes on ne reconnaissait aucun vestige de ganglion lymphatique.

Il s'agit donc bien d'une tuberculose primitive de la parotide : sur les points les moins altérés, on voit la lésion débuter par une infiltration péricanaliculaire, alors que la périphérie du lobule, les vaisseaux et le tissu fibreux interlobulaires restent relativement indemnes. Il faut admettre une infection par les canaux excréteurs, le bacille ayant été apporté de l'extérieur à l'orifice du canal de Stenon.

L'évolution de cette lésion s'est faite lentement ; elle se présentait avec les caractères d'une tumeur limitée, ramollie à son centre.

M. Cassin fait une communication sur les fonctions de la muqueuse intestinale dans la défense de l'organisme. Les expériences faites sur des animaux auxquels on injectait des cultures et des toxines pyocyaniques soit dans la veine de l'oreille, soit dans la veine porte, soit dans une anse intestinale isolée, intacte ou dépouillée de sa muqueuse, ont montré que les éléments anatomiques de l'intestin interviennent d'une façon positive dans la défense de l'organisme contre l'intoxication microbienne.

M. Richer présente le moule d'une vieille femme atteinte de maladie de Parkinson, et insiste sur certaines particularités de la conformation extérieure du corps dans ces cas.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 décembre 1895.

Présidence de M. Th. Anger.

Chirurgie du poumon.

M. Bazy revient à la question du décollement pleural pour soutenir la supériorité de la pleurotomie, en tant que moyen d'exploration du poumon.

Pour montrer que l'exploratien directe du poumon par l'incision pleurale n'est pas un pis aller, et n'offre pas de grands dangers, il cite un certain nombre d'observations tant personnelles qu'appartenant à d'autres auteurs, dans lesquelles l'incision de la plèvre a été faite sans danger. D'ailleurs, M. Tuffier lui-même dans son cas de résection du sommet du poumon a incisé la plèvre saine sans inconvénient pour le malade.

Il est vrai que dans certains cas, le foyer n'a pas été découvert après l'incision de la plèvre et qu'il a fallu ponctionner ou même inciser le poumon pour découvrir l'abcès. Mais il est évident que, dans ces cas, le décollement pleural aurait échoué également. Pour toutes ces raisons, M. Bazy maintient la supériorité de l'incision pleurale.

Injections intra-veineuses de sérum artificiel pour septicémie post-opératoire.

M. Pozzi fait un rapport sur une observation de M. Berlin (Nice) où il s'agit d'une femme de trente-neuf ans, sujette à des accidents nerveux, tels que vertiges, pertes de connaissance, crises épileptiformes, etc., et à laquelle M. Pozzi a fait une hystérectomie vaginale. Le soir de l'opération, il survient de l'agitation, de l'insomnie et le lendemain des vomissements incessants avec pouls à 110.

Le quatrième jour après l'opération, l'état devient très

grave, le ventre se ballonne, la respiration devient stertoreuse, pouls imperceptible, et à ce moment, M. Berlin fait une injection de sérum dans les veines. Il injecte mille quatre cents grammes de sérum en deux fois. Peu à peu, le pouls devient plus fort; la respiration s'améliore, et après des accidents multiples, la malade finit par entrer en convalescence.

M. Segond emploie depuis fort longtemps, pour relever l'état général des opérés, les injections sous-cutanées de sérum artificiel. Il n'injecte que trente, quarante, cinquante grammes de sérum.

M. Bouilly pense que les accidents observés par M. Berlin ont été ceux de la septicémie, et il semble certain que ce sont les injections de sérum qui les ont fait disparaître. Il y a là une question importante à examiner, et à cet égard, l'observation de M. Berlin est fort intéressante.

M. Monod ne pense pas que la dose de sérum employée par M. Berlin soit exagérée. L'an dernier, il a injecté fréquemment dans les veines huit cents, neuf cents, mille grammes de sérum.

M. Michaux emploie souvent des injections intra-veineuses de sérum de mille, douze cents grammes, pour des hémorrhagies graves. Il les a employées encore avec succès dans quatre cas de septicémie post-opératoire. Quelquefois elles donnent des accidents; ainsi si on injecte d'emblée mille deux cents, mille quatre cents grammes, on peut voir des vomissements séreux très abondants comme si le sérum avait passé rapidement dans l'estomac, de l'agitation, de la fièvre.

Dans un cas M. Michaux a obtenu de fort bons résultats par le lavage abondant du péritoine avec de l'eau salée.

M. Peyrot a employé souvent des injections de sérum sous la peau à fortes doses. Il a fait aussi des injections intra-veineuses dans les cas de septicémie péritonéale, avec beaucoup de succès.

M. Terrier. — L'injection de sérum est indiquée dans les hémorrhagies graves; dans ces cas, on peut faire l'injection intra-veineuse pour peu que l'injection soit faite proprement.

L'injection de sérum faite dans les veines est-elle efficace contre les infections péritonéales? C'est une question à résoudre encore. Peut-être est-il utile d'enlever au préalable un peu de sang par une saignée et injecter ensuite du sérum.

M. Segond. — J'emploie depuis fort longtemps les injections de serum sous-cutanées dans les opérations graves. Ces injections hypodermiques qui semblent moins dangereuses que les injections intra-veineuses, agissent surtout dans les hémorrhagies graves; mais elles peuvent être utiles aussi pour permettre aux malades de lutter contre la septicémie.

M. Poirier. — Dans deux cas où j'ai fait des injections de sérum sous-cutanées, j'ai observé comme premier résultat une sécrétion exagérée des reins et des glandes salivaires.

M. Th. Anger. — J'ai en ce moment dans mon service un petit malade atteint de péritonite et auquel M. Lejars a injecté dans les veines dans l'espace de quelques jours quatre litres et demi de sérum artificiel.

M. Delbet présente un malade opéré d'un anévrysme du creux poplité par l'extirpation totale.

M. Routier présente une malade à laquelle il a fait une urétéro-cystonéostomie pour une fistule urétéro-vaginale consécutive à un accouchement.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Fin de la séance du 12 décembre 1895.

Présidence de M. Hayem.

Persistance du bacille diphthérique dans le mucus nasal. Variations dans sa virulence.

MM. Le Gendre et **Pochon** communiquent l'observation d'un enfant de quinze mois qui en trois ans fut atteint trois fois de diphthérie (angine une fois, stomatite avec rhinite une fois; rhinite avec angine une fois). On a examiné treize fois depuis le mois de septembre 1894 le mucus nasal et pharyngien de cet enfant, et toujours on a constaté la présence du bacille de Lœffler tantôt virulent, tantôt pas, tantôt sous forme de bacilles moyens, tantôt sous forme de petits bacilles, seuls ou associés ou au coccus Brisou, au staphylocoque.

Sous l'influence des lavages avec une solution à 5 0/00 de liqueur de Labarraque les bacilles disparaissent, mais pour reparaître dès qu'on cesse les lavages. On constate alors que l'enfant devient triste et pâle et perd l'appétit.

C'est là un exemple curieux, peut-être plus fréquent qu'on ne croit, de microbisme latent.

Troubles cardiaques par déformation thoracique.

M. Huchard présente un malade atteint de palpitations et de souffles extracardiaques, survenus en dehors du rachitisme et de la croissance, chez lequel les accidents cardiaques paraissent dus à une déformation par allongement de la cage thoracique.

On réforma le malade pour hypertrophie du cœur. Or cette hypertrophie n'est que relative, et l'allongement du thorax en est la cause; en réalité il y a plutôt atrophie du cœur.

M. Marfan. — En admettant qu'il existe réellement un allongement de la cage thoracique, on ne voit pas les relations qui existent entre celui-ci et les troubles cardiaques.

M. Hayem fait remarquer que les troubles cardiaques, dits de naissance, sont souvent dus à des troubles dyspeptiques. D'autre part les bossus présentent souvent au moindre effort de la dyspnée et des palpitations.

M. Marfan. — Les bossus dyspnéiques ont souvent des poumons trop petits, et cette diminution de volume va parfois jusqu'à leur moitié. De là des troubles dyspnéiques et respiratoires.

M. Catrin. — Autrefois on réformait les conscrits ayant moins de soixante-seize centimètres de périmètre thoracique mamelonnaire. Or en accepte maintenant des hommes ayant moins de ce chiffre et qui n'ont ni troubles circulatoires ni troubles dyspnéiques.

Séance du 20 décembre 1895.

Le méningisme chez les enfants.

M. Camby. — L'observation de méningisme présentée par M. Huchard (Voir la séance du 13 décembre de la Société médicale des hôpitaux) me rappelle quatre cas d'accidents semblables que j'ai observés chez des enfants : deux de quatorze ans, un de quatre ans et demi et un de neuf mois. Pour tous quatre j'avais cru, en raison des symptômes qu'ils présentaient, porter le diagnostic de méningite tuberculeuse. Or ils ont tous guéri.

Un de mes élèves, M. Roesch, a réuni ces cas dans sa thèse à d'autres faits analogues, et pour ma part je crois qu'il faut rattacher soit à l'hystérie, soit à une intoxication ces accidents qu'on a décrits sous le nom de *méningisme* par analogie avec le *péritonisme* de Gubler.

Le méningisme peut s'observer à tous les âges; la grippe, la chorée ont pu en précéder l'explosion, qui dans d'autres est absolument brusque.

Le diagnostic est-il toujours possible. Pour le résoudre on a proposé en Allemagne la ponction du rachis entre deux vertèbres lombaires et l'examen bactériologique du liquide retiré. Mais cette méthode est infidèle, on ne retire pas toujours de liquide et l'examen de celui-ci reste parfois négatif alors qu'il s'agit de méningite tuberculeuse.

Pour ma part j'hésite à employer cette méthode qui n'est pas toujours inoffensive.

M. Hayem fait observer que le méningisme existe également chez l'adulte. Le diagnostic en est souvent assez facile. Tantôt c'est la fièvre qui manque, tantôt c'est le pouls qui

n'est pas en rapport avec l'hypothèse d'une méningite. L'examen du sang montre de plus dans la méningite de la leucocytose, en dehors, bien entendu, de toute autre complication inflammatoire.

Bactériologie des angines de la scarlatine.

M. Lemoine. — J'ai examiné cent cas d'angine scarlatineuse au début, non pas seulement en recueillant les fausses membranes ou les exsudats superficiels, mais en ponctionnant l'amygdale après l'application d'une pointe de feu. Dans tous les cas j'ai retrouvé le streptocoque :

Quatre-vingt-treize fois seul;
Cinq fois associé avec le bacille de Lœffler;
Deux fois associé avec le bactérium coli.

Ces associations ont donné lieu au même tableau clinique.

Reste à déterminer la nature du streptocoque observé. Je crois pour ma part qu'il n'en existe qu'une variété, et que seule sa virulence est variable.

Un cas de guérison de péritonite tuberculeuse par le lavage du péritoine avec l'eau stérilisée chaude.

M. Rendu, au nom de **M. Caubet** (Toulouse), lit une observation de péritonite tuberculeuse à forme ascitique, qui fut traitée par la ponction, et l'injection dans le péritoine de dix litres d'eau stérilisée, chaude à 46°. A l'heure actuelle la guérison est complète.

Cette méthode n'a pas les inconvénients que présente l'emploi du naphtol camphré et sur lesquels M. Netter a attiré l'attention. On provoque une phagocytose interne sans altérer les éléments anatomiques.

M. Siredey. — On doit se montrer un peu réservé sur les guérisons obtenues par une méthode de traitement quelconque, puisque la péritonite tuberculeuse ascitique guérit parfois spontanément.

M. Rendu. — Il ne faudrait pas espérer toujours une guérison spontanée. Ainsi une femme de mon service, atteinte de péritonite tuberculeuse, resta pendant plusieurs mois avec un traitement purement palliatif, et son état ne s'améliorant pas, je fis une ponction avec injection de cinq grammes de naphtol camphré. Cette opération un peu tardive ne produisit aucun effet. Aussi je me décidai à faire opérer la malade par M. Routier. Aujourd'hui elle approche de la guérison.

M. Merklen. — L'intervention chirurgicale ne produit pas toujours les résultats qu'on en attend. J'ai fait faire la laparotomie chez une malade qui semblait atteinte de kyste ovarique, et chez qui on découvrit une granulie péritonéale. On fit la toilette du péritoine avec la solution de sublimé. L'opération n'apporta pas grand soulagement. Quelque temps après je fus obligé de lui faire une ponction. Celle-ci fut d'ailleurs le point de départ d'une amélioration à la suite de laquelle la malade guérit.

M Rendu. — La confusion avec un kyste ovarique est, en effet, souvent facilitée par des adhérences péritonéales qui forment une poche remplie de liquide simulant absolument un kyste.

M. Hayem. — Bien que la péritonite tuberculeuse soit spontanément curable, peut-être doit-on ne pas se borner à une pure expectation et tenter de modifier la vitalité du péritoine. Je veux faire observer que l'eau stérilisée employée par M. Caubet n'est pas un liquide inerte vis-à-vis les éléments anatomiques ; seule l'eau salée au titre physiologique ne modifie pas leurs conditions de vitalité.

M. Siredey. — Dans le procédé de M. Follet (de Lille) qui injecte de l'air stérilisé, il doit y avoir certainement une action sur les éléments anatomiques.

Un cas de mort par obstruction intestinale due à des matières fécales amoncelées dans le cœcum.

M. Hirtz. — Une malade présentait de la dilatation de l'estomac, un abattement général accompagnés d'une constipation rebelle, qui fixa un temps l'attention sur la possibilité d'une obstruction intestinale. La malade succomba sans accidents bien nets. A l'autopsie le cœcum était rempli de matières stercorales. Il était sain d'ailleurs. L'intestin grêle était très dilaté.

M. Mathieu. — J'ai observé chez un malade devenu myxœdémateux par ablation du corps thyroïde des accidents de ce genre. Les lavages de l'estomac, ceux du gros intestin restèrent sans résultat. L'opération chirurgicale fut faite par M. Walther avec succès. Quelque temps après de nouveaux accidents de même genre se montraient, et le malade succomba. L'autopsie montra un amoncellement énorme de matières fécales dans le gros intestin qui avait pris un volume considérable.

Peut-être cette atonie musculaire dépendait-elle du myxœdème dont ce malade était atteint.

ACADÉMIE DES SCIENCES

LES PRIX SUIVANTS ONT ÉTÉ DÉCERNÉS A LA SÉANCE ANNUELLE :

Chimie. — Prix Jecker : 6,000 francs à M. Tanret; 2,000 francs à M. Renard; 2,00 francs à M. Burcker, professeur au Val-de-Grâce. Prix La Caze : M. Le Chatelier.

Anatomie et zoologie. — Prix Thore : M. P. Mégnin.

Médecine et chirurgie. — Prix Montyon : MM. Gangolphe, Imbert, Teissier; mentions : MM. Chipault, Gouguenheim, Glover, Polaillon; citations : MM. Bellini et Victor Parant; prix Barbier : MM. Jules Bœckel et Dupuy; mention très honorable : M. Bernhard; prix Godard : M. Emile Raymond; prix Chaussier : M. le docteur Lancereaux; prix Bellion : M. Vaillard; mentions honorables : MM. Vincent, Rouget, Mauclaire et Detroye; prix Mège : M. Emile Baudron; prix Dusgate : pas de prix; mention honorable : M. le docteur Icard; prix Lallemand : MM. Halipré et Toulouse; mentions : MM. Chervin et Debierre.

Physiologie. — Prix Montyon (physiologie expérimentale) : M. Maurice Artus; mention : M. Tissot; prix L. La Caze : M. Dastre; prix Pourat : M. Charrin; prix Martin-Damourette : MM. Besson et Cristiani; mention honorable : docteur de Keating Hart; prix Philipeaux : M. Chabrié.

Prix Alberto Levi (Décerné à celui qui aura découvert le moyen sûr de prévenir ou de guérir la diphthérie, 50,000 fr.) : MM. Behring et Roux.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 18 *décembre* 1895.

Antisepsie intestinale.

M. Ferrand constate qu'il existe actuellement une réaction contre l'antisepsie intestinale. Dans sa communication, il n'envisagera que l'antisepsie de l'intestin grêle.

La première question à envisager est celle de savoir si l'antisepsie de l'intestin grêle est possible, si elle est possible avec des produits insolubles. M. Ferrand pense que cette antisepsie est possible avec les produits insolubles qui seuls ne subissent pas de modifications de la part des voies digestives supérieures et demeurent au contact des micro-organismes de l'intestin dont ils doivent combattre les effets nocifs. Quelquefois les antiseptiques se rassemblent en boule, et n'ont alors aucune action sur le bol alimentaire devenu bol fécal Mais on peut éviter cet inconvénient d'une façon bien simple, en prescrivant les antiseptiques intestinaux, soit en potions prises à intervalles plus ou moins éloignés, soit en cachets, mais en prenant grand soin d'agir à doses *successives, fractionnées et fréquentes.*

Contrairement à ce qui a été dit, le calomel continue à être employé souvent. Tantôt on le prescrit comme altérant, tantôt et plus souvent on l'emploie comme purgatif. Il remplit alors l'indication capitale de l'antisepsie qui est d'évacuer le contenu de l'intestin et de l'évacuer rapidement, deux effets qui se complètent l'un l'autre.

M. Ferrand ne pense pas que l'on puisse juger de la valeur d'un antiseptique intestinal d'après l'état de la toxicité urinaire avant et après l'absorption de l'antiseptique. Ce dernier est un modificateur de la nutrition, il modère les échanges cellulaires. C'est pour cela que son ingestion amène une dimi-

nution dans la production de l'urée et des produits toxiques, dérivés des albuminoïdes, qui se produisent au cours de l'assimilation et de la désassimilation. Les urines reçoivent le contre-coup de ces modifications cellulaires et deviennent moins toxiques, mais non pas par l'effet de l'antiseptique sur les produits intestinaux.

M. Bardet partage les idées de M. Ferrand pour ce qui est de l'emploi du calomel. Quant à la modification de la toxicité urinaire, on peut attribuer la diminution de la toxicité urinaire au moindre apport de matériaux nutritifs chez les individus en cours de traitement.

M. Bovet insiste particulièrement sur l'altération que peuvent subir les voies digestives à la suite de l'ingestion des antiseptiques. Pour éviter cet accident, on peut faire de l'asepsie et non de l'antisepsie, employer avant tout le lait et l'entéroclisme.

M. Jasiewicz cite un fait qui montre la réalité de ces accidents. Il s'agit d'une jeune femme de trente ans, dyspeptique, soignée, entre autres, par le salol à dose quotidienne de trois grammes. Au cours de ce traitement, la phthisie est survenue; la langue s'est dépouillée; le pharynx a pris l'aspect rouge vif du pharynx tuberculeux. La malade est morte cachectique et peut-être les altérations cellulaires provoquées par le salol ont-elle été la porte d'entrée du bacille de Koch.

M. Bovet revient sur la valeur de l'antisepsie par le lait et le grand lavement, mise en évidence par ce fait que les urines augmentent considérablement de volume; que les produits toxiques disparaissent plus ou moins complètement, à commencer par l'urobiline; que le coefficient d'oxydation s'élève.

Théoriquement il faudra donc modifier les ingesta et le terrain où sont élaborés les ingesta. La première indication est remplie par le régime lacté qu'on remplace parfois avantageusement par un régime carné ou végétarien. Il y a là une question d'individu.

Quant à la modification du terrain, on l'obtiendra par le changement de vie, les toniques, le quinquina.

M. Jasiewicz partage l'opinion de M. Ferrand sur la toxicité urinaire et le mode d'administration des antiseptiques. Mais, à son sens, l'indication capitale c'est le régime. Quant à l'antiseptique, indication secondaire, il ne doit être ordonné qu'à dose modérée.

M. Créquy rapporte l'histoire d'un malade qui prenait journellement un gramme cinquante centigrammes de salol dose moyenne mais qui a suffi pour provoquer des phénomènes d'intolérance et d'intoxication rapide. Aussi M. Créquy se demande si on doit renoncer au salol dont les effets sont certains dans les maladies du tube digestif et dans les affections des voies urinaires.

M. Dignat a déjà signalé les dangers que fait courir l'emploi des antiseptiques. Dans deux cas, le salol était cause des accidents; dans le troisième, c'était le gaiacol employé en injections hypodermiques. Dans tous ces cas, il a observé des phénomènes de congestion rénale et d'insuffisance urinaire qui ont brusquement disparu avec la suspension du traitement. Et cependant le salol n'a été employé qu'à la dose bien modérée de deux grammes par vingt-quatre heures.

L'antisepsie interne peut donc provoquer des accidents. Mais est-elle praticable avec fruit? M. Dignat pense qu'elle est impossible et irréalisable. Il a renoncé à son emploi dans les affections gastro-intestinales et avec M. Albert Robin il pense que l'antisepsie interne n'a aucune puissance préventive. Ainsi il a observé un cas d'influenza et un cas d'érysipèle survenus l'un et l'autre chez des syphilitique au cours du traitement spécifique. Dans un troisième cas, il s'agissait d'une jeune femme qui, au cours de sa grossesse, eut des troubles digestifs extrêmement marqués. Elle fut traitée par l'antisepsie interne, et accoucha à terme, dans d'excellentes conditions, d'un enfant bien portant. Deux jours après sa naissance, l'enfant présenta une plaque rouge au niveau du thorax; un large phlegmon se déclara qu'on incisa rapidement; mais le soir de l'intervention l'enfant mourut.

Deux jours aussi après l'accouchement, la mère fut prise de fièvre, d'épistaxis, de diarrhée. Le ventre se ballonna. On percevait du gargouilement dans la fosse iliaque. La température monta avec rémissions matinales d'un degré. Il s'agissait d'une infection et probablement d'une fièvre typhoïde, contractée, par conséquent, par voie intestinale et cela malgré l'emploi journalier des antiseptiques.

Du reste si l'on consulte les tables indiquant la valeur respective des antiseptiques, tables dressées par Miquel et Duclaux, on trouve que, des antiseptiques que l'on emploie, il n'en est pas un qui soit employé à dose utile. La quantité prescrite n'atteint pas la cinquième partie de ce qu'elle devrait être. En second lieu, les antiseptiques internes sont des antiseptiques médiocres. De sorte que quand on fait de l'antisepsie interne on use des agents thérapeutiques à dose incompatible avec le succès et des agents les moins actifs. Aussi la pratique de l'antisepsie intestinale est-elle un leurre.

M. Bardet a spécifié que l'emploi de l'antisepsie intestnale ne donnait rien dans le traitement des dyspepsies. Mais il fait des réserves en ce qui regarde l'antisepsie au cours des maladies infectieuses.

M. Jasiewicz croit que les antiseptiques solubles doivent être complètement rejetés. Ils attaquent la cellule et chacun a à la mémoire tel ou tel fait d'intoxication produit à l'aide de lavements phéniqués où le phénol n'entrait qu'à la dose de vingt centigrammes.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 12 *décembre* 1895.

Insuffisance tricuspidienne congénitale.

M. Brindeau. — Il s'agit d'un enfant de deux mille cinq cent cinquante grammes, qui ne vécut que quelques heures. A la naissance, on remarque qu'il est complètement cyanosé et qu'il existe au niveau des deux régions sous-maxillaires une tuméfaction régulière, lisse, de la grosseur d'un œuf de poule à droite, d'une noix à gauche, empiétant sur la région parotidienne et temporale. Du pourtour de chacune de ces tumeurs partent des vaisseaux volumineux qui divergent dans tous les sens. Ces tumeurs sont réductibles, se reproduisent avec facilité; elles sont animées de battements et sont le siège d'un bruit de souffle continu à renforcement systolique.

A l'autopsie, le cœur droit est très dilaté, ainsi que la veine cave supérieure ; la jugulaire droite atteint le volume du pouce, c'est elle qui formait la tumeur; à gauche, elle est moins volumineuse.

L'orifice tricuspidien très dilaté permet l'introduction du pouce. Le canal artériel est oblitéré.

Fœtus atteint de malformations congénitales multiples à la suite de brides amniotiques.

M. Bouchacourt. — Ce fœtus présentait les malformations suivantes : Perte de substance de la voûte cranienne intéressant les deux pariétaux, le frontal et l'occipital, et hernie du cerveau ; — communication de l'orbite droit avec la cavité cranienne ; — bec-de-lièvre à droite ; — amputation de tous les doigts de la main gauche ; — sillons circulaires au niveau des quatre derniers doigts de la main gauche.

Présentation de deux œufs intacts, provenant d'un avortement gémellaire de trois mois.

M. Bouchacourt. — Le premier œuf fut expulsé en entier, sauf le placenta ; le cordon sectionné au niveau du placenta faisait bouchon à travers l'amnios et empêchait le liquide amniotique de s'écouler. Le second œuf fut expulsé avec son placenta. Le premier placenta fut extrait après la sortie du second œuf.

Perforation très probablement traumatique de l'utérus.

M. Schwab. — A l'autopsie d'une femme qui succomba au bout de cinq jours, à la suite de phénomènes infectieux, causés par un avortement de quatre mois, M. Schwab trouva sur la face postérieure, vers le fond de l'utérus, à un travers de doigt de la trompe droite, une perforation de la largeur d'une pièce de deux francs, siégeant au fond d'une sorte

d'excavation de la muqueuse, et entourée d'une sorte de péritonite enkystée.

M. Porak rappelle un cas semblable qu'il a observé à Lariboisière. Il s'agissait aussi d'un avortement; à l'autopsie on trouva dans la paroi utérine plusieurs abcès dont l'un s'était ouvert à la fois dans la cavité utérine et dans la cavité péritonéale, causant une perte de substance de la largeur d'une pièce de un franc.

M. Doléris pense aussi que dans le cas de M. Schwab, il s'agit d'un abcès et non d'une perforation traumatique.

M. Budin fait remarquer que s'il y avait eu perforation traumatique, la femme n'aurait pas vécu cinq jours, mais serait morte rapidement de péritonite suraiguë.

Abcès de l'utérus.

M. Pichevin a pratiqué l'hystérectomie vaginale chez une femme qui, depuis trois ans, rendait par le vagin une certaine quantité de pus.

En examinant les pièces, on vit que l'utérus présentait une masse proéminente développée aux dépens de la corne gauche.

En sectionnant cette tumeur, on tomba dans une cavité contenant une certaine quantité de pus. Cette cavité est tomenteuse, irrégulière, d'aspect grisâtre; ses parois, formées entièrement par le tissu utérin, se confondent avec le reste du parenchyme.

De l'emploi de l'eau oxygénée pour l'hémostase intra-utérine.

M. P. Petit. — De la triple propriété que possède l'eau oxygénée d'activer la précipitation de la fibrine, d'exciter la fibre lisse et de ne léser que peu ou pas les tissus, M. Petit croit légitime de conclure que ce doit être un excellent hémostatique pour l'usage externe. En présence d'une hémorrhagie intra-utérine due à une métrite fongueuse ou à un fibrome interstitiel, si l'on introduit d'un coup, jusqu'au fond de l'organe, une tige porte-topique, garnie d'ouate et trempée sans être essorée dans de l'eau oxygénée à 12V, on observe la production d'une mousse très abondante qui fuse à travers l'orifice externe, la contraction de l'organe sur la tige, l'arrêt immédiat de l'hémorrhagie; pas de douleur, pas de modification des tissus, persistance de l'hémostase pendant un temps assez long, suffisant pour permettre à une malade anémiée de reprendre des forces et de supporter à un moment donné une intervention radicale s'il y a lieu.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE HAMBOURG

Séance du 3 décembre 1895.

Pérityphlite et appendicite.

M. Kümmell est jusqu'à présent intervenu dans cinquante-trois cas, et les pièces qu'il a ainsi obtenues permettent d'établir, qu'en règle générale, le processus débute par l'appendice. Ce qui est également commun à tous les cas, c'est un état d'inflammation chronique qui se présente au début comme un catarrhe sec d'abord du gros intestin, ensuite du cæcum, en dernier lieu de l'appendice. Dans l'appendice, le catarrhe aboutit à la stase, à la tuméfaction de la valvule de Gerlach, etc.

Sur les cinquante-trois cas d'appendicite qu'il a opérés, un seul a succombé. L'exsudat était presque toujours purulent, dans quelques cas seulement séreux. A côté du cas ordinaire débutant d'une façon aiguë, on trouve des appendicites qui évoluent d'une façon chronique, insidieuse. Dans ces cas, le diagnostic ne devient possible que lorsqu'on arrive à sentir l'appendice épaissi formant une sorte de tumeur cylindrique. A part ces cas, le diagnostic est ordinairement facile à faire d'après les symptômes connus. Dans les cas suraigus, avec météorisme et vomissements fécaloïdes, on peut penser à l'ileus dont le diagnostic différentiel avec l'appendicite est souvent fort difficile. On doit dans ces cas attribuer une importance toute particulière au péristaltisme de l'intestin, très vif dans l'ileus, presque complètement paralysé dans l'appendicite. Quant au diagnostic différentiel avec la salpingite, le rein mobile, les affections de la vésicule biliaire, c'est la présence d'une tumeur allongée dans la fosse iliaque droite qui tranche la question.

Au point de vue du traitement, M. Kummell tient tout d'abord à déclarer qu'il n'est plus partisan de l'intervention précoce. Cliniquement on peut distinguer à l'appendicite une forme d'intensité moyenne et une grave. Les cas légers peuvent guérir par le traitement médical, par la glace, l'opium, etc. Dans les cas d'intensité moyenne, l'intervention chirurgicale s'impose quand, après plusieurs jours d'attente, les symptômes ne disparaissent pas et les accès reviennent après des rémissions de courte durée. Les cas d'emblée graves doivent être opérés si toutefois l'état général des malades laisse encore quelque espoir de guérison. C'est l'expérience personnelle du médecin qui décide en dernier lieu. Le meilleur pronostic des interventions c'est lorsque l'opération est faite dans l'intervalle des accès, et alors elle n'est pas plus dangereuse qu'une ovariotomie.

M. G. Cohen n'est pas partisan de l'intervention dans la pérityphlite, et d'après lui, le pronostic est tout autre dans la clientèle privée qu'à l'hopital. Dans la clientèle privée où le médecin connaît son malade, il le voit ordinairement de bonne heure, cinq à six heures au plus tard après l'éclosion des accidents et le traitement est par conséquent institué sans perte de temps.

M. Cohen ne comprend pas le différend qui existe actuellement sur cette question entre les médecins et les chirurgiens. Il admet que l'intervention dans l'intervalle des accès est justifiée, mais il n'en est pas moins vrai que les malades peuvent guérir sans intervention. Les statistiques qu'on produit ordinairement proviennent des hôpitaux, et elles ne sont pas tout à fait en faveur de l'intervention. Ainsi Sahli donne une mortalité globale de 9,6 0/0, Curschmann une mortalité de 4,5 0/0 pour les cas traités médicalement, Aufrecht une mortalité de 5 0/0, pour les cas de deux catégories, Murphy une mortalité de 9,6 0/0 dans les cas traités de parti pris par l'intervention. Personnellement, M. Cohen a observé depuis quinze ans soixante-cinq cas de pérityphlite avec cent dix attaques. Sur cette statistique, dont un seul a été opéré, il n'a eu qu'un seul cas de mort, chez un malade chez lequel l'appendicite eut d'emblée les allures d'une septicémie.

Il a encore constaté que la récidive est plus rare après les cas graves qu'après les cas légers. La tumeur qu'on trouve dans la fosse iliaque est constituée par les anses accollées, et le gazouillement qu'on perçoit à la palpation indique le commencement de la paralysie de l'intestin. Dans ces cas il est préférable de remplacer l'opium par des purgatifs légers. Dans les cas apyrétiques à récidives fréquentes et à phénomènes douloureux, le massage fait dès que la tumeur a paru donne souvent des résultats surprenants.

Livres déposés au Bureau du Journal

Agenda médical. — La librairie Asselin et Houzeau vient de mettre en vente *l'Agenda médical pour 1896*. Cette publication, dont le succès s'affirme chaque année, contient 1° *un Mémorial thérapeutique* par M. le docteur Constantin Paul; 2° *un Mémorial obstétrical* par M. le docteur Pajot; 3° *un Formulaire magistral* par M. Delpech; 4° *une Notice sur les stations hivernales de la France et de l'Etranger* par M. le docteur de Valcourt et de plus la liste officielle des médecins, officiers de santé, pharmaciens et vétérinaires de Paris, des médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires, des professeurs des Facultés et écoles de médecine, des Académies et Sociétés savantes, etc., un tableau des rues de Paris, un calendrier à une ou deux pages par jour pour inscrire ses visites, etc. Le prix varie, suivant la reliure, entre 1 fr. 75 et 9 francs.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.